Piano

Sanitario e Sociale Integrato Regionale

2012 – 2015

Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 - 2015

INDICE

A - SEZIONE CONTENUTISTICA

1. PISSR 2012 - 2015: difendere un patrimonio e accogliere una sfida 1

1.1. Riferimenti normativo-programmatici 1
1.2. Quadro Contestuale 1
1.3. Quadro Conoscitivo 2
1.4. Risultati del ciclo di programmazione precedente 6
1.5. Le sfide dei prossimi anni 11
1.6. Gli obiettivi generali 13
1.7. Gli obiettivi specifici 14

2. La piramide della salute: guida alla lettura 16

2.1. La promozione della salute e dei diritti di cittadinanza: la salute in tutte le politiche 19

2.1.1. Gli stili di vita e la salute 21
2.1.1.1 La cura delle relazioni e la partecipazione attiva 31
2.1.1.2 Un consumo consapevole 32
2.1.1.3 Vivere bene in famiglia e nel contesto socio-relazionale 32

2.1.2. Il diritto di vivere in salute e sicurezza 34
2.1.2.1. La sicurezza nell'ambiente 34
2.1.2.2. La sicurezza sul posto di lavoro 36
2.1.2.3. La sicurezza stradale 39
2.1.2.4. Le vaccinazioni e la prevenzione delle malattie trasmissibili 41
2.1.2.5. La sicurezza nei luoghi di vita 44
2.1.2.6. La sicurezza alimentare 46
2.1.2.7. Il sistema integrato dei laboratori per la prevenzione 48

2.1.3. I diritti di cittadinanza 50
2.1.3.1. L'individuazione e la definizione dei LEP nella rete dei servizi integrati 50
2.1.3.2. Immigrazione: una società che cambia 51
2.1.3.3. La libertà religiosa 52
2.1.3.4. Contrasto alle forme di discriminazione 53

2.1.4. Il diritto alla casa 55
2.1.4.1. La promozione di nuove politiche sociali abitative e di supporto all'alloggio 55
2.1.4.2. Sviluppo dell'edilizia sociale 57
2.1.4.3. Modelli abitativi non convenzionali 57
2.1.4.4. Innalzamento degli standard qualitativi dell'edilizia residenziale e sociale 58

2.1.5. Il diritto di crescere in salute 59
2.1.5.1. Percorso materno infantile 59
2.1.5.1.1. La salute riproduttiva 61
2.1.5.2. Il sostegno alla famiglia e alla genitorialità e la rete dei consultori 63
2.1.5.3. I giovani protagonisti del proprio futuro 65
2.1.5.4. La prevenzione delle dipendenze 68

2.1.6 Il contrasto alla fragilità e alle disuguaglianze 69
2.1.6.1. Disuguaglianze e disequità: strategie e azioni 69
2.1.6.2. La promozione e il rafforzamento delle reti sociali: il sociale d'iniziativa 71
2.1.6.3. I percorsi d'integrazione, educazione e comunicazione interculturale 72

2.2. L'emersione del disagio sociale e la graduale perdita della salute 74

2.2.1. La sanità d'iniziativa: dall'attesa alla ricerca attiva 74
2.2.1.1. Gli screening neonatali 74
2.2.1.2. La salute orale 74
2.2.1.3. Gli screening oncologici: la ricerca del tumore per una diagnosi precoce 75
2.2.1.4. La cronicità: dalla patologia all'individuo 78
2.2.1.5. Intervenire precocemente sulle dipendenze 80
2.2.1.6. Riconoscere il disagio per prevenire la malattia mentale 83
2.2.1.7. Intervenire sulla fragilità dell'anziano per evitare la non autosufficienza 86
2.2.1.8. L'attività fisica adattata 90

2.2.2. L'accesso ai servizi della popolazione immigrata 91

2.2.3. Il sostegno alla fragilità delle persone e delle famiglie 94
2.2.3.1. Tutela dei bambini e adolescenti 95
2.2.3.2. Famiglie multiproblematiche 100
2.2.3.3. Dinamiche dei nuclei familiari 102
2.2.3.4. Sistema integrato di servizi per le famiglie 103
2.2.3.5. Povertà 105
2.2.3.6. Contrasto al disagio abitativo 106
2.2.3.7. Violenza di genere 107
2.2.3.8. Tratta 110

2.2.4. Le risposte alla condizione carceraria 112
2.2.4.1. La salute in ambito penitenziario 115
2.2.4.2. Sostegno al reinserimento 117

2.3. Prendersi cura 120

2.3.1. Garantire la continuità attraverso i percorsi integrati 120
2.3.1.1. La lotta ai tumori 120
2.3.1.2. Un esempio per tutti: il percorso delle patologie cerebro vascolari 122

2.3.2. La risposta all'emergenza 125
2.3.2.1. Emergenza/Urgenza Territoriale 125
2.3.2.2. Emergenza / Urgenza Ospedaliera 128
2.3.2.3. Il pronto intervento sociale 131

2.3.3. La risposta al bisogno acuto 133
2.3.3.1. Rete ospedaliera: le prospettive di azione 133
2.3.3.2. Il nuovo sistema ospedaliero regionale integrato 141
2.3.3.2.1. L'ospedale per intensità di cura: lo sviluppo delle competenze 144
2.3.3.2.2. Il rapporto con le strutture ospedaliere private accreditate 144
2.3.3.3. Allineare la domanda con la capacità di risposta 145
2.3.3.4. La specialistica ambulatoriale 146
2.3.3.4.1. I driver dell'appropriatezza 148
2.3.3.4.2. Centro Unico di Prenotazione: uno strumento per garantire l'accesso e monitorare le liste d'attesa 149
2.3.3.5. La rete toscana per le malattie rare 150
2.3.3.6. Il rispetto dei diritti del bambino in ospedale 151

2.3.4. Curare la persona e non la malattia 153
2.3.4.1. La medicina narrativa 153
2.3.4.2. Le cure intermedie 154
2.3.4.3. La riabilitazione: dal totale recupero della funzionalità alla valorizzazione dell'autonomia residua 155

2.3.5. Prendersi cura del dolore 162
2.3.5.1. Il dolore acuto 162
2.3.5.2. Il dolore cronico 163
2.3.5.3. Le medicine complementari contro il dolore 164

2.3.6 La risposta territoriale ai bisogni: le cure primarie sanitarie e sociali 165
2.3.6.1 La continuità assistenziale attraverso i percorsi integrati 165
2.3.6.2 Un punto di riferimento certo per il cittadino: la casa della salute 169
2.3.6.3 Le risposte residenziali e semiresidenziali 170
2.3.6.4 Le strutture sociali di accoglienza a carattere residenziale 171
2.3.6.5 La disabilità 172
2.3.6.5.1 Scuola Nazionale Cani guida per ciechi e Stamperia Braille: azioni di sostegno per la disabilità visiva 176
2.3.6.6 La salute mentale 179
2.3.6.7 Le Dipendenze 187
2.3.6.8 Una politica abitativa di supporto alla domiciliarità: 192
2.3.6.8.1 Gli alloggi temporanei in risposta all'emergenza 192
2.3.6.8.2 L'intervento nel mercato degli affitti 192
2.3.6.8.3 Promozione dell'accessibilità: barriere architettoniche, progetti sperimentali sull'accessibilità 193

2.3.7. La punta della piramide 196
2.3.7.1. La marginalità estrema 196
2.3.7.2. Vivere il fine vita 197
2.3.7.3. Al fianco di un bambino alla fine della vita 198

3. QUALITA' , SICUREZZA E APPROPRIATEZZA 200

3.1. Il rischio clinico 200
3.1.1. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza 204
3.1.2. L'emergenza intraospedaliera 205

3.2. L'appropriatezza nell'uso delle risorse come risposta alle logiche di mercato 206
3.2.1. L'appropriatezza sul Farmaco 207
3.2.2. L'appropriatezza sulla Diagnostica 208
3.2.3. L'appropriatezza sui Dispositivi 209
3.2.4. L'appropriatezza sulla Genetica 211
3.2.5. L'appropriatezza sulle Medicine complementari e non convenzionali 213

3.3. Il sistema di autorizzazione al funzionamento e l' accreditamento 215
3.3.1. Sanitario 215
3.3.2. Sociale 216

4. IL PATTO CON I CITTADINI 219
4.1. Una comunicazione aperta e accessibile 219
4.1.1. Modelli informativi orientati all'utenza: dalla comunicazione di base alle sperimentazioni sul web 219
4.2. Le indagini di soddisfazione e l'analisi dei cluster a supporto dell'equità 223
4.3. Gli strumenti della partecipazione: dalla carta dei servizi ai comitati 225
4.4. La medicina di genere 227
4.5. La tutela della Privacy 228

5. IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI 231
5.1. I nuovi ruoli 231
5.2. Il personale convenzionato 233
5.3. La salute organizzativa 235

6. GOVERNANCE ISTITUZIONALE E ASSETTI ORGANIZZATIVI 237
6.1. La Governance Istituzionale 237
6.2. La coerenza programmatica: dal PISSR al Piano di Area Vasta al PAL/PAO al Piano Integrato di Salute 239

6.3. L'organizzazione della rete dei servizi e gli attori del sistema 241
6.3.1. AV, SdS, ESTAV 241
6.3.2. La rete del Welfare della Toscana: il ruolo degli Enti Locali e del Terzo Settore 246
6.3.3. Gli Istituti Scientifici 251
6.3.4. Gli altri soggetti 253
6.3.5. Il governo delle specificità geografiche: aree insulari e montane 254
6.3.6. Il ruolo delle farmacie aperte al pubblico nel territorio 256

7. INNOVAZIONE, RICERCA E FORMAZIONE 258
7.1. Ricerca 258
7.2. Telemedicina e teleassistenza 263

7.3. Sistema informativo e tecnologie informatiche 264
7.3.1. la carta sanitaria 270
7.3.2. Il sistema informativo della Prevenzione 271
7.3.3. Il sistema informativo sociale 272

7.4. La formazione 274
7.4.1. La formazione in sanità (ECM) 274
7.4.2. La formazione di competenze specifiche 275
7.4.3. E-Learning - Formazione a distanza - F@D 276
7.4.4. Il percorsi formativi dei professionisti del sociale e del socio-sanitario 277

7.5. Le Università 278
7.5.1. Il ruolo delle Università Toscane nella formazione in campo socio-sanitario 278
7.5.2. I rapporti Sistema Socio-Sanitario-Università nel campo della attività assistenziale 278
7.5.3. Modelli avanzati di integrazione a valenza regionale tra Università e Sistema Socio-Sanitario nel campo della formazione, ricerca scientifica ed assistenza 278
7.5.4. Museo della Medicina 279

7.6. Relazioni internazionali 280
7.7. Cooperazione Sanitaria Internazionale 282

8. SISTEMA DI GOVERNANCE REGIONALE 284

8.1. IL GOVERNO CLINICO 286
8.1.1. Strumenti, responsabilità,finalità 286
8.1.2. Il Consiglio Sanitario Regionale 286
8.1.3. Il Centro Regionale Sangue 289
8.1.4. Organizzazione Toscana Trapianti 291
8.1.5. La bioetica in Toscana 293
8.1.5.1. Etica e umanizzazione delle cure in Terapie intensive 294
8.1.6. HTA: un supporto al governo del sistema 295

8.2. LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI 297
8.2.1. La relazione sanitaria regionale e aziendale e la relazione sociale regionale 297
8.2.2. La valutazione dei processi e degli esiti 297
8.2.3. La valutazione come strumento di crescita dei professionisti 299
8.2.4. Gli effetti attesi e la valutazione di risultato delle politiche sociali 300
8.2.5. L'Osservatorio Sociale Regionale 301
8.2.5.1. Il centro regionale di analisi e documentazione su infanzia e adolescenza: strumento di conoscenza, monitoraggio e coordinamento 302

9. LE RISORSE 305
9.1. Assetti economici 305
9.1.1. Il Fondo Sanitario Regionale 305
9.1.2. Il Fondo Sociale Regionale 306
9.1.3. Criteri di ripartizione economica 307

9.1.4. Il Finanziamento Ordinario alle Sds/Zone distretto per il mantenimento ed il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali 311
9.1.5. Il Fondo di Solidarietà Interistituzionale 312
9.1.6. Il sistema tariffario 312
9.1.7. Gli strumenti per il controllo del corretto utilizzo delle risorse 313
9.1.8. Il controllo di gestione a livello regionale 313
9.2. Gli investimenti e lo sviluppo tecnologico 314
9.3. Patrimonio storico artistico 319
9.4. Quadro finanziario di riferimento pluriennale 320

10. ALLEGATI 323
10.1 I livelli essenziali di assistenza ed i pesi per classe di età 323
10.2. Lo sviluppo organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione 325
10.3 Orientamenti generali per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali 328
10.4 Il Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali e i livelli essenziali delle prestazioni sociali 332
10.5 Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana e le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena 337

11 APPENDICE 338
11.1 Individuazione delle modalità di confronto esterno 338
11.2 Definizione del cronogramma di elaborazione del Piano 339

B - SEZIONE VALUTATIVA

1 Valutazione di coerenza esterna 340
1.1 Coerenza esterna verticale con PRS e PIT 341
1.2 Coerenza esterna orizzontale 344

2 Valutazione di coerenza interna 357
2.1 Coerenza interna verticale 357
2.2 Coerenza interna orizzontale 360

3 Analisi di fattibilità finanziaria 368
4 Valutazione degli effetti attesi 370
5 Sistema di monitoraggio 395

1. PISSR 2012 - 2015: difendere un patrimonio e accogliere una sfida

1.1. Riferimenti normativo-programmatici

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale costituisce lo strumento della programmazione regionale in materia sanitaria, socio sanitaria e sociale, ai sensi degli artt. 18 della L.R. n° 40 del 24 febbraio 2005 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" e 27 della L.R. n° 41 del 24 febbraio 2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", come modificati dalla L.R. 60 del 10 novembre 2008 e dalla L.R. 83 del 28 dicembre 2009.
Assolve la funzione, prevista dal D.Lgs. 502/1992 (art. 1, comma 13), di "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".
In riferimento al Programma regionale di Sviluppo 2011-2015, il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale sviluppa le linee di indirizzo delle politiche integrate socio sanitarie ivi contenute, comprese quelle in materia di sicurezza e salute del lavoro.

1.2. Quadro Contestuale

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato rappresenta per la regione Toscana una grande sfida, particolarmente significativa nel momento attuale così complesso e in evoluzione.
La scelta di sviluppare un atto programmatorio integrato, che affronti sia gli aspetti sociali che sanitari, rispecchia la consapevolezza che i due ambiti sono inscindibili se si ha come obiettivo il "ben essere" dell'individuo e se si sposa il concetto di salute così come definito dall'OMS: "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità".
Molte sono le dinamiche che incidono su questo fragile equilibrio che ognuno cerca di realizzare quotidianamente nella propria vita: dinamiche personali e relazionali, sanitarie e sociali, economiche e culturali, genetiche e ambientali. Fattori che, da ambiti diversi, determinano o meno la percezione di vivere bene o in stato di mal essere.
Dinamiche che la nostra Regione da anni affronta con impegno con una visione attenta ma spesso monodimensionale e che ora prova a integrare, con la consapevolezza che con questa declinazione di "salute e benessere", l'integrazione non si fermerà al sanitario e sociale, ma inevitabilmente coinvolgerà l'ambiente, l'educazione, le infrastrutture, ecc..
Questo piano intende progettare un sistema organizzativo per realizzare azioni incisive all'interno delle nostre comunità per il terzo millennio, ora che nuovi bisogni si affacciano ogni giorno, legati ad una rapida trasformazione del panorama epidemiologico e sociale.
La base di partenza è lo stato attuale della popolazione che vive in Toscana, con le sue caratteristiche di longevità, con l'aumento delle malattie croniche e la presenza di stili di vita spesso inappropriati, con una multiculturalità sempre più ricca e con la comparsa di un nuovo stato di povertà di chi ha un lavoro ma non è in grado di far fronte alle necessità primarie del proprio nucleo familiare, ma non solo. Si tratta anche di una povertà legata alla cultura, alle relazioni, alla possibilità di garantire una casa per i propri familiari. Si pensi all'evoluzione dei sistemi familiari che possono generare solitudine e richiedono supporto per la gestione dei bambini, degli anziani e in generale delle persone in difficoltà.
Le aspettative di vivere più a lungo senza il peso degli anni e senza l'idea della fine sono sempre più pervasive nella popolazione, ma si scontrano con una profonda insicurezza che a volte trova conforto nel "consumo" di sanità e nel ricorso a prestazioni non necessarie.
Aspetti presenti in un contesto peraltro caratterizzato da indicatori positivi dove i servizi hanno aumentato il livello di efficacia negli ultimi anni, integrandosi con le energie presenti nei territori e nella società civile, fornendo un numero crescente di prestazioni e attività, con risultati già misurabili sulla salute dei cittadini.
Riconoscere i risultati conseguiti è importante nei confronti dei professionisti che contribuiscono al loro raggiungimento ed è fondamentale per avere il punto di partenza per il lavoro da compiere nei

prossimi anni. Riconoscere i risultati è anche importante per confrontarsi con i cittadini, per condividere le opportunità di miglioramento, di cambiamento, le sfide di un mondo che può e deve evolversi.
La finalità è infatti la costruzione di un'alleanza di intenti che consenta nei fatti di produrre salute.
Se da un lato si registra una riduzione significativa delle risorse a disposizione, assolutamente inadeguate rispetto all'aumento altrettanto significativo dei bisogni, dall'altro è necessario che il sistema socio sanitario toscano con tutta la collettività abbia la capacità di rimettersi in discussione, partendo da alcuni elementi irrinunciabili:

- la condivisione che l'obiettivo finale è l'erogazione di "salute" e non di servizi
- la conseguente individuazione dei veri bisogni delle persone, attraverso un'analisi effettuata con strumenti rigorosi, standardizzati e riproducibili
- la valorizzazione e integrazione delle risorse umane, elementi preziosi e insostituibili nei servizi alla persona
- l'importanza di un sistema organizzativo certo e definito, ma dinamico e soprattutto costruito attorno ai cittadini, capace di eliminare la burocrazia e di focalizzarsi sulle attività che "costruiscono" salute
- l'opportunità di fare rete fra tutti i settori e le istituzioni coinvolti, come ingranaggi interdipendenti l'uno dall'altro
- la necessità di utilizzare le risorse economico finanziarie con oculatezza e attenzione
- la spinta continua verso il miglioramento attraverso il riferimento costante al livello di qualità e alla sicurezza delle persone e la trasparenza nei processi di verifica dei risultati.

1.3. Quadro Conoscitivo

Nei diversi capitoli del piano saranno delineati gli elementi fondamentali del contesto specifico di riferimento; di seguito si evidenziano i principali aspetti in merito ai quali vengono individuati gli obiettivi generali e le linee strategiche del presente documento di programmazione.

- **La salute in tutte le politiche a partire dagli stili di vita della popolazione**

Relativamente agli stili di vita salubri, negli ultimi trent'anni la ricerca scientifica ha mostrato come i comportamenti giochino un ruolo sempre più fondamentale nel determinare la mortalità e le morbosità premature. L'OMS stima che oltre il 70% della mortalità sia ascrivibile a comportamenti e stili di vita errati. Pertanto, nella nostra Regione come nel nostro Paese, gli stili di vita non corretti rappresentano sempre di più una delle nuove sfide da affrontare per i servizi sanitari e sociali.

Si fuma di meno, ma si comincia prima

Secondo l'indagine Multiscopo Istat del 2009, in Toscana la proporzione di fumatori è superiore alla media nazionale, mentre il consumo medio di sigarette risulta essere più basso. La quota di fumatori si differenzia, in Toscana ed in Italia, per classe sociale di appartenenza: nel genere maschile troviamo la maggiore percentuale di fumatori nella classe sociale bassa, mentre per le donne la proporzione maggiore di fumatrici si trova nella classe sociale medio-alta.

Alcool: un modello di consumo toscano

Sempre secondo l'indagine Multiscopo Istat del 2009, i toscani che hanno consumato almeno una bevanda alcolica sono stati l'84% degli uomini e il 62,9% delle donne, in linea con il dato nazionale. Rispetto al modello tipico dell'area mediterranea del bere ai pasti, tra gli adolescenti si sta diffondendo un modello di consumo tipico delle aree nord europee con grandi quantità di alcol consumate in poche occasioni, prevalentemente durante il fine settimana.

Più sedentari…

I dati Istat più recenti (anno 2009) che riguardano la popolazione toscana a partire da 3 anni di età, indicano che solo il 23,1% pratica con continuità uno sport (il 21,7% in Italia), mentre il 10,1% ha dichiarato di svolgerlo saltuariamente.

… e in sovrappeso

Il sovrappeso in Toscana interessa maggiormente la popolazione maschile, mentre l'obesità è analogamente rappresentata nei due generi.

Tra i bambini le più recenti indagini rilevano un trend in diminuzione che vede scendere dal 33,4 del 2006, al 31,4 del 2008, al 28% del 2010 la percentuale di sovrappeso globale (sovrappeso + obesità) in questa popolazione. In entrambi i generi nei soggetti con livello di istruzione familiare basso l'obesità è maggiormente diffusa. Nel genere femminile, la condizione di sottopeso presenta percentuali più alte nei soggetti con livello di istruzione familiare maggiore.

La crisi economica ed il cambiamento della struttura demografica

Più difficoltà economiche

La crisi economica globale iniziata nel 2008 ha evidenziato un tendenziale impoverimento di alcune fasce della popolazione toscana, acuendo il processo di erosione della base sociale del welfare (le famiglie, indebolite fortemente nelle loro tradizionali funzioni redistributive nei confronti dei soggetti più deboli: bambini e anziani) e facendo emergere l'esistenza di nuove forme di povertà prima sconosciute di tante persone e di intere famiglie che vivono o che transitano nei nostri territori. In Toscana le famiglie con bambini e ragazzi che si trovano nella condizione di non consentire il soddisfacimento dei bisogni primari oppure che si trovano in stato di bisogno a causa di eventi straordinari passano da 9.770 del 2007 a 10.776 del 2009 (+10,3%), presentando un tasso medio annuo a livello regionale pari a 7,5 nuclei familiari assistiti economicamente ogni 1.000 nuclei familiari residenti.

I problemi sul lavoro

Anche in Toscana la crisi ha una forte caratterizzazione generazionale: i costi maggiori in termini di perdite occupazionali sono pagati soprattutto dai lavoratori più giovani: il calo occupazionale rispetto al primo semestre 2010 è del -10,9% per le persone tra i 15 e i 24 anni, -7,2% fino a 34 anni e -1,2% per i 35-44enni.

L'emergenza abitativa

Sottolineato che la maggioranza delle famiglie toscane residenti ha una casa in proprietà (76,2%)1,
va detto che circa il 14,4% paga un mutuo e circa il 6,8% delle famiglie è rimasto in arretrato con il pagamento delle bollette. Depurato della percentuale di coloro che godono di un comodato d'uso gratuito concesso sulla proprietà familiare e dal numero degli assegnatari di alloggi E.R.P., i residenti toscani che sono costretti a confrontarsi con il libero mercato degli affitti sono l'11%. Dentro tale segmento si verificano le situazioni di maggiore sofferenza segnalate dall'aumento vertiginoso delle situazioni di morosità relativa al pagamento dell'affitto che hanno prodotto, nel biennio 2009-2010, l'87% delle sentenze di sfratto ammontanti nello stesso periodo ad un totale di oltre 11.300 di cui 4.879 eseguite con l'intervento dell'ufficiale giudiziario.

L'età che avanza

Nel 2008, la speranza di vita alla nascita (1) dei toscani ha raggiunto 79,6 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne, con un indice di vecchiaia (2) pari a 184 che rappresenta il valore più alto dopo la Liguria ed il Friuli Venezia Giulia. La quota degli ultra74enni rappresenta l'11,9% del totale della popolazione (442.852 persone) e nei prossimi dieci anni si prevede che il numero di anziani (ultra65enni) residenti in Regione aumenterà dagli attuali 867.000 a circa 962.000.

La perdita dell'autosufficienza

La diretta conseguenza è che nel corso dei prossimi dieci anni si assisterà ad un importante aumento dei bisogni socio-sanitari e crescerà il numero delle persone non autosufficienti. Di fronte a questa crescita avremo inoltre una considerevole diminuzione dei residenti 45-64enni con conseguente aumento del rapporto grandi anziani/adulti.

Una famiglia sempre più fragile

In Toscana siamo davanti ad un profondo mutamento della struttura della famiglia, che ha un ruolo determinante nel processo di cura dell'anziano: le famiglie di uno o due componenti rappresentano il 58,9% del totale dei nuclei (in particolare il 27,8% sono persone sole) e nel futuro continueremo a dover fare i conti sempre più con persone sole e coppie senza figli.

L'incremento delle malattie croniche

La Toscana si trova oggi in piena quarta fase di transizione epidemiologica, propria delle regioni a più alto sviluppo socio-economico e dotate dei più efficienti sistemi sanitari pubblici ("*age of*

[1] La speranza di vita alla nascita indica il numero di anni che in media si aspetta di vivere una generazione di nati in uno specifico anno di calendario.
[2] L'indice di vecchiaia è rappresentato dal numero di anziani oltre i 64 anni per 100 giovani di età inferiore ai 14 anni.

delayed degenerative diseases"[3]) caratterizzata da elevati e crescenti livelli di longevità e di prevalenza delle comuni condizioni croniche, spesso esito di eventi acuti ai quali si sopravvive sempre più frequentemente. Sebbene secondo l'indagine Multiscopo Istat 2009[4] nella nostra Regione la prevalenza standardizzata per età di diabete mellito, ipertensione arteriosa e broncopneumopatia cronica ostruttiva risulti inferiore ai livelli medi nazionali, i dati forniti da Macro[5] e da HealthSearch[6] rivelano trend in moderato ma continuo aumento. La maggiore vulnerabilità nell'esposizione ai fattori di rischio delle malattie croniche delle persone appartenenti alle classi sociali più disagiate è causa dell'aumento del rischio di queste patologie.

La solidarietà sociale

In Toscana il Terzo Settore è una realtà radicata e organizzata, in grado di sostenere le famiglie nelle situazioni di disagio e di costituire, in rapporto con i servizi pubblici, una fondamentale rete di protezione sociale. Al gennaio 2011 si contano oltre 5.100 soggetti iscritti ai registri regionali, tra organizzazioni di volontariato (2.930 unità), associazioni di promozione sociale (1.684) e cooperative sociali (552). La maggioranza delle cooperative sociali iscritte all'Albo Regionale è rappresentata da cooperative attive nel settore socio-sanitario e/o educativo. Si evidenzia inoltre che circa due terzi delle associazioni di volontariato possono essere definite di welfare (970 sono attive in ambito sociale, 1026 in ambito sanitario e 216 in ambito socio-sanitario).

La specificità della popolazione straniera: problemi di equità di accesso ma anche una risorsa per il mondo produttivo

Più neonati da donne straniere

I residenti in Toscana al 1/1/2010 erano 3.730.130, di cui 1.797.235 maschi (48,1%) e 1.932.895 femmine (51,9%). Rispetto all'anno del censimento (2001), la popolazione toscana è cresciuta complessivamente di circa 233.088 unità (+6,2%), con un aumento lievemente più marcato per i maschi (6,5%) che per le femmine (6,0%). I tassi di natalità[7] mostrano da alcuni anni una tendenza all'aumento, determinato però prevalentemente dalle nascite di bambini da madre di cittadinanza non italiana (16,7% del totale dei nati in Toscana nel 2009, fonte: Istat). Nel 2009 il tasso toscano (8,7 per 1000 abitanti) permane comunque più basso dei valori medi nazionali (9,5). Questi fenomeni demografici determinano, in Toscana, come nel resto della nostra penisola, un saldo naturale[8] negativo. In particolare, nel 2009, la differenza tra nascite e decessi è stata pari a – 9.730 soggetti. Ciononostante, come già accennato, la popolazione della Toscana continua a crescere, e questo è possibile grazie al saldo migratorio[9] positivo e numericamente più elevato (+32.042 soggetti) rispetto al saldo naturale, evidenziando la necessità di politiche più efficaci a supporto della natalità.

Più regolari ma il lavoro non basta per tutti

In particolare, a partire dal 2003, a seguito della regolarizzazione di molti stranieri avvenuta in applicazione di normative nazionali, tale crescita è di tipo esponenziale. Gli stranieri regolarmente residenti in Toscana al 1/1/2010 risultano essere 338.746 e la loro presenza sul territorio è molto disomogenea, essendo più consistente in alcuni territori (Prato, Empoli, Firenze, Siena e Arezzo). Come è noto, per avere un quadro complessivo del fenomeno, insieme agli stranieri residenti bisogna considerare le presenze regolari non residenti (con permesso di soggiorno), e le irregolari. Queste, secondo le stime riguardanti la popolazione straniera proveniente dai cosiddetti "paesi a forte pressione migratoria", ammontavano a 60.000 unità all'1/1/2009, rappresentando il 17,4% del totale degli stranieri presenti provenienti da tali paesi (regolari non residenti: 8,4%, irregolari: 9,0%).

Il territorio toscano si conferma come uno dei più attrattivi per la forza lavoro straniera. Infatti il tasso di disoccupazione della popolazione straniera residente in Toscana era nel 2009 del 10,5% a fronte di un dato nazionale dell'11,2 (per la popolazione toscana il tasso di disoccupazione era del

3 Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. Milbank Q 1986;64:355–91.

4 Le prevalenze calcolate su dati Multiscopo sono standardizzate con la popolazione italiana del 2001. Le prevalenze calcolate sui flussi toscani (uso farmaci, MaCro) sono standardizzate utilizzando la popolazione toscana del 2006.

5 una banca dati ARS sulle malattie croniche calcolati sulla base dei dati forniti dal Sistema Informativo Sanitario Regionale.

6 (una banca dati alimentata da circa mille medici di medicina generale).

7 Il tasso di natalità indica il numero dei nati vivi in un anno per 1000 abitanti.

8 Per saldo naturale si intende la differenza tra il numero dei nati e quello dei morti.

9 Saldo migratorio: differenza tra il numero di immigrati e quello di emigrati.

5,7). Si registra comunque un trend di peggioramento della situazione del mercato del lavoro a partire dall'ultimo trimestre del 2008.

Lo stato di salute della popolazione

Mortalità in calo

Relativamente alla mortalità dal confronto con i dati italiani riferiti al 2007[10], si rileva che, dopo aggiustamento per età, i tassi di mortalità generale della Toscana sono inferiori ai valori medi nazionali in entrambi i sessi (maschi: -4.6%; femmine: -3,4%) e che, in particolare per i maschi, solo il valore dell'Emilia Romagna è migliore di quello toscano.

Sia quella prematura degli adulti

L'analisi della mortalità "prematura"[11] riveste una notevole importanza per orientare la programmazione regionale in ambito socio-sanitario, perché può essere in buona parte evitata sia mediante interventi di prevenzione efficaci sia attraverso cure appropriate e tempestive. Il tasso di mortalità prematura standardizzato per età per 100.000 residenti era nel triennio 1995-1997 rispettivamente di 290,7 per i maschi e 149,2 per le femmine: 10 anni dopo il tasso di abbassa notevolemente passando rispettivamente a 209,9 per i maschi e 113,0 per le femmine.

Che quella alla nascita

Per quanto riguarda la mortalità infantile, infine, il tasso dell'ultimo triennio (2006-2008) in Toscana è dimezzato rispetto alla metà degli anni '90 passando da 5,5 per 1.000 nati vivi nel triennio 1995-97 a 2,4 nel 2006-2008. Il dato toscano dell'ultimo triennio è inferiore al dato medio nazionale e si colloca inoltre tra i valori più bassi tra quelli osservati a livello internazionale, confermando l'eccellente livello raggiunto dall'assistenza sanitaria in campo materno-infantile.

Meno ricoveri

In Toscana, nell'ultimo decennio, i tassi di ricovero hanno presentato in entrambi i generi una progressiva riduzione, più accentuata dopo il 2002 arrivando nel 2010 a 103,65 per 1000 residenti. Secondo il Ministero della Salute, nel 2009, i tassi di ospedalizzazione standardizzati per età e distinti per regione, mostrano che la Toscana, dopo il Veneto, presenta il valore più basso tra le regioni italiane, inferiore di circa il 16% al valore medio nazionale. Questo risultato è stato ottenuto grazie alla riduzione dei ricoveri inutili e ai ricoveri ripetuti per le stesse problematiche in tempi ravvicinati, ossia grazie ad un miglioramento della qualità dei servizi erogati.

Variabilità degli indicatori di salute

Permangono differenze fra i diversi territori della Toscana; in particolare sul versante degli indicatori di mortalità si riscontra che alcune Aziende, pur collocandosi nel quadro generale che registra un trend in diminuzione, riportano costantemente valori più alti. La presenza di aree a mortalità più elevata indica la sussistenza di condizioni di criticità che possono essere causate da una molteplicità di fattori o dalla loro compresenza (condizioni ambientali, influenza di fattori socio-economici, tipologia degli stili di vita, possibili limiti nella risposta del sistema socio-sanitario etc.) e merita particolare attenzione e interventi specifici.

Le disequità del sistema

Anche se il sistema socio sanitario toscano, come tutti i sistemi sanitari universalistici, rappresenta la maggiore garanzia di equità sia sul versante del finanziamento che su quello dell'accesso ai servizi, nella fase matura del suo sviluppo registra ancora un sensibile grado di variabilità nei processi di erogazione delle prestazioni che non si giustifica in base alla differenza dei bisogni della popolazione ma che spesso è determinata da differenze strutturali all'interno del sistema stesso. Il sistema sanitario toscano nelle sue articolazioni, come risulta dal confronto sui vari dati di performance, mantiene ancora differenze nei comportamenti, negli approcci e nelle modalità organizzative, non sempre legate ad altrettante differenze dei problemi di salute. Questo confronto su dati oggettivi e condivisi, analizzabili a diversi livelli, ci consente di riflettere e sollecitare un percorso di costruzione di una maggiore omogeneità e migliorare l'equità "sostanziale" del sistema stesso, la possibilità dei cittadini di godere degli stessi diritti alle cure e alla salute.

[10] Istat, *Health for All, database 2008*

[11] La mortalità prematura è rappresentata convenzionalmente dai decessi che avvengono prima dei 65 anni di età.

Minori a rischio
L'incremento delle separazioni dei coniugi ed il conseguente disgregarsi della rete familiare, che circonda il minore, hanno fatto sì che il numero di nuclei familiari con figli minori che ricorrono ad attività di mediazione familiare e cioè di supporto alla coppia in fase di separazione, ove questa sia già avvenuta, sia passata nel triennio 2007-2009, da 697 a 710 unità (+1,9%). Ogni anno, nel medesimo periodo, viene mediamente coinvolto, in questo tipo di attività, meno di un nucleo familiare (0,5) ogni 1.000 nuclei familiari residenti sul territorio regionale .
A causa di situazioni multi-problematiche che vivono i nuclei familiari, sempre più si ricorre a forme di sostegno alle responsabilità familiari: nel corso del triennio 2007-2009 i minori in affidamento part-time sono passati dai 175 del 2007, ai 203 del 2008 e ai 223 del 2009 con un incremento percentuale pari al 27,4% e il tasso medio annuo sulla popolazione residente è di 0,2 nuovi affidati ogni 1.000 minori residenti.
Risulta inoltre significativa la crescita del numero dei bambini e ragazzi che frequentano le strutture semiresidenziali, in controtendenza con quanto accadeva negli anni precedenti in cui la maggioranza dei minori veniva accolta nelle strutture residenziali. Il numero dei bambini e dei ragazzi presenti nelle strutture semiresidenziali è passato dai 740 del 2007 ai 1.204 del 2009 con un incremento di circa il 39%; piuttosto elevata rimane l'incidenza dei minori stranieri sul totale delle presenze che nel 2009 è pari al 31,3%.
Lavoro e donna: un connubio difficile
I tassi di occupazione femminile variano molto in base al ruolo in famiglia delle donne: se si considerano le donne tra 25 e 44 anni si passa dall'81% delle single al 74,8% delle coppie senza figli, al 52,9% delle coppie con figli. Inoltre, quasi una donna su cinque al momento della nascita del figlio lascia o perde il lavoro. La situazione è in peggioramento soprattutto per le single. Il carico di lavoro familiare per le donne occupate è molto elevato e poco distribuito all'interno della coppia. Il 71% del lavoro familiare della coppia senza figli è infatti a carico della donna nel caso in cui la donna lavori[12].
Violenza sulle donne: un fenomeno in aumento
Aumentano le donne che si rivolgono ai Centri Antiviolenza della Toscana, ma continua ad essere bassa la percentuale di quelle che decidono di denunciare gli abusi subiti[13]. Dal 1 luglio 2009 al 30 giugno 2010 le donne che si sono rivolte presso le 24 strutture toscane sono state 1.761. Il 62% ha tra i 30 e i 49 anni e circa la metà è coniugata e sono donne mediamente istruite; le donne straniere sono state quasi un terzo del totale; di queste solo un terzo lavora stabilmente e 3 su 4 hanno meno di 40 anni. La percentuale di quelle che sono state segnalate da altri è più alta tra le straniere: il 43% contro il quasi il 24 delle italiane. La maggior parte si è già rivolta ad altri servizi (forze dell'ordine e servizi sociali, rispettivamente il 21,5% e il 20%), specie le straniere. Molto bassa è la percentuale (2,3%) di chi è già andato ad un consultorio.

1.4. Risultati del ciclo di programmazione precedente

Il Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010
Per poter monitorare la capacità del sistema sociosanitario toscano di perseguire gli obiettivi della programmazione e di realizzare le azioni previste al fine di migliorare lo stato di salute dei cittadini, col piano 2008-2010 è stato individuato un set di indicatori di sintesi ripresi dal "Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana", progettato in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che la Regione Toscana aveva attivato già dal 2004 e mediante il quale ha potuto orientare e governare il sistema al fine di garantire al cittadino valore e qualità dei servizi rispetto alle risorse utilizzate.
Il sistema, basato su 130 indicatori di valutazione, è strutturato in modo da monitorare le dimensioni più significative in sanità, quali la qualità, la soddisfazione degli utenti e degli operatori, e la sicurezza del paziente. Grazie a questo monitoraggio la regione Toscana può oggi dimostrare di avere conseguito un miglioramento negli ultimi tre anni su oltre il 60% degli indicatori monitorati.

[12] Istat, Rilevazione continua sulle forze di lavoro - 2009
[13] Secondo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana. Un'analisi dei dati dei Centri Antiviolenza a cura della Rete degli Osservatori Sociali

- *Migliorare i risultati di esito, nell'equità e nella sostenibilità*

Migliorare i risultati di esito, garantire maggiore equità e mantenere condizioni di sostenibilità finanziaria sono stati gli obiettivi di sintesi globale che la Regione Toscana ha definito per il ciclo di programmazione strategica sanitaria del periodo 2008 – 2010.
Pur essendo la Regione Toscana, fin dal 2008, una delle Regioni italiane con risultati eccellenti e superiori alla media nazionale, al termine di questo ciclo di programmazione la vita media dei toscani si è ulteriormente allungata e la mortalità nel primo anno di vita si è ridotta del 2.53% La mortalità per tumori si è ridotta di 1.75%, così come quella determinata da malattie cardiocircolatorie che è diminuita del 3.32%.
Il sistema sanitario toscano ha lavorato in questi anni per far sì che questi risultati di esito non fossero solo patrimonio dei cittadini più colti e con condizioni economiche agiate.

- *Umanizzazione dei servizi*

Considerando i risultati di output conseguiti si evidenziano, oltre ai miglioramenti in termini di equità, significativi passi avanti nell'umanizzazione dei servizi erogati.
I cittadini infatti dichiarano che la capacità di gestione del dolore, che soprattutto nei servizi di pronto soccorso risultava essere un punto di grande debolezza, dal 2008 al 2010 ha avuto un miglioramento passando da un grado di soddisfazione di 2.41 a 2.57 su 5, così come il livello di soddisfazione complessivo per i servizi distrettuali, che passa da 3.44 a 3.50.

- *Partiamo dalla salute*

Sul versante della Sanità Pubblica, i Dipartimenti della Prevenzione e i medici di famiglia si sono impegnati ad orientare la popolazione alla consapevolezza e all'applicazione di corretti stili di vita. Il lavoro è stato agevolato dallo sviluppo di una base informativa, soprattutto di tipo epidemiologico, sullo stato di salute della popolazione toscana, sui suoi determinanti ma anche grazie all'introduzione di metodologie per la verifica dell'appropriatezza degli interventi realizzati (Evidence Based Prevention).
Molto è stato fatto anche sul versante della sicurezza sui luoghi di lavoro dove, mediante l'implementazione della rete della prevenzione e l' integrazione con gli altri settori sanitari, è stato conseguito, da un lato un calo costante degli infortuni sul lavoro e, dall'altro, un aumento di denunce di malattia professionale, grazie ad una maggiore consapevolezza dei cittadini e degli operatori.
E' importante evidenziare che le azioni effettuate su questi percorsi hanno interessato molti attori e coinvolto vari settori, andando oltre i classici confini dei servizi sociali e sanitari. Questo ha consentito di consolidare i risultati a livello territoriale attraverso alleanze interistituzionali possibili nel nuovo contesto organizzativo proposto nella nostra Regione: la Società della Salute.

- *Le Società della Salute: dalla sperimentazione alla norma*

La tempistica prevista dalla L.R. 60/2008 prevedeva una "fase transitoria", della durata di un anno dall'entrata in vigore, entro cui effettuare l'adeguamento per la "messa a regime" delle Società della Salute, nelle zone che avevano effettuato la sperimentazione.
Entro tale data (4 dicembre 2009) sono stati avviati 28 processi di costituzione con il coinvolgimento di 242 Amministrazioni comunali e di tutte le Aziende Usl della regione, otto delle quali con tutte le zone distretto ad esse afferenti. In totale, gli abitanti delle zone coinvolte sono circa 3.250.000.

- *L'ospedale: un nuovo modello per risposte più appropriate*

Il PSR 2008-2010 ha visto i suoi principi ispiratori nella riconferma dell'orientamento verso l'ospedale per intensità di cura, nell'appropriatezza, qualità, produttività (piena utilizzazione delle risorse), iniziativa (tutoraggio clinico e assistenziale). Sono attualmente presenti nel territorio regionale esperienze avanzate di aree di degenza multidisciplinare, sia in ambito medico che chirurgico, che consentono un utilizzo flessibile dei posti letto in relazione alla domanda effettiva e quindi ai reali bisogni dei pazienti. Il ridisegno dei modelli organizzativi ha inoltre consentito lo sviluppo di esperienze avanzate di assistenza infermieristica personalizzata.
Il processo chirurgico è stato oggetto di interventi specifici che hanno posto l'accento sulla necessità di separare funzionalmente il percorso di chirurgia programmata da quello in urgenza e sulla possibilità di pianificare l'utilizzo delle sale operatorie e delle aree di degenza con criteri differenziati in base alla priorità di accesso, superando i vincoli di una assegnazione rigida delle risorse alle singole articolazioni organizzative specialistiche.

Questo nuovo modello ha consentito di riorganizzare le risposte dell'ospedale prioritariamente verso le patologie acute, con grande impegno da parte delle aziende sanitarie e evidente riduzione dell'uso inappropriato di questa costosa risorsa.
Si registra complessivamente una riduzione della degenza dal 2008 al 2010 pari a 82.353 giornate così come una netta riduzione delle giornate di degenza preoperatoria per interventi chirurgici programmati (da 1,14 a 0,79).
La maggiore efficienza ospedaliera non ha determinato una riduzione della qualità dei servizi di ricovero, anzi si registra un miglioramento negli indicatori specifici: i rericoveri entro trenta giorni per la stessa patologia sono passati da 5,83% a 4,9%, le fratture di femore operate entro due giorni da 44,82% a 55,08%. Quest'ultimo rappresenta a livello nazionale il risultato migliore dopo la Provincia autonoma di Bolzano ed il trend migliore in assoluto in termini di capacità di miglioramento. Nei servizi di ricovero ospedaliero grande attenzione hanno avuto le pratiche e gli interventi per garantire la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico: l'indice di richieste di risarcimento è diminuito del 17% e la mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità si è ridotta di oltre il 42%.
La tenuta economico – finanziaria del sistema da un lato e il miglioramento della qualità dei servizi dall'altro sono stati quindi ottenuti grazie ad un insieme di azioni che hanno permesso di rendere più coerente l'offerta dei servizi nei setting assistenziali più adeguati.

- *Il territorio: più iniziativa e meno attesa*

In questi anni ha preso avvio il grande progetto della "sanità d'iniziativa", particolarmente orientato ad un approccio proattivo e preventivo a livello territoriale dei malati cronici.
Il problema di un diverso modo di affrontare e gestire il tema della cronicità, vera sfida del sistema sanitario e sociosanitario dei paesi occidentali, ha determinato la scelta di puntare su un modello fortemente innovativo dell'assistenza che potenzia il ruolo delle cure primarie, valorizza la necessità del lavoro in equipe (moduli) e assegna al cittadino, consapevole e informato, un ruolo attivo nell'alleanza terapeutica e preventiva propria dei servizi e dei professionisti sanitari.
L'attivazione di moduli in tutti i territori della Regione ha raggiunto un livello di copertura della popolazione assistita dai MMG oramai pari a circa 1/3 dei residenti (93 moduli, circa 950 MMG per 1.100.000 cittadini).
I moduli hanno avviato la presa in carico dei pazienti con diabete e scompenso cardiaco e, da aprile 2011, dei pazienti con pregresso ictus/TIA o affetti da BPCO.
Presso tutti i moduli è stata posta particolare attenzione al counseling individuale e di gruppo, finalizzato all'aumento della consapevolezza e all'autocura del paziente.
Anche sul piano degli esiti si cominciano già a misurare i primi risultati incoraggianti: l'ospedalizzazione evitabile per scompenso e BPCO si è ridotta rispettivamente del 2,28% e 14,27%, e si registra un miglioramento netto negli indicatori di processo, tra i quali un aumento di oltre il 10% di pazienti diabetici con almeno una misurazione di emoglobina glicata.
Fa parte della sanità d'iniziativa anche il progetto Attività Fisica Adattata. Unico nel panorama italiano, il progetto AFA prevede l'attivazione di percorsi di attività fisica per persone con oltre 65 anni affetti da patologie croniche. In questi anni sono stati attivati sul territorio regionale più di 2500 corsi, grazie al lavoro di squadra realizzato dalle Società della Salute con gli enti locali, le associazioni, la collettività.

- *Un forte impegno sulla non autosufficienza*

E' nel settore della non autosufficienza dove, per prima, si è concretizzata l'integrazione socio-sanitaria: per la provenienza delle risorse impiegate, per il coinvolgimento degli attori territoriali e degli operatori del sistema socio-sanitario. Nel 2008 è stato istituito il Fondo per la non autosufficienza, approvato il progetto e definite le regole di accesso, gli attori del sistema, i principi fondamentali e gli strumenti per la presa in carico dell'anziano (Piano Assistenza Personalizzato) in un'ottica di diritto universale alla presa in carico ed alla differenziazione del percorso sulla base del bisogno del singolo. Il percorso è stato accompagnato da un'ampia attività di comunicazione verso l'utenza (attraverso l'apertura di 254 Punti Insieme) nonché da una intensa formazione degli operatori coinvolti. Le segnalazioni di bisogni sociosanitari effettuate ai Punti Insieme nel 2010 sono state 34.332 di cui 29.208 sono state valutate dalla Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) e hanno portato alla stesura di un Piano Assistenziale Personalizzato, mentre le altre 5.124 hanno avuto risposte di carattere o solo sociale o solo sanitario.

Il soggetto deputato alla gestione del fondo è stato individuato nella Società della Salute, ove esistente. Sono stati distribuiti fondi per l'erogazione di servizi, in parte assolutamente innovativi come l'assegno per gli assistenti familiari e i caregiver (oltre 5.000 interventi nel 2010); tali servizi hanno consentito un forte incoraggiamento per le famiglie ad accudire la persona non autosufficiente al proprio domicilio, riducendo nettamente negli anni la richiesta di accesso, e quindi la lista d'attesa, per le residenze assistite. In crescita anche l'assistenza attraverso i Centri diurni (+ 10% nel 2010).
Restano ad oggi aspetti critici non ancora risolti, evidenziati dai singoli contesti, sui quali sarà necessario agire nell'attuale ciclo di programmazione.

- *Informazioni per la salute: la Carta Sanitaria*

Molti degli obiettivi raggiunti sono stati conseguiti anche grazie alla disponibilità di un sistema informativo in continua espansione e capace sempre più di misurare i processi e i risultati. Significativo in proposito l'avvio della Carta Sanitaria Elettronica.
L'obiettivo primario della Carta Sanitaria è offrire all'utente, principale destinatario del progetto, un sistema per tracciare e conservare i propri dati sanitari.
Attraverso la Carta, strettamente personale, ogni cittadino può attivare il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico e accedere alle informazioni sanitarie che lo riguardano.
Ad oggi ecco i primi risultati concreti del progetto:

- sono stati attivati 200 punti di attivazione presso le Aziende sanitarie
- sono stati formati 600 operatori di sportello e 300 formatori aziendali
- sono state distribuite circa 3.600.000 C.S., coprendo tutta la popolazione toscana.
- 1 toscano su 4 ha attivato la Carta e il Fascicolo
- Ad oggi attraverso la C.S. si accede ai propri dati di anagrafe sanitaria, Pronto Soccorso, referti di laboratorio analisi, esenzioni per patologia, scheda di dimissione ospedaliera e farmaci.

Il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-10

La salvaguardia dei diritti di cittadinanza, l'estensione del livello di copertura dei servizi ed una maggiore equità del sistema erano gli obiettivi primari del PISR 2007-2010. Nell'ambito della promozione e difesa dei diritti di cittadinanza hanno assunto 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 discriminazione per favorire l'inclusione sociale, alla costruzione di una società solidale e coesa.*
I risultati raggiunti lasciano spazio ad ulteriori sforzi finalizzati ad innalzare il livello di adeguatezza delle risposte ai bisogni e ad eliminare le disparità ancora esistenti tra i territori.

- *Individuazione di livelli base di cittadinanza sociale*

La Regione Toscana ha lavorato, insieme al territorio, per garantire l'equità del sistema locale di benessere. E' stato sostenuto un processo di crescita della spesa sociale e della capacità di offerta locale attraverso l'individuazione di una prima piattaforma di livelli base di cittadinanza sociale collegati ad un livello minimo di spesa sociale procapite da assicurare in tutte le Zone distretto. E' stata garantita su ogni territorio la presenza del segretariato sociale, del punto unico di accesso, del pronto intervento sociale ed una maggiore attenzione al servizio sociale professionale. La spesa sociale procapite media è passata da 120,5 Euro per abitante a 130,4 Euro ed ogni zona ha superato l'obiettivo del PISR 2007/2010 del raggiungimento della quota di 50 Euro pro capite. Complessivamente è aumentata la spesa sociale in termini assoluti.

- *Eliminazione di tutte le forme di discriminazione a favore dell'inclusione sociale*

Al fine di garantire il principio costituzionale di uguale dignità sociale di tutti i cittadini, la Regione ha seguito percorsi politici ed operativi a favore delle persone che, per motivi diversi, sono a maggiore rischio di esclusione sociale. Sono state attuate specifiche azioni volte all'inserimento sociale dei cittadini immigrati e dei gruppi vittime di discriminazioni, al rafforzamento della capacità di azione delle persone vittime di violenza, al re-inserimento lavorativo e sociale di ex detenuti. Inoltre è importante sottolineare il rafforzamento degli interventi di assistenza immediata e globale fornita in modo coordinato, multidisciplinare e professionale alle persone vittime di discriminazione e violenza, alla sensibilizzazione dei cittadini e dell'opinione pubblica sui temi relativi all'esclusione sociale, nonché allo sviluppo del welfare abitativo attraverso una politica sociale ed urbana della

casa intesa come fattore di coesione sociale e di sviluppo sostenibile dei diversi territori della Toscana. Tali azioni con la finalità del soddisfacimento dei bisogni minimi essenziali delle famiglie meno abbienti, agendo sia sul versante dell'offerta di abitazioni in affitto regolato a vari livelli (libero, concordato, calmierato), sia sul versante del sostegno al reddito per l'accesso al mercato privato (adeguamento della consistenza e delle modalità di ripartizione del Fondo nazionale ex L. 431/98), allo scopo di ricostruire le basi per una forte azione di recupero, riqualificazione e rilancio dell'edilizia residenziale sociale pubblica, a fronte di un'emergenza abitativa sempre più grave.

- *Costruzione di una società solidale e coesa*

L'obiettivo è stato quello di garantire un'equità di sistema attraverso la valorizzazione di tutte le risorse pubbliche e private presenti nel territorio. In questo ambito un ruolo rilevante è stato assunto dal sostegno ai programmi di vita delle famiglie e dalle politiche per i giovani, dalla valorizzazione della sussidiarietà orizzontale che trova nel nostro sistema un ricco tessuto di volontariato, associazionismo ed opere sociali. E' stato altresì garantito lo sviluppo di politiche per il contrasto al disagio abitativo, di percorsi di qualità per processi di riorganizzazione, il miglioramento dell'efficacia e l'individuazione delle condizioni di completa sostenibilità del sistema.

Sostegno ai programmi di vita delle famiglie**:** sviluppo di azioni integrate e specifiche a sostegno delle responsabilità familiari e tutela dei minori per un finanziamento totale di Euro 4.622.500 per l'area materno infantile, Euro 4.622.500 per le famiglie numerose e Euro 6.559.200 per assistenti familiari per le persone non autosufficienti.

Interventi a favore dei servizi territoriali per responsabilità familiari e sostegno alla genitorialità**:** interventi di sostegno economico, sostegno educativo domiciliare, assistenza domiciliare territoriale e servizio di mediazione familiare che hanno registrato una crescita costante. Si è riscontrato un consistente aumento dell'accoglienza semiresidenziale (+82,2% rispetto al 2007) e degli affidamenti a tempo parziale (+26,3%). Si è registrato inoltre un incremento del 9.5% dei nuclei familiari con minori che vengono assistiti economicamente.

Tutela e promozione dei diritti dei minori**:** molteplici erano gli obiettivi contemplati dal Piano, dall'affidamento, all'adozione, dall'accoglienza in comunità socio-educative alla cura e protezione in caso di maltrattamento o abuso. Essi hanno trovato sintesi culturale, conoscitiva ed operativa nelle attività svolte dal centro regionale di documentazione sull'infanzia e l'adolescenza gestito, in attuazione della L.R. 31/00, dall'Istituto degli Innocenti di Firenze. In particolare è stata consolidata e implementata l'attività dell'osservatorio regionale minori che rappresenta l'elemento più rilevante del centro.

Politiche per i giovani: la Regione ha investito energie e risorse per assegnare alle politiche giovanili un forte ruolo di innovazione sia all'interno degli interventi sociali ed educativi sia rispetto alle politiche per lo sviluppo della cittadinanza attiva e responsabile. Sono stati finanziati progetti per circa Euro 17.250.000; circa un terzo dei progetti era improntato a sviluppare la partecipazione e la socializzazione, il 17% a promuovere il protagonismo ed il 13% la creatività. Grande rilievo ha assunto il servizio civile la cui attività si è divisa in due grossi filoni: il Servizio Civile Nazionale (SCN) ed il Servizio Civile Regionale (SCR). Entrambi hanno visto un grosso incremento e sviluppo tra il 2007 e il 2010: il SCN ha finanziato 205 progetti per 1938 giovani beneficiari. Il SCR ha visto nel 2009 l'approvazione del primo bando con 300 giovani ammessi ad attività di supporto al sistema sanitario per l'attivazione della Carta sanitaria per un impegno finanziario di euro 2.000.000,00. Nel 2010 è stato emanato un bando che finanzia 530 giovani per un impegno finanziario di euro 3.000.000,00.

Valorizzazione della sussidiarietà orizzontale: secondo i dati riferibili al settembre 2009, sono complessivamente 2.669 le associazioni di volontariato iscritte nei registri regionale e provinciali e questo fa sì che il volontariato si confermi come il soggetto maggiormente presente sul territorio toscano tra quelli del Terzo Settore; il tasso di crescita del settore è stato inoltre costante negli anni, attestandosi attorno al 2-3% annuo circa. Inoltre sia l'associazionismo di promozione sociale sia la cooperazione sociale hanno assunto sempre maggiore rilevanza sul territorio della regione Toscana.

Sviluppo di politiche per il contrasto al disagio abitativo**:** l'attività regionale si è rivolta principalmente al rilancio delle agenzie per l'alloggio sociale che, in un momento di crisi economica quale quello che ha caratterizzato gli anni di vigenza del PISR 2007-2010, hanno rappresentato un "cuscinetto" per tutte le situazioni non affrontabili con le misure di intervento tradizionali, con

particolare riferimento alle persone a rischio di perdita casa. Sono stati messi in campo interventi per Euro 3.500.000 con 968 beneficiari totali e la realizzazione di 31 alloggi provvisori**.**
Percorsi di qualità**:** è stata definita dettagliatamente la disciplina relativa all'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato, definendo i requisiti strutturali, professionali, organizzativi e di qualità richiesti alle strutture per ottenere prima l'autorizzazione al funzionamento e poi l'accreditamento. Si è sperimentata l'adozione della Carta dei Servizi in sei zone distretto. E' stato elaborato, attraverso un'ampia fase di confronto e condivisione con i soggetti istituzionali coinvolti e con organizzazioni sindacali e rappresentative dell'utenza, un atto di indirizzo che definisce e dettaglia i criteri fissati dalla normativa (DGR 385/2009) riguardante la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni.

- *La diminuzione del fondo nazionale politiche sociali: la difficile tenuta del sistema regionale*

Il fondo sociale regionale ha rappresentato il principale strumento finanziario per l'attuazione e lo sviluppo omogeneo sul territorio del sistema degli interventi e dei servizi sociali. Esso ha avuto un carattere contributivo e perequativo rispetto all'impegno finanziario dei Comuni e degli Enti Locali, contribuendo all'innalzamento della spesa sociale e alla sua progressiva standardizzazione.
La parte più consistente del fondo è stata assegnata agli Enti Locali, mentre una cifra non superiore al 15% è stata riservata al livello regionale per piani e programmi di intervento tali da rappresentare strumenti di qualificazione del sistema e di sperimentazione di azioni trasversali.
L'andamento complessivo del fondo sociale, negli anni di vigenza del PISR 2007-2010 è rappresentato dalla seguente tabella.

	2007	2008
Fondo Regionale Assistenza Sociale (FRAS)	21.085.000,00	20.585.000,00
Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS)	62.677.520,00	43.968.057,00
TOTALE FONDO SOCIALE REGIONALE *	83.762.520,00	64.553.057,00

* Il totale del fondo sociale regionale non ricomprende i finanziamenti per gli investimenti né i finanziamenti per l'abbattimento delle barriere architettoniche

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) ha subito negli ultimi 4 anni un decremento costante con un taglio del 60% circa. Avendo mantenuto più o meno costante l'ammontare del Fondo Regionale di Assistenza Sociale (FRAS) e, con una misura straordinaria nell'anno 2009, la Regione è riuscita in questi anni a far ricadere sulle Zone distretto una percentuale di taglio inferiore a quella del FNPS; per tutte le Zone distretto, infatti, la percentuale di riduzione dal 2007 al 2010 è stata di circa il 44,50%.
Oltre al finanziamento ordinario, particolare importanza ha rivestito il Fondo di Solidarietà Interistituzionale (art. 46 L.R. 41/05) attribuito ai Comuni che hanno avanzato istanza motivata alla Regione Toscana al fine di venire incontro a situazioni di carattere non programmabile e di difficile sostenibilità economica a livello locale.
La Regione è intervenuta in maniera consistente anche con il programma degli investimenti: sono stati sottoscritti due accordi di programma, uno nel 2008 e l'altro nel 2010, con un impegno regionale finanziario di Euro 19.404.500 nel 2008 su una richiesta complessiva di Euro 80.337.352 ed Euro 12.449.000 nel 2010 su una richiesta complessiva di 46.798.185. Il programma degli investimenti ha rappresentato un forte volano economico - finanziario ed un interessante processo di riqualificazione delle strutture pubbliche a carattere sociale per attività giornaliere o per permanenza residenziale.
La maggior parte dei progetti di questo ultimo accordo di programma risultano già conclusi.

1.5. Le sfide dei prossimi anni

I sistemi sanitari sono al centro di una "*tempesta perfetta"* a causa del verificarsi simultaneo di tre eventi: la crescita delle malattie croniche, la dilatazione delle diseguaglianze nella salute, la crisi economico-finanziaria che si abbatte sui sistemi di welfare e riduce sempre più le risorse a disposizione del settore sanitario e sociale ed è causa dell'impoverimento di larghe fasce della popolazione e dell'allargamento delle diseguaglianze socio-economiche.

In particolare tra le sfide che richiederanno scelte oculate ma decise, si ricordano:

- Il fenomeno, già citato, che a livello mondiale è stato denominato *lo tsunami delle malattie croniche* che aumentano ad un ritmo così marcato da non essere spiegabile soltanto con l'invecchiamento fisiologico;
- *La crescente domanda di salute*, non sempre risolvibile con interventi sociali o sanitari, ma espressione fenomenica di disagio generalizzato, insicurezza nel domani, incapacità di adattamento ai cambiamenti, e molti altri atteggiamenti ormai costanti in gran parte della popolazione. Domanda di salute che fa riscontro anche a una responsabilità non indifferente delle logiche puramente commerciali di un mercato della salute in espansione (disease mongering).
- *L'equità nell'accesso ai servizi*, chiaramente sottolineata, anche in Toscana (Biggeri et coll 2010), dagli studi longitudinali che correlano la condizione socio- economica alla mortalità e ai ricoveri. Si sta registrando un allargamento del gap di salute tra differenti gruppi socio-economici. Infatti i gruppi a maggiore livello socio-culturale utilizzano meglio degli altri le opportunità offerte dal sistema e, inversamente, le persone di bassa posizione sociale hanno maggior esposizione a fattori nocivi, minor possibilità di informazione, meno relazioni utili per farsi aiutare nella burocrazia dell'organizzazione sanitaria, meno motivazioni e risorse per seguire nel tempo un percorso assistenziale appropriato: in Toscana l'impatto delle disuguaglianze, determinato da fattori socio economici, è stato stimato in circa 70-110 decessi per centomila persone per anno attribuibili in particolare al differenziale di livello di istruzione.
- La variabilità nell'offerta dei servizi (*variabilità strutturale*), di percorsi attivati, di professionisti coinvolti nelle aziende toscane all'interno dei tre macrolivelli di assistenza: prevenzione (vaccinazione antinfluenzale, screening), territorio (prestazioni specialistiche/abitante, spesa farmaceutica etc), ospedale (tassi ospedalizzazione, ricoveri ripetuti etc). Variabilità nell'offerta che si approfondisce guardando al settore sociale.
- Ultima in elenco, ma non certo per importanza, la crisi economico finanziaria mondiale con le sue ripercussioni sul nostro paese e, soprattutto, le successive scelte politiche nazionali che hanno già causato e si teme che continueranno a farlo nei prossimi anni, *una drammatica riduzione delle risorse destinate alle Regioni per il finanziamento del Sistema Sanitario e Sociale*.

Le scelte strategiche

Le linee strategiche su cui si snoderà il piano sono:

- *La coesione sociale.* Esistono sempre più robuste evidenze che dimostrano che 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 (più disagio mentale, più gravidanze in adolescenti, minore rendimento scolastico dei bambini) e di mortalità. 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.
- *La salute in tutte le politiche.* Gli effetti degli stili di vita sullo stato di salute della popolazione sono tanto straordinari quanto inequivocabili, ma ritenere che l'aderenza a un determinato stile di vita sia nient'altro che il frutto della libera e consapevole scelta dell'individuo è la banale semplificazione di un problema molto complesso. Non è semplice promuovere stili di vita salutari e ancor più difficile cercare di modificare i comportamenti insalubri. Vi è un generale consenso[14] sul fatto che una promozione della salute "efficace" richiede diversi ambiti d'intervento e il coinvolgimento di molteplici livelli di responsabilità, tenendo conto delle peculiarità delle diverse caratteristiche sociali dei cittadini (cluster). La strategia è quella della "salute in tutte le politiche": urbanistiche e ambientali, del welfare, della viabilità e del trasporto, del commercio e della grande distribuzione, della scuola, della cultura e dello sport. E' una prospettiva che richiede il concorso

[14] NHS, Behaviour change at population, community and individual levels, NICE public health guidance 6, October 2007.

attivo di molteplici attori: il governo centrale e regionale, ma soprattutto le amministrazioni locali, quelle più vicine alle comunità di cittadini, ai loro problemi e alle loro attese; prospettiva da realizzarsi all'interno del contesto istituzionale che racchiude tutte le potenzialità e le risorse per accogliere a pieno titolo la sfida: la Società della Salute.

- *Qualità e sicurezza.* Negli ultimi 30 anni la realtà ospedaliera è radicalmente cambiata in quantità e qualità. La tensione verso l'efficienza e l'introduzione di fondamentali innovazioni tecnologiche hanno prodotto il dimezzamento del numero degli ospedali, dei posti letto e delle giornate di degenza. La sfida futura consiste nella certezza che, all'interno dei contesti strutturali, ogni intervento ed ogni processo vengano effettuati con i massimi livelli di professionalità, nella maggior sicurezza possibile, nel rispetto dei criteri di qualità e di accreditamento riconosciuti a livello internazionale.
- *Innovazione e ricerca.* Elementi indispensabili per garantire l'eccellenza di cura ai nostri cittadini, da perseguire attraverso una partnership tra Istituzioni, che focalizzi le risorse, eviti duplicazioni, persegua l'innovazione tecnologica e organizzativa e garantisca didattica e clinica sempre di qualità. Inoltre, l'introduzione di tecnologie innovative di monitoraggio e assistenza (tra cui la telemedicina) costituiranno un importante strumento di miglioramento della presa in carico dei cittadini e di sviluppo delle imprese collegate presenti sul territorio regionale.
- *Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.* Si realizza così un vero lavoro di squadra che coinvolge le istituzioni, attraverso scelte più coraggiose e non demagogiche, i professionisti, attraverso un uso corretto delle risorse e non improntato a logiche "*consumeristiche"* e di mercato, sino ai cittadini stessi nelle loro scelte sugli stili di vita e nel diritto/dovere di accedere al sistema non solo come individui, ma come parte di una comunità attiva all'interno di un contesto politico organizzato.

1.6. Gli obiettivi generali

Le sfide che ci presenta il futuro non consentono di disperdere energie su molte direttrici di intervento, ma spingono il sistema verso la condivisione di scelte strategiche prioritarie capaci di segnare il passo al cambiamento di scenario fondamentale per la sostenibilità e lo sviluppo del sistema stesso.

Gli obiettivi generali, all'interno dei quali convogliare le energie e le risorse dell'intero sistema per i prossimi cinque anni, vengono definiti in termini volutamente ampi così da potersi poi articolare negli specifici settori di intervento.

Si tratta di obiettivi di principio che attraversano in modo trasversale le aree del sistema socio sanitario e che verranno ricondotti nei diversi capitoli del piano a più determinati obiettivi generali e specifici.

Obiettivi generali che vengono sintetizzati nei seguenti punti:

- *Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema:* risorsa per l'individuo nella scelta di stili di vita più sani, per la comunità nella creazione di un contesto sociale ricco di opportunità soprattutto per le persone più svantaggiate, per il sistema regionale in toto nell'individuare direttrici di sviluppo innovative ed economicamente rilevanti.
- *Mettere al centro la Persona nella sua complessità*: le trasformazioni sociali ed epidemiologiche degli ultimi anni hanno reso la domanda di salute sempre più complessa e difficile da inquadrare in un ambito preciso. Produrre risposte risolutive è possibile soltanto attraverso il coordinamento di tutti gli interventi necessari e la partecipazione di tutti gli attori coinvolti, in un sistema a rete aperto e flessibile, che metta al centro la persona e non la sommatoria dei suoi problemi, superando logiche professionali e "locali" e trovando soluzioni più attente al reale vissuto della persona interessata.
- *Aumentare l'equità*: le diseguaglianze socio-economiche nella società hanno prodotto ovunque diseguaglianze nella salute che la Toscana intende contrastare attraverso la sanità d'iniziativa e lo sviluppo sempre più marcato di servizi proattivi. Diventa anche inevitabile *intervenire su una variabilità di sistema* presente anche nella nostra Regione, che sta alla base di una buona parte delle differenze fra i servizi offerti, della garanzia di acceso, dello stesso livello di qualità e sicurezza garantiti.

▪ *Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema*: per rispondere alla crescita esponenziale della domanda di salute evidenziata negli ultimi anni, diventa fondamentale che un Sistema Sociale e Sanitario efficace e sostenibile persegua l'erogazione di prestazioni efficaci e appropriate, in contesti in cui la sicurezza possa essere assicurata, attraverso la ricerca continua della qualità dei servizi forniti, un patto con i professionisti, una informazione trasparente con i cittadini, alleanze interistituzionali sulle politiche di intervento.

▪ *Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi*: mettere la persona al centro significa agevolare il percorso dell'individuo attraverso scelte innovative tese a semplificare l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari, anche attraverso il sistema di tutela degli Uffici relazioni Pubbliche e del Difensore Civico.

1.7. Gli obiettivi specifici

Le direttrici strategiche consentono di tradurre gli obiettivi generali del PISSR in obiettivi specifici, ancora di carattere **trasversale/"generale"** che, a loro volta, si traducono in ulteriori obiettivi, proposte attuative ed organizzative nei capitoli centrali del documento. Il PISSR si sviluppa in tutte le fasi del percorso di salute dei cittadini nel contesto dei servizi sociali, sanitari e delle comunità locali, e individua per ogni momento e contesto le criticità presenti, gli obiettivi specifici e le scelte strategiche da mettere in atto per superarle.

E' possibile così individuare una catena di eventi strettamente correlati che, nella sua realizzazione, permette alle linee programmatiche dei prossimi cinque anni di riorganizzare il sistema in modo più adeguato nei confronti delle sfide descritte nel paragrafo 1.5.

*Dall'obiettivo Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema, derivano:

- Individuare e realizzare, con il coinvolgimento di più attori non solo istituzionali, a cominciare dalla SdS, programmi specifici sugli stili di vita ritenuti prioritari come il fumo, l' attività fisica, l'alimentazione, con particolare riferimento alla piramide alimentare della Toscana, anche attraverso sinergie interistituzionali

- Incentivare un atteggiamento proattivo del Dipartimento di Prevenzione con funzione di supporto, accompagnamento e non solo di vigilanza, semplificato e sburocratizzato

*Dall'obiettivo Mettere al centro la Persona nella sua complessità, derivano:

- Completare lo sviluppo della sanità di iniziativa superando il concetto di assistenza per singola patologia attivandolo anche per le problematiche inerenti salute mentale e dipendenze e disagio sociale
- Proseguire la riorganizzazione della rete delle cure primarie, garantendone capillarità, visibilità e capacità di presa in carico, anche attraverso l'innovazione tecnologica, la multidisciplinarità e l'integrazione con la specialistica ospedaliera
- La multidisciplinarietà come elemento caratterizzante i modelli organizzativi ospedalieri affermando il principio della integrazione funzionale delle competenze attorno alla persona
- Accompagnare i servizi istituzionali e il terzo settore al rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali e allo sviluppo di nuove competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili nel campo sociale e socio-sanitario (Sociale di Iniziativa)
- Rafforzare la tutela dei minori attraverso la promozione dell'affidamento familiare
- Organizzare e diffondere il pronto intervento sociale
- Promuovere la realizzazione di azioni specifiche tese all'emersione dei fenomeni della violenza di genere e della tratta

*Dall'obiettivo Aumentare l'equità, derivano:

- Aumentare il coinvolgimento di tutte le energie presenti nel contesto territoriale al fine di ricomporre relazioni fondamentali e passare dal concetto di individuo isolato a quello di comunità partecipe
- Intervenire su una variabilità di sistema presente anche nella nostra Regione, che sta alla base di una buona parte delle differenze fra i servizi offerti, della garanzia di acceso, dello stesso livello di qualità e sicurezza garantiti
- Sviluppare l'edilizia sociale e diversificare l'offerta di accesso all'alloggio sociale

* Dall'obiettivo Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza anche attraverso innovazione e ricerca derivano:

- Garantire che, all'interno dei contesti strutturali, ogni intervento ed ogni processo venga effettuato con i massimi livelli di professionalità, nella maggior sicurezza possibile, nel rispetto dei criteri di qualità, di appropriatezza e di accreditamento
- Rivisitare il ruolo dei moduli assistenziali previsti dalla normativa, con rafforzamento dei percorsi domiciliari e diurni e dei progetti di autonomia di vita dei cittadini nell'intero arco di vita superando la visione dei target demografici
- Realizzare una alleanza che coinvolga le istituzioni, i professionisti, attraverso un uso appropriato delle risorse, sino ai cittadini stessi nel diritto/dovere di accedere al sistema non solo come individui, ma come parte di una comunità
- Rimodulare la produzione delle prestazioni sulla base della valutazione della tipologia e dei volumi di attività basandosi sui principi di qualità e sicurezza.

*Dall'obiettivo Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi derivano:

- Ridefinire i punti di accesso ai servizi, con l'obiettivo della semplificazione dei percorsi di presa in carico e la riduzione dei tempi di erogazione dell'assistenza
- Confermare la centralità dell'Area Vasta, all'interno della quale devono essere trovate le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti e alla quale compete la pianificazione della produzione ospedaliera complessiva e la gestione dei percorsi integrati interaziendali.

2. La piramide della salute: guida alla lettura

Richiamando il modello a "piramide" di Kaiser Permanente riferito alla stratificazione del rischio nella popolazione e alla differenziazione delle strategie d'intervento in relazione ai differenti livelli di rischio, questo piano vuole rappresentare l'intenzione di ricondurre le azioni del sistema socio-sanitario all'evoluzione del rischio e del bisogno di salute, cercando così, anche attraverso una diversa organizzazione del Piano sanitario e sociale integrato regionale, di segnalare la necessità di una svolta verso un approccio focalizzato sulla persona (*person-focused*) anzichè sulla malattia (*disease-focused*) o sui servizi.

Per questo parleremo delle strategie prima citate sviluppando gli obiettivi di salute lungo una piramide ideale che segnerà a grandi linee la suddivisione del presente capitolo 2, cuore pulsante del Piano, in tre sezioni. Partiremo dalle persone "sane" per rappresentare le azioni utili e necessarie a mantenere il più a lungo possibile tale condizione; persone sane presenti in una base della piramide che vorremmo sempre più larga e che auspichiamo lo diventi attraverso le strategie che saranno definite, passando poi a coloro che si trovano in condizioni di fragilità e disagio, con perdita di salute sempre più forte via via che ci si allontana dalla base, fino ad un vertice formato da chi si rivolge ai servizi per un problema che ha minato il suo benessere e può incidere sull'autonomia e cambiare le aspettative di vita.

Questa modalità di approccio permette di ripercorrere tutte le tappe di un percorso "virtuale" dal benessere alla perdita della salute, percorso all'interno del quale si snodano le problematiche socio-sanitarie nel loro complesso. Percorso che si fonda quindi sullo stato di salute complessivo dell'individuo, che prova a mettere al centro la persona nella sua complessità e non la singola malattia o gli elementi che compongono il sistema sanitario. Al documento di pianificazione quinquennale seguiranno atti specifici che prenderanno in considerazione, nel dettaglio, le singole problematiche ed i relativi percorsi socio-assistenziali.

La base della piramide: la promozione della salute e dei diritti di cittadinanza.
La salute è un valore da garantire attraverso scelte personali supportate da politiche sociali, sanitarie e ambientali sia regionali che locali.
Sarà impegno dei prossimi anni garantire la stabilità e piena funzionalità delle SdS in una visione di sistema con particolare riferimento al ruolo da esse svolto in merito ai determinanti di salute ed alla prevenzione primaria e promozione della salute. E' in questo capitolo che si tratterà delle azioni anche sui determinanti di salute detti "non sanitari" (ambiente, status sociale, cultura). E' il capitolo che conterrà le proposte, rivolte a più attori, per migliorare il contesto di vita e supportare i cittadini nelle scelte individuali, ma soprattutto sarà il capitolo destinato a fornire alle persone tutti gli strumenti possibili per fare ogni giorno le scelte giuste per la propria salute.
Saranno definiti e implementati programmi specifici per la nostra regione su stili di vita che riteniamo prioritari come il fumo, l'attività fisica, l'alimentazione con particolare riferimento alla piramide alimentare della toscana. Saranno contemporaneamente individuate azioni non efficaci da abbandonare in prevenzione collettiva e in promozione della salute.
Saranno delineati indirizzi per il Dipartimento di Prevenzione che dovrà, nell'ottica di un accompagnamento del cittadino e delle imprese, avere un atteggiamento "proattivo" con funzione di supporto e non solo di vigilanza, dovrà valutare gli approcci in base alle complessità degli ambiti a cui si rivolge (stratificazione del rischio) e modificare le procedure tendendo alla massima sburocratizzazione.

Il secondo livello della piramide: dall'emersione del disagio sociale alla graduale perdita della salute
I principali obiettivi di questo capitolo convergeranno sulla necessità di dare risposte rapide a persone che, per tanti motivi non sempre sanitari, rischiano di perdere la loro salute. A questo riguardo sono necessarie le sinergie di tutto il territorio di cui deve farsi promotrice anche la Società della Salute.

Risposte rapide ed organizzate attraverso scelte innovative quali:

- la definizione di punti di offerta multiprofessionale tesi a semplificare e favorire l'accesso ed orientare i percorsi nel rispetto delle caratteristiche personali e socio culturali (cluster di appartenenza),
- un rilancio della rete consultoriale nei confronti dei problemi emergenti nei nuovi nuclei familiari e non solo,
- la riorganizzazione della rete delle cure primarie, garantendone capillarità, visibilità e capacità di presa in carico, anche attraverso l'innovazione tecnologica, la multidisciplinarità e l'integrazione con la specialistica ospedaliera, anche attraverso l'ulteriore implementazione delle case della salute,
- l'evoluzione della sanità di iniziativa superando il concetto di assistenza per singola patologia, attivandolo anche per le problematiche inerenti salute mentale, dipendenze ed handicap, valorizzando ulteriormente il ruolo del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, degli infermieri e della continuità assistenziale.
- L'utilizzo di tecnologia innovativa a favore di un'assistenza adeguata ai malati all'interno della propria casa, lo sviluppo di alleanze interprofessionali per costruire percorsi continui sia all'interno del territorio che, se necessari, fin dentro l'ospedale.

E' anche obiettivo del presente piano anche lo sviluppo di un'opportunità reale, da parte dei cittadini, di divenire "certificatori" del loro percorso di salute, attraverso una partecipazione attiva, informata e responsabile. Le persone affette da malattie croniche saranno messe in grado di gestire i sintomi, il trattamento, le conseguenze fisiche e psico-sociali con i relativi cambiamenti nello stile di vita; il tutto finalizzato a mantenere una soddisfacente qualità di vita (paziente esperto).

La parte acuta della Piramide: prendersi cura

In questo capitolo si affrontano i bisogni più acuti, la cronicità, la disabilità, tutte quelle condizioni di malattia e di marginalità che richiedono risposte integrate, complesse, multidisciplinari e spesso prolungate nel tempo e che necessitano anche della messa in essere di tutte le sinergie territoriali. In campo sanitario riguardano il bisogno acuto e la ridefinizione del modello ospedaliero come evoluzione dell'organizzazione per intensità di cura, la ricomposizione del processo di cura, l'evoluzione del sistema di emergenza urgenza, il rafforzamento dell'assistenza per la non autosufficienza.

In ospedale vengono erogate prestazioni di alta complessità professionale, tecnologica ed organizzativa ma occorre porre nuova attenzione a ricomporre, in un percorso guidato, la eventuale frammentazione del processo di cura.

I criteri guida del ridisegno del sistema ospedaliero regionale prevedono:

- La rimodulazione della produzione delle prestazioni sulla base della valutazione della tipologia e dei volumi di attività basandosi sui principi di qualità e sicurezza
- La centralità l'Area Vasta, all'interno della quale devono essere trovate le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti e alla quale viene affidata la pianificazione della produzione ospedaliera complessiva e la gestione dei percorsi integrati interaziendali
- Il superamento della gestione separata dell'attività specialistica attualmente definita come territoriale da quella ospedaliera, riconducendo ad una unitarietà di governo il pool di professionisti per offrire le risposte adeguate ai diversi bisogni dei cittadini
- La multidisciplinarietà come elemento caratterizzante i modelli organizzativi ospedalieri in modo da assicurare una risposta adeguata alla polipatologia, affermando i il principio della integrazione funzionale delle competenze sia nelle attività in regime di ricovero, in particolare nelle degenza di area omogenea, che nelle attività ambulatoriali complesse
- La riorganizzazione del Sistema di Emergenza Urgenza, rafforzando il ruolo unitario del Dipartimento di Emergenza/Urgenza e privilegiando modelli organizzativi che perseguano l'integrazione garantendo l'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza sia extra che intra-ospedaliera (Punti di Emergenza Territoriali e Pronto Soccorso Ospedalieri)

Per quanto riguarda la presa in carico delle cronicità ricordiamo:

- La risposta territoriale caratterizzata da modelli flessibili ed integrati che garantiscano la "presa in carico" dell'utente che deve essere tempestiva, accessibile ed efficace con la massima integrazione tra sociale e sanitario anche attraverso le Società della Salute
- I percorsi di accoglienza e assistenza sociale
- I percorsi integrati tra territorio ed ospedale (ammissione protetta) e tra ospedale e territorio (dimissione programmata)
  - La continuità di cura e assistenza ai cittadini disabili e alle loro famiglie per tutto il periodo della vita, rafforzando la continuità nei passaggi bambino/adolescente/adulto e anche sperimentando percorsi innovativi come le fondazioni di partecipazione "dopo di noi"
  - Le proposte di percorsi riabilitativi, integrati nei vari setting della rete, con attenzione alla appropriatezza ed all'efficacia degli interventi
- La semplificazione, sburocratizzazione e razionalizzazione dei punti di accesso ai servizi, dei percorsi di valutazione e riduzione dei tempi di erogazione dell'assistenza
- La valutazione della complessa relazione tra domanda ed offerta (liste d'attesa)
- La rivisitazione dei moduli assistenziali previsti dalla normativa, con rafforzamento dei percorsi domiciliari e diurni e dei progetti di autonomia di vita dei cittadini
- Le politiche della casa

2.1. La promozione della salute e dei diritti di cittadinanza: la salute in tutte le politiche

Gli effetti degli stili di vita sullo stato di salute della popolazione sono ormai dimostrati: contano molto di più i comportamenti, i luoghi di vita e di lavoro che le influenze del patrimonio genetico. Però ritenere che l'aderenza a un determinato stile di vita sia nient'altro che il frutto della libera e consapevole scelta dell'individuo è una banale semplificazione di un problema più complesso, in quanto agli elementi soggettivi si aggiungono i fattori di mercato che condizionano le scelte delle persone quali la pubblicità, la moda e anche semplici e spesso decisivi calcoli economici (ad esempio i cibi ad alto contenuto calorico e a basso contenuto nutritivo sono in generale a più basso prezzo).

Per questi motivi non è semplice promuovere stili di vita salutari e ancor più difficile è modificare i comportamenti. Vi è comunque un generale consenso – tradotto nelle linee-guida del britannico NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*)[15] – sul fatto che una promozione della salute "efficace" richiede diversi ambiti d'intervento e il coinvolgimento di molteplici livelli di responsabilità.

L'obiettivo è quello di "aiutare le persone a fare le scelte giuste per la loro salute" e quindi ridurre il numero delle persone che si ammalano o rallentare l'evoluzione della malattia.

La strategia è quella della "salute in tutte le politiche" (urbanistiche e ambientali, del welfare, della viabilità e del trasporto, del commercio e della grande distribuzione, della scuola, della cultura e dello sport, etc).

E' una prospettiva che richiede il concorso attivo di molteplici attori: il governo centrale e regionale, ma soprattutto le amministrazioni locali, quelle più vicine alle comunità di cittadini, ai loro problemi e alle loro attese. E' una prospettiva complessa, ma l'unica in grado di produrre risultati duraturi per la salute della popolazione.

A tal fine i PIS elaborati dalle Società della Salute diventano gli strumenti di risposta a questi bisogni in una visione unitaria delle esigenze territoriali, delle risorse disponibili, delle priorità definite e delle azioni congiunte; tale visione unitaria riguarda anche la promozione della salute e la risposta ai problemi delle diseguaglianze di salute nei territori.

La sfida del presente Piano è quindi quella di offrire gli strumenti al singolo cittadino per una scelta consapevole del corretto stile di vita, ma per il raggiungimento di tale obiettivo le istituzioni pubbliche ed il contesto produttivo debbono agevolare ed indirizzare queste scelte, in un'ottica quindi di prevenzione collettiva.

Partendo quindi dall'analisi epidemiologica della situazione attuale ed in particolare dei principali determinanti di salute, tenendo conto delle esperienze in atto valutate secondo i criteri dell'*Evidence Based Prevention* (EBP), si delineano le scelte strategiche da sviluppare nei prossimi cinque anni.

Nella moderna visione della gestione della salute dei cittadini e delle popolazioni, l'evidenza scientifica dimostra con dati sempre più strutturati come gli stili di vita nella accezione più ampia costituiscono gli elementi che maggiormente influenzano in positivo od in negativo la insorgenza di molte malattie e del disagio sociale. La interazione tra tutti questi fattori compresa la serenità di vita nelle famiglie, negli ambienti di vita e di salubrità nei luoghi di lavoro rappresenta la sfida che la Regione Toscana vuole affrontare integrando le politiche e le scelte strategiche. In questo percorso il tema delle alleanze tra le istituzioni e con l'associazionismo, le imprese e le professioni risulta un tema centrale delle azioni del Piano.

I "determinanti di salute" rappresentano quei fattori che influenzano la salute delle singole persone e delle popolazioni. Il loro studio consente di analizzare, e se possibile modificare, gli elementi che incidono sull'insorgenza e l'evoluzione delle malattie. I determinanti di salute più prossimi all'individuo sono rappresentati dalle sue caratteristiche biologiche determinate da base genetica, come il sesso e l'età, e non sono modificabili. Molti altri determinanti di salute, tuttavia, sono fattori suscettibili di essere modificati e corretti. Tra questi lo stile di vita dell'individuo, che comprende abitudini quali il consumo di tabacco, di alcol, la pratica dell'attività fisica, i comportamenti alimentari e sessuali. Allontanandoci progressivamente dall'individuo,

[15] NHS, Behaviour change at population, community and individual levels, NICE public health guidance 6, October 2007.

nell'influenzare lo stato di salute agiscono fattori quali le reti familiari o sociali, fattori legati all'ambiente di vita e di lavoro (istruzione, reddito, servizi sanitari e sociali, condizioni igieniche, abitazione, trasporti, traffico, alimentazione), e le condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali in cui gli individui e le comunità vivono.
Dal 2008, anno in cui l'apposita commissione sui determinanti sociali (*Commission on Social Determinants of Health*), pubblicò il rapporto su come i fattori relazionali agiscano sulla salute della popolazione, l'OMS ha definito raccomandazioni, indicazioni, promosso azioni e delineato vere e proprie politiche di contrasto da mettere in campo da parte delle istituzioni pubbliche, in grado di agire sui dieci determinanti individuati:

- il gradiente sociale
- lo stress
- i primi anni di vita
- l'esclusione sociale
- il lavoro e la disoccupazione
- il supporto sociale
- la dipendenza
- l'alimentazione
- i trasporti

Negli stati membri dell'Unione Europea, si è aperta una discussione su come mettere in atto le raccomandazioni e indicazioni dell'OMS e definire politiche in grado di agire sui filoni riguardanti: la moderazione della stratificazione sociale; la promozione della mobilità sociale; la protezione e la promozione dell'inclusione sociale; la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio; la riduzione della vulnerabilità della salute. Con il presente Piano la Toscana intende, nell'ottica di una ulteriore integrazione tra politiche sociali e sanitarie, introdurre e valorizzare i determinanti sociali e le relative connesse politiche e azioni, a partire dal tema principe delle diseguaglianze nella salute con l'obiettivo di accrescere e favorire l'equità tra i singoli cittadini e tra i ceti sociali .
La ricerca scientifica ha dimostrato come gli stili di vita giochino un ruolo sempre più rilevante nel determinare la mortalità e le morbosità premature. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), stima che oltre il 70% della mortalità sia ascrivibile a comportamenti errati; pertanto, nella nostra Regione come nel nostro Paese, gli stili di vita non corretti rappresentano sempre di più una delle nuove sfide da affrontare per i servizi sanitari e sociali.
Più di un terzo dei decessi nel mondo possono essere attribuiti a pochi fattori di rischio; nei Paesi ad alto reddito, quelli più importanti sono associati alle malattie croniche, come cardiopatie e tumori[16]. In Italia è stato stimato dall'OMS che l'ipertensione, il consumo di tabacco, l'ipercolesterolemia e l'eccesso di peso rappresentano i quattro fattori di rischio a cui risultano attribuibili le percentuali maggiori di decessi (all'ipertensione, ad esempio, è attribuibile il 21,7% dei decessi, al tabacco il 18,8%) seguiti dall'inattività fisica, la scarsa assunzione di frutta e verdura, i comportamenti sessuali a rischio e l'abuso di alcol. Se consideriamo l'impatto sulla salute della popolazione in base al *DALY* (*Disability-Adjusted Life Year)*, che si basa sugli anni di vita persi per morte prematura e gli anni di vita vissuti in condizioni di scarsa salute o disabilità, ritroviamo il consumo di tabacco e l'ipertensione come fattori di rischio principali, seguiti sostanzialmente dagli altri già citati, in ordine di importanza differente, e l'uso di droghe illegali. Sempre secondo valutazioni stilate dall'OMS, in Italia, nove delle prime dieci cause di decesso sono attribuibili a malattie non trasmissibili, e tra queste sono comprese tre forme di tumore. In ordine decrescente di percentuale sul totale dei decessi troviamo: cardiopatie ischemiche (16,3% del totale dei decessi), malattie cerebrovascolari (12,1%), tumori di trachea, bronchi e polmoni (5,6%), cardiopatia ipertensiva (3,6%), bronco pneumopatie croniche ostruttive (3,5%), diabete mellito (3,4%), tumori del colon-retto (3,1%), infezioni del tratto respiratorio inferiore (2,6%), morbo di Alzheimer ed altre forme di demenza (2,4%), tumore della mammella (2,0%). Misurando l'impatto delle malattie secondo il DALY, anche in questo caso, in Italia troviamo, in ordine diverso, alcune delle stesse malattie croniche (cardiopatie ischemiche, malattie cerebrovascolari, morbo di Alzheimer ed altre forme di demenza, diabete mellito, tumori di trachea, bronchi e polmoni), a cui si aggiungono il disordine depressivo unipolare (la patologia a cui si attribuisce la percentuale

[16] WHO. Global Health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization , 2009.

maggiore di DALYs, il 6,8%), la perdita di udito ad insorgenza nell'adulto, i disordini alcol-correlati, gli incidenti stradali, l'osteoartrite[17].

Un ulteriore elemento di sviluppo del presente Piano, connesso alla salute dei cittadini, è rappresentato dalla interazione tra la salute e l'ambiente inteso come il territorio toscano e le attività che su di esso vengono svolte. Una serie di rapporti OMS (1997-2008) hanno dimostrato come circa un quarto del carico globale di malattia e più di un terzo di quello infantile sono dovuti a fattori ambientali modifica bili. Queste analisi hanno valutato sistematicamente come e quanto i rischi ambientali impattino in maniera differenziata per aree geografiche su differenti malattie.
Secondo l'approccio adottato dall'OMS del *global burden of disease* sono stati attribuiti ai fattori ambientali modificabili un 24% di carico di malattia (anni di vita in salute persi) e un 23% di tutte le morti (mortalità prematura). Fra i bambini di età compresa tra 0-14 anni di età la proporzione di morti attribuiti all'ambiente arriva al 36%. Nonostante le incertezze nelle stime quantitative, tali dati risultano indicativi di quali e quanti aspetti siano da ritenersi all'origine di una quota di malattia prevenibile con interventi specifici.
In tal senso la tutela del suolo, delle acque e dell'aria, le politiche di prevenzione della produzione e di smaltimento dei rifiuti, la prevenzione dall'esposizione ai rumori, alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, le politiche sulla sicurezza chimica, la qualità degli interventi in edilizia costituiscono opportunità di sviluppo delle politiche intersettoriali e di possibile integrazione tra gli obiettivi di salute e la "green economy".
Il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 esplicita alcune aree di intervento coerenti con questi obiettivi e rafforzate con il presente Piano, definendo anche azioni di prevenzione degli infortuni stradali domestici e lavorativi, la prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici, l'esecuzione di screening oncologici e la prevenzione di recidive e disabilità.
Nei paragrafi successivi sono presentate le azioni strategiche.

2.1.1. Gli stili di vita e la salute

Il contesto

Nel nostro Paese i comportamenti negativi relativi ai principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative (fumo, alcol, inattività fisica, obesità, ecc.) si distribuiscono in maniera differente nella popolazione e sono molto più diffusi tra le persone appartenenti alle classi socio-economiche più basse, che hanno una mortalità e una morbosità molto maggiori rispetto a chi è socialmente ed economicamente più agiato. Centrale è l'idea che investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche può migliorare la qualità della vita e il benessere sia a livello individuale che sociale.

A seguire viene fatta una disamina dei comportamenti della popolazione toscana rispetto ai principali fattori di rischio:

Fumo: si fuma di meno, ma si comincia prima

Secondo l'indagine Multiscopo Istat del 2009, in Toscana la proporzione di fumatori è superiore alla media nazionale, mentre il consumo medio di sigarette risulta essere più basso. L'abitudine al fumo, comunque, in Toscana come nel resto della penisola, è da tempo in diminuzione: la quota di fumatori, è diminuita dal 35% del 1980 al 24,4% del 2009. Tale riduzione in realtà ha interessato principalmente il genere maschile, in cui l'abitudine al fumo nel periodo esaminato si è dimezzata di circa 10 punti percentuali, mentre nello stesso periodo il numero delle fumatrici è rimasto sostanzialmente stabile. La diminuzione dei fumatori risulta inoltre essere sostenuta in misura maggiore da coloro che hanno smesso di fumare piuttosto che da coloro che non sviluppano questa abitudine. La quota di fumatori si differenzia, in Toscana ed in Italia, per classe sociale di appartenenza: nel genere maschile troviamo la maggiore percentuale di fumatori nella classe

[17] WHO. The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. World Health Organization, 2005.

sociale bassa, mentre per le donne la proporzione maggiore di fumatrici si trova nella classe sociale medio-alta. Per quanto riguarda l'età di iniziazione al fumo, dai dati HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) 2009/10 in Toscana, ad undici anni, risulta aver fumato un ragazzo su cento, a tredici anni sette ragazzi su cento, di cui circa la metà fuma regolarmente almeno una volta a settimana, a quindici anni 30 ragazzi su cento, di cui circa l'80% fuma regolarmente almeno una volta a settimana

Alcool: un modello di consumo toscano

Sempre secondo l'indagine *Multiscopo ISTAT* del 2009, i toscani che hanno consumato almeno una bevanda alcolica sono stati l'84% degli uomini e il 62,9% delle donne. La proporzione di consumatori toscani coinvolta nel *binge drinking* [18] è decisamente più bassa di quella italiana, in particolar modo per il genere maschile (10,1% contro 13,0% per i maschi e 3,0% contro 3,3% per le femmine). Il *binge* è più diffuso tra i maschi e nella fascia d'età tra 20 e 39 anni, mentre è contenuta la quota dei 14-19enni che risulta coinvolta in questo tipo di comportamento.

In sintesi in Toscana si riscontrano consumi di alcol (in termini di quantità totale consumata) più alti rispetto al contesto nazionale, ma come detto la proporzione di consumatori coinvolta nel *binge* (6 o più unità alcoliche in un'unica occasione di consumo) e quindi nel bere in eccesso è tra le più basse tra le regioni italiane, in particolar modo per i maschi. Il modello di consumo toscano, infatti, sembra seguire ancora in prevalenza il modello tradizionale tipico dell'area mediterranea del bere ai pasti, ma tra gli adolescenti si sta invece sempre più diffondendo, purtroppo, un modello di consumo tipico delle aree nord europee: grandi quantità di alcol (soprattutto aperitivi, superalcolici e birra) consumate in poche occasioni, prevalentemente concentrate durante il fine settimana.

L'attività motoria e la sedentarietà….

I dati *ISTAT* più recenti (anno 2009) che riguardano la popolazione toscana a partire da 3 anni di età, indicano che solo il 23,1% pratica con continuità uno sport (il 21,7% in Italia), mentre il 10,1% ha dichiarato di svolgerlo saltuariamente.

Per quanto riguarda i bambini l'indagine 2010 *OKKIO alla Salute* ha stimato che in Toscana il 16,2% dei bambini di otto/nove anni svolge attività fisica extrascolastica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana (sovrapponibile al dato medio italiano del 16%); il 35,5% dei bambini, la quota più alta, fa almeno un'ora di attività fisica per due giorni a settimana; il dato più negativo riguardo coloro che non raggiungono un'ora di attività fisica neanche per un sol giorno a settimana è stimato nel 6,5%. Inoltre l'indagine 2010 *HBSC* ha stimato che in Toscana: il 5,3% degli undicenni, il 4,9% dei tredicenni e l'8,4% dei quindicenni non svolge mai attività fisica. Rispetto alle raccomandazioni delle linee guida internazionali, i ragazzi (10,3%) presentano percentuali di adesione più elevati delle ragazze (6,40%).

Le indicazioni che provengono dalle linee guida internazionali evidenziano l'importanza della promozione dell'attività fisica e del movimento nella popolazione a tutte le età, iniziando sin dalle età più giovani. Secondo le più recenti raccomandazioni dell'Oms, i ragazzi tra i 5 e i 17 anni dovrebbero compiere quotidianamente almeno 60 minuti di attività fisica di intensità moderata/vigorosa. (WHO, 2010. *Global recommendations on physical activity for health*). Queste raccomandazioni rispondono anche alla necessità di intervenire su alcune criticità rilevate: dalla forte riduzione delle opportunità per i bambini e gli adolescenti di essere fisicamente attivi, alla mancanza di spazi o occasioni adeguati nelle città per la pratica dell'attività fisica (*Regional Office for Europe of the World Health Organization* (2006).

…. le abitudini alimentari

Il Pranzo. I dati ISTAT mostrano nel 2009 che il pranzo continua a essere pasto principale per la maggior parte della popolazione di 3 anni e più (62,4%), in diminuzione rispetto al 67,2% del 2001.

La colazione. Contemporaneamente si verifica una tendenza all' aumento di quanti fanno una colazione adeguata, passando dal 84,2% al 87,0%. (dati Istat 2009). L'abitudine di fare colazione diminuisce nei giovani, con i livelli più bassi fra gli adolescenti (da 66,1% a 8 anni a 56,4% a 15 anni nel 2010).

[18] *Per binge drinking* si intende il consumo di 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione.

Frutta e verdura. Nel 2009 il 56,3% della popolazione ha dichiarato di consumare almeno una volta al giorno le verdure, poco più dei bambini di 8 anni (53,1%) e molto più degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni (intorno al 29%). L'80,1% per cento della popolazione dichiara di consumare almeno una volta al giorno la frutta, poco più dei bambini di 8 anni (69,9%) e molto più degli adolescenti (dal 45,2% al 34,3%).
Bevande gassate. La quota di bambini toscani di 8 anni che beve regolarmente tutti i giorni le bevande gassate è del 9,2% e quelle con aggiunta di zucchero è del 39,8%. Fra gli adolescenti il consumo complessivo di bevande gassate e o zuccherate complessivamente varia fra il 12 e il 16 per cento.
Lo stato nutrizionale
In Toscana, come in Italia, sono più sedentarie le donne, le persone anziane, i soggetti con livello di istruzione più basso. Nel 2009, in Toscana, i soggetti che si trovano in una condizione di sovrappeso sono il 36,2%, con differenze marcate nei due generi (46,8% nei maschi; 26,6% nelle femmine), mentre gli obesi sono l'8% (8,8% nei maschi; 7,2% nelle femmine); il sovrappeso, quindi, negli adulti, in Toscana come in Italia, interessa maggiormente la popolazione maschile, mentre l'obesità è analogamente rappresentata nei due generi.
Tra i bambini le più recenti indagini rilevano un trend in diminuzione che vede scendere dal 33,4 del 2006, al 31,4 del 2008, al 28% del 2010 la percentuale di sovrappeso globale (sovrappeso + obesità) in questa popolazione. Rispetto ai valori registrati in Italia la nostra regione presenta prevalenze sovrapponibili a quelle delle altre regioni del centro nord e più basse di quelle del centro sud.
La distribuzione percentuale dei valori in Toscana, rispetto a quella italiana, mostra dati lievemente diversi con un numero maggiore di normopeso (52,8% *vs*. 50,3%) ed un numero minore di obesi (8,0% *vs*. 10,1%). In entrambi i generi, in Toscana, nei soggetti con livello di istruzione familiare basso l'obesità è maggiormente diffusa. Nel genere femminile, la condizione di sottopeso presenta percentuali più alte nei soggetti con livello di istruzione familiare maggiore.

Le infezioni sessualmente trasmissibili
In questo ambito una particolare attenzione va alle infezioni sessualmente trasmissibili (IST) che raggruppano le malattie trasmesse durante l'atto sessuale gran parte delle quali risultano associate a manifestazioni acute o tardive in grado di provocare gravi danni per la salute, quali l'AIDS, la sifilide, la gonorrea (o blenorragia), le infezioni da HPV e le epatiti B e C.
Nonostante i numerosi interventi preventivi e di trattamento, le IST rimangono, anche nel nostro paese, un importante problema di sanità pubblica coinvolgendo un numero sempre più elevato di persone.
In Italia l'infezione da *Treponema pallidum* (Sifilide), in linea con l'andamento europeo, ha registrato un progressivo incremento con 916 nuovi casi censiti nel 2009 (rispetto ai 370 del 1998). Questo fenomeno viene registrato anche sul territorio toscano dove, secondo un'indagine ad hoc, l'incremento, dal 2004 al 2008, assume il valore del 248%.
Passando alle infezioni epatiche da HBV e HCV, pur riconoscendo all'Italia il titolo di paese a bassa endemia, è importante ricordare come le trasformazioni sociali e l'aumento della pressione migratoria al quale stiamo assistendo anche nella nostra regione, possano rappresentare fattori in grado di favorirne una riacutizzazione soprattutto nei gruppi a rischio.
Per quanto riguarda l'AIDS, in Italia il tasso di prevalenza per l'anno 2009 è di 37,4 x 100.000 residenti, mentre l'incidenza registra un valore di 2 x 100.000 residenti. La regione Toscana, secondo i dati tratti dal registro AIDS, riporta una prevalenza di malattia lievemente superiore al dato nazionale (38,3 x 100.000 residenti) mentre l'andamento dei casi di AIDS risulta analogo a quello nazionale: dal 1995 si registra una progressiva diminuzione dovuta all'introduzione delle terapie antiretrovirali assestandosi, nell'ultimo decennio, a 2,6 nuovi casi per 100.000 residenti pari a circa 100 casi l'anno. Come per le infezioni epatiche, le precarie condizioni di vita di molti stranieri presenti sul territorio regionale, spiega l'incremento del loro coinvolgimento rappresentando circa il 20% delle nuove diagnosi. Infatti, la maggior parte degli stranieri con AIDS conclamata, provengono dal Brasile e dalla Nigeria il cui rischio di trasmissione del virus HIV risulta legato prevalentemente a comportamenti sessuali connessi alla prostituzione.

Infine, secondo studi condotti sulla diffusione dello *Human Papilloma Virus* (HPV), la prevalenza dell'infezione in Italia risulta compresa tra il 7 e il 16% con notevoli variazioni in base all'età. In Toscana, una ricerca condotta su una coorte di giovani donne di età compresa fra i 18 ed i 24 anni, ha registrato una prevalenza, ad andamento dinamico, di circa il 20%[2]. Questo dato sottolinea che si tratta di un'infezione ad altissima diffusione con un elevato rischio per la popolazione giovanile.

Le sfide

Dall'analisi del contesto si ritiene che le sfide poste dai dati epidemiologici impongano una rilettura delle azioni di prevenzione, che debbono indirizzarsi verso le *best practice* nazionali ed internazionali e le azioni basate sull'evidenza. Questo significa un'accurata scelta delle strategie, che sia aderente nella sua applicazione alle reali necessità territoriali. Il contenitore ideale, la soluzione organizzativa più efficace per facilitare il processo di cambiamento verso stili di vita salutari della popolazione, diviene quindi la Società della Salute che, attraverso il Piano Integrato di Salute, definisce le strategie e attiva le azioni più incisive sugli stili di vita in grado di unificare la progettualità regionale con le peculiarità locali in termini di risorse e di bisogni, stimolando le responsabilità degli individui e delle forze sociali e *stakeholder* presenti sul territorio. Ulteriore sfida è che l'SDS sia lo strumento attraverso il quale si operi il tentativo di concentrazione delle risorse umane e materiali su progetti unitari a base regionale articolati a livello territoriale, evitando duplicazioni o disarticolazione delle azioni,. Sempre alle Società della Salute alla quale spetta supportare con gli strumenti idonei i soggetti deputati al monitoraggio e alla valutazione degli esiti.

Obiettivi

In coerenza con l'analisi epidemiologica si ritiene di individuare i seguenti obiettivi generali:

- Favorire stili di vita salutari attraverso azioni efficaci e convenienti – per costi e accettabilità culturale - eque e sostenibili
- Sviluppare l'*empowerment* nel cittadino e nella comunità *("acquisizione e controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la propria salute")*
- Costruire ambienti e situazioni che favoriscono e facilitano le scelte di salute.

A livello specifico si individuano quali obiettivi prioritari nei prossimi 5 anni:

- Definire entro il primo anno di vigenza del piano in tutte le Società della Salute/Zone Distretto l'aggiornamento del Profilo di Salute e i progetti di risposta ai rischi correlate
- N° corsi AFA attivati "Bassa disabilità" ogni 1.000 residenti aventi età ≥ 65aa per AUSL≥ 1
- N° corsi AFA attivati "Alta disabilità" ogni 1.000 residenti aventi età ≥ 65aa per AUSL ≥ 1
- Non aumento quota binge drinking popolazione toscana 14- 30 anni
- Diminuzione del 2% fumatori nella fascia d'età 14-30 anni
- Aumento del 5% bambini e degli adolescenti(fascia 5-15 anni) che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana
- Aumento del 5% del consumo di verdura (fascia 8 -15anni)
- Aumento del 5% del consumo di frutta (fascia 8 -15anni)

Strategie generali

Le azioni dovranno accrescere le conoscenze e competenze, dei cittadini e delle comunità, al fine di sviluppare la consapevolezza e acquisire le abilità necessarie per attivare il processo di modifica degli stili di vita sfavorevoli alla salute. E' necessario agire con un approccio olistico che affronti i determinanti nella loro azione complessiva e sinergica. Si individuano quindi le seguenti strategie di fondo attraverso le quali raggiungere gli obiettivi indicati:

Il cittadino esperto

Allargare la comunità dei "cittadini esperti", alleati nel cambiamento, informati ed in grado di informare, coinvolti nelle decisioni, mirando al coinvolgimento dei gruppi a basso reddito e/o basso

livello d'istruzione, attraverso la diversificazione mirata delle campagne di comunicazione, informazione e degli strumenti di educazione e formazione dei cittadini, sempre tenendo in considerazione le diverse abilità sociali, culturali (in una società multietnica) dei gruppi a differente rischio che compongono la popolazione toscana.

L'Empowerment delle comunità
Sviluppare la cultura della multidisciplinarietà e settorialità della componente socio-sanitaria al fine di aumentare le proprie capacità di integrazione nei processi di pianificazione territoriale

Multisettorialità degli interventi
Sviluppare la multidisciplinarietà delle azioni/progetti attraverso un'attenta analisi del contesto dove si svolgerà l'intervent; azioni che si caratterizzino per la multifattorialità, per la multidisciplinarietà nell'approccio, per l'integrazione e l'intersettorialità, per essere capaci infine di ridurre le diseguaglianze.

L'alleanza con stakeholder non sanitari (Guadagnare salute)
In base ad uno dei principi ispiratori del presente Piano "La salute in tutte le politiche" è indispensabile sviluppare un contesto ambientale che faciliti le scelte salutari dei cittadini ed è in questa ottica che la Toscana, per prima in Italia, ha sviluppato il Programma Guadagnare Salute (D.G.R.T. 800/2008), con il quale vengono portate avanti azioni in sinergia con il mondo produttivo, dello sport, ecc. che indirizzano i comportamenti nelle aree di intervento dei principali determinanti di salute individuati dal quadro epidemiologico: l'alimentazione, il movimento, essere liberi dal fumo, il consumo consapevole dell'alcol. Il programma consolida anche il Sistema di sorveglianza in Sanità Pubblica sugli stili di vita costruito in Toscana (EDIT, HBSC, Okkio alla Salute, PASSI) e istituisce l'Osservatorio regionale sugli stili di vita.

L'Evidence Based Prevention (EBP) e il monitoraggio degli interventi
Scegliere le azioni tra quelle per le quali sussistono dimostrazioni scientifiche di efficacia, e abbandonare quelle di dimostrata inefficacia. L'EBP è in grado di individuare le azioni di provata dimostrazione scientifica di efficacia, rendendo quindi possibile la loro scelta reindirizzando quelle con efficacia minore. Per queste iniziative, il *network* italiano della *Evidence Based prevention*, sostenuto dal Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute, promosso da ARS con la collaborazione dell'Università di Novara e dell'Università Cattolica di Roma, costituisce il punto di riferimento tecnico scientifico. Oltre ai criteri di efficacia, gli interventi per migliorare gli stili di vita debbono anche rispondere a quelli di sostenibilità economica e culturale, minimizzando l'impatto sulle diseguaglianze sociali. Processi e risultati degli interventi debbono essere monitorabili e misurabili.

Le Linee Guida

L'uso delle linee guida internazionali, nazionali e regionali per la prevenzione di specifiche patologie croniche (tumori, malattie cardiovascolari, diabete, osteoporosi, alcuni difetti congeniti, ecc.) facilita l'orientamento delle azioni

Strategie specifiche di comprovata efficacia
Grazie all'EBP sono evidenziabili alcune strategie specifiche di provata efficacia, già sperimentate in vari ambiti e che possono essere utilmente allargate e riprodotte sul nostro territorio

Nell'ambito dell'alimentazione salutare

- *Il riferimento alla Piramide alimentare e le filiere alimentari*

Le strategie sulla corretta alimentazione devono avvalersi dei principi contenuti nella "Piramide Alimentare Toscana (PAT) che indica la necessità di di ridurre l'eccesso di introito calorico, di consumo di grassi saturi e trans a favore dei mono e polinsaturi, del sale e degli zuccheri semplici, suggerisce un consumo preferenziale di frutta e verdura - fresca, locale e di stagione - con abbondanza di cereali e legumi re un deciso contenimento di prodotti animali e del consumo di

dolci e bibite zuccherate. La PAT trova riporta indicazioni coerenti con altre politiche regionali, come quelle per l'ambiente, l'agricoltura, lo sviluppo economico, il turismo e la cultura, in accordo alle raccomandazioni internazioni della "salute in tutte le politiche".

- *Le alleanze interistituzionali e con le associazioni di impresa*

Attualmente le prove sull'efficacia delle campagne di comunicazione (opuscoli informativi, *counselling* telefonico), gli interventi nelle scuole, nei luoghi di lavoro, negli ambienti sanitari, nelle famiglie, nelle collettività, nei punti vendita, sono ancora piuttosto limitate, mentre gli interventi che privilegiano indirizzi normativi, accordi e alleanze con categorie della produzione e distribuzione, sembrano incidere di più su alcuni singoli e specifici obiettivi. Alcuni interventi nutrizionali efficaci esulano dall'ambito regionale, essendo di pertinenza dei governi nazionali o sovranazionali ma su di essi la Regione Toscana di farà promotrice di specifiche iniziative istituzionali (es, norme sulle tassazioni dei cibi, regolamenti sulle etichettature, restrizioni sulla pubblicità per bambini, ecc.). Rientrano nelle alleanze le strategie verso:

- accordi con le associazioni di categoria dei produttori e del commercio per favorire maggiore disponibilità dei prodotti salutistici (luoghi, orari, localizzazione punti vendita, visibilità prodotti, premi e incentivazioni economiche);

- accordi con enti pubblici per aumentare la presenza di cibi sani a scuola e nelle immediate vicinanze delle scuole (macchine distributrici, bar e alimentari di zona, capitolati di appalto di mense);

- alleanze con le attività dei gruppi specifici del volontariato laico e religioso (Banco alimentare, Caritas, ecc.) per raggiungere i gruppi più svantaggiati;

- *L' Informazione e la formazione*

  - aumentare l'informazione ed educare al consumo consapevole la popolazione generale attraverso la diffusione di semplici e scientificamente affidabili contenuti nutrizionali, accreditati da istituzioni regionali competenti (ARS, ISPO, Università), anche attraverso propri siti web, e con strumenti mediatici efficaci ed innovativi (mass media, messaggistica telefonia mobile, social network, ecc.), per raggiungere gruppi specifici di popolazione (giovani, gruppi a rischio, donne in gravidanza, anziani, utenti di ambulatori medici e farmacie, sportivi, genitori di bambini, ecc.);

  - favorire lo sviluppo di corsi tematici di cucina per la popolazione generale e per gruppi a rischio per migliorare l'appetibilità dei prodotti più salutistici (accordi con TV locali, iniziative delle associazioni dei consumatori, accordi con Slow Food, ecc.);

Nell'ambito del movimento

Una rilevate documentazione scientifica dimostra l'importanza dell'attività fisica e sportiva nell'arco dell'intera vita nell'assicurare longevità in buona salute. Le persone attive, indipendentemente dall'età, hanno una mortalità inferiore del 30% rispetto ai sedentari. Negli ultimi anni sono sempre più numerosi i risultati degli studi che dimostrano come una appropriata attività fisica favorisce anche il benessere, la salute mentale e la qualità della vita, oltre a prevenire malattie croniche invalidanti, con effetto evidente a tutte le età.

D'altra parte le evidenze scientifiche, prodotte con i criteri dell'*Evidence based prevention,* sull'efficacia degli interventi nel rendere più attiva la vita dei sedentari, sia nella popolazione generale che nei gruppi a rischio, soprattutto nel lungo periodo, sono piuttosto modeste e limitate. La più recente revisione Cochrane conferma la difficoltà ad individuare azioni incisive di comunità e suggerisce cautela nella scelta dei programmi (The Cochrane Collaboration 2011, *Community wide interventions for increasing physical activity*). Anche ARS, nell'ambito del network italiano della *Ebp*, ha da poco completato una revisione sugli interventi per migliorare l'attività fisica. Tra gli interventi di comunità, l'uso del pedometro ha rivelato una qualche utilità soprattutto rispetto ai costi contenuti, mentre le campagne con mass media hanno scarsa efficacia. La Carta di Toronto per l'attività fisica evidenzia che le comunità che offrono opportunità accessibili nei diversi contesti di vita e di lavoro possono ottenere una serie di benefici in termini di salute, coesione sociale e

sostenibilità ambientale (GAPA, 2010. *Global Advocacy for physical activity*).

Nella letteratura scientifica, le evidenze sono state valutate anche rispetto ai costi degli interventi ed agli ambiti di intervento (comunità, scuola, lavoro, ambienti sanitari, casa, contesto urbano).

Ecco una lista ragionata dei principali interventi.

Per gli studenti:

- Creare spazi e tempi idonei ed in sicurezza per offrire più opportunità di svolgere attività fisica a scuola; favorire programmi di attività fisica non competitivi che privilegino gli aspetti del divertimento; facilitare il contatto con operatori sportivi di varie discipline e l'accessibilità a servizi sportivi;

Per gli addetti

- Supportare politiche di trasporto che favoriscono gli spostamenti a piedi, l'uso della bicicletta e l'attività fisica nel tempo libero in sicurezza (piste ciclabili, percorsi protetti per tragitto casa-scuola, aree verdi accessibili, aree attrezzate e protette per attività fisica),;
- Rendere disponibili infrastrutture per praticare attività fisica, incoraggiare spostamenti casa-lavoro con maggiore attività fisica; disincentivare l'uso dell'auto ed il parcheggio nell'azienda; diffondere messaggi su attività fisica e uso delle scale;
- Rendere più accessibili le infrastrutture per svolgere attività fisica a tutte le età (visibilità offerta, orari, prezzi, discipline); attivare relazioni con associazionismo sportivo e volontariato, con particolare attenzione alle categorie socialmente svantaggiate; facilitare l'organizzazione di iniziative sportive adeguate anche ai soggetti meno atletici (gruppi di cammino, passeggiate e visite guidate a piedi); incrementare le conoscenze dell'impatto sanitario dei vari tipi di AF per istruttori e operatori di palestre e discipline sportive;

In ambito sanitario

- Screening dei soggetti sedentari, *counselling* breve e prescrizione attività fisica da parte dei MMG e PLS, promozione del percorso dell'Attività Fisica Adattata (AFA), promozione della prescrizione dell'esercizio fisico (PEF).

Liberi dal fumo

Il fumo di tabacco costituisce nei paesi sviluppati la più importante causa di morte prematura, causando malattie, di cui almeno 24 sono fatali (8 neoplasie tra cui il tumore al polmone). Esiste infatti una relazione molto forte tra dose e risposta, tra il consumo di tabacco e le malattie causate dal fumo. Questa relazione è talmente forte, che più grande è la quantità di tabacco fumato, più lunga è la durata degli anni di fumo attivo, più grande è il rischio di malattia.

Le strategie generali di contrasto al fumo, ribadite dall'OMS nei più recenti documenti, raccomandano di utilizzare un approccio globale e multisettoriale, che comprende azioni di tipo educativo, di sostegno alla disassuefazione e di tipo normativo per il controllo del fumo negli ambienti di vita e di lavoro. Gli ambienti di lavoro, sanitari e scolastici sono i luoghi preferenziali dove implementare azioni per ostacolare il fumo. Interventi su donne fumatrici in gravidanza sono raccomandati. Gli interventi di contrasto al fumo debbono essere implementati con particolare attenzione ad evitare il rischio di incrementare le diseguaglianze sanitarie. I ragazzi che vivono in quartieri disagiati sono meno sensibili ai messaggi salutistici, mentre i ragazzi che praticano sport lo sono di più. Gli interventi efficaci secondo i criteri dell'*Ebp*, per la cessazione del fumo e per la prevenzione dell'iniziazione sono più numerosi, più a lungo studiati e meglio identificati rispetto agli altri stili di vita. In accordo con la letteratura internazionale, le strategie di promozione del contrasto al fumo identificano le seguenti aree di intervento, da cui scaturiscono le relative alleanze e le azioni collegate:

- Limitare l'accesso dei minori al fumo: interventi intensi di comunità con rilevante mobilitazione e interventi multicomponenti hanno qualche efficacia; interventi restrittivi sulle vendite ai minori da parte dei commercianti.
- Ridurre l'iniziazione al fumo: perseguire a livello nazionale l'aumento del prezzo del tabacco che rappresenta un forte disincentivo per giovani ed adulti e per l'intera popolazione per

iniziare a fumare (ma anche aiutare a smettere); impostare efficaci campagne sui mass media, implementate con altri interventi di comunità (prezzi, educazione a scuola, campagne di educazione di popolazione);

- Incrementare la cessazione dell'uso: sviluppo di efficaci campagne mediatiche multicomponenti nell'aiutare la popolazione a smettere di fumare, anche con nuovi mezzi di comunicazione (internet, telefonia mobile, social network, ecc.); è efficace ridurre i costi dei farmaci da banco per smettere (sostituti della nicotina), dei farmaci prescrivibili da medici (vareniclina, bupropione), delle terapie comportamentali (auto-aiuto); aumentare attività di counselling, colloqui motivazionali da parte del MMG e PLS.
- Ridurre l'esposizione a fumo passivo: sono efficaci gli interventi normativi ed i divieti, mentre non ci sono sufficienti evidenze per gli interventi educativi rivolti ad evitare di fumare in casa.
- Diminuire il fumo in ambienti di lavoro: oltre all'applicazione dei regolamenti aziendali con restrizioni o proibizioni al fumo in luoghi pubblici e privati e la disponibilità dia ree riservate a fumatori; interventi con incentivi materiali ed economici, se utilizzati insieme ad altri interventi (materiale informativo, richiami telefonici, gruppi di auto aiuto, ecc.) mostrano qualche efficacia, mentre non c'è evidenza per i soli incentivi.

Il consumo consapevole dell'alcol

Il consumo non consapevole di alcol costituisce una delle principali cause di morte prematura e di malattia evitabile anche in Toscana, dove sussiste anche una millenaria tradizione vitivinicola, che contribuisce in maniera rilevante all'economia agricola e turistica regionale. Come è stato fatto con la Piramide alimentare toscana – PAT per l'alimentazione, sono necessarie politiche integrate intersettoriali innovative, che consentono interventi che assicurino il giusto equilibrio tra rispetto delle tradizioni culturali ed enogastronomiche, sostegno all'economia regionale e contenimento dei danni sanitari e sociali da alcol. La coesistenza attuale in Toscana di pattern di consumo mediterranei – bere a tavola vino con moderazione - con i nuovi omologati internazionali – bere eccessivo, preferendo l'alta gradazione al gusto, soprattutto nei giovani, in occasioni socializzanti e nel week end - rende necessario applicare interventi di prevenzione efficaci specifici per ciascun modello. A differenza del fumo e dell'attività fisica, le evidenze di efficacia della prevenzione dei danni da alcol rilevate in esperienze di aree extramediterranee non sono perciò immediatamente assimilabili al contesto toscano. D'altra parte un recente studio toscano, citato nella letteratura europea delle politiche efficaci per prevenire i danni da alcol, ha evidenziato come in Italia ed in Toscana il consumo di alcol è fortemente diminuito a partire dagli anni '70, in totale assenza di politiche ed interventi di prevenzione, segnalando che nelle aree mediterranee, almeno per gli attuali adulti, altri determinanti dei comportamenti alcolici sono in gioco e che il bere è parte del modello alimentare. Al contrario, i consumi alcolici dei giovani italiani e toscani, per quanto ancora temperati dalle influenze mediterranee, assomigliano già oggi a quelli dei coetanei europei ed anglosassoni, con il bere alcolici nel week-end in occasioni socializzanti, alla ricerca dell'effetto neurotropo piuttosto che del gusto. E' perciò plausibile che, diversamente dagli adulti, gli interventi efficaci evidenziati dalle revisioni internazionali di *Ebp* lo siano anche per i ragazzi toscani. Per questi motivi, per la Toscana si offre l'opportunità unica nel panorama internazionale, di avviare politiche di prevenzione algologiche calibrate sui due modelli prevalenti (adulti-allimentare; giovani-comportamentale). Vista la lunga esperienza della Regione Toscana in campo internazionale in merito alle politiche sull'alcol (vedi attuale progetto europeo AMPHORA, condotto da ARS sulle politiche efficaci algologiche in Europa), e viste queste specificità sui pattern di consumo toscani, è realizzabile un'iniziativa di prevenzione alcologica innovativa ed esemplare, mirata a politiche regionali integrate trasversali, che salvaguardi i valori vinicoli tradizionali, minimizzando il rischio di danni alla salute. Pertanto devono essere attivati interventi efficaci per moderare il consumo di alcol nella popolazione generale adulta, secondo i principi della Piramide alimentare toscana, insieme ad un'intensa azione di rinforzo di azioni efficaci sui giovani, soprattutto per la prevenzione dei danni acuti da alcol, incidenti stradali per primi ("Scandinavi sulle strade – Mediterranei a tavola").

Pur con queste attenzioni, le principali evidenze che emergono dalla letteratura internazionale –

prevalentemente anglosassone - sugli interventi rivolti a ridurre i danni da alcol spingono il nostro sistema verso specifiche e proprie strategie che sono riassumibili come segue:

1) Strategie complessive e azioni collegate efficaci nel ridurre anche gli incidenti stradali alcol correlati (ISA):
   - l'aumento del prezzo degli alcolici e leggi che innalzano l'età minima legale per comprare alcolici
   - restrizioni sulla densità dei punti vendita
   - riduzione del livello alcolemico per poter guidare e incremento dei controlli etilometrici effettuati dalle forze dell'ordine con leggi restrittive sull'alcolemia per i neopatentati (zero alcol)
   - sospensione amministrativa della patente in caso di positività all'etilometro
   - uso di sistemi automatici bloccanti l'accensione del motore con il respiro del guidatore (mentre poco efficace sembra il ricorso al guidatore designato)

2) Ambiente sanitario: la diagnosi precoce, consigli, counselling e soprattutto l'intervento breve del MMG sono efficaci nel ridurre il bere a rischio ed eccessivo e le conseguenze sanitarie sull'individuo e sulla popolazione

3) Interventi di comunità:

interventi per ridurre laisponibilità e laccessibilità dell'alcol: (all'aumento dell'età minima alla vendita, la riduzione dei giorni ed orari di apertura e vendita, localizzazione punti vendita) sono stati particolarmente efficaci nel ridurre incidenti stradali e violenze personali in paesi anglosassoni

Prevenire le malattie sessualmente trasmissibili

La regione Toscana, a questo proposito, facendo propri i contenuti dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome riguardante la "Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia" si è posta come obiettivo il raggiungimento di almeno il 75% di copertura vaccinale, con tre dosi di vaccino anti-HPV, per le coorti di popolazione femminile (residenti in Toscana) dal 1997 al 2000.

Fra le altre IST troviamo patologie come la Gonorrea che, secondo l'ECDC (2011), sta registrando un nuovo incremento, e la Clamidia per le quali, ad oggi, nonostante i gravi danni provocati da queste infezioni, non abbiamo dati specifici sui quali intraprendere azioni di monitoraggio.

Purtroppo, come abbiamo avuto modo di osservare, l'analisi puntuale di alcune forme infettive risulta ancora molto difficile sul nostro territorio se non attraverso indagini ad hoc. Questo, non solo rende difficile l'attivazione di percorsi specifici di prevenzione ma provoca un ritardo nel trattamento con conseguente rischio per la salute dei cittadini.

Le azioni possono essere raggruppate in due ambiti

- Continuare nella programmazione di momenti formativi nei confronti del personale sanitario sull'evoluzione epidemiologica e sanitaria delle malattie sessualmente trasmissibili,
- Realizzare iniziative informativo/preventive rivolte alla popolazione con un particolare riguardo ai target specifici collegati alla singola tipologia di malattia.

Particolare attenzione verrà rivolta, in coerenza con quanto realizzato fino ad oggi da parte del SST e con la Legge regionale n. 63/2004 contro le discriminazioni per orientamento sessuale ed identità di genere, alla lotta contro comportamenti ed atteggiamenti discriminatori.

Le sinergie

Le azioni strategiche sopra definite indicano l'importanza del lavoro sinergico di diverse istituzioni, professionisti, livelli organizzativi, volontariato ed associazionismo, ecc. Determinante è il ruolo delle Società della Salute come catalizzatore delle istituzioni locali, sia nella fase di programmazione degli interventi che nella gestione e monitoraggio

Si indicano quindi quali strumenti di supporto e di rete:

Società della Salute

Per facilitare il processo di cambiamento verso stili di vita salutari della popolazione, è determinate il ruolo della SdS che, attraverso il Piano Integrato di Salute, definisce le strategie e attiva le azioni

più incisive sugli stili di vita in grado di unificare la progettualità regionale con le peculiarità locali in termini di risorse e di bisogni, stimolando le responsabilità degli individui e delle forze sociali e *stakeholder* presenti sul territorio.
Le SDS provvederanno, all'interno dei PIS, a programmare interventi di sensibilizzazione e di prevenzione rivolti alla popolazione target con lo scopo di aumentare le conoscenze e consapevolezze sull'argomento. Essenziale è il coinvolgimento, attraverso le SdS, delle associazioni presenti sul territorio.
Fondamentale è poi proseguire e rafforzare la collaborazione con i Comuni. In particolar modo sul fronte delle sicurezze e nello specifico sulla sicurezza in strada e sulla sicurezza in mare. L'obbiettivo del piano è costruire progetti che consentano di mettere a sistema le politiche regionali per una riduzione significativa dell'incidentistica stradale e marittima.

La scuola
Per fornire ai bambini e ai ragazzi le competenze necessarie ad una crescita libera, ma anche le opportunità per sperimentare e mantenere comportamenti salutari è necessaria una vera e propria alleanza con il mondo della scuola, con il quale è assolutamente necessario un nuovo approccio: non più interventi informativi ma azioni e strumenti didattici innovativi che favoriscano il protagonismo degli insegnanti e dei ragazzi.
La scuola rappresenta un setting fondamentale di riferimento per l'implementazione di quelle abilità personali e relazionali *(life-skills)* utili per gestire positivamente i rapporti tra il singolo e gli altri. Si tratta di competenze sociali relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le varie situazioni; di rapportarsi con autostima a se tessi, con fiducia agli altri e alla più ampia comunità (dalla famiglia, alla scuola, al gruppo degli amici…).
L'intervento dell'esperto che adotta capacità comunicative convenzionali di tipo informativo che tendono ad esaurirsi in una o più sessioni non risultano efficaci per la scuola ed in particolare per i ragazzi che assumono un ruolo passivo e non da protagonisti. L'organizzazione "scuola" deve essere considerata come un sistema vivo e dinamico, parte integrante del territorio al quale appartiene.
Dal 2007 è attivo un protocollo d'intesa, che viene periodicamente rinnovato tra Regione Toscana e Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana su interventi che assicurano un successo formativo per i ragazzi e strumenti che permettano loro di promuovere scelte consapevoli, stili di vita sani e accrescere la loro responsabilità nell'autotutela.
Questa collaborazione si articola per stadi di sviluppo strettamente connessi tra loro e strutturati in un sistema circolare con effetto "a cascata": sensibilizzazione degli organi principali dell'istituzione scolastica su *Life-SKills education e Peer education;* formazione di base dei docenti sulle metodologie sopradette; informazione-formazione dei genitori; formazione di studenti futuri *peer educator;* attività dei *peer* con i coetanei; formazione di II livello di insegnanti e studenti dove vengono trattati temi specifici di salute: affettività,alimentazione, disagio, dipendenza, sicurezza… al fine di costruire interventi utili e sulla base di specifici bisogni della scuola.

Le politiche integrate con gli altri Assessorati regionali
Rendere i toscani consapevoli delle loro scelte di salute significa, anche, disseminare i messaggi salutogenici grazie a collaborazioni con le altre Direzioni Regionali tramite una programmazione congiunta sugli stili di vita, testimoniata ad esempio dal progetto "Pranzo sano fuori casa" che, grazie anche al coinvolgimento del Centro Tecnico per il consumo, ha promosso la creazione di una rete di ristorazione veloce che offre pasti nutrizionalmente corretti, monitorata dalle Associazioni dei Consumatori

Le reti nazionali
La rete dei rapporti di collaborazione tra il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, INAIL, il CCM e le altre Regioni costituisce un patrimonio da consolidare e implementare al fine di sviluppare un confronto continuo con le strategie e metodologie applicate nei diversi contesti e con i relativi risultati raggiunti.

La collaborazione con l'OMS

L'Accordo Quadro, siglato tra la Regione Toscana e l'Ufficio Europeo dell'OMS, costituisce un interessante esempio di protocollo di collaborazione che l'OMS ha stipulato con un livello istituzionale sub-nazionale. Ciò ha consentito all'OMS di avere un osservatorio privilegiato, un laboratorio sperimentale di studio e di validazione di indicatori d'impatto per quanto concerne le politiche di promozione della salute;

2.1.1.1 La cura delle relazioni e la partecipazione attiva

Contesto
La crisi economica e sociale ha aggravato e reso manifesto un fenomeno in corso da almeno venti anni: l'erosione del ceto medio e lo sviluppo di nuove vulnerabilità sociali. L'allargamento delle vulnerabilità sociali è un fenomeno composito che si innesta in alcune grandi transizioni delle nostre società (invecchiamento della popolazione, frammentazione delle famiglie, precarizzazione della condizione di vita-lavoro…) ed allarga e ristruttura l'area del disagio. Le conseguenze dell"erosione del ceto medio e della crescita delle nuove vulnerabilità sono particolarmente ampie e acute (sulla vita e la salute delle persone, sul tessuto economico e sociale, ma anche sul terreno della partecipazione sociale e politica e della democrazia). La configurazione dei servizi di welfare che abbiamo conosciuto a partire dagli anni '70 non sembra più adeguata a leggere e gestire i nuovi problemi che attraversano i cittadini e non può più contare su un consenso sociale diffuso, mentre sta crescendo l'adesione verso ipotesi di «smantellamento» (con la ripresa dell'antico codice della beneficenza). Le difficoltà di questi servizi non dipendono da un loro cattivo funzionamento (in alcuni casi pur evidente), ma soprattutto dalla trasformazione del loro oggetto di lavoro: se la società cambia tumultuosamente, i servizi di welfare, occupandosi dei problemi che le persone incontrano nel vivere sociale, sono chiamati a modificare in profondità il loro modo di lavorare. Il welfare sembra così giunto a un punto di non ritorno: o si riprogetta insieme ai cittadini ricostruendo un senso condiviso (un con-senso) o rischia di erogare «prodotti di nicchia», un «lusso» riservato a chi ha le competenze (a volte la sfrontatezza) per accedervi, o a chi rientra nelle categorie previste dal mandato istituzionale.
La trasformazione epocale che stiamo attraversando segnala un'emergenza che si propone come terreno particolarmente adatto allo sviluppo di nuove sinergie tra politiche e servizi di welfare da una parte e lavoro socio-politico di comunità dall'altra. In questo contesto si inserisce la costruzione partecipata/condivisa dei Piani Integrati di Salute.

Le sfide
Tra le sfide del sistema di welfare toscano vi è quella di promuovere relazione, ascolto, aggregazione e partecipazione dei nuovi vulnerabili in modo tale che il "sociale dei vulnerabili" possa generare iniziative capaci di prevenire stati gravi di bisogni, sociali, sociosanitari e sanitari, oltre a generare nuovi soggetti collettivi di protezione. In questa direzione, i servizi di welfare di comunità, lavorando sulla definizione dei nuovi bisogni insieme con chi li sperimenta, può diventare un vero e proprio laboratorio di nuova cittadinanza sociale, capace di rinnovare ed ampliare il capitale sociale della Toscana.

Obiettivo
Accompagnare i servizi istituzionali e il terzo settore al rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali e allo sviluppo di nuove competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili nel campo sociale e socio-sanitario (Sociale di Iniziativa).

Strategie
Promozione di studi e approfondimenti sul tema anche allo scopo di costruire una mappatura Toscana dei progetti più significativi che lavorano in questo ambito;
Sostegno a progetti sperimentali di interventi partecipativi di contrasto alle nuove vulnerabilità attraverso la promozione di nuovi stili di vita e promozione della salute;

Facilitazione allo scambio di esperienze tra iniziaitive, esperienze, progetti toscani e non solo.
Definizione a livello regionale di linee guida per un modello di Welfare di Comunità basato sul sociale d'iniziativa.

2.1.1.2 Un consumo consapevole

Contesto
Ci sono sempre maggiori condizionamenti da parte della società consumistica sia diretti, con azioni persuasive, che indiretti, attraverso l'imposizione di modelli e stili di vita, che possono portare nel tempo od al peggioramento delle condizioni economico sociali o a stati patologici di origine psico sociale.
Il sovraindebitamento delle famiglie generato anche dall'induzione al consumo e all'utilizzo del credito per sostenere il consumo, la diffusione del gioco d'azzardo legalizzato all'apparente portata di tutti, modelli di vita e modi di essere imposti agli adolescenti che inducono agli eccessi (alcool, fumo, droga, cibo, sesso), l'uso compulsivo di nuove tecnologie, sono fattori che portano ad uno sgretolamento sociale e alla perdita del controllo da parte degli individui.
Si generano così dipendenze o situazioni di estrema crisi economica cui difficilmente lo stato sociale può far fronte.

Sfida
E' necessario quindi agire sul piano educativo e informativo in modo che si possa costruire una rete di auto – protezione così da prevenire i fenomeni degenerativi.

Obiettivo
Dotare i giovani di strumenti che sviluppano il senso critico e la consapevolezza

Azioni
c) informazione alle famiglie
c) formazione agli insegnanti
c) educazione ai giovani
Le azioni prevederanno interventi in cui i soggetti interessati saranno in parte semplici destinatari ed in parte soggetti attivi.
Verrà predisposto un kit multimediale per ogni destinatario composto da una parte informativa e una traccia per la realizzazione di laboratori che avranno come risultato la realizzazione video e prodotti da condividere in un format di comunicazione cross-mediale, interattivo a partecipazione diretta nella nuova piattaforma Giovaniconsumatori.it in corso di progettazione.

2.1.1.3 Vivere bene in famiglia e nel contesto socio-relazionale

Contesto
La crescita dell'attenzione al mondo dell'infanzia e dell'adolescenza, alle problematiche specifiche, ai diritti, ha senza dubbio contribuito negli ultimi decenni nel nostro Paese, come in generale nel mondo occidentale, ad aumentare l'insieme dei dati statistici disponibili. E tuttavia anche in un sistema di raccolta dei dati sui minori piuttosto evoluto come quello toscano, a fronte di serie storiche che guardano direttamente ai bambini e ai ragazzi e che raccontano molto delle situazioni dell'agio, mancano indicatori riferiti all'agio e agli aspetti della vita quotidiana utili a liberare finalmente la condizione dell'infanzia da quella visione circoscritta all'interno della dimensione privata familiare e a scongiurare il rischio di invisibilità delle nuove generazioni collegato anche (ma non solo) alla perdita di peso di queste fasce nella composizione della popolazione.
Nasce da qui l'esigenza di iniziare ad indagare a fianco della dimensione della protezione e della *provision* quella del benessere e della partecipazione: si tratta del resto di situazioni collegate là

dove il raggiungimento del benessere per l'infanzia e l'adolescenza richiede non solo tutela e protezione ma anche l'attuazione di pratiche partecipative e di coinvolgimento che sono trasversali all'affermazione di tutti i diritti.
Oltre alla famiglia, andranno considerati quali ambiti di intervento privilegiati il contesto scolastico e formativo e l'associazionismo sportivo: le azioni che si riusciranno a veicolare in tali realtà, siano esse di sensibilizzazione alle tematiche che portano il "punto di vista" dei bambini e dei ragazzi, o di realizzazione di occasioni e opportunità di partecipazione e crescita, o ancora di formazione degli operatori scolastici, assumeranno una valenza preventiva utile all'affermazione del diritto al benessere, alle opportunità di crescita in ambienti sani e stimolanti e allo sviluppo di relazioni significative in famiglia e tra pari.

Obiettivi

1. Favorire l'affermazione di processi sociali, educativi e relazionali nei quali emergano i concetti di benessere e di partecipazione dei bambini e dei ragazzi, come protagonisti delle relazioni tra familiari e tra pari ed inseriti in un contesto attento e sensibile alle opportunità di crescita e di sviluppo di cui necessitano.
2. Individuare ed analizzare i fattori di benessere e i livelli di coinvolgimento dell'infanzia e dell'adolescenza in una dimensione riferita alla qualità della vita ed utile a supportare lo sviluppo della qualità delle relazioni individuali ed istituzionali.

Tali obiettivi si raggiungono attraverso i seguenti **interventi**:

- Orientare il lavoro dei servizi pubblici, delle associazioni, dell'associazionismo sportivo e della scuola all'inserimento delle tematiche dell'ascolto, della partecipazione attiva e del coinvolgimento dei bambini e dei ragazzi nei percorsi educativi, di crescita, di formazione che li riguardano: saranno da privilegiare occasioni di promozione e di formazione in particolare in ambito scolastico e sportivo.
- Realizzare la mappa regionale degli indicatori di benessere quale strumento che, muovendo dagli indicatori disponibili, renda fruibile le dimensioni e le sottodimensioni dell'insieme delle relazioni (ambito familiare), delle opportunità o deprivazioni culturali (scuola) e della salute (strutture sanitarie e servizi sociali) che le giovani generazioni vivono nella nostra regione.
- Promuovere azioni che a partire dall'utilizzo degli indicatori sociali, socio-sanitari e di benessere facilitino l'individuazione dei fattori di rischio per i minori, in particolare per quanto attiene l'ambiente scolastico, e sostengano gli interventi di prevenzione anche in relazione al possibile allontanamento dalle famiglie.

2.1.2. Il diritto di vivere in salute e sicurezza

2.1.2.1. La sicurezza nell'ambiente

Contesto

L'integrazione delle politiche sanitarie e ambientali è un obiettivo perseguito costantemente nella nostra Regione ed infatti era già presente sia nella precedente programmazione sanitaria che ambientale

Tale integrazione è individuata anche negli indirizzi di legislatura delle Politiche in materia ambientale presenti nel Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015.

Il percorso di integrazione è stato avviato con la decisione della Giunta Regionale n. 10 dell'11/09/2006; da allora, nell'ambito della tematica Ambiente e Salute sono sempre più numerosi gli eventi per i quali le Direzioni generali competenti in materia sanitaria ed ambientale hanno condiviso percorsi comuni, come ad esempio per la recente indagine epidemiologica sulla geotermia, gli studi per gli inceneritori, il monitoraggio sul radon, il controllo ufficiale sui regolamenti REACH (*Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals*) e CLP (*Classification, Labelling and Packaging*). Da segnalare che il progetto regionale Ambiente e Salute (progetto 2.6.4), è uno dei 49 progetti individuati nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2010-2012, approvato con la DGRT n. 1176 del 28/12/2010.

Le sfide

Secondo l'approccio adottato dall'OMS del global burden of disease sono stati attribuiti ai fattori ambientali modificabili un 24% di carico di malattia (anni di vita in salute persi) e un 23% di tutte le morti (mortalità prematura). Inoltre, l'evoluzione del contesto socio-economico internazionale rende necessario un cambiamento che acceleri l'integrazione delle azioni dei diversi soggetti sanitari e non sanitari che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute in un contesto dove il contrasto alle disuguaglianze, causate anche dai determinati ambientali, si conferma uno degli elementi principali del presente piano socio-sanitario.

I sistemi di monitoraggio ambientale sviluppati negli anni nella nostra regione i cui risultati sono riportati periodicamente sui rapporti sullo stato dell'ambiente regionali e di ARPAT, mostrano che l'esposizione stimata annua della popolazione a NO_2, PM_{10} e a ozono è migliorata ma permane in alcuni casi superiore ai valori di riferimento indicati a livello europeo e dalla OMS per la protezione della salute, in particolare nelle aree urbane in collegamento al traffico. Anche il rumore permane un fattore di esposizione e di disturbo per la popolazione residente in ambito urbano ed in prossimità di infrastrutture di trasporto.

La correlazione fra queste esposizioni e gli effetti sulla salute è ormai riconosciuta dalla letteratura scientifica e diversi studi hanno interessato anche gruppi di popolazione in Toscana come risulta da una prima ricognizione regionale degli studi ambiente e salute in corso al 2011 o appena conclusi.

Ugualmente è possibile la prevenzione nei confronti di esposizioni indagate come quella al radon.

Una adeguata comunicazione agli operatori sanitari e ai cittadini può altresì essere utile a migliorare lo stato di salute delle persone affette da allergie ai pollini.

Il miglioramento della qualità delle acque destinate al consumo umano permetterà la riduzione dell'esposizione a sostanze contaminanti.

È necessario migliorare i processi partecipativi considerando le istanze provenienti dalla popolazione in tema di programmazione e gestione di attività che hanno impatto sull'ambiente e sulla salute. In questo contesto il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri è in grado di dare un contributo nel sensibilizzare ed informare la popolazione, nonché per segnalare eventuali situazioni di criticità, attivando un sistema di valutazione a rete che coinvolge soggetti chiave del sistema regionale sanitario e ambientale.

Per dare attuazione a quanto sopra descritto è necessario adottare una strategia regionale per ottenere una maggiore tutela della salute della popolazione della Toscana in tema di ambiente e salute attraverso il miglioramento del coordinamento e dell'integrazione tra le politiche e le azioni regionali in campo ambientale e sanitario, e l'individuazione di modalità condivise con gli enti locali

(Comuni, Province, Comunità montane) e le Società della Salute per la prevenzione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente-salute correlate.

Obiettivi

A) Condivisione degli obiettivi regionali in materia ambientale individuati nel Piano Ambientale ed Energetico Regionale (PAER).
B) Migliorare l'integrazione tra le politiche e le azioni regionali in campo ambientale e sanitario al fine di ottenere una maggiore tutela della salute della popolazione della Toscana.
C) Migliorare la capacità di lettura e di valutazione del contesto ambientale e dell'impatto di tale contesto sulla salute della popolazione.
D) Rafforzare la capacità di programmazione in tema di ambiente e salute nei Piani Integrati di Salute da parte delle Società della Salute.
E) Rafforzare i processi riguardanti la programmazione integrata sui controlli ufficiali ambientali e sanitari

Strategie

A.1.1- Supporto al raggiungimento degli obiettivi individuati dalle politiche ambientali regionali in materia di inquinamento atmosferico e dell'aria indoor, inquinamento acustico, inquinamento elettromagnetico, radiazioni ionizzanti, radon, amianto, fitosanitari, tutela delle acque interne con particolare riferimento alle acque destinate al consumo umano e prevenzione degli incidenti rilevanti nelle industrie che trattano materiali di particolare rischio.

A.1.2- Migliorare la sostenibilità ambientale delle strutture del sistema sanitario regionale, attraverso l'elaborazione di linee guida regionali sulle buone pratiche di sostenibilità ambientale.

A.1.3- Elaborazione e promozione di linee di indirizzo per l'adeguamento dei regolamenti edilizi comunali ai principi della sostenibilità ambientale e della prevenzione all'esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

B.1- Elaborazione ed attuazione di una strategia regionale su ambiente e salute che consenta di migliorare il coordinamento istituzionale ed organizzativo territoriale, l'individuazione della missione regionale e dei soggetti locali coinvolti nell'attuazione delle strategie, l'identificazione delle priorità di intervento e del percorso di attuazione e di monitoraggio delle azioni. Tale strategia può essere attuata anche attraverso le seguenti azioni:

B.1.1- costituzione di una cabina di regia regionale per la tematica di ambiente e salute;

B.1.2- elaborazione di protocolli riguardanti modalità di prevenzione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente-salute correlate con gli enti locali (Comuni, Province, Comunità montane), ive comprese le Società della Salute, al fine di adottare un modello operativo omogeneo per l'intero territorio regionale;

B.1.3- elaborazione di un piano di comunicazione integrato regionale per la tematica di ambiente e salute, con particolare riferimento alle comunicazioni correlate ai sistemi di monitoraggio ambientale;

B:1.4- realizzazione di un monitoraggio sulla percezione del rischio ambientale da parte della popolazione, integrando sistemi di rilevazione esistenti come ad esempio PASSI;

B.1.5- realizzazione di attività formative mirate su MMG e PLS sulla tematica ambiente e salute;

B.1.6- realizzazione di una rete professionale e di relazioni tra le varie strutture organizzative del sistema sanitario regionale coinvolte nella tematica ambiente e salute;

C.1.1 – Individuare e sperimentare indicatori di salute ambiente-correlati per migliorare l'interpretazione del contesto integrato ambientale e sanitario;

C.1.2- Sviluppare indagini sulla presenza di contaminanti ubiquitari nell'ambiente;

D.1 – Elaborare indicazioni operative per il rafforzamento della programmazione in tema di ambiente e salute da parte delle Società della Salute, integrando le linee guida per l'elaborazione dei Piani Integrati di Salute di cui alla DGRT 243/2011.

E.1 – Elaborare programmi integrati di controllo ufficiale e di campionamento su tematiche riguardanti la radioattività ambientale negli alimenti, le acque potabili, la sicurezza chimica, l'amianto, i fitosanitari e nell'ambito dei Siti di Interesse Nazionale (SIN).

2.1.2.2. La sicurezza sul posto di lavoro

Contesto

Nell'ultimo decennio, in concomitanza con la progressiva applicazione delle normative europee, si è assistito ad un costante calo degli infortuni, in particolare di quelli mortali, con aumento di quelli stradali . Gli infortuni sul lavoro denunciati in Toscana sono in diminuzione negli anni 2004-2009 (-17%), con un numero assoluto di eventi che e' passato da 75.938 a 63.261. Anche gli infortuni mortali in occasione di lavoro, con esclusione degli infortuni in itinere, sono in diminuzione nello stesso periodo, passando da 96 a 62. I comparti più a rischio rimangono l'edilizia (in particolare le cadute dall'alto durante l'esecuzione di lavori sulle coperture che nell'ultimo decennio hanno rappresentato in media il 56 % degli infortuni mortali del comparto) e l'agricoltura (dove il 9% degli infortuni vede coinvolto il trattore, per arrivare al valore di 35% nella casistica degli infortuni mortali) .Da segnalare la circostanza per cui, a fronte di un calo consistente e sistematico degli infortuni accaduti a lavoratori di sesso maschile, per la componente femminile detto calo è iniziato solo nel 2008 e avviene ad un ritmo più contenuto.

Sul versante delle patologie lavoro-correlate, invece, negli ultimi anni si è assistito ad un incremento nel numero delle denunce legato soprattutto alla maggiore consapevolezza dei cittadini e degli operatori. Nel corso degli anni 2000-2007, in Toscana sono stati denunciati all'INAIL poco più di 19.000 casi di sospette malattie professionali, delle quali ne sono state riconosciute e indennizzate circa 4.900. Le tipologie di malattie professionali segnalate ai Servizi di Igiene, Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL) o denunciate all'ente assicuratore, mostrano, a partire dal 2004, un aumento delle patologie a carico dell'apparato muscolo-scheletrico a fronte di un decremento delle ipoacusie da rumore. Il sistema regionale della prevenzione in ambiente di lavoro si è evoluto secondo le linee del PSR 2008-2010, con particolare attenzione sia alla prevenzione che alla vigilanza, anche in sinergia con altri Enti preposti alla tutela della sicurezza e legalità del lavoro. I risultati conseguiti con l'impegno dei Servizi PISLL sono stati in molti casi assai rilevanti, riconosciuti e ripresi anche a livello nazionale ed europeo consentendo la creazione di preziosi e proficui collegamenti e collaborazioni con organizzazioni tecnico-scientifiche .

Obiettivi

Alla luce degli elementi di contesto, per il prossimo futuro le sfide da vincere sono:

A) realizzare un basamento informativo per semplificare la raccolta dati e gli adempimenti richiesti ai cittadini ed alle imprese;

B) rafforzare l'efficienza del sistema aumentando le sinergie tra i dipartimenti della Prevenzione, anche con soluzioni organizzative di area vasta, , con i professionisti, i soggetti della prevenzione aziendale, il sistema delle tutele e con altre Istituzioni regionali e nazionali del settore;

C) superare le disuguaglianze di salute, garantendo l'omogeneità degli interventi - in termini di copertura del territorio e di metodologia di intervento, dimensionando l'offerta in relazione alle necessità ed alle caratteristiche dei destinatari, garantendo percorsi che facilitino il rispetto delle norme da parte dei soggetti più deboli

D) migliorare l'efficacia degli interventi, implementando azioni di vigilanza, promozione e prevenzione con approccio proattivo, ivi comprese le azioni per la crescita della qualità del lavoro;

E) sviluppare la capacità di concertare la programmazione tra Istituzioni per massimizzare e rafforzare l'attività di vigilanza, nonché più in generale garantire l'integrazione delle politiche regionali

Azioni

A.1 Con l'intento di potenziare e ricondurre ad unità i flussi ed i sistemi informativi necessari al monitoraggio e successiva programmazione degli interventi, con il consolidamento del CeRIMP - Centro Regionale di Riferimento per gli Infortuni e le Malattie Professionali, che gestisce un osservatorio congiunto con INAIL. La programmazione delle attività non può prescindere dal consolidamento di un sistema di conoscenza dei fenomeni e di sorveglianza fortemente basato sullo studio epidemiologico e sulla sinergia tra INAIL e le ASL. Per questo CeRIMP deve trovare

una sua stabile strutturazione, al fine di supportare ed orientare il sistema, anche attraverso la realizzazione del SIRP (sistema informativo regionale della prevenzione sui luoghi di lavoro), ovvero l'oggetto che integra e razionalizza tutti i flussi informativi esistenti, nelle more della realizzazione dell'omologo sistema informativo nazionale ex art. 8 d.lgs. 81/08. Il tutto nel quadro più ampio del realizzando Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva, del quale è una sorta di sottoinsieme.

A.2 Il realizzando sistema informativo fornirà anche servizi telematici al cittadino, alle imprese, alle associazioni e patronati, beneficiando di strumenti di semplificazione amministrativa e sburocratizzazione dei processi gestionali. Tra i primi moduli che saranno messi in produzione, vi è quello relativo alla trasmissione telematica delle notifiche preliminari di cui all'art. 99 del d.lgs. 81/08. Si tratta di un progetto realizzato in collaborazione con l'Osservatorio Regionale dei Contratti Pubblici, INAIL, Direzione Regionale del Lavoro, INPS, Enti bilaterali del comparto edilizia. Il progetto di realizzazione del SISPC, include anche la realizzazione di un sistema per la comunicazione on-line da parte dei committenti privati e pubblici delle notifiche preliminari con relativa geo-referenziazione del cantiere. Il sistema coinvolge tutti i cittadini italiani e stranieri come potenziali committenti di opere edili da realizzare nel territorio della regione toscana. Il Sistema Informativo del Dipartimento della Prevenzione si farà carico della comunicazione on-line unica acquisendo a proprio carico la trasmissione a tutti i soggetti interessati o portatori di interesse sopra citati considerato che la norma individua le AUSL e la DTL (Direzione Territoriale del Lavoro) come destinatarie del flusso informativo per tutte le notifiche dei cantieri. In particolare le Casse Edili, in virtù di quanto stabilito dal Contratto Nazionale di Lavoro Edilizia Industria, dovranno poter costituire una banca dati per la gestione delle notifiche con particolare riferimento alla congruità contributiva e al Durc (Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva).

B.1 La razionalizzazione dell'offerta si realizza con funzioni specialistiche e/o trasversali a livello di area vasta, con la valorizzazione della multi professionalità, pur nella semplificazione amministrativa. Altre soluzioni passano attraverso la creazione di network aziendali e la messa a regime di poli che forniscono prestazioni specialistiche di secondo e terzo livello, quali il centro di riferimento per la patologia da amianto dell'AOU Senese, il polo per lo studio del disadattamento lavorativo presso l'AOU Pisana, il centro relativo alle attività florovivaistiche della Azienda USL 3 di Pistoia).

C.1.1 Si sviluppano gli interventi attraverso piani mirati di prevenzione, con priorità per le azioni rivolte al settore edile, agricolo e forestale, ai comparti con particolare pericolosità delle lavorazioni e con utilizzo di macchine ed impianti complessi, e ai settori con esposizione ad agenti di rischio fisico, chimico o biologico, utilizzando approcci calibrati per le diverse categorie di lavoratori (es. migranti, prevenzione in ottica di genere). Un'attenzione particolare è rivolta ai rischi da radiazioni ionizzanti in ambito sanitario, sia per la popolazione che per i lavoratori ed i pazienti, con l'impegno per la Regione Toscana ad adottare ulteriori misure di controllo e monitoraggio per garantire l'attendibilità dei dati dosimetrici, la loro raccolta, elaborazione e rendicontazione. Anche gli ambienti confinati e il mondo degli appalti sono aree di particolare attenzione.

C.1.2 l'omogeneizzazione delle procedure passa attraverso un sistema di monitoraggio con indicatori di processo e di esito. Per questo si prosegue con la metodologia dei Prodotti Finiti, e con l'elaborazione di indicatori per misurare costi e benefici, anche economici, derivanti dall'investimento in prevenzione.

C.2 L'obiettivo di contenere le diseguaglianze nella prevenzione collettiva passa attraverso percorsi che facilitino il rispetto delle norme da parte delle fasce più deboli. In particolare,

- **C.2.1 i**l potenziamento delle attività di sostegno alle imprese di minore dimensione (che costituiscono il tessuto produttivo prevalente nel territorio regionale), più deboli in materia di sicurezza, con iniziative volte a fornire assistenza ed informazione e strumenti per interventi semplici ed efficaci di adeguamento agli obblighi normativi; in tale contesto si sottolinea il ruolo dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- **C.2.2** investire nella formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro in particolare delle piccole e piccolissime imprese, soprattutto artigiane, con l'apporto straordinario degli organismi paritetici e dalle associazioni sindacali e di categoria.

D.1 L'aumento dell'efficacia degli interventi passa attraverso la specializzazione dell'offerta formativa regionale anche sviluppando la collaborazione con l'Università e con un appropriato coordinamento tra Regione, Area Vasta ed ASL.

D.2 La Prevenzione ha il compito di leggere una realtà sempre più dinamica e prevenire rischi emergenti, suggerendo soluzioni organizzative più adatte ad affrontarli.

D.2.1 In coerenza con lo scenario e con le indicazioni provenienti dal livello nazionale, prioritario è il tema delle malattie professionali, che sono in crescita sebbene ancora sottonotificate. E' perciò necessario sviluppare la ricerca attiva delle patologie lavoro-correlate, neoplastiche e non, e attivare il raccordo tra dati sanitari e occupazionali. Per questo occorre sviluppare i rapporti con INPS e con tutti i soggetti del sistema, compresi i medici competenti, i medici di medicina generale ed i professionisti in genere, in collaborazione con le parti sociali e con i patronati, con il coordinamento della Regione. Per il settore agricolo è utile valorizzare anche le funzioni del centro di riferimento per il florovivaismo.

D.2.2 Tra i rischi emergenti vi vi sono i problemi ergonomici e lo stress lavoro-correlato, acuito dalla crescente precarizzazione dei rapporti di lavoro. Per l'ergonomia verrà favorita la creazione di un network regionale di supporto tecnico-scientifico a tutte i Servizi PISLL toscani. Per lo stress da lavoro occorre definire linee di indirizzo per le aziende private e pubbliche per l'esecuzione di una corretta valutazione del rischio stress-lavoro-correlato, ed affinare le capacità diagnostiche sui casi di patologie stress lavoro correlate, a supporto dei servizi pubblici di prevenzione, con il consolidamento di un centro di riferimento regionale di terzo livello (Polo per lo studio del disadattamento lavorativo), che affianchi e lavori in rete con il già esistente centro di riferimento regionale sulle criticità relazionali e lo sviluppo del potenziale umano. Il Polo, in collegamento con i Servizi territoriali, si occuperà prioritariamente dell'attività di valutazione del danno correlato allo stress lavorativo, fornirà indicazioni da diffondere ai medici competenti su criteri e strumenti da utilizzare per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria e contribuirà alla creazione di un osservatorio sui rischi e danni collegati allo stress lavoro correlato.

D.2.3 Un comparto meritevole della massima attenzione è l'edilizia, con lavorazioni con elevati indici infortunistici, anche se in diminuzione per la riduzione delle ore lavorate a causa della crisi economica. Per la prevenzione degli infortuni si punta ai controlli ispettivi in cantiere, alla formazione e all'assistenza tecnica e procedurale nei confronti dei lavoratori, delle imprese e dei tecnici. Sono incentivate forme di attività di vigilanza congiunta con altri soggetti titolari di funzioni di controllo (DRL, INAIL, INPS e VVFF), la diffusione delle "buone pratiche" e la promozione dello sviluppo di soluzioni tecnologiche innovative per il miglioramento della sicurezza nei cantieri edili e nelle grandi opere infrastrutturali. A livello regionale, visti i positivi risultati conseguiti, resta prioritario applicare il modello adottato per la realizzazione della TAV e della variante di valico autostradale ad altre opere in corso od in progettazione (nodo ferroviario fiorentino, ampliamento terza corsia A1 ed A11, realizzazione prosecuzione autostrada A12), anche valorizzando il sistema informativo sul modello del sistema Monitor e sviluppando il modello di coordinamento nazionale dei servizi di vigilanza che si occupano di grandi opere infrastrutturali.

D.3 Si investe in promozione della cultura della sicurezza sul lavoro e negli ambienti domestici, a partire dalla scuola; in informazione e sensibilizzazione, anche a corretti stili di vita sul posto di lavoro, nei confronti di tutti i soggetti della prevenzione aziendale, con particolare riferimento ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, con il supporto degli ordini professionali e degli organismi paritetici.

E.1 E' importante condividere obiettivi e strumenti di integrazione, in un'ottica di medio-lungo periodo, con le politiche educative e formative, così come correlare il sostegno economico delle imprese agricole ed artigiane a processi di innovazione per aumentare la tutela del lavoro. E' importante anche affrontare la tematica degli incidenti domestici con azioni di sensibilizzazione degli utenti, dei professionisti e degli Enti locali, chiamati all'adozione di regolamenti edilizi che elevino i requisiti di sicurezza delle strutture edilizie e degli impianti. Appare inoltre utile incrementare le attività di assistenza più qualificate, con il coinvolgimento delle parti sociali

nell'individuazione di settori ed attività a rischio e di politiche atte a ricercare soluzioni e buone prassi.

E.1.1 Si ritiene necessario incentivare un'agricoltura di qualità, caratterizzata da sicurezza delle lavorazioni, implementando interventi di comunicazione, assistenza e sostegno, in raccordo con il PRAF, per la messa in sicurezza di trattori agricolo-forestali, con il coinvolgimento di tutte le organizzazioni del settore.

E.2 La ricerca della efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa richiede un coordinamento tra i vari enti ed organismi preposti alla promozione della cultura della sicurezza, della prevenzione, della vigilanza e del controllo, anche con il coinvolgimento delle forze sociali. Particolare attenzione sarà posta sul potenziamento dell'attività di vigilanza, da realizzarsi anche attraverso la finalizzazione delle risorse derivanti dalle sanzioni incamerate a fronte dell'accertata violazione della normativa in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro . Occorre realizzare un equilibrato mix di interventi, non focalizzandosi sul solo aspetto repressivo ma valorizzando altresì le altre misure di prevenzione, per innescare percorsi virtuosi con effetto strutturale di più lungo periodo. Tra i principali riferimenti del sistema sanitario regionale in questo ambito vi è senz'altro INAIL, con cui condividere programmi di sburocratizzazione e razionalizzazione dell'offerta e di elaborazione di linee guida e buone prassi.

Si conferma infine l'impegno della Regione Toscana per l'aggiornamento e la revisione di qualità del sistema degli accertamenti medico-legali in materia di inidoneità al lavoro, come ulteriore strumento di valutazione e controllo dei rischi correlati.

2.1.2.3. La sicurezza stradale

Contesto

Gli incidenti stradali rappresentano la seconda causa di morte per i ragazzi di età compresa tra 5 e 29 anni, e la terza causa di morte per le persone di età compresa tra 30 e 44 anni, uccidendo ogni anno nel mondo 1,2 milioni di persone e ferendo oltre 50 milioni di individui (Fonte: World Health Organization - WHO). E' inoltre stimato che, il costo sociale dell'infortunistica stradale, sia compreso tra l'1% ed il 2% del prodotto interno lordo (PIL) di ciascun paese. Sulla base dei dati ISTAT/ACI, in Italia, sono stati registrati nel 2009 oltre 215 mila sinistri con almeno un ferito (corrispondenti ad una media giornaliera di 590 incidenti), che hanno causato il decesso di circa 4.200 persone ed il ferimento di oltre 307 mila individui.

Nello stesso anno la Toscana, con 18.362 incidenti stradali, ha contribuito per l'8,5% di tutti i sinistri avvenuti sul territorio nazionale. Le conseguenze dei sinistri occorsi hanno comportato il ferimento di 24.345 persone ed il decesso di 279 individui. L'analisi dei rapporti di mortalità (RM = numero di morti ogni 1.000 incidenti) e di quelli di lesività (RL = numero di feriti ogni 1.000 incidenti), indica che la Toscana presenta valori rispettivamente di 15,2 e 1.325,8 contro i 19,7 e 1.426,4 nazionali, dunque è possibile affermare che, se tale regione da un lato si colloca ai primissimi posti in Italia per numero di incidenti rilevati, dall'altro, in termini di gravità, si distingue come una delle più sicure, poiché le conseguenze dei sinistri sono tra le meno gravi. Gli incidenti più gravi si verificano di notte, nelle prime ore del mattino, con valori del RM particolarmente elevati tra le 04:00 e le 07:00. L'infortunistica stradale colpisce soprattutto i più giovani ed infatti il 32,2% dei coinvolti in incidenti stradali, ha un'età compresa tra 14 e 29 anni e, all'interno di questa fascia, gli uomini rappresentano il 67,5% del totale.

La maggiore presenza di strade extraurbane, dove è possibile raggiungere velocità sufficientemente elevate, è sicuramente un fattore di rischio.

Un altro importante elemento da considerare riguarda lo stile di guida (velocità, non utilizzo delle cinture di sicurezza, distrazione e assunzione di alcol e droghe). Sono disponibili infatti, evidenze in letteratura relative a una forte correlazione fra guida associata all'uso di sostanze psicoattive e il verificarsi di incidenti stradali.

Tutti gli studi concordano che: il rischio di incidenti aumenta, in modo esponenziale, con la concentrazione di alcol nel sangue; a parità di alcol ingerito, il rischio aumenta al diminuire dell'età del conducente; il rischio aumenta tanto più rapidamente quanto minore è la frequenza di consumo abituale di sostanze alcoliche. Inoltre, è importante considerare che l'alcol può interagire

con altre sostanze e quindi aumentare il rischio di chi assume contestualmente alcol e farmaci o sostanze stupefacenti.

Obiettivi
Concorrere all'obbiettivo principale del Piano regionale Mobilità e Logistica – e che consiste nell'abbattimento nel 2015 del 50% del numero degli incidenti stradali rispetto all'anno 2000 in accordo con la strategia delineata dal Libro bianco della Commissione Europea "European Transport Policy: Time to decide"

Strategia
Le azioni di prevenzione dell'incidentalità stradale devono fare riferimento allo stato dell'arte delle evidenze dei principali interventi di sanità pubblica di cui ad oggi è stata sperimentata scientificamente l'efficacia dalla letteratura internazionale.
Ad oggi le raccomandazioni internazionali fanno riferimento ad interventi che non provengono (od hanno come oggetto) il solo versante di salute e l'ambito sanitario ma che fanno riferimento anche agli ambiti della viabilità\circolazione dei mezzi, a quello dei dispositivi di sicurezza, a quello dei controlli e dei divieti.
Quelle che fino ad oggi sembrano mostrare maggiore impatto nella riduzione della mortalità e incidentalità stradale nei giovani sono:
- l'introduzione di patente progressiva nei giovani sotto i 19 anni;
- incentivi all'acquisto e campagne di promozione, interventi di educazione dei genitori per i seggiolini dei bambini;
- controllo della circolazione e del traffico attraverso l'introduzione di videocamere ai semafori;
- aumento dei controlli da parte delle forze dell'ordine sui conducenti di mezzi per accertare oil loro stato alcolemico;
l'aumento del prezzo degli alcolici,
-leggi sull'età minima legale per comprare alcolici, restrizioni sulla densità dei punti vendita con supporto di campagne mediatiche, sono efficaci nel ridurre gli Incidenti Stradali alcol correlati; la riduzione del livello alcolemico per poter guidare; efficaci sembrano anche le leggi restrittive sull'alcolemia per i neopatentati (zero alcol), la sospensione amministrativa della patente in caso di positività all'etilometro, l'uso di sistemi automatici bloccanti l'accensione del motore con il respiro del guidatore

Pertanto le azioni che si intendono promuovere sono:
- Attuazione del Piano Nazionale Sicurezza Stradale: Attuazione del 3° Programma – Avvio del 4°-5° Programma – Attuazione del DGR 1056/2010
- Programma pluriennale investimenti sulla viabilità di interesse regionale per gli anni 2002 - 2007: aggiornamento 2011 e modifica conseguente al monitoraggio giugno 2011 (deliberazione Consiglio regionale 27 febbraio 2002, n. 35). – DCR55 27/07/2011
- Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari in Toscana" – (D.G.R. n. 800/2008)
- Piano Regionale della Prevenzione 2011-2012 - progetti finalizzati al contrasto dell'abuso dell'alcol e degli incidenti stradali (Divertirsi Guadagnando Salute e Insieme per la Sicurezza).
Scuole Promotrici di Salute - interventi su insegnati e studenti sulla sicurezza stradale previsti nei programmi di peer education nell'ambito del progetto realizzato in collaborazione con la Direzione scolastica regionale.
- Alleanze e Accordi tra istituzioni locali, Forze dell'Ordine, Autorità giudiziarie, servizi pubblici deputati associazionismo e Terzo Settore, gestori dei locali del divertimento per condividere e realizzare interventi di contrasto all'uso e abuso di alcol e droghe prima di mettersi alla guida, e per promuovere lo svolgimento di attività di volontariato nei settori dell'assistenza sociale e socio-sanitaria per i soggetti ai quali è stata concessa la commutazione della pena in prestazioni non retribuite a favore della collettività ai sensi del d. lgs 285/1992 e s.m.i.
- Consolidamento del ruolo delle Commissioni Mediche Locali attraverso procedure tese a monitorare e confrontare i giudizi medico legali di idoneità alla guida.

2.1.2.4. Le vaccinazioni e la prevenzione delle malattie trasmissibili

Contesto

La Regione Toscana, da anni impegnata nella promozione della profilassi vaccinale, prosegue la "mission" sulla comunicazione e sull'offerta delle vaccinazioni attraverso le direttive regionali in materia di vaccinazioni approvate con DGRT n. 1020 del 27/12/2007 ed aggiornate con DGRT n. 448 del 2010. Il Calendario, costantemente aggiornato, considera molti aspetti, l'evoluzione tecnologica, la situazione epidemiologica regionale e nazionale, nonché la realtà organizzativa regionale della Sanità pubblica, e si avvale della stretta collaborazione dei Pediatri di Famiglia (PdF) e dei Medici di Medicina Generale (MMG). L'ultimo aggiornamento del calendario regionale delle vaccinazioni, ha previsto l'allargamento delle età dei soggetti a cui offrire la vaccinazione: dalla nascita alla fanciullezza, all'adolescenza, all'adulto, fino all'anziano.

Mediante gli interventi e le strategie vaccinali, periodicamente rivisitati anche con il contributo della "Commissione regionale per le strategie vaccinali", si conferma il livello di eccellenza raggiunto in Toscana nel campo delle vaccinazioni dell'infanzia; l'adozione di un calendario regionale ha infatti permesso di ottenere elevate coperture vaccinali a 24 mesi di età, superiori per tutti i vaccini ai valori di copertura medi nazionali e sostanzialmente omogenee su tutto il territorio toscano, sia per le vaccinazioni "obbligatorie" (coperture al 2010 antipolio/DTP ≥ 96%, Epatite B ≥ 95%) che per quelle raccomandate di più recente introduzione (coperture al 2010 Hib11 ≥ 92 %, MPR ≥ 92%, meningococco C/pneumococco > 88%).

Per morbillo, parotite e rosolia si conferma la tendenza al decremento dei casi grazie ai programmi di vaccinazione attuati. Tuttavia dai dati derivanti dal sistema di rilevazione delle malattie infettive si rileva una scarsa immunità al morbillo in soggetti adolescenti e giovani adulti, infatti anche nel corso dell' epidemia di morbillo del 2008 (599 casi in Toscana) si è verificato uno spostamento del picco di incidenza dei casi di morbillo dall'età pediatrica (anni 2002/2003) all'età adolescenziale - giovane adulta (anni 2006/2008).

La Regione Toscana ha avviato, nel 2008, una campagna di vaccinazione contro il virus del papilloma umano (HPV) responsabile, ogni anno, di circa 215 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina. Nel 2008 la vaccinazione è stata offerta attivamente e gratuitamente alle dodicenni (coorte del 1997) e in regime di gratuità su richiesta dei genitori alle adolescenti nate nel 1996. A partire dal gennaio 2009 l'offerta gratuita della vaccinazione è stata allargata alle ragazze dal tredicesimo al sedicesimo anno di età. Per quanto riguarda la copertura vaccinale raggiunta nelle ragazze nate nel 1998, al 31/12/2010 risultavano vaccinate il 76,2% con una dose, il 75% con due ed il 66,9% con tre dosi.

La vaccinazione antinfluenzale viene offerta gratuitamente ai soggetti a rischio, individuati ogni anno dalla Circolare del Ministero della Salute. I medici di medicina generale ed i pediatri di famiglia, rappresentano un punto di forza del sistema poiché erogano oltre l'80% delle vaccinazioni somministrate nella Regione Toscana, svolgendo così un ruolo fondamentale per la promozione e l'esecuzione diretta della vaccinazione ai propri assistiti. Tuttavia, questa modalità organizzativa rappresenta, relativamente al ritorno ed alla registrazione dei dati, una criticità da cui deriva con probabilità una rilevante sottostima delle vaccinazioni realmente erogate a livello aziendale. Nonostante i risultati soddisfacenti raggiunti nel corso della campagna vaccinale 2010-2011 nei soggetti ultra65enni (68,8%) non risultano raggiunti su tutto il territorio regionale gli obiettivi del programma di vaccinazione per l'influenza che prevedono un livello di copertura minimo per tutti i gruppi target pari al 75%.

I servizi vaccinali hanno ottenuto notevoli risultati, tuttavia è ancora migliorabile la capacità di ottenere un'adesione consapevole ai programmi di vaccinazione attraverso un aumento della qualità dei servizi tramite specifici percorsi formativi.

Profilassi del viaggiatore internazionale

La tutela della salute del viaggiatore internazionale rappresenta un'altra priorità per la Sanità pubblica, in quanto i sempre più frequenti spostamenti verso i Paesi in via di sviluppo, in cui è maggiore il rischio di contrarre malattie trasmissibili, possono determinare il rischio di contagio e la conseguente diffusione di vecchie e nuove patologie. Il problema riguarda anche i cittadini italiani

che scelgono mete esotiche per le loro vacanze e/o impegnati in attività lavorative e in progetti di cooperazione e di sviluppo. Si rende pertanto opportuna la definizione di procedure condivise per rendere omogenee le modalità operative sul territorio regionale.

La sorveglianza delle malattie trasmissibili non prevenibili con vaccinazione

a) Controllo della tubercolosi

L'andamento delle notifiche dei casi di tubercolosi nella Regione Toscana si è mantenuto tendenzialmente costante nel corso degli ultimi dieci anni. A partire dal 2007, si registra un significativo aumento della proporzione dei casi segnalati riferiti alla popolazione straniera che è passata dal 17,6% nel 1994, al 58,2 % nel 2010. Quasi la totalità dei casi notificati riferiti a soggetti nati all'estero, proviene da paesi a forte pressione migratoria. Tendenzialmente in aumento risulta inoltre il numero di focolai epidemici di tubercolosi registrati nel corso degli ultimi anni prevalentemente nell'ambito familiare e, in alcuni casi in quello scolastico.

Obbiettivi del prossimo quinquennio:

- aggiornamento del documento di linee guida ed il protocollo regionale per il controllo della tubercolosi(delibere 756 dell'11/7/2000)
- definizione delle modalità operative di intervento per il miglioramento della sorveglianza dei casi, (con particolare riferimento alla notifica da parte dei laboratori) e della farmacoresistenza;

aggiornamento del protocollo per il monitoraggio degli esiti del trattamento.

b) Controllo delle malattie a trasmissione sessuale con particolare riferimento all'AIDS ed alle nuove diagnosi di infezione da HIV

Nel contesto nazionale, la Toscana si colloca per tasso di incidenza (2,7 per 10000 abitanti) al quarto posto tra le regioni italiane.
Dall'inizio dell'epidemia al 2010 in Toscana sono stati diagnosticati 4.211 casi di AIDS di cui il 90% residente in toscana. I soggetti residenti in Toscana con diagnosi di AIDS risultano essere, per lo stesso periodo 4.021. Dal 2001, non si registrano casi di AIDS in età pediatrica (<13 anni). L'incidenza nei maschi è maggiore rispetto alle femmine (rapporto maschi/femmine nel 2010 è del 3,5).
L'età mediana alla diagnosi dei casi è in aumento sia per i maschi (47 anni) che per le femmine (40 anni).
Va evidenziato che la modalità di trasmissione del virus HIV ha subito un'inversione di tendenza in quanto il maggior numero di infezioni non avviene più, come agli inizi, a causa della tossicodipendenza, ma è attribuibile alla trasmissione sessuale, soprattutto eterosessuale. L'analisi dei dati evidenzia che più del 60% di coloro che hanno contratto il virus attraverso rapporti eterosessuali, viene a conoscenza dell'infezione solo al momento della diagnosi di AIDS, dato, questo, che esprime la scarsa consapevolezza della possibilità di contagio da parte della popolazione. Dal presente quadro epidemiologico, deriva pertanto la necessità di migliorare sia l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione nei confronti dell'infezione da HIV che l'accesso all'esecuzione del test anche attraverso la valorizzazione dei dati provenienti ,dal Registro regionale AIDS, gestito dall'Agenzia Regionale di Sanità, a cui è stata affiancata la raccolta delle segnalazioni delle nuove diagnosi di infezioni da HIV con recupero retrospettivo dei dati a tutto il 2008 secondo quanto stabilito dal DM 31/3/2008.

c) Le malattie trasmesse da vettori

Negli ultimi anni, fattori molteplici (globalizzazione, cambiamenti climatici, flussi migratori di alcune specie di uccelli, ecc.) hanno favorito l'introduzione di nuovi vettori nel nostro Paese che hanno portato all'aumento delle segnalazione di casi importati ed autoctoni di alcune Arbovirosi molto diffuse nel mondo tra cui Dengue, febbre Chikungunya, malattia di West Nile che richiedono l'adozione di specifiche misure quali:

- sorveglianza epidemiologica allo scopo di identificare precocemente i casi importati di malattia, adottare le misure dirette alla riduzione del rischio di trasmissione, identificare precocemente eventuali cluster autoctoni.
- sorveglianza entomologica
- sorveglianza veterinaria
- lotta agli insetti vettori
- misure nei confronti delle donazioni di sangue, organi e tessuti.

Le molteplici misure da adottare richiedono la predisposizione di specifiche direttive che raccordino le attività del Dipartimento di Prevenzione, dei laboratori regionali che eseguono le indagini virologiche, dei reparti di malattie infettive anche allo scopo di assicurare lo scambio di informazioni riguardo alla circolazione del virus, alle misure di controllo intraprese, ecc.

d) Il monitoraggio delle malattie trasmissibili

Il flusso di notifica delle malattie trasmissibili è tuttora regolato dal DM 15/12/90, attualmente oggetto di revisione da parte del Ministero della Salute per l'adeguamento alle disposizioni normative europee che modificano sia l'elenco delle patologie soggette a controllo, che i criteri per la definizione di "caso".

Nell'ambito del Nuovo sistema Informativo Sanitario (NSIS),la Regione Toscana ha sperimentato il nuovo sistema di notifica nazionale delle malattie trasmissibili basato sulla segnalazione dei casi tramite la piattaforma web realizzata dal Ministero della Salute che rende disponibili, in tempo reale, a tutti gli utenti certificati, le notifiche inserite nella procedura. Il sistema sperimentato, che tuttavia sarà reso disponibile solo in seguito all'adeguamento normativo del DM 15/12/90 alle nuove definizioni di caso europee, ha costituito un valido riferimento verso il quale sarà comunque necessario rapportarsi quali "debitori/creditori" di informazioni. L'obiettivo resta comunque quello di sviluppare un sistema di registrazione di dati autonomo su base regionale nell'ambito del progetto "Sistema informativo Sanitario della prevenzione Collettiva" approvato con deliberazione della Giunta Regionale 1003 dell'01/12/2008. Sulla piattaforma confluiranno i dati derivanti dal sistema routinario di notifica, dai sistemi di sorveglianza dedicati e dal sistema di sorveglianza delle zoonosi. Particolare attenzione dovrà essere riservata alle patologie oggetto di specifici protocolli, periodicamente aggiornati, e sottoposte a sorveglianza speciale (tubercolosi, legionellosi, paralisi flaccide, influenza, meningiti batteriche, tossinfezioni alimentari, AIDS, HIV). La piattaforma dovrà prevedere la segnalazione dei casi al solo sospetto, l'immediata visibilità delle segnalazioni a tutti gli utenti certificati, l'attivazione di sistemi di allerta per particolari patologie e la validazione delle malattie in base a criteri clinici, di laboratorio ed epidemiologici secondo la classificazione di caso possibile, probabile, confermato.

Dall'anno 2002 il Centro di riferimento regionale per le tossinfezioni alimentari (CeRRTA) raccoglie e analizza i dati sulle malattie trasmesse da alimenti (MTA) nella Regione Toscana.
L'ambito entro il quale si ritrova la maggior frequenza di episodi di MTA è quello familiare (47,1 %) seguito da episodi in esercizi pubblici (40,9%) e nelle mense (mense scolastiche e altro tipo di mensa) (5,9 %).
L'implementazione di questo sistema di sorveglianza facilita la gestione del problema in quanto definisce la grandezza dell'impatto ed il trend di malattie sulle quali si può agire, identifica le epidemie su cui intraprendere misure di controllo e le fonti verso cui indirizzare le misure di prevenzione. Il Centro di Riferimento regionale, con la collaborazione delle articolazioni organizzative competenti in materia di sicurezza alimentare, dovrà assicurare l'aggiornamento delle procedure per la corretta gestione delle indagini e per il controllo delle malattie trasmesse da alimenti.

Obiettivi

- Migliorare e mantenere le coperture vaccinali ottimali per le malattie oggetto del calendario regionale delle vaccinazioni
- Promuovere la profilassi vaccinale mediante la progettazione e l'attuazione di interventi di informazione e comunicazione a sostegno dei programmi vaccinali

- Realizzare il coordinamento della rete per le vaccinazioni internazionali
- Ridurre l'incidenza e limitare i focolai di malattie trasmissibili non prevenibili con vaccinazione
- Sviluppare un sistema di registrazione e monitoraggio delle malattie trasmissibili tramite piattaforma web
- Aumentare le coperture vaccinali del personale sanitario per tutte le malattie prevenibili (operatori sanitari/ studenti dei corsi di laurea e di diploma dell'area sanitaria)

Strategie

a) Aggiornamento del piano regionale delle vaccinazioni e del piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita al fine di raggiungere una copertura vaccinale >95% per la prima dose di MPR entro i 24 mesi di vita e ridurre la percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia a meno del 5%. Implementazione programma di vaccinazione contro il papilloma virus umano (HPV) volto al raggiungimento dei livelli di copertura indicati nel Piano Regionale Prevenzione di cui alla deliberazione n. 1176 del 28/12/2010
b) Verifica dell'informatizzazione delle anagrafi vaccinali (in particolare per la vaccinazione antinfluenzale) e miglioramento sorveglianza eventi avversi a vaccinazione
c) Attivazione del percorso di miglioramento della qualità dei servizi, mediante l'elaborazione di linee guida e la formazione degli operatori sanitari
d) Definizione e condivisione delle procedure per la realizzazione del coordinamento della rete regionale per la prevenzione dei rischi sanitari dei viaggiatori internazionali
e) Aggiornamento delle linee guida e del protocollo regionale per il controllo della tubercolosi
f) Attività di informazione, educazione sessuale e sensibilizzazione della popolazione nei confronti dell'infezione da HIV, promozione dell'accesso all'esecuzione del test HIV
g) Controllo delle malattie trasmesse da alimenti

2.1.2.5. La sicurezza nei luoghi di vita

Contesto

Gli ambienti di vita comprendono abitazioni, uffici, strutture comunitarie, luoghi e locali destinati ad attività ricreative, mezzi di trasporto pubblici e privati dove la popolazione italiana trascorre circa il 60% del suo tempo, e sono oggetto di interesse per la sanità pubblica, in particolare tra questi gli ambienti scolastici, dove i bambini trascorrono la maggior parte della loro vita, considerato che, a partire dalla scuola materna fino al termine della scuola dell'obbligo, vi passano anche otto ore al giorno per circa 200 giorni l'anno.

Particolarmente da considerare sono i cosiddetti ambienti "indoor" il cui inquinamento influisce anche sull'insalubrità dell'ambiente esterno. L'inquinamento e, più in generale, la non ottimale qualità dell'aria interna sono ritenuti responsabili di effetti negativi sul benessere degli occupanti quali: percezione di cattivi odori, sensazione di vago malessere o di disagio, irritazione degli occhi, della cute, delle mucose delle vie aeree, sindromi correlate quali la Sick Building Sindrome (SBS - sindrome dell'edificio malato) fino ad arrivare a vere e proprie malattie acute, subacute o croniche.

Da considerare poi di particolare importanza la componente infortunistica nei luoghi di vita, che attira meno attenzione mediatica, ma risulta altrettanto importante come quantità ed effetti a breve e a lungo termine di quella nei luoghi di lavoro. Il fenomeno degli incidenti domestici, secondo un'indagine ISPESL, è aumentato progressivamente negli anni: in Toscana, secondo l'indagine Multiscopo realizzata dall'Istat, le persone che nel 2007 sono incorse in un infortunio in casa sono state 200.600 e, nello stesso anno, sono decedute a causa di incidenti domestici 177 persone, di cui 88 maschi e 89 femmine. Gli anziani sono più a rischio di incorrere in incidenti domestici e subiscono le conseguenze più gravi (l'80% circa dei deceduti per infortunio domestico ha, infatti, un'età maggiore o uguale a 70 anni), seguono i bambini da 0 a 5 anni. I principali fattori che incidono sulla crescita del fenomeno sono:

- l'aumento della popolazione nelle fasce cosiddette "a rischio", in particolare anziani e donne, determinato dall'invecchiamento della popolazione;

- il cambiamento degli stili di vita, causato da un'intensificazione dei tempi di lavoro e il venir meno di una netta distinzione tra tempo di lavoro e di non lavoro, tale che spesso le persone continuano a lavorare anche a casa;
- la crescente complessità e pericolosità di utilizzo degli strumenti e degli oggetti che entrano nelle case degli italiani e che spesso per essere utilizzabili richiedono uno studio approfondito delle istruzioni.

La casa stessa oppure luoghi di ricreazione quali palestre e piscine rappresentano un'importante sede di infortuni soprattutto per categorie di soggetti a rischio quali bambini e anziani.
Infine l'utilizzo quotidiano di oggetti e prodotti di cui non spesso sottovalutiamo le potenzialità di pericolo per la nostra salute, quali prodotti cosmetici, detersivi, giocattoli, suppellettili etc, che spesso arrivano da mercati emergenti e con standard qualitativi molto più bassi impongono di indirizzare la capacità di controllo dei servizi di igiene pubblica verso strade nuove che però hanno basamenti informativi ancora molto carenti.
Contemporaneamente è cresciuto un diffuso sentimento di rispetto verso gli animali, che da oggetto di misure di controllo sono diventati soggetti portatori di diritti: questo ha comportato un aumento della presenza di animali d'affezione nei diversi luoghi di vita e la progressiva specializzazione di alcuni settori di intervento, che vedono nella Regione Toscana un riferimento nazionale. Il governo di questo fenomeno, fra aspetti sanitari ed aspetti sociali si connota come un determinante di salute in ambito domestico.

Obiettivi

- Miglioramento della sicurezza delle abitazioni attraverso la prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico, con particolare riferimento agli incidenti connessi ad aspetti strutturali/impiantistici.
- Sensibilizzazione dei Comuni per l'adeguamento dei regolamenti edilizi
- Migliorare il livello di sicurezza e salubrità degli ambienti di vita, con particolare riferimento al miglioramento della qualità delle caratteristiche microclimatiche e dei materiali di costruzione e arredo degli ambienti
- Promozione della cultura della sicurezza e della salute in ambito scolastico.
- Promuovere un corretto rapporto uomo animali ed ambiente impostato su regole e riconoscimento di diritti.

Strategie

a) Studio Indoor: prosecuzione del Progetto iniziato nel 2001 al fine di disporre del monitoraggio di una serie di dati orientativi sulle caratteristiche microclimatiche degli ambienti confinati. Formare competenze e mettere in rete le conoscenze acquisite.
b) Ridurre gli incidenti domestici attraverso azioni di sensibilizzazione degli utenti, dei professionisti e degli Enti locali, chiamati all'adozione di regolamenti edilizi, che elevino i requisiti di sicurezza delle strutture edilizie e degli impianti, ed attraverso attività di assistenza più qualificate, con il coinvolgimento delle parti sociali nell'individuazione di soluzioni a specifici rischi e di buone prassi.
c) Sensibilizzare la popolazione scolastica sulla cultura della sicurezza attraverso attività informative e formative realizzate secondo metodologie aventi evidenze di efficacia.
d) Sorveglianza in ambienti di vita: si individuano quali attività di vigilanza prioritaria quelle relativa alle palestre ed alle piscine
e) Sorveglianza su cosmetici ed attività di estetica, tatuaggio e piercing in base alla L.R. 28/2004, anche integrata con i controlli di cui al reg. REACH e CLP
f) Controllo del randagismo, controllo della corretta vaccinazione e censimento degli animali, valutazione comportamentale e promozione di un'equilibrata coesistenza uomo animale attraverso il coinvolgimento, oltre che dei oltre che dei soggetti istituzionali, anche dell'associazionismo, anche nella programmazione della SdS.

2.1.2.6. La sicurezza alimentare

Contesto

Il modello di sicurezza alimentare-introdotto con il Regolamento CE 178/2002, rappresenta un vero e proprio processo di riorganizzazione della normativa comunitaria in materia. Il Reg. n. 178/2002 è destinato a tutti gli attori delle filiere alimentari che in qualche modo possono avere un'influenza sulla sicurezza degli alimenti, ivi compresi gli operatori del controllo ufficiale

In questo scenario, la responsabilità primaria è in carico alle imprese alimentari, mentre, al servizio pubblico, in qualità di "Autorità Competente", spetta la verifica del rispetto delle disposizioni da parte degli operatori della filiera alimentare, attraverso l'implementazione di un sistema di controllo ufficiale. Tale attività rientra tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) garantiti ai cittadini dal servizio sanitario nazionale.

Lo sviluppo di un armonico sistema di controlli ufficiali assicura infatti ai consumatori, un valido e trasparente livello di sicurezza degli alimenti ed alle imprese la garanzia di uniformità nei rapporti con le autorità sanitarie competenti.

Dall'anno 2002 il Centro di riferimento regionale per le tossinfezioni alimentari (CeRRTA) raccoglie e analizza i dati sulle malattie trasmesse da alimenti (MTA) nella Regione Toscana. Attualmente le MTA provocano in Toscana circa 3.000 casi di ricoveri ospedalieri ogni anno; l'ambito entro il quale si ritrova la maggior frequenza di episodi di MTA è quello familiare (47,1%) seguito da episodi in esercizi pubblici (40,9%) e nelle mense scolastiche o di altro tipo (5,9%).

Le sfide

Il controllo ufficiale dovrà basarsi oltre che sulla verifica degli adempimenti alle norme, anche sulla valutazione delle azioni messe in atto dalle imprese del settore alimentare affinché siano sufficienti al raggiungimento del livello di sicurezza atteso.

Ciò richiede da parte del sistema sanitario regionale di continuare il percorso di adeguamento avviato negli anni precedenti, mirato non solo alla riorganizzazione delle attività di controllo ufficiale, ma anche ad una ridefinizione degli assetti delle stesse Autorità Competenti preposte allo svolgimento dei controlli, che devono dunque "adeguare" i propri strumenti gestionali e operativi a quanto richiesto dalle prescrizioni emanate in ambito comunitario come ad esempio in termini di qualificazione del personale, di formazione, di risorse e infrastrutture, di capacità di cooperazione e coordinamento e di risposta alle emergenze, di programmazione, rendicontazione, monitoraggio delle attività di controllo ufficiale, di attività di audit.

Per quanto sopra i principi fondamentali adottati dal Sistema Sanitario regionale sono:

- mettere il consumatore al primo posto
- apertura e trasparenza
- indipendenza
- garantire il rispetto delle norme cogentii
- controllo ufficiale basato sulle evidenze.

Obiettivi

Il controllo ufficiale è stato normato dal Reg. CE 882/2004 ed ha come obiettivi la verifica della conformità alla legislazione volta, segnatamente, a:

- prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, siano essi rischi diretti o veicolati dall'ambiente;
- garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti e tutelare gli interessi dei consumatori, comprese l'etichettatura dei mangimi e degli alimenti e altre forme di informazione dei consumatori.

In relazione agli obiettivi generali sopra descritti si riportano i seguenti obiettivi specifici:

a) Sorveglianza epidemiologica delle malattie correlate con l'alimentazione ed igiene degli alimenti
b) Salute animale, prevenzione delle zoonosi, benessere animale e farmaci ad uso veterinario
c) Adeguamento ai criteri di funzionamento e miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente regionale e delle Autorità Competenti Territoriali;

d) Mantenimento della certificazione ISO 9001 delle Autorità Competenti Territoriali in attesa dell'ottenimento dell'Accreditamento istituzionale da parte delle stesse e sviluppo del sistema di Audit dell'Autorità Compente regionale e delle Autorità Competenti territoriali;
e) Sviluppo del Sistema informativo per la sicurezza alimentare all'interno del percorso di informatizzazione dei Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende USL della Toscana;
f) Promozione dello snellimento delle procedure di comunicazione con tutte le parti interessate e favorire la dematerializzazione della documentazione;
g) Sviluppo del Sistema Integrato dei Laboratori della Regione Toscana.

Strategia Igiene degli Alimenti

In relazione agli obiettivi trasversali sopra descritti si riportano gi obiettivi specifici per l'ambito relativo all'igiene degli alimenti:

- Assicurare un livello elevato di salute pubblica e di salute degli alimenti mediante sistemi di sorveglianza di rischi fisici, chimici e biologici;
- Promuovere un sistema a rete delle Autorità competenti del controllo ufficiale che favorisca la diffusione delle buone pratiche professionali
- Promuovere l'eticità nelle pratiche commerciali,
- Promuovere ed assicurare un'adeguata e corretta comunicazione ed informazione del rischio, e diffondere le buone pratiche igieniche a tutte le parti interessate con particolare riferimento ai consumatori

Per conseguire tali obbiettivi generali si promuovono le seguenti strategie

a) Sorveglianza epidemiologica delle malattie correlate con l'alimentazione attraverso il Centro di riferimento regionale per le tossinfezioni alimentari (Ce.R.R.T.A.)
b) Indirizzo, coordinamento e monitoraggio dei programmi annuali di vigilanza e controllo degli alimenti e delle bevande e delle tematiche ad essi correlate, anche attraverso l'elaborazione di linee guida per l'esecuzione del controllo ufficiale (tematiche principali: fitosanitari, acque potabili utilizzate in ambito di impresa alimentare, acque minerali, additivi alimentari, materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti, prodotti destinati all'alimentazione particolare, allergeni, OGM, laboratori che effettuano analisi per l'autocontrollo);
c) Implementazione e aggiornamento continuo dell'anagrafe degli stabilimenti riconosciuti e degli operatori del settore alimentare e dei mangimi, consolidamento dei sistemi di categorizzazione del rischio degli stabilimenti riconosciuti e delle imprese registrate
d) Definizione di strategie finalizzate al raggiungimento e mantenimento del riconoscimento di Regione a bassa prevalenza di Trichine.
e) Implementazione e aggiornamento delle procedure del Sistema di allarme rapido
f) Raccordo con il sistema integrato laboratori della Toscana per le l'attività di campionamento sulla base della ripartizione di competenze analitiche specifiche

Strategia Igiene zootecnica e delle produzioni primarie

In relazione agli obiettivi trasversali descritti nella scheda generale riguardante la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria, si riportano i seguenti obiettivi specifici per l'ambito relativo all'igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche:

- promuovere le pratiche di allevamento e il benessere animale per prevenire le minacce collegate alla salute degli animali, minimizzare l'impatto ambientale a favore dello sviluppo sostenibile e contrastare le contaminazioni ambientali;
- migliorare la crescita economica, la coesione e la competitività garantendo eticità ed equità negli scambi delle merci e nei movimenti animali;
- promuovere ed assicurare un'adeguata e corretta comunicazione ed informazione del rischio e del corretto rapporto uomo-animale-ambiente

Per conseguire tali obbiettivi generali si promuovono le seguenti strategie

a) Implementazione dell'anagrafe relativa agli impianti del settore dell'alimentazione animale, dei sottoprodotti di origine animale e degli impianti della riproduzione animale.

b) Indirizzo, coordinamento funzionale e programmatico dei controlli e monitoraggi sull'alimentazione animale, sulle filiere agroalimentari, sulla presenza di residui e contaminanti negli animali e nei prodotti derivati, sulle morie di ittiofauna e sui contaminanti ambientali in alimenti di origine animale (PNCA), sul farmaco veterinario e sui sottoprodotti basata sulla valutazione del rischio e, in base alle criticità rilevate;
c) Controllo e tutela del benessere degli animali da reddito anche durante il trasporto e formazione dei produttori primari in tema di benessere degli animali.
d) Sostegno e promozione di produzioni agrozootecniche ottenute nell'ambito del principio della sostenibilità ambientale, favorendo un uso più contenuto e corretto dei fitosanitari in ambito agricolo, garantendo un minor impatto economico dello smaltimento dei reflui zootecnici e degli animali morti nelle aziende
e) Affiancamento e sostegno delle piccole e medie aziende verso gli adeguamenti alle normative per misure di prevenzione dei rischi, di identificazione degli animali e tracciabilità e semplificazione degli oneri di registrazione soprattutto a carico dei produttori primari e delle piccole imprese che commercializzano in sede locale (filiera corta);

Strategia Sanità Animale e prevenzione delle zoonosi
In relazione agli obiettivi trasversali descritti nella scheda generale riguardante la sicurezza alimentare si riportano i seguenti obiettivi specifici:

- Assicurare un livello elevato di salute pubblica e di salute degli alimenti mediante sistemi di sorveglianza di rischi fisici,chimici e biologici;
- Promuovere la salute degli animali per la prevenzione/riduzione dell'incidenza delle malattie degli animali e sostenere in tal modo l'allevamento e l'economia rurale;
- Promuovere ed assicurare un'adeguata e corretta comunicazione ed informazione del rischio, e diffondere le buone pratiche igieniche a tutte le parti interessate con particolare riferimento ai consumatori

Per conseguire tali obbiettivi generali si promuovono le seguenti strategie:
a) Consolidamento delle anagrafi delle varie specie animali ed applicazione della categorizzazione degli allevamenti in base al rischio sul territorio regionale.
b) Mantenimento e consolidamento, ove necessario, delle qualifiche derivanti dai piani di profilassi, risanamento ed eradicazione della Tubercolosi, Brucellosi e Leucosi Enzootica Bovina.
c) Strategie di controllo per la prevenzione delle altre malattie infettive presenti sul territorio regionale con particolare attenzione alle zoonosi trasmesse da insetti vettori, alla rinotracheite infettiva (IBR) negli allevamenti bovini in Toscana e riduzione della prevalenza della Scrapie negli allevamenti ovi-caprini toscani, attraverso l'applicazione e stima dell'efficacia del piano di selezione degli ovini per la resistenza genetica alle encefalopatie spongiformi trasmissibili.
d) Integrazione e collaborazione tra sanità pubblica umana e veterinaria e cooperazione internazionale finalizzata allo studio e allo sviluppo di sistemi di monitoraggio e di controllo trans-nazionali per la prevenzione delle zoonosi d'importazione.

2.1.2.7. Il sistema integrato dei laboratori per la prevenzione

Il Sistema integrato dei laboratori per la prevenzione

Contesto
La decisione della Giunta regionale n. 10 dell'11/09/2006, ha indicato con forza la promozione di un percorso di integrazione tra le politiche ambientali e le Politiche per il diritto alla salute. Nella decisione si dispone, tra l'altro, di predisporre un piano operativo che abbia come obiettivo la realizzazione di un modello organizzativo razionale ed efficiente per la gestione integrata delle strutture e delle risorse di ARPAT, e aziende USL per la tutela della salute in relazione alle

problematiche ambientali. Il percorso di integrazione ha coinvolto successivamente l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana (IZSLT) nell'ambito del Sistema integrato dei laboratori della Toscana (DGRT 839/2008, DGRT 932/2008 e DGRT 26/2010).

Le sfide

In considerazione dell'evoluzione del contesto socio-economico internazionale, si rende necessaria l'accelerazione delle azioni di integrazione tra i diversi soggetti che si occupano delle competenze laboratoristiche. In continuità con le azioni già attuate, si rende necessario proseguire le azioni di razionalizzazione del sistema laboratoristico al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni.

Obiettivi

Sviluppare il sistema integrato dei laboratori della Toscana al fine di migliorare l'appropriatezza dell'offerta analitica a supporto delle attività della Prevenzione universale, anche attraverso azioni di razionalizzazione organizzativa

Strategie

a) Sviluppare l'offerta analitica (prove accreditate, tempi di risposta, dinamicità dell'offerta), omogeneizzare i sistemi di qualità dei laboratori e sviluppare gli indicatori per il monitoraggio delle performance dei laboratori in collaborazione con il laboratorio MeS
b) Sviluppare e migliorare il sistema regionale di trasporto dei campioni
c) Sviluppare la rete dei LSP di Area Vasta, attuando l'art. 67, comma 3bis, della LR 40/2005, attraverso anche la formalizzazione della funzione interaziendale di coordinamento, in coerenza con le indicazioni del decreto dirigenziale n. 1687/2011 e dell'art. 70 della LR 40/2005,
d) Sviluppare la rete dei laboratori dell'IZSLT al fine di migliorare e razionalizzare l'appropriatezza dell'offerta analitica a supporto delle attività di Prevenzione in Sanità pubblica Veterinaria, attraverso l'esecuzione dell'attività analitica e della sorveglianza epidemiologica, della ricerca, formazione e divulgazione e della gestione del sistema regionale dei trasporti dei campioni
e) Supporto ai centri di riferimento regionali (CRISA, CERERE e CERRTA) ed alla produzione primaria per il miglioramento della qualità dei prodotti delle filiere agro-zootecniche locali, in raccordo con la D.G. Competitività del sistema regionale e sviluppo delle competenze;

2.1.3. I diritti di cittadinanza

Promuovere i diritti di cittadinanza e sostenere il sistema di welfare continua ad essere una sfida aperta e riveste una portata innovativa per il modo di concepire ed intendere il valore della cittadinanza, colta nella dimensione sostanziale cioè quale patrimonio di diritti e doveri propri della persona. La Toscana si connota come "terra di solidarietà diffusa" e si pone l'obiettivo di essere artefice di politiche attraverso le quali tutti i soggetti che vi operano siano messi in grado di realizzare quella giustizia sociale posta alla base di modello di società prefigurato dalla Costituzione e dalla normativa dell'Unione europea. Il welfare toscano pertanto si sviluppa secondo i principi del rispetto della libertà e dignità della persona, della garanzia dell'uguaglianza, delle pari opportunità rispetto a condizioni sociali e stati di bisogno differenti, della valorizzazione delle capacità e delle risorse della persona, dell'adeguatezza e appropriatezza e personalizzazione degli interventi, della prevenzione e rimozione delle condizioni di disagio sociale, del sostegno all'autonomia delle persone disabili e non autosufficienti, della valorizzazione e sostegno del ruolo peculiare delle famiglie quali luoghi privilegiati per la crescita nonché della partecipazione attiva dei cittadini singoli o associati, nell'ambito dei principi di solidarietà e di autoorganizzazione che costituiscono i principi fondanti delle Società della Salute.

2.1.3.1. L'individuazione e la definizione dei LEP nella rete dei servizi integrati

L'individuazione e la definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni di assistenza sociale, in assenza di un quadro di riferimento a livello nazionale, si configura come un percorso sperimentale che potrà essere oggetto di implementazione ed eventuale messa a regime nel corso dell'arco di vigenza del piano, in merito al profilo finanziario ed organizzativo, conseguentemente ad uno specifico intervento di natura normativa che ne inquadri, almeno in termini generali, i contenuti, le linee di intervento, i potenziali destinatari e la dimensione territoriale di erogazione.

Contesto

Con il precedente Piano Regionale Integrato Sociale 2007-2010, la sfida lanciata è stata quella di garantire, nella costruzione del nuovo welfare della Toscana, il principio di universalità -così come, tra l'altro, previsto dalla legge nazionale 328/ 2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*"-**,** partendo dal dato che, nonostante i livelli quali-quantitativi raggiunti dal sistema toscano, non potesse essere ignorato il fatto che una parte rilevante della domanda di assistenza e cura espressa da individui e famiglie non venisse adeguatamente coperta dal sistema dei servizi, anche a causa della progressiva riduzione del fondo nazionale delle politiche sociali. Da qui, la necessità di estendere e rendere omogeneo il livello di copertura dei servizi territoriali con l'obiettivo di soddisfare il più possibile, secondo i principi di equità e appropriatezza, la domanda sociale. L'individuazione dei livelli base di cittadinanza regionali intendeva garantire, attraverso i principi dell'appropriatezza, dell'uniformità e dell'omogeneità della risposta al bisogno sociale, l'equità nel sistema locale di benessere. In particolare, con riferimento alla organizzazione e allo sviluppo delle rete dei servizi territoriali, si intendeva rendere, inoltre, omogenea l'offerta sociale sul territorio regionale collegando la realizzazione dei livelli base di cittadinanza al raggiungimento di livelli minimi di capacità di spesa per tutte le zone della Toscana.

Partendo dalle conoscenze sui dati di spesa sociale si è, inoltre, sostenuto un processo di crescita della spesa e della capacità del sistema di offerta locale di livelli base di organizzazione del sistema integrato, in grado di garantire in tutti gli ambiti zonali, nel corso di validità del Piano, la presenza in particolare delle seguenti funzioni: servizio sociale professionale, segretariato sociale e Punto Unico di Accesso.

A livello nazionale lo scenario di oggi si caratterizza per l'avvio di un percorso che sembra avere per esito finale l'eliminazione dei finanziamenti nazionali "di settore" ex L. 328/00 e per il ricorso alla metodologia dei fabbisogni e costi standard in ragione dell'introduzione del principio del federalismo municipale..
Questo quadro affievolisce l'attuazione di livelli essenziali di assistenza sociale intesi come diritti soggettivi e delinea un percorso incentrato sui livelli essenziali delle prestazioni declinati come obiettivi di servizio.

Obiettivo
Il presente Piano si pone come obiettivo strategico l'orientamento del proprio agire politico verso la coesione sociale, l'inclusione delle persone con fragilità, la garanzia dei diritti di cittadinanza. Il sistema regionale di welfare che si intende consolidare ruota 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. Nel quinquennio dovranno essere garantiti 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. 41/05. Il presente piano delinea inoltre una prima configurazione dei Livelli delle Prestazioni sociali regionali (di seguito chiamati 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. Con la definizione dei LEP si stabiliscono pertanto gli obiettivi di servizio, le linee di intervento e i possibili beneficiari. L'applicazione dei LEP tiene conto di valori di riferimento da raggiungere, attraverso un principio di gradualità, nel corso del quinquennio.

Attori
Per il pieno raggiungimento di tali obiettivi è essenziale investire su una forte alleanza istituzionale in grado di produrre un elemento pattizio tra Regione Toscana ed EE.LL. che garantisca i reciproci impegni al fine di consolidare i livelli di servizi ottenuti finora ed individuare gli elementi di crescita progressiva necessari per affrontare i nuovi bisogni di natura sociale e sociosanitaria. A questo proposito si sottolinea anche il ruolo del Difensore Civico.

2.1.3.2. Immigrazione: una società che cambia

Scenario
La L.R. 29/2009 "norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana" delinea un nuovo modello di Governance delle politiche dell'immigrazione dal quale consegue lo sviluppo di una cornice di riferimento comune alle azioni sviluppate nei diversi settori delle politiche territoriali quali il lavoro, l'istruzione, la formazione professionale, la sanità ecc. con un conseguente positivo riflesso sui percorsi di integrazione nei territori dei cittadini stranieri.
Lo sviluppo di una nuova visione delle politiche territoriali consente di promuovere forti opportunità di relazione tra le comunità straniere e la comunità territoriale in un processo dinamico di scambio e di reciprocità in grado di contributo allo sviluppo di una comunità "plurale e coesa" basata sulla valorizzazione della presenza nei nostri territori di persone di diversa lingua, cultura e provenienza.

Obiettivo
Il consolidamento nel territorio regionale di contesti definiti in grado di garantire un ascolto costante delle aspettative, delle aspirazioni e della domanda di partecipazione dei cittadini e delle comunità straniere alla vita pubblica locale.
Tali contesti si svilupperanno nell'ambito della crescita di canali di formazione della rappresentanza dei cittadini stranieri e di promozione della loro partecipazione alla vita pubblica locale nonché nella diffusione di positive relazioni tra i singoli cittadini stranieri titolari di propri diritti e legittime aspettative e le istituzioni territoriali.

Azioni
Agevolazione della crescita della rappresentanza e della partecipazione alla vita pubblica dei cittadini stranieri attraverso:

- promozione dei necessari adeguamenti della normativa statale finalizzati al riconoscimento al cittadino straniero della titolarità piena dei diritti politici con la possibilità di esercizio del diritto di voto, in coerenza con lo statuto della Regione Toscana e con la L.R. 29/2009 sull'immigrazione;
- promozione dell'associazionismo straniero e della qualificazione e espansione nel territorio regionale di specifici contesti di partecipazione alla vita pubblica locale e alla governance delle politiche dell'immigrazione rappresentati dai Consigli e dalle Consulte degli Stranieri;
- coinvolgimento delle "seconde generazioni" di cittadini stranieri in grado di svolgere un ruolo di ponte tra le comunità straniere e le comunità autoctone. In tale ambito una attenzione particolare verrà dedicata alla diffusione della conoscenza delle opportunità del servizio civile regionale aperto in Toscana anche ai giovani di cittadinanza non italiana.

Espansione dei diritti di cittadinanza attraverso il rafforzamento delle reti dei punti informativi impegnati nel sostegno in favore dei cittadini stranieri nelle procedure di rilascio e rinnovo dei titoli di soggiorno nella prospettiva della promozione del pieno accesso alla globalità dei servizi territoriali e dei servizi di tutela e prevenzione e contrasto delle discriminazioni attraverso:
qualificazione e rafforzamento di azioni di supporto alla rete dei punti informativi presenti nei territori in continuità con le esperienze sviluppate negli ultimi anni in collaborazione con ANCI Regionale quali i processi di formazione degli operatori, l' attività di consulenza giuridica specialistica nel diritto dell'immigrazione, la disponibilità in rete Internet di informazioni complete e aggiornate sulle procedure in materia di immigrazione garantita nell'ambito del progetto PAESI (Pubblica Amministrazione e Stranieri Immigrati) nato da una collaborazione della Regione con la Prefettura di Firenze e le Prefetture della Toscana;
Qualificazione di una rete territoriale di servizi di tutela e prevenzione e contrasto degli episodi di discriminazione, operanti nell'ambito degli enti locali e degli organismi del terzo settore, al fine di garantire il riconoscimento pieno dei diritti di uguaglianza in favore del cittadino straniero, in raccordo con l'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR) istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri in attuazione delle direttive comunitarie in materia per la promozione dei servizi di tutela e contrasto degli episodi di discriminazione.

Risultato atteso
Attraverso i canali della rappresentanza, i percorsi di partecipazione e le reti dei servizi informativi e di tutela e contrasto delle discriminazioni si svilupperanno forti opportunità di relazione tra i cittadini stranieri e la comunità territoriale in un processo dinamico di scambio e di reciprocità aperto al contributo attivo delle comunità straniere in grado di favorire lo sviluppo e la crescita delle istituzioni locali, dei servizi territoriali e delle realtà associative.

2.1.3.3. La libertà religiosa

La Regione Toscana considera l'assistenza spirituale come un servizio che concorre al miglioramento delle prestazioni sanitarie erogate e al processo terapeutico dell'ammalato: in questa prospettiva è stato garantito il diritto di molti malati a ricevere i servizi religiosi, coerentemente con l'affermarsi della consapevolezza di un concetto ampio di tutela della salute, che comprende anche il benessere psicologico e relazionale della persona e che non sottovaluta la dimensione spirituale della salute.
La Regione Toscana considera diritto fondamentale il rispetto delle diverse opzioni filosofiche e religiose e intende assicurare il servizio di assistenza religiosa presso tutte le strutture di ricovero in conformità delle norme concordatarie e statali vigenti in materia.

Negli Hospices, che si prendono cura di pazienti in fase terminale, si assicura la presenza di un assistente spirituale e di una sala per il culto.
In particolare, in esecuzione dell'art. 38 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, è stato garantito l'adempimento delle pratiche di culto e il soddisfacimento delle esigenze spirituali proprie della confessione cattolica, sempre nel rispetto della volontà e libertà di coscienza dei cittadini, mediante apposite convenzioni con le autorità ecclesiastiche locali. In una prospettiva coerente a quanto sin qui realizzato, promuovendo e incentivando forme di supporto volontario, non onerose per il sistema, deve ora sempre più essere promosso il diritto fondamentale al rispetto delle diverse opzioni filosofiche ed esistenziali e il diritto all'assistenza spirituale per i cittadini di altre confessioni, obiettivo tanto più importante in una regione come la Toscana così interessata al fenomeno dell'immigrazione: il coinvolgimento delle varie rappresentanze e il confronto tra queste e la Regione sono da considerare obiettivi prioritari per il quinquennio, anche mediante l'ausilio della Commissione Regionale di Bioetica.

2.1.3.4. Contrasto alle forme di discriminazione

Contesto
La Regione Toscana si è posta in prima linea in materia di discriminazioni emanando due norme :
1) la l.r. 16/2009 "Cittadinanza di genere" che attua appieno titolo l'art. 4, comma 1, lettera f), dello Statuto Regionale per la valorizzazione delle differenze di genere nel rispetto degli indirizzi comunitari e nazionali. Partendo dal presupposto che le discriminazioni nascono da stereotipi culturali ben radicati nella società, uno degli obiettivi della legge è proprio quello di eliminare gli stereotipi associati al genere, come ad esempio quello che vede la donna come il principale soggetto addetto al lavoro di cura.
A tal fine la Regione Toscana, con la l.r. 16/2009 ha avviato un percorso che individua da un lato, interventi legati alla conciliazione vita-lavoro, dall'altro, interventi volti a favorire l'equa distribuzione delle responsabilità familiari uomo-donna tramite azioni di formazione nelle scuole nonché la valorizzazione della figura femminile tramite azioni di diffusione e conoscenza del principio di parità uomo-donna.

2) La Toscana è stata anche la prima regione ad approvare, nel novembre 2004, una legge contro le discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere (LR 63/2004).
Le priorità individuate dalla task force creata durante l'VIII Legislatura presso l'Assessorato Regionale alle Riforme Istituzionali ed Enti Locali puntavano su tematiche trasversali quali lavoro, formazione, salute, politiche sociali, cultura al fine di tradurre in attività di governo concreta i principi sanciti nella legge regionale al fine di garantire i diritti della comunità LGBT.

Obiettivi
Considerato che persiste ancora nella nostra società una cultura di discriminazione ai danni delle persone omosessuali e transessuali, caratterizzata da fenomeni omo e transfobici, atti di bullismo, violenza, prevaricazione e odio, la Regione Toscana nelle azioni del presente piano perseguirà lo sviluppo dell'Osservatorio permanente su tali fenomeni, attivato con deliberazione di GRT n. 883/2009. Obiettivo dell'osservatorio sarà quello, attraverso il censimento e monitoraggio dei casi di discriminazione in Toscana e lo studio del fenomeno, la realizzazione e la verifica periodica dello stato di attuazione delle politiche sancite nella l.r. 63/2004.
Il lavoro dell'osservatorio costituirà inoltre il basamento conoscitivo per l'avvio di azioni affinché le libertà individuali, i diritti umani e civili siano riconosciuti, promossi e garantiti senza discriminazioni fondate sull'orientamento sessuale.
Essendo necessario però definire strumenti efficaci per l'affermazione dei diritti di piena cittadinanza e dignità delle persone omosessuali e transessuali partendo dalla sensibilizzazione del valore della differenza, dell'integrazione e della solidarietà, saranno promosse ulteriori azioni specifiche contro l'omofobia, per il rispetto delle differenze e il miglioramento delle condizioni di

vita e di lavoro delle persone omosessuali e transessuali, attraverso l'attuazione di quanto previsto dalla l. r. 63/2004 artt.10 e 11.

Verrà rafforzato un percorso, in collaborazione con la Direzione Scolastica Toscana, con lo scopo di supportare la scuola, attraverso degli indirizzi formulati in ambito del Tavolo Scuola-Regione, annualità 2011/2012 tesi al miglioramento degli apprendimenti che concorrono a sostenere il diritto alla cittadinanza attiva e consapevole. Tramite un'offerta formativa coordinata dalle Istituzioni Scolastiche, la Regione Toscana vuole così contribuire a garantire alle giovani generazioni un reale esercizio del diritto alla cittadinanza. Un'educazione alla cittadinanza che viene intesa come concetto ampio da declinare in molteplici aspetti sui quali si propongono interventi educativi e formativi di grande attualità. Uno di questi interventi riguarda le attività di sensibilizzazione in materia di discriminazione per orientamento sessuale.

La Regione Toscana proseguirà nell'impegno di dare supporto alla Rete RE.A.DY , una Rete nazionale per sviluppare azioni positive e diffondere buone prassi finalizzate al superamento di ogni discriminazione nei confronti delle persone lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e transgender., di cui è tra i soci fondatori, con l'obiettivo di valorizzare le esperienze già attuate e adoperarsi perché diventino patrimonio comune degli Amministratori pubblici locali e regionali italiani.

2.1.4. Il diritto alla casa

La casa è un diritto ed un bene primario a cui è sempre più problematico accedere e che presenta crescenti elementi di criticità sia sotto il profilo del reperimento dell'alloggio che sotto il profilo dei suoi standard qualitativi minimi.
Lo strumento più diretto per dare risposta a chi non è in condizioni di soddisfare autonomamente il proprio bisogno abitativo è l'alloggio sociale.
Ai sensi i dell'art 5 della legge 8 febbraio 2007, n. 9, è definito come alloggio sociale l'unità immobiliare adibita ad uso residenziale che svolge la funzione di interesse generale, nella salvaguardia della coesione sociale, di ridurre il disagio abitativo di singoli o nuclei familiari svantaggiati che non sono in grado di accedere alla locazione di alloggi nel libero mercato.
L'alloggio sociale deve essere adeguato, salubre, sicuro, commisurato alle esigenze del nucleo familiare ed il suo canone di locazione deve essere correlato alla capacità economica del nucleo familiare, ed alle caratteristiche dell'alloggio.
La Regione Toscana ha deciso di assumere fra le sue priorità quella di rispondere alle necessità sopra espresse, affiancando a quelle già messe in atto ed in corso di realizzazione nuove linee di intervento che si esplicano in una serie di attività che abbracciano un ampio ventaglio di possibilità, dall'affitto a canone sociale all'affitto calmierato da applicare a nuove costruzioni, dal contributo economico alle famiglie meno abbienti finalizzato alla sostenibilità del canone di affitto ad interventi specifici volti ad affrontare il sempre più frequente trauma dello sfratto con forme di mediazione tra conduttore e padrone di casa in presenza di "morosità incolpevole", al microcredito finalizzato al sostegno nella sottoscrizione di nuovi contratti, fino alla promozione di forme innovative del costruire e dall'abitare. Esperienze di autocostruzione, di autorecupero e di cohousing strutturate intorno a progetti di relazioni solidali tra gli inquilini. Ogni intervento edificatorio dovrà essere accompagnato da una particolare attenzione ai processi di riqualificazione di sistemi urbani a più elevata tensione abitativa o comunque interessati da consistenti processi di trasformazione e/o dismissione industriale.
Tutta l'attività è volta alla rimozione degli ostacoli che impediscono ad una parte dei residenti in Toscana di accedere ad un alloggio adeguato ed in grado di garantire il rispetto fondamentale della persona umana, della sua salute e della sua sicurezza, anche al fine di costruire per tutti una società più armonica equa e solidale.

2.1.4.1. La promozione di nuove politiche sociali abitative e di supporto all'alloggio

Contesto
La casa come riparo dagli agenti atmosferici e dal mondo esterno luogo proprio degli affetti e delle relazioni, personalizzato e personalmente ritenuto sicuro costituisce un elemento fondamentale nella relazione tra la persona e la società in cui vive. La mancata soddisfazione di tale bisogno fondamentale costituisce è uno dei primi e più acuiti fattori di esclusione sociale.
La crisi economica degli ultimi anni, connessa alla progressiva crescita del costo delle abitazioni, e degli affitti sul libero mercato delle locazioni, allarga il numero di coloro che non sono in condizioni di soddisfare autonomamente tale bisogno, relegando consistenti segmenti della popolazione ai margini del mercato immobiliare (affitto e/o acquisto), che risulta a questi precluso
o di difficile mantenimento.
La difficoltà nel reperimento dell'alloggio risultano ancora più acute per alcune parti della popolazione residente che si trovano a dover superare, oltre i limiti dovuti a difficoltà economiche, anche barriere erette da stereotipi culturali negativi, quando non da veri e propri atteggiamenti discriminatori, a cui si aggiungono spesso problematiche comunicative dovute alla cattiva conoscenza della lingua.
Per far fronte alle difficoltà di un numero crescente di cittadini ad inserirsi nel libero mercato degli

affitti a cui le fasce sociali più deboli sono prevalentemente costrette a rivolgersi, ed alle difficoltà accessorie a cui si è accennato, si è diffusa tanto sul territorio nazionale che su quello regionale, analogamente ad altre esperienze europee, l'attività di "agenzie sociali per l'alloggio" o "agenzie sociali per la casa". Si tratta di strumenti che le pubbliche amministrazioni o gli organismi del terzo settore abitativo, anche in collaborazione tra loro, predispongono per aumentare l'offerta abitativa rivolta alle fasce deboli della popolazione italiana e immigrata.
Svolgono attività di facilitazione e intermediazione verso il mercato privato dell'affitto, offrendo prestazioni di accompagnamento all'utenza e di garanzia ai proprietari, nonché di integrazione economica intese a superare gli ostacoli – economici, di informazione, di rifiuto da parte del mercato – incontrati dalle fasce deboli o stigmatizzate della popolazione, ma anche attività di calmierazione del mercato immobiliare, soprattutto relativamente alla entità degli affitti.
Le Agenzie sociali per l'alloggio svolgono quindi un forte ruolo di prevenzione di situazioni di più grave disagio abitativo, e possono rappresentare un elemento di trasparenza e di equilibrio nel mercato delle locazioni oltre che al contenimento ed al contrasto della illegalità e del fenomeno della evasione fiscale.
Le principali linee di azione delle Agenzie sociali per l'alloggio sono:
- intermediazione verso il mercato privato dell'affitto, offrendo prestazioni di accompagnamento all'utenza e di garanzia ai proprietari, nonché di integrazione economica intese a superare gli ostacoli – economici, di informazione, di rifiuto da parte del mercato – incontrati dalle fasce deboli o stigmatizzate della popolazione;
- gestione di fondi di garanzia destinati – sotto la forma di microcredito o di prestito - a sostenere i destinatari nei costi di accesso all'abitazione, nella temporanea incapacità di sostenere il canone, nella garanzia verso la proprietà per eventuali stati di insolvenza o danni all'alloggio, nella prevenzione del rischio di sfratto;
- mediazione linguistico-culturale, mediazione territoriale, sostegno legale in particolare in favore di cittadini immigrati o provenienti da situazioni di grave marginalità;
- acquisizione o gestione di patrimonio proprio e di terzi di alloggi da destinare all'affitto temporaneo o permanente a canone calmierato, all'emergenza abitativa, a residenza comunitaria.
Sviluppatesi i Toscana a partire dalla metà degli anni 90', anche su spinta della Regione, queste hanno avuto nuovo slancio delle loro attività a partire dalla fine del 2008, anno in cui la Regione, assieme agli EELL a cui afferivano le "Agenzie Sociali per la Casa" allora esistenti, hanno dato avvio ad un progetto globale finanziato tramite bando anche dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che ha messo in rete tutte le agenzie esistenti, permettendo loro di lavorare insieme e di scambiarsi le reciproche conoscenze, ma soprattutto in meno di 3 anni ha portato alla realizzazione/ristrutturazione di numerose unità abitative ed all'accompagnamento nella ricerca dell'alloggio di oltre mille famiglie con il reperimento di un numero consistente di alloggi ad affitto calmierato.
Tutto ciò rende necessario, attraverso una attenta verifica dei risultati positivi e dei limiti riscontrati, la messa a regime con una formula univoca ed ufficiale, del sistema delle "Agenzie Sociali per la Casa", che hanno dimostrato di poter lavorare anche in tempo di crisi come sistema di reperimento degli alloggi. L'affiancamento allo strumento degli E.R.P. di altre strutture con altri obbiettivi, modalità ed ambiti di intervento, è ancor più giustificato dall'interesse dimostrato dagli EELL nella promozione e nella formazione di nuove "Agenzie Sociali per la Casa" che vanno pertanto crescendo di numero e di attività su tutto il territorio regionale.

Obiettivi
L'obiettivo che si intende perseguire è quello di dare corpo ad una normativa che ufficializzi il ruolo e le competenze delle "Agenzie Sociali per la Casa", sulla base delle "Linee Guida", già presentate nel convegno finale del progetto "Abitare il Mondo" del 19 Maggio 2011 e condivise da tutte le agenzie esistenti al fine di pervenire a procedure di accreditamento.
Scopo principale della normativa sarà non solo individuare le attività da queste compiute, ma principalmente garantire la costituzione di un sistema regionale di agenzie omogeneo e diffuso su tutto il territorio, con garanzie di accesso e funzionalità equivalenti e che operino in rete così da permettere un migliore e razionale utilizzo delle risorse.

Fra le caratteristiche comuni a tutte le Agenzie dovrà esservi la stretta sinergia con gli uffici della Casa e del Sociale dei Comuni di riferimento, operando a favore di tutta la popolazione residente sia italiana che straniera, lo svolgimento di compiti di mediazione finalizzati al superamento delle barriere culturali e linguistiche, ma soprattutto il reperimento degli alloggi sfitti presenti sul mercato attivando forme di contenimento dei prezzi degli affitti anche con l'attivazione di propri appositi fondi atti a fornire garanzie di base a favore dei proprietari.

Strategie/Azioni
L'azione principale riguarderà la stesura e l'applicazione di una normativa di base atta a riconoscere ufficialmente l'attività e la forma giuridica delle Agenzie Sociali per la Casa, ma soprattutto in grado di individuare i requisiti di base, costitutivi e di funzionamento, per poter usufruire di eventuali finanziamenti regionali; fatto ciò le agenzie, con l'autorizzazione
del Comune per il quale vorranno lavorare, dovranno inviare apposita domanda di richiesta alla Regione per l'iscrizione in un elenco ufficiale. Una volta attivato il sistema questo dovrà essere monitorato e coordinato.
Altra azione sarà quella di predisporre un "Osservatorio sul bisogno e la condizione abitativa in Toscana" in grado di monitorare l'evoluzione sociale del settore e le ricadute delle politiche attuate secondo i principi di responsabilità e trasparenza, nonché di restituire una puntuale conoscenza degli strumenti utilizzati ivi comprese le notizie relative al sistema E.R.P., ai flussi di risorse, ai risultati raggiunti dalle stesse Agenzie sociali della casa garantendo lo scambio dei dati e delle informazioni a tutti i soggetti coinvolti nel sistema.

2.1.4.2. Sviluppo dell'edilizia sociale

Contesto
Il quadro attuale dell'emergenza abitativa rivela una situazione preoccupante che contraddistingue tutto il territorio regionale, pur con parametri leggermente migliori delle medie nazionali.
Alcuni dati aiutano ad inquadrare il problema che ha raggiunto dimensioni di forte allarme sociale.

- 22.000 domande inevase di alloggi ERP
- Oltre 18.800 istanze di sfratto avanzate nel biennio 2009-2010
- oltre 2.400 esecuzioni di cui l'87% per morosità

Tale situazioni, aggravata dalla congiuntura economica negativa, ha tuttavia radici lontane e trova origine nella debolezza delle politiche per la casa che hanno storicamente contraddistinto il nostro paese.

Obiettivo
Incrementare l'offerta di alloggi di edilizia sociale destinati alle fasce più deboli della popolazione:
- alloggi ERP;
- alloggi con altro titolo di godimento, comunque con accesso agevolato rispetto al mercato (locazione a canone moderato, locazione con patto di futura vendita).

Strategie
Attivazione di risorse per la realizzazione di programmi di intervento per la nuova costruzione o il recupero di alloggi di edilizia residenziale sociale.

2.1.4.3. Modelli abitativi non convenzionali

Contesto
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 situazione di grave disagio socioabitativo.
Si aumentano così le possibilità di accesso all'alloggio, favorendo, secondo le più moderne definizioni di social housing, maggiore coesione sociale.

Obiettivo
Diversificare l'offerta di accesso all'alloggio sociale sia per dare risposte a soggetti sociali emergenti (nuclei uni personali, famiglie monoreddito e/o con lavoro precario, giovani, immigrati, anziani, giovani coppie, convivenze, ecc), sia sperimentando modalità innovative di coinvolgimento dell'utenza in processi e stili di vita non convenzionali (cohousing, condomini solidali, autocostruzione, autorecupero), sia attraverso alloggi temporanei per fronteggiare le emergenze.

Strategie
Attivazione di risorse per la realizzazione di programmi sperimentali per modalità innovative di realizzazione e di gestione degli alloggi.
Valorizzazione del feedback delle azioni sperimentali per una eventuale sistematizzazione normativa e/o regolamentare.

2.1.4.4. Innalzamento degli standard qualitativi dell'edilizia residenziale e sociale

Contesto
Il quadro attuale degli standard qualitativi nel settore dell'edilizia residenziale sociale, vista anche la vetustà dei fabbricati, registra un livello non soddisfacente, sia dal punto di vista del comfort abitativo, non sempre all'altezza dei requisiti aggiornati, sia da quello della sostenibilità ambientale.
Le tematiche della qualità ambientale degli spazi abitativi, dell'assenza di sostanze inquinanti, del contenimento dei consumi energetici dei fabbricati con la conseguente riduzione delle emissioni di gas in atmosfera assumono quindi una crescente rilevanza.

Obiettivo
Innalzare gli standards qualitativi sia edilizi che urbani dell'edilizia residenziale sociale, sia dal punto di vista del comfort abitativo che della sostenibilità ambientale

Strategie
- implementazione del sistema con norme tecniche alla luce degli attuali processi costruttivi, degli aggiornati requisiti prestazionali di legge, nonché degli indirizzi regionali in materia di edilizia sostenibile;
- adeguamento del sistema dei costi riconoscibili, per costruire un quadro di riferimento tecnico-economico più puntualmente aderente agli scenari attuali, pur nel mantenimento della necessaria azione di controllo dei costi e di calmieramento del mercato
- Incentivazione di programmi di riqualificazione e riuso del costruito riportando il tema dell'abitare sociale all'interno del sistema città, in cui deve rappresentare una componente significativa, in coerenza con i principi di gestione e pianificazione del territorio improntati alla sostenibilità ambientale ed insediativa, ed alla limitazione del consumo di suolo, concorrendo altresì al recupero della funzione residenziale dei centri storici ed alla conservazione della loro identità.

2.1.5. Il diritto di crescere in salute

2.1.5.1. Percorso materno infantile

Il contesto

Le dichiarazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità sulla base di un' accurata analisi dei dati epidemiologici esistenti a livello internazionale parlano chiaro: la salute materno-infantile è un tema di enorme importanza sanitaria e richiede investimenti, progetti, energie e un grande impegno.

In Toscana molto è già stato fatto per garantire sicurezza e qualità delle prestazioni nonché continuità dell'assistenza sanitaria nel rispetto della fisiologia e dello stato complessivo di salute della donna e del bambino. I dati lo dimostrano, con un calo progressivo della mortalità infantile alla nascita che, partendo da un valore comunque buono del 2008 (0,27) ha raggiunto nel 2010 risultati ragguardevoli a livello internazionale (0,21).

La gravidanza, il parto e i primi anni della vita sono delle tappe fondamentali nello sviluppo umano e pertanto diventa fondamentale implementare tutte quelli azioni rivolte a migliorare la salute e diminuire la morbi mortalità materno infantile. Si tratta di pensare ad un continuum di azioni, che accompagnino la donna e il proprio figlio durante questo percorso. Infatti l'attenzione alla salute materno infantile non si esaurisce nei primissimi anni della vita del bambino ma continua negli anni dell'infanzia e dell'adolescenza.

Crescita e sviluppo sono tutelati dal proprio Pediatra di Famiglia che diventa punto di riferimento per la famiglia e interfaccia con gli altri livelli assistenziali qualora si verificasse la necessità. I Pediatri di famiglia seguono il bambino dalla nascita all'adolescenza garantendo controlli periodici programmati (bilanci di salute) e una presa in carico globale del proprio assistito.

Sfida

In questi ultimi anni sono progressivamente cambiate le caratteristiche delle madri (sono sempre più numerosi i parti da donne con età superiore ai 40 anni, e da donne extra comunitarie) e dei contesti sociali (sempre meno protettivi nei confronti del nuovo nato, con nuclei piccoli e non duraturi nel tempo): questo comporta uno scenario diverso con il quale confrontarsi e verso il quale riorganizzare i servizi, confermando alcune scelte prioritarie:

La gravidanza è un evento fisiologico

Gravidanza, parto e allattamento rappresentano situazioni delicate e particolari nella vita di una donna, ma, come ricorda anche l'OMS, solo in rari casi, patologiche.

L'assistenza, sia in termini di diagnosi che di trattamenti, deve quindi essere modulata nel rispetto della natura fisiologica di questi eventi e deve saper cogliere ed individuare tempestivamente la patologia, senza portare ad una medicalizzazione indiscriminata e non necessaria di tutte le gravidanze.

Azioni strategiche

- Una corretta organizzazione delle attività di sostegno alla maternità con appropriati controlli ed ove necessario adeguati interventi in gravidanza e nel puerperio, migliora il livello di salute materna e neonatale e riveste una importante rilevanza sociale. Essa deve prevedere la possibilità di raggiungere tutta la popolazione interessata, non solo quella che ne fa richiesta, poiché frequentemente l'utenza più bisognosa, per motivi sociali e/o culturali presenta difficoltà di accesso.
- Con questa finalità, nella gestione della fisiologia della gravidanza, l'ostetrica può diventare il punto di riferimento territoriale per la donna e, allo stesso tempo, garantire la continuità verso il momento del parto in ospedale attraverso tutti gli strumenti possibili, tecnici ed organizzativi. L'attuale legislazione individua l'ostetrica come figura competente ad assistere la donna in tutte le situazioni di fisiologia del percorso nascita (DM 740/1994, legge 42/1999, legge 251/2000, DGRT 555/1994, DLgs 206/2007): naturalmente attraverso un lavoro di equipe multi professionale, con ruoli definiti entro protocolli condivisi in

collaborazione con il ginecologo, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali che costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza.

- Alla luce della più recente letteratura e delle sperimentazioni attivate si riconosce pertanto anche la necessità di curare costantemente l'aggiornamento del protocollo assistenziale per la gravidanza fisiologica sotto il profilo degli accertamenti previsti. In questo ambito si inserisce l'attenzione all'offerta di test di screening prenatale con un elevato valore predittivo che consentano di selezionare le gravidanze fisiologiche da quelle ad alto rischio di anomalie cromosomiche, preeclampsia, prematurità, ritardo di crescita intrauterino, diabete gestazionale, ecc. in modo da inviarle più appropriatamente a percorsi di diagnostica prenatale e di assistenza per gravidanza a rischio. L'offerta di tali test deve essere governata nell'ambito di programmi regionali che ne garantiscano qualità, equità di accesso e specifico monitoraggio.
- Negli ultimi anni, inoltre, si è assistito ad un progressivo aumento della natalità con un incremento della età media della madre al parto ed ad un aumento della incidenza di donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria che presentano caratteristiche demografiche e patologiche diverse dalle autoctone. L'incontro degli operatori sanitari con le donne e le problematiche che ne derivano sia in termini clinico-relazionali che di necessità di riorganizzazione dei servizi, costituisce una dimensione di evidente importanza; particolare attenzione dovrà pertanto essere prestata alla formazione all'intercultura degli operatori sanitari.

Le medicine complementari a favore della gravidanza fisiologica

Già con il PSR 2008-2010 era previsto l'uso delle medicine complementari nell'ambito del percorso nascita, volto alla promozione della gravidanza e del parto fisiologico.
Anche la Conferenza Stato-Regioni nel programma per il parto sicuro (2010), articolato in dieci indirizzi d'azione, prevede l'attività formativa in tema di metodiche (farmacologiche e non), di controllo del dolore, con carattere di multidisciplinarietà.
In particolare l'utilizzo di sistemi di cura non invasivi e privi di effetti collaterali, permette di ridurre i consumi farmacologici in gravidanza, senza trascurare le frequenti disfunzionalità ad espressione sintomatica, non necessariamente inquadrabili come patologiche, ma che possono condizionare il benessere delle gestanti.

Azioni strategiche

Le azioni su cui concentrare l'attenzione nei prossimi anni sono pertanto:

- Formazione e coinvolgimento attivo dei professionisti sull'uso di MTC e omeopatia all'interno del percorso fisiologico della nascita, attraverso la definizione di protocolli condivisi;
- Realizzare un progetto di studio che ha lo scopo di verificare i risultati in termini di efficacia e gradimento su:
  - favorire l'ottimizzazione del parto;
  - indurre il rilassamento della donna;
  - contenere il dolore durante il parto;
  - permettere l'assistenza al post partum e al puerperio;
  - sostenere l'allattamento al seno.

La gestione del dolore al parto

Promuovere la fisiologia non significa non farsi carico del dolore del travaglio. L'approccio al dolore in travaglio non può essere legato alle convinzioni degli operatori o della struttura, ma deve garantire un ventaglio di opportunità mettendo a disposizione delle donne tutte le informazioni necessarie per potere scegliere consapevolmente il percorso che più corrisponde loro.
Il dolore in corso di travaglio è certamente un'esperienza sulla quale influiscono molti fattori, e per questo la presa in carico di questo aspetto particolare richiede la possibilità di un'offerta molteplice.

Azioni strategiche
Vi sono approcci specifici che di per sé favoriscono la adeguata gestione del dolore e che devono diventare nei prossimi anni parte integrante dei processi assistenziali dei servizi toscani:

- Garantire un ambiente accogliente e confortevole, ridurre il numero di esplorazioni vaginali al minimo necessario, promuovere il movimento, evitare manovre dolorose inappropriate, rispettare i bisogni che le donne pongono, sono elementi di base indispensabili per ridurre il dolore.
- La letteratura ci mostra poi l'importanza del supporto emotivo offerto dall'ostetrica e favorito dal rapporto "one - to one", che è in grado di per sé di ridurre in modo significativo il ricorso a farmaci per il controllo del dolore e il ricorso all'analgesia.
- Ci sono molte esperienze, anche nella nostra regione, sul controllo del dolore attraverso l'utilizzo dell'acqua, dei massaggi, delle posizioni o attraverso terapie non convenzionali.
- La ricerca di trattamenti analgesici efficaci e sicuri si è sviluppata nella medicina occidentale negli ultimi centocinquanta anni. Si tratta prevalentemente di approcci farmacologici, in cui deve essere considerata non solo l'efficacia, ma anche l'esposizione del feto a sostanze in grado, seppur transitoriamente, di indurre effetti clinici indesiderati al momento della nascita. Ad oggi l'analgesia epidurale (AE) rappresenta lo standard di riferimento dei trattamenti analgesici in travaglio per le sue caratteristiche di efficacia, tollerabilità e sicurezza. L'AE presuppone comunque una procedura che può essere effettuata solo da uno specialista, con importanti ricadute sul piano dell'organizzazione e il team ostetrico deve fare propria la AE attraverso un processo di riflessione che riguarda tutti gli operatori coinvolti.

2.1.5.1.1. La salute riproduttiva

Contesto
Dal principio costituzionale della salute come diritto non si può scindere quello del diritto ad una *"salute riproduttiva"*.
Da anni la Regione Toscana antesignana tra tutte della L. 40/2004 e post ha dimostrato di tutelare questo intangibile diritto di un superamento della difficoltà a procreare; infatti, ha da sempre garantito assistenza alle coppie desiderose di prole offrendo servizi e tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) anche II e III° Livello in ambito pubblico o convenzionato quando ancora nelle altre regioni l'offerta era quasi esclusivamente in ambito privato.
Con delibere "ad hoc" attraverso una collegialità con i gruppi di PMA, insieme ai nostri referenti della Regione ha affrontato in maniera pragmatica con tavoli di lavoro numerosi aspetti pre e post normativa; inoltre è stata tra le prime nel 2000 a tariffare con un nomenclatore regionale le diverse tecniche di PMA.
Più recentemente con la delibera di Giunta regionale 11/2010, la Regione Toscana da "Indicazioni per il miglioramento del percorso di procreazione medicalmente assistita". In questo atto vengono fornite direttive che riguardano più aspetti della materia allo scopo di valorizzare tutte le varie componenti del sistema. Si occupa di formazione agli operatori e informazione-educazione ai cittadini, del ruolo dell'andrologo, dell'individuazione di esami diagnostici di massima per la coppia e dei test genetici. Tra l'altro già in questa delibera, prima regione italiana, a seguito della sentenza 151/2009, si davano orientamenti sulla diagnosi genetica pre-impianto.
Attualmente è attivo un tavolo di lavoro per il maggior coinvolgimento nei temi dell'infertilità dei medici di medicina generale e degli operatori dei consultori.
I recenti dati del registro PMA presentati dal Ministro Salute (giugno 2011) dimostrano che stanno aumentando, rispetto agli altri anni, le coppie che si sottopongono ai trattamenti di fecondazione assistita; inoltre, però, è in aumento anche l'età media delle donne, un fattore che incide negativamente sui risultati delle tecniche stesse e anche il numero dei cicli di trattamento effettuato da pazienti con età superiore ai 40 anni (uno su quattro), segno di un procrastinare sempre più nel tempo la maternità.
I dati della toscana mostrano una erogazione di 1.716 cicli per le tecniche di I° livello e di 3.636 di II° livello (FIVET/ICSI). La variabile legata alla provenienza dei pazienti mostra che sui 3.636 cicli

di II° livello effettuati, il 57.2% è di pazienti di provenienza regionale, mentre il 42.8% è rappresentato dai fuori regione.

Obiettivi e Sfide

La prevenzione primaria delle cause della infertilità, una migliore definizione delle sue cause, una diagnosi adeguata, l'informazione corretta alle donne e alle coppie che accedono alle tecniche di procreazione assistita, sono obiettivi di salute che la Toscana continuerà a perseguire.
La sfida sarà sempre più quella di far prendere coscienza alla popolazione femminile dell'importanza dell'età legata alla possibilità di concepire.
Andare incontro alle donne in età riproduttiva con politiche socio-sanitario-assistenziali sul percorso materno-infantile per non procrastinare troppo la gravidanza ed ostacolare il fenomeno della denatalità nella nostra regione.

Azioni

- creare una maggiore consapevolezza, mediante campagne informative rivolte alla popolazione, sulle cause di infertilità, sull'importanza dell'età produttiva delle donne e sulla prevenzione maschile e femminile;
- sviluppare progetti educativo-informativo che promuovano la cultura della prevenzione dell'infertilità ed in particolare il concetto che la salute riproduttiva è un bene momentaneo da preservare e tutelare dai fattori di rischio (MST, Fumo, tossicità) anche attraverso l'adozione di stili di vita salutari;
- coinvolgere maggiormente, in un ottica di prevenzione e ottimizzazione del percorso delle coppie infertili, tutte le componenti del sistema, quali Medici di Medicina Generale, Consultori, Centri di PMA e Università.
- perseguire la massima efficacia e sicurezza delle tecniche di PMA anche mediante la costituzione di un centro di riferimento per la materia che abbia tra le altre funzioni un'attività di raccordo con gli altri centri, di analisi del contesto e di approfondimento sulle problematiche inerenti tali tecniche.

2.1.5.2. Il sostegno alla famiglia e alla genitorialità e la rete dei consultori

Contesto
La salute delle donne, nell'arco dell'intera vita, e dei soggetti in età evolutiva e adolescenziale costituisce l'ambito privilegiato degli interventi del Consultorio che rappresenta un ambito privilegiato di contatto e di riferimento per questo particolare segmento della popolazione. La tutela del diritto alla salute delle donne e dei bambini promuove il diritto alla salute di tutta la popolazione. Infatti, le progettualità e le sperimentazioni svolte nel precedente PISR, insieme all'analisi dei dati desunti dai flussi consultoriali e dall'Osservatorio Sociale Regionale, evidenziano:

- l'attenzione particolare da rivolgere, anche in un'ottica di tutela della salute globale in una società che cambia, alle attività di supporto alla gravidanza, compresi gli interventi *pre* e *post partum*, alla prevenzione dell'IVG e alla procreazione responsabile, agli interventi di contrasto alla violenza e gli interventi a sostegno delle diversità di orientamento sessuale;
- l'attenzione da dedicare ai più giovani, oggi utenza multiproblematica dei consultori;
- la necessità di sostenere la genitorialità, tenendo presente i cambiamenti del ciclo di vita della famiglia, i nuovi assetti familiari ed i mutati modelli culturali e la coerenza con i contesti e i luoghi educativi;
- la necessità di implementare i flussi informativi consultoriali, ai fini di una migliore programmazione ed integrazione di servizi e di interventi mirati;
- l'attenzione da dedicare ai più piccoli in relazione alle condizioni per lo sviluppo delle loro abilità cognitive e delle loro competenze di vita.

Sfida
Per i Servizi la sfida è saper leggere i cambiamenti in corso e trovare strategie per sostenere realmente i bisogni delle persone e delle famiglie, trovando risposte adeguate nell'integrazione delle risorse e dei percorsi, nell' informazione e nella partecipazione dei cittadini.

Obiettivo
Emerge quindi l'importanza di favorire <u>l'accesso ai servizi, in condizione di equità, alle diverse categorie di utenza</u> (minori, immigrati, ecc.) <u>e facilitarne i percorsi di salute</u>, attraverso la formalizzazione di protocolli operativi tra i diversi servizi coinvolti, attraverso anche interventi mirati, che coinvolgano il terzo settore, tramite essenziale tra persone e servizi.

Scelte strategiche
▪ <u>Promozione allattamento al seno</u>
La Regione Toscana ha una lunga ed importante tradizione su questa pratica che rappresenta un grande investimento di salute a costo 0 ed una grande occasione per rimodulare i servizi sanitari nel senso della formazione comune, della collaborazione tra discipline diverse e della continuità ospedale-territorio.
La Regione Toscana tra le prime in Italia ha attivato un Osservatorio Regionale per l'Allattamento al seno che ha consentito di attuare una serie di interventi con importanti risultati. Sono stati offerti programmi formativi a tutte le figure professionali coinvolte, è stata attivata una rete di referenti aziendali e oggi 7 dei 22 ospedali italiani riconosciuti dall'UNICEF come "Ospedali Amici dei Bambini" sono toscani.
Occorre pertanto riproporre con evidenza l'impegno della nostra regione sul tema per assicurare continuità alle iniziative intraprese in particolare:

- attività dell'Osservatorio regionale per l'allattamento al seno
- interventi formativi dedicati al personale coinvolto nel percorso nascita e PLS
- monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno
- valutazione della promozione dell'allattamento al seno negli indicatori di risultato aziendali
- valorizzazione di percorsi per il riconoscimento unicef di "ospedali e territori amici dei bambini"

- *I Consultori nei percorsi e nella rete dei servizi*

Emerge l'importanza di formalizzare i percorsi di salute che attraversano il consultorio, identificando ruoli, funzioni e risorse dei diversi soggetti coinvolti nei percorsi e pertanto l'esigenza di:

- favorire l'adozione di protocolli operativi integrati
- favorire interventi innovativi ed efficaci per il benessere psichico e la prevenzione del disagio nella famiglia, nella coppia, nella relazione con i figli;
- assicurare la presenza dell'equipe multi professionale nei consultori principali, con assegnazione nominativa alle Unità Funzionali Consultoriali;
- garantire l'attività di almeno un consultorio principale per zona;
- favorire il raggiungimento della copertura informativa dei flussi;
- favorire la razionalizzazione ed il potenziamento dei servizi di mediazione interculturale.

- *Un nuovo Consultorio Giovani*

I Consultori Giovani costituiscono una porta di accesso privilegiata per tutta la popolazione adolescenziale e giovanile, sia per la promozione del loro benessere, sia per la prevenzione e l'accoglimento di situazioni di disagio, latente e/o conclamato. I Consultori Giovani, per vari motivi, possono quindi rappresentare il "punto di partenza e poi di snodo" nei percorsi educativi e sanitari di accompagnamento per i pre-adolescenti, gli adolescenti ed i giovani (e per i loro adulti di riferimento). E' importante trovare modalità idonee a rendere fruibili e integrati i percorsi di salute e relativi al disagio (educativi, psicologici, di promozione del benessere, di prevenzione del disagio, di accoglimento e presa in carico), sostenere e curare la rete di tutela, di sostegno e di relazione (servizi, risorse territoriali, scuole, associazionismo, famiglie).

Parallelamente quindi e riprendendo quanto già espresso nei precedenti PSR occorre rivalutare il ruolo dei Consultori giovani assicurando sedi idonee e la presenza di operatori (medici, psicologi, educatori, etc.) capaci di relazione interattiva e di comunicazione con gli adolescenti e con i giovani, per svolgere una adeguata funzione di ascolto e di informazione volta a favorire e sostenere i processi di crescita e di consapevolezza e per favorire, dove necessario, l' individuazione dei potenziali rischi sociali e sanitari su cui è possibile intervenire precocemente.
L'esperienza di consultazione con gli adolescenti, nei vari ambiti dove è possibile incontrarli, ha messo in rilievo l'importanza di trovare modalità integrate che delineino percorsi fruibili per gli adolescenti predisponendo e mantenendo costante la rete fra tutti coloro che stanno intorno agli adolescenti (servizi, risorse territoriali, scuole, associazionismo, famiglie) e percorsi per gli adolescenti ed i giovani (educativi, di promozione del benessere, di prevenzione del disagio, di accoglimento e presa in carico) il più possibile pertinenti e fruibili.
In questo senso, riveste particolare importanza:
- la promozione attiva del servizio, facendolo entrare nella scuola e nei contesti di aggregazione e socializzazione giovanile
- lo sviluppo di progetti e di azioni di sistema che supportino la costruzione e la cura delle reti di tutela, di sostegno e di relazione, l'integrazione fra le varie componenti (istituzioni, servizi socio-sanitari, scuole, enti pubblici e privati, associazionismo, ecc.) e l'indispensabile rete territoriale, garantendo la continuità dei riferimenti e dei percorsi.

2.1.5.3. I giovani protagonisti del proprio futuro

Contesto
Definire strategie politiche e programmi operativi capaci di risolvere i problemi che caratterizzano l'universo giovanile presuppone un approccio multidisciplinare nell'analisi dei bisogni e dei relativi interventi da mettere in atto.
E' riconosciuto che uno dei principali fattori che favorisce la scelta di comportamenti pericolosi per la salute dei giovani riguarda la sfera emotiva.

Lo studio Edit (2005–2008) evidenzia che il 16% del campione intervistato (5213 studenti toscani tra i 14 e i 19 anni) dichiara di soffrire di un elevato grado di "*Distress psicologico*" concetto definito aspecifico che include: la tristezza, la frustrazione, l'ansietà, risposte negative e distruttive alle avversità della vita (disturbi alimentari, abitudine al fumo di tabacco, abuso di alcool e di sostanze psicotrope, difficoltà relazionali e affettive).
Sempre lo studio Edit sopracitato evidenzia che il 91.7% dei ragazzi intervistati ha rapporti "Molto buoni" o "abbastanza buoni" con i coetanei.

Lo studio HBSC (a.s.2005-2006), su un campione rappresentativo di quindicenni, evidenzia che alla domanda "da chi hai avuto la maggior parte delle informazioni sulla sessualità ?", il 62% del campione ha risposto: "dagli amici", il 37,9% … "dalla televisione"; mentre i genitori e la scuola, sostanzialmente sullo stesso piano, risultano poco influenti.
Ancora lo studio HBSC 2009/2010, su un campione rappresentativo di undicenni, dodicenni e quindicenni conferma l'importanza del tempo che i ragazzi trascorrono con i coetanei, infatti alla domanda "Quanto spesso parli con i tuoi amici al telefono o gli mandi SMS o hai contatti con loro tramite internet?", hanno risposto "tutti i giorni" il 20.84% degli undicenni, il 51.28% dei tredicenni e il 60.09% dei quindicenni.
Le interazioni sociali tra pari, servono a rafforzare valori e modelli e contribuiscono a strutturare un senso di identità e un orientamento culturale extra-familiare.

Questo conferma l'importanza di intervenire attraverso la *peer education*, dove i pari rappresentano i punti di riferimento "naturali" in presenza di dubbi riguardanti la sfera comportamentale oltre ad essere una metodologia essenziale per introdurre informazioni e favorire atteggiamenti che promuovano la salute.

I programmi regionali realizzati negli anni di vigenza del vecchio piano sono volti a promuovere il benessere dei giovani partendo da un concetto di salute molto più ampio rispetto a quello che lo associa alla mera assenza di malattia, ma che si identifica piuttosto con quello di uno stato fisico, mentale e sociale che consenta ad ognuno di vivere in armonia con se stesso e con l'ambiente che lo circonda in modo consapevole e responsabile.

In particolare l'esperienza del progetto regionale "Di Testa mia" (dal 2008 al 2010) ha dimostrato come siano più efficaci interventi i cui destinatari sono coinvolti in tutte le fasi di realizzazione, dalla progettazione all'attuazione, oltre ad evidenziare che la salute intesa come sviluppo di competenze per la vita attraverso un processo di educazione tra pari sia direttamente connessa con la possibilità di partecipare attivamente alle politiche.

La semplice conoscenza dei comportamenti che possono compromettere il benessere fisico, psichico e sociale non basta a orientare, e sopratutto a mantenere, abitudini salutari.
Risulta sicuramente più efficace agire affinchè i giovani costruiscano un'etica della responsabilità grazie alla quale l'individuo ha la capacità di farsi promotore di salute per se stesso e per gli altri nel tentativo di assicurarsi un futuro desiderabile.

A tal fine è importante implementare e consolidare tutte quelle azioni che prevedono l'utilizzo delle metodologie educative, riconosciute da tempo da parte dell'OMS[19] basate su modelli didattici attivi e partecipativi, quali l'educazione delle competenze per la vita (*Life skills education*) e l'educazione tra pari (*peer education*), che, sulla base di evidenze scientifiche, hanno dimostrata efficacia nel favorire lo sviluppo e l'espressione delle abilità cognitive, emotive, relazionali di base di ogni individuo per migliorare e consolidare il proprio stato di benessere.

Secondo la definizione OMS, le *life skills* sono "le abilità necessarie per un comportamento positivo ed adattivo, in grado di permettere agli individui di far fronte efficacemente alle richieste e alle sfide della vita quotidiana". Dotarsi di tale patrimonio aiuta a risolvere problemi, prendere decisioni, fronteggiare lo stress, autodifendersi rispetto al rischio di assumere comportamenti e stili di vita rischiosi per la propria salute.
L'educazione alle competenze per la vita risulta efficace quando si sostanzia di messaggi emessi da parte di coetanei partecipi delle stesse esperienze di vita: questa è la *peer education*.

Per rendere maggiormente partecipi i giovani alle scelte a alle azioni promosse dalle istituzioni è tuttavia necessario agire per colmare la distanza esistenze tra questi due mondi implementando le occasioni di dialogo e rafforzando gli strumenti necessari.
Si evidenzia una scarsa percezione delle azioni previste e rivolte dalle istituzioni nei loro confronti in ambito socio-sanitario, e che di conseguenza molti di loro non si rivolgono ai servizi esistenti per risolvere i problemi.
Ciò fa pensare che la modalità di comunicare con i giovani utilizzata dalle istituzioni non è abbastanza efficace.

Comunicare con i giovani costituisce, dunque, per le pubbliche amministrazioni un compito strategico per poter poi costruire una rete di supporto (servizi/politiche) che possa essere, efficacemente e fattivamente, utilizzata dai giovani toscani. Per far ciò è necessario raggiungerli nei luoghi virtuali e reali, dove i ragazzi si incontrano, si parlano e si confrontano. La rete web in tutte le sue espressioni, il centro di aggregazione sociale, la discoteca, la biblioteca, la parrocchia, le associazioni culturali e sportive, la palestre, le sale giochi, i centri commerciali, gli ambienti extra - scolastici in generale, sono i luoghi dove raggiungerli, incontrarli e dove mettere in atto le azioni strategiche che verranno elaborate ed individuate delle istituzioni.

Obiettivo
Accrescere il benessere fisico, mentale e sociale dei giovani.
Coinvolgere i giovani nella definizione delle politiche di salute.
Promuovere la partecipazione dei giovani alla programmazione e gestione delle iniziative ed individuare forme di consultazione che garantiscano la loro rappresentanza in momenti formali ed informali.
Promuovere la valorizzazione della conoscenza e stimolare l'autonomia e la partecipazione attiva dei giovani anche con il Servizio Civile Regionale promosso dalla legge regionale 35/2005.

Azioni
Pianificare e programmare azioni per i giovani comporta la conoscenza della complessità e molteplicità dei determinanti di salute: individuali, relazionali, culturali, sociali e ambientali.
Si rende necessario pertanto avviare ricerche che forniscano un quadro conoscitivo ed una valutazione della condizione dei preadolescenti ed adolescenti in Toscana, definizione del quadro dei servizi a loro disposizione, evidenziando anche le aree di maggior criticità che potrebbero essere oggetto di azioni di programmazione specifica.

Le indicazioni dell'OMS, raccomandano modalità progettuali che vedano l'integrazione fra le varie componenti (istituzioni, servizi socio-sanitari, scuole, enti pubblici e privati, associazionismo) e che promuovano le competenze (Skills), la partecipazione attiva, ed il protagonismo dei giovani con il

[19] WORD HEALTH ORGANISATION, *Like Skills Education in Schools*, Division of Mental Word Health Organisation, Geneva 1993; *Partners in life skills education,* Geneva 1999; *Peer Education Kit for Uniformed Services,* Geneva 2003

loro coinvolgimento diretto in merito all'individuazione ed alla messa in atto di strategie ed interventi per favorire scelte consapevoli nell'ambito della salute individuale e collettiva.

Al fine di poter supportare, indirizzare, programmare, pianificare gli interventi rivolti al mondo giovanile si ritiene opportuno istituire un Centro Regionale per la salute dei giovani dove si garantisce una partecipazione attiva degli stessi, avvalendosi anche della Associazione "Ditestamia health Promoting Guys".

Premesso ciò, nell'area extra scolare, gli interventi si sviluppano seguendo le seguenti linee direttrici:

- stabilire intese con attori significativi della comunità dove si interviene (associazioni sportive, ricreative, palestre, parrocchie, ecc.);
- coinvolgere persone che per le proprie competenze socio- professionali (allenatore, animatore, educatore, ecc.) possono svolgere un ruolo di facilitazione e mediazione nel veicolare messaggi positivi;
- formare tali persone secondo un doppio orientamento: riguardo ai contenuti ed ai metodi educativi e riguardo alle abilità personali;
- coinvolgere le rappresentanze giovanili presenti negli ambiti territoriali interessati dall'attività di programmazione dei piani integrati di salute (PIS);
- valorizzare le potenzialità individuali:far leva sul patrimonio di attitudini ed intelligenze racchiuse in ogni essere umano risulta fondamentale per mobilitare energie ed orientarle in senso positivo;
- attivare percorsi di apprendimento attivo e partecipativo basati sull'utilizzo della metodologia life skills education e peer education, e condividere approcci metodologici e strumenti;
- realizzare attività formative di tipo didattico esperienziale su comunicazione, ascolto, relazione, accoglienza, ecc. rivolte ad operatori e/o altre figure significative (operatori di strada) con supporto di operatori di area socio sanitaria formati;
- coinvolgere studenti *peer educator (vedi paragrafo 2.1.2. Gli stili di vita per la Salute – alleanza con il mondo della scuola)* disposti ad assumere un ruolo attivo nella realizzazione di iniziative di promozione della salute con e per i propri coetanei all'interno dei contesti di aggregazione sopra individuati;
- progettare e realizzare azioni che vedano protagonisti peer e coetanei nei diversi contesti di riferimento;
- realizzare programmi di comunicazione sul web, creare un luogo virtuale dove i ragazzi nel completo anonimato possano esprimersi e parlare liberamente senza nessun pregiudizio o discriminazione dall'altra parte, dove c'è un gruppo di esperti e ragazzi coetanei adeguatamente formati;
- promuovere progetti che prevedono: l'inserimento dei contenuti e delle attività svolte dai servizi sanitari (Centri consulenza giovani …) nei luoghi che sono già frequentati dai ragazzi, sfruttando la rete dei centri già presenti (centri giovani comunali, associazioni); sperimentare aperture in fasce orarie notturne e nei fine settimana;
- promuovere un progetto di interesse regionale che preveda azioni rivolte ai giovani secondo le aree di intervento prioritarie definite dal Dipartimento della Gioventù;
- promuovere progetti, previsti nell'Accordo con il Dipartimento della Gioventù, inerenti la creatività, le arti e mestieri della tradizione culturale locale e la promozione della cultura della legalità;
- promuovere azioni per il servizio civile regionale.

2.1.5.4. La prevenzione delle dipendenze

E' statisticamente dimostrato che la fase dell'adolescenza identifica il periodo della vita in cui la persona è più a rischio rispetto all'assunzione di sostanze psicoattive; tale fase, collocandosi tra l'infanzia e l'età adulta, rappresenta il delicato periodo di transizione e di cambiamento durante il quale la persona è impegnata a costruire la propria personalità, attraverso l'esplorazione del mondo esterno e il progressivo distacco dall'ambito familiare, per cui può accadere, per motivazioni diverse, che l'adolescente guardi alle sostanze come strumento idoneo a ridurre le tappe verso lo status di adulto, a superare le difficoltà e le ansie della crescita e a proporre al mondo esterno la propria presunta emancipazione.
Gli adolescenti, essendo i soggetti più a rischio, rappresentano il target principale al quale vanno rivolti gli interventi di prevenzione, allo scopo di evitare loro il primo - e più pericoloso - contatto con le droghe.
Le azioni e gli interventi dovranno pertanto:

- promuovere la partecipazione dei giovani e valorizzare le risorse presenti nei gruppi informali e nei singoli come risorse per le comunità locali;
- promuovere il benessere delle giovani generazioni e sostenere il conseguimento dell'autonomia e del senso critico dei giovani, attuando interventi informativo-preventivi in armonia con queste premesse;
- promuovere stili di vita sani e consapevoli attivare percorsi personalizzati di ascolto, supporto, accoglienza ed eventuale presa in carico e offerta di prestazioni anche specialistiche per i gruppi, le situazioni ed i comportamenti a rischio sviluppare e qualificare il lavoro di prossimità (interventi sul posto), anche prevedendo la riorganizzazione, in una logica di prossimità, dell'offerta dei servizi sociali e sanitari sviluppare e qualificare gli interventi di prevenzione e di promozione della salute nei luoghi del divertimento garantire la necessaria formazione e riqualificazione degli operatori.

2.1.6 Il contrasto alla fragilità e alle disuguaglianze

La L.R. 41/2005 assume come sua finalità primaria la promozione e la garanzia dei diritti di cittadinanza sociale, la qualità della vita, l'autonomia individuale, le pari opportunità, la non discriminazione, la coesione sociale, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione. Questi concetti, soprattutto quando si fa riferimento ai temi delle disuguaglianze e della vulnerabilità e fragilità delle persone e delle famiglie, sottendono l'imprescindibilità di pensare e di agire in termini di politiche integrate e di azioni pubbliche volte ad assicurare ai cittadini le possibilità e gli strumenti per partecipare alla vita sociale e lavorativa secondo le proprie capacità e aspirazioni. In tale scenario, le azioni di prevenzione che attengono ai temi dell'esclusione trovano utili dispositivi, oltre che nelle politiche sociali, in quelle dell'istruzione, del lavoro, delle pari opportunità, della legalità, dei giovani e della casa. A fronte di questo sono dunque chiamati in causa una pluralità di strumenti a titolarità differenziata che possono essere messi in campo dai vari livelli di governo (Regione, Province, Comuni, zone socio sanitarie e SdS). In particolare, in termini di prevenzione, assumono rilievo tutti quegli interventi che sostengono e promuovono lo sviluppo della conoscenza (per es. il contrasto della dispersione scolastica), la promozione e la partecipazione femminile al mercato del lavoro, gli interventi di recupero e sviluppo urbano, la diffusione di iniziative per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

2.1.6.1. Disuguaglianze e disequità: strategie e azioni

Contesto

I comportamenti che possono determinare condizioni di fragilità sociale e condotte nocive per la salute sovente si concentrano nelle fasce meno favorite della popolazione; i motivi della maggiore vulnerabilità nell'esposizione ai fattori di rischio sociale o di malattie croniche delle persone appartenenti alle classi sociali più disagiate sono fondamentalmente da attribuire a:

- *Una maggiore probabilità dei gruppi a basso reddito e/o basso livello d'istruzione di essere esposti simultaneamente a molteplici fattori di rischio*. Queste persone hanno capacità e funzionamenti tali per cui non sono nelle condizioni di adottare quei corretti stili di vita che consentirebbero loro di esercitare comportamenti tesi alla risoluzione dei loro disagi sociali o problemi di salute e d'altra parte, per intraprendere o modificare uno stile di vita sono necessarie risorse, motivazioni ed energie che il sistema dei servizi deve potere e sapere offrire in modo efficace. L'adozione e il mantenimento di uno stile di vita "non corretto" può rappresentare la risposta di adattamento delle persone ad una situazione permanente di stress. Dal punto di vista sociale si rilevano alert quali la fuoriuscita dai percorsi educativi, e l'assistenzialismo passivo; dal punto di vista della salute, invece, quando le persone di bassa posizione sociale sperimentano più di altri condizioni di sofferenza psicologa cronica, e vi si adattano, si rilevano comportamenti compensativi come il fumo o l'alcol, la sedentarietà o una dieta squilibrata, alcuni dei quali possono generare dipendenza. Queste condizioni si traducono in una frammentazione del tessuto sociale e in un danno per la salute con ricadute per il sistema cardiovascolare,metabolico, immunitario, la salute mentale e, in generale, con una diminuita capacità di fronteggiamento degli eventi della propria vita e di resistenza alle malattie.
- *All'influenza delle esperienze della vita*. Le disuguaglianze possono essere determinate non solo dalla posizione sociale adulta ma anche dalle *fratture* verificatesi nell'arco della vita delle persone (lutti, separazioni, perdita del lavoro o dell'abitazione), dalle esperienze accumulate nella fase di sviluppo (come l'istruzione e l'esperienza scolastica) e dalle condizioni di salute alla nascita, che sono a sua volta influenzate dalle condizioni sociali della famiglia di origine. Il basso peso alla nascita – principale indicatore di sofferenza nella maturazione del feto in gravidanza, che ricorre con maggiore frequenza tra i figli di madri meno istruite e di madri straniere immigrate da paesi poveri – aumenta la probabilità che nella vita adulta si sviluppino

patologie cardiovascolari e diabete[20];

- *Una limitazione dell'accesso alle opportunità di prevenzione*. Questo aspetto riconduce ad una capacità del sistema dei servizi di saper raggiungere i destinatari delle informazioni con mezzi e linguaggi che siano immediatamente comprensibili e "usufruibili". Riuscire a creare una comunicazione efficace, che sappia insinuarsi agevolmente in tutti i gruppi sociali e riuscire ad offrire – nello step immediatamente successivo – con gli strumenti dei servizi socio-sanitari (per es. PUA, segretariato sociale, Cup, medici curanti, etc.) informazioni appropriate ai problemi e ai disagi delle persone, diventa l'obiettivo principale sul quale investire risorse che restituiscano al sistema dei servizi un "ritorno" in termini di incremento "dei soggetti destinatari" e che contestualmente siano mirate all'accrescimento delle capacità di effettuare scelte consapevoli da parte di tutti i cittadini (sanità e sociale di iniziativa).

Sfide

Da tutto ciò derivano i tre ambiti su cui concentrare i possibili interventi:

• Il contesto socio-economico che contribuisce a determinare – soprattutto in questa fase di crisi globale – una distribuzione diseguale delle risorse ed una difficoltà o impossibilità delle persone ad esercitare il proprio *empowerment.* In tal modo le disuguaglianze si manifestano con sempre maggiore evidenza nel sistema di accesso/utilizzo dei servizi e delle prestazioni (sia sociali che sanitarie);

• L'ambiente, le esperienze e il contesto di vita delle persone sono direttamente proporzionali all'esposizione a fattori di vulnerabilità e di rischio sociale e/o di salute, ma soprattutto, alla capacità di autodeterminazione degli individui e della conseguente possibilità di cogliere sintomi o di affrontare situazioni di disagio;

• Assicurare l'accessibilità all'informazione all'universo dei cittadini e sviluppare interventi di promozione della salute che siano concretamente in grado di raggiungere e dialogare con tutti i cittadini e le famiglie anche là dove esse studiano, abitano e lavorano, è la sfida che più di altre potrà produrre risultati in termini di prevenzione.

Strategie

▪ La coesione sociale fa bene alla salute

La crescita economica e del capitale sociale sono pre-condizioni per un migliore stato di salute, anche se è noto che i benefici a livello di popolazione si riducono quando la distribuzione del reddito è molto diseguale. Laddove esiste un elevato livello di divisione sociale, questi fattori non sembrano peraltro essere sufficienti a garantire un progresso degli indicatori sociali e sanitari. Diventa così fondamentale lavorare per promuovere e sostenere una solidarietà sociale che si propone la tutela e la garanzia dei diritti e l'assunzione delle responsabilità dei cittadini.

▪ Riorganizzare il sistema dei servizi contro la disequità

Non sono soltanto le condizioni di carattere strutturale o macrosocioeconomico a determinare le disuguaglianze nell'esigibilità dei diritti, ma anche l'organizzazione del sistema dei servizi. Talvolta, l'organizzazione – nella sua complessità – non riesce a modificarsi rapidamente a fronte dei cambiamenti sociali e epidemiologici: una maggiore flessibilità, una migliore conoscenza del territorio, una più puntuale capacità di raccogliere dati certi, un'impostazione che richiami costantemente la necessità e l'utilità del confronto sono gli elementi sui quali focalizzare l'attenzione per sviluppare il nuovo sistema dei servizi.

▪ L'analisi dei cluster a supporto dell'equità

Affinché gli obiettivi regionali volti alla promozione di un corretto stile di vita siano condivisi e perseguiti in modo efficace dai cittadini è fondamentale orientare i meccanismi di informazione e comunicazione dell'offerta in base alle diverse capacità e necessità della persona. Con questa finalità l'analisi dei cluster si pone come uno strumento adeguato per comprendere le modalità e individuare gli strumenti più adeguati con cui rispondere ai bisogni dei cittadini, tenendo conto di

[20] NS Scrimshaw, The relation between fetal malnutrition and chronic disease in later life, BMJ 1997; 315:825-826.

come cambia il bisogno in base alle caratteristiche della popolazione, realizzando una mediazione tra esigenze di standardizzazione e bisogno di personalizzazione.

La segmentazione dell'utenza (cluster) è un processo di aggregazione dei cittadini/utenti sulla base di comportamenti affini. I principali criteri di aggregazione sono demografici (età, sesso, dimensione del nucleo familiare, reddito, raggruppamento etnico,ecc), psicografici (stile di vita, personalità), o legati ai comportamenti specifici (intensità d'uso dei servizi, livello di fedeltà).

Nel 2009 il Laboratorio MeS ha effettuato uno studio sui cluster nell'ambito dell'indagine sui Servizi Distrettuali, realizzata nell'anno 2008. L'obiettivo dell'analisi era quello di comprendere se e come il livello di soddisfazione dei cittadini era influenzato dalle caratteristiche socio demografiche degli utenti.

I risultati dello studio mostrano che è possibile identificare 4 cluster ben definiti. I dati emersi possono inoltre essere da un lato un elemento su cui realizzare una valutazione delle scelte effettuate e dall'altro un punto di partenza utile per delineare alcune strategie specifiche e mirate, a seconda del target a cui sono indirizzate.

Alla luce di queste evidenze pertanto, per i servizi territoriali i dati fanno riflettere sulla opportunità di personalizzazione dei servizi e sulla individuazione di strategie di comunicazione più efficaci tenendo conto del bisogno specifico del cittadino target.

2.1.6.2. La promozione e il rafforzamento delle reti sociali: il sociale d'iniziativa

Contesto

La crisi economica e sociale ha aggravato e reso manifesto un fenomeno in corso da almeno venti anni: l'erosione del ceto medio e lo sviluppo di nuove vulnerabilità sociali. L'allargamento delle vulnerabilità sociali è un fenomeno composito che si innesta in alcune grandi transizioni delle nostre società (invecchiamento della popolazione, frammentazione delle famiglie, precarizzazione della condizione di vita-lavoro) ed allarga e ristruttura l'area del disagio. La crescita delle nuove vulnerabilità è particolarmente ampia ed acuta in particolare sulla vita e la salute delle persone, sul tessuto economico e sociale, ma anche sul terreno della partecipazione sociale. La configurazione dei servizi di welfare che abbiamo conosciuto a partire dagli anni '70 non appare più adeguata a leggere e gestire i nuovi problemi che attraversano i cittadini e non può più contare su un consenso sociale diffuso, mentre sta crescendo l'adesione verso ipotesi di «smantellamento» dei servizi sociali pubblici verso forme assistenziali basate sul concetto di beneficenza. Le difficoltà di questi servizi non dipendono da un loro cattivo funzionamento, ma soprattutto dalla trasformazione del loro oggetto di lavoro: se la società cambia tumultuosamente, i servizi di welfare, occupandosi dei problemi che le persone incontrano nel vivere sociale, sono chiamati a modificare in profondità il loro modo di lavorare per non rischiare di erogare prestazioni riservate a chi ha le competenze per accedervi.

Sfida

La trasformazione epocale che stiamo attraversando segnala un'emergenza che si propone come terreno particolarmente adatto allo sviluppo di nuove sinergie tra politiche e servizi di welfare da una parte e lavoro di comunità dall'altra. Tra le sfide del sistema di welfare toscano vi è quella di promuovere relazione, ascolto, aggregazione e partecipazione dei nuovi vulnerabili in modo tale che il "sociale dei vulnerabili" possa generare iniziative capaci di prevenire stati gravi di bisogni, sociali, sociosanitari e sanitari, oltre ad individuare nuovi soggetti collettivi di protezione. In questa direzione, i servizi di welfare di comunità, lavorando sulla definizione dei nuovi bisogni insieme con chi li sperimenta, può diventare un vero e proprio laboratorio di nuova cittadinanza sociale, capace di rinnovare ed ampliare il capitale sociale della Toscana. In questa logica l'obiettivo per la costruzione e potenziamento di un volontariato facilitatore di corretti stili di vita, della conoscenza dei servizi sociali e non solo, sarà correlato alle attività assicurate in ambito socio-sanitario.

Obiettivo
Accompagnare i servizi istituzionali e il terzo settore al rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali e allo sviluppo di nuove competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili nel campo sociale e socio-sanitario introducendo pertanto un nuovo percorso individuabile come "Sociale di Iniziativa".

Strategie
- Promozione di studi e approfondimenti sul tema anche allo scopo di costruire una mappatura Toscana dei progetti più significativi;
- Sostegno a progetti sperimentali di interventi partecipativi di contrasto alle nuove vulnerabilità attraverso la promozione di nuovi stili di vita e promozione della salute;
- Facilitazione allo scambio di esperienze tra iniziaitive, eseprienze, progetti toscani e non solo.
- Definizione a livello regionale di linee guida per un modello di Welfare di Comunità basato sul sociale d'iniziativa.

2.1.6.3. I percorsi d'integrazione, educazione e comunicazione interculturale

Contesto
La presenza crescente di cittadini stranieri nel territorio regionale evidenzia l'esigenza di sviluppare le occasioni di apprendimento della lingua italiana in loro favore. La necessità di promuovere la conoscenza della lingua italiana è resa particolarmente significativa a seguito delle recenti riforme della normativa statale sull'immigrazione che prevedono l'onere per il cittadino straniero della dimostrazione di un livello di conoscenza della lingua di carattere elementare definito A2 per l'ottenimento del permesso CE per lungoresidenti e per la dimostrazione del rispetto dell' "accordo di integrazione". Al di là delle previsioni normative richiamate l'apprendimento della lingua a livelli anche avanzati riveste un particolare rilievo nella prospettiva della promozione di un nuovo concetto di "cittadinanza attiva", aperto a tutti i componenti della comunità, intesa quale appartenenza piena e consapevole alla vita della comunità.
Inoltre la presenza di persone di diversa lingua, cultura e provenienza riveste inoltre un particolare rilievo nei diversi contesti comunitari, in particolare in quello scolastico, nonchè nelle relazioni che si sviluppano all'interno della pluralità dei servizi pubblici locali.

Obiettivo
In considerazione del rilievo centrale dei contesti educativi e formativi nello sviluppo dei processi di integrazione delle comunità straniere verrà promossa un'azione di carattere sociale in raccordo con le politiche regionali dell'istruzione tesa a promuovere i percorsi di insegnamento della lingua italiana alla popolazione straniera adulta con attenzione ai processi tesi a facilitare l'inserimento dei minori nell'ambito scolastico.
Verrà quindi curata una azione informativa efficace nell'ambito delle comunità straniere tesa a favorire l'emersione della globalità della "domanda" di formazione linguistica e indirizzarla verso la rete delle opportunità formative disponibili nei territori in una prospettiva di rafforzamento e qualificazione della loro operatività. Tali contesti si sviluppano nell'ambito nei servizi pubblici dell'istruzione e dell'educazione degli adulti (CTP), nell'ambito della rete del terzo settore e dei servizi di apprendimento disponibili on-line. La promozione dell'insegnamento della lingua sarà finalizzata anche a facilitare l'accesso a una cittadinanza attiva e a una piena fruizione dei servizi territoriali e si accompagnerà a una più ampia promozione delle relazioni interculturali nel contesto sociale attraverso la qualificazione nei servizi pubblici dei servizi di interpretariato e mediazione culturale, lo sviluppo di processi costanti di formazione degli operatori, la valorizzazione della lingua e cultura di origine dei cittadini stranieri.

Azioni
Agevolazione della crescita delle opportunità di apprendimento della lingua italiana in favore della popolazione straniera adulta attraverso:

- Diffusione nell'ambito della popolazione straniera di una informazione completa e aggiornata sulla globalità delle opportunità di apprendimento della lingua italiana presenti nel territorio che hanno innanzitutto un riferimento essenziale nel servizio pubblico dell'istruzione e educazione degli adulti (CTP);
- Promozione di uno sviluppo qualificato e omogeneo dell'azione condotta dal mondo del volontariato in tale ambito in grado di integrare l'offerta formativa garantita dal servizio pubblico e di collegarla a processi ampi di socializzazione;
- Promozione dell'accesso alle opportunità di apprendimento linguistico disponibili on-line in grado di avvicinare le occasioni di formazione linguistica ai luoghi di vita e di lavoro del cittadino straniero con un più avanzato rispetto dei suoi tempi di vita. In tale ambito verrà valorizzato l'accesso alla fruizione di servizi sviluppati nel contesto di politiche regionali quali il progetto TRIO per la formazione a distanza e l'implementazione della rete dei punti PAAS per la diffusione di punti di accesso gratuito e assistito a Internet.

L'adeguamento dei servizi pubblici ai rapporti con un' utenza pluriculturale verrà promossa attraverso:

- la qualificazione dei servizi di interpretariato e mediazione culturale in grado di tener conto delle diverse tipologie di servizi e della peculiare complessità e rilevanza di alcuni come quelli in ambito sanitario e sociale.
- Uno sviluppo omogeneo e diffuso della formazione degli operatori dei servizi pubblici, da inserire stabilmente nei percorsi ordinari di formazione degli operatori, sui temi dell'intercultura e sugli aspetti normativi che delineano la condizione giuridica del cittadino straniero.

La valorizzazione della lingua e cultura di origine dei cittadini stranieri attraverso:

- la promozione di eventi e iniziative di carattere ricreativo e culturale quali occasioni di scambio e comunicazione tra persone e comunità di diversa lingua, cultura e provenienza.

Le azioni relative ai percorsi di promozione della comunicazione, dell'apprendimento della lingua e di sviluppo delle relazioni interculturali richiederanno una forte integrazione con le azioni condotte dal settore istruzione della Regione in un rapporto di collaborazione con gli uffici statali dell'Ufficio Scolastico Regionale.
Sarà inoltre essenziale il coinvolgimento degli enti locali della Regione e delle organizzazioni di volontariato e del terzo settore.

2.2. L'emersione del disagio sociale e la graduale perdita della salute

Molte sono le cause che possono influire sulla tenuta della coesione sociale e sul benessere delle persone, per cui diventa indispensabile cogliere e saper leggere tempestivamente i segnali di disagio e di vulnerabilità che provengono dal tessuto sociale. Talvolta, tali segnali, possono oltremodo manifestarsi o tradursi anche in un rischio di perdita di salute. Saper comprendere in modo puntuale i sintomi di un malessere – sia esso sociale o di natura più squisitamente fisica – diventa pertanto l'obiettivo primario del sistema dei servizi socio-sanitari affinché si possano attuare tutti quegli interventi che con puntualità siano in grado di sostenere le persone nel fronteggiare i loro disagi o problemi al fine di renderle autonome e consapevoli dello loro scelte per il miglioramento dei problemi o la completa risoluzione degli stessi. Identificare e evidenziare gli "ALERT" più importanti e, conseguentemente, individuare le azioni necessarie per intervenire su questi in modo risolutivo è la finalità di questo Piano che, contestualmente, si propone di valorizzare e promuovere l'integrazione sociale e sanitaria e di favorire l'intervento di tutti gli attori interessati al percorso nonché la partecipazione consapevole dei cittadini.

2.2.1. La sanità d'iniziativa: dall'attesa alla ricerca attiva

Nei precedenti cicli di programmazione regionale molti sono stati i programmi attivati per individuare precocemente un problema, peraltro con ottimi risultati in termine di guadagno di anni di vita in salute e con una netta riduzione del rischio di malattia. Ma un'analisi di dettaglio di questi dati evidenzia la difficoltà di incidere con gli stessi risultati nelle varie fasce della popolazione, con la conseguenza di non tutelare le persone più a rischio.
La sfida di oggi è trasformare un sistema sanitario "reattivo", che si muove solo di fronte a una domanda, in un sistema socio-sanitario "proattivo" , che cerca le persone attivamente e in modo diverso a seconda del loro contesto socioculturale: una delle leve del cambiamento da utilizzare nei prossimi anni per ridurre il divario interno alla popolazione e rendere sempre più efficaci gli interventi precoci sia in ambito sanitario che sociale, in ogni età della vita.

2.2.1.1. Gli screening neonatali

Importanti interventi di screening neonatale sono stati avviati dalla Regione Toscana negli ultimi anni:

- estensione dello screening delle malattie metaboliche ereditarie (DGR 800/2004)
- screening della cataratta congenita (DGR 565/2005)
- screening uditivo neonatale (DGR 365/2007)

Si rende necessario, sulla base del monitoraggio dei risultati delle azioni intraprese, procedere ad una implementazione di tali interventi al fine di assicurarne qualità e appropriatezza nonché garantirne l'equità di accesso e la coerenza con i controlli periodici programmati nei bilanci di salute con i Pediatri di Famiglia

2.2.1.2. La salute orale

L'auspicato obiettivo OMS di eliminare la carie dentaria in ambito europeo per il 90% dei bambini di 5-6 anni entro il 2020 non è stato ancora raggiunto e probabilmente non lo sarà completamente nel prossimo quinquennio, i principali indicatori epidemiologici indicano comunque una progressiva diminuzione della carie.

Il dato è confermato anche dalle recenti indagini epidemiologiche svolte in regione toscana che evidenziano comunque il perdurare di una elevata incidenza della patologia odontoiatrica.
Ancora per molti anni però, nonostante gli effetti positivi delle iniziative intraprese dalla regione Toscana nel corso del decennio precedente, il bisogno di prestazioni odontoiatriche permarrà di gran lunga superiore alla capacità di offerta del sistema pubblico regionale che eroga circa il 5% del totale delle prestazioni odontoiatriche.

Sfide
La sfida per un SSR deve essere quella di promuovere la realizzazione di un sistema di prevenzione e cure odontoiatriche come scelta di salute superando le attuali difficoltà di accesso incontrate da una parte crescente della popolazione.
Da un lato, infatti, il bisogno di salute orale aumenta laddove sia cambiata la società (fragilità sociale, aumentata longevità e aumentato peso delle patologie cronico degenerative con cui essa condivide i medesimi fattori di rischio (quali dieta, fumo, alcol, igiene, stress) o dove naturalmente esista la maggior esposizione (età evolutiva, gravidanza, disabilità); dall'altro, questo bisogno aumenta in conseguenza della forte connotazione privata dell'assistenza odontoiatrica che pone una barriera economica al proprio accesso, che offre un approccio alla patologia e non alla persona, che risulta più inaccessibile proprio per quelle fasce di popolazione maggiormente segnate da determinanti socio-economico-educativi sfavorevoli e da più fattori di rischio assieme, che per limiti strutturali non può offrire alcun intervento di comunità, tantomeno preventivo.

Strategie
Combattere i fattori di rischio, porre l'accento su una scuola che diventi luogo di acquisizione di corretti stili di vita, fare dell'assistenza sul territorio la prima sentinella per i bisogni dei pazienti più fragili e a rischio promuovendo un *referral* interno al servizio pubblico, sono passaggi sicuramente non semplici ma irrinunciabili nell'ottica di voler rispondere a principi di equità e diritto.
Si procederà quindi a:

- attuare un rimodellamento dell'intervento di prevenzione rivolto alla popolazione infantile per raggiungere una proporzione maggiore di bambini, valorizzando le competenze di figure professionali non mediche nella fase di screening (igienisti dentali) con strumenti e progetti di volta in volta adeguati al contesto, quali educazione e prevenzione secondaria nelle scuole dell'infanzia e nelle scuole primarie,
- standardizzare le iniziative di prevenzione primaria in fase pre e perinatale nell' ambito dei corsi di preparazione al parto,
- attuare interventi di sanità di iniziativa per la cura odontoiatrica o protesica verso i soggetti più deboli (comunità etnico culturali e migranti, anziani istituzionalizzati, giovani in condizioni di disagio, soggetti disabili o in terapia oncologica domiciliare),
- Rilanciare le azioni previste con atti regionali (DCR 163-2003, DGR 861-2004, DGR 623-2005, DGR 234-2007), al fine di garantire una maggiore accessibilità alle attività di cura e riabilitazione odontoiatrica per i cittadini toscani, in particolare attraverso:
  - Sperimentazione di forme gestionali innovative, con integrazione pubblico – privato,
  - Migliore utilizzo delle strutture e competenze presenti nei servizi di odontoiatria aziendali,
  - Revisione delle modalità di compartecipazione alla spesa.

2.2.1.3. Gli screening oncologici: la ricerca del tumore per una diagnosi precoce

Contesto

La Regione Toscana ha, da anni, scelto di privilegiare il tema della prevenzione primaria e secondaria in oncologia diffondendo questo impegno a tutto il sistema regionale. Gli effetti di questa scelta sono tangibili: nelle aree in cui il programma di screening del colon-retto è attivo da molti anni si è già cominciata ad osservare una riduzione di mortalità causa specifica, analogamente, la riduzione di mortalità per tumore della mammella osservata nell'ultimo ventennio è legata ad una forte complementarietà tra diagnosi precoce e trattamenti efficaci. Gli screening oncologici per il tumore della mammella, del colon-retto e del collo dell'utero sono attivi sul territorio regionale ormai da molti anni. I dati 2010 di estensione e adesione confermano buoni risultati (screening mammografico: estensione 94,1%, adesione 72,5%; screening colo-rettale: estensione 83,7%, adesione 51%; screening cervice uterina: estensione 100%, adesione 54%) e posizionano la Toscana tra le prime regioni italiane insieme alla Emilia-Romagna, Umbria e Valle d'Aosta.

La Regione Toscana ha individuato nell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica – ISPO la struttura di riferimento per la pianificazione, la programmazione e il controllo degli interventi di prevenzione oncologica sul territorio regionale.

ISPO esercita azioni di indirizzo, coordinamento, promozione e monitoraggio delle azioni per il raggiungimento degli obiettivi secondo logiche di HTA. Esso si configura come struttura in grado di gestire la razionalizzazione dei percorsi e la centralizzazione della lettura dei test di screening e di triage in sinergia e in collaborazione con le Aziende USL. In questo ambito le Aziende USL sono chiamate ad assicurare ogni fase del percorso di screening in accordo con i principi di equità di accesso e di erogazione di buona qualità tecnico-professionale. In particolare, per quanto attiene all'equità di accesso, decisiva è la partecipazione e la collaborazione al percorso della medicina di iniziativa, delle Società della salute e delle associazioni di volontariato. Particolarmente rilevanti le sinergie da attivare con le Aziende Ospedaliere Universitarie per l'alta specializzazione.

Le sfide

Con queste ottime premesse, si osservano ancora ampie variabilità delle performance, da ricondurre a valori più stabili, da una azienda ad un'altra e che riguardano l'offerta di intervento e i tempi di erogazione degli esami di approfondimento diagnostico e di trattamento, fattori rilevanti per l'efficacia dell'intervento preventivo. Inoltre, occorre che vi sia una più ampia ed omogenea applicazione delle raccomandazioni regionali, nazionali ed europee. Per permettere una maggiore adesione alle indicazioni in materia è necessario superare alcune criticità mirando ad una migliore allocazione delle risorse e ad un più forte commitment direzionale per quanto attiene gli aspetti inerenti la qualità. La Regione Toscana intendere svolgere un ruolo pro-attivo per il monitoraggio degli attuali scenari e la definizione delle prospettive future alla luce delle recenti evidenze scientifiche in tema di innovazione tecnologiche quali il test HPV nello screening per il tumore della cervice uterina. Le recenti pubblicazioni internazionali sul tumore della prostata e del polmone, che al momento non raccomandano interventi in ambito di screening organizzato, indirizzano al monitoraggio delle attività di diagnosi precoce per contenere effetti dannosi sui cittadini sia in termini di salute che di spesa pubblica.

Obiettivo

Per garantire, per i tre screening raccomandati, l'erogazione dell'intero percorso dall'invito fino alla eventuale indicazione al trattamento con buoni livelli di qualità monitorabili è necessario che lo screening oncologico sia inteso come percorso razionale. La standardizzazione del percorso, peraltro in linea con le indicazioni del Piano nazionale di prevenzione 2010-2012, deve assicurare una redistribuzione delle azioni e delle risorse con garanzia di percorsi equi ed omogenei. Ricondurre le attività di prevenzione spontanea all'interno dei programmi di screening organizzato risponde a questi criteri garantendo al contempo appropriatezza delle prestazioni per gli utenti asintomatici e riduzione delle liste di attesa all'interno dei servizi diagnostici a cui accedono cittadini con sintomi che necessitano di risposte immediate ed esaustive.

L'impegno dei prossimi anni è quello di perseguire omogeneità del percorso, qualità dell'offerta e promozione della ricerca nel campo della prevenzione oncologica attraverso un processo di centralizzazione che permetta di cogliere, tra gli altri, i seguenti obiettivi specifici:

- l'applicazione di una metodologia standardizzata per la rilevazione delle criticità, dei bisogni e per la proposta di soluzioni migliorative,
- l'introduzione di tecnologie validate che permettano ampie economie di scala,
- il recupero e l'impiego dedicato di risorse,
- l'elaborazione, l'adozione e il monitoraggio di protocolli condivisi,
- la creazione di infrastrutture informatiche integrate,
- la valutazione epidemiologica attraverso l'utilizzo di strumenti sistematizzati e controllati per la rilevazione fra cui i registri tumori e il registro di mortalità,
- la governance delle pratiche spontanee di diagnosi precoce per il tumore della mammella, della cervice uterina e della prostata,
- il sostegno alla ricerca applicata, nell'ottica dell'Health Tecnhology Assessment (HTA), di nuovi programmi di screening (polmone, prostata),
- il passaggio senza soluzione di continuità tra percorso di screening oncologico e percorso di cura,
- la definizione e la strutturazione del percorso dell'alto rischio genetico.

Azioni

Benché molte delle macro-azioni necessarie per declinare gli obiettivi dati siano già contenute nel Piano regionale di prevenzione 2010-2012 è fondamentale sottolineare quelle che ne costituiscono l'asse portante ovvero:

- la centralizzazione della lettura dei test di screening per il tumore della cervice, della mammella (una lettura) e del colon-retto con predisposizione di una infrastruttura informatica comune atta a velocizzare le tempistiche e a garantire una sicurezza adeguata in termini di tracciabilità del dato e di rischio clinico;
- l'ampliamento alle fasce di età (45-49 anni e ≥70 anni) dello screening mammografico attraverso una analisi per attività con adeguata valutazione delle risorse umane e tecnologiche impiegate;
- il recupero delle popolazioni fragili (migranti) con accessi adeguati alle specifiche culturali di origine;
- l'introduzione del test HPV come test di screening primario con una analisi accurata delle attività per la valutazione dell'entità delle risorse risparmiate e recuperate all'interno dello screening citologico e dei costi relativi;
- la valutazione, elaborazione e adozione di protocolli di follow up in particolare per il tumore della cervice uterina e del colon-retto in una logica di appropriatezza e di non dispersione di risorse e senza sovrapposizioni;
- disponibilità di flusso screening regionale adeguato agli obiettivi;
- la regolamentazione e il contenimento dell'uso spontaneo del PSA come test di diagnosi precoce specie per quanto riguarda le fasce di popolazione anziana (> 70 anni),
- la prosecuzione e il sostegno dell'esperienza (studi ITALUNG e ERSPC) di valutazione di nuovi programmi di screening (Polmone , Prostata),
- l'avvio di uno studio randomizzato controllato per soggetti a rischio elevato di cancro polmonare (forti fumatori e ex esposti ad amianto) finalizzato alla definizione di linee guida, di criteri di screening selettivo e di follow up dei soggetti positivi.

Risorse

La standardizzazione del percorso permette il recupero e la riallocazione delle risorse attualmente esistenti in una logica di economia di scala con l'attivazione di interventi mirati per l'acquisizione di nuove risorse laddove necessario.

2.2.1.4. La cronicità: dalla patologia all'individuo

Contesto

Il problema di un diverso modo di affrontare e gestire il tema della cronicità, vera sfida del sistema sanitario e sociosanitario dei paesi occidentali, ha determinato la scelta di puntare su un modello fortemente innovativo dell'assistenza che potenzi il ruolo delle cure primarie, valorizzi la necessità del lavoro in equipe e assegni al cittadino, consapevole e informato, un ruolo attivo nell'alleanza terapeutica e preventiva propria dei servizi e professionisti sanitari.

Con deliberazione n. 716 del 3 agosto 2009 (PSR 2008-2010, punto 4.3.1. Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale), la Regione Toscana ha definito le modalità di attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale, indicata come obiettivo strategico dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010, sulla base del modello di riferimento indicato dallo stesso PSR, costituito dall'Expanded Chronic Care Model.

Ad oggi 1/3 dei cittadini toscani è iscritto presso un MMG che fa parte di uno dei 93 moduli multiprofessionali delle cure primarie attivati per la gestione dei pazienti con patologie croniche. I moduli lavorano attraverso la presa in carico di assistiti che presentano una o più diagnosi di malattia cronica. I pazienti sono seguiti e assistiti dai "Moduli" di cure primarie, costituiti da MMG, infermieri, OSS. Collaborano con i moduli gli specialisti di riferimento ed altre figure professionali, come dietisti e fisioterapisti. Ogni modulo è coordinato da un MMG. I medici di comunità delle aziende USL supportano i moduli dal punto di vista organizzativo.

I moduli assicurano i controlli, le visite programmate e l'attività di supporto al self management del paziente, nell'ambito dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali specifici per patologia pubblicati nel 2009 e successivamente aggiornati in ogni azienda USL. I moduli hanno avviato la loro attività nel 2010 sui PDTA del Diabete e Scompenso Cardiaco, estendendo poi la presa in carico anche sui PDTA relativi a BPCO e Ictus/TIA.

Il progetto è stato supportato e accompagnato da una intensa attività di formazione sia multiprofessionale che rivolta alle singole categorie di professionisti coinvolti.

I percorsi sui quali quindi è stata avviata la progettazione sono stati orientati, per motivi di fattibilità e di intesa con la medicina generale, sulle singole patologie; in questa prima fase di avvio infatti è stato valutato che la costruzione di un nuovo modello di presa in carico e di una realtà organizzativa completamente nuova fossero più opportunamente sviluppabili su percorsi mirati a singole patologie.

Questo approccio c.d. "a canne d'organo", proprio del livello specialistico, benchè necessario in una fase iniziale, può essere superato adesso che la fase di consolidamento dei moduli è ormai trascorsa, al fine di consentire una presa in carico integrale del paziente cronico e favorire la prevenzione e il riconoscimento precoce del rischio. La comorbosità e la multimorbosità sono infatti la regola e non l'eccezione soprattutto in una popolazione che invecchia e a fronte della unitarietà dei determinanti delle patologie croniche. La presenza di più patologie determina inoltre un effetto di rischio di complicanze, ospedalizzazione e costi che non è il risultato della semplice somma bensì di un incremento esponenziale. La concomitanza di patologie aumenta infatti la vulnerabilità e la fragilità sanitaria e sociale delle persone ed è con questa complessità che deve misurarsi il sistema delle cure primarie. Occorre saper costruire percorsi di identificazione precoce del rischio e di gestione diagnostico-terapeutica assistenziale che consentano la costruzione intorno alla persona di interventi di prevenzione e cura finalizzati a ridurre le conseguenze sulla salute, a limitare l'impatto delle malattie e la loro evoluzione verso un aggravamento o una disabilità. E' quindi giunto il momento di rivedere il nostro sistema di cure secondo una visione centrata sulla persona e non sulla patologia.

Sfida

Le malattie cardiovascolari sono la più importante causa di morte e cronicità nel mondo occidentale; sia una migliore gestione dei percorsi diagnostici terapeutici sia, soprattutto, una maggiore attenzione alle azioni di prevenzione e modifica, secondo metodologie strutturate di supporto al self management ed empowerment del cittadino, dei determinanti trasversali delle

malattie cardiovascolari (fumo, dieta, attività fisica, alcol ...), rappresentano l'ambito più indicato per spostare il focus dalla malattia all'individuo.
E' quindi adesso possibile superare l'approccio utilizzato in prima fase dal progetto della Sanità di Iniziativa del PSR 2008-2010, mettendo al centro del sistema di attenzione e cura delle Cure Primarie il "rischio cardiovascolare" (CV), in quanto vero tracciante della condizione di rischio di cronicità e driver naturale per il recupero di un forte ruolo delle prevenzione primaria e secondaria (evoluzione e complicanze anche a lungo termine).

Obiettivo
Con queste premesse, nell'ottica di una sanità d'iniziativa in continuità col PSR 2008-2010, è necessario introdurre e connotare le azioni procedendo ad un superamento dei PDTA per patologie specifiche e ad una suddivisione funzionale dei pazienti a rischio cardiovascolare in 3 diversi livelli di rischio. Occorre inoltre individuare il profilo di monitoraggio, di intervento terapeutico ed assistenziale (farmacologico, comportamentale, educativo), correlato agli indicatori di performance effettiva del medico e del team più complessivamente. I 3 livelli di rischio sono genericamente: 1) soggetti ad alto rischio CV: pazienti con almeno una malattia cardiovascolare manifesta; 2) soggetti non ad alto rischio, ma portatori di condizioni di rischio che necessitano di intervento/trattamento medico (es. ipertensione arteriosa, dislipidemie familiari); 3) soggetti a rischio per stile di vita
I team di cure primarie devono diventare un vero "hub" per un approccio di iniziativa e di coordinamento dei percorsi correlati ai diversi profili di rischio cardiovascolare e necessari ad assicurare un'assistenza centrata sulla persona e fortemente integrata, con l'obiettivo finale di migliorare l'efficienza del sistema, gli outcome di salute, la qualità delle cure e la soddisfazione dei cittadini.

Le strategie
Il sistema sanitario regionale conferma perciò i moduli della Sanità di Iniziativa come la formulazione organizzativa multiprofessionale di riferimento per lo sviluppo e l'evoluzione delle Cure Primarie, con l'intento di estendere la copertura a tutta la popolazione toscana e quindi coinvolgere tutti i MMG della Regione nel percorso di riconfigurazione delle modalità di erogazione delle cure e dell'assistenza a livello territoriale.
Particolare rilevanza assumerà, in vigenza di piano, la capacità di assicurare la messa a disposizione delle risorse infermieristiche e figure sanitarie non mediche necessarie a sostenere le attività dei moduli nonché a riorientare le prestazioni specialistiche mediche in attività di consulenza e supporto diretto nell'ambito dei team delle cure primarie anche attraverso l'erogazione di prestazioni progressivamente sempre più vicine ed integrate alle sedi dei moduli.
La teleassistenza - Con questa prospettiva sarà necessario garantire la possibilità di disporre di strumentazioni e attrezzature biomediche di primo livello presso le sedi delle cure primarie così da poter rendere semplificato il percorso di follow up dei cittadini presi in carico e assicurare al team multiprofessionale una dotazione minima per una diversa gestione dell'assistenza.
Il cittadino non dovrà più muoversi per prenotare, effettuare prestazioni e ritirare esami ma dovrà poter contare su una organizzazione che metta a disposizione un team multiprofessionale, sedi, ambulatori medici, attrezzature, strumenti di collegamento e informazione, adeguati a questa sfida; le Case della Salute rappresenteranno il modello di riferimento per lo sviluppo e la diffusione territoriale dei moduli della sanità di iniziativa.
L'integrazione con il livello specialistico - L'apporto della medicina specialistica nell'ambito dei PDTA dei moduli avverrà attraverso un coordinamento professionale unitario tra medicina specialistica ambulatoriale convenzionata e medicina specialistica della dipendenza. Il coordinamento dei percorsi da parte delle cure primarie, centrate sulla persona e sulla popolazione, è inoltre una risposta alle disuguaglianze che si nascondono nel sistema attuale: il rinvio ai livelli specialistici ha rappresentato un problema maggiore per la popolazione più socialmente svantaggiata che, concentrando la maggior parte della morbosità, viene più frequentemente riferita a specialisti diversi e subisce così maggiormente il rischio della scarsa integrazione tra professionisti, gli effetti avversi delle molteplici terapie e la spesa aggiuntiva dovuta al frequente ricorso a specialisti esterni al servizio sanitario regionale.

Il paziente esperto - I pazienti, cioè i cittadini che si trovino in condizioni di rischio riconosciuto o di malattia, devono diventare protagonisti del processo di cura, mantenimento della salute e prevenzione delle complicanze. A livello internazionale numerosi sistemi sanitari (inglese, danese, canadese per primi) hanno avviato durante gli anni 2000 programmi nazionali di supporto all'autogestione delle malattie croniche, programmi che costituiscono uno degli elementi del Chronic Care Model per i quali esiste maggiore evidenza di efficacia su outcome clinici e di benessere per il paziente. Il paziente è infatti partner attivo ed informato nella gestione della propria condizione di salute, all'interno della relazione di cura e presa in carico operata dai team multiprofessionali delle cure primarie. Questo si sta realizzando in Toscana nei moduli della sanità di iniziativa, per ora con modalità diversificate sul territorio, ma con lo stesso obiettivo: l'aumento della capacità di autogestione (self-management), ovvero della capacità di monitorare la propria condizione e di mettere in atto le risposte cognitive, comportamentali ed emotive necessarie a mantenere una soddisfacente qualità di vita".

Le azioni

- Revisionare il progetto regionale superando l'approccio per patologia con il coinvolgimento del Consiglio Sanitario Regionale, in collaborazione con la Commissione di monitoraggio sull'attuazione della sanità d'iniziativa, in accordo con la medicina generale
- Adeguare il sistema di valutazione delle perfomance dei moduli e del sistema incentivante correlato
- Consolidare le azioni di formazione multiprofessionale per i moduli, mirate all'acquisizione della metodologia di lavoro in team e degli strumenti di revisioni sistematica, clinica ed organizzativa, avvalendosi anche della professionalità dello psicologo a supporto del team, dei risultati
- Avviare un programma regionale per la standardizzazione del supporto al self-managent riferito alla diffusione dei programmi di formazione del "paziente esperto"
- Definire gli standard minimi organizzativi, funzionali e strumentali per la gestione dei percorsi per la cronicità nelle sedi delle cure primarie
- Estendere progressivamente a tutti i cittadini toscani la presa in carico da parte dei moduli della Sanità di Iniziativa
- Implementare campagne di comunicazione e informazione della popolazione sul tema della cronicità e degli stili di vita
- Sviluppare progressivamente obiettivi assistenziali e organizzativi aggiuntivi per i moduli, in linea con la nuova strutturazione delle cure primarie a livello territoriale
- Approvare un piano di sviluppo dell'attuale rete delle Case della Salute, individuando tale tipologia di presidio integrato come sede propria dei moduli e team delle cure primarie

2.2.1.5. Intervenire precocemente sulle dipendenze

Il diffondersi di condizioni di disagio sociale e di situazioni di emarginazione ha storicamente accompagnato lo sviluppo di molte grandi città e capoluoghi di provincia ed ha visto negli ultimi anni, anche nella nostra regione, acuirsi le situazioni di disuguaglianza sociale dovute in gran parte alla grave crisi economica e finanziaria, limitando di fatto il diritto alla salute a larghe fasce di popolazione.

Questa situazione, associata spesso alla scarsa percezione dei rischi connessi all'utilizzo delle sostanze illegali (droghe) e legali (alcol e tabacco) da parte dei consumatori, e l'aumento delle dipendenze senza sostanze (in particolare gioco d'azzardo patologico) rende necessario un nuovo impegno in iniziative di comunicazione e informazione capillari, ma differenziate e mirate a seconda dei luoghi e delle persone cui sono dirette (la scuola, i luoghi di lavoro, gli adulti di riferimento, la discoteca, i pub, i gruppi informali, la strada, i raduni musicali, etc.).

Occorre pertanto porre in essere azioni e politiche di comunità tese a:

- rendere più facili le scelte salutari;
- responsabilizzare i cittadini e le varie istituzioni verso un fenomeno spesso sottovalutato ma che investe strati sempre più vasti di popolazione, in particolare quella adolescenziale e giovanile;
- raggiungere la popolazione target prima che l'eventuale consumo di sostanze diventi problematico con conseguenze dannose per la salute.

Tali azioni devono necessariamente essere intersettoriali e devono coinvolgere, oltre ai servizi sanitari, socio sanitari e sociali, anche il mondo della scuola, i luoghi del divertimento e del tempo libero, i luoghi di lavoro, il mondo dello sport etc.

In questo processo di approccio "proattivo" e ricerca attiva il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta possono svolgere un ruolo fondamentale nella promozione di stili di vita sani e nell'individuazione precoce di persone con comportamenti ad alto rischio o già dannosi per la propria salute con supporto all'auto-cura e successivo invio ai servizi specialistici preposti, quando ritenuto necessario.
Occorre altresì che la rete territoriale dei servizi preposti, pubblici e del privato sociale, ricerchi nuove soluzioni, organizzative ed operative, per:

- attivare percorsi di prevenzione, in grado di prevenire ed intercettare il disagio giovanile e che vedano come protagonista privilegiato il mondo dell'adolescente e delle sue relazioni significative, finalizzati a mettere in campo competenze specifiche di ascolto e di osservazione, capacità comunicative e relazionali ma anche ad "attivare" conoscenze e competenze, secondo la metodologia delle "life skills", approfondire i meccanismi che regolano il funzionamento del cervello rispetto in particolare alle emozioni e sperimentare relazioni di appartenenza nei vari ambiti di vita (scuola, tempo libero, lavoro, famiglia, sport), indispensabili perché possa svilupparsi quella gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base necessaria ad una crescita equilibrata ed alla capacità di fare scelte consapevoli;
- garantire l'accesso immediato (senza soglie di ingresso) alle persone che richiedono aiuto;
- diversificare i luoghi di cura (e di ascolto) per quei consumatori di sostanze illegali che non accettano di essere presi in carico dai servizi preposti, prevedendo in particolare anche accessi diversificati per le persone con problemi di tabagismo, alcol e gioco d'azzardo patologico;
- collaborare con i medici "di fiducia" (sia MMG che specialisti esterni) garantendo continuità assistenziale, maggiore flessibilità in relazione agli impegni lavorativi e familiari e contribuendo alla "normalizzazione" dei percorsi di cura dei pazienti affetti da dipendenza da sostanze (eroina in particolare);
- creare le condizioni perché i soggetti in stato di bisogno e le loro famiglie attuino scelte responsabili per la tutela della propria salute e la prevenzione delle malattie;
- realizzare iniziative differenziate e mirate a seconda dei luoghi e delle persone cui sono dirette (la scuola, i luoghi di lavoro, gli adulti di riferimento, la discoteca, i pub, i gruppi informali, la strada, i raduni musicali, etc.) in quanto la scarsa percezione dei rischi connessi all'utilizzo delle sostanze da parte dei consumatori rende necessario un nuovo impegno in iniziative di comunicazione e informazione capillari,

La promozione e tutela della salute negli interventi di bassa soglia e riduzione del danno

E' prioritaria la necessità di intervenire con azioni specifiche rivolte a persone che vivono al di sotto dei limiti sociali e sanitari. Queste persone non rappresentano un gruppo omogeneo, sono diverse per origine, storie personali di vita e bisogni ma con una serie di fattori comuni quali la grave situazione di povertà, l'isolamento sociale e la rottura dei legami sociali e familiari. Si tratta di un mondo fatto di strati diversi, fatto di persone che, per svariati motivi, si trovano a vivere in situazioni di forte deprivazione: dipendenza (da sostanze stupefacenti, da alcol), problematiche sanitarie (HIV/AIDS), perdita del lavoro, mancanza di una dimora fissa e di mezzi di

sostentamento, una carcerazione, un progetto migratorio difficoltoso o fallito, disturbi psichiatrici, prostituzione e tratta, tutti fattori che sono, spesso, compresenti. L'approccio a questo universo di situazioni si presenta complesso e richiede lo sviluppo e consolidamento di metodologie d'intervento di carattere sociale e sanitario che vadano oltre i tabù ideologici di servizio, secondo una logica e una politica di accoglienza. Sono pertanto necessarie strategie di contrasto all'emarginazione attraverso misure che contemplino la ricerca sociale permanente, lo scambio e l'attivazione di buone pratiche per migliorare realmente le situazioni delle persone, accessi facilitati nei servizi sanitari e sociali ed in grado di contenere le derive marginali, una rete di servizi e progetti sul territorio ben collegata e coordinata, che connette le risposte ai bisogni primari con l'attenzione alla soggettività delle persone, che sia in grado di accogliere e sostenere sia domande emergenziali ed assistenziali che accompagnare le persone verso percorsi di autonomia possibile. E' per queste ragioni che la lotta alle dipendenze da sostanze e alcol ed alle forme più estreme di esclusione sociale rappresenta, per la Regione Toscana, un tema cruciale nell'azione di governo del sistema socio-sanitario. Da sempre la nostra Regione si è posta di fronte al fenomeno delle dipendenze, dei nuovi e diversi stili di consumo e dei conseguenti processi di marginalizzazione con un'ottica di ricerca e studio imprescindibili per affrontare fenomeni caratterizzati da un complesso intreccio di fattori: ambientali e individuali, sanitari, psicologici, sociali e culturali. Gli interventi di bassa soglia rispondono proprio a questa esigenza, poiché si basano sul presupposto di favorire al massimo l'accesso dell'utenza ai Servizi socio-sanitari pubblici e privati, attraverso azioni di prossimità, riduzione del danno, mediazione, pronto intervento sociale e sanitario nei luoghi caratterizzati da forte marginalità e ad alto rischio per la salute psico-fisica delle persone. Tali interventi, infatti, sono caratterizzati dalla rinuncia a porre rigide soglie di ingresso ai servizi offerti, sia dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, invio da altri servizi ecc.) sia dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obblighi di intervista, richiesta di motivazioni al contatto ecc.). Essi si rivolgono a persone che consumano sostanze ed alcol che non hanno contatti con i Servizi, che hanno interrotto le relazioni con le reti di socializzazione primarie e secondarie (famiglia, amici, gruppi di pari ecc.), con perdita transitoria dell'abitazione e delle risorse economiche, persone dedite alla prostituzione e soggette a sfruttamento e tratta, persone che hanno visto fallire il loro progetto migratorio, soggetti HIV positivi o in AIDS. Gli interventi di bassa soglia, inoltre, possono rivolgersi anche a consumatori in carico ai Servizi pubblici dedicati (SER.T.), ma che continuano a consumare sostanze da strada e alcol, a giovani consumatori che frequentano i luoghi del divertimento e dell'intrattenimento notturno (rave party, festival musicali, pub, disco-bar) e che non riconoscono i servizi socio-sanitari istituzionali come un punto di riferimento in grado di rispondere ai propri bisogni. L'attenzione della Regione Toscana verso l'approccio di bassa soglia è dimostrata, tra l'altro, dal *"Protocollo di intesa per interventi di prevenzione e riduzione del danno in favore di persone tossico/alcoldipendenti a forte marginalità sociale"* siglato insieme al C.T.C.A. (Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza) e le Società della Salute di Firenze, Pisa e Livorno, protocollo finalizzato a garantire maggiore stabilità e continuità agli interventi di bassa soglia e riduzione del danno storicamente operativi nelle province di Firenze, Pisa e Livorno. Proprio grazie a questi interventi, il sistema socio-sanitario toscano di contrasto alle dipendenze e alle marginalità sociali si è potuto evolvere negli anni nell'integrazione con il terzo settore, rendendo specifico e peculiare il proprio modello d'intervento, che ne fa uno dei più evoluti nel panorama nazionale. Gli interventi di bassa soglia rappresentano, quindi, una parte significativa delle politiche di Salute Pubblica e, in senso più ampio, delle politiche socio sanitarie e sociali.Occorre quindi dare un forte impulso programmatico regionale e locale a tali interventi, traducendo progettualità ormai "storiche" quali i Centri fissi a bassa soglia (Drop in), le Unità mobili in contesti di marginalità estrema, le Unità mobili/postazioni attrezzate nei grandi eventi di aggregazione giovanile (rave party, festival musicali) e nei contesti più routinari del divertimento (disco-bar, pub) - attive da oltre un decennio sui territori interessati - in azioni e programmi stabili, in quanto di comprovata efficacia nella riduzione del danno e nella prevenzione dell'uso e abuso di sostanze stupefacenti e di alcol in fasce di popolazione la cui salute ed inclusione sociale sono fortemente a rischio. La Giunta regionale è pertanto impegnata, con la collaborazione degli Enti interessati (SdS, Aziende USL, Dipartimenti delle Dipendenze, Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza – sezione Toscana, Enti Ausiliari aderenti al CEART e da anni impegnati in tali attività, quale il CEIS di Firenze) a stabilizzare gli interventi attivi

nei territori di Firenze, Pisa e Livorno e a definire linee di indirizzo e standard organizzativi ed assistenziali appropriati, unitamente alla loro valorizzazione economica, per l'estensione degli stessi sull'intero territorio regionale, secondo i contributi tecnici che emergeranno dal tavolo regionale sulle tossicodipendenze ad alta marginalità attivato dal Protocollo di cui sopra.

2.2.1.6. Riconoscere il disagio per prevenire la malattia mentale

Contesto

Studi su dati a livello europeo[21] stimano che circa il 27% dei cittadini degli stati membri sperimentino, in un anno, almeno una forma di disagio mentale; i disturbi comportamentali sono in aumento soprattutto in infanzia ed adolescenza così come sono in aumento i disturbi psichici in età geriatrica, preoccupante è l'incidenza del suicidio fra le cause di morte. E' in crescita il bisogno da parte di soggetti che presentano sintomi di disturbi emotivi comuni (ansia,depressione, sindromi subcliniche); secondo l'0MS questi disturbi causano il più alto tasso di disabilità misurata in DALY's, la sola depressione rappresenterà dal 2020 una delle cause maggiori di disabilità. In Italia lo studio ESEMED-WMH[22]1 ha mostrato che il 7,2% dei maschi ed il 14,9% delle femmine (totale 11,2%) hanno sofferto, in qualche momento della propria vita, di un disturbo affettivo.
Le situazioni di disagio psicosociale contribuiscono all'insorgenza della malattia mentale.

I minori in situazione di disagio psicosociale necessitano, più di altri, di una risposta che garantisca forte integrazione tra i servizi sanitari, sociali e istituzioni scolastiche ed educative. Le problematicità dei minori a rischio, spesso non vengono riconosciute precocemente né gestite in maniera integrata, a causa delle difficoltà di coordinamento tra i soggetti sanitari, sociali e scolastici che, a vario titolo, si occupano di essi. Occorre intercettare precocemente le difficoltà dei minori anche attraverso l'individuazione e il "monitoraggio" delle famiglie multiproblematiche e la promozione di interventi integrati come previsto al punto 2.2.3.2 del presente Piano.

E' necessario inoltre porre particolare attenzione alle fasi di vita in cui si verifica un passaggio che impone al soggetto una ridefinizione del proprio ruolo e responsabilità.

Per i giovani il passaggio dalla scuola dell'obbligo all'università o al lavoro rappresenta un momento di cambiamento che può determinare una sofferenza psichica. Anche la genitorialità rappresenta una sfida per il soggetto, nello specifico per la donna la gravidanza costituisce una fase critica della vita, ricca di innumerevoli potenzialità evolutive ma allo stesso tempo aperta a rischi che non vanno sottovalutati, è importante che venga posta attenzione alle situazioni di difficoltà psichica e socio-economica (madri single) per evitare che i servizi si occupino solo degli scompensi psichici ormai clinicamente manifesti e con gravi conseguenze. Si richiama a tal proposito quanto previsto al punto 2.1.6.2 "Sostegno alla famiglia e alla genitorialità e la rete dei consultori" del presente Piano.

Altri eventi quali la disoccupazione e la precarietà possono rendere il soggetto più vulnerabile e sottoposto a condizioni di disagio psichico; le condizioni socio-economiche rappresentano infatti determinanti fondamentali della salute. La relazione tra disagio socio-economico e problemi mentali è biunivoca; molti studi a livello internazionale hanno confermato l'esistenza di una associazione tra classi sociali svantaggiate e maggiore prevalenza dei disturbi psichiatrici trattati nei servizi specialistici. Di recente lo studio PASSI ha rilevato, per quanto riguarda la depressione, sintomi più frequenti in alcune categorie di soggetti tra cui coloro che hanno una bassa istruzione, che non lavorano regolarmente e che hanno grosse difficoltà economiche.

---

[21] Green Paper of Mental Health, European Commission 2005, "Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental helath for the European Union"

[22] De Girolamo et al. La prevalenza dei disturbi mentali in italia.: il progetto ESEMED-WMH: una sintesi

Gli anziani sono potenzialmente esposti a fattori di rischio per la salute psichica; l'isolamento, la solitudine e la scarsa attività, spesso uniti a problemi fisici possono determinare condizioni di sofferenza psichica rilevante. Inoltre gli anziani possono soffrire di sintomi psichici derivanti da patologie quali quelle neurodegenerative. In Toscana gli anziani sono i più alti consumatori di farmaci antidepressivi, l'analisi PASSI ha altresì sottolineato che i sintomi della depressione risultano più frequenti in alcune categorie tra cui gli anziani e i soggetti con patologie croniche.

La condizione di migrante e in particolar modo quella di rifugiato, espongono il soggetto ad alcuni fattori stressogeni legati a: lingua, regole sociali nuove, possibile perdita di status sociale, separazioni, scarso supporto sociale e solitudine, basso livello socio-economico, distanza culturale dal paese d'arrivo, conflitti identitari, difficoltà di inclusione sociale, emarginazione e discriminazione. Questi fattori rendono il soggetto migrante maggiormente vulnerabile per lo sviluppo di disagi psichici e forme di disturbo mentale, così come l'aver vissuto esperienze traumatiche estreme pre-migratorie, migratorie e post-migratorie.
Anche i figli di immigrati, sebbene nati in Italia, possono presentare alcune specificità e fattori di rischio per la salute mentale relativi alla doppia appartenenza culturale, alla distanza sociale, alla discriminazione e al basso livello socio-economico.

Sfida
Diventa indispensabile trovare nuovi approcci, più proattivi degli attuali, capaci di intercettare il bisogno e di riorganizzare i servizi in modo adeguato alla domanda

Obiettivi
- Intercettare il disagio psichico tramite interventi proattivi e precoci con particolare attenzione ai minori, alle famiglie multiproblematiche, agli immigrati e ai soggetti che attraversano particolari fasi di vita.
- garantire il riconoscimento precoce, la diagnosi e il trattamento tempestivo ed efficace di disturbi comuni come la depressione e l'ansia,
- individuare precocemente i disturbi psicotici e neuropsichici,
- promuovere la partecipazione attiva degli utenti e dei loro familiari alla programmazione e valutazione dei servizi attraverso loro rappresentanze.

Strategie
- estensione della cultura della prevenzione a tutta la rete dei servizi di salute mentale in modo da riorientare i servizi alla presenza articolata nella comunità, nei luoghi abituali di vita e di lavoro, alla collaborazione con i Medici delle cure primarie (Medici di medicina generale e i Peditari di di famiglia) e all'intervento precoce e proattivo;
- sviluppare linee di indirizzo per il riconoscimento precoce e la gestione integrata tra medicina generale e DSM della depressione e dei disturbi d'ansia e per il riconoscimento precoce dell'esordio psicotico;
- favorire la disseminazione di conoscenze sui sintomi prodromici nelle Unità Funzionali Salute mentale infanzia adolescenza, Salute mentale adulti, fra i PLS, i MMG, nei Consultori;
- favorire la creazioni di centri di ascolto con l'obiettivo primario di fornire supporto psico-sociale a quelle persone che incontrano notevoli difficoltà di accesso o reinserimento nel mondo del lavoro, puntando sulla socialità, l'affettività, la costruzione di reti;
- potenziare e monitorare i programmi di screening per la valutazione dello sviluppo della comunicazione e della relazione in età pediatrica;
- favorire un percorso di promozione di "salute mentale di comunità", nella quale i servizi pubblici (A.USL e Comune), privati (Terzo Settore), Associazioni di migranti e altre associazioni di volontariato, rafforzano le proprie competenze e partecipano attivamente per accogliere le situazioni di disagio psicologico.

Prendersi cura degli adolescenti con disturbi psichici

Studi clinici sull'adolescenza pongono l'accento sulla prospettiva evolutiva di questa fase della vita e la definiscono anche come un'età critica in cui possono emergere aspetti di disagio psicologico, disturbo psicopatologico e di disadattamento sociale.

Nell'età giovanile si organizzano importanti processi evolutivi che acquisteranno, in seguito, la forma definitiva**.**
Diversi studi dimostrano che oggi l'uso di sostanze d'abuso tra i giovani è il più forte fattore di rischio per sviluppare disturbi mentali di diversa gravità e durata, inclusi disturbi gravi e persistenti.
I giovani che soffrono di disturbi mentali comuni o gravi sono inoltre maggiormente vulnerabili rispetto allo sviluppo di una dipendenza da sostanze.
E' quindi fondamentale riconoscere ed accogliere le problematiche adolescenziali.
A tale scopo è importante costruire un percorso educativo socio sanitario, che metta in grado i vari contesti di condividere il riconoscimento precoce e l'accompagnamento verso i servizi, a seconda dei bisogni e del grado di disagio presentato, all'interno di una rete tra scuola, servizi socio-sanitari e famiglie.

Sfida
Frammentazione dell'offerta e assenza di un reale coordinamento fra i Servizi sanitari e tra questi e quelli sociali che comportano la perdita dell'elaborazione complessiva degli interventi, atteggiamenti di delega da un settore all'altro ed un divario fra le metodologie d'intervento.

Azioni:
- Elaborazione di linee guida con identificazione di funzioni e ruoli dei servizi sanitari, sociali, educativi e di giustizia minorile, e modalità di raccordo tra gli stessi, per l'individuazione precoce del disagio/disturbo,
- definizione di percorsi assistenziali integrati per l'accoglienza e la cura (gestione emergenza/urgenza in adolescenza, percorso disagio psicosociale, percorso continuità terapeutica nel passaggio dalla minore alla maggiore età; percorso abuso all'infanzia ed adolescenza),
- identificazione dei trattamenti e strumenti di intervento scientificamente validati.

Il Centro di Ascolto Regionale per il "progetto Montagna in Salute"
Il progetto "Montagna in Salute" è un progetto sperimentale che si colloca nell'ambito di un programma di prevenzione del disagio sociale, con particolare attenzione al fenomeno del suicidio.
E' attivo ufficialmente da luglio 2009 a seguito della firma del protocollo d'intesa tra UNCEM Toscana, Regione Toscana, e le SdS del Casentino, Colline Metallifere e Amiata Grossetana (Delibera *N*.59 *del* 07-02-2011).
I comportamenti suicidari rappresentano un problema significativo di salute pubblica dei paesi sviluppati. Nonostante attualmente in Toscana si osservi una diminuzione del tasso di suicidio, passando da un tasso di mortalità per questa causa, negli ultimi 10aa da 9 su 100.000 abitanti nel 1998 (314 suicidi) all' 6,8 nel 2008 (263 suicidi), nelle aree montane della Regione si evidenzia comunque un tasso maggiore del fenomeno rispetto alle altre zone, quali ad es. zona socio-sanitaria Amiata Grossetana (17,5 su 100.000 abitanti), zona socio-sanitaria Colline Metallifere (12,4 su 100.000 abitanti), zona socio-sanitaria del Casentino (7,5 su 100.000 abitanti).
Il progetto si focalizza sui principali fattori di rischio presenti nelle aree montane (isolamento sociale, alcol, violenze su donne e minori), allo scopo di programmare azioni di intervento, per ridurre le criticità del fenomeno e contribuire al miglioramento della qualità della vita dei cittadini dei comuni montani.
E' recente l'attivazione di un Numero Verde, attraverso il Centro di Ascolto Regionale, rivolto in questa prima fase sperimentale ai cittadini delle tre SdS montane.
L'attività telefonica è gestita da operatori telefonici con competenze di counseling e psicologi con funzioni di consulenza e supporto psicologico, che lavorano in rete con gli operatori dei servizi

sociosanitari dei territori coinvolti; l'obiettivo principale è aiutare il cittadino ad accedere ai servizi sociosanitari per inserirsi nel percorso adeguato. Tale attività permetterà inoltre la rilevazione di dati che contribuiranno all'analisi del fenomeno del disagio e della fruibilità dell'accesso ai Servizi sociosanitari nelle aree montane.
La sperimentazione intende mettere a punto un modello di accoglienza e di assistenza da applicare progressivamente alle altre SdS montane.

Percorsi integrati tra servizi di salute mentale e le cure primarie
Al fine di garantire il riconoscimento precoce dei disturbi mentali, un'efficace presa in carico e quindi un più appropriato uso dei farmaci antidepressivi è necessario prevedere adeguate modalità di integrazione stabile e continuativa tra i Dipartimenti di Salute Mentale, la medicina generale ed i pediatri di libera scelta. In particolare si vuole favorire la diagnosi e il trattamento tempestivo ed efficace dei disturbi così detti comuni, come la depressione e l'ansia. Questi disturbi hanno un'alta prevalenza nella popolazione mentre l'offerta per il loro trattamento non risulta sempre appropriata. Si intende inoltre favorire il riconoscimento ed il trattamento precoce dei disturbi psicotici e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici in età evolutiva con particolare attenzione allo spettro autistico.
Forme di collaborazione attiva nelle cure primarie possono inoltre consentire di affrontare con maggiore appropriatezza le problematiche degli anziani affetti da disturbi cognitivi.

Azioni
- Definire e attuare linee di indirizzo per la gestione integrata tra medicina generale e DSM della depressione e dei disturbi d'ansia, per il riconoscimento precoce dell'esordio psicotico e la gestione appropriata delle terapie farmacologiche;
- avviare la sperimentazione di interventi graduali (stepped care) integrati per il trattamento della depressione e dei disturbi d'ansia prevedendo diversi livelli di trattamento in relazione alla gravità della sintomatologia, e monitorare l'andamento clinico del paziente ed i risultati;
- favorire l'integrazione dei percorsi di trattamento anche attraverso l'attivazione di psicoterapia di gruppo e psicoterapia breve sulle quali sussistono, in base alla letteratura scientifica (Evidence based Therapies), prove di indiscutibile efficacia;
- favorire la collaborazione tra DSM e MMG per garantire l'accesso a percorsi diagnostici e terapeutici appropriati per tutte le patologie somatiche.

2.2.1.7. Intervenire sulla fragilità dell'anziano per evitare la non autosufficienza

Contesto
Per fragilità si intende uno stato di aumentata vulnerabilità ad agenti esterni ed interni con conseguente riduzione della riserva fisiologica o addirittura scompenso di multipli sistemi fisiologici.
La fragilità è la conseguenza dell'effetto di decrementi fisiologici dovuti all'invecchiamento che si sommano con gli effetti, spesso subclinici, di patologie acute o croniche interessanti differenti organi o sistemi fisiologici. La fragilità conduce ad uno stato di elevata vulnerabilità ad eventi che modificano negativamente lo stato di salute con conseguente disabilità, dipendenza, cadute, istituzionalizzazione e morte. Da un punto di vista operativo è riconoscibile attraverso la presenza nell'anziano di almeno tre delle seguenti caratteristiche: 1) perdita di peso; 2) facile affaticabilità; 3) riduzione della forza muscolare; 4) ridotta attività fisica; 5) riduzione della velocità del cammino.
La fragilità è diversa da multi morbosità cronico–degenerativa, che ne rappresenta una condizione predisponente, e da disabilità, che ne può rappresentare un esito. La sua natura è essenzialmente biologica ma al suo evolvere verso la disabilità contribuiscono in modo rilevante anche fattori di natura psicologica e sociale.

La prevalenza di fragilità è stimata nella popolazione ultra65enne Toscana intorno al 9% (studio InChianti). La prevalenza aumenta rapidamente con l'età ed è maggiore nel sesso femminile.
Convincenti evidenze scientifiche pubblicate indicano che la fragilità non è una condizione immodificabile ma spesso reversibile tramite opportuni interventi multidimensionali. Risulta inoltre provata l'efficacia degli interventi finalizzati a promuovere l'attività fisica. La Regione Toscana ha ormai da tempo consolidate politiche di intervento a sostegno della popolazione anziana fragile supportate da un cospicuo quadro normativo di riferimento.
La legge regionale 24 febbraio 2005 n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" all' art. 54 sancisce la necessità, da parte della Regione Toscana, di promuovere interventi di politica sociale, finalizzati alla salvaguardia della salute e dell'integrità psicofisica delle persone anziane.
Il Piano Sanitario Regionale 2008/2010 al punto 5.6.2.4 prevedeva "interventi a favore degli anziani a rischio (fragili)" ed al punto 6.2 l' "Attivazione di interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana" con la finalità di migliorare la qualità di vita attraverso una rete di sorveglianza attiva sul territorio e con l'obiettivo specifico di difendere l'anziano dalle emergenze climatiche.
Il Piano Integrato Sociale Regionale 2007/2010 ugualmente si era posto, tra gli obiettivi prioritari nel triennio, la promozione della salute degli anziani, sul presupposto che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione ampliasse la domanda proveniente dal sociale e richiedesse l'assunzione di politiche integrate che assicurassero il miglioramento complessivo della qualità della vita per la persona anziana.
Già a partire dal 2006, il servizio della "Sorveglianza attiva" è esteso per tutto l'arco dell'anno ed in tutte le Zone-Distretto del territorio toscano garantendo la presa in carico della persona anziana fragile, con modalità ed interventi calibrati e progettati localmente. Nel 2010 sono stati più di 440.000 gli anziani inseriti in sorveglianza attiva.
L' organizzazione del servizio di sorveglianza attiva, si rivolge prevalentemente alle seguenti tipologie di persone:
- Maschi/femmine, > 75 anni anche se non si esclude la possibilità di poter prendere in considerazione persone anziane a partire dai 65 anni;
- Persone che vivono sole o anche in coppia con il coniuge (o con un congiunto anziano o con handicap);
- Persone prive di sostegno familiare e solidale (rete amicale, volontariato, ecc.);
- Persone segnalate per problemi di salute;
- Persone fragili.

L'identificazione, a cura dei servizi distrettuali, viene attivata in collaborazione con i servizi socio sanitari territoriali e con i medici di medicina generale.

Nel corso del 2011 è stata recepita, con parere del Consiglio Sanitario Regionale 18/2011, una definizione operativa di fragilità e sono in corso di definizione linee guida per l'accertamento e la prevenzione della fragilità con l'identificazione dei servizi di bassa soglia ed i relativi standard.
L'impegno è di attuare, ai vari livelli, interventi per il riconoscimento della fragilità e per il contenimento delle sue conseguenze, identificando procedure e strumenti per l'identificazione precoce dell'anziano fragile sul territorio, promuovendone la gestione assistenziale a livello territoriale da parte del MMG nell'ambito della sanità d'iniziativa con la collaborazione, quando necessaria, della conoscenza professionale della Geriatria di riferimento anche nella continuità del percorso T-H-T.

Obiettivo generale è quella di incentivare interventi che vadano nel senso della permanenza negli ambienti familiari, di modelli innovativi di domiciliarità e convivenza che consentano di sostenere la perdita progressiva o traumatica di ambiti di autonomia ed anche l'incidenza delle disabilità correlate all'età.
Particolare rilevanza assumono per questo le esperienze rilevate in alcuni territori della Regione Toscana rivolte a consolidare soluzioni abitative per anziani a rischio, per prevenirne l'istituzionalizzazione, favorire il mantenimento della condizione di libertà personale, i legami familiari e solidaristici e la qualità della vita quotidiana.

Per questo motivo Regione Toscana ha sostenuto l'avvio e consolidamento del Centro Sociale Residenziale di Lastra a Signa, un innovativo modello residenziale in cui miniappartamenti ospitano anziani ultrasessantacinquenni autosufficienti in condizioni di particolare fragilità economica, sociale e familiare. Il Centro è strutturato in miniappartamenti, assegnati sulla base di bandi comunali ed inserito all'interno di una struttura più ampia dove trovano sede uffici per servizi alla persona, biblioteca, asilo nido, scuola materna e una mensa. E' prevista la possibilità per i residenti di usufruire di assistenza domestica in caso di necessità.
Il Centro rappresenta una peculiarità territoriale da valorizzare e prendere come riferimento per la diffusione di modelli similari in altri contesti territoriali in quanto realizza l'idea della comunità aperta, solidale e a misura di persona. I fattori che rendono il Centro Sociale unico nel suo genere sono:

- Promozione e garanzia di libertà personale ed autonomia.
- Costi contenuti, permettendo la conduzione di una vita dignitosa.
- Elevati livelli di socializzazione e creazione di reti di solidarietà sia all'interno del centro che verso la collettività esterna.
- Assenza di barriere architettonica.
- Ottima accessibilità ai servizi ed alla infrastrutture esterne.

La prospettiva è che il Centro Sociale possa assumere anche la connotazione di un centro di studio, di ricerca e di formazione nell'ambito della qualità della vita degli anziani, rappresentando un modello di riferimento e fornendo indicazioni provenienti da un'esperienza concreta sviluppata in Toscana per praticare soluzioni assistenziali differenti, meno costose e socialmente più gradite agli anziani.

Sfide

Uno dei migliori aspetti della società contemporanea è che è riuscita ad aggiungere molti anni alla vita. Diviene ora prioritario porre attenzione a tutti quegli interventi che possono contribuire ad aumentare l'aspettativa di vita sana, con ricadute positive sulla qualità della vita degli anziani e di chi li circonda, ma anche sui costi della cura e dell'assistenza.
La prevenzione primaria, che mira a modificare gli stili di vita a rischio nella popolazione generale, rappresenta l'intervento più efficace anche per la prevenzione delle condizioni disabilitanti, siano queste malattie croniche, che aumentano il rischio di disabilità "progressiva", o eventi acuti, che possono determinare la comparsa di disabilità "catastrofica". D'altra parte, non sono da sottovalutare le potenzialità della prevenzione secondaria della disabilità, rivolta ad anziani già identificati come "fragili".

Obiettivi

- Promuovere le azioni di identificazione e valutazione degli anziani fragili a tutti i livelli del sistema socio-sanitario e le azioni di promozione della salute, di cura e di aiuto mirate alla prevenzione della disabilità in questo gruppo ad alto rischio,
- Avviare o consolidare azioni di prevenzione della fragilità anche sulla base dei pareri espressi dal CSR, sostenere interventi di sostegno degli anziani fragili attraverso una capillare e continua rete di servizi a domicilio anche in sinergia con il volontariato locale,
- promuovere la diffusione delle esperienze di residenzialità sociale solidale integrata nella comunità locale (condomini solidali) anche con il coinvolgimento organico del terzo settore.

Strategie

- Identificazione proattiva degli anziani fragili a tutti i livelli del sistema socio-sanitario

Identificare e valutare gli anziani fragili in modo proattivo con programmi di screening e di valutazione multidimensionale dei positivi è di fondamentale importanza per il raggiungimento dell'obiettivo. Per l'identificazione saranno utilizzate le occasioni di contatto tra gli anziani e i servizi sanitari e sociali (medicina generale, moduli della sanità d'iniziativa, Punti Insieme, ospedale, ecc.).
La sinergia delle diverse modalità ed occasioni di intercettazione dell'anziano fragile sarà possibile utilizzando come comune definizione operativa quanto proposto dal CSR con parere 18/2011. Le

informazioni raccolte sono condivise con opportuni strumenti informatici tra tutti gli operatori del Servizio Sanitario.

o Valutazione e trattamento

I protocolli di valutazione e trattamento devono essere omogenei e condivisi a livello regionale tra tutti gli operatori sulla base di linee guida.Date le dimensioni epidemiologiche del problema gli interventi saranno centrati sulle Cure Primarie, Medicina Generale, attività distrettuali e con il sostegno della medicina specialistica.

o La Sanità d'Iniziativa

La multi morbosità cronico – degenerativa rappresenta una condizione che favorisce lo scivolamento dell'anziano fragile verso la disabilità. È particolarmente importante che le condizioni croniche nell'anziano fragile siano gestite in modo appropriato e proattivo prevedendo percorsi diagnostico-terapeutici più intensivi. Perciò è necessario che la condizione di fragilità, comunque accertata, sia nota ai team multi-professionali dei moduli della sanità d'iniziativa. Nel contesto del progetto sulla sanità d'iniziativa, saranno dunque sperimentate modalità di identificazione della fragilità e di follow-up, anche attraverso la diffusione di esperienze dell'infermiere di famiglia o di comunità.

o Contrasto alla sedentarietà e prevenzione delle cadute

Tra le azioni di promozione della salute finalizzate alla prevenzione della disabilità nell'anziano fragile, vengono identificate come prioritarie le seguenti. La promozione dell'attività fisica negli anziani fragili con interventi finalizzati sia ad aumentare l'offerta di programmi AFA specificatamente adattati agli anziani fragili sia alla capillare promozione nella popolazione target.
E' inoltre non differibile la definizione ed implementazione di programmi di intervento multidimensionale per la prevenzione delle cadute.

o Prevenzione della disabilità in Ospedale – Codice Argento

L'accesso al DEA e l'ospedalizzazione possono rappresentare un elemento di destabilizzazione dell'anziano fragile, dalle conseguenze drammatiche (disabilità, istituzionalizzazione e morte). Si rende pertanto necessario identificare il paziente fragile in Pronto Soccorso anche su semplici dati amministrativi.
Individuare i soggetti a più alto rischio in fase di DEA, consente un significativo vantaggio prognostico sia nella fascia acuta di gestione/cura ospedaliera che di continuità.
I risultati ottenuti dalla sperimentazione Codice Argento per la prima volta confermano nel nostro Paese quanto già noto da studi condotti all'estero sullo specifico vantaggio del modello geriatrico nel paziente anziano "fragile" (o comunque problematico) ospedalizzato.
Queste indicazioni, derivanti dalla letteratura scientifica internazionale e da documenti ufficiali del Ministero della Salute, dovranno essere recepite, con le opportune articolazioni operative, dalle Aziende Sanitarie della Regione Toscana, allo scopo di garantire un percorso di cura ospedaliera e protocolli di continuità tra ospedale e territorio per il paziente anziano fragile, garantiti dalla presenza della struttura organizzativa professionale di Geriatria.

o Promozione delle azioni di aiuto – il contributo del volontariato

Il circolo vizioso della fragilità può essere accelerato in presenza di deprivazione socio-economica. L'anziano fragile che vive solo e con poche risorse può, per esempio, avere difficoltà a fare la spesa ed a prepararsi pasti adeguati con conseguente riduzione dell'introito nutrizionale. Interventi assistenziali di prossimità, con il coinvolgimento del volontariato, possono in questi casi ridurre il rischio di scivolamento verso la disabilità. Azioni di questo tipo saranno dunque promosse incoraggiandone l'inclusione nei PIS predisposti dalla SdS.

o L'attuazione di azioni di "Sorveglianza attiva della persona anziana fragile", al fine di attivare adeguati interventi, preventivi ed assistenziali, per prevenire gravi danni alla salute delle categorie più esposte ed, in particolare, delle persone anziane, impone interventi integrati socio-sanitari

attraverso l'integrazione tra i servizi territoriali sanitari, sociosanitari e socio assistenziali, la diffusione di esperienze di condomini solidali, il rafforzamento delle reti locali del Terzo settore, mediante la messa a disposizione di strutture e dirisorse aggiuntive, rese disponibili dai Comuni, dalle Società della Salute, dagli altri Enti locali e dalla Regione.

o Sviluppare la collaborazione tra Regione Toscana e Organizzazioni Sindacali dei Pensionati della Toscana (SPI - SGIL, FNP - CISL, UILP – UIL) e le Confederazioni regionali CGIL, CISL, UIL come da protocollo d'Intesa ex D.G.R.T. n. 526/ 2011, per la promozione e la divulgazione agli anziani toscani dell'informazione e delle buone prassi individuate, sostenendo le azioni necessarie a supportare l'invecchiamento attivo della popolazione e a prevenire la non autosufficienza e la fragilità.

2.2.1.8. L'attività fisica adattata

Il Piano nazionale della prevenzione (2010-2012) ha valorizzato il ruolo dell'attività fisica nel promuovere non solo il benessere nelle persone sane, ma anche l'azione fondamentale di contrasto nel determinismo della cronicità e della disabilità, preso atto che l'invecchiamento della popolazione si associa ad un forte aumento di prevalenza di malattie croniche (MC). Per contrastare questo fenomeno la Regione Toscana ha adottato una strategia di sanità di iniziativa basata su un Expanded Chronic Care Model che coniuga gli aspetti di cura con azioni finalizzate alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle MC, numerose delle quali, che sono causa di disabilità e mortalità prematura, possono essere prevenute attraverso l'adozione di comportamenti e stili di vita sani dove l'attività fisica viene riconosciuta come un fattore determinante, quando esercitata in modo regolare e continuato nel tempo e seguendo adeguati programmi. Prendendo spunto da questa evidenza, la Regione opera per favorire l'accesso dei suoi cittadini all'attività motoria, sostenendo l'organizzazione di un sistema in grado di promuovere, indirizzare e accogliere le persone nelle strutture della comunità con vocazione ludico-sportiva rimuovendo gli ostacoli psicologici e pratici che possono ostacolare una fruizione strutturata di pratica motoria. In questo contesto fin dal 2005 sono attivi programmi di Attività Fisica Adattata (AFA) che, pur non essendo attività sanitaria, né riabilitativa, si caratterizza come strategia di contrasto della disabilità derivante dalle MC; infatti l'AFA, che si configura sostanzialmente come attività motoria di gruppo, è un intervento di promozione di stili di vita per la salute per cittadini con disabilità cronica e per anziani fragili, per i quali l'offerta da parte di erogatori tradizionali era praticamente assente. Il successo dei primi anni di sperimentazione ha consentito di definire in modo più chiaro le finalità ed i requisiti funzionali dell'AFA (delibera G.R. 459/2009 - tipologia dei programmi AFA - per alta e bassa disabilità -, ruolo delle aziende Usl e SdS, modalità di accesso, coordinamento, erogatori, sedi di erogazione, istruttori, costi, programma di esercizio, formazione, controllo di qualità, ruolo della Regione e debito informativo verso la Regione). L'esperienza regionale indica che è efficace e sicura, oltre che economicamente sostenibile per erogatori e cittadini. Per avere successo deve essere culturalmente accettata da sanitari e cittadini. I programmi AFA sono stati sviluppati in tutte le aziende Usl utilizzando, attraverso il coinvolgimento diretto delle SdS, sinergie con professioni ed associazioni vocate alla promozione della salute ed alla attività sportiva presenti nel territorio. L'obiettivo di salute perseguito, il valore sociale e di comunità del processo organizzativo necessario alla implementazione delle attività di AFA assegnano alle SdS un ruolo istituzionale primario sia nella programmazione sia nel coordinamento dei progetti territoriali per la diffusione delle iniziative di attività fisica, tra le quali anche l'AFA. La sperimentazione e lo sviluppo di specifici programmi e modelli gestionali AFA, anche per particolari patologie, l'aumento del numero dei corsi AFA sia a per alta che per bassa disabilità, l'inserimento dell'AFA nei percorsi di sanità di iniziativa ed il coinvolgimento dei professionisti sanitari per la sua promozione, costituiscono gli obiettivi da perseguire a livello regionale e territoriale.

2.2.2. L'accesso ai servizi della popolazione immigrata

Contesto

Il rapporto tra i migranti ed il sistema salute, inteso come possibilità di accesso e di fruizione dei servizi sanitari, è una tipica questione di "equità verticale" ed un fattore determinante nel percorso di "redistribuzione" del "bene salute".

Tra i fattori di rischio per la salute dei migranti individuati dai dati di letteratura, vi è innanzi tutto la difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Il PSR 2008/2010, anticipando la normativa nazionale, aveva già sottolineato come dovesse essere comunque previsto "il diritto all'assistenza dei cittadini extracomunitari non residenti con o senza permesso di soggiorno". Tuttavia ciò non è stato sufficiente a garantire il pieno accesso e si sono evidenziate persistenti difficoltà derivanti dalla carenza di "informazione, di educazione alla salute, di integrazione e messa in rete delle offerte, intesa come relazione e scambio tra servizi ed utente".

Sulla base di tale impostazione la Regione Toscana ha inteso superare una impostazione emergenziale nell'erogazione dei servizi, per costruire servizi che, pur garantendo l'emergenza e la prima accoglienza, tengano conto delle differenti identità della nuova domanda di salute declinando, tra gli obiettivi, anche quello di "sviluppare il raccordo con le strutture di volontariato, del privato sociale e con tutti gli enti" ciò teso alla realizzazione dell'integrazione delle politiche verso gli immigrati.

In sintesi la presenza degli stranieri sul territorio e nei servizi socio sanitari ha comportato e comporterà la necessità di far fronte ai cambiamenti di domanda in un' ottica di prevenzione e promozione della salute ed, al contempo, di ri-orientare i servizi affinché siano in grado di prendere in carico una pluralità di cittadini con differenti background etnici e culturali, che parlano lingue diverse, garantendo a tutti equità di accesso.

In tale contesto l'analisi dell'offerta dei servizi sanitari nel territorio toscano ha fatto emergere una forte disomogeneità e varietà di approcci caratterizzata, però, da un lato, da una discreta attenzione agli aspetti dell'informazione e della mediazione culturale e, dall'altro, dall'assenza di responsabili diretti aziendali, dalla scarsa attenzione alla formazione degli operatori, da una limitata partecipazione ai progetti mirati ed dalla necessità del recupero del ruolo di coordinamento della Regione Toscana.

Sfide

In questo quadro merita particolare attenzione lo straniero temporaneamente presente (STP), che ha maggiori ed ulteriori difficoltà di approccio al sistema salute stante le condizioni di deprivazione e disagio sociale patite. La Delibera del CRT del 16/02/2005 individuava nei MMG e PLS le figure alle quali gli STP avrebbero dovuto rivolgersi per ricevere l'assistenza sanitaria di base. L'utilizzazione di tale sistema, però, ha evidenziato notevoli criticità e carenza di effettivo accesso ai servizi da parte dello straniero.

Punto cardine delle politiche sanitarie per l'accesso ai servizi degli immigrati rimane, d'altro canto, il percorso materno infantile che permette di intercettare, attraverso la definizione e formalizzazione di appositi percorsi, un ampio numero di persone (vedi par. 2.1.6.1. "Percorso materno infantile"). Strettamente connessa a tale tema risulta la particolare attenzione che deve essere posta, da parte dei Servizi socio-sanitari, alla tutela della salute dei richiedenti/titolari di protezione internazionale, sia adulti che minori (rifugiati politici, titolari di protezione sussidiaria e umanitaria, richiedenti asilo). Tale necessità si basa, da un lato, sulle specifiche tutele giuridiche assicurate a questa fascia di popolazione, che in linea generale sanciscono parità di trattamento con i cittadini italiani rispetto all'assistenza sociale e sanitaria, comprese quella riabilitativa e protesica. Dall'altro, essa deriva dalla pluralità di fattori di rischio per la salute fisica e mentale cui sono esposti i rifugiati in conseguenza degli eventi traumatici pre-migratori, migratori e post-migratori, così come delle condizioni ambientali e sociopolitiche dei contesti di provenienza, di transito e di arrivo.

Obiettivo
L'obiettivo prioritario di garanzia ed equità del diritto di accesso ed utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata, nella nuova programmazione sanitaria, verterà su due linee di intervento tese, l'una, verso i cittadini stranieri e l'altra verso gli operatori del sistema. È obiettivo,quindi, di sistema prevedere i necessari strumenti amministrativi, assetti organizzativi, risorse e competenze professionali, al fine di assicurare la piena fruizione del diritto alla salute e di accesso alle cure da parte dei titolari/richiedenti protezione internazionale, sia che questi siano inseriti nei percorsi di accoglienza presso le strutture previste dalla legislazione italiana (Centri SPRAR, Centri Polifunzionali, ecc.), sia che si trovino in condizioni di estrema marginalità sociale. Tali linee di intervento, necessariamente integrate, dovranno esplicarsi attraverso l'ampliamento e la rimodulazione dei punti di accesso e la predisposizione di indicazioni normative omogenee da far filtrare attraverso apposita formazione agli operatori del sistema. Intimamente connesso a questo sarà obiettivo della programmazione regionale la rimodulazione dei servizi partendo anche dall'attenta analisi della risposta agli STP per sviluppare diverse tipologie di approccio. Resta ovviamente di importanza primaria la promozione e la tutela della salute delle persone immigrate, ormai lungo-residenti, facilmente modificata dalla migrazione e dalle condizioni di vita e di lavoro attuali, come ampiamente dimostrato dalla letteratura.

Strategie
Verso gli utenti: Oltre alle campagne informative sui diversi percorsi di cura e assistenza e sul corretto uso dei vari punti di accesso, il sistema sanitario deve orientare la propria azione verso apposite campagne di educazione alla salute che portino al coinvolgimento dei cittadini stranieri all'interno dei percorsi di prevenzione.
Sembra opportuno sperimentare la figura dell'educatore sanitario di comunità, con funzione di facilitazione e di avvicinamento ai servizi, coinvolgendo le comunità di stranieri presenti sul territorio. L'intervento favorirebbe una sanità d'iniziativa, di immigrati per immigrati, con evidenti benefici nell'empowerment di individui e comunità, rafforzando la loro competenza in materia di salute. Avrebbe inoltre lo scopo di favorire la comunicazione tra personale e pazienti, aumentando tra l'altro le conoscenze del personale riguardo agli aspetti culturali legati alla salute.
Inoltre, a partire dall'analisi delle determinanti di salute delle persone immigrate, si registra la necessità di intervenire sulle cause più frequenti di perdita della salute quasi sempre correlate con le condizioni di lavoro e di vita, generalmente più disagiate rispetto a quelle del resto della popolazione; oltre a ciò, particolare attenzione va dedicata alla prevenzione e alla cura delle patologie oncologiche e delle malattie infettive, in particolare TBC e HIV/AIDS, sia per gli stranieri provenienti da PSA che per quelli provenienti da PFPM.
Per quanto riguarda invece la tutela della salute riproduttiva, sono importanti interventi di prevenzione dell'IVG e di sostegno alla genitorialità anche attraverso il potenziamento dei servizi consultoriali, pre e post partum.
Rispetto, inoltre, ai titolari/richiedenti protezione internazionale l'azione strategica dovrà tendere a:
-strutturare e formalizzare, a livello locale o di area vasta, rapporti di collaborazione con gli Enti locali, con le strutture di accoglienza e con le altre organizzazioni del privato sociale, volti all'integrazione fra i percorsi di accoglienza sociale, economica e giuridica dei titolari e richiedenti protezione internazionale e gli interventi sanitari (certificazioni medico-legali, prevenzione individuale e collettiva e presa in carico terapeutica e/o riabilitativa), come fattore indispensabile di sostegno ai loro percorsi di autonomia e benessere;
- definire forme organizzative, processi e funzioni volti all'identificazione precoce dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità (vittime di tortura o di altre tipologie di violenza fisica o sessuale, minori non accompagnati, donne singole in stato di gravidanza, persone che necessitano di assistenza sanitaria o con disabilità, genitori singoli con figli minori, anziani) ed alla predisposizione degli opportuni e necessari interventi sociali e sanitari;
- sperimentare modalità organizzative – anche intersettoriali con sinergie fra pubblico e privato sociale – e metodologie di intervento multidisciplinari capaci di rispondere alla complessità dei quadri clinici e delle specificità sociali, culturali e giuridiche di persone vittime di tortura e di violenza estrema di matrice politica, religiosa o etnica;

Verso gli operatori: il primo ambito di intervento è la costruzione di Linee guida regionali per la corretta applicazione della normativa vigente che renda omogenea la loro applicazione su tutto il territorio regionale ed, al contempo, fornisca una base di certezza per gli operatori del sistema. Ciò correlato ad una apposita formazione che aiuti l'operatore ad identificare immediatamente la fattispecie di riferimento per fornire la corretta indicazione e generi percorsi di formazione indotta all'interno del sistema sanitario. Il secondo ambito è la ridefinizione e il miglioramento del "percorso STP" nell'ottica di riuscire ad intercettare il maggior numero di soggetti ed indicare una diversa modalità di intervento.
Infine, dal punto di vista del *sistema salute*, sarà opportuno potenziare i servizi di mediazione culturale, l'informazione e la comunicazione, interna ed esterna, individuare all'interno delle Aziende precise responsabilità ai vari livelli organizzativi (direzione aziendale, presidio ospedaliero, zona-distretto, SdS), anche al fine dell'efficienza dei servizi e della completezza delle informazioni (demografiche, amministrative, sul funzionamento dei servizi, epidemiologiche).

2.2.3. Il sostegno alla fragilità delle persone e delle famiglie

Povertà, esclusione sociale, vulnerabilità sociale, sono termini che sovente vengono sovrapposti e usati per comunicare, rappresentare e descrivere sinteticamente il medesimo fenomeno. Ormai da tempo la letteratura e il dibattito teorico e culturale hanno attribuito loro uno specifico contenuto richiamando la necessità di affrontarli con politiche e interventi specifici.
Il concetto di *povertà* ha subito nel tempo una progressiva evoluzione, là dove inizialmente segnava una semplice differenza tra nord e sud del mondo, relegato ai margini nelle società industriali moderne si è progressivamente universalizzato o, meglio, si è reso visibile anche dove prima non lo era, nel momento in cui fenomeni epocali hanno rimesso in discussione tutto, da un punto di vista spaziale (confini nazionali, mobilità delle persone, possibilità di comunicare senza spostarsi fisicamente, ecc.), culturale e comunicativo. Il tema della povertà, da un utilizzo meccanico della equivalenza teorico-concettuale povertà uguale condizione di privazione economica e mancanza di risorse materiali, ha manifestato tutta la sua complessità, distinguendosi dalla unidimensionalità nella quale era stato spesso relegato nel passato.
Nel frattempo, si è iniziato a preferire al concetto di povertà o, meglio, ad utilizzare il concetto di esclusione sociale. Sicuramente il concetto di esclusione sociale è strettamente legato a quello di povertà, ma ne integra e ne estende il significato. L'*esclusione sociale* sottende, oltre alla mancanza di mezzi economici, l'esclusione da benefici e servizi cui normalmente le persone e le famiglie hanno accesso, dà rilievo e valore alla rete di relazioni che la persona sviluppa intorno a sé, dedica una rilevanza specifica al livello di istruzione, alla salute, alla disoccupazione, al mercato del lavoro, alla precarietà, al disagio abitativo, all'impossibilità/capacità di partecipare alla vita sociale degli individui.
D'altra parte, ai concetti di povertà e di esclusione sociale si affianca anche quello della vulnerabilità. Infatti, la *vulnerabilità sociale* si colloca all'interno di quello che può essere definito come percorso di impoverimento che può avvenire transitando nel corso della vita tra l'area dell'integrazione (inserimento stabile in circuiti occupazionali e disponibilità di solidi supporti relazionali, specialmente familiari) all'area della disaffiliazione, in cui versano i soggetti in condizione di povertà estrema (caratterizzata da processi di profonda rottura dei legami sociali, perdita delle capacità di trasformare i beni in opportunità di vita). Questa transizione – l'area della vulnerabilità sociale – non avviene drasticamente, ma attraverso microfratture nell'esperienza delle persone e delle famiglie, tanto a livello lavorativo che a livello relazionale, eventi che progressivamente generano situazioni di precarietà e fragilità. I soggetti in questa condizione sono a rischio di caduta nell'area della povertà estrema, ma tuttavia possono ancora essere messe efficacemente in atto azioni di contrasto per favorirne la risalita verso l'area dell'integrazione.
Questo scenario, presuppone dunque l'attuazione di politiche e interventi che, non solo, siano in grado di offrire risposte a bisogni complessi e molteplici, ma che contestualmente riconoscano all'individuo una capacità di autodeterminazione in relazione alle proprie capacità e competenze.
La Regione Toscana, è un territorio in cui i diritti di cittadinanza fondano il rapporto tra i soggetti e tra i soggetti e le istituzioni, è un territorio in cui si è sempre cercato di valorizzare il capitale sociale delle persone, è territorio su cui insiste un forte tessuto associativo e di volontariato nei più svariati campi (assistenza alle persone, sport, cultura, tempo libero) e in cui il tema della partecipazione è il valore aggiunto alle decisioni e risposta al disagio.
Pertanto, affrontare i temi della fragilità delle persone e delle famiglie, significa conoscere il territorio, dedicare spazio all'emersione dei bisogni là dove essi non siano espressi (tratta, violenza, etc.), sostenere percorsi di reinserimento sociale, favorire politiche di accesso all'alloggio, assicurare la tutela dei bambini e degli adolescenti, promuovere e sostenere l'integrazione degli interventi e delle risorse. In tal senso, saranno i processi che le politiche saranno in grado di attivare a produrre circuiti virtuosi in cui la società toscana, le comunità locali, l'ambiente in cui le persone e le famiglie vivono, disporranno degli strumenti per generare nuove risorse e possibilità di trovare soluzione ai bisogni.

2.2.3.1. Tutela dei bambini e adolescenti

Contesto

Il riconoscimento della centralità dell'infanzia e dell'adolescenza tra le politiche di *welfare* rappresenta il punto d'arrivo del percorso decennale che ha accompagnato l'approvazione della *Convenzione Internazionale dei diritti del Fanciullo* del 1989 e che si è alimentato del dibattito culturale e pedagogico sviluppatosi parallelamente all'adozione delle leggi di ratifica. L'affermazione del concetto dei bambini come soggetti di diritto in forma non residuale rispetto agli adulti e ai genitori, disceso dalla *Convenzione*, ha aperto una stagione nella quale le spinte culturali più innovative si sono coniugare con norme specifiche: dalla legge 285 del 1997 fino alla legge 149 del 2001, passando per la 328 del 2000, norme cioè che non solo hanno sottolineato la necessità di considerare i bambini come cittadini, ma che hanno orientato il sistema dei servizi verso obiettivi di benessere sociale. Spetta alla legge 149/2001 il compito non semplice di indicare i percorsi per rendere esigibile il diritto di ogni minore ad una famiglia e il diritto ad instaurare relazioni significative, non solo familiari: all'ombra di tale norma, pur nelle croniche carenze dell'esigibilità dei diritti da subordinare alle disponibilità economiche, della mancata definizione dei livelli essenziali, e dell'incompletezza del nuovo *Piano d'azione nazionale sui minori*, la Regione Toscana ha costruito i propri percorsi affinché si affermasse un *welfare* a misura di bambino sostenuto da una rete qualificata di servizi e di professionalità. Poche ma essenziali le tappe di questo progressivo avvicinamento ai bisogni di tutela e protezione dei cittadini minori di età:

- la completa affermazione del processo di trasformazione degli istituti con la conseguente diffusione delle comunità socio educative di impronta familiare;
- l'organizzazione dei centri per l'affido e la diffusione dell'affidamento familiare come strumento privilegiato nelle pratiche di allontanamento;
- il sostegno alla diffusione dell'adozione nazionale ed internazionale con la realizzazione di servizi territoriali in forma associata dedicati alla preparazione, formazione e valutazione delle coppie;
- il consolidamento del sistema di monitoraggio sugli interventi e servizi per i minori in famiglia e fuori famiglia.

Eppure negli ultimi anni le informazioni sullo stato dell'attuazione delle tutele dei minori restituiscono un quadro in cui, per la prima volta, alcuni fenomeni risultano in controtendenza: oltre al bisogno di sostegno espresso dai nuclei, come testimonia l'aumento significativo degli interventi correlati, già menzionato nella sezione "Famiglie fragili e multiproblematiche", merita ancora una sottolineatura il marcato aumento dell'accoglienza semiresidenziale (che non accenna a diminuire neppure nei dati 2010) e il ricorso all'affido part-time che nel triennio 2007-2009 risulta interessato da un incremento percentuale del 26,3% (dai 175 minori del 2007, ai 203 del 2008, fino ai 220 del 2009).

La flessione iniziata nel 2007 del numero dei ragazzi accolti in strutture residenziali si conferma anche nel periodo 2008-2010 senza che tuttavia tale dato possa confortare rispetto allo stato di attuazione della legge 149, laddove si evidenzia nel confronto tra l'anno 2008 e l'anno 2010 la diminuzione del 15% degli affidamenti familiari: nel triennio 2008-2010 l'accoglienza in struttura residenziale cala del 28% (685 minori presenti del 2008, 493 nel 2010) con un decremento del 56% tra il 2008 e il 2009 della componente minori stranieri non accompagnati; questi ultimi nel 2010 risultano al 18% a fronte del 30% del 2008. Anche nel caso della diminuzione degli affidamenti familiari incide fortemente la componente dei MSNA che registrano un decremento del 68% tra il 2008 e il 2010; i minori stranieri non accompagnati nel 2010 si attestano al 6,9% degli affidamenti familiari (nel 2008, 8,9%).

D'altro canto se la perdita di vigore dell'affidamento familiare è questione che interessa tutto il territorio nazionale tra il 2007 e il 2008 (diminuzione del 9,5%), va anche rilevato come in Toscana l'indicatore "bambini in affidamento familiare ogni bambino accolto nei servizi residenziali" sia pari all'1,7 (dato 2009): tradotto alla luce dei percorsi di interventi individuati dalla legge 149 - che richiede ai servizi di privilegiare l'affidamento familiare rispetto all'accoglienza in struttura – questo dato ci dice che ad ogni bambino collocato in comunità residenziale corrispondono mediamente 1,7 bambini accolti in famiglie. Un rapporto percentuale che quindi rimane soddisfacente, soprattutto se confrontato alla media nazionale del 2008 che si attesta su un valore

pari a 1 – ovvero di egual ricorso alle due diverse modalità di accoglienza -, ma che certo non conferma pienamente, se correlato ai *trend* evidenziati, la tenuta del sistema dei servizi di tutela e protezione su scelte dettate esclusivamente dall'adeguatezza degli interventi piuttosto che da contingenze collegate al progressivo restringimento del quadro generale delle risorse..
Anche le famiglie toscane, come accade a livello nazionale, hanno dimostrato nell'ultimo decennio una maggiore sensibilità alla tematica dei bambini abbandonati consentendo dal 1999 al 2009 l'incremento ed il "rinnovamento" della popolazione minorile regionale: "nuove" famiglie si sono formate intorno a "nuove" generazioni grazie alle adozioni nazionali ed internazionali che, nel periodo indicato, hanno visto l'ingresso nella nostra regione di 3.806 minori di cui 3.348, cioè l'88%, provenienti da un paese estero. I minori adottati sono in costante aumento dal 2002: da 241 a 456 (di cui 85% , minori provenienti da un paese estero); la stessa tendenza si registra riguardo alle coppie adottive: dalle 217 coppie del 2002 alle 375 del 2009.
Tenendo presente da un lato il percorso fatto in Regione per l'organizzazione dei servizi sui minori e la famiglia e dall'altro le evidenze dei fenomeni, non meno che i vincoli di finanza pubblica, è legittimo chiedersi, alla vigilia del nuovo ciclo di programmazione, da dove ripartire per sostenere lo sviluppo dei servizi locali dedicati alla cura, protezione e promozione dell'infanzia e dell'adolescenza; sviluppo che necessariamente dovrà avvenire nel più ampio sistema organico di risposte ai bisogni dei cittadini. L'individuazione degli obiettivi e delle azioni si innesca quindi sulle seguenti macro direttrici:

- l'affermazione in ogni processo di valutazione ed intervento della centralità del bambino e dei suoi diritti;
- la necessità di completare i processi di innovazione organizzativa informativa e tecnologica dei percorsi di valutazione, presa in carico e monitoraggio dei minori e dei nuclei, sia di livello locale che regionale introducendo meccanismi e metodologie che consentano di effettuare la valutazione di esito e di efficacia degli interventi, nonché il controllo della spesa sociale;
- qualificare l'accoglienza residenziale di minori attraverso percorsi di marcata integrazione tra il lavoro svolto dentro le comunità e gli interventi attivati dai servizi territoriali sulle famiglie di origine;
- promuovere la conoscenza e la diffusione dei diritti dei bambini e degli adolescenti, anche nell'ottica della partecipazione, della rappresentanza e dell'ascolto;
- puntare sulla diversificazione dei servizi e sullo sviluppo della solidarietà di prossimità e sulla sussidiarietà;
- investire in percorsi formativi multidisciplinare ed integrati, rivolti a sostenere le competenze degli operatori in relazione alle diverse fasi ed ambiti dei percorsi di tutela, protezione e cura.

Obiettivi

Fermo restando il livello essenziale del diritto del minore a vivere nella propria famiglia e quindi il macro livello di servizio dell'attivazione di interventi di sostegno mirati quando questa non risulti adeguata alle proprie funzioni (si rimanda alla sezione "Famiglie fragili e multiproblematiche" e "Dinamiche dei nuclei familiari"), l'obiettivo prioritario per la fase in cui si rende necessario allontanare il bambino va individuato nel rafforzamento della rete integrata dei servizi di tutela:
l'integrazione dei servizi e degli interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza e delle loro famiglie, deve riguardare ambiti e aspetti sociali, sanitari, educativi, scolastico-formativi, giudiziari; si realizza pertanto, modellandosi sui diversi ambiti di intervento, attraverso:

- collaborazioni tra istituzioni diverse: integrazione istituzionale;
- co-gestione delle risorse umane e materiali con configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento tra attività sociali e sanitarie: integrazione gestionale: ne sono strumento privilegiato le équipe multiprofessionali con funzioni di valutazione, programmazione e presa in carico degli interventi e con organizzazione territoriale flessibile, tale da coniugare le funzioni di protezione con quelle di cura;
- condivisione di linee guida , accordi di programma, protocolli di intesa, tavoli di concertazione, percorsi formativi e di supervisione per l'assunzione di responsabilità ed impegni comuni: integrazione professionale.

Azioni

Quando si rende necessario allontanare temporaneamente il minore dalla propria famiglia:

1) garantire che sia praticato prioritariamente l'affidamento familiare provvedendo di conseguenza:

- al ricorso, sulla base dei bisogni personalizzati, di tutte le tipologie di affidamento previste dalla normativa;
- alla diffusione e all'organizzazione omogenea su tutto il territorio regionale dei Centri per l'affido con funzioni di reperimento, informazione, formazione e sostegno alle famiglie affidatarie, garantendo l'impiego delle figure professionali adeguate, quali assistenti sociali, educatori e psicologi;
- alla presa in carico del minore e della sua famiglia di origine attraverso un adeguato sostegno psicologico per la riduzione o la risoluzione delle problematiche che hanno determinato l'allontanamento, sperimentando modelli di intervento orientati al coinvolgimento attivo e consapevole dei nuclei nel processo di tutela dei figli;
- all'attivazione di un livello di coordinamento regionale sull'affido con l'obiettivo prioritario di promuovere uno spazio di confronto e condivisione tra le istituzioni e tra gli operatori, in grado anche di individuare gli aspetti più critici del percorso e di proporre soluzioni operative, metodologiche e di raccordo istituzionale finalizzate alla migliore definizione delle competenze e delle responsabilità di ogni attore;
- alla valorizzazione delle associazioni familiari, riconoscendo il loro ruolo di risorsa attiva nelle politiche di promozione dell'affidamento e dell'accoglienza, attraverso lo sviluppo di un modello di corresponsabilità tra le reti di famiglie e il servizio sociale dell'ente pubblico tale da:
    - attivare azioni di sensibilizzazione alla tematica attraverso le reti associative e i contatti con le famiglie, al fine di trasmettere il bagaglio di esperienze e di biografie individuali e di implementare la disponibilità delle famiglie affidatarie;
    - realizzare forme di sostegno alle famiglie affidatarie con gruppi di incontro, auto-aiuto in collaborazioni con enti locali e sulla base di accordi e/o protocolli operativi;
    - collaborare per il pieno sviluppo di una cultura dell'affido familiare come forma di solidarietà sociale e per la sensibilizzazione della comunità e della rete locale, individuando azioni strategiche su tematiche particolarmente delicate dell'affido, quali l'affido di adolescenti stranieri, l'affido di neonati e l'affido omoculturale.

2) accogliere temporaneamente il minore in una struttura residenziale:
quando si renda necessario proteggere i minori attraverso provvedimenti che ne dispongono l'allontanamento temporaneo dalla famiglia, il ricorso all'accoglienza in struttura residenziale, se l'affidamento familiare non è praticabile o se non ha dato gli esiti sperati, rimane una delle forme più incisive di tutela:
- promozione di un coordinamento di livello regionale tra i responsabili delle comunità operanti in Toscana, i servizi territoriali, anche con il coinvolgimento delle commissioni multidisciplinare, al fine di:

- dettare linee di indirizzo per la definizione, in via generale, degli ambiti specifici di accoglienza delle comunità rispetto all'affidamento familiare, con particolare riguardo all'accoglienza di neonati, bambini e ragazzi abusati, adolescenti problematici, minori stranieri non accompagnati;
- rafforzare l'integrazione tra comunità e servizi territoriali nel processo di recupero/rieducazione delle famiglie di origine, sostenendo l'affermazione di una cultura comune del lavoro con le famiglie multiproblematiche e rinforzando e sistematizzando il circuito comunicativo/esperenziale tra l'èquipe che agisce sul territorio con funzione di diagnosi e progettazione dell'intervento e l'èquipe della comunità;
- condividere strumenti e metodologie di intervento in grado di contrastare il fenomeno della permanenza prolungata dei minori in struttura con particolare attenzione al lavoro di

valutazione multidisciplinare sulle competenze genitoriali della famiglia d'origine che ai processi che determinano l'allontanamento e l'accoglienza in struttura;
- rafforzare la dimensione di accoglienza, protezione e cura delle strutture con l'attivazione di percorsi formativi mirati sul lavoro di comunità, sulle metodologie riparative-terapeutiche e sull'approccio nei confronti di bambini e adolescenti con alle spalle percorsi fallimentari o traumatici di affidamento familiare e adozione;
- definire modelli organizzativi e professionali di qualità orientati all'azione terapeutica e al recupero tempestivo del danno per le comunità residenziali che accolgono minori traumatizzati da esperienze di abuso e maltrattamento;
- individuare percorsi di autonomia successivi all'accoglienza in struttura residenziale rivolti al reinserimento dei giovani nella società (appartamenti orientati all'autonomia, sostegno a reti di famiglie solidali, il lavoro attraverso una rete di imprese inclusive ecc);
- sostenere il processo di trasformazione e di innovazione delle comunità valutando sia l'adeguatezza delle tipologie che il loro corretto inserimento in una rete di servizi all'infanzia flessibili e articolati (rimando sezione accreditamento e sperimentazioni), anche attraverso processi formativi in grado di realizzare una cultura condivisa dell'intervento residenziale sempre più personalizzante e sempre meno istituzionalizzante;
- sviluppare l'attività di monitoraggio dell'accoglienza in struttura residenziale, sia sotto il profilo delle caratteristiche delle comunità che dell'approfondimento della situazione di ogni bambini e ragazzo, mirando alla realizzazione di banche dati che possano contribuire alle azioni di controllo, vigilanza ed opportunità di qualificazione in capo ai vari soggetti;
- promuovere una cultura della vigilanza non solo di carattere ispettivo (formale) ma con valore di accompagnamento verso la migliore attuazione del progetto personalizzato e di crescita delle funzioni educative e di accoglienza espresse dalle comunità e da tutti i soggetti della rete di tutela (sostanziale);
- concludere il percorso sperimentale sulla tipologia Casa famiglia multiutenza complementare.

Quando si rende necessario garantire la protezione di urgenza

Gli interventi disposti dai servizi territoriali in via d'urgenza per i minori, pur inquadrandosi nella più ampia cornice delle funzioni svolte dal Pronto Intervento Sociale, richiedono un ulteriore sforzo nella definizione di una disciplina quanto più possibile rigorosa che possa orientare e sostenere l'impegno degli operatori e dei soggetti istituzionali in questa particolare fattispecie di servizio: proprio per tutelare concretamente l'interesse del minore, rispondendo al bisogno di soccorso immediato, i servizi pubblici esercitano infatti un potere decisionale nell'allontanamento talvolta in anticipo o in surrogazione dell'intervento giudiziario.

Il servizio di pronto intervento sociale si rivolge a minori:
- vittime di maltrattamento e/o abuso o in stato di abbandono, secondo quanto disposto dall'art. 403 del Codice Civile e dalla legge 184/1983 e successive modifiche;
- stranieri non accompagnati, ai sensi del DPCM 535 del 9.12.1999;
- interessati dall'applicazione di provvedimenti giudiziari improcrastinabili.

Si richiedono pertanto modalità organizzative che nell'ambito dei servizi sociali, socio-sanitari, socio-educativi ed ospedalieri ed in collaborazione con le forze dell'ordine e l'autorità giudiziaria, garantiscano:
- l'individuazione e la condivisione dei fattori di gravità determinanti l'intervento e l'allontanamento in via d'urgenza e le relative prassi di raccordo per la segnalazione, la presa in carico e l'attivazione dell'intervento;
- forme di tutela e protezione adeguate, oltre che per i minori, anche per le donne sole con minori in situazioni di forte fragilità e a rischio di incolumità psico-fisica, sia sotto il profilo dell'accoglienza immediata in strutture di alta protezione che della definizione di percorsi personalizzati in grado di rispondere a problematiche composite e diversificate;
- il superamento dello stato emergenza attraverso il lavoro di rete con i servizi e le istituzioni competenti.

La protezione e la tutela oltre le situazioni di urgenza

Il sistema di protezione basato sul lavoro coordinato e specializzato per gli interventi di recupero e riabilitazione di minori vittime di violenza, abuso e violenza assistita risulta offuscato dagli sforzi effettuati per la definizione degli interventi sanitari e dal primato generalmente attribuito al processo penale nei confronti dell'abusante. E' necessario quindi ribilanciare le tematiche ripensando ad un percorso organico di aiuto e riparazione che abbia una sua valenza terapeutica e sociale indipendente dal procedimento penale e in grado di collaborare con il versante sanitario su specifici bisogni, ponendosi l'obiettivo primario dei bisogni riparativi del trauma del minore. Si dovrà quindi provvedere a:

- adottare modelli organizzativi caratterizzati da uniformità delle procedure, in grado di garantire la valutazione e il trattamento di minori vittime di maltrattamento e/o abuso e dei loro familiari attraverso la costituzione di equipe multidisciplinari; l'attuazione dei relativi percorsi di accoglienza e di presa in carico delle vittime da parte dei servizi territoriali sociali e socio sanitari sarà effettuata tramite l'elaborazione di protocolli multidisciplinari e riconoscendo il ruolo e le professionalità espresse dal terzo settore e in particolare dall'associazionismo specializzato nelle tematiche sulla violenza di genere;
- sostenere e valorizzare le esperienze territoriali basate sulla messa a punto di modelli di intervento incentrati su coordinamento tra gli attori coinvolti nei percorsi di tutela delle fasce più deboli, nell'ottica dell'estensione di buone prassi sul territorio regionale.

Quando il minore trova una nuova famiglia.

L'attività decennale sviluppata dai quattro Centri per l'adozione di Area Vasta (Centri) per l'informazione e la preparazione delle coppie aspiranti all'adozione offre la naturale sponda organizzativa e di presenza di competenze professionali qualificate per mirare al raggiungimento di una maggiore unità ed integrazione di tutto il percorso adottivo che approdi proprio alla valorizzazione della funzione di regia e di coordinamento svolta dai Centri medesimi e dai Responsabili Organizzativi in materia di adozione (ROA); esaurita infatti la spinta propulsiva della legge 149/2001 per la fase di prima organizzazione, ciò che oggi si rende necessario è una definizione di un percorso adottivo che sia capace di riconoscere l'apporto dei diversi soggetti chiamati ad intervenire nell'iter procedurale - complesso a norma di legge proprio per la presenza di responsabilità e competenze diversificate – compresi i soggetti del terzo settore, quali Enti Autorizzati ed Associazioni di famiglie.

Nella definizione del percorso adottivo integrato si dovranno individuare strategie di intervento in grado di assicurare:

- il rafforzamento della rete dei rapporti e delle relazioni tra servizi per l'adozione e servizi territoriali sociali e socio-sanitari, e tra questi e l'Autorità Giudiziaria, il privato sociale, l'Azienda Ospedaliera Meyer e gli Enti Autorizzati;
- la copertura e il sostegno delle coppie anche nelle fasi che seguono l'ottenimento del decreto di idoneità (tempo dell'attesa) e del post adozione attraverso lo strumento privilegiato delle equipe multiprofessionali e attraverso le modalità da individuarsi in specifici atti di indirizzo per l'organizzazione dei relativi servizi;
- l'applicazione della legge regionale 70/2009 "Interventi di sostegno alle coppie impegnate in adozioni internazionali";
- l'adeguato supporto e consulenza per le istanze degli adulti adottati nei percorsi di elaborazione dell'identità personale e nella ricerca delle proprie origini;
- il coinvolgimento del mondo della scuola nella condivisione di modalità adeguate di relazione nei confronti di bambini e ragazzi adottati e nell'individuazione di modalità per il sostegno scolastico del minore e della sua famiglia;
- l'approfondimento conoscitivo e statistico degli aspetti critici e fallimentari connessi al percorso adottivo (adozioni problematiche, fallimenti adottivi; si rimanda alla sezione "osservatorio minori").

Tutela del neonato, prevenzione degli infanticidi e degli abbandoni traumatici alla nascita, diritto al parto in anonimato.
I servizi territoriali socio-assistenziali e sanitari, nonché i servizi ospedalieri, necessitano di modelli organizzativi e di indirizzi caratterizzati da un alto grado di integrazione e di competenze mirate quando si trovano a programmare ed erogare interventi di sostegno per gestanti e madri in gravi difficoltà che manifestano incertezze rispetto al riconoscimento del nascituro o che abbiano espresso la volontà di partorire in anonimato.
Il percorso regionale denominato "Mamma segreta", attivato durante la vigenza del precedente Piano Integrato Sociale, ha consentito di svolgere attività di sensibilizzazione e prima formazione tra gli operatori sociali e socio sanitari, stimolando anche l'attivazione tra i servizi territoriali e i consultori di progetti specifici orientati all'approccio integrato del fenomeno.
Gli obiettivi da perseguire rimangono legati alla diffusione omogenea sul territorio regionale di modalità operative, di presa in carico e di sostegno e accompagnamento:

- concludere il percorso di formalizzazione delle linee guida regionali;
- favorire la costituzione di équipe integrate di lavoro;
- sostenere la diffusione del modello regionale rappresentato dal percorso "Mamma segreta" attraverso cicli formativi mirati che affrontino le implicazioni culturali ed affettive, le metodologie del lavoro d'équipe, i contesti normativi collegati al diritto al non riconoscimento, le procedure per garantire la segretezza del parto;
- prevedere forme di accoglienza residenziale adeguate alle necessità delle gestanti e madri in difficoltà, anche sperimentando percorsi flessibili;
- il monitoraggio del fenomeno attraverso l'armonizzazione dei flussi informativi (sanità, interventi per minori, dichiarazioni di adattabilità ecc.).

Azione sistemica l'attuazione e diffusione della cartella sociale minori
La concreta attuazione dei diritti dei minori passa anche attraverso la disponibilità delle informazioni sui processi e fenomeni generali e sulle condizioni individuali con la conseguente articolazione:

- del sistema informativo regionale sui minori in famiglia e fuori famiglia (rimando al paragrafo Sistema della conoscenza);
- della cartella sociale personale.

Il progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali per la realizzazione del sistema informativo nazionale sulla cura e protezione dell'infanzia –Sin.Ba.- traduce in opportunità di sviluppo e razionalizzazione l'istanza di utilizzare strumenti che in tempo reale possano supportare il lavoro di presa in carico e cura degli operatori. In tal senso l'adesione al progetto, oltre che inserire la Regione Toscana nel circuito degli enti che concorrono alla realizzazione del sistema informativo sui servizi sociali (SISS) previsto dalla legge 328/2000, consente di dare un nuovo impulso al riscontro dei processi di esito collegati agli investimenti e ai lavori di cura di cui sono titolari gli enti locali: si persegue in sostanza l'obiettivo di rispondere ai legittimi interrogativi di quanto il lavoro di cura attivato favorisca il ricongiungimento dei minori alle loro famiglie, oppure assicuri loro una nuova famiglia, o quanto degli interventi abbia consentito alle famiglie di origine e ai loro figli di uscire dallo stato di bisogno o di disagio.

2.2.3.2. Famiglie multiproblematiche

Contesto
Esistono in letteratura numerose definizioni di famiglia multiproblematica che connotano questi nuclei come realtà che, per i loro variegati e molteplici problemi, si trovano ad interfacciarsi a più riprese con gli interventi degli operatori sociali e socio-sanitari. Il tratto distintivo può individuarsi nella difficoltà o fragilità delle figure adulte che si ripercuote in modo più o meno drammatico sulle condizioni psicoevolutive dei figli. L'intervento dei servizi su queste famiglie è particolarmente difficile, soprattutto nella fase di intercettazione dei rischi, poiché sulla base della cultura professionale di chi rileva il disagio, diversi possono essere i soggetti interessati e le conseguenti

focalizzazioni dell'intervento (sul bambino piuttosto che sulla famiglia come sistema di relazioni tra i componenti): sono queste le ragioni che rendono particolarmente necessaria nelle situazioni multiproblematiche l'integrazione tra i servizi e l'utilizzo di tutte le risorse presenti sul territorio.
Nel triennio 2007-2009 si è registrato un repentino aumento di interventi di supporto alle famiglie, relativi innanzitutto all'attivazione delle misure economiche per nuclei familiari con figli minori, i quali nel 2007 risultavano 9.770 e nel 2009 erano 10.776, ovvero il 10,3% in più (il tasso medio annuo, del triennio, è pari a 7,5 ogni 1.000 nuclei familiari residenti). In secondo luogo riguardano l'assistenza domiciliare effettuata da assistenti di base (assistenza domiciliare) e da educatori professionali nei confronti di 2.424 nuclei familiari nel 2007 e di 2.599 nel 2009. Il tasso medio annuo, del triennio 2007-2009, è pari a 1,9 nuclei familiari coinvolti ogni 1.000 nuclei familiari residenti. Dal confronto tra il 2009 e il 2010 si registra nello specifico dell'assistenza economica una flessione del 14% e dell'assistenza educativa domiciliare dell' 8%, mentre continua il trend in aumento dell'assistenza domiciliare (più 5,7% da 502 nuclei a 531 nuclei).
Che le famiglie toscane necessitino di misure di supporto nell'educazione dei figli, lo si ricava anche dall'indicatore dell'accoglienza in strutture semiresidenziali che, in controtendenza con il trend tradizionale, è in forte aumento: il numero dei bambini e dei ragazzi presenti nei centri diurni è passato dai 740 del 2007 ai 1.348 del 2009 con un incremento nell'intero periodo del 82,2% e un incremento rispetto al 2008 del 25,9%; piuttosto elevata rimane poi l'incidenza dei minori stranieri sul totale delle presenze che nel 2009 sono pari al 28,2%; (il tasso medio annuo risulta essere di 2 minori presenti nelle strutture semiresidenziali ogni 1.000 minori residenti). Nel 2010 vengono confermati i dati del 2009 infatti l'incremento percentuale è dello 0,5%, mentre se si considera il triennio 2008-2010 si registra un aumento del 26,5%, da imputare soprattutto all'incremento di minori italiani pari al 34,4% (quello degli stranieri soltanto del 10%). Nell'arco di vigenza del precedente Piano sociale regionale 2007-2010 sono stati sperimentate azioni incentrate sul sostegno alle famiglie in difficoltà che hanno sviluppato competenze specifiche e servizi dedicati per i quali sarà necessario valutare le possibilità di messa a regime all'interno del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari

Obiettivi
Permettere alle famiglie in situazione di difficoltà socio-relazionale o con problematiche di natura diversificata e concomitanti, di poter svolgere adeguatamente i propri compiti di cura ed educazione nei confronti dei figli, sostenendone quindi le responsabilità genitoriali per:

- ridurre l'allontanamento dei minori, favorendo in particolare la permanenza in famiglia durante il primo anno di vita del figlio e ponendo particolare attenzione alle famiglie monogenitoriali, numerose e di recente costituzione;
- valutare il livello di recuperabilità delle competenze genitoriali, in caso di allontanamento già attivato;
- intervenire nelle situazioni di conflittualità della coppia individuando precocemente i fattori di rischio connessi al maltrattamento, abuso, violenza in ambito familiare e violenza assistita.

Azioni

- Promozione dell'integrazione nella gestione delle risorse umane attraverso lo strumento privilegiato delle équipe multiprofessionali da attivarsi sia nella fase di presa in carico precoce che nella fase di supporto e cura, anche con riferimento al percorso inerente il progetto nazionale RISC;
  Condivisione di linguaggi, paradigmi interpretativi e procedure:
  1. valorizzando l'integrazione professionale con l'adozione di linee guida per orientare e migliorare il lavoro interprofessionale nella programmazione e nell'attuazione dei servizi di supporto e sostegno;
  2. definendo una griglia di indicatori utili alla valutazione delle potenzialità e delle competenze genitoriali e procedendo alla revisione e all'aggiornamento degli indicatori sul maltrattamento e abuso dei minori;

3. utilizzando strumenti e metodologie mirate per la valutazione di efficacia degli interventi attivati, anche con riferimento al percorso inerente il progetto nazionale RISC.

- Intervenire per prevenire precocemente i fattori di rischio o situazioni di violenza domestica conclamata attraverso una rilevazione che coinvolga i servizi territoriali (in particolare servizi di preparazione al parto, reparti di ginecologia e ostetricia) al fine di orientare le donne che presentano o riferiscono di situazioni di pericolo o di violenza verso i Centri antiviolenza;
- Favorire attraverso specifici protocolli di intesa, un rapporto costante con il mondo della scuola quale contesto privilegiato per l'individuazione precoce di segnali che possano indicare situazioni di disagio della famiglia attraverso i comportamenti dei bambini e degli adolescenti.
- Affermare la centralità del ruolo della famiglia per il bambino e l'importanza di adottare tutte le misure necessarie affinché questa, anche in contesti problematici e di crisi, possa svolgere la propria funzione; tra le molteplici forme e modalità di sostegno alle famiglie in difficoltà, si segnala il ricorso:
    1. all'affidamento part-time o diurno per il quale sarà necessaria un'azione preventiva di approfondimento e di conoscenza di tale strumento, con l'obiettivo di individuarne le peculiarità e diffondere sul territorio linguaggi e caratteristiche metodologiche comuni;
    2. all'accoglienza a ciclo diurno; si tratta di una misura in forte crescita negli ultimi anni che tuttavia necessita di un'azione da un lato conoscitiva e dall'altro di individuazione di metodologie di intervento omogenee e integrate con i progetti educativi rivolti dai servizi territoriali alle famiglie dei bambini e dei ragazzi.

Le équipe multiprofessionali sono attivate dal servizio sociale e dallo psicologo e debbono essere composte stabilmente, oltre che di assistenti sociali e psicologi, di educatori professionali. Su casi specifici le competenze professionali debbono essere integrate attraverso l'apporto di operatori della Salute mentale – psichiatri, neuropsichiatri infantili, del Ser.t ecc. E' competenza della SdS o delle Zone attraverso gli organismi di direzione ed in collaborazione con le aziende sanitarie, attivare quanto necessario al fine di realizzare in modo continuo tale modalità di lavoro integrato e multi professionale.

2.2.3.3. Dinamiche dei nuclei familiari

Contesto

Le relazioni familiari risultano profondamente mutate a seguito delle trasformazioni sociali e culturali degli ultimi decenni ed evidenziano nuove dinamiche intrafamiliari nelle quali si assiste ad una riduzione dei ruoli di genere, sia tra coniugi che tra genitori e figli. Di fronte al variegato panorama che caratterizza la dimensione familiare – dalle famiglie monogenitoriali, alle famiglie numerose, ricostruite o straniere – è più che mai necessario intervenire secondo un quadro più complesso ed articolato di misure comunque fortemente caratterizzate dalla maggiore personalizzazione della proposta educativa.

Nel triennio 2007-2009 si è assistito ad una flessione dei nuclei familiari coinvolti in attività di mediazione familiare; dai 530 del 2007 ai 501 del 2009 (diminuzione pari al 5,5%). Il tasso medio annuo è pari a 0,4 nuclei familiari ogni 1.000 famiglie residenti. Nel 2010 si conferma questo trend: considerando il triennio 2008-2010 la diminuzione percentuale è del 29,3% (si passa infatti dai 475 nuclei coinvolti del 2008 ai 336 del 2010); confrontando le annualità 2009-2010 la diminuzione raggiunge il 34,7%. Il tasso medio annuo, 2008-2010 di nuclei coinvolti in mediazione familiare, risulta infatti inferiore a quello del triennio precedente essendo pari allo 0,3 per 1.000 famiglie residenti. Nell'arco di vigenza del precedente Piano sociale regionale 2007-2010 sono stati sperimentate progetti incentrati sull'attivazione di servizi di mediazione familiare che hanno sviluppato competenze specifiche e contesti dedicati e per i quali sarà necessario valutare le possibilità di messa a regime all'interno del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

Sfide
Gli interventi di supporto alla genitorialità si rendono indispensabili nel momento in cui si verificano eventi non prevedibili – ma sempre più frequenti – come la separazione o il divorzio che comportano senza dubbio un indebolimento delle potenzialità educative espresse dai genitori. Lo strumento individuato per fornire in tal senso risposte adeguate è la mediazione familiare, applicata con l'obiettivo preciso di affrontare e trattare in ambiti diversi da quello giudiziario i conflitti tra le persone.

Obiettivi
Sviluppare la rete dei servizi diretti al superamento dei conflitti familiari attraverso la logica dell'accoglienza e del sostegno di tipo dialogico e mite, orientata alla riorganizzazione delle relazioni familiari, emotive e relazionali con il supporto di operatori formati ed autonomi dall'ambito giudiziario attraverso:

- servizio di mediazione familiare;
- servizi incentrati sulla tematica della separazione e del post divorzio;
- incontri protetti.

Azioni
Definire le caratteristiche tecniche ed organizzative dei servizi rivolti al superamento dei conflitti familiari con particolare attenzione a:

- curricula e formazione delle figure professionali – mediatore familiare;
- individuazione di strumenti e prassi operative condivise tra territorio, avvocati e Tribunali;
- formazione congiunta mediatori/ avvocati/ operatori sociali.

Sperimentare forme flessibili per l'organizzazione degli incontri protetti.
Realizzare la mappatura organizzativa funzionale e di attività dei servizi di mediazione familiare attivi sul territorio regionale al fine di disporre di un adeguato quadro conoscitivo e di indirizzo

2.2.3.4. Sistema integrato di servizi per le famiglie

Contesto
Il sostegno alla famiglia è regolamentato dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", dove in attuazione dei principi e delle finalità di cui agli articoli 3 e 4 dello Statuto regionale, sancisce, tra l'altro, la valorizzazione e il sostegno del ruolo essenziale delle famiglie nella formazione e cura della persona durante tutto l'arco della vita, la promozione del benessere e il perseguimento della coesione sociale. Sancisce inoltre il sostegno alle famiglie nei momenti di difficoltà e disagio connessi all'assunzione di specifici compiti di cura nei confronti di minori, disabili o anziani, il sostegno alla cooperazione e al mutuo aiuto delle famiglie e la valorizzazione del ruolo attivo delle famiglie.
Tra gli obiettivi del programma di governo regionale della legislatura 2010-2015 alla voce "Sostegno alle famiglie" è previsto il supporto alla gestione familiare della non-autosufficienza attraverso il sostegno economico e i servizi alle famiglie che non ricorrono a residenze socio-sanitarie per i propri parenti anziani (a maggior ragione se non autosufficienti), ma scelgono di assisterli a domicilio.
Le trasformazioni avvenute nell'organizzazione del mercato del lavoro e della famiglia unite all'invecchiamento della popolazione, hanno profondamente modificato l'organizzazione del lavoro di cura. E' evidente che le famiglie non sono più in grado di soddisfare al loro interno questo bisogno e quindi ricorrono prevalentemente ad operatori privati individuati all'interno di un settore dove tradizionalmente vi è una forte componente di lavoro sommerso. La peculiare tipologia di servizio presenta numerosi elementi di criticità: la reperibilità delle lavoratrici spesso affidata a canali informali, la qualificazione degli assistenti familiari quasi sempre non accertabile se non attraverso esperienza diretta, la difficoltà stessa delle famiglie nella gestione delle attività amministrative e burocratiche inerenti il rapporto di lavoro. Al 1° gennaio 2011 sono più di 872.000

(dati ISTAT) i cittadini toscani che hanno superato i 65 anni e sono stimate in 80.000 le persone non autosufficienti che hanno bisogno di attenzioni, cure e assistenza di cui 40.000 gravi, a fronte di una domanda sempre più in crescita, vi è una forte offerta (che viaggia sui canali informali) in termini di assistenti familiari sia conviventi sia a ore.
Si rende dunque necessario sviluppare politiche che consentano di promuovere sistemi integrati di welfare in grado di coniugare la domanda privata di servizi di cura con un'offerta di prestazioni qualificata e organizzata, per intervenire in maniera efficace nel rapporto tra famiglie, anziani non autosufficienti e assistenti familiari attraverso la realizzazione di *un sistema integrato di servizi* che possa garantire alle famiglie e agli assistenti familiari qualità dei servizi, facilitazioni, emersione dal lavoro nero e qualificazione. Proprio per realizzare questo sistema integrato di welfare, la Regione Toscana intende promuovere la realizzazione di azioni per la creazione di un sistema integrato di servizi sull'intero territorio regionale attraverso la valorizzazione dei servizi esistenti e la creazione e il potenziamento di nuovi sistemi di integrazione/interazione tra tutti i soggetti coinvolti.

Il programma di governo regionale della legislatura 2012-2015 alla voce "Sostegno alle famiglie" pone l'attenzione alla necessità di ripensare il sostegno regionale, riconoscendone meglio la rilevante funzione sociale delle famiglie, per il futuro della Regione, adottando una visione sull'intero "ciclo di vita" delle stesse, proprio per sopperire al sistema di welfare nazionale che dedica poche risorse al sostegno delle famiglie rispetto alle pensioni ed alla protezione socio-sanitaria. A differenza dell'Europa, in Italia non esistono politiche rivolte a tutte le famiglie con figli. Uno degli obiettivi che persegue il programma è quello di fornire maggiori sostegni all'economia domestica delle giovani famiglie: le famiglie con figli sono più esposte alle difficoltà economiche. In Toscana è povero il 12% delle famiglie, ma sale al 21% nel caso di 2 o più minori. A tal fine gli interventi regionali, con progettualità specifiche per le famiglie, sono finalizzati al sostegno economico attraverso agevolazioni tariffarie e/o erogazioni di contributi a favore delle famiglie in difficoltà con particolare riguardo a quelle numerose (con quattro o più figli), monogenitoriali, con presenza di figli minori. Gli interventi riguardano vari ambiti di riferimento quali il trasporto scolastico, la mensa scolastica, il nido d'infanzia, altri servizi integrativi ai nidi d'infanzia, i corsi comunali sportivi, di svago e/o tempo libero, i buoni acquisto testi scolastici e/o universitari, i sostegni economici per nuclei in difficoltà e altri interventi o servizi rivolti a nuclei familiari con figli.

Strategia : un sistema per l' assistenza familiare

- Conoscenza e mappatura sul territorio toscano dei soggetti pubblici e privati che offrono servizi nell'ambito dell'assistenza familiare
- Creazione di un sistema integrato di servizi sull'intero territorio regionale per le famiglie e gli assistenti familiari per garantire qualità dei servizi, facilitazioni, emersione dal lavoro nero e qualificazione
- Migliorare l'efficacia dei servizi esistenti sui territori
- Sviluppare la rete di raccordo tra soggetti pubblici e privati sui servizi alla persona
- Validare nuove soluzioni organizzative per il mercato dei servizi di cura domiciliare in grado di assicurare trasparenza e qualità sia sul versante della domanda che dell'offerta delle prestazioni
- Favorire la crescita professionale degli assistenti familiari con percorsi formativi adeguati

Attraverso le seguenti azioni:
- Attivazione corsi di formazione per assistenti familiari
- Monitoraggio, rilevazione e aggiornamento dei partecipanti ai corsi di formazione che ottengono l'attestato
- Creazione di un database dove confluiscono i dati degli assistenti familiari formati
- Messa in rete delle informazioni per la creazione di un sistema regionale per i servizi alla persona
- Sviluppo di una rete di raccordo pubblico-privato attraverso il potenziamento dei servizi esistenti sul territorio per l'agevolazione dell'incontro domanda-offerta di lavoro

Strategia: Sostegni economici alle famiglie in difficoltà

- Conoscenza e mappatura delle famiglie numerose presenti sul territorio toscano attraverso il

censimento assicurato dai Comuni
- Ricognizione e mappatura degli interventi in atto a favore delle famiglie da parte dei Comuni, SdS/Zone distretto attraverso apposita procedura on-line predisposta dalla Regione
- Sostegno economico a favore delle famiglie in difficoltà con particolare riguardo alle famiglie monogenitoriali, alle famiglie numerose (con quattro o più figli) attraverso agevolazioni tariffarie e/o erogazioni di contributi

Attraverso le seguenti azioni:
- Monitoraggio degli interventi in atto a favore delle famiglie da parte dei Comuni, SdS/Zone distretto attraverso apposita procedura on-line predisposta dalla Regione
- Rilevazione e aggiornamento delle famiglie cui sono rivolti gli interventi
- Individuazione degli interventi oggetto di agevolazione e rilevazione delle misure adottate dai Comuni, SdS/Zone distretto al fine di avere un quadro complessivo a livello regionale
- Messa in rete degli interventi per la creazione di un sistema regionale
- Analisi del quadro complessivo degli interventi a favore delle famiglie al fine di individuare un adeguato modello di omogeneità sul territorio regionale

2.2.3.5. Povertà

Contesto
La qualità sociale di una società è proporzionale al grado di crescita del *well-being* e delle capacità individuali generata dalla partecipazione delle persone alla vita sociale ed economica della comunità territoriale. La qualità sociale è intrinsecamente multidimensionale e dipende dall'interazione di quattro dimensioni: la sicurezza socio-economica e lavorativa, l'inclusione sociale, la coesione sociale e l'*empowerment* individuale (Barbera, Negri, 2008). A livello operativo un grado accettabile di qualità sociale discende dalla possibilità delle persone di trasformare i beni e i servizi in progetti di vita mirati a realizzare la loro autonomia e obiettivi dotati di valore. In quest'ottica diventa pertanto indispensabile creare le condizioni affinché le persone possano sviluppare sani stili di vita tesi ad acquisire competenze *elementari* (godere di buona salute, accrescere il proprio capitale umano, nutrirsi adeguatamente) e *complesse* (prendere parte alla vita della comunità, aumentare la propria autostima e progettualità).
La qualità sociale nelle sue quattro dimensioni chiama in causa tanto il profilo economico (mercato del lavoro, tessuto economico), quanto gli aspetti sociali (qualità delle abitazioni, istruzione e formazione, tempi e orari di vita e di lavoro, ambiente) e politici (partecipazione, dialogo interculturale, capacità di inclusione e coesione sociale). I processi che vengono chiamati in causa coinvolgono individui e attori collettivi, istanze formali e informali di organizzazione e partecipazione, nonché dinamiche tanto sistemiche quanto biografiche. Questa chiave di lettura richiede infatti un'attenta analisi della complessità del tessuto sociale necessaria quando si vogliono organizzare risposte caratterizzate dalla flessibilità (organizzativa e di sistema), dalla tempestività (rispetto ai bisogni dei cittadini) e dall'appropriatezza.
Secondo il "Dossier 2010 sulle povertà in Toscana" al primo posto, fra le problematiche emerse, con un 31,7% dei casi, quelle che toccano il lavoro (disoccupazione, sottoccupazione, sfruttamento), seguono le povertà di risorse materiali (31,3%) e la salute (10,4%, dato in notevole aumento rispetto agli anni precedenti). Sfiora il 9% dei casi la problematica legata alla casa (con una incidenza legata agli sfratti che, in pratica, è raddoppiata salendo dal 10,1 al 18,4%).
Oggi, la crisi del mercato del lavoro e dei mercati finanziari, la progressiva individualizzazione, la maggiore flessibilità dei rapporti di coppia, il venir meno dei legami di prossimità delineano un nuovo scenario all'interno del quale l'indebolimento del legame tra lavoro e beni di cittadinanza porta a configurare nuove forme di povertà-con-lavoro (*working poor*) e situazioni di vulnerabilità sociale (donne sole con figli, sovraindebitamento, basso livello di istruzione nelle famiglie, etc.) che stanno progressivamente deteriorando il clima di coesione sociale che ha caratterizzato sino ad oggi il territorio toscano.

Infatti, tutte queste evidenze concorrano a configurare nuove fragilità non così gravi da determinare bisogni di carattere assistenziale, ma tali da poter compromettere i piani di vita e i livelli di benessere acquisiti dalle persone.

Obiettivi
Conoscere e affrontare le forme di fragilità e di vulnerabilità sociale con interventi istituzionali e organizzativi di riallineamento e di interdipendenze tra le varie aree di *policy* (sociale, sanità, pari opportunità, istruzione e formazione, ambiente, abitazione, etc.)
Obiettivi:

- Sviluppare la conoscenza delle povertà e delle disuguaglianze in Toscana attraverso analisi e approfondimenti sulle condizioni di vita delle famiglie toscane
- Promuovere forme e modalità di integrazione/sostegno al reddito delle famiglie
- Favorire – in collaborazione con il settore delle politiche abitative – l'individuazione di strumenti e risorse per il sostegno agli affitti (agenzie per l'alloggio sociale)
- Individuazione di dispositivi per contrastare il sovraindebitamento delle famiglie (educazione al consumo, a corretti stili di vita, microcredito, etc.)
- Promuovere – in collaborazione con i settori delle pari opportunità e del lavoro – politiche e servizi per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro soprattutto in favore delle donne sole con figli
- Favorire lo sviluppo di capacità e competenze – in collaborazione con il settore formazione/lavoro – per le persone che vogliono rientrare nei circuiti formativi e/o per le persone che perdono il lavoro (riqualificazione professionale)
- Sostenere attività di informazione e comunicazione – in collaborazione con il settore sanitario – sui corretti stili di vita nella salute

Strategie
Le azioni e gli interventi di "cura" della povertà, dovranno riguardare, contestualmente, due livelli:
- *livello di sistema*: *agire* una maggiore integrazione tra le aree di policy al fine di integrare e ottimizzare competenze e risorse e individuare metodologie di intervento e risposte omogenee sul territorio regionale;
- *livello operativo*: misure di integrazione e di sostegno al reddito, potenziare i percorsi del microcredito e sviluppo delle capacità e delle competenze delle persone affinché possano essere messe nelle condizioni di decidere autonomamente i propri progetti di vita (empowerment) e individuare percorsi di accompagnamento e sostegno per le persone in condizioni di maggiore fragilità.

2.2.3.6. Contrasto al disagio abitativo

Contesto
La casa, per un insieme di fattori sociali ed economici, è tornata ad essere determinante nel rischio di povertà. Questo rischio si è esteso negli ultimi anni a fasce e figure sociali sino ora considerate al riparo da forme di disagio socio-abitativo.
In particolare negli ultimi tempi si è visto un incrementarsi della perdita dell'alloggio dovuto a costi dell'abitazione eccessivi rispetto al reddito percepito, ma soprattutto a causa di temporanee mancanze di questo per perdita momentanea del lavoro da parte di tutte le componenti familiari. Gli sfratti per morosità sono passati in pochi anni dal 30% del totale a oltre il 70%, mentre i casi di vendita all'asta di abitazioni per il mancato pagamento delle rate del mutuo sembrano in rapida crescita, anche se il dato è di difficile reperimento.
Al fine di superare tale problematicità, che porta molte famiglie alla perdita dell'alloggio, si è sperimentato con il progetto "Abitare il Mondo", svolto dalle "Agenzie Sociali per la Casa", l'opportunità di intervenire a favore dei nuclei in temporanea sofferenza economica con microcrediti, o nei casi più gravi con contributi, dedicati esclusivamente al pagamento degli affitti per le poche mensilità necessarie a superare il momento di crisi.

Anche tale attività si intende farla rientrare come fondamentale in quelle svolte dalle "Agenzie Sociali per la Casa", di cui nel precedente paragrafo 2.1.4.1 si è specificamente parlato in merito alla loro ufficializzazione ed interazione nel sistema di welfare regionale, e a cui si rimanda per le specifiche del caso.

Sfide
Negli anni passati si è riscontrato che il microcredito può dare ottimi risultati di superamento del periodo di crisi, sia permettendo alle famiglie di non perdere il proprio alloggio, con evidenti vantaggi sociali dati dal non peggioramento della situazione socio-economica del nucleo familiare e di cessazione del rischio di emarginazione, sia garantendo una responsabilizzazione dei nuclei familiari che hanno infatti garantito un'ottima percentuale di rientro del prestito avuto, pari a circa il 75%, garantendo così un costo contenuto dell'azione ed il mantenimento di fondi utilizzabili nei periodi seguenti.
Un altro sistema che negli ultimi anni ha dimostrato di avere un buon risultato consiste nel fornire ai proprietari di immobili una forma di garanzia a fronte della concessione dei propri immobili in affitto a prezzi ribassati rispetto al mercato.

Obiettivo
L'obiettivo che si intende perseguire, dopo aver dato vita ad una normativa che ufficializzi il ruolo e le competenze delle "Agenzie Sociali per la Casa", sulla base delle "Linee Guida" già presentate nel convegno finale del progetto "Abitare il Mondo" del 19 Maggio 2011, come già citato nel precedente paragrafo 2.1.5.1, è quello di istituire un fondo regionale destinato principalmente all'attività di microcredito rivolto alle famiglie in temporanea necessità economica, nonché di garanzia rivolto ai proprietari che concederanno i propri alloggi con contratti di affitto a canone calmierato.
Tale fondo dovrà essere costituito con apposite risorse provenienti anche dagli EELL in rete, gestito con apposita regolamentazione dalle Agenzie Sociali per la Casa, ma in stretta sinergia ed accordo con gli uffici Casa e Sociale dei Comuni. Potranno comunque essere reperite o messe a disposizione, a favore delle singole agenzie e/o della rete di queste, anche risorse proprie delle agenzie o provenienti da altri soggetti, pubblici, privati e del terzo settore.
Il tutto al fine di garantire, da una parte, un sostegno economico temporaneo alle famiglie in momentanea difficoltà, sostegno che permetta di evitare le perdite di alloggio da parte delle famiglie, e con un intervento economico sostenibile da parte degli Enti in quanto il fondo sarebbe "ricostituito", almeno in parte, dalle rate di microprestito rientranti; dall'altra parte si offrirebbe una garanzia concreta ai proprietari disposti a concedere i propri alloggi in affitto a prezzo calmierato.

Strategie
L'azione principale riguarderà l'istituzione del fondo regionale per il microprestito/garanzia, con l'apposita regolamentazione di utilizzo, soprattutto in accordo fra le Agenzie Sociali per la Casa ed i loro Comuni di riferimento, il reperimento delle risorse dagli EELL e la sua messa in funzione.
A questa si affiancherà l'altra azione, già descritta nel paragrafo 2.1.5.1, a cui si rimanda per il dettaglio, inerente la predisposizione di un sistema informatico regionale atto a monitorare l'attività delle agenzie, ma anche a garantire lo scambio di documenti e informazioni fra le varie agenzie e la messa in rete e gestione delle risorse economiche.

2.2.3.7. Violenza di genere

Contesto
Con la legge regionale n. 59 "Norme contro la violenza di genere" e con le Linee guida attuative, in Toscana sono stati individuati strumenti e modalità organizzative per realizzare un sistema di interventi per contrastare il fenomeno della violenza e alla luce delle esperienze e dei progetti realizzati sui territori negli ultimi anni ha individuato prassi innovative che comunque rispondono ad una filosofia degli interventi basata sull'integrazione dei ruoli e delle competenze, sul lavoro di

rete, sui progetti personalizzati, sulla necessità di realizzare uno sforzo costante per far emergere il fenomeno e sulla formazione congiunta e costante degli operatori.
Nell'ambito dell'attuazione della lr. è stata istituita un'apposita sezione sulla violenza nelle attività dell'Osservatorio sociale regionale e sono stati prodotti tre rapporti sulla violenza di genere in toscana (2009, 2010 e 2011) attraverso i quali è stato possibile monitorare le richieste di aiuto, in progressiva e costante crescita, delle donne vittime di violenza pervenute ai centri antiviolenza della toscana: nel 2008 il numero delle donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza è stato di 1.635, nell'annualità 2009/2010 di 1.761 e nel 2010/2011 di 1.882.
A conferma della trasversalità sociale del fenomeno, nel rapporto 2011 si rileva che le donne hanno un titolo di studio elevato (diploma e oltre), sono donne che lavorano (53%), sono donne tra i 30 e i 49 anni (60,9%), sono donne anche straniere che hanno meno di 40 anni (73,3%), sono coniugate (48,8%), sono donne che subiscono violenza fisica, psicologica ed economica dal proprio partner all'interno delle mura domestiche (61,8%), sono donne che ancora hanno molta difficoltà a sporgere denuncia (1 su 4) e quelle che maggiormente denunciano sono le vittime di stalking (45,2%). Importante e denso di significato, il dato che segnala anche in Toscana quanto le violenze siano parte integrante della vita affettiva e familiare delle donne, e anche di tutti quei bambini che vi assistono.
La letteratura sul tema, rileva che i confini del fenomeno della *violenza* variano in relazione ai cambiamenti di carattere culturale, economico e sociale che avvengono all'interno delle nostre società. La "violenza contro le donne" e la "violenza di genere" sono riferite ad una vasta gamma di abusi commessi sulle donne che hanno origine nelle disuguaglianze di genere e nel diffuso stato di subordinazione delle donne nella società rispetto agli uomini*: la violenza di genere è qualsiasi azione di violenza fondata sull'appartenenza sessuale che comporta o potrebbe comportare per le donne che ne sono bersaglio danni o sofferenza di natura fisica, sessuale o psicologica, ivi compresa la minaccia di mettere in atto simili azioni, la costrizione, la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che in quella privata*.
Le ricerche compiute negli ultimi anni dimostrano che la violenza contro le donne è endemica, presente sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo e assume vari "comportamenti": aborto e infanticidio sistematico nel caso in cui il prodotto del concepimento sia femmina (Cina, India); sterilizzazione obbligatoria (Tibet, Cina); privazione di cure e di cibo riservata a bambine e donne (Cina, paesi dell'Asia del Sud e Occidentale, dell'Africa del Nord); uccisione delle donne da parte del partner, aggressioni, stupri, molestie sessuali, matrimoni obbligati (Magreb); morti e lesioni legati alla dote (India); mutilazioni genitali (Egitto, Somalia, Ciad, ecc.).
Le vittime e i loro aggressori appartengono a tutte le classi sociali e a tutti i ceti economici. Secondo l'O.M.S., almeno una donna su cinque ha subito abusi fisici o sessuali nel corso della propria vita e gli aggressori risultano essere i familiari, i mariti e gli ex partner, seguiti dagli amici, vicini di casa, conoscenti stretti e colleghi di lavoro o di studio così come emerge, tra l'altro, anche dai dati dei rapporti dell'Osservatorio sociale regionale sulla violenza.
Tradizionalmente, ciò che accade all'interno della famiglia è stato considerato come una questione privata, ma proprio in questo contesto – quello familiare – si nasconde gran parte del sommerso della violenza (*violenza domestica*), un fenomeno che si presenta generalmente come una combinazione di violenza fisica, sessuale, psicologica ed economica che i dati toscani rilevano anche su una percentuale consistente di donne immigrate.
Numerosi sono gli organismi internazionali e i governi che sono intervenuti sul tema della violenza e della tutela delle vittime: il Consiglio d'Europa, il Parlamento Europeo e l'Organizzazione delle Nazioni Unite lo hanno reso oggetto di esplicite raccomandazioni e risoluzioni, le Nazioni Unite - in una importante risoluzione adottata nel 1993 - hanno dichiarato l'urgenza di eliminare la violenza contro le donne – in quanto violazione fondamentale dei diritti umani – al fine di garantire loro la possibilità di godere del diritto alla libertà, alla sicurezza, all'uguaglianza, all'integrità e alla dignità.
In sintesi:
- alcune forme di violenza si trovano in molte culture (stupro, violenza domestica, incesto), altre sono specifiche di alcuni contesti (mutilazioni sessuali, omicidi a causa della dote, ecc.);

- spesso la violenza agita contro le donne è una combinazione di diversi tipi di violenze (per es. nella violenza domestica sovente si sovrappongono quella fisica, psicologica, sessuale, economica e a volte spirituale);
- violenze diverse possono essere fra loro connesse: la violenza contro le/i figlie/i, ad esempio, è spesso accompagnata da violenza domestica contro la madre;
- la posizione degli uomini e delle donne rispetto a questo fenomeno non è equivalente: le donne figurano molto più spesso come vittime e gli uomini come responsabili; alcune forme di violenza vengono agite quasi esclusivamente sulle donne (stupro);
- la violenza può assumere forme diverse, accadere in molti contesti e relazioni. Un'altra questione su cui mantenere un focus di attenzione è il fenomeno della violenza in relazione alla gravidanza poiché i dati dell'OMS stimano che una donna su quattro sia stata vittima di una qualche forma di violenza proprio in questo momento particolare della sua vita.

Obiettivi

a) Migliorare la risposta di fronte alla violenza di genere

In relazione a questo obiettivo, le azioni dovranno contribuire a far si che il fenomeno della violenza evolva in senso decrescente, attraverso il miglioramento e l'implementazione dei meccanismi di risposta, di intervento, di cura e di reinserimento delle vittime attraverso l'integrazione degli interventi sanitari e sociali, che potranno riguardare le violenze perpetrate nei confronti delle fasce deboli di popolazione (donne, minori, anziani, etc.)

b) Migliorare e promuovere la conoscenza e l'emersione del fenomeno sul territorio toscano attraverso la collaborazione e il contributo di tutti i soggetti istituzionali e del privato sociale (Pronto Soccorso, consultori, Centri antiviolenza, servizi territoriali socio-sanitari, medici di base, FF.OO., Procure, etc.) che possono entrare in contatto con le vittime di violenza; tale obiettivo sarà realizzato anche in stretto rapporto con le attività dell'Osservatorio sociale regionale

c) Promuovere e sostenere azioni di sistema a livello regionale e reti di intervento territoriali attraverso cui i vari soggetti (EE.LL., SdS, Consultori, Pronto Soccorso, privato sociale, Procure, FF.OO., Centri antiviolenza ed Associazioni etc) assicurano l'assistenza e la protezione delle vittime

- Promuovere e sostenere attività di prevenzione, informazione e di sensibilizzazione sul fenomeno della violenza, anche in collaborazione con enti, istituzioni, associazioni e privati

d) Promuovere il cambiamento nel modello delle relazioni sociali: cittadinanza, autonomia ed empowerment (raccordo con LR n. 16/2009 sulla "Cittadinanza di Genere")

Obiettivo posto a lungo termine, richiede un lavoro finalizzato ad un "cambiamento nel modello delle relazioni sociali" tra gli uomini e le donne, soprattutto nell'ambito degli affetti, al fine di consolidare il diritto di cittadinanza delle donne e, contestualmente, l'emersione di un fenomeno sino ad oggi confinato soprattutto nei contesti familiari delle vittime

e) Attuazione/implementazione linee guida regionali sulla violenza e adeguamento dei Centri antiviolenza ai livelli organizzativi e funzionali in esse indicati

Azioni

a) Sicurezza: Coinvolgimento e collaborazione con le FF.OO.

b) Salute: Pronto Soccorso, Medici Legali, Specialisti, Medici di base, Pediatri, consultori (con particolare riferimento al sostegno psicologico con individuazione dei fattori protettivi della donna e del contesto e interventi di recupero psichico e cura del trauma), servizi sociali sono gli attori chiamati a concorrere alla rilevazione, all'emersione e all'assistenza delle vittime di violenza.

In tale ambito sarà assicuratal'assistenza alle vittime di violenza che si presentano al pronto soccorso attraverso un percorso riservato di accoglienza che preveda l'erogazione di cure mediche e sostegno psicologico contestualmente all'avvio delle indagini delle forze dell'ordine per l'identificazione degli autori delle violenze nel rispetto della privacy dei pazienti (progetto "Codice rosa") in stretta collaborazione con i soggetti della rete territoriale che dovranno successivamente assicurare l'accoglienza, la presa in carico e la protezione delle vittime. Sarà inoltre assicurata le rilevazione specialistica e medico legale della violenza.

c) Servizi Sociali: assicurano appropriati percorsi di accoglienza e sostegno alle donne vittime di violenza di genere e ai minori e la presa in carico.

d) Prevenzione E Informazione: Sensibilizzazione e informazione diffusa

e) Istruzione: Collaborazione dei servizi socio-sanitari, delle SdS, delle Province, delle conferenze educative zonali con la scuola.
f) Comunicazione: Attenzione al tema degli stereotipi nella comunicazione / informazione pubblicitaria, attività di formazione congiunta e integrata di tutti gli operatori che lavorano nei punti di accesso alla rete.
g) Innovazione: Individuazione di innovative modalità organizzative territoriali finalizzate all'integrazione delle risorse e degli interventi
f) Formazione: sostenere e promuovere attività di formazione congiunta
g) Coordinamento: Promuovere attraverso il ruolo assegnato alle province dalla LR. 59/2007 il coordinamento, la collaborazione e la corresponsabilità dei e fra i differenti attori
h) Monitoraggio e Valutazione delle azioni e degli interventi realizzati

2.2.3.8. Tratta

Contesto
La definizione di tratta di esseri umani attualmente accreditata a livello mondiale è quella inserita nel Protocollo addizionale della Convenzione delle Nazioni Unite firmato a Palermo nel 2000 contro la criminalità organizzata, per prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, in particolare di donne e bambini: *"Tratta di persone indica il reclutamento, trasporto, trasferimento, l'ospitare o accogliere persone, tramite l'impiego o la minaccia di impiego della forza o di altre forme di coercizione, di rapimento, frode, inganno, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità o tramite il dare o ricevere somme di danaro o vantaggi per ottenere il consenso di una persona che ha autorità su un'altra a scopo di sfruttamento. Lo sfruttamento comprende, come minimo, lo sfruttamento della prostituzione altrui o altre forme di sfruttamento sessuale, il lavoro forzato o prestazioni forzate, schiavitù o pratiche analoghe, l'asservimento o il prelievo di organi"*.
La tratta di esseri umani si caratterizza come un fenomeno molto articolato, che racchiude in sé elementi di complessità e difficoltà legate all' individuazione di adeguati strumenti per l'*emersione* delle vittime.
Le riflessioni teoriche, delle scienze sociali, degli specialisti e degli operatori del settore su questo tema, sono attualmente tese a sciogliere e ad analizzare incertezze interpretative ed operative che riguardano sia la definizione che i modelli e le prassi di intervento.
Da anni la Regione Toscana è impegnata in interventi multisettoriali sul tema della tratta di esseri umani e dello sfruttamento: progetto "Rete regionale d'intervento sociale nella prostituzione e nella tratta di esseri umani"; interventi di ricerca-azione a livello locale (progetto "Contrasto fenomeno prostituzione minorile") in un'ottica di conoscenza e approfondimento del fenomeno; a livello interregionale-transnazionale, la regione partecipa al progetto "Oltre il confine", nel quadro di un Protocollo di Intesa tra Italia e Romania relativo alla lotta contro il traffico di esseri umani con il fine di rafforzare i servizi e gli interventi di lotta alla tratta in Romania e in Italia; dal 2006 la Regione Toscana è ente proponente del progetto regionale "Nuove orme" finanziato sull'art. 13 della L. 228/2003 dal Dipartimento per Le Pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal 2011 titolare del progetto "Con-Trat-To (Contro la Tratta in Toscana)" attraverso il quale saranno messi a sistema tutti gli interventi di emersione, accoglienza e reinserimento delle vittime di tratta presenti sul territorio regionale (art. 13 L. 228/03 e art. D.lgs. 286/98).
Con quest'ultima iniziativa è stato avviato un percorso teso a pianificare e coordinare sul territorio regionale azioni di prevenzione, contrasto al fenomeno della tratta di esseri umani e del traffico di migranti, con l'obiettivo di limitarne l'espansione e favorire l'emersione delle vittime in un'ottica di tutela dei loro diritti e di supporto ai percorsi di protezione sociale. Gli interventi si sono rivolti a persone straniere vittime di tratta o di sfruttamento nel mercato del sesso, del lavoro forzato, dell'accattonaggio e delle economie illegali attraverso l'attuazione di programmi individualizzati realizzati in stretta sinergia e integrazione con i servizi socio-sanitari territoriali.
Particolare attenzione è stata rivolta anche alla costruzione/promozione delle reti territoriali dei vari soggetti che sono chiamati a operare nell'ambito degli interventi a sostegno delle vittime di tratta: province, comuni, SdS, associazioni del terzo settore, Questura, Guardia di Finanza, Procura della

Repubblica, Polizia Municipale, Carabinieri, Prefettura. In tale contesto ha anche assunto particolare rilevanza la realizzazione di interventi di formazione congiunta in cui condividere metodologie e linguaggi, prassi operative e modalità organizzative.
Tutti questi interventi hanno contribuito a far emergere un numero sempre crescente di vittime e avviato il processo di costruzione di un sistema regionale sul traffico di esseri umani. L'esigenza di un maggiore coinvolgimento degli enti locali; la necessaria integrazione del sociale e del sanitario; una corretta informazione sul fenomeno della tratta anche per acquisire conoscenza e consapevolezza del fenomeno; la diffusione dei protocolli, e dunque delle reti territoriali partecipate dai vari soggetti che sono chiamati a svolgere un ruolo per il contrasto e l'emersione del fenomeno; la valorizzazione e la condivisione delle esperienze e delle metodologie di intervento realizzate; la costruzione di un sistema informativo a livello regionale; il collegamento e la collaborazione con le altre regioni (cosa imprescindibile per gli interventi di protezione insiti nella tratta) e con le attività promosse dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sono questioni che devono trovare risposte nella realizzazione di un sistema di *governance* regionale.

Sfide
Assicurare la tutela dei diritti di *cittadinanza* alle vittime del traffico di esseri umani attraverso la costruzione di un sistema di *governance* sulla tratta che assuma a livello regionale la programmazione e il monitoraggio degli interventi e che sia fondato sulla valorizzazione del dialogo, sull'attivazione di relazioni sistematiche con le altre regioni, con il DPO, con gli operatori dei servizi socio-sanitari territoriali, le SdS, le Province, il terzo settore, le FF.OO, le Procure, le Prefetture, le associazioni datoriali e le Direzioni Provinciali del lavoro al fine di garantire la condivisione di linguaggi, l'omogeneità e l'integrazione degli interventi e la promozione di un lavoro di rete territoriale.
Nel quadro della costruzione del sistema regionale sulla tratta e in relazione agli interventi che sinora si sono indirizzati alle vittime del traffico di esseri umani gli obiettivi saranno dunque strettamente connessi alle azioni e agli strumenti che si intendono realizzare avvalendosi un ufficio di coordinamento *ad hoc*.

Obiettivi
a) Informazione, comunicazione, sensibilizzazione
b) Prevenzione, Emersione, Accoglienza, Sostegno e reinserimento sociale e lavorativo
c) Sistema informativo regionale (osservatorio/raccolta dati)
d) Formazione: mirata, multi agenzia, inter-regionale
e) Promozione/implementazione reti territoriali (provinciali)
f) Implementazione/coinvolgimento "particolari soggetti" (sindacati, DPL, etc.)

Azioni
a) Piano di azione/Linee guida regionali (omogeneità degli interventi)
b) Tavolo interistituzionale
c) Protocollo regionale (buone prassi)
d) Formazione operatori (percorsi di studio/aggiornamento e professionalizzazione anche multiagenzia)
e) Informazione e comunicazione (per target)
f) Analisi e ricerca (conoscenza del fenomeno e raccolta dati)
g) azioni proattive multi-agenzia, in particolare con le forze di polizia, volte all'identificazione delle possibili vittime di tratta e grave sfruttamento

Strumenti
a) Help line nazionale (800 290 290)
b) Progetti su bandi ministeriali
c) Unità mobili e di contatto
d) drop-in e sportelli di ascolto, valutazione e orientamento
e) azioni per l'accoglienza in emergenza (case di fuga)

f) interventi e percorsi di accoglienza (programmi e strutture ad hoc)
g) mediazione culturale e sociale

La realizzazione degli interventi sul fenomeno della tratta di esseri umani hanno a riferimento il territorio regionale. Per la loro attuazione risulta indispensabile il contributo delle SdS e delle zone socio-sanitarie quali contesti in cui realizzare la programmazione, l'integrazione socio-sanitaria, le attività mirate di informazione e sensibilizzazione e il coordinamento degli interventi in stretta collaborazione con i soggetti del privato sociale. Alle Province è riservato il ruolo di coordinamento dei soggetti della rete, la formazione e il reinserimento lavorativo.

2.2.4. Le risposte alla condizione carceraria

Contesto
La Toscana è una regione ad alta incidenza penitenziaria, stante il numero di Istituti penitenziaria presenti sul territorio. Vi si trovano infatti 18 strutture per detenuti adulti (12 Case Circondariali, 5 Case di Reclusione e 1 Ospedale Psichiatrico Giudiziario), e 2 strutture per detenuti minorenni (1 maschile ed 1 femminile). Gli Istituti penitenziari sono distribuiti sul territorio regionale nell'ambito di competenza di undici Aziende USL, interessando quindi la quasi totalità della Aziende sanitarie stesse (11 su 12), in ognuna di esse insistono da 1 a 3 istituti. Presso la Casa Circondariale di Pisa è presente, tra l'altro, il Centro Diagnostico Terapeutico (o Centro Clinico) in grado di accogliere detenuti di media e di alta sicurezza per un totale di 72 posti. Per quanto riguarda il numero complessivo delle presenze, significativo è il dato riferito alla popolazione penitenziaria adulta; a fronte di una capienza regolamentare teorica di 3230 posti, vi si trovano recluse, al 30 settembre 2011, 4429 persone, delle quali solo 2736 con condanna definitiva e 34 minori, e quindi con diritto all'inserimento in percorsi sociali. Il sovraffollamento degli Istituti richiede un'elevata attenzione da parte del servizio sanitario e rende più difficile la possibilità di creare un sistema di aiuto socio-sanitario delle persone detenute, verso le quali si assiste anche all'impossibilità dell'azione sociale, per la quota di persone prive di sentenza definitiva. A ciò si aggiunge la mancata comunicazione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria Regionale della Toscana, a cui fanno capo gli Istituti per detenuti adulti, della nuova destinazione degli Istituti, ovvero che tipologia di detenuti dovrebbero accogliere questi, essenziale per poter organizzare il territorio a creare progetti sociali di reinserimento, e la fatiscenza, in alcuni casi, delle strutture stesse, con presenza di attrezzature obsolete. Questo rende da un lato alto il rischio sanitario e dall'altro non possibile impiantare progetti formativi e/o lavorativi interni, quest'ultimo problema dato anche dalla scarsità di personale penitenziario che stante la loro regolamentazione interna, non è a disposizione per l'accompagnamento delle persone detenute ad attività lavorative, culturali, sociali o altro.
Ciò nonostante nel 2010, con lo scopo di cercare di tracciare le intese istituzionali sugli argomenti essenziali legati al carcere, la Regione ha firmato con il Ministero della Giustizia, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria ed il Centro per la Giustizia minorile, cinque Protocolli di Intesa (approvati dalla Giunta regionale con delibere 1153/2009 e 67/2010), al fine di razionalizzare l'attività di sostegno ed in attuazione del DPCM del 1° Aprile 2008, concernente "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" e del documento concernente "*Linee guida in materia di inclusione sociale a favore delle persone sottoposte a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria*", approvato il 19 Marzo 2008 dal Ministero della Giustizia e dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome.
Il passaggio delle competenze in materia di sanità penitenziaria, dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, è stato realizzato secondo quando previsto dal DPCM del 1° aprile 2008 mediante il trasferimento dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e delle funzioni sanitarie destinate a garantire i livelli essenziali di assistenza a favore delle persone detenute. Il confronto costante con le altre regioni ha favorito la condivisione delle problematiche legate al processo di trasferimento, anche attraverso la partecipazione ed il coordinamento dei gruppi tecnici interregionali nonché dei sottogruppi della Commissione Stato-Regioni/Conferenza

Unificata. Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (punto 5.6.2.7 "La salute in carcere", punto 5.6.2.1 "Salute mentale in carcere e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario") e anche il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 (punti 6.7 "Gli interventi per le persone soggette a misure dell'autorità giudiziaria", 7.12 "La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze" – "Linee d'intervento in ambito penitenziario", 7.13 "La tutela della salute mentale", cap. 3 "Salute mentale e carcere", 7.16 "Il carcere e la salute") danno ampia testimonianza della forte volontà da parte della Regione Toscana di inserire a pieno titolo la salute in carcere nell'ambito della sanità regionale, nel rispetto della L.R. 64/05 che prima e unica in Italia stabilisce che il cittadino detenuto ha gli stessi diritti di salute di quello libero.
In Toscana, allo scopo di facilitare e sostenere il passaggio delle funzioni, sono stati istituiti progressivamente organismi e gruppi di supporto al coordinamento regionale in materia di sanità penitenziaria (DGR 759/2007, DGR 693/2008, decisione GR n. 57/2008, DGR 644/2010). Sono stati finanziati interventi in materia di implementazione della strumentazione e delle attrezzature (DGR 1307/09) ed è stato assicurato l'acquisto di materassi destinati agli Istituti penitenziari posti sul territorio regionale (DGR 1112/2009) nonché il servizio per la loro sanificazione. Sono stati previsti incentivi per misure alternative alla detenzione, nell'ambito delle attività che interessano i Sert (DGR 848/2010), interventi per la prevenzione del disagio psichico e del rischio suicidario negli Istituti penitenziari della Toscana e nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino (di seguito OPG) (DD 583/10)n nonché interventi per la progettazione coordinata per la salute in carcere (DGR 805/2010 - linea progettuale n. 6).
Il personale - Per quanto riguarda il passaggio del personale sanitario transitato dal Ministero della Giustizia al SSN, è stata adottata dalla Giunta regionale la delibera n. 784 del 30 agosto 2010, avente per oggetto "Linee di indirizzo per la definizione dei rapporti di lavoro nel SSN del personale operante negli istituti penitenziari"; tale percorso, di rilevante complessità richiede specifiche interpretazioni di ordine giuridico ed amministrativo, finalizzate alla corretta applicazione dei rapporti di lavoro, al rispetto della normativa nazionale ed europea in materia di orario di lavoro, a garanzia della qualità della prestazione medica, nonché della prevenzione e sicurezza del lavoro. Le 365 unità di operatori sanitari in servizio nel 2008, risultano aumentate del 6% passando così a 387 unità nel 2010, ma soprattutto è stato registrato un incremento del numero delle ore assicurate mensilmente, che sono passate da 33.423 a 38.425 (+ 5.002 pari a + 15%); in particolare per quanto riguarda le singole professionalità, nel triennio 2008-2010 sono state rilevate le seguenti variazioni:

- per quanto riguarda i medici si registra una sostanziale continuità nel numero dei professionisti, che risultano diminuiti di una sola unità, ma si rileva un certo incremento delle ore mensili prestate (+156 pari ad un incremento dell'1 %);
- per quanto riguarda gli psicologi invece si rileva una diminuzione significativa in termini di unità, perché passano da 25 a 19, per contro però vi è stato un incremento delle ore mensili prestate (+13 pari ad un incremento dell'1,5 %);
- il settore infermieristico fa registrare l'incremento più marcato, infatti il numero dei professionisti passa da 149 a 177 unità (+28 pari ad un incremento del 18,8%) ed il numero delle ore mensili prestate passa da 15.843 a 19.483 (+3.640 pari a un incremento del 23% circa);
- il personale tecnico fa registrare una sostanziale continuità nel numero dei professionisti, che risultano invariati nel numero delle unità, ma evidenzia un certo incremento delle ore mensili prestate (+186 pari ad un incremento del 19,4 %);
- il personale ausiliario risulta diminuito di una sola unità, ma con un incremento sostanziale delle ore mensili prestate (+747 pari ad un incremento del 541 %);
- il personale OSS risulta incrementato in termini di unità (+ 2) e di ore mensili prestate (+ 260).

Complessivamente la situazione del personale risente delle posizioni ancora non definite a livello nazionale legate all'inquadramento e si inserisce pienamente nel contesto organizzativo e programmatorio aziendale, orientato verso l'analisi dei costi e la crescente qualità degli strumenti per la valutazione dei risultati che sono in corso di affermazione.

Le prestazioni specialistiche - In merito alla distribuzione delle prestazioni specialistiche, le informazioni rilevate dalla reportistica prevista dal monitoraggio dell'attuazione del DPCM 1.4.2008

consentono di esprimere osservazioni di tipo macroanalitico; l'implementazione del sistema informativo e l'introduzione della cartella socio-sanitaria informatizzata per la gestione dei pazienti detenuti, di prossima introduzione negli istituti della Toscana in attuazione della DGR 196/2011, potrà dare interpretazioni maggiormente articolate attraverso l'incrocio dei dati emergenti dagli effettivi servizi erogati, con quelli delle prescrizioni e dei relativi esiti diagnostici.
La reportistica disponibile relativa ai dati del 2010, consente di osservare i valori relativi alle singole discipline specialistiche suddivise per istituto penitenziario, dalla quale emerge che la distribuzione di tali discipline risulta aumentata rispetto al 2009, ed assicura un'elevata copertura su alcune discipline prevalenti, quali la psichiatria (presente nel 94,5% istituti), odontostomatologia (presente nel 72% degli istituti), malattie infettive (presente in 11 istituti), dermatologia (presente nel 61% degli istituti), cardiologia (presente nel 55% degli istituti), oculistica (presente nel 50% degli istituti), otorinolaringoiatria (presente nel 50% degli istituti), ortopedia e traumatologia (presente nel 39% degli istituti), chirurgia generale (presente nel 28% degli istituti), radiodiagnostica (presente in 28 istituti), ostetricia e ginecologia (presente in 3 istituti, corrispondente al 16,7% degli istituti), neurologia (presente nel 16,7% degli istituti), urologia (presente nel 11% degli istituti), medicina fisica e riabilitazione (presente nel 11% degli istituti), chirurgie plastica, vascolare, endoscopica digestiva, neurochirurgia (presente in 1 istituto), pneumologia, oncologia, radioterapia e nefrologia (presente in 1 istituto).

I locali - Per quanto riguarda i locali ad uso sanitario, la Giunta regionale in data 13 dicembre 2010 ha recepito, con la delibera n. 1063, le comunicazioni del Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, relative agli ambienti adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile della Toscana. Detta delibera è stata trasmessa alle Aziende USL territorialmente competenti unitamente allo schema di convenzione approvato in Conferenza Unificata il 29 aprile 2009 (Rep. n. 29/CU), da utilizzare per la firma dei relativi accordi tra i Direttori Generali delle Aziende USL e i Direttori degli Istituti penitenziari. Dall'apposita ricognizione effettuata a livello regionale, risulta che il passaggio dei locali è stato regolarmente effettuato laddove ricorrono le condizioni di accettabilità di presa in carico degli stessi.
Alcune Aziende USL (4 Aziende su 11) non hanno potuto procedere alla stipula delle convenzioni per il passaggio dei locali, a causa delle condizioni dei locali stessi, che non sono a norma e versano in situazioni di pericolo sia per i pazienti/detenuti che per i lavoratori/sanitari. La messa a norma richiede interventi d'urgenza, di entità varia.
Pertanto, per gravi problemi legati alla sicurezza, non sono state stipulate le convenzioni relative al passaggio di locali in cui sono state riscontrate gravi condizioni strutturali ed impiantistiche; tali condizioni, di fatto non hanno consentito la presa in carico da parte di quattro Aziende USL.
Considerato che i locali sono ceduti in comodato gratuito alle Aziende USL dall'Amministrazione della Giustizia, che di fatto ne mantiene la titolarità, spettano ad essa i lavori straordinari per consentire l'idoneità degli stessi.
Per sopperire a tale criticità, è stato avviato a livello regionale il percorso istituzionale, in accordo con il PRAP, affinché le Az. USL eseguano i lavori essenziali, anticipando le spese, destinate ad essere successivamente reintegrata dal PRAP che si fa carico, come previsto dalla legge, dell'intervento.

Le attrezzature - Il passaggio delle attrezzature sanitarie, degli arredi e dei beni strumentali inerenti le attività sanitarie svolte negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile, risulta regolarmente effettuato da tutte le Aziende USL competenti territorialmente che hanno effettuato la verifica della strumentazione sanitaria trasferita, validato quella idonea, collaudato o certificato quella parzialmente idonea e invalidata quella da dismettere rimasta in carico all'Amministrazione Penitenziaria. Sulla base di tale verifica è stato realizzato il monitoraggio sullo stato effettivo di tali materiali, in considerazione del quale la Giunta regionale ha approvato la deliberazione n. 1307/2009, seguita dalla deliberazione 149/2010 e dal decreto dirigenziale n. 1443/2010, che hanno consentito, oltre a prendere atto del trasferimento ai sensi del DPCM 1.4.2008, anche di finanziare gli interventi a sanatoria sulla strumentazione sanitaria in questione da migliorare.

2.2.4.1. La salute in ambito penitenziario

Sfide

Dopo il passaggio delle competenze, è indispensabile favorire il processo di miglioramento della sanità penitenziaria, con l'obiettivo di evoluzione verso il concetto globale di salute in carcere, basato sul concetto di salute, intesa non soltanto come assenza di malattia, ma come completo stato di benessere fisico, mentale e sociale. In questo senso la promozione della salute non rappresenta un esclusivo compito dell'organizzazione sanitaria bensì è il risultato di scelte politiche ed istituzionali coordinate e condivise con l'Amministrazione Penitenziaria, che determinino una particolare attenzione all'ambiente, ai luoghi di vita, alla formazione, al lavoro, alle relazioni e a tutte i fattori che più in generale possono migliorare le condizioni di vita della popolazione detenuta.

L'indagine condotta un anno fa dall'Osservatorio per la salute in carcere coordinato dall'ARS (Agenzia regionale di sanità) su 2.985 detenuti (cioè il 71,6% del totale dei detenuti toscani, che allora risultavano essere 4.169, mostra che il 73% dei detenuti negli istituti toscani è affetto da almeno una patologia. Dall'indagine risulta che i detenuti europei e nordafricani sono in genere più sani di quelli italiani, principalmente per la loro giovane età (in media sono più giovani di 10 anni). Il 27% dei detenuti sono sani, il 39,8% ha una diagnosi solo internistica, l'8% solo psichiatrica, il 25,2% internistica e psichiatrica insieme.

Nonostante la giovane età dell'intera popolazione detenuta (età media 38 anni), la richiesta sanitaria risulta essere molto forte e caratterizzata da tre grandi temi: salute mentale, disturbi dell'apparato digerente e malattie infettive e parassitarie. In particolare, la salute mentale dei detenuti risulta compromessa da disturbi legati al consumo di droghe (12,7%) e disturbi di tipo nevrotico (10,9%), spesso associati a reazioni di adattamento connesse con l'inserimento in ambiente penitenziario. A queste malattie vanno associati i numerosi tentati suicidi che rappresentano un'emergenza per il sistema penitenziario, con valori di gran lunga superiori a quelli riferiti alla popolazione generale: 4% in carcere, 0,006% fuori. Il 10% ha alle spalle almeno un episodio di autolesionismo. Più alta tra i detenuti anche l'incidenza di tubercolosi: 0,4% in carcere, 0,006% fuori.

Allo scopo di garantire il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione detenuta negli Istituti penitenziari della Toscana si delineano scelte articolate su vari fronti, orientate in primo luogo attraverso un nuovo modello organizzativo di programmazione nell'ambito della sanità penitenziaria, basato sulla semplificazione degli organismi deputati alla gestione delle funzioni regionali e sul consolidamento della collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, nel rispetto di compiti e ruoli di ciascuna Istituzione, allo scopo di mettere a fattore comune le risorse e cogestire le problematiche emergenti.

Risulta inoltre indispensabile definire i livelli essenziali di assistenza che costituiscono i servizi sanitari erogabili all'interno dei Presidi sanitari territoriali penitenziari delle Aziende USL, introdurre i modelli organizzativi caratterizzanti il SSR, con la stabilizzazione del personale sanitario come appartenente al SSR, la formazione del personale sulle regole del sistema sanitario e del sistema penitenziario, l'accreditamento delle strutture, la garanzia del criterio di equità tra popolazione libera e ristretta attraverso il rispetto dei LEA e dell'accessibilità ai servizi del SSR.

Ma la sfida più grande è quella del governo dei determinanti di salute non sanitari all'interno degli Istituti penitenziari che passa inevitabilmente dalla risoluzione del problema del sovraffollamento e dall'adeguamento qualitativo e quantitativo degli Istituti penitenziari oltre che a rendere finalmente operativa la mission costituzionale della riabilitazione della pena.

Emerge inoltre la necessità di:

- prevenire e contrastare l'emergenza sanitaria per alto rischio di contagio da malattie infettive, presenza di stati di abuso e dipendenza da fumo e da sostanze stupefacenti, insorgenza di disturbi di natura psichica e nevrotica, assenza di stili di vita e di prevenzione finalizzati al mantenimento dello stato di salute;

- "superare" la struttura dell'OPG, attraverso un percorso graduale da condividere con l'amministrazione penitenziaria e con il territorio in una logica incentrata sull'individuo e sulle sue potenzialità residue.

Obiettivi

- Consolidamento integrazione tra Sistema sanitario regionale e Amministrazioni della Giustizia anche attraverso la maturazione di una diversa cultura condivisa all'interno del carcere;
- Applicazione all'interno delle strutture carcerarie del modello organizzativo territoriale in un ottica che garantisca ai pazienti reclusi gli stessi diritti di quelli liberi, in linea con la L.R. 64/2005.
- Classificazione dei Presidi Sanitari Territoriali Penitenziari e individuazione dei livelli essenziali di assistenza da erogare sulla base della loro classificazione;
- Attivazione e consolidamento di un sistema di monitoraggio sistematizzato, anche in considerazione del fatto che la sanità penitenziaria è stata inserita nei LEA;
- Conduzione e sostegno del piano per il superamento dell'OPG e per la riabilitazione psicosociale dei pazienti, attraverso un progetto di lungo periodo che preveda step procedurali condivisi con i Dipartimenti di salute mentale territoriali e con l'Amministrazione penitenziaria, garantendo ai pazienti percorsi definiti e personalizzati nonché un costante sostegno e monitoraggio anche quale garanzia del reinserimento sociale.

Azioni

Rendere solido, misurabile, comparabile e sostenibile, il modello organizzativo della sanità/salute penitenziaria all'interno del SSR, rappresenta un elemento imprescindibile per garantire la tutela della salute della popolazione detenuta negli istituti penitenziari della Toscana. La sostenibilità è legata alla ricerca dell'equilibrio tra i fattori: economico, qualitativo, organizzativo; i fattori qualitativi e organizzativi rappresentano le aree di miglioramento del sistema da raggiungere attraverso una serie di azioni la cui realizzazione può consentire un miglioramento dell'efficienza, efficacia, qualità e produttività dei servizi sanitari erogati, anche ad isorisorse ed eventualmente con incrementi sostenibili legati alla qualità dei servizi stessi. Le azioni da realizzare si riferiscono a due macro strategie caratterizzate prevalentemente dai fattori organizzativi o dai fattori qualitativi.

Azioni caratterizzate da fattori organizzativi:

- semplificazione e riorganizzazione degli organismi di gestione della sanità penitenziaria, anche alla luce del grado di maturazione raggiunto dal sistema rispetto agli anni passati;
- introduzione delle soglie organizzative e classificazione dei Presidi Sanitari Territoriali Penitenziari attraverso un'interfaccia con il Sistema Penitenziario sui servizi erogabili e sostenibili; l'obiettivo è quello di uniformare i modelli organizzativi dei Presidi Sanitari Penitenziari e ricondurre a parametri standard l'erogazione dei servizi sanitari interni, al fine di rendere misurabili, comparabili e valutabili le attività di ogni Presidio all'interno della rete toscana; per ottenere questo risultato è necessario individuare i livelli di assistenza standard per Presidio in modo da arrivare alla classificazione della rete;
- consolidamento del protocollo operativo per la presa in carico sanitaria dei minori e dei giovani adulti, sottoposti a procedimento penale, disposto con carattere di urgenza dall'Autorità Giudiziaria Minorile, da condividere con i Centri di Giustizia Minorile competenti negli ambiti di Firenze e di Pontremoli (MS);
- definizione di procedure condivise con le Aziende USL e con l'amministrazione penitenziaria, per individuare con tempestività i bisogni dei detenuti, garantire il monitoraggio e la sorveglianza dei segnali indicatori del rischio di suicidio.

Azioni caratterizzate da fattori qualitativi:

- introduzione della cartella socio-sanitaria informatizzata per la gestione dei pazienti detenuti , allo scopo di reperire in modo sistematico dati sanitari da utilizzare anche ai fini LEA, secondo un modello condiviso a livello nazionale;
- attivazione di un percorso di formazione professionale e integrata diretta al personale sanitario a quello dell'amministrazione penitenziaria e a agli stessi detenuti da avviare ad attività

lavorative su argomenti chiave da individuare in sinergia con le Aziende USL e con l'amministrazione penitenziaria;
- sviluppo dell'assistenza psicologica, con interventi specifici sul disagio psichico;
- creazione di una rete d'informazione e sostegno in ambito carcerario;
- intervento del Centro di gestione rischio clinico regionale anche all'interno del carcere, per approfondire gli eventi avversi che si verificano nelle strutture sanitarie delle carceri e individuare eventuali azioni di miglioramento della sicurezza dei pazienti;
- introduzione della Carta dei servizi sanitari - adottata in tutte le Aziende sanitarie – anche all'interno del carcere;
- introduzione della sanità di iniziativa all'interno degli Istituti penitenziari;
- introduzione della telemedicina all'interno del carcere: tele-diagnosi, tele-assistenza, telesoccorso, video-tele-consulto;
- predisposizione di linee guida per la gestione degli interventi di igiene ambientale per la sanificazione dei letti e di messa a norma degli impianti dei locali sanitari;
- integrazione protocollo d'intesa per la realizzazione di interventi finalizzati alla messa a norma degli impianti dei locali sanitari;
- avvio attività di monitoraggio da parte del MeS (indicatori monitoraggio e valutazione performance) allo scopo di valutare la capacità del servizio sanitario toscano di erogare servizi appropriati, in linea con i bisogni della popolazione penitenziaria individuati attraverso obiettivi e indicatori di salute;
- avvio studio epidemiologico ARS sistematizzato attraverso indicatori significativi da condividere con le aziende sanitarie;
- coordinamento e verifica del percorso regionale per il superamento dell'OPG di Montelupo Fiorentino, in stretta sinergia con le Aziende USL, le altre Regioni e l'Amministrazione Penitenziaria, mediante interventi di
  - breve periodo, con progetti individualizzati per la presa in carico dei pazienti dimissibili residenti in Toscana, dai servizi territoriali;
  - medio periodo, con il rientro degli internati nelle Regioni di provenienza;
  - lungo periodo, con il completamento del percorso del piano di dimissioni attraverso il potenziamento e il pieno utilizzo di strutture intermedie per misure di sicurezza non detentive o ad alta intensità assistenziale e la costituzione di un sistema di intervento dei Servizi di salute mentale, in grado di evitare il ricorso alla misura di sicurezza detentiva e facilitarne la trasformazione in misure attuabili con regime di libertà vigilata.
- attivazione di un percorso protetto per le detenute madri che tenga conto della situazione di fragilità di madre e figlio.

2.2.4.2. Sostegno al reinserimento

Sfide

Sulla base dei protocolli d'intesa con il Ministero della Giustizia e con i suoi uffici periferici nel Gennaio 2010 (DGR 1153/2009 e 67/2010), relativi al recepimento degli Accordi approvati in Conferenza Unificata in attuazione del DPCM 1° aprile 2008 e del documento concernente "*Linee guida in materia di inclusione sociale a favore delle persone sottoposte a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria*", approvato il 19 Marzo 2008 dal Ministero della Giustizia e dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome, nonchè di altre attività di razionalizzazione e supporto al sistema avviate nel periodo 2006 – 2010, nel quinquennio precedente sono state avviate varie azioni, fra cui in particolare la messa a regime del Polo Universitario Penitenziario, l'inizio del percorso per la costituzione di un Istituto a custodia attenuata per madri aventi figli di età inferiore ai 3 anni, i bandi per l'inserimento socio-lavorato delle persone detenute ed ex-detenute, la sperimentazione, tramite bando, di figure educative sperimentali degli EELL che entrassero in relazione con gli istituti penali e la rete territoriale poi conosciute come "educatore-ponte", la creazione di un sistema di monitoraggio della spesa sociale degli EELL dedicata all'ambito carcere.

Questi percorsi, avviati, restano comunque da completare, e nel caso degli ultimi due menzionati, da portare a regime.

Obiettivi

Nonostante le criticità fin qui riscontrate, ambiziosi rimangono gli obiettivi che la Regione si prefigge e che possono essere così riassunti:

- Come primo obiettivo puntiamo al superamento della fase sperimentale e la messa a regime delle figure educative sperimentali degli EELL che entrano in relazione con gli istituti penali e la rete territoriale, conosciute come "educatore-ponte". Stante gli ottimi risultati ad oggi conseguiti in questa sperimentazione, confortata sia dai numeri, dai riscontri avuti con i soggetti beneficiari, che dall'attenzione posta su questa figura dagli EELL e dall'Amministrazione Penitenziaria, si ipotizza possibile puntare nei prossimi 5 anni alla definizione dettagliata della figura con un inquadramento nelle attività degli Enti interessati. Sarà essenziale stabilire e condividere con gli Enti interessati, che, essendo una figura di rete vera e propria, le responsabilità ed i costi gestionali dovranno essere a carico di tutti gli Enti della rete, così come sono ad oggi i vantaggi. Fatto ciò sarà possibile iniziare la fase di immissione della figura nei vari territori regionali. Si ritiene fondamentale la messa regime di una figura di "operatore-ponte" al fine di garantire al razionalizzazione delle risorse messe a disposizione dalla rete territoriale anche al fine di implementare il numero, la qualità ed i risultati dei percorsi sociali, formativi, culturali e lavorativi attualmente presenti.
- Altro obiettivo è la messa a regime di un sistema di monitoraggio sistemico della spesa sociale carceraria degli EELL, corredata di un indice valutatorio delle azioni e dei risultati conseguiti; è un obiettivo particolare da raggiungere, in quanto verte sulla spesa di Enti di varia tipologia e con canali di contribuzione e risultati finali estremamente disparati. Ci si prefigge di costruire un sistema, in condivisione con gli EELL, che permetta di conoscere meglio la realtà affrontata ed i risultati conseguiti, conoscenza oggi molto frammentata, al fine di creare uno strumento che gli Enti possano utilizzare per indirizzare meglio le loro azioni ed i loro finanziamenti, così da proporre una offerta sociale, formativa, culturale e lavorativa più vicina alle reali necessità delle persone detenute ed ex-detenute, e che ne possano coinvolgere un numero maggiore.
- Come ulteriore obiettivo la Regione perseguirà nei prossimi anni la creazione di un Istituto a custodia attenuata per madri aventi figli di età inferiore ai 3 anni; questo al fine non solo di adempiere al nuovo atto normativo, ma per il benessere dei figli delle madri detenute, attualmente vittime incolpevoli ed inconsapevoli, ma costrette a subire la detenzione al pari del loro genitore e di cui si vuole evitare tale situazione creando un luogo adatto alla loro vita.

Strategie

Si elencano qui di seguito alcune delle azioni da perseguire nel corso del presente Piano:

- sostegno alle azioni di inserimento socio-lavorativo, formativo e/o culturale delle persone detenute ed ex-detenute;
- messa a regime del Polo Universitario Penitenziario;
- messa a regime di un sistema di monitoraggio delle presenze di minori soggetti a misure penali negli Istituti e nelle Comunità della Toscana, dato ad oggi sfuggente, da realizzarsi assieme al Centro per la Giustizia Minorile e al Centro regionale di documentazione su infanzia e adolescenza – osservatorio regionale minori;
- realizzazione di misure finalizzate a garantire il recupero della cultura della legalità e ad accompagnare i percorsi di inclusione socio-lavorativa, quali il sostegno formativo, culturale, sociale e lavorativo adattato alle loro esigenze, per fascia di età e caratteristiche; inoltre su questo punto si vuole sottolineare l'orientamento fortemente educativo, incentrato sul recupero della legalità, che deve improntare tutte le azioni rivolte ai minori sottoposti a provvedimenti restrittivi, per cui si privilegia lo strumento della mediazione

penale minorile con l'obiettivo di individuare soluzioni organizzative funzionali alla diffusione delle esperienze già presenti;

- messa a regime di una figura di "operatore-ponte" il cosiddetto "educatore-ponte", per il quale si intende portare a termine la progettualità sperimentale avviata con i bandi precedenti, e procedere ad una sperimentazione mirata, basata sulle indicazioni ed i risultati ad oggi conseguiti, su un numero limitato di territori pilota sulla base di uno schema di inquadramento, funzionamento e gestione della figura concordato fra la Regione, le Province, i Comuni sede di carcere, ASL e gli uffici del Ministero della Giustizia;
- creazione di un sistema di monitoraggio stabile procedendo alla creazione di una griglia di monitoraggio e valutazione stabile, preparata dalla Regione in sinergia con l'Osservatorio regionale carcere, da sottoporre alla verifica ed alla prova degli EELL, che permetta un sistema di monitoraggio continuo con un flusso di dati costante verso un database regionale che permetta un'analisi generale della progettualità, ma anche specifica per singolo progetto o territorio a seconda della matrice di ricerca scelta.

2.3. Prendersi cura

Quando i problemi di salute diventano una realtà presente, con tutte le conseguenze sulla vita e sull'autonomia, è necessario che il sistema dei servizi si muova in modo efficace e rapido, con l'obiettivo d costruire una rete a difesa della persona e della sua famiglia. Il lavoro necessariamente coinvolge un'equipe integrata, di cui il primo a far parte attiva è l'utente stesso, capace di muoversi in modo dinamico sui bisogni della persona e di realizzare interventi integrati, personalizzati e continui nelle varie fasi del percorso.

2.3.1. Garantire la continuità attraverso i percorsi integrati

Contesto
Nel sistema sanitario vengono erogate prestazioni di alta complessità tecnologica, professionale e organizzativa.
Occorre evitare che il paziente sia costretto a ricomporre il proprio percorso di cura, perché in questo caso viene meno la presa in carico complessiva del problema di salute presentato, ed è alto il rischio di inappropriatezza ed inefficienza nel percorso.
Un percorso frammentato può compromettere l'efficacia globale delle cure e rende in pratica inattuabile la condivisione con il paziente della strategia complessiva dell'intervento terapeutico: possibile solo attraverso una forte continuità fra le varie fasi del percorso stesso.
Per favorire l'offerta di percorsi di cura integrati, deve essere implementato un modello gestionale orientato sui flussi del paziente,
Questo modello sviluppa proprie linee di ricerca e didattica, favorendo la creazione di competenze di team building e team working.
Vengono implementate modalità diversificate di interazione multidisciplinare in base a caratteristiche proprie del servizio:

- Servizi di emergenza;
- Centri organizzativi ad alta specializzazione e di coordinamento forte di strutture operative per servizi con omogeneità della linea produttiva, alti volumi ed autonomia gestionale;
- Percorsi diagnostico – terapeutici che integrano le risorse tecniche e professionali necessarie alla continuità di svolgimento del processo di cura. Gli elementi per la definizione dei percorsi prioritari sono: alta criticità/complessità, alto costo, alto volume.

2.3.1.1. La lotta ai tumori

Contesto
Il sistema a rete definito dall'ITT si è consolidato nel corso degli anni con la diffusione di un modello organizzativo comune (accoglienza, gruppi oncologici multidisciplinari) e di procedure condivise (raccomandazioni cliniche) con importanti risultati in termini di offerta omogenea e di qualità verificata con specifici indicatori di percorso assistenziale. Nello stesso contesto si è sostenuto un forte impegno nel settore della ricerca oncologica con l'avvio della costruzione di un laboratorio *core* dell'Istituto ed il finanziamento, con cadenza annuale, di progetti in questo settore Accanto ad interventi di valorizzazione della rete con diffusione territoriale dei servizi di oncologia si sono potenziate infrastrutture e services quali il Centro di Coordinamento delle Sperimentazioni Cliniche (con la prospettiva di creare una struttura per la fase I), il Call Center Oncologico ed il collegamento settimanale in Multivideoconferenza dei professionisti di tutte le Aziende. In questa ottica viene riaffermato il ruolo dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica quale struttura di coordinamento degli interventi di prevenzione e di riferimento per le azioni di valutazione epidemiologica e di sorveglianza connesse alla estensione Regionale del Registro Tumori. L'insieme di queste azioni ha fatto crescere nel confronto nazionale il peso della Rete

Toscana che ha ricevuto precisi riconoscimenti per quanto riguarda la sua istituzionalizzazione (Bocconi – Oasi) e la sua operatività (Piano oncologico Nazionale).

Sfide

L'istituto Toscano Tumori intende, attraverso la piena valorizzazione del modello a rete, dare risposte alle domande più pressanti del paziente oncologico e della sua famiglia (sono nel posto giusto? Ci sono terapie più nuove? Sono coinvolti tutti gli specialisti?). La sfida che ITT coglie è quella di superare attraverso la rete le principali criticità dell'oncologia, quali le disequità negli accessi, l'inadeguata strutturazione della multidisciplinarietà, le incertezze (anche comunicative) sulla tempestività e appropriatezza, la sostenibilità economica, la frequente mancanza dell'innovazione nei percorsi garantiti, la discontinuità di cura.

I nostri impegni sono le "azioni" sui fattori di rischio (Prev. Primaria) sull'anticipazione della diagnosi (Screening), sull'omogeneità nella qualità delle cure, sull'appropriatezza scientifica e organizzativa, sulla continuità delle cure, sulla messa a disposizione in maniera gratuita dell'innovazione e delle eccellenze , quando necessarie.

Oggi il tema della rete oncologica è spesso abusato per individuare esperienze talvolta settoriali, volontarie, non istituzionalizzate. Noi confermiamo la scelta dell'ITT che considera la rete un modello di relazione strutturata di un insieme articolato di istituzioni sempre più tra loro complementari in grado di produrre sinergie, condivisione della casistica, fruibilità collettiva dell'eccellenza con economie di scala a partire da masse critiche per l'alta specializzazione.

Obiettivo

Il modello toscano rappresentato dall'ITT sente la necessità di rafforzare la capacità di intercettare la domanda e di favorire, con opportune collaborazioni tra Aziende, una più razionale allocazione della casistica più rara e/o complessa. Se gli sforzi sino ad ora prodotti hanno avuto l'obiettivo della ricerca dell'omogeneità e qualità diffusa per i principali big killer, oggi i tempi sono maturi per l'individuazione di strutture di riferimento per le forme ad elevata complessità prevedendo una maggiore articolazione dei nodi della rete sulla base delle diverse tipologie della casistica oncologica. Appare inoltre opportuno agire sull'insieme dei bisogni del paziente oncologico eliminando le difficoltà legate alla prenotazione diagnostica e , più in generale, agli aspetti burocratico-amministrativi che sono fonte spesso di disagio e disorientamento, tali da mettere in discussione la percezione della stessa qualità di cura. La crescita culturale e scientifica della rete oncologica, sostenuta anche dagli investimenti a sostegno della ricerca nel settore, apre la prospettiva di una più forte interrelazione dell'ITT con i più importanti centri oncologici a livello internazionale passando dalle già esistenti relazioni individuali di singoli clinici o ricercatori a forme più strutturate di relazioni in grado di produrre ricadute di sistema.

Strategie

Si intende procedere alla definizione, di concerto tra ITT e Aziende, di una griglia di unità di alta competenza secondo precisi criteri(soglie di casistica, expertise di professionisti, innovazione tecnologica) verso cui indirizzare la casistica oncologica rara e/o complessa. Questo progetto che nasce da precise indicazioni dell'ITT (Conferenza di Organizzazione) e della Regione Toscana (D.G.R. n. 352 del 2010) deve vedere un momento di sintesi delle valutazioni dei clinici e del necessario superamento di alcune rigidità giuridico-amministrative e produrre la definizione di specifiche unità per singole patologie a partire da una analisi epidemiologica dell'esistente integrata dalla definizione di requisiti che siano garanzia di qualità. Ne scaturisce l'individuazione di strutture di dimensione di area vasta, o regionale o addirittura interregionale, che dovranno distribuirsi nei diversi nodi della rete attivando percorsi che hanno alla base specifiche sinergie interaziendali. Questa prospettiva che passa attraverso il superamento di logiche di competitività tra Aziende dovrà essere sostenuta dalla piena condivisione del sistema e favorire la valorizzazione dei DRG di percorso ma soprattutto mettere in moto una nuova flessibilità e mobilità dei professionisti. Ad oggi è bene avviata la fase di metodologia generale per cui è possibile la definizione delle patologie oggetto di questa riorganizzazione.

Sul fronte delle facilitazioni di percorso per il paziente oncologico deve essere ragionevolmente attivato un sistema (P.O.R.T.A Prenotazione Oncologica e Raccordo Terapia Accertamenti) di

prenotazione in grado di interfacciarsi direttamente con gli erogatori e di fornire all'utenza la prenotazione secondo criteri di necessità/urgenza/sequenza terapeutica condivisi con i curanti. Si intende togliere con questa modalità ogni carico burocratico/amministrativo al paziente e alla sua famiglia e ricondurre ad un'unica regia "intelligente" la definizione e la calendarizzazione degli approfondimenti diagnostici. Questa struttura arricchisce e carica di operatività le accoglienze oncologiche con specifici compiti di relazione con gli erogatori afferenti al percorso di cura. Nell'ottica di un costante adeguamento alla evoluzione tecnologica e di una coerente appropriatezza nell'utilizzo di tecnologie avanzate appare rilevante una programmazione di questa offerta che tenga conto di effettive necessità, indicazioni condivise e modalità di accesso governate. La collocazione della innovazione tecnologica in una dimensione regionale di cui è garante tecnico-scientifico l'ITT e che preveda una lista unica di prenotazione ed un accesso mediato dalle strutture oncologiche territoriali, sembra essere una prospettiva razionale anche nell'ottica di garanzie di qualità e di appropriatezza per i cittadini. Sono riconducibili ad analoghe motivazioni anche le azioni che mirano a mettere a disposizione alcune attività di alta specializzazione (chirurgia ricostruttiva, tipizzazione biomolecolare, etc…) per ambiti territoriali che superano la dimensione aziendale e possono prevedere la mobilità delle equipe o dei materiali biologici. Nell'ambito di una collocazione dell'ITT nel panorama internazionale dei più importanti centri oncologici occorre dare operatività all'ipotesi di collaborazione strutturata con lo Sloan Kattering di New York, definendo alcune azioni (trials clinici, second opinion, etc;) che avviino concrete ricadute sul sistema toscano e sulla qualità dei percorsi di cura dei nostri cittadini. A partire da questa esperienza l'ITT deve partecipare alla rete dei centri di riferimento nazionali e internazionali cogliendo le opportunità che ne possono derivare sia nel campo della ricerca che nella diagnosi e cura.

2.3.1.2. Un esempio per tutti: il percorso delle patologie cerebro vascolari

Contesto

L'ictus cerebrale è una delle malattie più frequenti e gravi come mortalità ed esiti invalidanti. In Italia, il numero di morti attribuibili alle malattie cerebrovascolari è di circa 69.000 per anno, i casi prevalenti raggiungono quasi il milione di unità, ed i casi incidenti si attestano intorno alle 200.000 unità all'anno. L' handicap che ne residua è causa di costi elevati per le famiglie, il sistema sanitario e la società intera. Il numero di DALY (Disability-Adjusted Life Year), un indicatore che valuta il numero di anni di vita attiva persi a causa di morte prematura e disabilità, è di 4 DALY persi per ictus ogni 1000 abitanti, per un totale di 230.000 DALY persi ogni anno. La spesa annuale per l'assistenza all'ictus cerebrale in Italia è stimata intorno ai 3.5 miliardi di euro.

Negli ultimi venti anni si sono accumulate prove scientifiche inequivocabili del fatto che una serie di interventi diagnostico-terapeutici ed organizzativi possono contribuire a ridurre in modo notevole la frequenza della malattia, la gravità degli esiti e il carico socio-sanitario. La serie di questi interventi si articola su tre fasi principali che, in una moderna organizzazione per processi assistenziali, devono essere opportunamente collegate:

- fase della prevenzione
- fase acuta
- fase della cronicità

La diffusione della malattia e i suoi esiti spesso pesanti sulla qualità della vita, sono legati a cause ormai note, ma non ancora adeguatamente trattate, in ognuna delle tre fasi del percorso.

Diventa fondamentale identificare un percorso clinico innovativo per l'ictus, con il quale garantire un modello di presa in carico capace di affrontare con maggior incisività il decorso della malattia, rallentarne l'evoluzione e ridurre gli esiti.

La scelta concettuale del PISSR ben si adatta ad affrontare le sfide di questo percorso con strategie definite, inserite nelle varie fasi, condivise fra professionisti e all'interno dei contesti organizzativi previsti sia nell'ambito ospedaliero (ospedali per intensità di cura) che territoriale (sanità d'iniziativa, case della salute,…). Vediamole fase per fase:

Fase della prevenzione

- Per l'identificazione e il trattamento dei fattori di rischio, il primo intervento deve sempre riguardare lo stile di vita, in particolare la dieta, il fumo, l'abuso di alcol e l'attività fisica. Quindi tutte le azioni proposte nel cap 2.1 inerente agli stili di vita diventano fondamentali nella prevenzione primaria dell'ictus come delle altre patologie legate ad un alto rischio cardio e cerebro vascolare, alle quali spesso l'ictus è correlato.
- Fondamentale è infatti il trattamento ottimale del diabete, della dislipidemia, delle aritmie cardiache e, soprattutto, dell'ipertensione arteriosa che, purtroppo, risultano spesso sotto diagnosticati e sottotrattati. E' proprio in questa fase che la scelta della sanità di iniziativa (cap. 2.2.1) è la risposta accreditata a livello internazionale che può meglio garantire il controllo della malattia.
- Un altro momento significativo nel quale intervenire con prontezza corrisponde alla comparsa dei sintomi che possono identificare l'imminente insorgenza di un ictus cerebrale, in particolare l'attacco ischemico transitorio (Transient Ischemic Attack = TIA) che predice un rischio elevato di ictus cerebrale nelle 48 ore successive.
- Il riconoscimento da parte del Medico di Medicina Generale e l'avvio immediato verso il Pronto Soccorso sono determinanti per il decorso successivo, dalla totale risoluzione del problema alla netta riduzione delle conseguenze.

Fase acuta

L'arrivo del paziente con ictus in P.S. è sicuramente un evento che mette in allarme tutta una serie di strutture correlate , la cui risposta più o meno pronta ed integrata determina in modo diretto il decorso della patologia. Gli esempi più significativi:

- La possibilità di accedere alla trombolisi con attivatore tissutale del plasminogeno (tPA) dà al paziente mediamente oltre il 50% di probabilità di essere restituito ad una vita del tutto normale. Il fattore tempo è l'elemento cruciale sia di efficacia che di sicurezza. Se il paziente viene trattato a 60 minuti dalla insorgenza dei sintomi, le probabilità di un esito favorevole sono 4 volte più elevate che se il paziente viene trattato più tardivamente.
- La stroke unit, una struttura di degenza dedicata, multiprofessionale, esperta e motivata, in grado di gestire nella maniera più appropriata le complicanze della fase acuta ed un approccio riabilitativo precoce è risultata efficace nella riduzione del rischio di morte o disabilità grave (10% rispetto al paziente gestito in reparti non specializzati) in molte metanalisi[5] e numerosi studi osservazionali condotti anche in Italia.

Senza alcun dubbio una stretta integrazione fra il 118 e il Pronto Soccorso (cap. 2.3.2), la definizione di equipe multi professionali integrate con esperienza e numeri tali da agire in totale sicurezza e massima professionalità (cap 2.3.3.1), la possibilità dei professionisti coinvolti di accedere in tempo reale ai risultati di indagini diagnostiche, alle notizie anamnestiche e a tutte le informazioni utili per aggredire il problema attraverso la tessera sanitaria (cap. 7.4.1) sono fattori dirimenti che, adeguatamente monitorati, porteranno ad outcome positivi nella vita delle persone colpite da questa malattia.

Fase post-acuta

Una volta dimesso dall'ospedale per acuti, il paziente che esce da un ictus con deficit neurologici ha spesso la necessità di essere inviato alla rete delle strutture riabilitative al fine di raggiungere il migliore recupero funzionale, che talvolta consentono la restitutio ad integrum, ma che sempre sono finalizzati a recuperare il massimo dell'autonomia (cap. 2.3.4.3)

Alla fine di questo periodo, e talvolta anche alla dimissione dall'ospedale per acuti nelle situazioni meno compromesse, il paziente viene dimesso al proprio domicilio per proseguire la riabilitazione in forma estensiva attraverso il progressivo adattamento funzionale alle attività della vita quotidiana, il supporto psicologico, il monitoraggio clinico per la prevenzione delle recidive, ed infine il supporto sociale indispensabile per ridurre il disagio conseguente all'handicap ed il carico assistenziale e psicologico delle famiglie.

Un approccio continuativo che può essere garantito per tutta la vita attraverso il modello della Sanità di Iniziativa, e attraverso l'inserimento in attività che pur non essendo sanitarie sono

determinanti per riattivare la persona, mantenere le sue funzionalità al massimo, reinserirlo nel proprio contesto familiare e nella propria comunità.

In sintesi i nuovi approcci previsti nel PISSR in ogni momento della malattia, possono risolvere le attuali discontinuità del percorso e i problemi organizzativi evitando che il paziente ed i familiari si trovino soli ad affrontare una condizione altamente preoccupante e invalidante.
Perché questo si realizzi per tutti i cittadini toscani indipendentemente dalla loro residenza e ceto sociale, è indispensabile che si realizzino due situazioni:

Organizzazione integrata in rete
Per la specifica articolazione in più processi sequenziali da tenersi necessariamente collegati tra di loro, la prevenzione e l'assistenza all'ictus cerebrale in una determinata area sociosanitaria e, nella fattispecie, nell'intero territorio regionale, devono essere organizzate in forma di sistema integrato, ovvero in un unico disegno in cui venga definito precisamente il ruolo delle varie strutture ospedaliere, in relazione alla loro diversa complessità operativa, le diverse funzioni territoriali e i diversi operatori professionali, come indicato dalle linee guida regionali. Tali strutture e funzioni devono poter comunicare continuativamente ed in tempo reale tra di loro, in una operatività che utilizzi la moderna tecnologia telematica. In ciascuno dei nodi di questa rete deve essere identificato un team di dirigenti e professionisti dedicati alla implementazione ed al monitoraggio sia del funzionamento che dei risultati.
Informazione degli utenti
Di estrema importanza è la informazione della popolazione che deve essere sistematica e continua, utilizzando mezzi efficaci di comunicazione sociale, centrata sui fattori che espongono al rischio di ictus e sulle modalità del loro controllo, sull'importanza degli episodi transitori (TIA) nonchè sui sintomi precoci il cui riconoscimento da parte del soggetto colpito è essenziale per non ritardare i tempi di arrivo in ospedale.
Altrettanto essenziale è la informazione adeguata degli amministratori e dei politici allo scopo di ottenerne la condivisione nei processi decisionali riguardanti la implementazione, l'organizzazione ed il monitoraggio continuo del sistema integrato di assistenza e cura.

La definizione di obiettivi specifici e relative azioni sarà descritta con atti successivi che individuino un percorso assistenziale che dettagli tempi, modalità, attori, standard organizzativi ed operativi e relativa verifica.

2.3.2. La risposta all'emergenza

Il progetto speciale di interesse regionale "Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza–urgenza intra ed extra ospedaliero" (PSR 2005-2007) prevede azioni di sviluppo correlate ad un percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso, l'integrazione del servizio di emergenza territoriale 118 con revisione della diffusione e articolazione dei punti di emergenza territoriale, l'ottimizzazione e messa a regime del servizio regionale di elisoccorso, il consolidamento dell'assetto organizzativo di Trauma Center e rete per soccorso, trattamento, gestione e trasporto per trauma e patologie complesse, in scala di area vasta.
Le centrali uniche del 118 dovranno inoltre configurarsi come funzioni di area vasta, almeno dal punto di vista del governo clinico degli interventi, con proiezioni locali funzionali alla gestione di tutto il sistema dei trasporti sanitari dell'emergenza urgenza, come indicato nella LR 70/2010.

Sfide
Sviluppare e potenziare l 'evoluzione del modello organizzativo, integrato e complesso,–per l'intervento sanitario in emergenza/urgenza attraverso il Dipartimento Emergenza Urgenza (DEU). Il DEU risulta costituito da Sistema Preospedaliero (CO e sistema 118) e Sistema Ospedaliero (strutture di Medicina d'Urgenza) di cui PS, OBI e Area ad alta intensità di cura, rappresentano articolazioni organizzative. Lo scopo è quello di garantire il soccorso e la continuità assistenziale dalla chiamata al 118 all'accesso ai punti di soccorso fino all'eventuale ricovero.
Le indicazione in merito alle modalità organizzative dei DEU nascono anche dalla DGR n° 24 del 22/01/2009 nella quale vengono dati indirizzi alle aziende al fine di raggiungere l'integrazione funzionale fra il personale, medico ed infermieristico, operante nel sistema 118 e quello adibito al servizio di Pronto Soccorso pervenendo, a regime, alla gestione unificata a livello dipartimentale delle funzioni operative territoriali ed ospedaliere del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Questa modalità permetterà un fruttuoso interscambio tra personale medico ed infermieristico che "ruota" nei vari ambiti, presidiando l'accesso all'ospedale e contribuendo a contenere la pletora di ricoveri in urgenza nell'area medica per i casi cronici riacutizzati.

Strategia
I DEU, ognuno dei quali dovrà avere una specifica e definita capacità di risposta, devono essere organizzati in rete interaziendale, in una dimensione di area vasta, con un coordinamento assicurato da un'unica Centrale Operativa.

Obiettivi
• Promuovere il percorso di appropriatezza per l'Emergenza-Urgenza :
a) ricondurre il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza alla propria "mission" di risposta all'emergenza-urgenza e garantire, attraverso le sue varie articolazioni funzionali, il percorso più appropriato per il paziente;
b) diminuire i tempi di attesa intervenendo anche sulla gestione organizzativa dei percorsi dei codici di bassa priorità.
• Ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso:
a) implementazione della rete di elisuperficie a supporto del servizio regionale di elisoccorso, tramite l'individuazione degli interventi da realizzare, rivolti agli ospedali posti in zone disagiate;
b) riassetto funzionale del servizio regionale di elisoccorso.

2.3.2.1. Emergenza/Urgenza Territoriale

Contesto
Il sistema di allarme sanitario è costituito oggi dalla rete delle 12 Centrali Operative 118, una per ogni Azienda U.S.L., alla quale confluiscono, tramite il numero unico telefonico 118, tutte le richieste di soccorso sanitario.

Le Centrali Operative svolgono le funzioni di ricezione della richiesta di intervento, di valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare, tramite appositi protocolli (*dispatch*) e di attivazione e coordinamento del sistema territoriale 118.
Il sistema territoriale di soccorso, costituito da 280 postazioni di emergenza, delle quali circa 155 presidiate da personale sanitario e 125 presidiate da soccorritori appartenenti alle Associazioni di Volontariato ed alla Croce Rossa Italiana, appositamente formati in conformità a quanto previsto dalla normativa regionale di riferimento, si articola su 4 livelli di risposta, diversificati ed integrabili:

- Elisoccorso;
- Mezzi medicalizzati, ambulanze o automediche, complessivamente 141;
- Ambulanze infermieristiche, complessivamente 14,
- Ambulanze di primo soccorso con soccorritori volontari, complessivamente 125.

L'integrazione strutturale delle Associazioni di Volontariato e della Croce Rossa Italiana nel sistema di emergenza urgenza garantisce pertanto un livello di capillarità e diffusione territoriale, unica nel contesto nazionale, potendo disporre a livello regionale di un punto di emergenza territoriale con personale sanitario ogni circa 23.000 abitanti.
Il servizio regionale di elisoccorso, attivo dal 29 luglio 1999 si articola in 3 basi operative ubicate a Firenze (Ospedale Santa Maria Annunziata), Grosseto (Ospedale Misericordia) e Massa Carrara (Aeroporto Cinquale), coordinate dalla Centrale unica di riferimento regionale per il servizio di elisoccorso "Toscana Soccorso", nell'ambito della Centrale Operativa 118 di Firenze.
Le basi di Grosseto e Massa Carrara sono attive nell'arco delle 24 ore, mentre la base di Firenze è attiva durante l'orario diurno.
Le basi di Massa Carrara e Firenze, nelle quali un tecnico di elisoccorso del Soccorso Alpino e Speleologico Toscano integra l'equipe sanitaria, garantiscono interventi di soccorso anche nelle zone montane ed impervie, mentre la base di Grosseto garantisce interventi di soccorso a favore dei cittadini delle isole dell'Arcipelago toscano.
Tutte le centrali operative 118 sono organizzate in modo da poter rispondere in maniera uniforme a maxiemergenze ed eventi catastrofici, sia sul territorio regionale che su quello nazionale. Ogni centrale operativa 118 dispone di materiali, mezzi e personale adeguati per la costituzione di un Presidio Medico Avanzato di 1° livello in grado di essere pronto alla partenza entro 1 ora dall'attivazione, sia a livello locale che regionale e nazionale, con un'autonomia di 72 ore. La regione toscana dispone inoltre di un Presidio Medico Avanzato chirurgico, gestito dalla chirurgia d'urgenza dell'AOU di Pisa. Tali strutture sono attivabili anche da parte del Dipartimento nazionale di Protezione Civile.
Allo stato attuale il sistema toscano di emergenza urgenza territoriale 118 ha raggiunto un alto livello qualitativo, sia in termini di efficacia che di efficienza, tale da poter essere considerato un punto di eccellenza del S.S.R..
Tuttavia, sono emersi anche elementi di disomogeneità del sistema tali da indurre a riflessioni e rivisitazioni al fine di pervenire ad una maggiore flessibilità organizzativa che consenta il governo e la sostenibilità di un sistema così ricco, valorizzando comunque:

- l'equità di accesso al sistema da parte dei cittadini toscani, garantendo uguaglianza ed uniformità del trattamento senza alcuna discriminazione fra le diverse aree geografiche e fra le diverse categorie di utenti;
- l'uniforme risposta su tutto il territorio regionale;
- l'integrazione fra la parte territoriale e la parte ospedaliera.

Obiettivo:
Assicurare risposte al bisogno di emergenza che siano omogenee, appropriate ed efficaci finalizzate a minimizzare la mortalità e le disabilità evitabili in particolare nell'ambito delle patologie di maggiore criticità (arresto cardiocircolatorio, infarto miocardico acuto, stroke, insufficienza respiratoria acuta, trauma).

Obiettivi specifici:

- attivazione Centrali Operative 118 di area vasta;
- uniformità ed omogeneità della lettura della richiesta di soccorso da parte di tutte le Centrali Operative 118 tramite l'utilizzo del *dispatch* regionale;

- rivisitazione della rete 118 con maggiore flessibilità organizzativa tramite l'utilizzo di mezzi di soccorso diversificati ed integrabili;
- aumento della risposta in emergenza con utilizzo del servizio di elisoccorso a favore dei cittadini toscani residenti nelle isole dell'Arcipelago toscano ed in supporto agli ospedali posti in zone disagiate;
- ottimizzazione ed omogeneità del servizio regionale di elisoccorso;
- riduzione dei tempi di arrivo al Pronto Soccorso di cura dei pazienti con patologie tempo-dipendenti;
- ottimizzazione dell'organizzazione delle Centrali Operative 118 in risposta ad eventi di maxiemergenza;
- implementazione della rete dei radiocollegamenti del sistema di emergenza urgenza territoriale;
- aumento del numero di pazienti sottoposti a defibrillazione precoce sul territorio.

Azioni:

- superamento degli attuali bacini di utenza delle Centrali Operative 118 di livello aziendale a favore di area vasta;
- implementazione dell'informatizzazione e dei collegamenti informativi delle Centrali Operative 118 e relativa omogeneizzazione sul territorio regionale anche in relazione all'attivazione del Numero Unico Europeo 112;
- adozione di un sistema regionale di risposta all'emergenza tramite la definizione di un *dispatch* regionale di codifica della gravità dell'evento;
- definizione di parametri di riferimento univoci a livello regionale che permettano di stabilire le necessità sia quantitative che qualitative dei diversi mezzi di soccorso;
- riorganizzazione della rete dei punti di emergenza territoriale, sia in termini numerici che di localizzazione e di tipologia;
- valorizzazione della figura professionale dell'infermiere nell'ambito della rete regionale di emergenza urgenza territoriale;
- consolidamento e potenziamento del servizio regionale di elisoccorso in attuazione a quanto previsto dalla deliberazione G.R. n. 536/2011 tramite la previsione di due mezzi abilitati al sorvolo del mare e quindi idonei a garantire interventi di emergenza urgenza a favore delle isole dell'Arcipelago toscano e il proseguimento dell'attività notturna da parte dei due elicotteri, anche in supporto alla rete delle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle esigenze degli ospedali posti in zone disagiate;
- attivazione della presenza del Tecnico di elisoccorso del Soccorso alpino e speleologico toscano anche presso l'elibase di Grosseto;
- completamento della rete di elisuperfici, abilitate all'attività sia diurna che notturna, a supporto degli ospedali posti in zone disagiate;
- rafforzamento e strutturazione del livello di coordinamento del servizio regionale di elisoccorso;
- riassetto funzionale del servizio regionale di elisoccorso in relazione all'estensione dell'operatività di ciascuna Base allo scopo di ottimizzare ed implementare il servizio medesimo;
- revisione dei modelli organizzativi e dei livelli di attività delle tre Basi di elisoccorso al fine di giungere ad un'uniformità regionale del servizio di elisoccorso;
- definizione di percorsi regionali clinico-terapeutici specifici per le patologie di maggiori criticità tempo-dipendenti (*first quintet hour*: arresto cardiocircolatorio, infarto acuto del miocardio, stroke, insufficienza respiratoria acuta e trauma);
- attivazione di specifici percorsi formativi per il trattamento delle patologie di maggiori criticità tempo-dipendenti per il personale sanitario, medico ed infermieristico, del sistema di emergenza urgenza;
- realizzazione di una rete di supporto nel caso in cui una o più centrali operative 118 siano coinvolte da un evento di maxiemergenza, anche tramite la definizione di uno specifico protocollo regionale;

- realizzazione di una rete informatica e telefonica fra le centrali operative 118 che sia in grato di vicariare le funzioni di una centrale operativa che abbia temporaneamente o stabilmente perso la propria capacità di risposta;
- riorganizzazione della rete radio regionale dell'emergenza urgenza;
- prevenzione della morte cardiaca improvvisa in ambito extra-ospedaliero tramite la diffusione di programmi formativi di defibrillazione precoce per il personale soccorritore volontario operante sui mezzi di soccorso del territorio.

2.3.2.2. Emergenza / Urgenza Ospedaliera

Contesto

Nel corso dell'applicazione dei due precedenti piani sanitari i Pronto Soccorso (PS) della Regione Toscana hanno avuto un forte impulso a ristrutturarsi e riorganizzarsi funzionalmente, gli organici sono stati potenziati, sono state create e/o potenziate zone ad hoc per il trattamento dei "codici minori", i servizi radiologici hanno assunto un dimensione "dedicata", è stata potenziata la funzione di accoglienza, sono migliorati i collegamenti informatici fra PS e i restanti servizi ed è stata avviata la sperimentazione del modello See and Treat a gestione infermieristica tutorata. I risultati ottenuti in termini di efficienza e soddisfazione degli utenti sono stati monitorati dalla Regione registrando dati nel complesso soddisfacenti.
Il continuo aumento degli accessi pone la necessità di proseguire le azioni di miglioramento avviate introducendo innovazioni organizzative e ridefinendo quale sia la risposta da affidare alla Medicina d'emergenza-urgenza ospedaliera .

Sfide
- Collocare la Medicina d'emergenza-urgenza ospedaliera all'interno del sistema complessivo dell'Emergenza/Urgenza, riprecisandone la mission e ridefinendo i modelli organizzativi interni.
- Promuovere la piena integrazione del Medicina d'emergenza-urgenza ospedaliera con il resto dell'ospedale, in modo da facilitarne l'operatività, ragionando in termini di flusso del paziente.

Strategie

Occorre riprecisare la mission principale della Medicina d'emergenza-urgenza ospedaliera nelle sue articolazioni (Pronto Soccorso, OBI, area ad alta intensità) ovvero il trattamento delle condizioni cliniche tempo-dipendenti e la stabilizzazione delle grandi sindromi emergenziali mediante:

- primo e rapido inquadramento diagnostico orientato alla identificazione delle condizioni cliniche che comportano rischio per la vita o per la funzione di un organo.
- adozione dei primi interventi terapeutici mirati in particolare alla stabilizzazione dei pazienti a rischio.
- attivazione dei percorsi assistenziali intraospedalieri (o di rete) per le situazioni di emergenza.
- selezione dei pazienti che necessitano ricovero con scelta del livello di intensità assistenziale.
- rinvio a domicilio con le indicazioni per la successiva presa in carico del paziente

In quest'ottica va ridefinito e omogeneizzato a livello regionale il modello organizzativo della Medicina d'emergenza-urgenza ospedaliera che, oltre al PS, nel quale vanno ulteriormente potenziati i percorsi per i codici a bassa priorità, deve avere le seguenti articolazioni :

a) Area Osservazione Breve Intensiva (OBI)
L'Osservazione Breve Intensiva -dove il termine 'intensiva' è riferito a meccanismi organizzativi e gestionali tempo dipendenti e non fa riferimento a requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici- è

riservata a quei pazienti per i quali non è possibile prendere una decisione di esito (non ammissione o ricovero) nell'arco della prima fase di assistenza in PS e che necessitano pertanto di un periodo più lungo di valutazione per il raggiungimento della massima appropriatezza possibile nei ricoveri e nelle non ammissioni. Tale area deve essere collocata preferibilmente in uno spazio attiguo al PS cui è funzionalmente collegata. L'attività di osservazione deve svolgersi separatamente per pediatria, psichiatria, ostetricia.

Funzioni :

- Osservazione longitudinale clinico strumentale
- Approfondimento diagnostico
- Completamento e verifica della terapia di urgenza

Criteri di ammissione e gestione :

- Il paziente deve presentare il solo problema clinico, da definire o risolvere, che ne ha determinato l'accesso
- L'attività dell'OBI deve di norma seguire percorsi prestabiliti da Linee Guida specifiche

La permanenza dei pazienti in tale area non configura un ricovero e deve essere adeguatamente identificata nel flusso informativo regionale

b) Area elevata intensità

Per i pazienti instabili o a elevato rischio di instabilità è necessario disporre di un'area ad elevata intensità assistenziale tempo correlata che:

- accoglie pazienti critici che provengono solo dal Pronto Soccorso
- e' finalizzata alla gestione tempo correlata per la stabilizzazione dei pazienti critici e alla sorveglianza dei pazienti a elevato rischio di instabilità, per permettere l'assegnazione al livello di intensità assistenziale più idoneo.

La definizione delle modalità organizzative e delle dotazioni tecnologiche di OBI e Area ad Alta intensità sono demandate a successivi Atti della Giunta.

L'organizzazione interna dell'Emergenza-Urgenza Ospedaliera deve essere basata su aree e percorsi distinti per intensità assistenziale in modo che i flussi non si ostacolino fra loro e garantiscano la massima fluidità di azione. Le criticità legate alle attese e al sovraffollamento dei PS sono un problema che investe globalmente l'ospedale per il quale, oltre ad interventi per il miglioramento dei flussi interni, vanno individuate soluzioni ridefinendo il percorso intraospedaliero del paziente anche riprendendo e attuando i concetti espressi nella DGR 1010 del 2009.

Deve inoltre essere ulteriormente promossa la qualificazione e la motivazione delle professionalità medica ed infermieristica garantendo un'adeguata e omogenea formazione per il personale. In particolare per quanto riguarda la componente medica è necessario assicurare l'aggiornamento sulle nuove esigenze di intervento sul piano diagnostico e terapeutico, le metodiche di simulazione rappresentano un nodo centrale per la formazione che deve essere garantita attraverso l'organizzazione di Area Vasta ed il coordinamento regionale in collaborazione con l'Università, per assicurare omogeneità di sistema. In particolare si dovrà porre attenzione allo sviluppo delle abilità non sufficientemente curate nella formazione di medici che ancora accedono ai servizi di Emergenza-Urgenza con specialità diverse dalla Medicina d'Emergenza-Urgenza.
E' necessario potenziare ed istituzionalizzare il nuovo ruolo infermieristico emerso negli ultimi anni caratterizzato dall'aumento dell'autonomia e responsabilità professionale. Il modello See and Treat andrà gradualmente esteso a tutti i Pronto Soccorso con un numero congruo di accessi, in modo da garantire progressivamente, nella fascia assistenziale a bassa intensità, una gestione prevalentemente infermieristica con una funzione medica di tutoring; per quanto riguarda il Triage, l'aggiornamento della metodica deve essere collegato alla nuova fase di riorganizzazione per

percorsi omogenei in modo che da "distributore di priorità", possa diventare "motore organizzativo" dei percorsi.

Grande attenzione va prestata agli aspetti relazionali, l'attivazione di percorsi formativi specifici ha l'obiettivo di sviluppare le competenze degli operatori e la qualità delle relazioni con i cittadini, di facilitare le relazioni intra e inter gruppi di lavoro e di migliorare la qualità degli scambi comunicativi globali. Il rischio relazionale dei sistemi ad alta intensità di cura può essere affrontato sia in senso preventivo che di trattamento attraverso un intervento psicologico clinico di consulenza e accompagnamento rivolto a tutto il sistema paziente – famiglia – operatore – gruppo di lavoro – organizzazione. In questo senso l'integrazione tra le competenze tecniche e la dimensione umana e relazionale dell'assistenza si sviluppa attraverso il contributo delle competenze integrate tecniche, comunicative e relazionali.

Risultati attesi:

- Diminuzione del sovraffollamento e dei tempi di permanenza in Medicina d'Emergenza Urgenza dei pazienti in attesa di ricovero, come espressione di una piena integrazione con il resto dell'ospedale
- Diminuzione del numero di abbandoni
- Aumento dei pazienti non ammessi e riaffidati alle cure intermedie e ai MMG anche come espressione dell'integrazione fra ospedale e territorio
- Aumento dei pazienti affidati ai percorsi dei codici a bassa priorità ed al See&Treat.

Il Codice Rosa

Contesto

La violenza nei confronti delle fasce deboli, specie in ambito domestico, è un fenomeno generato da molteplici e proteiformi fattori della società.
Dall'esigenza di migliorare l'intervento a sostegno delle vittime di violenza e di avviare percorsi mirati anche alla prevenzione della violenza in tutte le sue forme, è scaturita la volontà di sperimentare le alleanze tra diversi attori istituzionali che si occupano del problema: in primo luogo le Aziende USL, le Procure della Repubblica e le Forze dell'ordine.
La violenza ha un impatto sulla salute delle persone che va oltre il singolo evento violento e che comporta conseguenze fisiche, psichiche e sociali a breve e a lungo termine, il mancato riconoscimento della violenza come causa di malattie è uno dei fattori che favorisce l'incidenza degli esiti a distanza.
Il numero delle vittime che si rivolgono al Ponto soccorso è nettamente superiore a quello dei soggetti che si recano alla Polizia, ai consultori, ai servizi sociali e ai servizi messi a disposizione dal volontariato. Il pronto soccorso è quindi il punto strategico per la presa in carico del soggetto vittima di violenza, ma in realtà non sempre i casi vengono riconosciuti. Infatti, l'identità dell'autore delle lesioni solo raramente viene riportata dal medico di turno al Pronto Soccorso, più frequentemente risulta dalle schede cliniche una generica definizione di "violenza da persona nota". Con tale definizione è difficile rilevare la reale consistenza del fenomeno che potrebbe essere più leggibile se tale dizione riportasse le opzioni: "violenza in ambito familiare" o "violenza in ambito extra-familiare".

obiettivo

Procedere alla costituzione presso le Aziende Sanitarie, di gruppi operativi interforze (Azienda USL, Procura della Repubblica, Forze dell'ordine) per la cura, il riconoscimento e all'emersione dei casi di lesioni derivanti da maltrattamenti o da violenze commesse da terzi nei confronti delle fasce deboli di popolazione.

azioni

L'accoglienza, la cura e il sostegno alle vittime di violenza nell'ambito di una azione concordata con le forze dell'ordine e le strutture territoriali, allo scopo di favorire l'emersione del fenomeno delle violenze commesse nei confronti delle fasce deboli, la cui consistenza, in mancanza di interventi specifici, rimane confusa tra gli eventi che vengono dichiarati accidentali.
L'intervento congiunto tra il personale sanitario del pronto soccorso e quello delle Procure della Repubblica tramite gli uffici di polizia giudiziaria, permetterà di assicurare le cure nel massimo rispetto della tutela della privacy e della scelta sul tipo di percorso da seguire successivamente al momento di cura.
L'azione del gruppo interforze (ASL, Procura, Forze dell'ordine), che opererà a livello locale attraverso procedure condivise, consentirà un corretto repertamento degli elementi di prova e la redazione di una nuova e più approfondita cartella clinica in grado di fornire dati utili anche all'Autorità Giudiziaria, contribuendo a garantire un contenimento dei tempi di indagine, inoltre il flusso informativo condiviso tra i soggetti istituzionali coinvolti nel progetto permetterà, anche nei casi di mancata successiva denuncia, di monitorare le situazioni a rischio.
Per il monitoraggio dell'attività, si prevede l'utilizzo d'indicatori che faranno riferimento a:

- numero di casi di violenza (violenza in ambito familiare" o "violenza in ambito extra-familiare) rilevati per ogni anno di attività sul totale degli accessi per trauma;
- numero di audit clinici aziendali discussi in modo congiunto con le forze dell'ordine e la Procura
- numero di corsi di formazione organizzati sul tema specifico;

Il contesto di riferimento è prioritariamente quello ospedaliero, anche se la tutela della vittima successivamente al suo ingresso al pronto soccorso dovrà essere assicurata con il coinvolgimento delle strutture consultoriali e delle associazioni del privato sociale presenti a livello territoriale.
Si rende pertanto necessario assicurare il massimo raccordo/supporto/sinergie fra tutti i soggetti pubblici e del privato sociale che operano e lavorano per la prevenzione, il contrasto, la protezione e il sostegno alle vittime di violenza, anche tramite la realizzazione di iniziative formative congiunte, prevedendo lo sviluppo di sinergie tra le strutture della Giunta Regionale competenti in materia di sociale e di tutela della salute.

2.3.2.3. Il pronto intervento sociale

Contesto
Questi ultimi anni sono stati caratterizzati da una crescente emersione di problematiche sociali complesse, anche di natura emergenziale, alle quali è necessario rispondere con immediatezza. Il servizio sociale, pur caratterizzato da un adeguato grado di professionalizzazione, deve far fronte ad un numero sempre maggiore di situazioni impreviste ed imprevedibili che necessitano di interventi improcrastinabili per urgenze riferite in larga parte a minori, ma che riguardano anche gli anziani, i disabili, gli immigrati, le persone affette da dipendenza, i poveri, i senza fissa dimora, le persone vittime di violenza….

Sfide
Occorre quindi riuscire ad organizzare un sistema di protezione che vada oltre gli ordinari orari di accesso al servizio di assistenza sociale, garantendo un sostegno sulle 24 ore per fronteggiare situazioni di urgenza/emergenza nelle quali si possono trovare i soggetti più fragili.

Obiettivi

Affrontare le urgenze/emergenze relative a bisogni primari, di natura fisiologica e di sicurezza con l'obiettivo di tutelare la sopravvivenza delle persone messa a rischio da problematiche di natura sociale. E' opportuno sottolineare che il pronto intervento sociale non affronta situazioni legate al bisogno urgente di assistenza sanitaria o legate a comportamenti pericolosi ai quali sono correlati altre forme e modalità di intervento

Strategie

- Individuazione delle situazioni di urgenza/emergenza suscettibili di attivazione del servizio.
- Definizione di un quadro di servizi, risorse umane dedicate e strutture immediatamente attivabili in caso di emergenza.
- Definizione delle modalità di rilevazione e di trattamento del caso emergenziale, anche garantito tramite forme di reperibilità e nel quale deve emergere una funzione di valutazione professionale, se pur in regime di urgenza.

Attivazione del servizio di pronto intervento sociale

2.3.3. La risposta al bisogno acuto

2.3.3.1. Rete ospedaliera: le prospettive di azione

Contesto

Tra i valori fondanti del sistema sanitario toscano, riferimento per le politiche sanitarie degli ultimi due decenni, vi è in primo luogo la qualità, conseguita anche grazie ad una forte attenzione all'appropriatezza delle cure in base ai bisogni dei pazienti. La scelta di puntare in primo luogo sulla qualità delle cure in ambito ospedaliero è testimoniata dall'enfasi che a questo aspetto è stato dato nel sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane negli ultimi 5 anni che, sia con gli obiettivi e relativi indicatori sul rischio clinico e sulla sicurezza del paziente, sia con le misure relative alla qualità, ha monitorato risultati in continuo miglioramento rispetto alla performance delle altre regioni d'Italia. Ne sono esempio la capacità delle Regione Toscana di ridurre i reingressi entro 30 giorni per la stessa problematica clinica, che è passata da oltre il 5 % al 4% o la percentuale di fratture di femore operate entro due giorni che dal 30 % di alcuni anni fa ha raggiunto nel mese di agosto del 2011 la % del 57,5.

Nell'ambito del Progetto Mattoni, il Ministero della Salute ha svolto nel 2005 una rassegna ed una valutazione critica delle revisioni sistematiche e dei rapporti di technology assessment presenti nella letteratura scientifica; per numerosi trattamenti lo studio ha evidenziato prove forti o comunque consistenti e statisticamente significative di associazione positiva tra i volumi e gli outcome (quasi sempre l'esito piu' studiato e' la mortalità intraospedaliera). Esempi importanti di tali procedure sono l'angioplastica coronarica e il bypass aortocoronarico, l'appendicectomia e la colecistectomia, l'isterectomia, l'infarto miocardico, l'artroplastica del ginocchio, l'anuerisma dell'aorta addominale non rotto e l'endoarterectomia carotidea. Per alcune procedure l'evidenza disponibile consente di definire soglie operative minime per ciascun trattamento: nella rassegna sistematica sopra citata, confermata da un analogo studio condotto nel 2009, si raccomandano almeno 200 casi anno per l'angioplastica coronarica, 200 per il bypass aortocoronarico ed almeno 100 casi l'anno per l'artroplastica del ginocchio. In ambito di chirurgia oncologica lo stesso gruppo di ricercatori ha condotto nel 2009 una rassegna degli studi disponibili, ed ha contribuito alla pubblicazione del Quaderno 3/2010 del Ministero della Salute che affronta il tema, concludendo per una evidenza forte di associazione tra volumi e mortalità ospedaliera a 30 giorni nei casi della chirurgica ca dell'esofago, del pancreas, della prostata e dello stomaco. Per la chirurgia del colon retto e per la chirurgia della mammella tale evidenza si conferma con l'aggiunta di raccomandazioni per soglie operative minime rispettivamente di 100 e 150 casi l'anno.

L'analisi della mobilità infraregionale dimostra che i cittadini toscani scelgono frequentemente di effettuare il proprio ricovero chirurgico programmato non nel Presidio Ospedaliero della Zona di residenza ma in altra struttura del territorio aziendale o, piu' frequentemente, del territorio dell'Area Vasta (per molte Zone tale mobilità è superiore al 50% dei ricoveri, anche considerando solo i DRG prodotti anche nel Presidio della propria Zona di residenza). Il tema è importante anche e soprattutto sul versante dell'equità, i dati disponibili in Regione Toscana, che dal 2008 ha introdotto nella scheda di dimissione ospedaliera l'informazione relativa al titolo di studio del paziente, evidenziano infatti che prestazioni quali gli interventi chirurgici alla mammella o al colon retto sono erogate, in presidi con minori volumi di attività, più frequentemente a pazienti con titolo di studio più basso rispetto a utenti che preferiscono rivolgersi a centri di riferimento con volumi consistenti, quali le aziende ospedaliere universitarie, e segnalano un evidente problema di equità sostanziale. I dati mostrano quindi che il cittadino, in una logica di programmazione, è disponibile a spostarsi entro un raggio ragionevole di spazio e di tempo e che, soprattutto per la chirurgia elettiva, non rinuncia al diritto di scelta del presidio a cui affidarsi.

E' da segnalare che l'attuale rete ospedaliera copre in modo esemplare, rispetto al contesto nazionale, le necessità in termini di accessibilità della popolazione residente. Infatti ben il 94,4 % dei comuni della nostra regione ha un ospedale raggiungibile entro 45 minuti ed in termini di popolazione la situazione è ancora più positiva: il 98,3 dei cittadini toscani può contare su un

ospedale entro i 45 minuti di percorrenza. Se calcoliamo le percorrenze rispetto al secondo ospedale più vicino i dati si spostano di pochissimo: la popolazione che può raggiungere un secondo ospedale entro 45 minuti scende al 96,2 % con soli 2 punti di scarto, evidenziando anche una sovradotazione in alcune realtà, confermata da un tasso di occupazione dei posti letto non sempre ottimale.

Nella Regione Toscana, la Neonatologia è connotata da un documentato punto di forza relativo alla qualità dell'assistenza che garantisce in epoca neonatale, dimostrata dal bassissimo tasso di mortalità neonatale che è pari all' 1,55 per mille ed è nettamente inferiore al dato nazionale (2,5 per mille). Esiste però ancora una discrepanza tra gestione delle gravidanze a rischio e le competenze del punto nascita rispetto alle criticità assistenziali del neonato, situazione rilevabile dall'analisi dei dati dei trasporti richiesti dai punti nascita: c'è quindi un difetto di indicazioni al trasporto in utero e uno scarso ricorso allo stesso. Inoltre il ricorso al taglio cesareo, nei vari punti nascita, è ancora troppo elevato rispetto agli standard internazionali.

Per quanto riguarda la popolazione pediatrica il tasso di ospedalizzazione è largamente al di sotto di quello nazionale ed è tra i piu' bassi in confronto alle altre regioni, a testimonianza degli elevati livelli di appropriatezza organizzativa della rete ospedaliera pediatrica regionale. I dati disponibili del Ministero della salute, relativi all'anno 2010 riportano in Toscana tassi x 1000 abitanti pari a 392,81 nei pazienti di età < 1 anno (466,59 in Italia), 58,80 in età 1-4 anni (80,75 in Italia), 33,67 in età 5-14 anni (42,16 in Italia). Il trend di ricovero in Toscana negli ultimi anni, mostra una sostanziale stabilità, a parte una leggera tendenza all'aumento dei ricoveri di soggetti di età < 1 anno; almeno in parte, questo può essere spiegato con un aumento del numero di nati prematuri.

Sfide

Nell'ambito del rafforzamento della qualità e della sicurezza delle cure erogate nel sistema sanitario toscano è necessario affrontare per il futuro il tema della **associazione tra volume di attività ed esiti clinici;** il volume di attività rappresenta infatti una delle caratteristiche misurabili di processo che possono avere un rilevante impatto sull'esito dell'assistenza sanitaria, ed una associazione positiva tra volumi ed esiti, almeno per alcune classi di trattamento, è ormai riconosciuta da società scientifiche, studi osservazionali di esito ed enti regolatori.

Pur considerando la necessità che si sviluppi una sempre più approfondita ricerca su una materia complessa e strategica come quella della associazione tra volume ed outcome, il presente Piano impegna da subito le Aziende a definire, nella programmazione aziendale e di Area Vasta, le modalità con le quali assicurare il raggiungimento di adeguati volumi operativi per i trattamenti ove vi siano già evidenze a favore di una correlazione positiva tra volumi ed esiti.

La programmazione sanitaria, tenendo presente quale valore fondante la qualità del servizio, si basa anche su analisi di scenario che tengano in conto i trend relativi alla domanda di servizi e le possibili strategie assistenziali: in questo senso il piano tiene conto, rispetto alle programmazioni passate, di alcuni elementi di innovazione relative la domanda e l'offerta di servizi e le strategie assistenziali che inevitabilmente si ripercuotono sulla configurazione dell'intera rete dei servizi ospedalieri. Gli elementi di innovazione che incidono maggiormente sullo scenario della futura rete ospedaliera toscana sono:

- Il fatto che il riorientamento del focus del sistema di cure verso le cure primarie, le cure intermedie e la gestione proattiva delle patologie croniche, deputato a intercettare i bisogni di salute di una popolazione sempre piu' anziana, è ormai un trend consolidato che trova sempre maggiori evidenze e rappresenta un caposaldo della attuale programmazione e deve quindi orientare l'allocazione delle risorse
- La necessita', per maggiore garanzia dei cittadini e dei professionisti, di sempre più stringenti requisiti di accreditamento e sicurezza qualificando ulteriormente la qualità e la sicurezza degli interventi in acuzie (attraverso una concentrazione della casistica, delle tecnologie e delle competenze professionali e la diffusione delle buone pratiche)

- La necessità di rispettare standard di comfort ambientale e requisiti strutturali di esercizio e quindi di valorizzare pienamente le innovazioni nell'edilizia ospedaliera che il sistema è in grado di produrre (e che per la nostra regione hanno significato un importante investimento in tutte le Province negli ultimi due decenni)
- Le potenzialità di comunicazione tra strutture date dalla digitalizzazione e dalla c.d. telemedicina (cfr progetto RIS-PACS) che possono riconfigurare i problemi della prossimita' e della distanza tra i diversi centri specialistici ed aumentare le economie di rete

Pertanto le linee guida per la revisione della Rete ospedaliera partono dal bisogno del cittadino di sentire prossimo a sé l'accesso al sistema dei servizi, in primo luogo al sistema dell'emergenza-urgenza, nonché dal rafforzamento di tutti gli interventi volti ad assicurare la qualità e la sicurezza del paziente.

Strategie

L'allocazione delle risposte nei diversi punti della rete per assicurare la massima qualità e sicurezza delle cure è una tematica complessa e può essere affrontato sia dal punto di vista della expertise dei singoli operatori (che come e' evidente necessitano di casistica per rimanere in un necessario percorso di aggiornamento continuo, come del resto previsto dai requisiti del percorso di specializzazione universitaria e dalle modalità di valutazione professionale in itinere), sia dal punto di vista delle competenze multidisciplinari e multiprofessionali necessarie per garantire un elevato livello di qualità nel percorso; casistica, volumi, esperienza, aggiornamento continuo sono sempre più un bisogno della equipe clinica (chirurgo, anestesista, ferrista, ecc.) ma anche della organizzazione allargata del presidio erogante nel suo complesso, andando ad includere la problematica dei servizi di supporto (diagnostica, terapie intensive, attrezzature, …) che possono essere piu' o meno presenti laddove si ricovera il cittadino.

Le direttrici di progettazione sono quindi rappresentate da:

- la necessità di allargare i bacini di utenza necessari e di traslare il concetto stesso di bacino di riferimento dal singolo ospedale ad un sistema più articolato di rete ospedaliera. Questo comporta l'assegnazione della casistica ad alta complessità, soprattutto chirurgica, su ospedali di riferimento che concentrino la tecnologia e le competenze di elevata specializzazione in riferimento ad un bacino geografico e di popolazione "ottimale" (di Area Vasta o di livello regionale),
- il passaggio ad un modello nuovo di gestione e valorizzazione "in rete" dei professionisti, essendo cruciale poter utilizzare le molte competenze presenti laddove necessario e "possibile" (data la caratteristica del setting), senza rigidita' e con un modello di programmazione e di interscambio e formazione continua,
- l'effettiva transizione ad un modello organizzativo e tecnologico "in rete" in grado di consentire lo scambio a distanza di pareri/consulenze, di immagini, di dati e in prospettiva di istruzioni operative (es. chirurgia robotica).

Il bacino di utenza di AV costituisce il riferimento più adeguato a rappresentare i bisogni ai quali deve dare risposta il ridisegno degli ospedali in un contesto di rete. Su questo punto la Toscana già dal PSR 2002 - 2004 aveva individuato l'AV come il livello ottimale per la programmazione delle attività ospedaliere. Si tratta adesso di declinare le scelte allocative per procedere alla ricomposizione delle risorse sul territorio e superare l'eccessiva frammentazione e le duplicazioni ereditate dallo sviluppo delle strutture esistenti, in base alla valutazione di soglie e volumi.
In base a tali indirizzi sarranno declinate le nuove soglie operative per le funzioni specialistiche ospedaliere, in modo da promuovere la costituzione di articolazioni organizzative che aggreghino casistiche maggiori rispetto all'attuale organizzazione e che consentano un approccio più omogeneo ai percorsi assistenziali

a) le tipologie di ospedale

Si individuano le caratteristiche delle tipologie di Ospedale alle quali le strutture ospedaliere esistenti dovranno, entro il primo biennio dall'entrata in vigore del presente Piano, adeguare la propria organizzazione. E' importante sottolineare che non si tratta di individuare livelli "gerarchici" di assistenza ospedaliera, ma di creare presidi che, in maniera integrata, offrano funzioni correlate ai bisogni dei territori di riferimento ed alla programmazione di Area Vasta.

Ospedale A):

- Assicura gli accessi diretti dal territorio per le patologie mediche
- Garantisce l'intervento sulla riacutizzazione delle patologie croniche (medicina generale)
- Valorizza la continuità tra ospedale e territorio, anche attraverso il nuovo ruolo della medicina convenzionata
- Garantisce le cure intermedie
- Costituisce un punto di riferimento sul territorio delle cure primarie integrate con una ampia offerta di ambulatori specialistici in rete che garantisca la presa in carico globale
- Garantisce al proprio interno la risposta all'emergenza urgenza tramite un Punto per l'Emergenza Territoriale (PET) e l'integrazione con i medici ospedalieri
- Garantisce un efficace sistema di trasferimento in urgenza dei casi clinici più complessi attraverso la rete dell'Emergenza Urgenza territoriale con particolare riferimento all'elisoccorso (anche con piazzole attrezzate per il volo notturno)
- Può assicurare il trattamento chirurgico in regime di elezione (Day surgery, One-day surgery e chirurgia ambulatoriale) in accordo con la pianificazione di area vasta
- Costituisce un modello di "ospedale di formazione per la continuità" per il personale in formazione
- Assicura le prestazioni laboratoristiche tramite POCT e la diagnostica radiologica tradizionale attraverso anche la telerefertazione
- Utilizza anche le modalità assicurate dalla telemedicina

Ospedale B):

- Garantisce la risposta all'Emergenza Urgenza attraverso un Pronto Soccorso di 1° livello
- Garantisce il ricovero urgente e programmato per tutte le discipline di livello aziendale previste dalla programmazione di Area Vasta anche in base a soglie/volumi di attività che garantiscano qualità e sicurezza
- Laddove presente un Punto nascita, assicura l'operatività con tendenza al raggiungimento di almeno 1.000 parti/anno

Ospedale C):

- Garantisce la risposta all'Emergenza Urgenza attraverso un Pronto Soccorso di 2° livello
- Garantisce il ricovero urgente e programmato per tutte le discipline di livello regionale e aziendale previste dalla programmazione di Area Vasta ed in particolare la risposta all'alta complessità
- Garantisce il livello di risposte più complesse della rete materno infantile

Si ribadisce inoltre l'importanza di considerare, nel disegno della rete, la distribuzione geografica dei servizi offerti, che deve essere tale da garantire a tutti i cittadini l'accesso alle strutture entro tempi di percorrenza definiti in riferimento alle diverse attività considerate (distanza isocronica tra comune di residenza e comune di ubicazione dell'ospedale di riferimento).
La distribuzione geografica è infatti uno dei criteri per la valutazione dell'equità nell'accesso ai servizi. E' evidente che, in questo contesto, dobbiamo prescindere dai meri confini provinciali e

aziendali, introducendo elementi di programmazione e di rapporti tra aziende basati sui bisogni sanitari ed il migliore percorso del paziente, indipendentemente dai confini dell'azienda.

Si individuano i seguenti indici di riferimento temporali:

- per le specialità di base: proporzione di popolazione residente per la quale si verifichi la condizione di avere un'offerta di Medicina e Chirurgia Generale con un tempo massimo di percorrenza di 60 minuti;
- per la copertura della rete di Emergenza: proporzione di popolazione residente per la quale si verifichi la condizione di avere un Pronto Soccorso di 1° o 2° livello ogni 300.000 abitanti con un tempo di percorrenza massimo di 45 minuti;
- per le alte specialità: proporzione di popolazione residente per la quale si verifichi la condizione di avere una struttura dotata di Neurochirurgia e/o Cardiochirurgia ogni 800.000 abitanti entro un percorso di 120 minuti.

b) la Rete ospedaliera Materno-Infantile

E' necessario procedere alla ulteriore qualificazione assistenziale dei punti nascita attraverso l'adeguamento delle risorse strutturali, tecnologiche e di personale rispetto ai livelli di rischio che la gravidanza presenta e alle possibili complicanze per il nascituro che possano anche insorgere nel momento del parto. Nel prossimo triennio dovrà essere completata, come stabilito a livello nazionale, la chiusura dei punti nascita sotto i 500 parti, escluse particolari situazioni geografiche, e la progressiva ridefinizione organizzativa dei punti nascita sotto i 1000 parti, con l'obiettivo di monitorare il volume di attività delle equipe e garantire la soglia minima di sicurezza.

In particolare occorrerà concentrare l'attenzione sui seguenti obiettivi:

- valutazione univoca, su tutto il territorio regionale, delle competenze e delle capacità operative che , in termini di risposta assistenziale, possiede ciascun punto nascita, al fine di addivenire ad una classificazione degli stessi che dia chiarezza dei livelli di complessità e rischio per la gravidanza e il parto che possono in ciascuno essere gestiti. A tal fine la delibera di Giunta regionale 1322 del 2009 "Potenziamento della rete di Terapie Intensive e sub Intensive Neonatali" ha promosso l'applicazione dei criteri dell'American Academy of Pediatrics, che l'Area Vasta Centro ha già utilizzato, per definire la precisa classificazione dei propri punti nascita ed evidenziare le criticità e le opportunità di ciascuno rispetto all'assistenza delle diverse età gestazionali e ai rischi di complicanze. Questa positiva esperienza deve essere allargata anche alle altre Aree Vaste.
- la sicurezza delle nascite deve essere garantita attraverso una rigorosa selezione delle gravide eligibili a percorsi dedicati alla gravidanza fisiologica e il ricorso a chiari protocolli di gestione delle eventuali complicanze.
- la redazione di percorsi diagnostico terapeutici che, alla luce delle classificazioni effettuate, definiscano le appropriate afferenze di gestante e neonato al punto nascita più idoneo, loro applicazione in tutta la rete neonatologica regionale, costante monitoraggio del loro utilizzo attraverso l'analisi dei dati di Certificato di Assistenza al Parto (CAP), registro dei trasporti protetti neonatali, DRG neonatologici, registro dei gravi prematuri (Tin-Toscane on-line) in collaborazione con l'osservatorio di epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità
- la definizione di protocolli per il trasporto in utero che portino ad espletare i parti nel punto nascita più adatto in base alle classificazioni effettuate e la revisione dei protocolli esistenti per i trasporti protetti neonatali, con l'obbiettivo di una loro riduzione e ricorso agli stessi nelle situazioni in cui realmente non fossero pianificabili altri interventi preventivi.
- l'incremento del ricorso al trasporto in utero per le gravidanze a rischio.

Va migliorata l'offerta assistenziale ai neonati pretermine e le azioni da perseguire sono rappresentate da:

- follow up dei neonati patologici attraverso:
  - individuati e formalizzati percorsi e test standardizzati di controllo a 1 e 2 anni di età corretta per neonati ad alto rischio di outcome sfavorevole dal punto di vista neuroevolutivo;
  - recupero attivo dei pazienti che non si presentano a controllo
  - sviluppo delle collaborazioni con i servizi territoriali, in particolare quelli di Neuropsichiatria Infantile

Va migliorata l'offerta assistenziale ai neonati affetti da patologia congenita, cronica ed invalidante e le azioni da perseguire sono rappresentate da:

- favorire l'inquadramento diagnostico terapeutico precoce ed il contatto della famiglia con i professionisti del centro che effettuerà la presa in carico del neonato prima della dimissione dal punto nascita
- garantire il contatto tra i professionisti del centro ed il pediatra di famiglia per ottimizzare la collaborazione tra ospedale e territorio e conferire all' assistenza ospedaliera solo quelle prestazioni non diversamente erogabili

I tassi di ospedalizzazione pediatrica sono ulteriormente comprimibili attraverso il completamento del percorso di de-ospedalizzazione di una serie di patologie gestibili ab-initio dal territorio e attraverso il contenimento delle riacutizzazioni di patologie croniche richiedenti ricovero ospedaliero, mediante interventi di miglioramento dell'appropriatezza clinica e/o della compliance ai trattamenti che, sovente, è all'origine del ricorso all'ospedale. Deve essere avviata la progressiva riconversione delle degenze pediatriche in attività ambulatoriali, di day service e di osservazione temporanea, in grado di offrire la gamma di interventi diagnostico-terapeutici più comuni e di fare da tramite tra la dimensione ospedaliera e quella più propriamente territoriale, oltrechè tra la dimensione generalista e quella iper-specialistica propria dei centri di alto livello. Tale riconversione dovrà essere ispirata dalla distribuzione territoriale dei punti nascita all'indomani di un loro ridimensionamento. A tale proposito occorre:

- Garantire la continuità assistenziale e l'eventuale trasferimento precoce di pazienti, una volta stabilizzati, dall'AOU Meyer e dalle altre strutture pediatriche favorendo il passaggio dalla gestione clinica dei casi ai pediatri di famiglia ed al territorio. E' noto, infatti, che la continuità assistenziale, ed i correlati benefici clinici ed economici si realizzano allorché sono specificatamente definite ed integrate le tre fasi dell'ospedalizzazione intensiva, dell'ospedalizzazione intermedia e delle cure territoriali e domiciliari.
- Rafforzare la rete della specialistica pediatrica al fine di facilitare i processi di sviluppo di percorsi formativi e assistenziali integrati.

In tale ambito va riconfermato il ruolo di coordinamento svolta dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer all'interno del quale saranno sviluppate azioni orientate a:

1. creare una forte integrazione fra strutture pediatriche e neonatologiche nell'ambito di ciascuna Area Vasta al fine di garantire l'organizzazione per livelli diversificati di intensità delle cure, e coniugare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse con la garanzia della piena continuità del percorso di cura, avendo come ricaduta anche l'ottimizzazione dell'indice di occupazione dei posti letti delle strutture intermedie;
2. formalizzare intese fra le Strutture di Pediatria degli ospedali di ciascuna Area Vasta e i Pediatri di Famiglia, finalizzate a garantire una maggior appropriatezza nel flusso di pazienti che si rivolgono al pronto soccorso, nonché nella gestione della fase intermedia del percorso di cura;
3. garantire la continuità assistenziale nei pazienti pediatrici affetti da patologie croniche o di lunga durata attraverso la redazione di protocolli organizzativo assistenziali, anche specifici per patologia, che prevedano il rafforzamento del rapporto tra le strutture ospedaliere, quelle territoriali ed i Pediatri di Famiglia, sulla base dei criteri di priorità e responsabilità;

4. potenziare le cure domiciliari pediatriche che, per le patologia complesse, vedano nell'AOU Meyer il centro di riferimento, di raccordo e di condivisione del percorso di gestione del paziente al domicilio.

In una prima fase verrà sperimentata nell'area metropolitana di Firenze una riorganizzazione delle strutture pediatriche e neonatologiche con una forte integrazione di tipo dipartimentale interaziendale fra tutte le strutture attive dell'area. I fondamenti di questo disegno sono la mobilità dei pazienti fra i diverse livelli della rete metropolitana secondo criteri di appropriata collocazione in base alle necessità assistenziali, ma anche la mobilità degli operatori in base alle esigenze di competenze specifiche, favorita dallo sviluppo di un effettivo senso di appartenenza degli operatori delle diverse strutture allo stesso insieme dipartimentale: a questo fine risulta fondamentale il funzionamento costante degli organismi di governo della struttura dipartimentale, e la identificazione di riconoscibili elementi unificanti (ad esempio un "logo"). Questo modello necessita di un forte coinvolgimento degli operatori attraverso momenti di formazione e di predisposizione condivisa di strumenti operativi.

Consolidata questa riorganizzazione, si potrà allargare il modello all'intera Area Vasta Centro e valutarne la riproducibilità all'interno della altre Aree Vaste.

Relativamente al personale sia medico che dell'assistenza che opera nell'area Materno Infantile, si riscontrano criticità nella sua formazione di base e continua per quanto attiene l'ambito neonatologico. I parametri veramente buoni che la regione ha raggiunto in termini di mortalità neonatale possono essere ulteriormente migliorati curando anche questo aspetto.
In merito alla formazione continua, le maggiori criticità sono riscontrabiliper mantenere un elevato livello di qualità nella risposta assistenziale, tutti i punti nascita devono porvi la massima attenzione, cosa che risulta più difficile nei centri dove le situazioni di emergenza e la loro complessità sono meno frequenti e rilevanti. In tutti i centri, indipendentemente dal numero dei parti e dal livello di classificazione, si devono garantire pertantoaggiornamenti sulle manovre di rianimazione in sala parto o sulle procedure rilevanti, in base al proprio livello di classificazione, almeno una volta all'anno; a questi devono partecipare tutti i medici, le ostetriche e gli infermieri coinvolti nel percorso nascita. A migliore supporto di questi diversificati ambiti di aggiornamento, debbono essere create alcune task force monotematiche di Area Vasta, coordinate da professionisti dei terzi livello, che effettuino la formazione su tutte le strutture della rete e consentano anche tirocini mirati con lo scambio di professionisti tra i vari centri.
In merito alla formazione di base, il personale medico pediatra che si affaccia al mondo del lavoro ha raramente competenze consolidate di assistenza neonatologica, e questo rappresenta una grossa criticità nel loro impiego presso le pediatrie che si affiancano ai punti nascita. Va osservato che il percorso formativo all'interno della scuola di specializzazione unica di pediatria non aiuta ad acquisire competenze neonatologiche: nei primi anni di formazione, viene programmato un periodo molto ristretto di frequenza presso le Neonatologie/Terapie Intensive Neonatali e ciò potrebbe favorire una meno frequente opzione per l'indirizzo neonatologica negli ultimi anni di specializzazione. Un intervento specifico, effettuato con le sedi Universitarie, sul percorso didattico della scuola di specializzazione in pediatria deve portare alla soluzione di questa situazione. E' infatti necessario che in tutti i punti nascita ci siano pediatri con training neonatologico (in virtù o della scelta effettuata nell'indirizzo degli ultimi due anni di specializzazione o della frequenza di lungo periodo nelle Terapie Intensive Neonatali) in numero sufficiente da garantire le competenze rianimatorie sulle 24 ore.

c) la Rete dei Servizi Diagnostici

Dovrà essere completato il processo di rimodellamento dell'attività dei servizi diagnostici dell'Area della Medicina di Laboratorio che include:

- Genetica Medica
- Patologia clinica e Biochimica Clinica
- Microbiologia e Virologia

o Anatomia Patologica
o Medicina Trasfusionale (per tutte le attività non ricomprese nella riorganizzazione regionale all'interno del Centro Regionale Sangue)

La riorganizzazione, già prevista dalla DGR n° 313 del 07/05/2007, deve realizzare un sistema di laboratori in rete di Area Vasta attraverso modelli dipartimentali aziendali ed interaziendali che governino la rete stessa. Affinchè il processo di riorganizzazione sia completato è necessario rinnovare il ruolo e le responsabilità dei professionisti, prevedere flessibilità operativa ed articolare le attività in base ai volumi garantendo qualità e sicurezza. Alcune attività dovranno essere svolte a livello regionale ed interregionale (es.genetica medica).
Sono coinvolti nella riorganizzazione laboratori sia pubblici che privati con riferimento anche alla ottimizzazione dei settori analitici presenti all'interno delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Obiettivi :

- Garantire accessibilità ed elevata qualità ai cittadini, eliminando fenomeni di variabilità di risposta
- Ottimizzare l'impiego della tecnologia strumentale e dei reagenti
- Favorire l'integrazione dei professionisti e la flessibilità organizzativa

d) La Rete Oncologica, con l' Istituto Toscano Tumori (ITT)

Il sistema dovrà prevedere, per **patologie complesse, infrequenti e rare**, l'individuazione di nodi (struttura della rete oncologica regionale rappresentata dalle Aziende sanitarie, con requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, professionali tali da facilitare l'accesso del cittadino all'appropriato livello prestazionale necessario alla soddisfazione del bisogno).

All'interno dei nodi vi sono:

- Unità di competenza (UC): strutture di elevata specializzazione, con riconosciuta competenza per l'alta complessità (livello di collocazione: Area Vasta, Regionale, Inter-regionale), con requisiti di eccellenza che rappresentano il fulcro di un sistema a rete, in collegamento con le strutture equivalenti per la stessa disciplina a livello regionale e nazionale. Le UC hanno un ruolo strategico nell'impostazione dell'iter diagnostico e terapeutico che possono svolgere interamente o in collaborazione con più UA, pur mantenendo la regia dell'intero percorso.
- Unità associate (UA): nodi della rete che svolgono solo una parte del percorso (staging, diagnostica, terapia medica e radioterapica) definito dalle UC; contemplano un'equipe multidisciplinare comprendente l'oncologo medico, il radioterapista e lo specialista d'organo. Alcune UA possono essere semplicemente in grado di diagnosticare la patologia tumorale sia clinicamente sia con procedure bioptiche .

La rete oncologica regionale si articola nei poli oncologici che si identificano nelle Aree Vaste all'interno delle quali è prevista una articolazione dell'offerta dalle risposte di base all'alta specializzazione.
L'obiettivo dello sviluppo di questo sistema organizzativo è di dare a tutti i pazienti risposte qualificate e di alto livello scientifico, incrementando l'outcome a livello di eccellenza; al tempo stesso riorganizzare il sistema di erogazione delle cure oncologiche orientandolo, per le patologie tumorali complesse e rare, in strutture di competenza, con una ottimizzazione dei costi e degli investimenti.

2.3.3.2. Il nuovo sistema ospedaliero regionale integrato

Contesto:
Una parte rilevante delle risposte sanitarie trova la collocazione adeguata nell'ospedale, nel cui ambito vengono erogate prestazioni sempre più riconducibili ad un'alta complessità professionale, tecnologica ed organizzativa.
Il contesto di riferimento è caratterizzato da un costante incremento dell'età media della popolazione, con una rilevanza delle patologie cronico degenerative sempre più evidente ed una presenza via via maggiore di polipatologie. In proposito, non si possono ignorare altri fattori della crescente complessità del sistema, tra i quali lo sfumare dei confini disciplinari per patologia d'organo o per tecnologie, in relazione alla crescita delle conoscenze sui fattori causali e concausali delle malattie d'organo e di sistema e della loro evoluzione, la crescente diversificazione applicativa di tecnologie di elevata complessità con il prevalere della specificità dell'ambito applicativo rispetto a quello tecnologico: proprio l'evoluzione delle conoscenze e la crescente complessità delle tecnologie disponibili impongono nuovi approcci risultanti dalla convergenza delle diverse competenze sanitarie con il supporto di specifiche competenze tecnologiche. Per poter rispondere adeguatamente a questo profilo di domanda l'assetto organizzativo dovrà essere riletto in modo da realizzare un'offerta per le acuzie e per le riacutizzazioni in patologie croniche che assicuri il coordinamento tra i professionisti di diverse discipline e l'allineamento tra servizi e setting assistenziali per garantire la continuità delle cure nei differenti livelli di intensità e complessità. L'assetto organizzativo attuale è invece ancora in gran parte basato su di un modello tradizionale, che poggia, generalmente, su articolazioni organizzative funzionalmente e strutturalmente chiuse, costruite attorno alle singole discipline, e provoca uno spezzettamento del processo di cura che è il paziente stesso a dover frequentemente ricomporre con una presa in carico complessiva difficoltosa ed ad alto rischio di inefficienza ed inefficacia. Un percorso frammentato, non guidato dal sistema e senza una univoca regia rende inoltre difficile la condivisione con il paziente ed i suoi familiari della strategia complessiva dell'intervento assistenziale. Il percorso di innovazione organizzativa avviato negli ultimi anni si è incentrato prevalentemente su aspetti relativi al layout e non è stato sufficientemente accompagnato da una coerente revisione dei modelli organizzativi professionali.

Nel percorso di cura la singola persona attraversa una serie di compartimenti produttivi quali pronto soccorso, aree di degenza, sale operatorie, aree di diagnostica, ambulatori, all'interno di ciascuno dei quali ad oggi si è lavorato per rendere efficiente il percorso non tenendo però conto del processo nella sua globalità e involontariamente generando criticità negli altri settori all'interfaccia. Tali considerazioni ci suggeriscono di attivare meccanismi in grado di governare il flusso del paziente nel percorso di cura ottimizzandone l'andamento, agendo nei singoli comparti per aumentare l'efficienza e l'efficacia complessiva dell'intero percorso.

La rete ospedaliera presenta inoltre situazioni di frammentazione dell'offerta, favorite in parte da dinamiche economico-finanziarie che, in una logica di competitività tra aziende sanitarie, hanno indotto una replicazione di servizi e di discipline non sempre giustificata dalla necessità di assicurare risposte adeguate ai bisogni dei cittadini e quindi fonte di possibile inefficienza e di inefficacia, dati i non ottimali volumi di attività. E' in questo senso che deve anche svilupparsi l'implementazione del modello dell'ospedale per intensità di cura verso processi/percorsi condivisi, nella continuità assistenziale ospedale territorio.
Negli ultimi anni si sono sviluppate esperienze sul modello dell'Ospedale per intensità di cura, come indicato nel precedente Piano sanitario, che, insieme al documento di indirizzo del Consiglio Sanitario Regionale, elaborato col concorso delle Società scientifiche e degli organi rappresentativi delle Professioni sanitarie, offrono elementi concreti di valutazione per uno sviluppo del modello sempre più integrato nella continuità assistenziale.

Sfide:

Garantire la migliore qualità e tempestività delle risposte di cura ed ampliare la gamma delle risposte adeguate attraverso il governo delle risorse assegnate, mediante:

- l'identificazione e massimizzazione del **Valore Aggiunto** per il paziente attraverso la revisione dei processi nelle strutture operative implementando modelli gestionali orientati sul flusso del paziente, proseguendo e rafforzando le esperienze già avviate;

- la sinergia delle competenze mediante l'affermazione piena della **multisciplinarietà** e della **collaborazione interprofessionale** favorendo l'integrazione fra professioni e discipline, in particolare attraverso la realizzazione dei percorsi clinico assistenziali;

- la ridefinizione dell'offerta ospedaliera nel suo complesso in modo tale da **ridurne la frammentazione**, superare le dispersioni e le ridondanze oggi non più sostenibili, migliorando al tempo stesso la qualità e la sicurezza delle risposte assistenziali.

Strategie:

a) Aggiungere valore ottimizzando il flusso del paziente

Occorre superare gradualmente, attraverso un percorso di sperimentazione sul campo, le attuali rigidità e compartimentazioni del sistema e introdurre nuovi strumenti e modelli gestionali efficaci ed efficienti grazie ai quali affermare un nuovo modello di ospedale che si configura come l'insieme di macroprocessi ognuno dei quali è disegnato sul flusso del valore per il paziente. Per supportare lo sviluppo di questo modello viene attivato un piano di intervento per l'"Ottimizzazione del flusso del paziente", un programma di innovazione per migliorare l'assistenza fornita ai pazienti, massimizzando la qualità e la tempestività delle cure. Con il programma "Ottimizzazione del flusso del paziente" la regione si pone l'obiettivo di costituire un laboratorio regionale articolato in un network di laboratori all'interno sia delle aziende sanitarie che ospedaliere per ripensare le organizzazioni sanitarie secondo la logica del valore per il paziente. La Regione e le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere lavoreranno insieme, in un ottica di rete, per sviluppare, implementare e diffondere le esperienze di miglioramento del flusso del paziente mediante l'applicazione di tecniche di operation management. L'analisi e la revisione dei processi assistenziali attraverso il flusso del valore per il paziente possono consentire di rimuovere gli ostacoli o le parcellizzazioni che rallentano i percorsi di cura e assorbono indebitamente risorse, recuperando margini per le attività a valore aggiunto per il paziente. L'aspetto innovativo per il nostro sistema sanitario sarà quello di promuovere un approccio proattivo, pianificando le attività clinico assistenziali in modo da poter governare il flusso e agendo tempestivamente sugli scostamenti rispetto a quanto pianificato. Governare e programmare la gestione ottimale dei flussi risulta sempre più rilevante al fine di poter evitare potenziali effetti negativi sulla efficacia delle cure quali: ritardi nell'erogazione delle prestazioni, eccessiva durata delle degenze ospedaliere (aumento eventi a bassa probabilità), sprechi di risorse (esami ripetuti, rework), mancata flessibilità e mancato livellamento delle attività (momenti di sovraccarico e momenti di sottoimpiego) con conseguente aumento dello stress personale degli operatori. Eliminare gli sprechi, oltre a migliorare la qualità delle risposte assistenziali, in una contingenza di contrazione delle risorse disponibili, favorisce la sostenibilità del sistema per la salute dei cittadini.

b) L'interazione delle competenze

L'integrazione tra le diverse componenti professionali e specialistiche, valorizzando l'apporto di ognuna nella presa in carico del paziente deve essere perseguita e attuata ripensando i modelli organizzativi professionali. La multidisciplinarietà deve essere agita come elemento caratterizzante i nuovi modelli organizzativi ospedalieri in modo da assicurare una risposta adeguata alla polipatologia e superando il concetto di 'consulenza' come momento di interazione a spot e occasionale. Deve essere invece affermato il principio della piena integrazione delle competenze sia nelle attività in regime di ricovero, in particolare nelle degenze di area omogenea, che nelle attività ambulatoriali complesse. Una leva importante per il riallineamento e l'integrazione delle competenze è rappresentato dal superamento della gestione separata dell'attività specialistica

attualmente definita come territoriale da quella ospedaliera, riconducendo ad una unitarietà di governo il pool di professionisti, indipendentemente dalla tipologia di contratto, in modo da valorizzare le risorse all'interno di un unico processo assistenziale che si può esplicare in sedi diverse (zona-distretto o ospedale) per offrire le risposte adeguate ai diversi bisogni dei cittadini. Questo ambito prevede necessariamente l'impiego degli strumenti della Information and Communication Technology (ICT), che consentano in modo programmato ed omogeneo lo scambio delle informazioni derivanti dal processo di diagnosi e cura tra i vari attori del sistema e tra medicina territoriale ed ospedaliera, ai fini di una valutazione combinata delle risultanze e di un indirizzo condiviso, basato sulla progressiva implementazione del chronic care model.
La logica gestionale orientata sul flusso del paziente e l'integrazione funzionale della componente professionale rappresentano di fatto l'evoluzione dell'esperienza già avviata con la sperimentazione del modello per intensità di cura, che verrà proseguita e perfezionata in un'ottica di miglioramento organizzativo continuo.

c) L'integrazione operativa

Uno strumento per rispondere ai criteri scelti di riprogettazione del sistema e per ricercare un corretto equilibrio tra diffusione dei servizi, competenze, garanzia di alti volumi di attività, elevata qualità e sicurezza ed esigenze economiche, è rappresentato dal superamento del concetto di un ambito di intervento predefinito per identificare modalità organizzative costruite secondo una logica di percorso.
Attraverso l'utilizzo di nuovi criteri organizzativi, supportati dalle evidenze, si intende inoltre assicurare una gestione più efficace del paziente secondo logiche di integrazione operativa tra:

- professionisti di differenti discipline e di diverso ambito professionale
- diverse articolazioni organizzative all'interno della stessa azienda o di aziende diverse

garantendo ai cittadini un'offerta assistenziale di qualità mediante l'interconnessione tra le componenti professionali del sistema e ridisegnando l'assistenza ospedaliera avendo come riferimento i percorsi assistenziali dei pazienti. Il modello assistenziale di riferimento è rappresentato dall'integrazione funzionale delle diverse discipline rispetto a specifici percorsi clinico-assistenziali ad alta criticità/complessità alto costo, alto volume, introducendo nuove modalità di gestione delle risorse umane specialistiche che consentano il superamento della sola spendibilità all'interno della struttura di appartenenza, in virtù di un'assegnazione statica, e la possibilità di essere valorizzate 'funzionalmente':

- come componenti di team costituiti per assicurare specifici percorsi clinici in cui professionisti di diverso ambito professionale e differente disciplina si aggregano, andando a comporre un'unità fisica o 'virtuale' formalmente identificata e standard operativi dichiarati in modo da poter assicurare risposte appropriate tempestive e senza soluzioni di continuità
- nell'ambito di servizi che richiedono alta specializzazione per garantire risposte di particolare complessità.

Questo comporta la definizione del nuovo profilo sia del responsabile di struttura che del responsabile di percorso che dovrà essere sempre più orientata alla gestione dei team di professionisti e alla verifica della qualità delle perfomances ottenute.

L'integrazione funzionale rispetto a percorsi specifici potrà essere realizzata, laddove necessario, anche con un ambito di intervento riconducibile o all'Area Vasta attraverso nuove modalità di gestione 'integrata' delle risorse umane, o, per percorsi particolari, al territorio regionale. Ciò consente la massima valorizzazione delle professionalità e la piena espressione delle competenze. I team interaziendali, oltre a garantire risposte ad alta complessità, valorizzando l'espressione professionale degli specialisti afferenti a strutture non ad alta specialità possono essere progettati anche per la sperimentazione di diverse modalità di copertura territoriale delle urgenze. In questo processo le procedure infotelematiche possono svolgere un ruolo determinante.

d) La ridefinizione dell'offerta ospedaliera
L'elemento chiave da riaffermare e da attuare è rappresentato dalla centralità dell'Area Vasta, all'interno della quale devono essere trovate le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti, e che si esprime non solo attraverso la pianificazione della produzione ospedaliera complessiva ma mediante la definizione e gestione dei percorsi integrati interaziendali. I criteri guida per la ridefinizione dell'offerta ospedaliera prevedono la concentrazione della produzione delle prestazioni di alta complessità professionale in un numero definito di presidi di alta specialità a livello di Area Vasta o regionale, di norma le aziende ospedaliero universitarie, ISPO e la Fondazione Monasterio, ed il trasferimento delle attività a minore complessità presso i restanti presidi con incremento complessivo dei volumi di produzione e riduzione dei costi unitari. Le strutture del privato accreditato dovranno essere collocate all'interno della rete, con una visione di copertura non competitiva della domanda e sinergica rispetto all'offerta programmata, tendendo ad un consolidamento della rete complessiva dell'offerta coordinato e coerente rispetto agli obiettivi della programmazione regionale.

Un ambito da sperimentare è sicuramente rappresentato dall'integrazione tra alcuni ambiti di attività intra-extra ospedalieri dell'azienda sanitaria territoriale e dell'Azienda ospedaliera, quale nodo provinciale di riferimento della rete ospedaliera metropolitana definendo anche nuove modalità di finanziamento che superino il sistema della compensazione.

2.3.3.2.1. L'ospedale per intensità di cura: lo sviluppo delle competenze

Lo sviluppo del modello di organizzazione dell'ospedale per intensità di cura ha coinvolto profondamente i professionisti nella presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale, nei percorsi clinico assistenziali integrati, nella continuità assistenziale fra ospedale e territorio. A questo proposito preme ricordare il contributo che i professionisti hanno saputo dare sul campo anche con documenti elaborati dalle società scientifiche mediche e dagli organi rappresentativi delle professioni sanitarie approvati dal Consiglio Sanitario Regionale.
Il modello concettuale dell'ospedale per intensità di cura deve proseguire nella sua realizzazione attraverso ulteriori sviluppi ed ampliamenti per rispondere alle esigenze evidenziate ed ai mutamenti che i contesti di riferimento richiedono, sia in termini epidemiologici che professionali.
Il processo di trasformazione del modello organizzativo ospedaliero verso l'intensità di cure ha introdotto soluzioni organizzative che rappresentano la base sulla quale proseguire il percorso avviato, potenziando la capacità del sistema di gestire il cambiamento organizzativo sotto il profilo metodologico supportando anche le modifiche degli atteggiamenti culturali che ogni grande trasformazione comporta.
La ricerca della rimodulazione e degli adeguamenti organizzativi in grado di rispondere all'evoluzione delle esigenze di salute dei cittadini e per la sviluppo del modello per intensità di cura già avviato, dovrà proseguire con il costante adeguamento delle organizzazioni al mutare delle esigenze ed il coerente sviluppo delle competenze professionali in un'ottica di miglioramento continuo.

2.3.3.2.2. Il rapporto con le strutture ospedaliere private accreditate

Contesto
L'impostazione del rapporto con le strutture private è stata sviluppata ormai da anni, a livello regionale, in base al principio della integrazione con il sistema pubblico, facendo in modo che la stessa si declinasse lungo precise linee di indirizzo; si registra però una certa disomogeneità nella gestione della produzione del privato accreditato tra le diverse aziende sanitarie ed emerge pertanto la necessità di potenziare la funzione di governo regionale.
I contratti di fornitura con le strutture private sono inoltre ancora orientati prevalentemente sui volumi economici e non sono sufficientemente finalizzati a promuovere efficaci forme di integrazione con la produzione delle strutture pubbliche per rispondere complessivamente ai bisogni sanitari della popolazione di riferimento.

Nella contrattazione si definiscono normalmente i volumi di prestazioni rivolte ai cittadini toscani, si definiscono altresì i volumi produttivi riferiti ai cittadini non toscani in presenza di accordi per la gestione della mobilità sanitaria stipulati fra le regioni.

Sfide

Occorre rafforzare la funzione di **committenza** del sistema basata sulla lettura dei bisogni di salute garantendo, con collocazione a livello di Area Vasta ed assicurandone il coordinamento regionale, una robusta ed efficace funzione di orientamento e di controllo della produzione.
L'offerta allocata nel settore ospedaliero privato convenzionato deve far parte delle modalità complessive con cui il sistema sanitario regionale assicura le risposte ai bisogni di salute espressi dai cittadini.
Le strutture private accreditate devono essere sempre più consapevoli della **responsabilità** che comporta l'essere riconosciute quale componente stabile e duratura del sistema ed in particolare l'essere **partecipi dei processi di cambiamento** e di miglioramento complessivo.

Strategie

E' necessario procedere ulteriormente nell'integrazione tra pubblico e privato accreditato scoraggiando qualunque forma di competizione e assicurando la massima integrazione delle risposte erogate dalle strutture private accreditate collocando le stesse all'interno di percorsi clinici.
L'Area Vasta rappresenta l'ambito di programmazione del fabbisogno complessivo di risposte sanitarie che dovranno poi venire allocate tra i diversi erogatori pubblici e privati.
Questo prevede l'allocazione di funzioni specifiche a livello di Area Vasta, deputate a:

- gestire la committenza verso le strutture private per renderne sinergica la produzione con il resto del sistema quindi incrementare l'efficienza complessiva.
- assicurare il monitoraggio costante dell'appropriatezza, della qualità e sicurezza con modalità condivise ed omogenee rispetto alle strutture pubbliche. Le strutture private accreditate, secondo il principio dell'equità e della parità tra strutture pubbliche e private, verranno inserite nel piano dei controlli esterni affidati ad un team di Area Vasta.

In ogni Area Vasta verranno stipulati e monitorati gli accordi contrattuali con le strutture del territorio regionale; la logica da perseguire nella individuazione degli erogatori è quella dell'allocazione delle risposte nei diversi punti del sistema privilegiando la vocazione delle strutture, la complessità organizzativa e tecnologica richiesta, la strutturazione di percorsi che garantiscano la continuità dell'assistenza e l'allineamento alle indicazioni fornite dalle evidenze scientifiche.
In quest'ottica il settore privato troverà una collocazione solida e stabile quanto più sarà in grado di adeguarsi all'evolversi dinamico della domanda, coerentemente con quanto richiesto al settore pubblico.
La Regione svolgerà la propria funzione di guida del sistema nei rapporti con il privato accreditato attraverso:

- lo strumento dell'accordo quadro con le organizzazioni di rappresentanza delle strutture private, nel quale vengono di volta in volta tradotti gli obiettivi di politica sanitaria, svolgendo un ruolo di supervisione sul sistema di erogazione e di controllo rispetto alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- il Tavolo di Concertazione al quale è attribuito il compito di emanare indirizzi vincolanti circa la disciplina dell'Accordo quadro e della contrattazione locale.

2.3.3.3. Allineare la domanda con la capacità di risposta

Contesto

I ritardi e le attese rappresentano una delle principali criticità delle organizzazioni sanitarie e la causa primaria è dovuta al disallineamento tra la domanda e la capacità di risposta.
La capacità di erogare prestazioni presenta una variabilità superiore a quella della domanda in ingresso e questo genera il disallineamento che causa attese e ritardi.

Questo è in parte anche dovuto alla esistente frammentazione operativa che genera uno squilibrio nell'allocazione delle risorse.
Sul versante della domanda ci troviamo in una situazione di eccesso, in particolare per alcuni ambiti di prestazioni per i quali l'inappropriatezza prescrittiva rappresenta ancora un elemento importante di criticità.

Sfide
I fattori in gioco per poter ragionare in termini di sostanziale equilibrio sono la **riduzione della domanda non necessaria** e l'**ottimizzazione della capacità di risposta**, in modo da utilizzare le risorse disponibili con la massima efficienza.
Occorre potenziare la capacità delle aziende sanitarie di registrare e decodificare, con strumenti e tecniche adeguate, la domanda in ingresso per ciascuna delle diverse tipologie di flusso e, conseguentemente, di assicurare un'offerta adeguata a rispondere a ciascuno in modo da mantenere il sistema in sostanziale 'equilibrio'.

Strategie
La problematica dei tempi di attesa va letta all'interno dell'intero sistema della domanda e dell'offerta superando la logica della compartimentazione tra diversi setting di erogazione. Il Pronto Soccorso, le attività in regime di ricovero, le attività ambulatoriali, devono essere considerati come componenti di un unico sistema che deve condividere le stesse logiche e criteri coerenti di appropriatezza per l'accesso alle prestazioni. Per quanto riguarda l'assistenza ambulatoriale l'offerta delle prestazioni che rappresentano il primo contatto del paziente, pur richiedendo strategie specifiche per garantire la necessaria tempestività, deve essere governata all'interno del processo complessivo e quindi letta in maniera integrata con le risposte che devono essere assicurate per il controllo ed il follow up.
Questo presuppone di:

- segmentare la domanda analizzando il flusso nei diversi segmenti in modo da poter adeguare, in maniera flessibile, la capacità di risposta in relazione all'andamento della domanda;
- migliorare la capacità di risposta intervenendo ad ogni passaggio del processo e rimuovendo gli ostacoli allo scorrimento del flusso del paziente in modo da renderlo quanto possibile costante, senza ritardi né interruzioni;
- rafforzare i sistemi di gestione della programmazione chirurgica introdotti con la DGRT 638/2009 in modo da assicurare un "flusso continuo" nel percorso del paziente, riducendone la variabilità e garantendo lo scorrimento delle liste secondo i criteri di priorità clinica superando la compartimentazione organizzativa tra le diverse discipline, in modo da guadagnare in efficienza e assicurare risposte migliori per il paziente eliminando l'incertezza sui tempi di esecuzione dell'intervento e riducendo le possibilità di rinvio, accessi ripetuti etc.
- intervenire efficacemente per ridurre l'inappropriatezza prescrittiva promuovendo una maggiore integrazione professionale tra i diversi ambiti professionali ed in particolare tra l'ambito clinico e quello diagnostico;
- operare in termini di "governo" della rete dell'offerta sia pubblica che privata definendo piani di produzione che individuino con certezza chi fa cosa per rispondere alla domanda espressa ricostruita attraverso analisi strutturate dei fabbisogni;
- supportare lo sviluppo tecnologico promuovendo l' impiego di strumenti tarati per un uso "di base" e a minor costo e lo sviluppo di competenze specifiche delle professioni sanitarie per l'esecuzione di indagini strumentali a bassa complessità.

2.3.3.4. La specialistica ambulatoriale

Contesto

La specialistica ambulatoriale rappresenta un setting erogativo cruciale soggetto, negli ultimi anni, ad un significativo sviluppo sia quantitativo che di complessità attraverso il quale viene assicurata l'attivazione di percorsi assistenziali e la continuità nella presa in carico della cronicità.
Le attività di specialistica ambulatoriale non sono però sempre efficacemente inserite all'interno di percorsi tecnico-professionali definiti e risentono della attuale frammentazione operativa tra i diversi professionisti (medici di medicina generale, specialisti 'territoriali' ed 'ospedalieri'); di fatto si avverte la necessità di un livello di governo della specialistica ambulatoriale che resta frammentata tra offerta 'distrettuale' e ospedaliera.

Sfide
La rilettura dell'assistenza specialistica in un'ottica di rete e di integrazione funzionale con le altra componenti del sistema costituisce un obiettivo da perseguire coerentemente con il ridisegno del sistema ospedaliero. L'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale deve essere ridefinito nella logica dell'**integrazione funzionale dell'area ospedaliera e delle articolazioni presenti in area extraospedaliera.** L'attività specialistica ambulatoriale erogata da specialisti convenzionati interni o da strutture esterne accreditate deve cioè costituire un unicum funzionale con l'attività specialistica ambulatoriale erogata dagli specialisti ospedalieri.
L'assistenza specialistica ambulatoriale si deve configurare sempre più come un setting strutturato, con **meccanismi di accesso semplificati,** la cui finalità è assicurare la gestione clinica complessiva del paziente fino al rinvio al medico di medicina generale mediante percorsi assistenziali qualificati, una maggiore **appropriatezza clinica ed organizzativa** da perseguire anche attraverso il costante riorientamento della produzione da parte degli erogatori interni e la definizione delle tipologie e dei volumi di attività da acquisire dalle strutture private accreditate in base al fabbisogno via via espresso.

Particolare attenzione sarà riservata ai percorsi di medicina fisica e riabilitazione. La razionalizzazione, in termini di garanzia di appropriatezza e di efficacia, dell'offerta riabilitativa a livello ambulatoriale implica lo sviluppo dei percorsi impostati con delibera G.R. n.595/2005 e l'aggiornamento delle prestazioni erogabili. La crescita della domanda impone l'avvio di sistemi di verifica dei risultati degli interventi riabilitativi, in termini di attività e risultati di salute.

Strategie
In un contesto sempre più modellato sulla logica dei percorsi tutti i componenti della rete dovranno lavorare in sinergia attraverso una maggiore integrazione operativa che preveda uno stretto collegamento tra assistenza ospedaliera in regime di ricovero, assistenza specialistica e cure primarie, che devono essere articolate in un rapporto di complementarietà e continuità per la cui realizzazione occorre definire modalità di raccordo e di relazioni stabili e più efficaci.
In particolare si dovrà assicurare:

- una integrazione funzionale strutturata, con l'individuazione di team integrati tra i professionisti che erogano prestazioni ambulatoriali (ambulatori ospedalieri, Day Service, poliambulatori, strutture private accreditate)
- la collocazione delle attività ambulatoriali nelle diverse sedi (intraospedaliere e territoriali) in base alla loro complessità, assicurando il loro collegamento funzionale grazie ad una unitarietà di approccio tecnico-professionale (team funzionali);
- la proiezione specialistica dell'ospedale verso gli ambulatori della medicina generale, i poliambulatori fino al domicilio del paziente, attraverso una forte integrazione sul piano organizzativo con i servizi di assistenza domiciliare, anche mediante le tecniche di gestione a distanza del paziente.

Tale modello consente una forte flessibilità organizzativa, una distribuzione dell'attività basata sulla domanda e una conseguente crescita della professionalità e dell'efficienza nell'utilizzo delle professionalità.
La ricollocazione funzionale delle prestazioni specialistiche non può prescindere dalla partecipazione di tutti i professionisti coinvolti sia alla costruzione dei percorsi organizzativi che dei profili clinici in modo da garantire sia una omogeneità di percorso che di indicazione clinico-terapeutica.

Gli strumenti della contrattazione regionale e locale con il personale convenzionato (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti convenzionati), il processo di budget con gli specialisti ospedalieri ed i contratti di fornitura con le strutture accreditate vanno utilizzati in maniera coerente, focalizzandoli sui medesimi obiettivi.
Deve essere proseguito e perfezionato il percorso avviato per il miglioramento dell'accessibilità, del governo della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali per ridurre le liste d'attesa, dando piena applicazione agli atti di programmazione regionale. La DGRT 493/2011, che precisa gli impegni del Sistema sanitario regionale per il contenimento dei tempi di attesa, sia per quanto riguarda il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di primo accesso che la garanzia della cadenza programmata dei controlli per la presa in carico del paziente cronico, ridefinisce le azioni gestionali affidate alle Aree Vaste e alle Aziende sanitarie per la pianificazione della produzione ambulatoriale rispetto al bisogno espresso che deve essere definito secondo criteri di appropriatezza. All'interno dei piani di produzione aziendali devono essere sviluppate le soluzioni organizzative da adottare localmente per assicurare una capacità di risposta adeguata alla domanda.

2.3.3.4.1. I driver dell'appropriatezza

La promozione dell'uso corretto delle risorse a disposizione richiede di concentrare l'attenzione sui principali determinanti dell'appropriatezza clinica e di quella organizzativa e su sistemi di valutazione e monitoraggio tali da consentire l'attuazione di programmi di miglioramento specifici e mirati, arricchendo e perfezionando gli interventi già avviati e gli strumenti attualmente disponibili.

Per procedere nella direzione individuata occorre assicurare:
-attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento sull'appropriatezza tecnico-professionale ed organizzativa rispetto agli obiettivi di qualità del sistema e ai costi dei servizi offerti;
-l'omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi .
I due filoni concettuali sono da leggere in modo sinergico e quindi l'integrazione fra la dimensione organizzativa e la dimensione clinica dell'appropriatezza rappresenta un obiettivo da perseguire non solo nell'erogazione di un singolo intervento, ma anche all'interno di percorsi clinici o di modelli organizzativi più articolati.
La valutazione dell'appropriatezza prescrittiva mediante l'analisi della variabilità costituisce un approccio da estendere e da attuare in maniera sistematica e strutturata per consentire l'identificazione delle aree sulle quali concentrare l'attenzione e promuovere gli interventi correttivi.
Un esempio tra tutti è il trend di crescita della diagnostica per *imaging*, l'alta percentuale di referti negativi, indicativa di scarsa appropriatezza, rappresentano una criticità che deve essere affrontata con azioni specifiche. E' necessario perciò attuare un programma complessivo che preveda un percorso di integrazione tra l'ambito clinico e quello diagnostico per identificare l'effettiva utilità dell'indagine diagnostica per orientare le successive scelte cliniche e costruire quella base di razionalità clinica da condividere con il cittadino, perché finalizzata a soddisfare, con il minor rischio, il suo bisogno di salute.
Analogo il discorso sugli interventi di riabilitazione o le prescrizioni farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale.
Per quanto riguarda l'appropriatezza organizzativa è necessario procedere ulteriormente nel percorso già avviato di trasferimento di prestazioni sanitarie dal regime di ricovero ordinario al ricovero in day hospital (medico, chirurgico, riabilitativo) e al regime ambulatoriale. Il tradizionale modello ambulatoriale, basato sull'erogazione di singole prestazioni dovrà sempre più evolvere in un modello integrato, con pacchetti di prestazioni multidisciplinari da erogare in tempi ristretti (day service), venendo incontro alle esigenze dei cittadini, da ricomprendere, per le patologie a maggiore impatto in termini di volumi e di complessità, all'interno dei percorsi dedicati.

2.3.3.4.2. Centro Unico di Prenotazione: uno strumento per garantire l'accesso e monitorare le liste d'attesa

Contesto

Nel contesto toscano da molti anni la fase della prenotazione viene considerata come parte integrante della prestazione specialistica. Parte integrante e, soprattutto, momento di governo clinico, nel quale è possibile interfacciarsi con la domanda e effettuare scelte più o meno appropriate, iniziando naturalmente dalla fase di prescrizione stessa.

Già con la Deliberazione G.R.T. 619 del 11 giugno 2001 fu dato il via ai CUP aiznedali. Oggi presenti nel 100% delle ASL e delle AOU toscane, definiti ancor meglio nell'atto successivo del 2002 (Deliberazione G.R.T. 1417 del 16 dicembre 2002). Nel 2007 sono iniziati sul livello nazionale e regionali tentativi organici di contenimento dei tempi di attesa, con la Deliberazione G.R.T. 81 e nel precedente Piano Regionale il CUP ha assunto in pieno i ruolo di intefaccia trasparente fra sistema e cittadino.

Ma visto il perdurare del problema "tempi d'attesa", ulteriori manovre sono state effettuate a livello nazionale, dalle linee guida dell'aprile 2010 a cura dell'Intesa Stato Regioni al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) nell'accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010. Da questi documenti si è sviluppata nel nostro contesto regionale la Deliberazione G.R.T. 493 del 13 giugno 2011, che approva e contestualizza il Piano Regionale per il governo delle liste di attesa

Strategie

1. Completare l'informatizzazione delle agende a livello ASL. Mentre infatti, ad esempio, le visite specialistiche hanno un buon livello di copertura cup, con il rapporto TAT/SPA pari al 110%, la diagnostica per immagini, in particolare TAC e RM, ha una copertura inferiore al 70% con forte variabilità tra le diverse Aziende e livelli minimi che non raggiungono il 20%.
2. Completare l'informatizzazione delle agende a livello delle AOU sia nella ASL, dove ormai siamo vicini al 100%, che nelle AOU dove ancora esiste una notevole percentuale di attività non "cuppizzate" con accesso molto variabile
3. Completare il catalogo regionale delle prestazioni. Ad oggi il catalogo è operativo per la radiodiagnostica, è in via di completamento per il laboratorio di analisi, è da definire per tutte le altre branche. Il catalogo, ovvero l'utilizzo di un linguaggio comune, è strumento indispensabile sia per la condivisione dell'offerta che per il governo delle liste di attesa che per progetti quali la CSE e l'e-prescription.
4. Unificare la piattaforma sw per la gestione del CUP a livello regionale. Le attuali soluzioni tecnologiche, presenti nelle tre aree vaste per l'integrazione dei cup aziendali,non hanno fornito i risultati attesi, ovvero l'obiettivo di poter condividere in "modo trasparente", utilizzando il proprio applicativo aziendale, l'offerta messa in circolarità, mantenendo le funzionalità tipiche di un sistema di prenotazione evoluto. Nell'area vasta Nord Ovest e nell'area vasta Sud Est è stato scelto l'utilizzo di un "sovracup", che si è dimostrato inadeguato sia per funzionalità che per prestazioni. Nell'area vasta Centro, sono state realizzate integrazioni ad hoc, "punto-punto", tra i sw aziendali e il sw individuato per la condivisione dell'offerta, ma anche in questo caso i risultati non sono stati quelli attesi. In entrambi gli scenari le soluzioni tecniche individuate hanno condizionato, in quanto limitanti, lo sviluppo dei cup di area vasta.

   A quanto sopra detto, va aggiunto il fatto che il livello di area vasta è spesso non adeguato, in particolar modo in considerazione delle aree di confine tra aree vaste dove i cittadini tendono frequentemente a gravitare su di un'area diversa da quella di appartenenza.

   Lo sviluppo di una piattaforma unica regionale dovrà necessariamente tenere conto delle indispensabili integrazioni con i diversi domini aziendali, dal pronto soccorso, ai reparti di degenza, alle accettazioni ambulatoriali, prevedendone la realizzazione secondo gli standard della cooperazione applicativa di Regione Toscana (CART). Il progetto avrà uno sviluppo che impegnerà almeno l'arco di un paio d'anni e questo consentirà di definire un piano di adeguamento, per le diverse Aziende, che tenga conto degli investimenti già fatti.

5. Accentrare, a livello regionale, specifici ambiti di attività del CUP, allo scopo di beneficiare di economie di scala e di specializzazione delle figure coinvolte all'interno di ambiti cruciali di attività, quali, ad esempio, la gestione della prenotazione telefonica, delle regole comportamentali, delle agende , ecc).
6. Realizzare un'offerta più ampia possibile di canali di accesso, al fine di garantire un elevato livello di fruibilità per il cittadino :
   sportelli presidiati dell'Azienda sanitaria; servizio di call center; prenotazioni effettuate direttamente da operatori sanitari allo scopo di semplificare il percorso assistenziale dell'utente; prenotazioni effettuate presso le Farmacie territoriali, tramite postazioni di lavoro presidiate; prenotazioni tramite postazione CUP all'interno di strutture convenzionate (Associazioni Mediche, Associazioni di Volontariato, Comuni, PAAS,ecc.); prenotazioni WEB effettuate direttamente dall'utente, anche attraverso Totem, mediante il riconoscimento tramite Carta Sanitaria Elettronica.
7. Dare piena operatività, in continuità ed evoluzione con quanto previsto nel PSR 2008-2010, al progetto "Percorso chirurgico" che, partendo dalla prenotazione della visita specialistica chirurgica, traccerà appunto l'intero processo, ovvero visita, inserimento in lista di attesa e sua successiva gestione, ricovero e registro operatorio.

2.3.3.5. La rete toscana per le malattie rare

Contesto

Il sistema regionale toscano delle malatite rare (SRTMR), attivato a seguito del DM 279/2001, è articolato sui presidi di rete, la struttura di coordinamento, il Registro Toscano Malattie rare e il Forum delle associazioni toscane malattie rare.
Grazie all'utilizzo di fondi regionali, ministeriali e a un progetto condiviso con l'ISS sono stati realizzati una serie di interventi volti a:

- potenziamento e aggiornamento rete dei presidi dedicati alle malattie rare
- definizione percorsi
- consolidamento il registro toscano malattie rare (RTMR)

La rete dei presidi rappresenta la struttura portante del sistema e il suo sviluppo avviene sia con l'estensione dei presidi sia con lo strumento delle conferenze dei presidi, che ha consentito di condividere specifici percorsi assistenziali e aggiornare le dinamiche di rete tra i presidi.
Il gruppo di coordinamento regionale, oltre alla sua funzione ha condiviso ed elaborato con strutture esterne progetti di importanza rilevante da un punto di vista formativo, informativo e di sviluppo di linee guida (Progetto InforMar con Formas) e di miglioramento della rete di accoglienza al cittadino (Progetto Call center malattie Rare e Progetto Centro regionale per le Malattie rare Pediatriche).
Tali più recenti progettazioni sono in corso di del attivazione nel 2011 e necessiteranno nel proseguo di un attento monitoraggio e supporto.
Il registro toscano delle malattie rare, gestito dalla FTGM su incarico della RT, si è configurato sempre più uno strumento non solo di rilevazione epidemiologica ma come necessario supporto alla programmazione sanitaria e al funzionamento della rete. Attualmente è in via di sperimentazione un nuovo modello di partecipazione attiva del Forum delle Associazioni alle attività del registro. Il RTMR partecipa ai progetti Europei sulla registrazione delle malattie rare (EPIRARE) e sulle azioni di indirizzo per le politiche sulle malattie rare (EUROPLAN).
Nel triennio la Regione Toscana ha partecipato e attivamente promosso le iniziative legate alla Giornata internazionale delle malattie rare.
Si è proceduto due volte all'aggiornamento della rete dei presidi rispetto alla precedente del 2004.

Rimangono tuttavia alcuni elementi su cui investire maggiore attenzione in particolare con riferimento alla continuità assistenziale, durante l'età di passaggio da quella adolescenziale a quella adulta.

Obiettivi
Obiettivo prioritario è la definizioni e formalizzazione dei percorsi di rete all'interno del sistema definendo i ruoli e le responsabilità attraverso un sistema hub and spoke che chiarisca i livelli di presa in carico del paziente affetto da malattie rare e della sua famiglia non solo da un punto di vista clinico ma anche attraverso il sostegno psicologico e sociale.

Azioni
E' necessario procedere ad un nuovo aggiornamento della rete dei presidi per le malattie rare con una più precisa definizione dei ruoli e dei percorsi dedicato.
Sono altresì da sviluppare maggiormente i raccordi di rete di area vasta con le AOU attraverso un modello organizzativo che faciliti la gestione della presa in carico multidisciplianre e a più livelli dell'intero percorso dell'utente.
E' necessario realizzare percorsi strutturati diagnostico-assistenziali nelle età di passaggio, sia per quanto riguarda le patologie più comuni, che per le patologie più rare;
Questo modello innovativo potrebbe prevedere dei percorsi condivisi tra i professionisti specifici delle varie "età di passaggio" , che potrebbe prevedere la costituzione di una "transition clinic" in ambito ospedaliero e/o territoriale ("ambulatorio di transizione"). Per quanto attiene le malattie molto rare, per le quali non esistono competenze specifiche diffuse, la continuità assistenziale può essere garantita dallo specialista esperto, indipendentemente dall'età del paziente, in attesa della creazioni di tali competenze in altri specialisti.
E' inoltre necessario investire sull'informatizzazione delle procedure legate al rilascio della certificazione valida ai fini del diritto all'esenzione e dell'inserimento della casistica nel RTMR ai fini di una semplificazione delle procedure amministrative e dell'implementazione dell'inserimento dati nel registro.
L'informatizzazione avrà anche il beneficio di favorire il processo di inserimento della casistica nel RTMR.
Il sito pubblico del RTMR sarà adeguato allo scopo di fornire utile supporto all'utenza (cittadini e medici) in termini di maggiore fruibilità delle informazioni e utilizzabilità dei servizi in rete.
Occorre inoltre una fase tesa alla precisazione o ridefinizione dei ruoli di competenza delle strutture di Coordinamento.
Occorre favorire sistemi di accesso e facilitazione come ad es. la realizzazione di un contact center regionale dedicato che faciliti il raccordo e la presa in carico ai vari livelli ma soprattutto l'ascolto e la presa in carico psicologica e sociale-
Occorre favorire progettualità che prevedano la partecipazione diretta delle associazioni dei pazienti e interventi che sperimentino formule alternative di sostegno alle famiglie dei pazienti anche attraverso strutture residenziali con programmi dedicati all'empowerment.

2.3.3.6. Il rispetto dei diritti del bambino in ospedale

La Regione Toscana da anni dimostra una forte attenzione nei confronti delle tematiche di promozione della salute rivolte a bambini e adolescenti, nell'intento di garantire loro il diritto al più alto livello possibile di salute e l'accesso ai servizi sanitari, come sancito dalla Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo del 1989 ed, in particolare, dall'art. 24.
Con la DGR 511/2011 e la costituzione in Regione Toscana dell'Osservatorio per il rispetto dei diritti dei bambini in ospedale (DBH) ci si è proposti di intervenire con un approccio sinergico al tema del rispetto dei diritti del bambino negli ospedali del Sistema Sanitario Toscano, attraverso:

* l'adozione di una carta unica per il rispetto dei diritti del bambino in ospedale, utilizzabile da tutte le Pediatrie Toscane che sia in linea con i principi enunciati nella Convenzione sovramenzionata;

* l'individuazione e l'utilizzo di un sistema di autovalutazione per la verifica e il monitoraggio del rispetto dei diritti del bambino all'interno del contesto ospedaliero;
* l'implementazione e l'ampliamento delle attività di formazione correlate a tale ambito tematico con un approccio multidisciplinare.

Si raccomanda, nello specifico, di sviluppare azioni sulla base delle indicazioni fornite dalle seguenti linee d'indirizzo:

* l'obbligatorietà del ricovero in area pediatrica tenendo conto delle differenti fasi di sviluppo psico-fisico del bambino;
* la presenza costante accanto al bambino in ospedale di uno dei genitori o tutori;
* la presenza al pronto soccorso di percorsi dedicati ai bambini;
* l'esistenza di protocolli di cura tra ospedale e pediatra di famiglia, servizi territoriali e sociali e viceversa, al fine di favorire la tutela della continuità assistenziale e l'assistenza globale;
* l'individuazione di un responsabile aziendale preposto alla verifica e al monitoraggio del rispetto dei diritti del bambino in ospedale;
* l'esistenza di protocolli appropriati per la terapia del dolore;
* il supporto psicologico nei reparti e negli ambulatori di pediatria
* una particolare attenzione da rivolgere agli aspetti legati all'umanizzazione e all'accoglienza nei percorsi di cura: ambiente psico-socio-fisico a misura di bambino;
* una particolare attenzione da rivolgere agli aspetti multiculturali;
* la prevenzione di ogni forma di discriminazione nei confronti del bambino e della sua famiglia;
* il coinvolgimento del bambino e della sua famiglia all'interno dei processi terapeutici, tramite informazione e comunicazione adeguata da parte degli operatori, al fine di favorire processi di auto-determinazione nel paziente minore;
* l'assicurazione della continuità delle relazioni e dello studio per il bambino ricoverato;
* la garanzia di protezione da ogni forma di violenza.

2.3.4. Curare la persona e non la malattia

2.3.4.1. La medicina narrativa

La Medicina Narrativa rappresenta un approccio metodologico, su base scientifica, che permette al medico di potenziare le proprie capacità di relazione e comprendere più profondamente le storie dei pazienti; per il paziente può rendere possibile e "piacevole" raccontare la propria storia a un medico attento, in grado di ascoltarlo. L'obiettivo della medicina del racconto è quello di costruire e mantenere la relazione con il malato, di negoziare con il lui il progetto terapeutico e quindi costruire la cosiddetta allenza terapeutica.
La Medicina Narrativa nasce negli Stati Uniti intorno agli anni 90, nell'ambito della Harvard Medical School: gli ispiratori di questo approccio sostengono la tesi che la medicina sia "un insieme di significati simbolici che modellano sia la realtà che definiamo clinica, sia l'esperienza che di essa fa il soggetto malato".
Nel processo relazionale medico-paziente, durante il colloquio e la raccolta anamnestica (da cui si ricavano gli elementi essenziali per impostare il percorso diagnostico), le *narrazioni* costituiscono la forma entro cui i pazienti sperimentano e descrivono il proprio malessere. La medicina del racconto costruisce e mantiene la relazione con il malato e lo fa partecipe, negozia con lui il progetto terapeutico condividendone vantaggi, potenziali rischi, possibili effetti avversi, necessità di controlli e verifiche.
In questi anni la letteratura scientifica internazionale sugli aspetti narrativi della malattia ha avuto sviluppi e applicazioni in oncologia, nelle patologie cronico-degenerative, in campo psichiatrico, nei pazienti affetti da AIDS, in anziani con la frattura dell'anca, con gli Alcolisti Anonimi e si è arricchita di una *ricerca-azione* in medicina generale - AUSL di Rimini.
In Toscana questo approccio è oggetto di informazione continua nei confronti dei professionisti, soprattutto nell'ambito della Medicina Generale e dei reparti di Medicina Interna.
L'obiettivo della Medicina Narrativa per il medico è quello di potenziare le proprie capacità di relazione e comprendere più profondamente le storie dei pazienti: attraverso la competenza relazionale e l'ascolto del paziente, egli può coordinare le conoscenze scientifiche con le storie individuali e recuperare uno specifico e insostituibile ruolo professionale. In quanto approccio metodologico su base scientifica, rappresenta un preciso strumento che consente al medico di stringere con il paziente una relazione stretta e utile alla precisa conoscenza del suo vissuto di salute e di malattia.
Charon nel 2001 scriveva "Un'umanizzazione della medicina davvero centrata sul paziente che permetta al medico anche di riflettere sul proprio sé, sul proprio viaggio nella professione; e di ripensare anche il rapporto con i colleghi e gli altri operatori sanitari, nonché con il pubblico e la società più generale, di cui riconquistare quella fiducia oggi sempre più in crisi".
Oggi queste parole sono tanto più vere, soprattutto per quel senso di fiducia che va perdendosi e ripartendo dal quale è possibile ricostruire un patto di salute con i cittadini.

La *comunicazione medico-paziente* svolge oggi un ruolo ancora più importante di sempre anche per il numero crescente di pazienti anziani con comorbilità e malattie croniche, nei quali una corretta informazione sulla malattia di cui sono affetti, sulla fase della malattia e sul suo stato di progressione rappresentano un irrinunciabile strumento per la precisa individuazione dei problemi da affrontare e delle modalità di intervento più opportune. Questo allo scopo di condividere con il paziente e i suoi familiari le strategie di cura per garantire al meglio la reale aderenza alle terapie e perché i pazienti percepiscano la cura con cui vengono seguiti. La comunicazione deve estendersi al contesto in cui vive il paziente, ovvero alla famiglia che tanta parte svolge nella gestione del paziente cronico, spesso in situazioni socio-familiari difficili. L'atto della comunicazione deve essere vissuto dal medico come un irripetibile momento conoscitivo.

2.3.4.2. Le cure intermedie

Gli eventi clinici che si succedono nel tempo in persone con patologie croniche o comunque di età avanzate conducono gradualmente ad una rottura d un fragile equilibrio creato, riducendo nel tempo l'autonomia. Questo accade principalmente subito dopo l'evento acuto, quando l'intervento sanitario ha comunque risolto il nuovo problema, ma altrettanto inevitabilmente peggiorato il quadro generale. Per rispondere a queste esigenze la Toscana, negli anni passati e con atti deliberativi specifici (del. Reg. 1002 del 10 ottobre 2005), ha individuato risposte denominate "Cure Intermedie" (c.i.) realizzate in contesti diversi: dalle case di cura, alle strutture di riabilitazione, agli ospedali di comunità, alle RSA. Questo risulta da una ricognizione effettuata dal Consiglio Sanitario Regionale nel 2010 che ha cercato di fornire un glossario di riferimento comune e proporre delle linee di sviluppo delle cure intermedie nel contesto regionale.

Sfida
Nell'attuale organizzazione sociale e sanitario il momento intermedio fra la risoluzione di un nuovo evento e il ritorno alla vita quotidiana di una persona con problemi di salute preesistenti (spesso di età avanzata) presenta un rischio notevole di riduzione netta dell'autonomia preesistente. Questo perchè l'attenzione si concentra sulla risoluzione dell'evento acuto, anche attraverso interventi tecnologicamente avanzati in presidi ad alta intensità di cure, lasciando che il contesto generale evolva naturalmente verso un peggioramento progressivo.

Obiettivo
La sfida che si apre ai servizi di cure intermedie oggi è quella di intervenire subito dopo la risoluzione dell'evento acuto per valorizzare la funzionalità residua, riportando la persona al massimo livello di autonomia che il suo stato generale gli consente.

Strategie
- Il lavoro del CSR, completato con il parere dell'aprile 2011, ha evidenziato la necessità di *definire e condividere le tappe principali del percorso* della persona in cure intermedie, in particolar modo le caratteristiche delle strutture interessate e i loro standard assistenziali
- La multidimensionalità del bisogno degli utenti delle cure intermedie comporta inevitabilmente interventi di equipe, formata non solo dai vari professionisti coinvolti, a cominciare dal Medico di Medicina Generale e dall'Infermiere, ma dagli stessi malati e loro familiari: è questo il solo approccio capace di incidere positivamente sulla qualità di vita del malato nel suo contesto familiare. Da qui la necessità di rivedere *i ruoli di ciascuno, con la propria specificità ma anche con le interazioni reciproche.*
- Per concentrare l'attenzione sull'autonomia residua diventa imperativo individuare e condividere *strumenti valutativi multidimensionali, semplici e veloci*, in grado di indirizzare la persona nella rete dei servizi e, soprattutto, valutarne nel tempo le condizioni cliniche e funzionali.
- Ma innanzitutto l'aspetto che ad oggi risulta più critico e sul quale diventa strategico intervenire con decisione è quello della *comunicazione* che deve essere: reale, volta ad individuare le prospettive di miglioramento possibili o, qualora la situazione sia avanzata, i supporti di tipo assistenziale e psicologico necessari. Una comunicazione che parte dall'ascolto e si confronta con le reali esigenze del malato, più che con le soluzioni dei singoli problemi clinici che si succedono durante l'evoluzione della malattia.
- *In sintesi partire dalle best practice presenti in Toscana in quest'ambito, diffonderle sul territorio e cominciare a valutare davvero gli esiti funzionali (outcome) nelle persone interessate*

2.3.4.3. La riabilitazione: dal totale recupero della funzionalità alla valorizzazione dell'autonomia residua

Contesto

La riabilitazione, ha come obiettivo il recupero funzionale della persona e, mediante l'approccio globale che la caratterizza, concorre all'integrazione ed alla inclusione sociale della persona con disabilità, ed al massimo recupero possibile delle funzioni lese in una relazione attiva con l'ambiente secondo il modello bio-psico-sociale WHO.

La complessità del bisogno e i suoi effetti sociali, cioè la perdita di autonomia dell'individuo, che definiscono la domanda di riabilitazione determinano l'esigenza di coordinare le risposte all'interno di un programma individualizzato di cure, che ha lo scopo di migliorare la salute, il benessere e la realizzazione degli individui sul piano fisico, sociale, formativo, psicologico e lavorativo, favorendo l'inserimento in attività utili e produttive, così come evidenziato anche dal "Piano di indirizzo per la riabilitazione" approvato dalla Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome nel febbraio .

L'intervento riabilitativo per essere efficace necessita certamente di una chiara indicazione clinica di appropriatezza (EBM) che si sostanzia però in una efficace selezione e stratificazione dei pazienti solo nella considerazione della complessità dell'individuo, sia in termini di bisogno che di potenzialità individuali e ambientali. Per questo il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è confermato quale strumento fondamentale nell'ambito della presa in carico globale della persona, che ha inizio con la condivisione in team del progetto stesso, valorizzando l'intervento multiprofessionale e definendo gli obiettivi attesi dalla fase acuta a quella di stabilizzazione degli esiti. Il profilo del soggetto da riabilitare condiziona il progetto riabilitativo e determina il percorso di cura.

La persona con disabilità, terminata la fase riabilitativa, viene avviata a un diverso livello di attività assistenziale, non riabilitativo, che può comunque richiedere prestazioni dirette e consulenze da parte del personale sanitario della riabilitazione.

Livello di bisogno della persona da riabilitare: curare la persona e non la malattia

Per definire correttamente il livello di bisogno della persona da riabilitare si considerano tre dimensioni che prescindono dalla patologia principale che ha creato disabilità e consentono di definire l'appropriatezza clinica e organizzativa (setting) in relazione alla fase del percorso di cura, con possibilità di definire anche l'impiego di risorse:

- complessità clinica: valutazione e stratificazione del rischio clinico. La complessità clinica è correlata all'insieme della complessità diagnostica, assistenziale e organizzativa.
- disabilità: perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive che impattano con i fattori ambientali riducendo il livello di partecipazione dell'individuo allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione; la disabilità viene usualmente misurata con scale sia di tipo bio-psicometrico, sia funzionali che indagano la possibilità di eseguire le diverse attività e che consentono il monitoraggio dell'evoluzione del quadro funzionale nel tempo.
- multimorbilità: insieme di patologie e condizioni, classificate secondo scale a punteggi crescenti, che possono rappresentare attivi cofattori che influenzano la clinica, il trattamento e la prognosi.

Tutto ciò diventa necessariamente più complesso se al malato affetto da multimorbilità si associa anche la fragilità derivante dall'età.

Nell'anziano è la conoscenza del concetto di fragilità che deve orientare il programma o l'intervento di riabilitazione; questo richiede spesso competenze specifiche poco diffuse trasversalmente nei professionisti sanitari, sia a livello ospedaliero che territoriale. Parallelamente al livello di attenzione e complessità richiesto da pazienti anziani, un'area di attenzione particoalre è relativa alla riabilitazione nell'età evolutiva. Per il soggetto in età evolutiva la finalità dell'intervento riabilitativo è rappresentata dalla ottimizzazione delle condizioni necessarie per raggiungere il massimo sviluppo possibile, poiché gli esiti dell'evento lesivo interagiscono con la dinamica dello sviluppo fisico, psichico e sociale del minore; pertanto nella definizione del progetto riabilitativo

individuale particolare attenzione deve essere dedicata ad interventi paralleli di ordine psicologico e di carattere pedagogico educativo essenziali all'esito del progetto stesso.
In questo contesto diviene importante prevedere, attraverso l'utilizzo di ICF, la definizione di macroprofili di disabilità sui quali ridefinire il sistema degli interventi riabilitativi e assistenziali: tali macroprofili di bisogno producono i PDTA in relazione al bisogno funzionale osservato, e disegnano la struttura della rete con l'obiettivo di integrare le diverse funzioni clinico-assistenziali coinvolte nelle varie fasi,modulando gli interventi sui bisogni stimati e valutati di ciascun macroprofilo.

Il percorso riabilitativo

In armonia con quanto previsto nel documento regionale di indirizzo sui percorsi riabilitativi approvato dal Consiglio Sanitario Regionale (pareri n. e n. 52/2011), per ciascuna persona con disabilità deve essere definita la proposta di percorso riabilitativo, integrato nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa. Questo principio si concretizza nel concetto di "presa in carico dell'utente" e nell'erogazione degli interventi secondo definiti programmi riabilitativi all'interno di uno specifico Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rispondente ai criteri di appropriatezza prescrittiva ed erogativa,

- Appropriatezza organizzativa: le condizioni di instabilità clinica, modificabilità funzionale e necessità di supporto assistenziale del bisogno espresso definiscono il setting di intervento ritenuto necessario per lo specifico progetto riabilitativo individuale;
- Appropriatezza erogativa: le modalità erogative di maggior efficacia sono definite attraverso le specifiche azioni attivate per il tempo necessario alla modificazione del quadro funzionale e utilizzando indicatori di outcome possibilmente ICF orientati.

Rimane elemento fondante dell'azione riabilitativa la maggiore partecipazione possibile della persona con disabilità alla definizione e all'attuazione delle varie fasi del percorso.

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), che è definito nell'ambito del team di professionisti, non solo necessariamente sanitari, sostanzia la condivisione e la responsabilizzazione reciproca dei componenti, declinando gli interventi all'interno degli obiettivi terapeutico funzionali. La responsabilità clinica e del coordinamento del team è affidata al medico specialista, così come definito dal Piano di indirizzo sulla riabilitazione 2011, che assicura unitarietà alla progettualità, l'attuazione in team dei processi assistenziali/riabilitativi e l'adeguata informazione e coinvolgimento del paziente, della famiglia e dei caregivers, nonché del medico di famiglia, nelle azioni previste dal PRI.
Nel progetto riabilitativo si definiscono i Programmi Riabilitativi, i quali specificano:

- modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista nel rispetto dei criteri dell'accreditamento;
- obiettivi da raggiungere a breve e medio termine;
- modalità di erogazione degli interventi previste;
- misure di esito atteso per la valutazione degli interventi;
- tempi di verifica e conclusione;

Risulta pertanto evidente che gli interventi di riabilitazione necessitano della collaborazione fra le varie strutture coinvolte nella attuazione dei diversi programmi che compongono il PRI, così da assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale, nonché l'integrazione multiprofessionale. La restituzione della persona al proprio ambiente di vita è uno degli obiettivi principali del percorso riabilitativo.
Tutte le strutture di erogazione della Riabilitazione (reparto, centro, ambulatorio, etc.) esplicitano attraverso il Progetto Riabilitativo di Struttura le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, le potenzialità e le vocazioni operative, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/dimissione e di relazione con altre strutture, in modo da realizzare un flusso trasparente ed appropriato dei pazienti verso l'utilizzo più congruo delle risorse disponibili.
Nelle attività terapeutico assistenziali proprie dell'Ospedale per acuti l'intervento dei professionisti della riabilitazione nel processo di cura viene attivato da sanitari responsabili del caso sulla base di specifici protocolli, percorsi assistenziali o procedure.

Nell'attuazione dei Programmi del Chronic Care Model gestiti a livello delle Cure Primarie le attività sanitarie orientate al counseling di competenze funzionali residue possono non richiedere l'attivazione di un PRI. Analogamente nelle cure intermedie e nella fasi di gestione della cronicità le prestazioni richieste, anche in base a protocolli definiti, possono essere direttamente garantite dai professionisti sanitari della riabilitazione. In questi contesti la fruizione di attività sanitarie riabilitative ritenute appropriate da Linee Guida e protocolli derivanti da evidenze e consenso di esperti, oltre ad essere condivise dai vari attori della riabilitazione all'interno del SSR non deve risultare condizionata da appesantimenti organizzativi o duplicazione di atti/funzioni che non aggiungono valore al processo stesso.

Il Governo Clinico e la rete integrata dei servizi di riabilitazione

Il Governo Clinico integrato è un metodo gestionale dei servizi sanitari che pone al centro i bisogni delle persone. L'uso corretto delle risorse impone una organizzazione strutturata a rete dell'offerta riabilitativa, quanto più omogenea possibile sul territorio regionale, una definizione chiara e precisa dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione, una precisa mappatura dei soggetti erogatori.
L'impegno di assicurare continuità ed appropriatezza ai percorsi assistenziali implica che anche nell'ambito della riabilitazione siano individuate specifiche azioni che consentano di assicurare l'efficacia dei processi attivati e di evidenziare i risultati ottenuti. Anche il "Piano di indirizzo per la Riabilitazione" approvato dalla Conferenza Stato–Regioni nel 2011 sostiene la necessità della definizione di criteri di accesso alle attività di riabilitazione quale elemento del governo clinico degli stessi percorsi riabilitativi. Nel corso di vigenza del presente Piano saranno definiti gli strumenti per la verifica degli outcome ed i criteri che regolano l'uscita dal percorso riabilitativo in relazione alla raggiunta guarigione con recupero funzionale o alla consegna ad un diverso livello assistenziale.
Al fine di migliorare la sostenibilità ed efficacia del sistema è opportuno sviluppare le seguenti azioni:

- attivazione del percorso di presa in carico per tutte le persone che ne hanno reale necessità (criteri di "accessibilità" e "copertura della rete");
- erogazione delle prestazioni in tempi adeguati in rapporto al tipo di bisogno e nel rispetto dei tempi d'intervento in funzione delle fasi biologiche del recupero e delle necessità socioambientali (criterio di "tempestività");
- garanzia di una coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso, delle condizioni cliniche della persona, delle situazioni familiari ed ambientali (criterio di "continuità");
- garanzia della presa in carico omnicomprensiva della persona disabile (criterio di "appropriatezza");
- utilizzo di strumenti di valutazione dell'outcome che regolino il passaggio fra le varie fasi di presa in carico e/o l'uscita dal percorso riabilitativo;
- effettuazione di interventi di validità riconosciuta e condivisa (criterio di "efficacia" e della "Evidence Based Medicine");
- programmazione e definizione di ciascun intervento all'interno di un programma riabilitativo inserito in un Progetto Riabilitativo Individuale e conseguentemente orientato al raggiungimento di obiettivi ben definiti e misurabili (criterio della "verificabilità dell'efficacia degli interventi");
- facilitazione della partecipazione attiva e consapevole al percorso di cura del paziente e della sua famiglia, se necessario, da perseguire con azioni di educazione, supporto, formazione ed informazione durante tutto il periodo della presa in carico riabilitativa (criterio del "coinvolgimento attivo dell'utente");
- impostazione del rapporto con il paziente con approccio educativo, finalizzato a consegnare allo stesso strumenti conoscitivi ed operativi per una corretta autogestione delle proprie problematiche in un'ottica, quando possibile, di progressiva desanitarizzazione (criterio del "coinvolgimento attivo dell'utente");
- realizzazione di un sistema imparziale ed obiettivo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle singole azioni all'interno della presa in carico, anche tramite la identificazione di un set di indicatori dedicato per ciascun ambito di intervento (criteri di

"valutazione efficacia" e "valutazione efficienza");

La strutturazione dell'offerta

Nell'ambito degli interventi sanitari di riabilitazione si individuano due distinti livelli assistenziali in relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite:

- attività di riabilitazione intensiva dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili che richiedono un elevato impegno clinico, valutativo e/o terapeutico;
- attività di riabilitazione estensiva che si concretizzano in interventi di più moderato impegno clinico, valutativo e terapeutico, a fronte di un maggiore intervento assistenziale, quali quelle dirette alla prevenzione di aggravamenti possibili in persone con disabilità stabilizzata, quelle dirette a soggetti con disabilità a lento recupero che non possono utilmente giovarsi o sopportare un trattamento intensivo o affetti da disabilità croniche evolutive, ivi compreso l'intervento riabilitativo per le disabilità neuropsichiche;

Nel confermare quanto già previsto dalla programmazione sanitaria regionale in merito alla individuazione degli assetti erogativi, appare evidente che per garantire un accesso universalistico alle risorse e la possibilità di una offerta riabilitativa adeguata al bisogno e appropriata per setting, è necessario che su tutto il territorio regionale vi sia una distribuzione programmata, coordinata e meno disomogenea delle attività e dei posti letto, a più alta e a più bassa intensità riabilitativa. Il rafforzamento degli strumenti di programmazione e controllo da parte del sistema pubblico locale, di area vasta e regionale, un maggiore coordinamento nelle attività di ricerca, la promozione della qualità professionale ed erogativa, consentiranno di valorizzare al meglio il contributo dell'offerta riabilitativa privata mantenendola in un quadro razionale, sostenibile e di miglioramento per il sistema sanitario regionale. Nella vigenza del Piano saranno attivate a questo fine sperimentazioni innovative gestionali e organizzative.
La revisione dell'offerta riabilitativa avviata nella precedente programmazione dovrà essere completata con l'identificazione delle caratteristiche dei diversi setting e perseguendo una omogeneità delle tipologie dell'offerta in tutte le aree vaste. In tale azione di riequilibrio dovrà essere posta particolare attenzione ai percorsi assistenziali territoriali, considerata la necessità di garantire la continuità H-T nella fase post acuta e considerato l'incremento della prevalenza della cronicità, in riferimento alla quale dovranno essere sviluppate anche modalità innovative di intervento.

Il ruolo dei centri privati di riabilitazione

A livello territoriale è necessario consolidare il rapporto di collaborazione tra i servizi aziendali ed i Centri privati di riabilitazione, storicamente no-profit, che operano nel settore della riabilitazione extraospedaliera, con particolare riferimento alla persone con disabilità intellettiva e/o relazionale o disturbi psicopatologici. La condivisione degli obiettivi a livello regionale, che si attua tramite la definizione di specifici protocolli d'intesa tra RT, aziende sanitarie e coordinamento dei Centri, l'ultimo dei quali siglato in data 28 luglio 2011, prevede la attuazione di un partenariato che consolida e sviluppa l'organizzazione a rete del sistema dell'offerta riabilitativa e assistenziale, in un'ottica prioritaria di tutela dei diritti delle persone e di garanzia di risposte appropriate, efficaci ed omogenee ai bisogni di salute su tutto il territorio regionale. In tale quadro di riferimento, la titolarità della presa in carico della persona è mantenuta dai servizi territoriali aziendali, che, per la definizione dei percorsi assistenziali nonché del progetto globale di vita, si avvalgono della collaborazione dei partners del settore non profit, integrando le competenze del sistema pubblico con quelle messe a disposizione dai suddetti attori. Obiettivo principale di tale sinergia è quello di elaborare soluzioni assistenziali innovative ed orientate ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse dedicate alle specifiche azioni. La collaborazione sarà valorizzata tramite la realizzazione, in via sperimentale e come obiettivo di piano, di Centri Integrati di Servizi che si caratterizzano, sotto il profilo strutturale e funzionale, per la tipologia plurima delle prestazioni erogate e per la completezza dei percorsi assistenziali messi a disposizione delle persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali. Tali Centri Integrati di Servizi, che operano anche con valenza di area vasta ed in costante sinergia con i servizi territoriali aziendali, in particolare nel campo della disabilità intellettiva e relazionale o disturbi psicopatologici, possono essere organizzati come strutture

unitarie, oppure, in base alle realtà esistenti nei territori, da un network di strutture funzionalmente collegate in funzione dei percorsi di cura; tale modello sarà oggetto di una specifica sperimentazione ed alcuni Centri, individuati dalla programmazione regionale, assumeranno un ruolo di riferimento all'interno della rete, con l'obiettivo condiviso di accreditare i percorsi di cura e riabilitazione, sia quelli già in essere che quelli che potranno definirsi a seguito della sperimentazione.

Esiti da gravi cerebrolesioni acquisite, stati vegetativi e stati di minima coscienza

Particolare attenzione deve essere dedicata allo sviluppo di azioni mirate a garantire una presa in carico integrata dei pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) e delle persone in stato vegetativo (SV) o in stato di minima coscienza (SMC). In riferimento alle GCA sono confermate le previsioni del precedente PSR e le indicazioni relative alla definizione dello specifico percorso assistenziale già stabilite con atti di Giunta. Obiettivo prioritario della programmazione regionale rimane lo sviluppo di percorsi strutturati e lineari, a partire dalla fase acuta fino alle fasi di stabilizzazione degli esiti, che garantiscano la tempestività nell'intervento riabilitativo, la continuità assistenziale in funzione dell'evoluzione della situazione clinica del paziente ed il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia in tutte le fasi del percorso. In riferimento alle persone con grave disabilità e dipendenza da un'assistenza continuativa o in condizione di stato vegetativo o di stato di minima coscienza, l'obiettivo primario, quando possibile, è il rientro a domicilio, nel proprio contesto familiare, con il supporto prioritario dell'ADI e dei servizi socio assistenziali territoriali. In armonia con quanto previsto nelle "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza", approvate in Conferenza Unificata nel maggio 2011, l'obiettivo da perseguire è l'organizzazione di un sistema integrato a rete di percorsi "dal coma al domicilio" con forte radicamento territoriale. La instaurazione di rapporti di collaborazione continuativa tra istituzioni e associazioni dei familiari a livello locale rappresenta un valore aggiunto al fine della realizzazione degli obiettivi della programmazione regionale. E' comunque indispensabile prevedere anche modalità assistenziali di tipo residenziale, da attivare in strutture extraospedaliere, utilizzando risorse presenti nel settore pubblico e/o privato accreditato e privilegiando lo sviluppo di esperienze già maturate. La scelta della soluzione più adeguata, in funzione delle condizioni generali della persona in SV o in SMC e della sua famiglia, deve essere prospettata dai servizi aziendali e condivisa dalle famiglie, e deve essere monitorata e rivalutata nel tempo. Al fine della ottimizzazione dell'impiego delle risorse dovrà essere prevista una riorganizzazione, a livello di area vasta, dell'offerta presente nelle strutture accreditate, con individuazione di specifici livelli di intervento, sostenendo, anche in via sperimentale, la realizzazione di nuove progettualità locali che possono prevedere riconversioni di strutture socio-sanitarie e extraospedaliere già esistenti. Obiettivo a breve termine è la realizzazione, con il supporto di ARS, di uno specifico studio sulle problematiche cliniche, sulla filiera delle prestazioni offerte alla persona in SV o in SMC e sui risultati, attesi e raggiunti, in termini di outcome finale.

Le lesioni midollari

Obiettivo prioritario della programmazione regionale è garantire alla persona con lesione midollare livelli uniformi ed elevati standard di assistenza su tutto il territorio regionale, da perseguire anche tramite una verifica sulla appropriatezza e sull'efficacia dei percorsi assistenziali attualmente in atto ed una ridefinizione delle modalità di attuazione degli interventi e di erogazione delle prestazioni.

Il recupero della massima autonomia ed indipendenza della persona medullolesa implica la attivazione di percorsi riabilitativi fin dalle fasi iniziali del ricovero e lo sviluppo di sinergie operative tra gli interventi sanitari e quelli finalizzati al reinserimento sociale, familiare e professionale. La strutturazione, nell'ambito di ciascuna area vasta, di una rete riabilitativa di riferimento per le lesioni midollari si realizzerà anche tramite lo sviluppo di competenze ospedaliere e territoriali finalizzate a garantire continuità nella presa in carico tramite una gestione unitaria dei percorsi.

Assistenza protesica

L'assistenza protesica e l'utilizzo di tecnologie facilitanti le autonomie personali costituiscono elementi del processo riabilitativo. I progetti riabilitativi individuali devono contenere indicazioni specifiche relativamente ai dispositivi protesici ed agli ausili tecnologici necessari per rispondere ai bisogni della persona con disabilità e devono individuare gli obiettivi del loro utilizzo. In questo contesto è fondamentale una diffusa e approfondita conoscenza degli ausili e delle tecnologie innovative disponibili da parte di tutti i professionisti sanitari che operano in team nell'ambito della presa in carico globale della persona disabile. E' necessario pertanto che a livello aziendale e/o di area vasta siano attivati specifici corsi di formazione per garantire un adeguato aggiornamento dei suddetti professionisti, con l'obiettivo di migliorare la qualità delle prescrizioni di protesi ed ausili, che devono essere finalizzate ad un effettivo miglioramento delle abilità funzionali e relazionali delle persone. L'equipe riabilitativa o il singolo professionista che indica la necessità di un dispositivo protesico si avvale, per particolari tipologie di ausili ad alta tecnologia, della consulenza dei laboratori ausili per la comunicazione e di quelli per le autonomie presenti a livello di area vasta, nonché dei centri di ricerca presenti sul territorio regionale.
Le procedure attivate da parte delle aziende sanitarie per l'acquisizione di tutti i dispositivi e gli ausili protesici, in particolare con riferimento a quelli non personalizzati, devono essere impostate in modo da garantire adeguati standard qualitativi dei dispositivi medesimi.
Sono confermate le semplificazioni delle procedure erogative delle prestazioni di assistenza protesica già avviate sperimentalmente con atti della Giunta Regionale nell'arco di vigenza del precedente PSR, e saranno valutate ulteriori azioni di semplificazione e sburocratizzazione per facilitare l'accesso alle prestazioni di assistenza protesica.

Sordità infantile

Per affrontare l'importante problema diagnostico, terapeutico e riabilitativo della sordità infantile la programmazione regionale ha già previsto importanti interventi, quali la attivazione dello screening audiologico neonatale, già obbligatorio ed a regime in Toscana dal 2007, e la elaborazione di specifiche linee guida. Per consolidare le attività di prevenzione, monitoraggio e riabilitazione nel campo della ipoacusia si individuano le seguenti azioni:

- rafforzare la valenza dello screening audiologico neonatale, tramite la definizione di protocolli standardizzati diagnostici e terapeutici audiologici (protesi acustica o impianto cocleare) successivi allo screening e tracciabili nella rete del SSR (registro regionale screening);
- implementare l'offerta di attività riabilitative, in particolare logopediche, nel campo della ipoacusia infantile, tutelando il diritto alla parola, promuovendo la definizione di percorsi assistenziali e riabilitativi aggiornati e sostenendo lo sviluppo di una rete di collegamento tra centri audiologici regionali e i servizi integrati per la riabilitazione infantile;
- promuovere, di concerto con le aziende ospedaliero-universitarie regionali, la realizzazione di corsi ed iniziative per la formazione del personale nell'ambito delle problematiche della sordità infantile;

Ipovisione

Anche nella popolazione toscana le problematiche legate alle disabilità visive segnalano un incremento di richieste di intervento sia in ambito specialistico che riabilitativo, a causa di patologie oculistiche legate all'invecchiamento della popolazione o in un quadro di pluridisabilità nella popolazione infantile e giovane-adulta. A questi problemi attualmente la rete regionale dei servizi risponde con i Centri per l'ipovisione attivati a Firenze e a Pisa, per bacini di utenza prevalentemente di area vasta, la cui attività richiede un riequilibrio ed un potenziamento con una maggiore omogeneità delle attività specialistiche e riabilitative presenti, così come della facilitazione dell'accessibilità da parte degli utenti.

Si ritiene pertanto necessario approfondire:

- l'impatto che le patologie oculistiche dell'anziano avranno sui servizi assistenziali in particolare sulle RSA, con percorsi di aggiornamento del personale e la eventuale definizione di una specifica offerta;
- l'apporto delle nuove tecnologie sull'autonomia delle persone con disabilità visiva, supportando la funzione dei Centri per l'ipovisione come riferimenti per la prova di ausili informatici e tiflotecnici e per la ricerca, lo sviluppo e l'applicazione della tecnologia nei progetti riabilitativi;
- la contestualizzazione delle funzioni di consulenza e supporto dei centri di riferimento toscani in rapporto alla rete territoriale dei servizi che hanno in carico i minori con pluridisabilità, con al finalità di sviluppare sinergie operative che migliorino la qualità dei servizi resi all'utenza;

Il rafforzamento della collaborazione e coinvolgimento delle agenzie espressione delle associazioni dei non vedenti, consentiranno il raggiungimento di risultati di maggiore qualità ed appropriatezza degli interventi attivati.

Assistenza termale

Lo sviluppo delle politiche di salute della Regione in riferimento al settore termale è indirizzato alla promozione e valorizzazione dell'offerta termale toscana. Obiettivi prioritari per uno sviluppo appropriato dell'offerta termale nella erogazione delle prestazioni sanitarie sono:

- individuazione di riferimenti certi per la autorizzazione e l'accreditamento degli stabilimenti termali, anche in attuazione degli accordi nazionali per la erogazione delle prestazioni termali;
- individuazione di percorsi riabilitativi e definizione di prestazioni sanitarie per le quali esistano evidenze scientifiche d'efficacia se erogate in ambiente termale, anche tramite la attivazione di sperimentazioni in relazione a specifiche patologie;
- promozione dei rapporti tra strutture termali ed Università, anche ai fini del coinvolgimento delle aziende termali nella realizzazione di indagini epidemiologiche e di ricerche scientifiche nel campo degli interventi sanitari termali;
- verifica della possibilità di inserimento degli stabilimenti termali nello sviluppo dei processi di integrazione delle medicine complementari e non convenzionali negli interventi per la salute;
- sostegno ad azioni coordinate con il livello territoriale al fine di promuovere la realizzazione, presso le aziende termali, di programmi finalizzati alla promozione di sani stili di vita e del benessere.

2.3.5. Prendersi cura del dolore

Contesto
La Regione Toscana si è sempre dimostrata molto sensibile al tema dolore e per prima in Italia ha concesso in fascia A, a completo carico del SSR, gli oppiacei deboli.

Il PSR 2008-2010 aveva previsto un progetto speciale "Il controllo del dolore come diritto del cittadino" all'interno del quale oltre ai 2 indicatori per misurare l'efficacia delle azioni intraprese già previsti nel precedente piano, **il consumo dei farmaci oppiacei** e la **registrazione del dolore aveva** inserito un obiettivo sul**l'offerta di parto analgesia** da parte degli ospedali toscani sopra i 1000 parti/anno (il 20% sul totale dei parti). Altri obiettivi erano l'elaborazione di **protocolli che prevedano l'uso della sedazione nelle procedure dolorose e** l'individuazione di **Centri di Terapia del Dolore**, con requisiti specifici **per i pazienti con dolore cronico non oncologico**.
Il PSR 2008-10 prevedeva inoltre la costituzione di Comitati Ospedale senza Dolore, che hanno lavorato generalmente bene: la misurazione del dolore è diventata una pratica consolidata, anche se non su tutto il territorio regionale in modo omogeneo. Sono state avviate numerose iniziative per diffondere la cultura della cura del dolore e formare il personale sanitario a tutti i livelli.
L'attenzione al tema del dolore in ambito sanitario è stata fatta oggetto nel corso del 2010 di una legge nazionale, la legge 38 "Accesso alla Terapia del dolore e alle Cure palliative" che sancisce il diritto dei cittadini di non dover soffrire inutilmente in qualsiasi situazione fisica ci si trovi e indica, a questo scopo, l'attivazione e l'integrazione di due reti di intervento ben distinte, quella della terapia del dolore e quella delle cure palliative. La legge conferma inoltre l'obbligatorietà della **registrazione del parametro dolore** dei pazienti ricoverati.
La Regione Toscana, punta avanzata nel panorama nazionale in materia del dolore, dispone ora di un quadro ancora più forte nel quale avanzare ulteriori passi anche con i professionisiti su un tema etico ed assistenziale così rilevante per la missione del servizio sanitario regionale.

Sfida

Nonostante le azioni degli anni precedenti ed una attenzione al dolore maturata progressivamente, non si è ancora diffuso nei servizi un trattamento omogeneo del dolore che valorizzi tutti gli strumenti possibili per debellarlo, sia in fase acuta che in fase cronica della malattia. I dati di rilevazione regionale evidenziano questo fenomeno in modo chiaro e ci spingono a potenziare i vari interventi formativi, organizzativi e strutturali tesi allo scopo. Il dolore in età pediatrica merita un'attenzione specifica.

Obiettivi
- Costituire una rete di operatori che si occupano del tema dolore (come indicato dalla legge 38/2010) definendo i ruoli di ciascun livello e creando riferimenti precisi per i cittadini e gli operatori del sistema
- Diffondere la cultura del dolore in ogni attore del sistema
- Attivare iniziative di comunicazione alla cittadinanza

2.3.5.1. Il dolore acuto

Contesto
Il trattamento corretto del dolore in fase acuta riguarda in modo particolare le strutture specialistiche e ospedaliere, anche se il sistema delle cure primarie deve essere messo in grado anch'esso di rispondere in modo efficace al problema

Sfide
Migliorare l'attuale disomogeneità di realizzazione delle procedure analgesiche nel territorio regionale, aumentando l'attenzione dei professionisti e diffondendo trasversalmente tra gli operatori le competenze.

Obiettivi
Già in seguito al precedente Piano si sono prodotti numerosi pareri e documenti di consenso sull'argomento: è necessario riprendere quelli non pienamente attuati e identificare nuovi ambiti di azione, in modo da orientare le attività dei servizi nell'affrontare il dolore acuto, in particolare il dolore da procedura, il dolore in Pronto Soccorso, la Partoanalgesia, ecc.

Azioni
Produzione di accordi, protocolli procedurali e di intenti, linee guida
Diffusione, applicazione e monitoraggio delle procedure previste

2.3.5.2. Il dolore cronico

Contesto
Il dolore cronico occupava un posto rilevante nel precedente Piano Sanitario e molte iniziative sono state proposte e realizzate
Il dolore cronico può essere assimilato a qualsiasi altra malattia cronica ed il modello di assistenza potrebbe essere quello del Chronic Care Model: questo consentirebbe di sviluppare il primo livello di assistenza.

Sfide
I professionisti devono essere messi in grado di affrontare il problema dolore in modo adeguato al loro livello di intervento: infermiere, MMG, Specialista del centro spoke, Specialista del centro hub.
Occorre sostenere anche il ricorso a pratiche complementari che si sono oramai dimostrate efficaci.
Il cittadino deve essere informato dei suoi diritti ma anche della necessità di un suo coinvolgimento attivo nella gestione del problema e di una responsabilizzazione piena per un appropriato uso delle risorse.

Obiettivi
Completare e riprendere le iniziative messe in atto
Realizzare pienamente i dettami della legge 38/2010 su tutto il territorio regionale, in particolare riguardo alla realizzazione delle rete delle cure primarie e al potenziamento e omogeneizzazione degli interventi specialistici

Azioni
- Costituzione di team che si occupino ai vari livelli della rete della gestione del dolore.
- Costituzione di un collegamento strutturale fra i vari livelli, in particolare fra il team delle cure primarie e il livello specialistico.
- Costituzione di un sistema di registrazione ed analisi dei dati che coinvolga i vari livelli della rete.
- Formazione interdisciplinare e interprofessionale dei team (MMG, Medici Ospedalieri, Specialisti, Infermieri, etc).
- Inserimento nei progetti formativi e nella costituzione dei team di giovani medici che hanno concluso il triennio di formazione per MMG in modo da preparare la prossima transizione generazionale.
- Informazione e educazione del cittadino.

2.3.5.3. Le medicine complementari contro il dolore

Contesto

Da sempre le Medicine Complementari hanno trovato un largo utilizzo nel trattamento del dolore. La medicina tradizionale cinese infatti e l'agopuntura in particolare, sono conosciute in occidente per il trattamento delle patologie osteomuscoloscheletriche, per le cefalee o per i dolori mestruali tanto che ad esempio il NICE – Istituto nazionale per la salute e l'eccellenza clinica inglese - nelle Linee guida 2009 per il trattamento della lombalgia persistente e ricorrente, indica come prioritaria l'implementazione della terapia manuale e l'agopuntura. La stessa agopuntura è indicata nell'artrosi del ginocchio (NICE 2008, Linee guida Regione Toscana 2004). Anche la fitoterapia, da sempre e più recentemente anche l'omeopatia, hanno trovato impiego in questo ambito.

Il ricorso della popolazione a tali metodi di trattamento è in continua crescita: solo per l'agopuntura, una rilevazione del 2007 del National Institute of Health (NIH) riconosce il sempre maggiore ricorso alle CAM nel trattamento del dolore da parte della popolazione specie quando le terapie convenzionali falliscono o si rivelano insufficienti. La qualità e la quantità delle ricerche in materia variano assai considerevolmente, e conclusioni definitive circa l'efficacia di tali approcci sono assai difficoltose anche se promettenti.

Per queste motivazioni le MC sono presenti al tavolo di lavoro IMPACT 2010 che ha l'obiettivo di favorire l'applicazione della L. 38/2010.

Obiettivo

Utilizzo, anche nell'ambito della L. 38/2010, e in applicazione dell'Ordine del Giorno 9/624-B/4 che impegna espressamente il Governo a "prevedere l'utilizzo dell'Agopuntura nel campo della terapia del dolore", di tecniche di medicina integrata in quei settori in cui le MC sono risultate vantaggiose per l'utenza e per i servizi sanitari.

2.3.6 La risposta territoriale ai bisogni: le cure primarie sanitarie e sociali

Appare ormai sempre più evidente la necessità di affermare diritti di cittadinanza in grado di elevare la qualità della vita e di assicurare a tutti le più ampie condizioni di realizzazione dei propri piani di vita, promuovendo l'uguaglianza delle opportunità tra i cittadini e la loro capacità di autodeterminazione.
Il ruolo delle politiche pubbliche in tale contesto è fondamentale per ridisegnare le regole e governare l'allocazione delle risorse, così come è ormai inevitabile l'interazione tra le politiche pubbliche ed iniziative che sorgono dalla società civile per la valorizzazione di tutte le energie presenti nel tessuto sociale e la moltiplicazione di opportunità tese alla realizzazione dei piani di vita.

La persona cittadino, in quanto titolare di diritti e di doveri, deve essere al centro di un sistema di welfare che abbia come obiettivi l'uguaglianza delle opportunità, il rafforzamento delle capacità di scelta ed autodeterminazione, lo sviluppo di relazioni sociali umanamente ricche.

Per avvicinarsi a tale sistema occorre che le ragioni dei cittadini come utilizzatori dei servizi contino di più nell'orientare le forme di organizzazione dei servizi, così da migliorarne l'efficacia di risposta ai bisogni; occorre anche evitare fenomeni di autoreferenzialità dei soggetti pubblici di erogazione dei servizi, spesso organizzati secondo rigidità tecnico-amministrative piuttosto che in base alle esigenze contingenti ed alla valutazione dei risultati, con la conseguenza che la qualità e la quantità dei servizi offerti non incontrano i bisogni dei cittadini ed i costi di produzione risultano inefficienti.
Il sistema sanitario e sociale è decisivo nel promuovere tale uguaglianza di opportunità e di autodeterminazione, attraverso l'accesso universale ai servizi di assistenza e di salute finalizzati ad estendere la vita in condizioni di autosufficienza o di sostenere le capacità di autodeterminazione ove insorga uno stato di disabilità. Ciò consente di costruire attorno alla persona disabile un progetto di vita che conferisca dignità e garantisca la permanenza nella propria comunità, a contatto con le proprie reti familiari e sociali grazie a percorsi assistenziali qualificati ed integrati.

E' fondamentale infatti giungere ad una nuova cultura della disabilità che non si riduca a risposte particolaristiche e provvisorie a situazioni di emergenza ma tenga presente l'insieme dei diritti e delle esigenze di vita.
La nostra Costituzione all'art. 2 stabilisce, infatti, che "la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale." Alla luce di tale principio, che riconosce tutte le persone, anche disabili, titolari di diritti inviolabili, acquista senso concreto quanto sancito al successivo art. 3 " Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge…" definendo compito della Repubblica quello di "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

Essenziale, a questo proposito, il ruolo delle Società della Salute che rappresentano l'espressione del territorio e in quanto tali possono avvalersi di particolari capacità di lettura e dell'utilizzo di tutte le risorse territoriali formali ed informali.

2.3.6.1 La continuità assistenziale attraverso i percorsi integrati

Il percorso integrato di presa in carico si connota come l'insieme di interventi sanitari, sociali ed educativi che, attraverso idonee condizioni organizzative e giuridiche, consentano la massima

partecipazione alla vita sociale, culturale, ed economica della persona, grazie alla costante e globale valutazione delle sue abilità, bisogni e potenzialità.
Il "Progetto globale di presa in carico" è inteso come progetto di cura e sostegno personalizzato che ricomprende al suo interno tutti gli ambiti di vita della persona, mettendola al centro dell'assistenza, non solo come oggetto del sistema di prestazioni e di risposte, ma anche e soprattutto come soggetto che collabora, partecipa, sceglie il processo d'inclusione sociale, anche laddove la gravità delle condizioni di salute sia di notevole entità.
"Mettere al centro la persona" significa quindi anche contribuire qualitativamente alla costruzione della percezione del sé, della autostima e della autodeterminazione, evitando l'impoverimento delle capacità e delle competenze di base che pregiudicano il livello di partecipazione ed inclusione nella società civile.
Particolare attenzione va riservata alla demenza dato che una quota consistente della non autosufficienza dell'anziano risulta attribuibile alla presenza della stessa. Per tale condizione la Regione Toscana ha previsto un percorso di assistenza socio-sanitaria specifico, a partire dal Piano Sanitario Regionale 1998-2000, successivamente strutturato nel Decreto della Giunta Regionale 402 del 2004. Tale percorso prevede la presenza di servizi residenziali e semiresidenziali specializzati nel trattamento di soggetti con demenza e gravi disturbi del comportamento finalizzati a ridurre i sintomi psicologici e comportamentali, nel rallentare il declino dell'autonomia, nel massimizzare la qualità della vita dei pazienti e nel ridurre il carico assistenziale delle famiglie ed a favorire il loro utilizzo flessibile e temporaneo, orientato, ove possibile, al mantenimento/rientro a domicilio del paziente a seguito del miglioramento dei sintomi della malattia e del sollievo/supporto fornito ai familiari.
Nei casi di maggior complessità, un intervento specialistico contribuisce alla definizione della priorità ed appropriatezza dell'accesso dell'utente ai servizi residenziali e semiresidenziali specializzati, consentendo un'adeguata valutazione del livello di gravità del bisogno sociosanitario in relazione alle risorse disponibili.

I percorsi di presa in carico della "non autosufficienza"
La non autosufficienza viene affrontata nel precedente ciclo di programmazione, sia a livello di Piano Sanitario Regionale 2008-2010 - punto 5.6.24 – sia dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 - punto 7.7.2 e succ. mod. e int. La mancata definizione (a livello statale) dei LEP e dunque di un adeguato punto di riferimento per la definizione di setting assistenziali appropriati ed omogenei ha spinto la Regione Toscana a disciplinare, nei limiti delle proprie competenze, il processo di presa in carico dell'anziano nonché le modalità di programmazione degli interventi, anche con riferimento agli aspetti della compartecipazione. Il risultato è stato la produzione di norme ed atti amministrativi coordinati che hanno dato vita ad un sistema territoriale di presa in carico delle persone disabili non autosufficienti, basato sui principi di: universalità, diritto di cittadinanza ed equità sociale.

Con legge n. 66/2008, la RT ha istituito il Fondo per la Non Autosufficienza attraverso il quale vengono attivate diverse tipologie di servizi socio-sanitari appropriati rispetto ai bisogni accertati della popolazione anziana ultra sessantacinquenne non autosufficiente. Attraverso Intese interistituzionali sono state poi disciplinate competenze e responsabilità dei vari soggetti coinvolti – Enti Locali, Aziende UUSSLL – e con D.G.R.T. n. 370/2010 è stato approvato il "Progetto per l'assistenza continua alla persona anziana non autosufficiente" che definisce regole di accesso, attori del sistema e strumenti per la presa in carico dell'anziano in una logica di personalizzazione del percorso assistenziale. Sono state definite e formalizzate con DD n. 1354/2010 nuove procedure di valutazione multidimensionali delle condizioni di bisogno e con D.G.R.T. n. 385/2009 è stato approvato l'atto di indirizzo per le modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni nel rispetto della normativa nazionale e secondo un approccio basato sui principi di equità e solidarietà, a garanzia dei soggetti più fragili.
L'impianto organizzativo per la presa in carico socio-sanitaria integrata dei bisogni delle persone anziane non autosufficienti si basa su:

- Una porta di accesso unitaria per i cittadini (Punti Insieme) che consente all'utente orientamento ed ingresso verso l'intera rete dei servizi sociali e sanitari, ad un livello gestito ed organizzato in modo unitario e non settoriale dagli Enti titolari delle prestazioni;

- Una valutazione multidimensionale ed integrata dei bisogni eseguita da professionisti (UVM-Unità di Valutazione Multidisciplinare) che discernono e prendono in considerazione i diversi gradi di complessità della condizione del paziente, dal punto di vista assistenziale, sanitario, socio-relazionale ed ambientale in funzione dell'erogazione di un progetto assistenziale congruo e personalizzato.
- La verifica costante dei risultati conseguiti dai progetti personalizzati in relazione ai loro esiti di carattere sociale e di salute e al loro impatto in termini di sostenibilità economico-finanziaria.

Il modello ha dato ottimi risultati in termini quantitativi e qualitativi, ma il drastico taglio delle risorse statali ne sta mettendo seriamente a rischio la sostenibilità nel lungo periodo, anche in considerazione di dati epidemiologici che stimano una crescita nel numero degli over 65 non autosufficienti in Toscana pari al 31,3% nei prossimi 10 anni.
Il mantenimento del progetto di assistenza della persona anziana non autosufficiente rappresenta una scelta programmatica regionale, ma l'obiettivo dovrà essere anche il miglioramento di alcuni aspetti strutturali ed organizzativi per consentire una gestione più efficiente ed efficace dei servizi, in una logica di sostenibilità di sistema.
Tale processo di miglioramento organizzativo e gestionale vede coinvolte principalmente le Società della Salute, quale livello territoriale preposto alla gestione ed erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari. Lo strumento principe dell'azione regionale dovrà essere garantito dalla capacità delle Società della Salute e degli altri soggetti del sistema di ripensare la **programmazione** del proprio territorio ed i propri servizi in una logica di **sistema** e di **sostenibilità**. Gli elementi chiave di tale impostazione sono:

1. Studio epidemiologico con una prospettiva di medio e lungo periodo
2. "Compatibilità e funzionalità" quali concetti ispiratori della programmazione territoriale
3. Governo di tutti gli elementi del sistema attraverso l'analisi dei costi
4. Monitoraggio, raccolta e sistematizzazione dei dati al fine di avviare un'attività strutturata di monitoraggio e valutazione
5. Condivisione con il livello regionale dei risultati
6. Introduzione ragionata e condivisa con gli uffici regionali di eventuali correttivi.

Le priorità di intervento sono rappresentate da:

- Ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse umane e organizzative dei presidi di accesso e presa in carico del bisogno, attraverso la semplificazione dell'accesso, la sburocratizzazione delle procedure e la gestione delle risorse da parte della Unità di Valutazione Multidisciplinare.
- Valutazione della corrispondenza tra livelli di gravità del bisogno accertati e livelli di risorse assegnate da raggiungersi anche attraverso la semplificazione e il perfezionamento degli strumenti utilizzati.
- Formazione ed informazione continua per gli operatori socio-sanitari coinvolti nel processo di presa in carico allo scopo di favorire il lavoro di gruppo, l'interazione tra le diverse realtà istituzionali e professionali ed una migliore risposta al bisogno valutato, in collaborazione con il medico di medicina generale, interfaccia essenziale tra i bisogni del paziente ed il sistema territoriale di presa in carico.
- Implementazione e sviluppo del sistema informativo ministeriale, quale strumento di governo del sistema oltre che di verifica di adempimento del debito informativo da parte delle Società della Salute/Aziende UU.SS.LL.
- Monitoraggio delle modalità di applicazione della compartecipazione ai costi delle prestazioni, allo scopo di verificarne la ricaduta sulle prestazioni sociali erogate, favorire l'allineamento trai diversi soggetti attori del sistema e garantire, così, livelli di equità tra fasce di popolazione.
- Azioni di sostegno e stimolo nei confronti del territorio allo scopo di promuovere proposte innovative locali ritenute "buone prassi" che possono essere trasferite nel sistema, previa validazione attraverso un processo di governance territoriale che ne garantisca efficacia, efficienza e sostenibilità, secondo le modalità di programmazione;

- Promozione di strumenti uniformi di gestione delle liste di attesa per l'accesso ai servizi socio-sanitari offerti, attraverso criteri di accesso definiti e strumenti comunicativi e informativi improntati ai principi di trasparenza e semplificazione.

I percorsi di accoglienza ed assistenza sociale

In corso di vigenza del presente piano saranno definiti gli indirizzi perché lo stesso tipo di percorso previsto per gli anziani non autosufficienti, dimostratosi efficace e promotore di integrazione dei servizi assistenziali, sia esteso a tutte le aree del bisogno sociale e sociosanitario relativo ai minori, agli adulti, agli immigrati, alle persone diversamente abili, alle vittime di violenza o tratta, nonché alle difficoltà connesse al reinserimento sociale e lavorativo ed alle esigenze abitative
Con questa prospettiva, si intende procedere ad una revisione dei percorsi di accoglienza ed assistenza sociale attenendosi alle seguenti caratteristiche organizzative e gestionali:

- Una valutazione multidimensionale dell'area del bisogno che garantisca sistematicità metodologica all'analisi ed appropriatezza delle soluzioni prospettate.
- Superamento dello sportello mono-funzione di accesso ad orari di apertura limitati a favore di luoghi multifunzionali che possano garantire una molteplicità di risposte nell' interlocuzione con le persone in difficoltà, riducendo la frammentazione organizzativa e garantendo una maggiore ampiezza e una continuità del servizio;
- Definizione di modalità organizzative omogenee condivise a livello regionale, di Livelli Essenziali di Prestazioni sociali (LEP), di utilizzo efficiente di strumenti quali la cartella sociale in tutte le fasi di interazione con il cittadino e con il nucleo familiare, a garanzia di un sistema di integrazione delle conoscenze e di risposta ai diritti di cittadinanza sociale.

Le strategie per giungere a tale strutturazione di percorsi prevedono prioritariamente:
a) Un investimento sulle professioni e sugli operatori in grado di assicurare:

- Gli elementi principali delle modalità organizzative del Sistema dei Servizi che erogano *quelle* determinate prestazioni, in modo da perseguire i migliori livelli di uniformità nei territori considerati. E' rilevante in questo il ruolo strategico giocato dalle procedure di Accreditamento Istituzionale, che a loro volta devono essere considerate come un elemento coerente e imprescindibile del sistema nel suo complesso
- I criteri di base che regolano l'accesso unitario alle prestazioni sull'intero territorio regionale, in modo da perseguire la necessaria omogeneità dei Sistemi locali socio-sanitari e la garanzia dei diritti di cittadinanza
- La formazione congiunta degli operatori al fine di favorire l'interazione tra le diverse realtà istituzionali e professionali, la condivisione di linguaggi comuni e il lavoro di gruppo;

b) La definizione di una *Carta dei Servizi* che definisca all'interno di un modello condiviso a livello regionale la risposta dei singoli territori, quale strumento per garantire la trasparenza dell'operatività e della gestione delle risorse umane e economiche.

c) Il consolidamento del Segretariato sociale integrato, quale componente professionale garante della fase di prima accoglienza del cittadino e delle sue istanze, con il compito di:

- organizzare l'*accesso unitario*;
- indirizzare/accompagnare il cittadino rispetto all'accesso dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, migliorando l'attività di filtro della domanda espressa dal cittadino ed avviando il processo di presa in carico;
- potenziare l'aggiornamento del sistema informativo sociale in relazione alle fasi di contatto, di prima accoglienza e presa in carico.

d) Investimenti sul Servizio Sociale Professionale potenziando le competenze oltre che nell'area dell'organizzazione delle risposte al bisogno espresso, anche in quella della lettura dei bisogni e delle risorse presenti sul territorio, in un'ottica di prevenzione ed emersione dei fenomeni;

e) Definizione di modalità organizzative, attraverso protocolli e linee di indirizzo che conferiscano uniformità alla fase di presa in carico dei cittadini.

2.3.6.2 Un punto di riferimento certo per il cittadino: la casa della salute

Contesto

L'accessibilità, la presa in carico, il lavoro multidisciplinare, l'integrazione operativa multi professionale, la continuità assistenziale sono gli elementi che concorrono e definiscono la capacità di offrire risposte sanitarie e sociosanitarie adeguate alle esigenze e bisogni di una comunità

L'organizzazione dei servizi territoriali, sanitari e sociosanitari ha storicamente sofferto della frammentazione dei punti di accesso e di erogazione, della separatezza dei luoghi di lavoro dei diversi operatori e professionisti coinvolti, della distinzione di competenze sociali e sanitarie, della mancanza di una prassi di integrazione operativa.

La Casa della Salute risponde alle esigenze di ricomposizione ed organizzazione nel territorio di una comunità locale, delle attività per la promozione della salute e del benessere sociale, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali per una popolazione programmata, secondo una logica di continuità di assistenziale e di presa in carico.

La Casa della Salute si configura quindi come una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare le cure primarie, garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, al cui interno opera l'insieme del personale distrettuale (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento psicologico e sociale), i medici dell'assistenza primaria e gli specialisti ambulatoriali.

Attraverso le Case della Salute si perseguono quindi gli obiettivi di garanzia dei diritti esigibili dei cittadini sia in termini di prestazioni socio assistenziali e socio sanitarie a partire dai progetti individualizzati definiti dalla UVM, per l'assistenza domiciliare (programmata o integrata), per i ricoveri in RSA o per i centri diurni, sia per l'erogazione dell'assistenza sanitaria distrettuale, che comprende la medicina di base,la continuità assistenziale medica, la gestione delle emergenze di comunità, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza integrativa, l'erogazione o l'apporto alle cure primarie delle competenze medico-specialistiche. Le Case della Salute sono inoltre il luogo dove promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale nei vari presidi e servizi.

La Casa della Salute rappresenta quindi l'idea di un presidio socio-sanitario integrato dove dare concreta attuazione al processo evolutivo dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria nel territorio, un punto di riferimento certo per i cittadini che abbiano un bisogno emergente o programmato di ascolto, cura o assistenza. E' il punto di riferimento sia per l'accesso per tutte le attività sociali ed assistenziali sia per promozione dell'empowerment individuale e di comunità (la persona come soggetto consapevole) sia come centrale di raccordo della rete integrata dei servizi anche nella sperimentazione di forme innovative dell'assistenza (teleassistenza e tele monitoraggio).

E' evidente che non basta disporre di una struttura unificante (un edificio) per raggiungere questi obiettivi. Servono nuove culture, nuovi modelli organizzativi, nuovi istituti contrattuali e un riorientamento di risorse dall'ospedale al territorio.

In Regione Toscana la Casa della Salute ha trovato la sua prima applicazione a Castiglion Fiorentino. Oggi, grazie anche alla capacità di utilizzare i cofinanziamenti ministeriali sugli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, sono attive 11 Case della Salute e altre 14 in fase di attivazione.

Sfida

La diffusione delle Case della Salute come modello organizzativo per l'accesso unitario, la presa in carico e la continuità assistenziale sanitaria e sociosanitaria integrata, richiede uno sforzo di programmazione ed anche di investimenti regionali e locali, per dare finalmente anche al territorio una identità ed una forte e graduata capacità di risposta ai bisogni crescenti e complessi delle persone fragili per condizioni sociali o sanitarie, al proprio domicilio, in strutture intermedie o in strutture residenziali, anche nella fase post ospedaliera.

Le Case della Salute devono diventare un presidio di erogazione e raccordo operativo per i servizi sociosanitari territoriali, capace di assicurare nell'efficienza e per l'equità una risposta di qualità nelle cure primarie orientate alla comunità.

Azioni
Nel corso del PSSIR si prevede di:

- adottare linee di indirizzo per l'organizzazione e le funzionalità delle Case della salute in Toscana;
- definire un piano pluriennale di sviluppo della rete delle Case della Salute nel territorio Regionale
- attivare nell'ambito delle Case della Salute le sperimentazioni delle Unità Complesse di Cure Primarie
- sviluppare nell'ambito delle Case della Salute i programmi di prevenzione di comunità basti sulla partecipazione informata dei cittadini;

2.3.6.3 Le risposte residenziali e semiresidenziali

Contesto
Azioni regionali portate avanti sinergicamente dai settori afferenti l'integrazione socio sanitaria e l'accreditamento e qualità dei servizi, sono state attivate per rivedere i percorsi assistenziali relativi alla residenzialità territoriale.
Tavoli di concertazione sono stati attivati per favorire la partecipazione di tutti gli attori del territorio pubblici e privati che forniscono e tutelano la forza lavoro essenziale al funzionamento del sistema. L'obiettivo, all'interno del mantenimento dei principi del sistema, è quello di mettere in rete tutte le risorse disponibili e gli attori operanti sul territorio, in modo da supplire alla carenza di risorse derivanti dai tagli statali nonché dal crescente bisogno del territorio.
Strumento fondamentale di tale processo di riorganizzazione saranno le Società della Salute e la loro funzione di programmare i servizi in una logica di sistema e di sostenibilità, unitamente a studi e processi di mappatura portati avanti in collaborazione con il Laboratorio Mes della Scuola Superiore S. Anna di Pisa allo scopo di approfondire aspetti fondamentali del sistema quali: il tessuto sociale e strutturale, la caratteristica della domanda, la tipologia e qualità dei servizi offerti, le diverse modalità gestionali e la copertura dei costi. Il processo dovrà essere condiviso con i gestori ed i referenti delle RSA allo scopo di trasformare la mappatura in uno strumento permanente di rilevazione e valutazione finalizzato a migliorare la qualità del servizio, l'appropriatezza delle prestazioni, l'efficacia del servizio e l'equità in termini territoriali e socio economici.

Sfide
Il processo di riorganizzazione ed ottimizzazione delle prestazioni dovrà essere improntato all'eliminazioni delle seguenti criticità:

- estrema variabilità territoriale per ciò che concerne l'offerta residenziale sia per tipologia di offerta che di gestione e di dislocazione geografica. Eterogeneità presente anche nella determinazione della retta di parte sociale cui gli utenti sono chiamati a compartecipare;
- necessità di rivedere le modalità organizzative interne delle RSA ed i loro collegamenti con le procedure operative dei presidi territoriali, in termini di gestione del bisogno del paziente;
- necessità di regolamentare le strutture create prima dell'entrate in vigore del Regolamento 15/R e non rientranti nelle tipologie di strutture da questo previste (strutture cosiddette "miste", residenzialità "leggera" per anziani e disabili), cercando di non abbassare gli standard di qualità previsti dalla disciplina vigente e al tempo stesso non negando l'utilità di strutture a forte valenza sociale che fungono anche da bacino di prevenzione verso la non autosufficienza e cronicità delle patologie

- monitoraggio dei controlli sui sistemi di qualità ed accreditamento adottati dalle strutture ai fini del mantenimento dell'accreditamento rilasciato dai Comuni. Mappatura delle criticità e non conformità ricorrenti, al fine di intervenire in modo tempestivo e favorire, attraverso la diffusione di buone prassi, un processo di omogenizzazione sul territorio. Garantire particolare attenzione alle RSA pubbliche allo scopo di garantire l'imparzialità dei controlli e quindi il mantenimento di requisiti di qualità rapportabili al privato.
- definizione di regimi tariffari omogenei in RSA, sia per quanto riguarda le rette sanitarie che sociali, partendo da un'analisi dettagliata dei costi delle strutture e testandone l'effettiva ricaduta, in termini di qualità e congruenza, sui servizi resi all'utenza. Revisione dei moduli specialistici.
- Cure intermedie: prevedere posti riservati per dimissioni protette in RSA.
- Ottimizzazione costi di distribuzione farmaci in RSA;
- stabilire criteri certi ed accessibili ai cittadini di modalità di accesso alle prestazioni residenziali, fornendo dati ed informazione agli utenti circa lo scorrimento delle liste in ottica di totale trasparenza

2.3.6.4 Le strutture sociali di accoglienza a carattere residenziale

Contesto

Le strutture sociali di accoglienza a carattere residenziale sono dedicate ai minori allontanati temporaneamente dalla propria famiglia di origine e necessitano, per le funzioni di tutela che devono garantire, di autorizzazione al funzionamento. La forte valenza educativa di tali strutture rientra nell'intervento di tutela predisposto per ogni minore accolto, pertanto si rimanda al paragrafo 2.2.4.1 " Tutela dei bambini ed adolescenti".

Dall'altro lato abbiamo strutture di accoglienza dedicate a favorire i processi di inclusione sociale e rivolte ai bisogni di persone in situazione di disagio psico-relazionale, esposte a rischio di marginalità ed esclusione sociale, ovvero donne in situazione di pericolo che necessitano di protezione e di allontanamento dal contesto familiare: tali strutture non prevedono autorizzazione al funzionamento, ma soltanto comunicazione di avvio di attività e ciò anche in relazione ad esigenze di protezione e di segretezza da garantire alle persone accolte.

Le norme che disciplinano tali tipologie di strutture regolano, in maniera sistematica, l'ampio e complesso settore del welfare che si colloca tra gli interventi più propriamente abitativi (Erp, contributi per l'affitto, edilizia agevolata ecc.) e quelli marcatamente sociali (facenti capo al servizio di assistenza sociale).

Tali strutture configurano un ventaglio di interventi (non necessariamente di iniziativa pubblica, e dove anzi il Terzo settore gioca un ruolo di primo piano) che in Italia è stato raramente esplorato. Oltre ad una mappatura capillare delle esperienze di accoglienza, presenti nella Regione Toscana, si rende necessaria una lettura delle caratteristiche e della funzionalità delle strutture nell'ambito del complesso delle politiche di welfare socio-abitativo: tale lettura, tuttavia, non può prescindere dal considerare, innanzitutto, le radicali trasformazioni delle forme della povertà.

Sfide

Devono essere considerate, in particolare, tre dimensioni del problema:

- la crescita numerica delle situazioni di disagio nell'ultimo decennio;
- l'emersione, tra le determinanti di povertà, della dimensione abitativa, come fattore di innesco o aggravamento di percorsi di vulnerabilità sociale;
- la moltiplicazione dei profili di disagio, di cui sono testimonianza figure sociali quali gli immigrati, i giovani precari, le donne sole con figli a carico, ecc..

Gli indicatori disponibili ci dicono che nella nostra Regione il 3% dei residenti si trova in uno stato di "povertà assoluta", individuato convenzionalmente dall'Istat come l'impossibilità di acquisire un insieme minimo di beni e servizi di tipo primario. Inoltre si estende, come peraltro accade in tutta Italia, anche l'area del rischio di povertà, che le statistiche individuano puntualmente con la

nozione di "povertà relativa": le famiglie o individui che hanno una spesa media ritenuta sufficiente solo alla propria sussistenza materiale risultano circa il 4% del totale dei nuclei familiari.
Inoltre, a riprova della rilevanza crescente che il fattore abitativo va assumendo nei percorsi di marginalità, risulta che più del 30% vive in affitto, là dove questa condizione non supera il 15% nella media della popolazione, e un 20% alloggia in soluzioni "di fortuna". I dati Caritas rilevano almeno in parte quel segmento delle persone in stato di difficoltà che sfuggono ad altre fonti informative come gli homeless e gli immigrati non in regola con l'autorizzazione al soggiorno (la maggioranza dei quali ha comunque avuto in passato un permesso di soggiorno).
A ciò si aggiunge l'esistenza di un'area dell'immigrazione, attualmente alloggiata in situazioni fortemente precarie, che non si rivolge al circuito dell'accoglienza: non ne arriva a contatto, non conosce neppure questa opportunità.
Allo stesso tempo l'ospitalità in struttura per persone e famiglie che hanno il solo problema di non disporre di una casa, o delle risorse economiche per reperirla o mantenerne il possesso, va valutata criticamente: si tratta spesso di una soluzione forzata e comunque inadeguata per chi ha "solo" un disagio di tipo alloggiativo.

Obiettivi
- verifica della funzionalità e della rispondenza delle tipologie di strutture di accoglienza per il disagio e la marginalità presenti sul territorio;
- promozione della rete regionale;

Azioni
- conoscenza e mappatura delle strutture di accoglienza per il disagio e la marginalità presenti sul territorio toscano;
- valutazione delle caratteristiche e delle funzionalità delle strutture nell'ambito del complesso delle politiche di welfare socio-abitativo;
- verifica della compatibilità fra strutture e bisogni, nell'ambito di una concezione di povertà sempre più diversificata;
- promozione di sinergie tra le strutture ed altre politiche regionali.

2.3.6.5 La disabilità

Contesto
Secondo i dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) 2010, le persone con disabilità, di sei anni e più, che vivono in famiglia sono 2 milioni e 600 mila, pari al 4,8% della popolazione italiana; il 62,2% delle persone con disabilità è colpito da tre o più patologie croniche ed il 57,3% delle famiglie con almeno un disabile non riceve alcun tipo di aiuto né pubblico né privato.

La Regione Toscana per rispondere alle necessità della persona disabile prevede, con le leggi nn. 41/2005 e 66/2008 di realizzare politiche che valorizzino la centralità della persona, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita in una logica diversa dal puro assistenzialismo ed orientata allo sviluppo dell'autonomia. E' solo conseguendo maggiori livelli di autonomia, infatti, che la persona può inserirsi socialmente nella vita della comunità, può accedere ad inserimenti lavorativi e prepararsi ad affrontare la fase del "dopo di noi", in assenza dei genitori quali care giver principali.
Interventi regionali sono stati programmati dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 ed hanno dato luogo a sperimentazione di progetti per favorire la Vita Indipendente e ad azioni di sostegno allo sviluppo delle Fondazioni di Partecipazione sul "Dopo di Noi". Al contempo la Regione Toscana ha aderito al progetto sperimentale promosso dal Ministero della salute – Centro nazionale per il controllo delle malattie "Individuazione ed implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona disabile" - che ha permesso la raccolta di informazioni sul modello organizzativo e la sua funzionalità rispetto ad un percorso per la presa in carico globale, continuativa e precoce della persona disabile, in un sistema sostenibile ed efficiente.

Sono state sostenute, attraverso specifici accordi ed intese con la Federazione Italiana delle scuole materne – Federazione Regionale Toscana – azioni finalizzate allo sviluppo del diritto allo studio per bambini e ragazzi in età evolutiva portatori di disabilità. Tali azioni troveranno continuità col presente piano affinché sia garantito e tutelato a tutti i ragazzi il pieno inserimento nella vita di relazione e nel mondo della scuola.

L'esigenza emersa dai risultati del precedente ciclo di programmazione sottolinea la rilevanza di garantire una dimensione unitaria alle strategie di intervento verso la persona con disabilità tra i diversi settori e componenti istituzionali coinvolte, assicurando livelli efficaci di governo e di coordinamento territoriale ed articolando la gamma delle risposte in base alla prevalenza delle caratteristiche riabilitative o socio assistenziali degli interventi da attuare.
E' infatti necessario che la presa in carico sia un processo flessibile che si adatti alle fasi evolutive della persona: a seconda delle fasce d'età, prenatale, evolutiva, adolescenziale, adulta ed anziana, vi sono infatti interventi correlati, che pongono in essere azioni da parte del settore sanitario, della famiglia, degli enti locali, della scuola, del lavoro e della società civile; tali azioni, specifiche e parziali nel processo di abilitazione delle funzioni e delle capacità, devono trovare finalizzazione nell'ambito di una progettualità dell'individuo di lungo periodo, che guarda al progetto di vita e alla migliore inclusione e abilitazione sociale.
Gli interventi da porre in essere si sostanziano in:

- diagnosi precoci e tempestive
- aiuto, formazione e informazione alla genitorialità
- riabilitazione intensiva/estensiva
- accertamenti volti all'erogazione di benefici socio economici ed alla definizione di progetto individuale di assistenza
- garanzia di apprendimento formale e non formale in ambito scolastico
- inserimento e capacità di autodeterminazione nel mondo del lavoro
- garanzia di vita indipendente, pari opportunità e non discriminazione nella società
- accompagnamento e sostegno alla famiglia per affrontare la fase di vita adulta ed anziana attraverso progetti per il "durante e dopo di noi"

Si tratta di concretizzare un vero "Progetto globale di presa in carico", inteso come l'insieme organizzato delle risposte e degli interventi che accompagnano la persona disabile nei suoi cicli di vita seguendone la modificazione dei bisogni nelle differenti fasce d'età, in relazione agli ecosistemi in cui è inserito, con l'obiettivo di garantirgli la più alta qualità di vita possibile. Particolare attenzione deve essere dedicata allo sviluppo di percorsi dedicati alle persone con disabilità intellettiva e relazionale.

Sfide

- Perseguire sostenibilità, qualità, efficienza ed equità nei servizi territoriali anche attraverso la sperimentazione di proposte progettuali innovative, e lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali e progettualità che affrontano l'area della cronicità. I miglioramenti e le buone pratiche da consolidare si inseriscono in una programmazione territoriale sostenibile e razionale.
- Valorizzare l'autonomia residua della persona disabile e l'inclusione nella società civile attraverso la definizione di percorsi di presa in carico integrati, che superino la sovrapposizione di competenze e responsabilità e utilizzino strumenti e processi valutativi validi e condivisi.
- Assicurare il governo unitario degli interventi sociali e sanitari, sviluppando l'apporto sinergico delle distinte competenze professionali e garantendo un collegamento organico tra le fasi di programmazione e quelle gestionali, con particolare attenzione al livello territoriale.
- Superare le disequità grazie ad un accesso universale ai servizi da parte delle persone con disabilità. Il fine è assicurare uguali opportunità alle molteplici disabilità, non con interventi settoriali e limitati nel tempo, ma con un approccio globale e razionale sostenibile dal punto di vista economico ed organizzativo.

- Favorire la diffusione dei percorsi e fondazioni "dopo di noi" e progetti di "vita indipendente per emancipare e migliorare le opportunità di vita dell'individuo una volta venuti meno i principali caregivers.
- Razionalizzare l'accessibilità del sistema attraverso la semplificazione delle procedure tecnico-amministrative ed organizzative, tenendo prioritariamente conto delle esigenze dei singoli cittadini. Un progetto di cura e sostegno personalizzato, con la persona al centro degli interventi, non solo come oggetto di prestazioni, bensì soggetto attivo e collaborativo nella definizione del processo assistenziale in una rete di sevizi strutturati e adattabili al contesto socio-culturale-ambientale di riferimento.
- Favorire l'accesso a percorsi sanitari di prevenzione, diagnosi e cura per le persone (adulti e minori) con disabilità intellettiva che necessitano di attenzioni particolari per effettuare analisi di laboratorio, visite specialistiche e trattamenti in regime di ricovero, attraverso la diffusione di informazioni sui servizi e le strutture, già attivi, che offrono risposte con metodologie specifiche e personale formato. Facilitare altresì l'estensione di tali metodologie ad altri servizi.
- Favorire un'accoglienza prioritaria in Pronto Soccorso alle persone con disabilità intellettiva non collaboranti.

- Individuare, in raccordo con i Dipartimenti di Salute Mentale, un percorso integrato per i soggetti con disabilità intellettiva che presentano comorbilità psichiatrica (disturbi del comportamento, ansia, depressione, psicosi ecc..).

Strategie

La persona disabile al centro degli interventi

La legge regionale 66/2008 prevede tra i destinatari dei servizi per la non autosufficienza anche le persone disabili minori ed adulte ma ad oggi manca la previsione di un'organizzazione strutturata ed orientamenti operativi che includano nei percorsi di presa in carico del bisogno oltre che gli anziani ultrasessantacinquenni anche le persone disabili minori ed adulte.

La promozione di studi a livello regionale e l'adesione a progetti sperimentali a livello nazionale hanno favorito l'avvio di un processo di revisione dei modelli organizzativi che sovrintendono al processo di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari della persona con disabilità, in modo da arrivare a definire, così come già esistente per gli anziani non autosufficienti ultrasessantacinquenni, i requisiti strategici, organizzativi e strumentali idonei a garantire la continuità ed efficienza della presa in carico del bisogno a livello territoriale

E' necessario completare questi percorsi avviati condividendo le strategie organizzative e le modalità di valutazione della disabilità, tenendo presente, come riferimento culturale, il modello bio-psico-sociale WHO-ICF.

I relativi interventi prevedono studi di settore e tavoli di lavoro con i soggetti regionali e territoriali, del settore pubblico e privato accreditato, coinvolti nel percorso di presa in carico della persona disabile per affrontare nodi cruciali quali il riordino del sistema di governo, le modalità di accesso e presa in carico, la definizione e condivisione di sistemi di valutazione.

Le priorità da affrontare nel periodo di vigenza del presente piano sono :

- piena realizzazione di modalità di programmazione e gestione dei percorsi di cura che consentano una presa in carico globale della persona con disabilità
- implementazione degli interventi abilitativi precoci per particolari condizioni di disabilità (autismo, alta complessità clinico-assistenziale) e con particolare riferimento all'età adolescenziale e giovane adulta
- attuazione della continuità assistenziale nel passaggio tra l'età minore ed adulta e del raccordo tra i presidi territoriali sociosanitari e le aree attinenti all'inserimento scolastico e lavorativo.
- definizione di modalità di coinvolgimento attivo e collaborazione, nel processo abilitativo, delle famiglie, della scuola, delle organizzazioni no profit presenti sul territorio
- sperimentazione di modalità assistenziali innovative, finalizzate anche ad accreditare percorsi di cura, e revisione delle tipologie di prestazioni erogabili

- approntamento di schede informative e di valutazione dei percorsi di cura, finalizzate anche alla definizione di indicatori
- revisione delle modalità di suddivisione e partecipazione alla spesa di competenza sanitaria e sociale
- definizione delle caratteristiche della lungoassistenza nei servizi residenziali e diurni e completamento dei percorsi assistenziali relativi a tali regimi, tramite una maggiore articolazione dell'offerta in base alle necessità degli utenti, da verificare eventualmente anche con azioni sperimentali

E' fondamentale, altresì, il coinvolgimento attivo della società nei progetti di vita delle persone con disabilità per superare le rigidità di un sistema assistenziale esclusivamente a carico dell'amministrazione pubblica e per creare reti sociali in grado di fornire supporto alle famiglie ed agevolare l'accesso ai servizi pubblici e privati, in armonia con quanto previsto dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. In una simile ottica infatti, la famiglia può contare su una rete di contatti per condividere le proprie esperienze, trovare soluzioni ad esigenze sempre mutevoli e superare i momenti di difficoltà; questa sinergia tra i molteplici soggetti consente all'amministrazione pubblica di razionalizzare i costi, rendere il sistema più accessibile, ridimensionare e riqualificare i carichi di lavoro per gli assistenti sociali, snellire l'apparato burocratico ed aumentare la qualità della presa in carico dei servizi sociosanitari.

Vita Indipendente

La progettualità della Vita Indipendente ha origine nel 2004 in Regione Toscana, a livello di sperimentazione, solo su 5 zone del territorio e si è allargata con la Fase Pilota a tutte le 34 zone-distretto del territorio con l'approvazione delle "Linee-guida per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente", allegato A della D.G.R.T. n. 1166/2009, sulla base del punto 5.6.2.3 del PSR 2008/2010, del punto 7.8.2 del PISR 2007-2010 e dell' art. 1 comma 3, lettera c) della L.R. n. 66/2008.

E' stata un'opportunità per 400 persone, portatrici di disabilità grave, di vivere in autonomia grazie ad un contributo finalizzato all'assunzione di un assistente personale, con un approccio alternativo all'assistenza classica, prevedendo una scelta diversa rispetto all' assistenza diretta, le cui fondamenta sono: l'autodeterminazione, come diritto alla libertà di scelta, il rafforzamento della capacità di voler e saper scegliere, pari opportunità per l'integrazione sociale, la possibilità di costruire in libertà la propria vita e di assumere progressivamente la responsabilità delle conseguenze che tali scelte comportano e la consapevolezza che implica la scelta diretta da chi farsi aiutare/come farsi aiutare/quando farsi aiutare e del contesto nel quale autodeterminarsi.

Alla base c'è la capacità di costruire il proprio progetto di vita, un progetto individuale, come strumento a garanzia di questi diritti, che realizza esperienze personali volte a dare valore alla propria identità attraverso la scelta di assistenti individuati sulla base di decisioni personali e gestiti come strumento di aiuto per la propria autonomia e a garanzia della propria indipendenza, per compiere con autodeterminazione le attività quotidiane ed intraprendere relazioni.

L'autonomia, è vissuta anche nel senso di liberazione dalle dipendenze affettive e psicologiche, per sviluppare la capacità di costruire relazioni sociali ed interpersonali, lavorative, di formazione professionale, di gestione delle proprie risorse economiche e dunque come indipendenza.

La Vita Indipendente ha indubbie ripercussioni positive sul portatore di disabilità che grazie al contributo può avvalersi del proprio assistente: la persona abbandona la posizione di "oggetto di cura" per diventare soggetto attivo e protagonista della propria vita.

La titolarità e la responsabilità nella scelta e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.

Le persone con disabilità devono poter scegliere in autonomia ed in condizioni di uguaglianza il proprio luogo di residenza e le situazioni di convivenza ; devono avere accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirvisi pienamente, eliminando isolamento e segregazione.

Il progetto personale di vita indipendente si presenta a seguito di avvisi/bandi emanati dal territorio ed è sottoposto a valutazione della UVM (unità di valutazione multidisciplinare), opportunamente integrata con le figure professionali necessarie.
Il progetto deve caratterizzarsi per l'elevata flessibilità, la personalizzazione della risposta (funzionale alle necessità della persona), la possibilità di interventi anche specifici, l'integrazione tra azioni diverse e riguardare:
- l' assistenza personale: nelle attività domestiche, sul lavoro, per lo studio, ecc.;
- gli interventi per l'accessibilità e la mobilità: spostamenti, commissioni, uscite, ecc.;
- la cura della persona: alzarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc..

Azioni
Le azioni devono essere tese a contrastare processi di esclusione o di istituzionalizzazione e a sostenere l'indipendenza attraverso l'assunzione diretta e regolare dell'assistente personale.
Le azioni previste in corso di piano:
- Conclusione definitiva in tutta la Toscana della Fase Pilota;
- Revisione delle Linee guida e successiva regolamentazione specifica attraverso la deliberazione di Linee/Atto di Indirizzo, con possibilità di revisioni periodiche;
- Attivazione di apposito tavolo permanente di monitoraggio dell'attuazione territoriale.

Fondazioni di Partecipazione per il Dopo di Noi (FdP)

Il Piano Sanitario regionale 2008-2010, così come il PISR 2007-2010 prevedono azioni a sostegno del "dopo di noi" quale strumento per il raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto di vita familiare e sociale. Tali azioni rappresentano il naturale proseguimento del cosiddetto "sempre con noi" cioè le diverse risposte fornite alla complessità dei problemi dei disabili, fra cui forme di convivenza ed aggregazione per ricreare ambienti di dimensione familiare, sistemi di vita extra familiari non solo per i bisogni di tipo assistenziale ma anche esistenziali e di socializzazione, programmi di residenzialità e semi-residenzialità per situazioni non altrimenti gestibili a domicilio.
A partire da queste modalità di gestione innovativa si è inserito il dibattito sull'opportunità di sostenere le Fondazioni di partecipazione quali strumenti giuridici per garantirne la continuità e, soprattutto, per consentire il congiunto utilizzo di risorse pubbliche e private.
La FdP è un istituto di diritto privato che si caratterizza per la presenza di uno scopo, definito al momento della sottoscrizione dell'atto costitutivo da parte dei soci fondatori e immodificabile nel tempo e per la partecipazione di una pluralità di soggetti -pubblici o privati - che condividono le finalità della fondazione di partecipazione e vi partecipano apportando beni mobili, immobili, denaro, servizi.
Si configura pertanto quale strumento idoneo a diffondere sul territorio la realizzazione e gestione di soluzioni abitative e progettuali assistenziali altre rispetto alle tradizionali strutture residenziali, consentendo una proficua ed armonica collaborazione tra pubblico e privato.
Tale istituto è stato individuato dalla Regione quale strumento idoneo a favorire la realizzazione di servizi e strutture che possano rispondere alle esigenze "dopo di noi", nelle quali si attui, cioè, una progettazione "partecipata" dei programmi di assistenza che vi si intendono realizzare da parte delle famiglie, in prima istanza, ma anche del privato sociale presente sul territorio.
Conseguentemente, l'impegno regionale in questo campo sarà quello di accompagnare il territorio nel percorso di delineazione di modelli di Fondazioni di partecipazione per il "dopo di noi", attraverso tavoli di confronto, approfondimento di aspetti tecnico – giuridici, messa in rete e circolazione delle esperienze consolidate o nascenti sul territorio, al fine di favorire l'interscambio di informazioni, offrire consulenza ed intermediazione nei confronti dei soggetti territoriali, pubblici e privati interessati ad attivare tali forme di gestione di servizi.
Parallelamente l'impegno regionale sarà quello di promuovere attività di comunicazione e promozione delle attività ed esperienze sorte sul territorio, attraverso organizzazione di convegni, seminari, incontri di approfondimento e creazione di strumenti web di diffusione delle informazioni.

2.3.6.5.1 Scuola Nazionale Cani guida per ciechi e Stamperia Braille: azioni di sostegno per la disabilità visiva

Contesto
Al fine di favorire l'integrazione e la promozione delle politiche di sostegno per le categorie dei non vedenti ed ipovedenti nelle attività sociali e civili, la Regione toscana svolge funzioni di produzione ed erogazione di beni e servizi per disabili visivi attraverso la Scuola Cani guida e la Stamperia Braille.
La presenza in Toscana della Scuola Nazionale Cani Guida per Ciechi e della Stamperia Braille, ha favorito una particolare attenzione verso la disabilità visiva facendo diventare la Regione Toscana un punto di riferimento nazionale per i servizi a questi disabili.
Le politiche per le persone disabili consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a promuovere l'integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società delle persone disabili, in particolare a sostegno della disabilità visiva è compresa la realizzazione di progetti innovativi, volti al recupero dell'autonomia personale ed al sostegno delle persone disabili, anche tramite animali da compagnia ovvero attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie (art 55 lettera h-bis LR n 41/2005 e successive modifiche);
Il funzionamento della Scuola Nazionale Cani Guida per Ciechi e la Stamperia Braille è disciplinato da appositi regolamenti come previsto dall'art 55-bis della LR n 41/2005 e successive modifiche.

Obiettivi
La Regione Toscana attraverso la Scuola Nazionale Cani guida per ciechi e la Stamperia Braille garantisce i diritti dei disabili visivi, la tutela della loro condizione e il loro inserimento sociale finalizzato al raggiungimento di un benessere che migliori la qualità della vita, nel suo contesto familiare, scolastico, ludico e sociale.

A tal fine sono realizzati i seguenti servizi e ausili:
- allevamento, selezione ed addestramento di cani per la guida dei disabili visivi e loro assegnazione;
- sperimentazione ed assegnazione di ausili tecnologici, anche in integrazione dei cani guida, per migliorare la mobilità dei disabili visivi;
- insegnamento di tecniche finalizzate al miglioramento dell'orientamento, della mobilità e dell'autonomia personale;
- attività didattiche in collaborazione con le scuole per diffondere la conoscenza degli ausili e delle azioni di sostegno a favore dei disabili visivi;
- attività di formazione e consulenza verso altri operatori pubblici e privati nell'ambito delle materie di competenza;
- promozione di campagne di sensibilizzazione alle problematiche dei disabili visivi;
- attività didattiche e divulgative in materia di tutela degli animali, cura e corretta tenuta del cane.
- testi scolastici in braille necessari per l'inserimento scolastico.
- trascrizione dell'intero corredo necessario ad ogni alunno per il proprio percorso scolastico, ai i cittadini toscani
- ristampa di opere presenti nel catalogo, dei testi di proprietà della regione toscana, a prezzi contenuti in favore dei non vedenti italiani e stranieri
- ristampa di spartiti di opere musicali che fanno parte integrante della biblioteca europea con sede ad Amsterdam;
- collaborazioni continue per l'accessibilità a musei, giardini, luoghi pubblici e di lavoro con produzione di testi relativi, sia con soggetti pubblici che privati;.

Svolge attività con Università, Enti, Associazioni italiane e straniere offrendo la propria professionalità nell'ambito di:
- collaborazione con centri internazionali che hanno selezionato alcune attività della Stamperia tra le "buone prassi" da imitare. In particolare Centri di Formazione della Bulgaria, Romania, Algeria, Togo ed Eritrea.
- consulenze per corsisti di Scienza dell'Educazione per la messa a punto di tesi di laurea specifiche per la creazione di testi con immagini a rilievo.

- collaborazioni con progetti europei e Università straniere per la creazione di testi a rilievo

Strategie innovative:
La Regione promuove sperimentazioni di pet-theraphy, mirate all'utilizzazione di cani addestrati per sostegno ed ausilio a persone con disabilità motoria e per compagnia a persone anziane autosufficienti, con Istituti scientifici ed Aziende Sanitarie toscane ed anche con i Laboratori collegati al sistema di sanità pubblica veterinaria, al fine di garantire la salute dei cani addestrati.

La Regione Toscana promuove i diritti dei disabili visivi e la tutela della loro condizione e il loro inserimento sociale, anche attraverso la produzione di ausili e servizi innovativi di supporto per il livello migliore di autonomia in campo culturale, motorio e di integrazione sociale, tenendo conto dei mutamenti biologici, culturali, sociali e tecnologici degli ultimi anni, e contribuisce alla definizione del più idoneo percorso progettuale da seguire nella fornitura di ausili, anche in collaborazione con dell'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti Toscana.

La Regione Toscana promuove sperimentazioni di:
- pet-theraphy, mirate all'utilizzazione di cani addestrati per sostegno ed ausilio a persone con disabilità motoria e per compagnia a persone anziane autosufficienti;
- produzione e fornitura di ausili e servizi innovativi di supporto all'autonomia in campo culturale, motorio e di integrazione sociale.

Tutto ciò tenendo conto dei mutamenti biologici, culturali, sociali e tecnologici del mondo contemporaneo e delle relative esigenze, anche in collaborazione con soggetti sia pubblici che privati, quali: Istituti scientifici ed Aziende Sanitarie toscane, con i Laboratori collegati al sistema di sanità pubblica veterinaria al fine di garantire la salute dei cani addestrati, dell'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti Toscana, l'Istituto per la Ricerca, la Formazione e la Riabilitazione (IRIFOR) e l'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della cecità.

Progetti sperimentali

- La **Scuola** sviluppa:

- progetto per la ricerca e la sperimentazione di nuovi ausili tecnologici secondari per migliorare la mobilità dei disabili visivi ad integrazione dei cani guida, in collaborazione con I.R.I.FO.R. dell'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti;
- progetto per sperimentare l'addestramento di cani guida per ipovedenti gravi",in collaborazione con IRIFOR dell'UICI;
- inserimento delle attività tecnico-professionali della Scuola all'interno di protocolli operativi scientificamente testati e l'attivazione di percorsi innovativi di ricerca/sperimentazione progetti di ricerca con l'Azienda Usl Aziende Ospedaliere Università con Cani di servizio rivolte a disabili motori disabili psichici e anziani ;
- attivazione di iniziative e campagne di comunicazione sociale mirate alla sensibilizzazione/educazione civile attraverso progetti finalizzati a sensibilizzare bambini, genitori e insegnanti delle scuole primarie sulla conoscenza e ruolo del cane guida e sulle attività che la Scuola cani guida svolge ;
- la produzione di strumenti e interventi tesi a favorire lo sviluppo e l'accrescimento del livello di autonomia delle persone non vedenti e ipovedenti:

- la **Stamperia Braille** sviluppa**:**

- ampliamento della produzione di testi rivolti anche agli Ipovedenti con produzione di testi ingranditi che necessitano di stampa personalizzata, che tenga conto di specifiche accertate dal Centro di Ipovisione che ha sede presso IOT di Firenze;
- consulenza ad enti formativi (Scuole Speciali, Università) a progetti di formazione per corsisti interessati ad esperienze specialistiche di grafica tattile disciplina che, oltre alle conoscenze di grafica comprende l'applicazione delle conoscenze delle necessità della lettura manuale, che ha regole ben diverse da quelle visive;
- produzione di libri in chiaro e scuro a sostegno del benessere dei bambini in ospedale;

- attivazione di una collaborazione tra le Strutture Regionali (Stamperia Braille-Scuola Cani Guida) e il Centro di Consulenza Tiflodidattica tesa al sostegno alle famiglie, attraverso indicazioni tiflopedagogiche diversificate per favorire la massima integrazione dell'utente nell'intero percorso educativo e riabilitativo finalizzato al raggiungimento di un benessere che migliori la qualità della vita del disabile, nel suo contesto familiare, scolastico, ludico e sociale.

2.3.6.6 La salute mentale

Contesto

La Regione Toscana ha sviluppato in questi anni politiche per la salute mentale improntate al rispetto dei diritti umani e civili delle persone con problemi di salute mentale e alla realizzazione di un sistema di servizi territoriali finalizzato ad intercettare e rispondere a tali bisogni delle persone di ogni fascia di età.

Sono state identificate e sviluppate reti integrate di servizi per la prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi mentali e definiti percorsi assistenziali specifici quali quelli per la cura dei disturbi del comportamento alimentare e per la diagnosi precoce e la presa in carico multiprofessionale delle persone con disturbo dello spettro autistico.

Nello stesso tempo, negli ultimi anni, al fine di garantire una maggiore appropriatezza e qualità delle risposte, a fronte di bisogni sempre più ampi e diversificati, si è avviata una valutazione dell'efficacia degli interventi (Monitoraggio rete integrata Disturbi del Comportamento Alimentare, Studio sugli esiti della psicoterapia e degli interventi assistenziali per minori) sperimentando un sistema di rilevazione ed analisi delle attività, per la diffusione di una "cultura della valutazione" e di una maggiore capacità di confronto in una logica di trasparenza e di superamento dell'autoreferenzialità.

Nella consapevolezza della centralità, nell'ambito dei progetti terapeutico-riabilitativi, dei percorsi di inserimento lavorativo, in questi anni si è sviluppata una significativa azione per promuovere il diritto al lavoro delle persone con disturbi psichici. E' stato realizzato un progetto regionale, nell'ambito del "Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico - Pro.P" in collaborazione con l'Osservatorio di Inclusione Sociale dell'ISFOL (Istituto per la formazione professionale dei lavoratori) che ha favorito lo sviluppo di forme di collaborazione tra Dipartimenti di Salute Mentale, Province, Centri per l'Impiego e Cooperative sociali. A seguito di tale progetto è stata approvata dalla Giunta Regionale toscana la deliberazione n.1154/2009 "Linee di indirizzo – Modello di convenzione tra Province, Aziende USL, Società della Salute/Conferenze zonali dei sindaci per favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico ai sensi della L. 68/1999". E' stato inoltre siglato da parte di: Regione Toscana, Aziende USL, ESTAV e rappresentanti delle Cooperative sociali di tipo B, il Protocollo d'Intesa "Promuovere i rapporti tra le Istituzioni pubbliche e la Cooperazione sociale di tipo B per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate", approvato con deliberazione della Giunta Regionale n.204/2010.

La promozione dell'auto mutuo aiuto e del protagonismo del cittadino utente ha rappresentato un ulteriore importante ambito di azione; in questi anni in Toscana è stato promosso e facilitato lo sviluppo e la diffusione di gruppi e di associazioni di auto mutuo aiuto di pazienti e di familiari, con il sostegno anche di un associazionismo sempre più protagonista dell'innovazione sociale, capace di coprogettare e realizzare interventi e di attivare "reti" di solidarietà e di inclusione sociale. Nel 2010 è stato siglato il Protocollo d'intesa tra Regione toscana, Casa della Cultura di Firenze, Rete regionale toscana Utenti Salute Mentale e AISME per la costituzione di un Centro regionale per la promozione e lo sviluppo dell'auto mutuo aiuto dei cittadini utenti dei servizi per la salute mentale (DGRT n. 363/2010). Nel 2011 è stato inoltre firmato un protocollo con Cittadinanza Attiva Toscana Onlus (DGRT n.525/2011) con il quale si fa esplicito riferimento alla "Scuola di formazione umanistico-scientifica per la Salute Mentale Schesis".

Sfide

- La domanda ed i bisogni di salute mentale sono in continuo e rapido cambiamento, ciò comporta difficoltà nei servizi a rispondere con tempestività, pertinenza ed efficacia agli stessi.
- L'integrazione socio-sanitaria risulta ancora difficile nonostante la consapevolezza che le scelte e le azioni degli enti locali sono complementari alle strategie di cura dei servizi di salute mentale.
- Persistono difficoltà nel garantire continuità delle cure nel passaggio dalla minore alla maggiore età; in particolare si evidenziano criticità nel mantenimento dei livelli di attenzione, cura, riabilitazione e tutela dei giovani quando raggiungono la maggiore età e/o escono dal circuito scolastico.
- I soggetti con doppie diagnosi incontrano ancora difficoltà a causa delle problematicità nella gestione integrata dei percorsi dei Servizi per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale, nonostante la presenza di protocolli operativi.
- A fronte della complessità dei bisogni e dell'aumento della domanda risulta sempre più critica la capacità di risposta dei servizi, date le attuali dotazioni di personale, sia dal punto di vista numerico che delle figure professionali impiegate.
- Il consumo dei farmaci antidepressivi è in costante aumento negli anni, abbinato ad un chiaro indice di inappropriatezza clinica resa evidente dall'alto tasso di abbandono della cura.

Obiettivi

- Accogliere i bisogni delle persone di ogni età con problemi di salute mentale;
- superare definitivamente il paradigma della "stabilizzazione clinica" in favore di percorsi di "ripresa" anche sociale;
- rafforzare le reti relazionali, affettive, sociali e lavorative all'interno dei percorsi di cura e nella comunità;
- diffondere una più ampia "cultura della valutazione".

Salute mentale di comunità: i percorsi di cura

I Servizi per la Salute Mentale devono connotarsi sempre più come luoghi aperti che svolgono una funzione di prevenzione, cura e riabilitazione, tenendo ben presente che per promuovere e tutelare la salute mentale dei cittadini occorre un'attenzione ampia nei confronti delle condizioni di vita, di lavoro delle persone e su tutto ciò che incide sulla qualità delle loro relazioni e sullo sviluppo della loro personalità.

L'accesso ai servizi avviene ordinariamente attraverso il Centro di Salute Mentale che valuta e definisce, laddove viene riscontrato un problema di salute mentale, un progetto individualizzato, soggetto a verifiche periodiche attraverso strumenti di valutazione standardizzati e validati e articolato sull'apporto di una o diverse competenze professionali. Il progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato è un documento scritto che esplicita i problemi, individua le risorse di rete (assessment), gli obiettivi condivisi -con la persona e con i soggetti con i quali essa condivide le scelte- e le azioni da attivare per conseguirli nonché la modalità di valutazione dei risultati. Il responsabile clinico è affiancato da un referente del percorso che segue le diverse fasi del progetto e favorisce l'integrazione degli interventi con particolare attenzione al passaggio dalla minore alla maggiore età. Il progetto terapeutico riabilitativo deve dare rilevanza a programmi orientati ad aiutare la persona a sviluppare e usare le proprie potenzialità e ad acquisire fiducia e stima di sé. In un'ottica di "presa in carico globale della persona" sarà inoltre necessario ridurre i fattori di rischio medici e promuovere il benessere e la qualità della vita aiutando i pazienti nel mantenimento di uno stile di vita salubre ed attivo e sviluppando migliori forme di raccordo con i Medici di medicina generale.
I percorsi di cura e riabilitazione si realizzano attraverso processi emancipativi capaci di ricostruire i tessuti relazionali, affettivi, familiari, sociali e produttivi. E' necessario perciò favorire la trasformazione dei centri di salute mentale, dei centri diurni e delle strutture residenziali in luoghi

d'incontro e di collaborazione con i cittadini e le loro associazioni ai fini del perseguimento di una effettiva integrazione e reinserimento delle persone con problemi di salute mentale nella comunità locale. Il territorio non deve essere considerato solo uno spazio in cui si manifestano i problemi ma una comunità insieme alla quale ricercare soluzioni, avviare possibili azioni, condividere scelte e decisioni.

Azioni

- sviluppare un pacchetto di indicatori per il monitoraggio a livello regionale ed aziendale di processi ed esiti di trattamenti integrati;
- consolidare ed estendere la valutazione routinaria di esito dei percorsi terapeutico-riabilitativi attraverso l' utilizzo di strumenti scientificamente validati;
- assicurare che nei Dipartimenti di Salute Mentale siano applicate linee guida per la prevenzione del drop out per i pazienti portatori di bisogni complessi;
- garantire l'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche, ridurre le politerapie non necessarie e monitorare gli effetti indesiderati dell'uso dei farmaci;
- garantire spazi di ascolto, attraverso personale opportunamente qualificato, con l'eventuale supporto di operatori volontari formati;
- promuovere interventi che favoriscano la presa in carico e la continuità assistenziale integrata con riferimento al modello organizzativo "La Casa della salute" di cui al punto 2.3.6.2 del presente Piano;
- valutare la soddisfazione di utenti e familiari con sistemi validati.

Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura

La gestione delle urgenze, delle crisi e delle acuzie è ordinariamente assicurata attraverso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). All'interno di tali servizi la persona ha diritto che sia tenuto conto della sua volontà e del progetto personalizzato se già in atto o, se non presente, da elaborare quanto prima attraverso la collaborazione tra medici ed infermieri del SPDC ed operatori territorialmente competenti.

Le porte del SPDC devono rimanere aperte, come tutti i luoghi dell'ospedale, anche per evitare la connotazione di luogo separato, che produce stigma, per i soggetti affetti da disturbi psichiatrici.

Si conferma il tassativo divieto di ogni forma di contenzione fisica ed una attenzione continua all'appropriatezza del ricorso alla terapia farmacologica.

La Regione Toscana si impegna a diffondere la cultura dell'audit civico sul funzionamento del SPDC, con la partecipazione delle associazioni dei cittadini, soprattutto degli utenti e dei familiari.

La residenzialità e il sostegno all'abitare

Le strutture residenziali hanno la funzione di sostenere e accompagnare chi esprime una sofferenza psichica nella riappropriazione della propria autonomia e non possono essere concepite come una soluzione abitativa permanente.

E' necessario proseguire nell'impegno alla qualificazione degli interventi terapeutico-riabilitativi e sociali nell'ambito delle strutture residenziali a vario grado di assistenza, evitando ricoveri impropri e/o immotivatamente prolungati.

Di fondamentale importanza nei percorsi di ripresa è creare opportunità abitative supportate in cui la persona possa sperimentare percorsi di autonomia. Si tratta di strutture di civile abitazione individuabili sia nell'ambito dei programmi dei Comuni relativi all'edilizia residenziale pubblica di cui al paragrafo 2.1.4, sia sviluppando azioni integrate di mediazione abitativa condotte anche con familiari, gruppi di auto aiuto, associazioni di volontariato che favoriscano un'offerta abitativa da parte dei privati.

Azioni

- avviare un'azione di monitoraggio sui percorsi di riabilitazione nelle strutture residenziali e sull'indice di rotazione dei pazienti all'interno delle stesse;
- promuovere il diritto alla casa, la diffusione di buone pratiche nei percorsi di autonomia e il sostegno abitativo di tipo domiciliare, attivando esperienze di appartamenti supportati;
- attivare collaborazioni che consentano interventi diretti al miglioramento della qualità della vita delle persone ospiti nelle strutture residenziali, quali le RSA.

Riabilitazione e inclusione sociale e lavorativa

Obiettivo degli interventi socio-sanitari in salute mentale è quello della cura e riabilitazione affinché le persone con problemi di salute mentale possano usufruire di nuove opportunità di cittadinanza attraverso il recupero dell'autonomia, individuale e sociale, per la costruzione di un vero "progetto di vita".

Nel periodo di vigenza del presente piano proseguirà il lavoro avviato nell'ambito delle linee di intervento ritenute strategiche per affrontare gli aspetti critici dei percorsi di inclusione socio-lavorativa:

- applicazione della Legge 68/1999 anche attraverso una maggiore collaborazione tra i servizi socio sanitari delle Aziende USL e quelli per il collocamento mirato delle Province, in attuazione della deliberazione della Giunta Regionale n. 1154 del 14/2009;
- sviluppo di esperienze di lavoro attraverso le cooperative sociali di tipo B e le Associazioni degli utenti e dei familiari;
- attivazione di percorsi di riabilitazione lavorativa che privilegino la formazione in reali situazioni di lavoro.

Azioni

- adottare linee guida per l'applicazione del Protocollo d'Intesa "Promuovere i rapporti tra le Istituzioni pubbliche e la Cooperazione sociale di tipo B per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate" (DGRT n.204/2010) e monitorarne l'applicazione;
- promuovere la più ampia diffusione del sopracitato Protocollo di Intesa su tutto il territorio della Regione, anche attraverso l'adozione dei provvedimenti necessari affinché i contenuti dello stesso trovino attuazione nell'Ente Regione Toscana;
- sviluppare esperienze di tirocinio di osservazione, tirocinio di formazione in situazione lavorativa e inserimento socio terapeutico attraverso lo strumento motivazionale della borsa lavoro;
- diffondere le esperienze di attività lavorative attivate dalle associazioni di familiari ed utenti e favorire la diffusione di corsi di formazione per "facilitatori sociali" rivolti ad utenti ed ex utenti dei servizi di salute mentale;
- promuovere la sperimentazione di corsi di formazione per tutor dell'inserimento lavorativo e per facilitatori secondo la metodologia "colloca e supporta" (Individual Placement and Support -IPS);
- realizzare ricerche valutative sull'inclusione socio-lavorativa degli utenti.

L'integrazione con interventi complementari nella prevenzione e cura dei disturbi psichici

La presa in carico globale delle persone con problemi di salute mentale è l'unico approccio funzionante ed efficace per la cura e il miglioramento della qualità di vita. Possono assumere quindi carattere di grande valore nella salute individuale gli interventi e le attività integrate, il ricorso a terapie complementari soprattutto nella depressione, nell'insonnia, nei disturbi dell'attenzione e dell'iperattività dei bambini.

La Terapia della Luce è una terapia non invasiva riconosciuta ufficialmente per il trattamento della depressione stagionale da varie associazioni ed istituzioni quali l'American Psychiatric Association e il National Institute of Mental Health e consigliata anche da varie linee guida come trattamento efficace per la depressione ad andamento stagionale.

Le medicine complementari (come l'agopuntura e la Medicina tradizionale cinese (MTC), l'omeopatia e la fitoterapia) trovano largo impiego nella prevenzione e nella cura in età pediatrica. I bambini affetti da Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) o più semplicemente da Attention Deficit Disorder (ADD), sono bambini difficili, con difficoltà di socializzazione e spesso scarso rendimento scolastico, così come quelli affetti da insonnia e da depressione. Il vantaggio delle medicine complementari è quello di intervenire limitando non solo l'uso di farmaci ma anche la medicalizzazione del bambino, intervenendo con terapie dolci e poco invasive, a basso costo, e prendendo in carico il piccolo paziente e la famiglia nella loro globalità secondo i principi olistici delle medicine complementari. Si rende quindi necessario rafforzare la conoscenza e la

competenza delle famiglie sulla possibilità di prevenire e trattare con interventi complementari l'iperattività e il deficit di attenzione, l'insonnia e la depressione.
In continuità con quanto disposto nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in raccordo con le azioni di cui al presente PSSIR, paragrafo 3.2.4. "sulle medicine complementari e non convenzionali" si prevede di sviluppare le seguenti azioni:

- favorire l'uso della terapia della luce nel trattamento della depressione stagionale monitorandone gli esiti;
- promuovere progetti integrati di intervento fra i servizi di neuropsichiatria e psicologia infantile e le attività pubbliche toscane di agopuntura e MTC, omeopatia e fitoterapia.

Il percorso diagnostico e la cura delle persone con disturbi dello spettro autistico
Con atto deliberativo della Giunta Regionale n. 1066 del 15 dicembre 2008 sono state approvate, in attuazione di quando disposto nel PSR 2008-2010 le linee di indirizzo per la diagnosi precoce e la presa in carico multi professionale dei soggetti con disturbi dello spettro autistico (DSA) con l'obiettivo di realizzare una rete di assistenza regionale adeguata rispetto ai bisogni e alla complessità dei trattamenti e di garantire la presa in carico continuativa e coordinata. La rete dei centri residenziali e semiresidenziali per i soggetti con disturbi dello spettro autistico si è fortemente diffusa e sviluppata nel territorio regionale.
E' stato avviato, in attuazione della deliberazione della Giunta regionale n. 699 del 3/8/2009 lo screening per la valutazione dello sviluppo della comunicazione e della relazione in età pediatrica . Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2010 sono stati sottoposti a screening, da parte di 349 pediatri, 18.128 bambini e in ogni A. USL è stato attivato un Gruppo interdisciplinare aziendale infanzia adolescenza e adulti per favorire l'attivazione di percorsi assistenziali per DSA.
Sono stati avviati, con la collaborazione delle associazioni dei familiari, progetti innovativi per lo sviluppo di percorsi abilitativi per giovani pazienti.
Si evidenziano carenze nella continuità della presa in carico dalla minore alla maggiore età e nella definizione di progetti terapeutico-abilitativi che coprano tutto l'arco della vita delle persone.
Azioni

- proseguire l'attività di screening per l'individuazione precoce dei bambini con disturbo dello spettro autistico, la loro presa in carico e trattamento;
- implementare linee guida per il trattamento e l'intervento con metodologie basate sull'evidenza, che prevedano un ruolo centrale dei familiari;
- definire e sviluppare, in maniera più organica e governata, la rete dei servizi residenziali e semiresidenziali sulla base di percorsi assistenziali per le persone in età adulta differenziando fra soggetti che necessitano di alta intensità di supporto (disturbi cognitivi, comportamentali) e soggetti che necessitano di intensità di supporto minore, orientati ad una maggiore partecipazione alla vita comunitaria (lavoro, abitazione, tempo libero, vita indipendente);
- favorire azioni di supporto alla famiglia con particolare riferimento alla psicoeducazione, al sostegno delle famiglie, ai gruppi di auto aiuto.

I disturbi del comportamento alimentare e la rete integrata dei servizi.
Il percorso assistenziale e l'articolazione dell'assistenza sono stati delineati con le deliberazioni della Giunta regionale n. 279 del 18/4/2006 e n. 441 del 31/3/2010.
Si evidenziano alcune criticità:
- carenza di centri diurni specificatamente destinati (dai dati internazionali emerge che la presenza di percorsi assistenziali in regime semiresidenziale è correlata ad una minore incidenza dei ricoveri ospedalieri);
- non è garantita in modo uniforme e diffuso la presenza di équipe multi-professionali all'interno dei centri ambulatoriali.
Azioni

- sviluppare il monitoraggio sull'applicazione delle linee di indirizzo di cui alle citate delibere regionali n. 279/2006 e n. 441/2010;
- favorire la collaborazione tra Medici di medicina generale/Pediatri di libera scelta e Centri ambulatoriali per l'individuazione precoce del disturbo e l'attivazione di percorsi di cura;

- promuovere il coinvolgimento attivo di gruppi di familiari nell'intervento psicoterapico con l'impiego di strumenti di efficacia scientifica significativa quali la "Family based therapy" per la modificazione degli stili relazionali interni al nucleo familiare;
- sperimentare l'avvio di percorsi assistenziali in regime residenziale presso strutture specificatamente destinate ai Disturbi del comportamento alimentare prevedendo un numero di strutture non superiore ad una per Area Vasta.

L'infanzia e l'adolescenza e la continuità delle cure

In continuità con quanto indicato nei precedenti atti di programmazione (PISR 2007-2010 e PSR 2008/2010) si rende necessario confermare l'attenzione e l'impegno verso lo sviluppo di servizi per l'età evolutiva in grado di rispondere adeguatamente a bisogni molto differenziati e relativi a fasce di età diverse, che vanno dalla gravissima disabilità con elevato carico assistenziale, al disturbo di sviluppo in età prescolare e scolare, alla prevenzione del rischio psicopatologico legato al grave disagio sociale e alla sofferenza psichica adolescenziale.

Le molteplici attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione cui sono tenuti i servizi per la salute mentale infanzia ed adolescenza richiedono una forte integrazione con tutti i soggetti coinvolti che si occupano del bambino, dell'adolescente e della sua famiglia. Per poter rispondere in maniera più adeguata ai bisogni dell'infanzia e dell'adolescenza, è possibile delineare un percorso che preveda un continuum tra promozione della salute, prevenzione, accoglienza e presa in carico terapeutico abilitativa/riabilitativa, creando una rete tra servizi aziendali (consultori, Pediatri di libera scelta/Medici di Medicina Generale, centri consulenza giovani, servizi per la salute mentale adulti, Servizi per le tossicodipendenze, servizi sociali, educazione alla salute, ospedali) ed altri soggetti (scuole, università, associazionismo, Giustizia minorile e Tribunale per Minori ed Ordinario).

Fra i campi di intervento, in coerenza con il modello proposto dall'OMS e dalle indicazioni del Libro Verde Salute Mentale Infanzia Adolescenza della Commissione Europea, viene posta particolare attenzione alla promozione dei fattori protettivi e di resilienza, alla prevenzione e alla individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, ai fattori di rischio e agli indicatori di disturbo evolutivo, ponendo attenzione ad alcune fasce di età, particolarmente sensibili ai passaggi evolutivi: 0-3, preadolescenza, adolescenza.

Nella individuazione precoce dei disturbi neuropsichici vengono tenuti in considerazione i principali fattori di rischio, quali le condizioni genitoriali correlate a sviluppi patologici dell'infanzia, con una maggiore attenzione a tutelare e sostenere il bambino e l'adolescente nei suoi contesti ed a migliorare l'ambiente di vita: famiglia, scuola, tempo libero.

Per la specificità e complessità delle problematiche afferenti alla tutela e promozione della salute mentale in infanzia e adolescenza si rende necessario prevedere un coordinamento regionale dei servizi che a vario titolo si occupano di minori.

Prendersi cura dei minori con disturbi neuropsichici

- I bambini che nascono con disabilità complesse e di lunga durata (paralisi cerebrali infantili, disabilità intellettive medie e gravi, sindromi genetiche come quella di Down, Angelman, Rett, del 22, ecc.) o che sviluppano una disabilità complessa nell'infanzia (disturbi autistici, malattie progressive e degenerative, esiti di traumi e neoplasie) hanno necessità di interventi multiformi ed articolati che devono essere sviluppati in un'ottica di sistema che includa il sociale, il sanitario e l'educativo. La presa in carico complessiva e longitudinale, che comprende sia le prestazioni diagnostiche che l'attuazione e il monitoraggio di interventi terapeutici e riabilitativi/abilitativi successivi alla diagnosi, deve includere famiglia e contesti di vita. E' necessario promuovere servizi per l'infanzia "centrati sulla famiglia"; le famiglie sono riconosciute come le esperte riguardo alle capacità/abilità e ai bisogni dei loro bambini e lavorano con i servizi affinché vengano prese decisioni consapevoli sugli interventi necessari. Occorre pertanto sviluppare servizi che promuovono l'empowerment della famiglia e il suo coinvolgimento nelle varie fasi del percorso, sulla base di modelli scientificamente validati.

Azioni

- prevedere che nel percorso di valutazione diagnostica, qualora siano necessari interventi multidisciplinari, sia individuato, tra i professionisti coinvolti, un referente che assicuri il coinvolgimento della famiglia nelle vari fasi;

- garantire che, al momento della presa in carico, venga definito un progetto riabilitativo/socio abilitativo individualizzato scritto e sia identificato un responsabile dei processi di cura (case manager) che segua le diverse fasi del progetto, mantenga contatti con la famiglia e garantisca la continuità dell'assistenza, anche nel passaggio dalla minore alla maggiore età.

I disturbi specifici di apprendimento

I disturbi dell'apprendimento, di cui alla Legge 170/2010, sono contraddistinti da una difficoltà significativa nell'acquisizione del controllo del codice scritto (lettura, scrittura, calcolo) che interferisce con il normale funzionamento adattivo; tali disturbi hanno un impatto significativamente negativo per l'andamento scolastico e/o per le attività della vita quotidiana. La diagnosi di disturbo specifico di apprendimento avviene in presenza di normodotazione intellettiva ed adeguate opportunità di apprendimento e in assenza di disturbi neuromotori o sensoriali o disturbi significativi della sfera emotiva e psicopatologici pre-esistenti. Al fine di garantire l'individuazione precoce di tali disturbi, di definire il percorso diagnostico e le funzioni dei servizi socio-sanitari e della scuola, si prevede l'adozione da parte della Giunta regionale di specifiche linee di indirizzo; la Regione Toscana si impegna altresì a monitorarne l'attuazione.

La presa in carico di persone con problemi di dipendenze e comorbidità psichiatrica

Come richiamato nel paragrafo 2.3.6.7 "le dipendenze", la diffusione dell'uso di sostanze è uno dei grandi problemi della nostra società ed è un fenomeno che presenta importanti interazioni con la salute mentale, potendo essere sia concausa di disturbi psichici, soprattutto nei giovani, sia conseguenza di particolari fragilità psichiche e sociali.
La presa in carico delle persone che presentano problemi di salute mentale ed abuso di sostanze richiede una corresponsabilizzazione dei servizi per la salute mentale e di quelli per le dipendenze patologiche affinchè non si verifichino fratture, dissonanze o contraddizioni fra singoli interventi, ma progettualità e prassi efficacemente condivise. Non è pertanto più rinviabile una puntualizzazione sui livelli di collaborazione e coordinamento.

Azioni

- favorire l'omogeneità tra i sistemi informativi salute mentale e dipendenze, anche al fine di assicurare una gestione più appropriata degli interventi nei confronti delle persone con "doppia diagnosi";
- predisporre linee di indirizzo per la definizione delle modalità di presa in carico e dei percorsi assistenziali per i soggetti con "doppia diagnosi" garantendo la più ampia integrazione e collaborazione tra i servizi per salute mentale e quelli per le dipendenze, e prevedere un monitoraggio permanente sulla loro applicazione;
- sperimentare forme di integrazione dipartimentale.

L'auto mutuo aiuto, il protagonismo dell'utente e la partecipazione

Il paziente non è solo portatore di bisogni ma anche di potenzialità nell'ambito del suo (e altrui) processo di cura. Lo stesso si può dire per i familiari. In questi anni si è avviato in Toscana un percorso che ha visto la nascita e lo sviluppo di gruppi e di associazioni di auto mutuo aiuto sia di pazienti che di familiari. Dalle esperienze realizzate emerge chiaramente che il paziente non è solo un "carico di lavoro" per i servizi bensì una risorsa in più a disposizione dell'altro e del funzionamento del sistema. Si avverte quindi l'esigenza di un maggiore confronto su queste esperienze e della loro diffusione nell'ambito di tutti i Dipartimenti di Salute Mentale valorizzando anche il lavoro sviluppato dalle Associazioni di volontariato, in particolare quelle degli utenti e dei familiari.
Le Aziende USL avranno cura di consolidare il funzionamento, a livello del Dipartimento di Salute Mentale, delle Consulte costituite da rappresentanti delle associazioni e gruppi di auto aiuto dei cittadini utenti e dei familiari che si occupano di salute mentale (DGRT n.1016/2007). La Regione Toscana promuoverà incontri informativi con i rappresentanti delle Associazioni degli utenti e dei

familiari sui programmi ed azioni riguardanti la salute mentale con particolare riferimento a quanto previsto del presente atto di programmazione.

Azioni

- Favorire l'applicazione del Protocollo d'Intesa tra Regione Toscana/Casa della Cultura/Rete regionale utenti salute mentale/AISME per la costituzione di un Centro regionale per la promozione e lo sviluppo dell'auto mutuo aiuto dei cittadini utenti della salute mentale (DGRT n. 363/2010);
- promuovere azioni congiunte con gruppi e associazioni di auto mutuo aiuto per la lotta allo stigma e l'integrazione sociale, anche nell'ambito della scuola;
- favorire la presenza dei cittadini utenti, in qualità di formatori, nei corsi di formazione destinati al personale dei servizi socio sanitari;
- promuovere, in collaborazione con gruppi e associazioni di volontariato percorsi di formazione rivolti alla cittadinanza per incoraggiare un volontariato per la salute mentale.

2.3.6.7 Le Dipendenze

Contesto

a) Le sostanze illegali
Gli utenti in carico presso i 41 Ser.T. della Toscana nel 2010 erano circa 14.000 (82% maschi e 18% femmine), registrando un aumento del 110 % dell'utenza totale negli ultimi 10 anni. Tale aumento è determinato soprattutto dalla prolungata ritenzione in trattamento nei Ser.T.: infatti i nuovi utenti in quasi 20 anni di rilevazione passano da 2.397 a 2.264 soggetti, mentre gli utenti già in carico invece risultano più che raddoppiati (da 4.273 utenti a 11.726).
I dati sui decessi per overdose sono sovrapponibili alla media italiana (0,9 per 100.000 residenti).

b) L'alcol
Gli andamenti temporali dal 1997 ad oggi mostrano un aumento presso i nostri servizi sia dei nuovi utenti (da 846 a 1.254) sia di quelli già in carico che si triplicano (da 1.240 a 3.467). Questo aumento può ricondursi al miglioramento dell'offerta dei servizi di cura e ad una loro maggiore visibilità sul territorio.
La distribuzione per età degli utenti, stratificati per tipologia e per sesso indica una concentrazione maggiore degli utenti (sia nuovi che già in carico) di entrambi i generi, nella classe d'età tra 40 e 49 anni; in particolare per le donne.

In tale contesto occorre intervenire prioritariamente su:
- rafforzare le equipe alcologiche territoriali, sotto il coordinamento tecnico-scientifico del Centro Alcologico Regionale, anche coinvolgendo e integrando gli operatori dei servizi pubblici con le associazioni e gruppi di auto aiuto maggiormente coinvolte nella tematica quali l'ARCAT, gli Alcolisti Anonimi, Alateen e Alanon, l'OGAP etc., nelle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo;
- sviluppare politiche di controllo e monitoraggio della distribuzione e commercializzazione di bevande alcoliche al fine di tutelare la salute della comunità ed in particolare per la popolazione giovanile;
- potenziare e diffondere l'azione regionale denominata "Divertimento Sicuro" finalizzata alla prevenzione dei rischi causati dall'uso e abuso di alcol nella popolazione giovanile con particolare riferimento ai contesti di aggregazione e del divertimento.
- Coinvolgere l'intera comunità locale (istituzioni pubbliche, Enti locali, Associazionismo, Cooperative, rappresentanti delle associazioni di categoria, volontariato, etc) affinchè 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.

c) Il tabacco
Ancora pochi sono i fumatori che si rivolgono ai nostri centri anti fumo, per questo è importante:
- intervenire nei confronti di particolari categorie a rischio quali donne, donne in gravidanza, minori e adolescenti
- sviluppare azioni di sensibilizzazione nei confronti del fumo passivo in ambienti di lavoro, domestici, ricreativi (bar, pub, ristoranti, discoteche etc), nelle auto private;
- favorire gli interventi di disassuefazione nei soggetti portatori di gravi patologie fumocorrelate;
- attivare percorsi di formazione al counseling per operatori sanitari e MMG;
- intervenire in ambito scolastico secondo il modello sviluppato dal progetto UNPLUGGED;
- rafforzare la rete regionale di contrasto al tabagismo anche attraverso la funzione dei Centri antifumo.

d) le dipendenze senza sostanze – Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

Recenti studi epidemiologici promossi e finanziati dalla Regione Toscana e realizzate sia dall'Agenzia Regionale di Sanità che dall'Università degli Studi di Firenze, confermano che anche in Toscana il gioco d'azzardo è abbastanza diffuso e le persone con problematiche legate al Gioco d'Azzardo Patologico si stimano siano tra lo 0,8 e l'1,5% della popolazione adulta.

La Toscana è stata tra le prime regioni italiane a prestare attenzione al fenomeno del Gioco d'Azzardo Patologico.

Le azioni progettuali sviluppate nel corso degli ultimi anni, unitamente al crescente interesse generale per la tematica del Gioco d'Azzardo Patologico, hanno fatto emergere la necessità di sviluppare azioni più organiche e integrate per la prevenzione, primaria e secondaria, e per l'allestimento di una rete di protezione socio-sanitaria in grado di farsi carico delle persone con problematiche di Gioco d'Azzardo Patologico.

Il crescente numero di persone che si rivolgono ai Servizi per le Dipendenze della Toscana per essere aiutate e curate ha indotto la Regione Toscana ad avviare un progetto sperimentale che ha lo scopo di ridurre il numero dei giocatori a rischio, attraverso iniziative di informazione e prevenzione estese sull'intero territorio regionale, e l'assistenza alle persone e alle loro famiglie che presentano ormai una dipendenza conclamata da gioco d'azzardo patologico con la realizzazione di una rete territoriale di servizi qualificata e professionalmente in grado di farsi carico delle persone con tale problema.

L'azione che è stata costruita si sviluppa secondo 4 direttrici: Prevenzione primaria, Prevenzione secondaria, Formazione degli operatori, Trattamento ambulatoriale e, per i soggetti più compromessi, la sperimentazione di una comunità residenziale.

L'azione ha consentito l'avvio di un percorso di alta integrazione tra servizi, la condivisione e il confronto di buone prassi operative e la creazione di una rete territoriale in grado di fornire risposte adeguate alle richieste di aiuto provenienti dalle persone con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico e dai loro familiari.

La scena del consumo di sostanze è cambiata e con essa sono cambiati i significati e la percezione del termine "comportamento a rischio" in particolare da parte dei consumatori e degli operatori del settore:

- Il consumo di cocaina è in rilevante aumento ma in realtà la variabile più significativa è rappresentata dal policonsumo, in particolare tra i giovani tra i 15 ed i 24 anni, che assumono cocaina ed altri psicostimolanti assieme ad alcol ed a cannabis.
- La percezione soggettiva e collettiva del consumo di sostanze è mutata e spesso viene vissuta come socializzante e come fattore di successo. Alla nota figura del "tossicodipendente" emarginato, fenomeno ancora purtroppo presente, si affianca la figura del policonsumatore che utilizza sostanze in contesti socializzanti per finalità ricreazionali e prestazionali, spesso con scarsa percezione del rischiio e della legalità.
- L'uso di eroina tuttavia non è in calo in quanto si assiste ad un aumento della popolazione seguita dai servizi pubblici e del privato sociale per questo problema.
- Accanto ai dati preoccupanti sulla diffusione delle sostanze si riscontra una forte disponibilità dei consumatori contattati alla relazione con operatori che possono diventare punti di riferimento per competenza, correttezza ed affidabilità: in particolare gli operatori impegnati negli interventi di prossimità, con una specifica formazione alla relazione con i consumatori che scelgono di rimanere "invisibili" ai servizi deputati al trattamento.
- I comportamenti legati al consumo/abuso di sostanze contribuiscono alla percezione sociale di insicurezza nelle nostre comunità locali e alla richiesta di "controllo del territorio" e di ripristino della legalità, anche se il dispiegamento della rete di riduzione del danno (insieme al mutamento dei consumi verso stili maggiormente "integrati" ha negli ultimi anni diminuito il fenomeno delle "scene della droga" che più contribuivano all'allarme sociale.
- Gli elementi di conoscenza rispetto al consumo di sostanze evidenziano che rispetto ai molti consumatori, i soggetti dipendenti sono una minoranza. Esiste invece una continuità tra il consumo ed il consumo problematico (rappresentato per lo più da "picchi" di consumo, ossia da fasi e periodi di uso intensivo o più intensivo) anche in situazioni episodiche, che non si legano alla classica parabola della dipendenza.

- Fondamentale è il Consolidamento della Rete dei Centri di Documentazione sulle Dipendenze della Regione Toscana, (RETECEDRO), quale strumento di *divulgazione scientifica* sui temi d'interesse nel settore delle dipendenze patologiche, formazione e aggiornamento degli operatori impegnati nelle attività di prevenzione, assistenza, cura, trattamento e reinserimento sociale di soggetti consumatori/dipendenti.

Obiettivi

- Spostamento attenzione dalle sostanze ai comportamenti
- possibilità di una espansione della offerta di interventi nella direzione di una "presa in carico leggera" e limitata nel tempo (di consulenza e di aiuto al monitoraggio dei consumi), per potenziare le risorse degli utenti verso il superamento dei periodi di uso più intensivo e rischioso.
- promozione, sopratutto tra i giovani, di una coscienza critica nei confronti dei consumi e l'offerta di una sponda di informazione, comunicazione ed aiuto a consumatori e non, con la finalità di tutelare la salute di tutti.
- tessitura di relazioni tra soggetti diversi all'interno delle istituzioni pubbliche, fra queste ed il privato sociale, costituiscono le premesse per la costruzione di un sistema di protezione per le persone, le famiglie e le comunità locali.
- impegno per 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.

Scelte strategiche

- **Consolidare la rete dei servizi residenziali e semiresidenziali**

Il riordino delle strutture semiresidenziali e residenziali, sia a gestione pubblica che degli Enti Ausiliari, avviato dal 2003, ha perfezionato la specificità dei servizi e si è dimostrato 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 così che sono regolarmente autorizzate tutte le strutture che operano sul territorio regionale.
In virtù di questo risultato, possiamo affermare che, ancora ad oggi, la Toscana è tra le poche regioni d'Italia ad aver concluso un percorso di riordino così complesso che, con un quinquennio di lavoro comune tra operatori pubblici e privati ha prodotto, quale ulteriore risultato, un'approfondita ed estesa conoscenza dei punti di forza e delle criticità del sistema.
L'ottimo rapporto di integrazione tra la Regione Toscana, i servizi pubblici e gli Enti Ausiliari, sancito a partire dal 1998 con la sottoscrizione del primo Patto di Collaborazione, al quale si è aggiunto nel 2009 la sottoscrizione del Protocollo di Intesa e nell'anno 2011 la sottoscrizione dell'Accordo di Collaborazione avvenuta il 1° luglio, ha portato valore aggiunto alla comprensione dei bisogni, alla stabilizzazione del sistema, all'inizio di una nuova e più stringente collaborazione tra servizio pubblico e Enti Ausiliari tesa a 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 disciplinata dalla deliberazione di Giunta regionale 1165/2002.

- **Potenziare il reinserimento sociolavorativo e la prevenzione delle ricadute**

Un numero non trascurabile di persone tossicodipendenti in trattamento nei servizi pubblici e degli Enti Ausiliari fatica a trarre adeguato beneficio dalle cure sanitarie a causa della loro elevata situazione di emarginazione sociale. Un certo numero è stato in trattamento e non lo è più anche a causa di tali condizioni. Sono persone che vivono in strada, con molti anni di dipendenza per via endovenosa e talvolta recidive nell'esperienza carceraria; alcune sono co-portatrici di problematiche psichiatriche, altre appartengono a minoranze etniche, sovente sono affette da malattie infettive. Ne consegue che il rapporto con i servizi è caratterizzato da discontinuità, da contatti a singhiozzo, da ripetuti ingressi ed uscite, rendendo difficile una vera e propria "presa in carico" finalizzata alla cura e all'inserimento sociale e lavorativo. Le elevate difficoltà psicosociali,

che tali persone attraversano, precludono una più auspicabile compliance alla cura, per cui ne risente lo stesso trattamento farmacologico ed il suo necessario monitoraggio.
Le ragioni dell'utilità di mantenere tale particolare tipo di utenza in trattamento o di "attrarla"in trattamento, rispondono ad un triplice profilo:
a)L'aiuto alla persona, affinché possa trarre pieno beneficio dalla cura, sia della dipendenza che di altre malattie correlate;
b)Un maggior controllo di sanità pubblica sulla diffusione delle malattie infettive. La popolazione tossicodipendente è notoriamente considerata "aperta" da un punto di vista epidemiologico;
c)Una ricaduta positiva sulla "scena della droga" rispetto a problematiche di microcriminalità ed ordine pubblico.
E' ormai dimostrato, da numerose ricerche e dall'esperienza di questi anni nei servizi per le tossicodipendenze pubblici e del privato sociale, che interventi "intensivi" di integrazione sociale e di accompagnamento relazionale ottengono decisivi miglioramenti rispetto alle cure: sia per i trattamenti prolungati con farmaci sostitutivi, sia per i necessari ricoveri che per la cura sistematica delle malattie correlate.
I percorsi di assistenza e cura alle persone con problemi di dipendenze si orientano sempre più in direzione di una forte differenziazione. L'esperienza ha dimostrato come una delle risposte maggiormente utilizzate nei trattamenti sia stata quella degli inserimenti lavorativi sia direttamente connessi al trattamento, sia come anello conclusivo di un percorso terapeutico che trova in questo il raggiungimento di un obbiettivo.
Le evidenze di cui attualmente si dispone rispetto a tali tipi di azioni risultano ancora patrimonio di pochi addetti ai lavori e le modalità con cui sono stati costruiti percorsi e procedure sono molto legate alle capacità dei singoli professionisti che derivanti da un intervento di "Sistema", capace di darsi procedure standardizzate di applicazione degli interventi e di verifica dei risultati, capaci quindi allo stesso tempo di creare prassi e modalità operative trasferibili con relative risorse finanziarie occorrenti che, in molti casi allo stato attuale, non vengono garantiti.
Per tali motivi la Regione Toscana ha promosso e sostenuto un progetto sperimentale, tutt'ora in corso, che vede coinvolto l'intero sistema regionale dei servizi pubblici e degli Enti Ausiliari.
L'azione, monitorata e valutata dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana., ha quindi come finalità quella dell'identificazione, della sperimentazione e della valutazione di un modello per gli inserimenti lavorativi che abbia come obiettivo fondamentale il progressivo reinserimento nel mondo lavorativo e sociale di persone tossicodipendenti ed alcoldipendenti. Lo scopo, dunque, è quello di individuare gli strumenti e le modalità più idonee a consentire, da un lato, la presa in carico globale del soggetto svantaggiato attraverso la condivisione di un percorso mirato all'accrescimento delle autonomie e, dall'altro, a mettere i servizi preposti, pubblici o privati, nelle migliori condizioni per poter attuare processi di inclusione sociale delle persone tossicodipendenti e alcoldipendenti.

- **Favorire gli interventi di recupero in ambito penitenziario e le misure terapeutiche alternative alla detenzione**

In ossequio al principio della parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, tra individui liberi e individui detenuti, attuata dalla Regione Toscana già prima dell'entrata in vigore del Decreto Legislativo 230 del 1999, è stata garantita la presa in carico e la cura di soggetti tossico-alcol dipendenti detenuti, attraverso la rete territoriale dei Servizi per le dipendenze (SERT) .
Attraverso i SERT sono state garantite le stesse prestazioni per le persone libere ed in particolare:

- le cure mediche, ivi comprese le terapie con farmaci sostitutivi e non
- il supporto psicologico
- il supporto sociale
- il lavoro di equipe per la diagnosi e la formulazione del programma terapeutico
- il raccordo operativo con operatori della giustizia (educatore carcere, polizia penitenziaria, psicologo ex art 80 del "servizio nuovi giunti") e con operatori della sanità afferenti ad altre UO (es. infettivologia, psichiatria).
- la certificazione di tossico/alcol dipendenza che consente al paziente detenuto, se rientrante nelle condizioni giuridiche stabilite dalla legge, di effettuare richiesta di affidamento in prova nei casi particolari, ex art. 94 del DPR. n.309/90.

La finalità è quella di elaborare un percorso assistenziale e procedure idonee per la presa in carico di persone detenute tossico/alcoldipendenti sottoposte a misure alternative alla detenzione, qualora vogliano o abbiano già intrapreso programmi di recupero, da garantire in maniera uniforme su tutto il territorio regionale.

Coordinamento

Le attività di coordinamento a livello regionale, finalizzate all'attuazione di interventi in un'ottica di integrazione complessiva, verranno poste in essere attraverso il Comitato regionale di Coordinamento sulle dipendenze, istituito con delibera di Giunta regionale n. 13/2009 e dei Coordinamenti locali sulle dipendenze previsti dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010.

La condivisione, da parte di tutti i soggetti partecipanti all'implementazione delle politiche antidroga, degli obiettivi generali da raggiungere costituisce il presupposto essenziale per l'azione di coordinamento.

In tale contesto, devono essere valorizzati il coordinamento delle Amministrazioni pubbliche competenti nell'attuazione delle politiche antidroga, la territorialità degli interventi e il ruolo delle istituzioni pubbliche e degli organismi del volontariato e privato sociale locali, come strumenti per la realizzazione dell'integrazione delle politiche socio-sanitarie sul territorio.

Tali azioni vanno attuate con la collaborazione di tutti i soggetti pubblici (in particolar modo gli Enti locali) e del Terzo settore coinvolti, ciascuno con responsabilità e ruoli diversi, fin dalla fase di lettura dei bisogni e di definizione dell'offerta, sperimentando anche percorsi innovativi che rispondano al mutare dei bisogni.

2.3.6.8 Una politica abitativa di supporto alla domiciliarità:

2.3.6.8.1 Gli alloggi temporanei in risposta all'emergenza

Contesto
A seguito della crisi economica di questi anni, si è posta in enorme evidenza anche la crisi della perdita della casa a questa legata. A questo si aggiungono le necessità, sempre avute nel tempo, di alloggi per il superamento temporaneo di altre situazioni critiche.
Spesso le Amministrazioni si trovano a fronteggiare crisi dovute a perdita dell'abitazione a seguito di sfratti, eventi accidentali, oppure a richieste straordinarie immediate per brevi periodi per persone rientranti nella libertà a seguito della fine di misure di restrizione penale, o per la presenza subitanea di nuclei di persone immigrate o Rom. A questo si aggiunge la richiesta di alloggi cosiddetti "volano" atti a favorire il rientro delle persone nel sistema alloggiativi normale dopo essere vissute in clandestinità e/o marginalità sociale.
Queste tipologie di alloggio, "emergenziale e/o volano", sotto la forma di appartamenti o di alloggi comunitari, sono presenti sul territorio regionale, ma non risultano chiare la quantità presente, la destinazione specifica, (se la hanno), la titolarità e l'ubicazione, rendendo difficile, ma soprattutto non razionale, il loro utilizzo. Inoltre, non conoscendo bene la reale situazione degli stessi diventa oltremodo difficile indirizzare correttamente gli Enti quando, di fronte a bisogni improvvisi, questi hanno necessità di accedere ad informazioni più precise sulla disponibilità a livello territoriale più vasto.

Obiettivi
Per superare tale problematicità, ma soprattutto per cercare di fornire agli Enti interessati una mappa puntuale degli alloggi presenti sul territorio toscano, è intenzione della Regione effettuare un monitoraggio capillare dello stato attuale, immettendo i dati ottenuti in un database da aggiornare in continuo ed i cui risultati siano consultabili dagli EELL. Sarebbe inoltre intenzione della Regione far si che almeno una parte degli alloggi censiti e di proprietà degli EELL, o di altra proprietà ma da questi gestiti o prontamente utilizzabili, fossero messi in "rete" così da poter favorire un utilizzo non solo da parte dell'Ente titolare, ma anche da parte degli Enti limitrofi che ne avessero necessità mediante una opportuna regolamentazione di utilizzo.
Questo permetterebbe un più razionale utilizzo delle risorse presenti evitando che tutti gli Enti si debbano dotare di una dotazione strumentale tarata sul bisogno del momento, ma sproporzionata se rapportata al bisogno medio regionale.

Strategie
L'azione principale riguarderà la mappatura delle strutture presenti sul territorio regionale e non rientranti nelle categorie ad oggi eventualmente censite, con eventuale raccordo con queste, con la creazione di un database regionale e di una scheda di monitoraggio ed aggiornamento costante/periodico consultabile dagli EELL.
A questa si aggiungerà la creazione di un sistema di accordi territoriale per l'utilizzo in rete di parte delle risorse di alloggi presenti.

2.3.6.8.2 L'intervento nel mercato degli affitti

Contesto
Il Fondo di sostegno alla locazione, previsto dall'art. 11 della L. 431/98, ha riguardato, nel corso dell'anno 2009, 20.439 beneficiari con l'erogazione di un contributo Stato/Regione pari a 17.452.000 euro.
Nel 2010 l'ammontare del contributo disponibile è sceso a € 16.985.000, mentre le domande di contributo sono state 25.318, e non tutte saranno soddisfatte.

Obiettivo
A fronte di un annunciato taglio quasi totale del trasferimento statale per il Fondo di sostegno alla locazione, l'obiettivo regionale è quello di mantenere l'entità delle risorse proprie autonomamente investite per attivare comunque una azione di sostegno verso quei soggetti che non sono in grado di sostenere gli oneri sono del mercato privato della locazione.

Strategie
- ricostituzione di una disponibilità adeguata del Fondo di sostegno alla locazione, attraverso una azione di pressione in conferenza Stato Regioni per alleggerire il taglio previsto, sia intervenendo con risorse proprie
- costituzione di un "fondo sfratti" per consentire ai comuni di intervenire nelle situazioni critiche per cercare di evitare il provvedimento di rilascio, attraverso la copertura di alcune mensilità di canone in caso di morosità, eventualmente in sinergia con l'attività da svolgere attraverso le "Agenzie sociali per la Casa" là dove vi siano i presupposti e le caratteristiche di "morosità incolpevole" del beneficiario finale.
- perseguire il passaggio da casa a casa per le famiglie sottoposti a provvedimenti di sfratto, sia per finita locazione che per morosità incolpevole, anche attraverso strumenti concertativi con Prefetture e Comuni.

2.3.6.8.3 Promozione dell'accessibilità: barriere architettoniche, progetti sperimentali sull'accessibilità

Le libertà di movimento e di autodeterminazione sono diritti inviolabili della persona e le Pubbliche amministrazioni devono operare per rimuovere gli ostacoli, di qualunque natura, che le inibiscono o le limitano.
Il rispetto di un diritto inalienabile ha come base il concetto di accessibilità, intesa non solo in termini di raggiungibilità ma che ingloba anche i requisiti di fruibilità, di praticabilità, dotazione di arredi e attrezzature, sicurezza d'uso, identificabilità e comfort**.**

Contesto
LR 47/1991 con l'emanazione della L.R. 66/2003 e la L.R. 1/2005, hanno introdotto importanti novità che insistono sia nello snellimento delle procedure per ottenere i contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche sia sull'attenzione all'accessibilità nei nuovi insediamenti.
Con l'aggiornamento del PISR ogni anno viene inserita la ripartizione dei finanziamenti relativi all'abbattimento delle barriere architettoniche nelle civili abitazioni, ai sensi dell'art. 4 comma 2 della L.R. 47/91 modificata dalla L.R. 66/03 e ai sensi del Regolamento di attuazione emanato in data 3/1/2005 con D.P.G.R. n. 11/R, per le domande presentate nell'anno precedente, per l'importo appositamente previsto nella legge finanziaria.

Sfide
A quasi trent'anni dalle prime norme tecniche per l'eliminazione delle barriere architettoniche (DPR 384/1978) occorre ammettere che, per le persone disabili, il principio delle pari opportunità non è completamente riconosciuto.
Sovente il progettista fornisce risposte, in termini di accessibilità, senza conoscere le esigenze delle persone disabili, si considera la tematica dell'accessibilità alla fine del processo decisionale, col solo scopo di soddisfare le prescrizioni normative, si realizzano edifici, spazi e oggetti d'uso solo in apparenza accessibili o adattabili e sovente si trascurano le esigenze delle persone disabili diverse dal motuleso su carrozzina o dall'anziano e dal bambino.

Obiettivi
La grande sfida offrire una società " a misura di persona "

L'accessibilità, come la tolleranza, la coesione e l'integrazione sociale, non è un dato di fatto sancito da leggi e da regolamenti, ma un processo culturale, lento ed incerto, in evoluzione, deve essere sostenuta la necessità di saldare la dimensione 'tecnico-normativa' che la connota con una visione sociale, culturale e politica dello spazio; occorre, in altri termini, che l'accessibilità da cultura tecnica diventi una cultura comune, un valore collettivo, l'espressione di un processo conoscitivo ed esperenziale in grado di favorire, nelle comunità, la comprensione e l'accettazione delle diversità.

I principali sistemi su cui intervenire con azioni efficaci e coordinate:

- il sistema dei servizi alla persona e delle attività di prevenzione;
- il sistema della promozione della cultura dell'accessibilità e della partecipazione;
- il sistema dei tempi e degli spazi della città;
- il sistema della mobilità;
- evidenziare che l'accessibilità è strumentale al conseguimento del principio di pari opportunità delle persone;
- affrontare il tema dell'accessibilità partendo dalle esigenze delle persone 'reali' descrivendone accuratamente bisogni ed aspettative inglobando anche le esigenze e le aspettative dei bambini, delle persone deboli e delle persone disabili;
- fornire informazione tecnica mirata ed esempi di buona pratica per elevare le conoscenze in tema di fruibilità degli ambienti e delle attrezzature attraverso strumenti sperimentati;
- concorrere a creare delle competenze specialistiche.

Le azioni per il quinquennio

Deve essere sostenuta una campagna di sensibilizzazione, monitoraggio e accompagnamento degli Enti Locali al fine di rendere il territorio Toscano fruibile all'intera cittadinanza, pertanto devono essere previste azioni che riguardano le seguenti tipologie di intervento:

Azioni previste

- Emanazione di apposite linee guida, individuando altresì i criteri per la definizione di indicatori e parametri volti a garantire un sistema omogeneo e continuo di informazioni e conoscenze relative all'ambiente costruito, teso a favorire il processo di programmazione sul territorio, indicando le forme di compatibilità e fattibilità, con particolare riferimento alle zone caratterizzate da forme di degrado insediativo urbano e territoriale, in rapporto agli indirizzi forniti dalla normativa in materia di recupero e qualificazione dei sistemi insediativi.
- Implementazione dell'attività di aggiornamento rivolta al personale tecnico degli enti territoriali che intervengono direttamente nei processi di trasformazione degli habitat (con il ruolo di progettista e/o validatore) che affronta i complessi problemi relativi alla fruibilità di ambienti ed attrezzature da parte di profili di utenza diversi, sarà implementata fino a coprire tutto il territorio regionale.
- Garantire l'accessibilità e la fruibilità degli edifici e spazi pubblici, la Regione con bando annuale provvede all'erogazione di contributi agli enti locali e pubblici per l'eliminazione delle barriere architettoniche.

  Con apposita deliberazione la Giunta regionale individua i criteri per l'erogazione dei contributi tenendo conto in particolare:

  a)dei dati epidemiologici relativi alla disabilità;

  b)dei dati demografici,

  c)dell'adozione, da parte degli enti dei piani per l'eliminazione delle barriere architettoniche o dei programmi di adeguamento, di cui all'articolo 9 della legge regionale 9 settembre 1991 n, 47 (Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche);

  d)del finanziamento da parte della Regione di non oltre il 50 per cento del costo dell'intervento.

- **I *Piani per l'Accessibilità*** sono programmi d'intervento finalizzati a garantire a tutti *gli abitanti* migliori condizioni nella fruizione degli edifici e degli spazi collettivi. Rappresentano

la naturale evoluzione dei Piani per l'Eliminazione delle Barriere Architettoniche (PEBA), strumento operativo reso obbligatorio dalla Legge 41/1986 e dalla Legge 104/1991.

- I *Piani per l'Accessibilità* sono formati dai seguenti principi:

1. le libertà di movimento e di autodeterminazione sono diritti inviolabili della persona umana e le Amministrazioni Pubbliche devono operare per rimuovere gli ostacoli, di qualunque natura, che le inibiscono o le limitano;
2. lo scopo delle Amministrazioni Pubbliche è di "creare valore": si crea valore quando si ampliano le libertà ed il benessere dei cittadini, l'integrazione e la coesione sociale;
3. l'accessibilità dell'ambiente è uno strumento di valorizzazione della persona e una risorsa collettiva, perchè amplia le possibilità di ognuno di dare un contributo personale alla crescita della propria comunità e si consegue mediante la cooperazione tra tutti i Soggetti, pubblici e privati, operanti in una data realtà territoriale.;

Sviluppo d'inziative innovative:

Progetti sperimentali sull'accessibilità

Costituzione del **"Centro di Documentazione Regionale sull'Accessibilità**" con finalità di gestione, supporto e coordinamento di una serie di attività concernenti la diffusione di una cultura dell'accessibilità, oltre che informazioni utili al miglioramento delle condizioni di vita dei soggetti con disabilità, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie e la costituzione di una rete interregionale tra i diversi centri di documentazione per la sensibilizzazione e l'informazione sull'accessibilità e sulle barriere architettoniche, il Centro ha sede presso la Scuona Nazionale cani guida per ciechi.

"**Libera mobilita' dei disabili nel territorio toscano"**. (Mobilità Interoperabile in Regione Toscana) con il coinvolgimento diretto dei comuni toscani e ANCI, UNCEM, attivazione di un modello operativo di interoperabilità dei sistemi di riconoscimento dei contrassegni per disabili su tutto il territorio della Regione Toscana teso al "libero utilizzo" degli accessi telematici nelle aree chiuse al traffico privato da parte dei cittadini aventi diritto.

Nuove modalità negli interventi di abbattimento barriere architettoniche **in edifici di edilizia residenziale** pubblica attraverso il coinvolgimento del soggetto gestore appositamente costituito dai Comuni afferenti a ciascun LODE.

2.3.7. La punta della piramide

2.3.7.1. La marginalità estrema

Contesto
Quella che va sotto il nome di grave marginalità (o emarginazione, o povertà estrema) è la punta più tangibile della povertà e il lato più invisibile delle politiche sociali. Con la L. 328/2000 le "situazioni di povertà estrema" erano riconosciute per la prima volta come problema sociale rilevante e divenivano destinatarie di "interventi urgenti". Finalità non era quella di farne una nuova *categoria* di soggetti beneficiari, quanto di ricomprendere anche gli interventi di lotta alla povertà e prima accoglienza nell'integrazione sistematica e nell'implementazione progressiva del "Reddito minimo di inserimento" e dei "Livelli essenziali di assistenza" – a livello nazionale – e nell'ordinaria programmazione a livello locale. Con la riforma costituzionale del 2001, venuti meno gli impegni sul RMI e sui LiveAS e cessati i finanziamenti straordinari dei primi anni duemila, quegli stessi obiettivi sono oggi consegnati alla funzione programmatoria regionale e alla loro declinazione nella pianificazione socio-sanitaria delle Società della Salute o delle zone.
La predisposizione di un'efficace rete di servizi *a bassa soglia*, la quale si presenta come terreno d'elezione per un'alta integrazione tra il comparto sociale e sanitario, risponde alla necessità di realizzare sul territorio regionale un'unitarietà della risposta ai bisogni della popolazione marginale: evitare e prevenire ulteriori effetti degenerativi che la multi problematicità comporta, rappresenta un primo passo obbligato sia come "aggancio" delle persone in difficoltà, in vista di una più completa presa in carico; sia come sostituzione delle prestazioni di *welfare* che presentano barriere all'accesso (si pensi alla questione legata alla "residenza", come requisito all'esercizio dei diritti di cittadinanza, anche in relazione alle nuove norme del "pacchetto sicurezza"); sia infine come unica risorsa disponibile, in un'ottica di riduzione del danno, per coloro il cui processo di "disaffiliazione" sia tale da pregiudicare ogni contatto con i servizi sociali e sanitari rivolti alla generalità della popolazione.
Un'altra essenziale e ambiziosa questione di *politica sociale* – ancor prima che con un "catalogo" di opportunità di *servizi* minimi e garantiti – ha a che vedere con il traguardo della coesione sociale, e con la realizzazione di una re-inclusione dei soggetti marginali, tale non può che essere affidato ad un'attivazione della comunità solidale, capace di ridefinire l'intervento sociale in termini di *pratiche sociali collettive*. Da una parte, un universo di attori – principalmente della società civile organizzata – impegnati a ritessere intorno alle situazioni di estremo disagio un contesto relazionale, fatto di prassi di accompagnamento anche nell'accesso ai beni primari (alloggio, lavoro, reddito, salute); dall'altra, un costante sostegno ad un modello organizzativo di *partenariato* promosso e guidato dal soggetto istituzionale che in stretta collaborazione con l'associazionismo sia in grado di evolvere da una "tattica" di collaborazioni operative ad una "strategia" di sistemi territoriali integrati, come già sperimentato in vari contesti, anche nella nostra Regione.

Obiettivi
Tutti questi elementi di fondo possono (e devono) essere ridefiniti nella capacità di assicurare in ogni territorio – seppur con una maggiore necessità nelle aree urbane di dimensioni più ampie:
a) una ***dotazione di servizi di base***, a facile accessibilità, per garantire le condizioni minime di dignità personale e di salute ai cittadini più svantaggiati, in particolare a coloro che, per la multidimensionalità del loro disagio e per il cumularsi di numerose deprivazioni, si trovano a condurre gran parte della loro esistenza in una "vita di strada";
b) un ***nuovo metodo di governance*** delle azioni di coesione e valorizzazione delle competenze e delle responsabilità della comunità locale: un'ottica di sistema, volta a privilegiare misure per promuovere e sostenere l'autonomia e le capacità individuali, in grado di osservarsi riflessivamente rispetto alla qualità della propria rete d'interventi

c) una ***distribuzione omogenea di servizi di prossimità*** a livello territoriale che assicuri alle persone in condizioni di marginalità o in condizioni di disagio grave interventi di riduzione del danno, adeguate informazioni sui diritti e accompagnamento all'accesso ai servizi

Azioni

L'obiettivo di "abbassare la soglia" (nell'accesso ai servizi sociali per le persone in stato di marginalità) può declinarsi concretamente in un duplice senso:
a1) ***accompagnamento e facilitazione***, di chi possiede meno risorse personali, nell'accesso ai servizi di base per la generalità della cittadinanza: segretariato sociale, servizio sociale professionale, presidi medico-sanitari;
a2) ***predisposizione di servizi specifici*** che surroghino, per chi vive prevalentemente in strada, la perdurante assenza dei "livelli essenziali di assistenza": pronte accoglienze notturne (inclusa la c.d. emergenza-freddo), spazi di tutela della dignità personale (igiene, custodia di beni personali e farmaci, deposito bagagli, ecc.).
Parimenti, l'obiettivo specifico del recupero dell'autonomia personale e del reinserimento sociale può essere perseguito attraverso:
b1) lo sviluppo di ***strategie di "affiancamento"*** che, anche tramite la risposta ai bisogni fondamentali delle persone (alloggio, reddito, formazione, lavoro, salute), si facciano carico della ricostruzione di un tessuto umano e sociale a contrasto della marginalità;
b2) la pratica tra tutti i soggetti attivamente impegnati nel sistema territoriale, pubblicamente sostenuta e non episodica, di contesti di ***valutazione partecipata*** riguardo alla solidità e alla qualità della rete degli interventi.

2.3.7.2. Vivere il fine vita

Contesto
Il sistema della rete delle Cure Palliative già definito a livello locale dalla DGR 996/2000 prevede standard e requisiti minimi di funzionamento coerenti con la normativa nazionale (L. 38/2010) e le direttive degli Accordi Stato-Regioni 2008-2010 che indirizzano gli interventi regionali in materia incluso l'ambito pediatrico, fatte proprie dalla RT con la DGR 443/2011.
La gestione del fine vita richiede ai professionisti la capacità di lavorare efficientemente in un approccio globale e multidisciplinare al malato, dovendo affrontare col paziente e la famiglia problemi di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale.
Il periodo di fine vita pone gravi difficoltà ai professionisti che se ne occupano sia riguardo alla gestione tecnico-professionale sia, soprattutto, riguardo ai problemi relazionali ed etici. Con una adeguata formazione alle tematiche delle cure palliative dei professionisti della salute e dei cittadini le difficoltà possono trasformarsi in opportunità di crescita personale e professionale.

In questo contesto anche le terapie complementari rispondono allo scopo di migliorare non solo il controllo dei sintomi (dolore, vomito e nausea post chemioterapia, neuropatia, xerostomia, "fatigue", dolore articolare) ma anche le relazioni e la comunicazione, e quindi la qualità della vita innanzitutto dei pazienti, ma anche di famiglie e operatori.

Con il decreto del Ministro della salute recante "Istituzione del sistema informativo per l'assistenza erogata presso gli Hospice", approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 7 ottobre 2010 è stato istituito il flusso informativo per le cure palliative. La Regione, le aziende sanitarie e tutti i soggetti che intervengono in questo percorso assistenziale devono garantire di assolvere tale debito informativo necessario a inserire anche i percorsi per le cure palliative nell'ambito della valutabilità e quindi della evidenza di servizi organizzati.

Sfide

Il riferimento per la definizione del percorso assistenziale e per la presa in carico è la DGR 996/2000 rispetto alla quale l'attivazione dei suddetti percorsi nel precedente PSR ha evidenziato opportunità e sottolineato criticità sui due livelli di assistenza previsti, di seguito descritte:

- decisività del ruolo dei MMG e delle cure primarie nel I livello di assistenza, che tuttavia necessita: da una parte di consulenza e interventi supportivi per la presa in carico dei bisogni anche sociali del paziente, dall'altra di un reale coordinamento delle professionalità nella definizione del Piano Individualizzato di Assistenza (PIA), soprattutto nel passaggio dal primo al secondo livello ;
- nel II livello di assistenza invece, si evidenzia: a) la carenza della strutturazione di percorsi domiciliari complessi ; b) la mancanza in molte aziende di un servizio di II livello in grado di coprire tutto il territorio di competenza, c) la necessità di accompagnamento della persona, soprattutto nella fase terminale della malattia, nelle diverse unità di processo in cui è attualmente frammentato il percorso di assistenza.
- la partecipazione del volontariato nella rete dei servizi di CP domiciliari è elemento qualificante dell'esperienza maturata in questi anni, tuttavia si evidenzia: a) una minore presenza sul territorio rispetto a quella nelle strutture residenziali, b) la necessità di trovare un collegamento con la rete dei servizi istituzionali che, pur salvaguardando identità e funzioni della realtà associativa, assicuri una maggiore integrazione a beneficio della persona assistita.

- La piena funzionalizzazione della rete strutturale degli Hospice oramai in fase di completamento ma ancora non completamente gestiti in ottica di equipes multiprofessionali
- La rete delle cure palliative è per ora limitata alla patologia neoplastica, ma si sente sempre più il bisogno di allargarne l'ambito di attività ad altri pazienti: lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, le patologie neurodegenerative nella fase di fine vita pongono problemi assistenziali equivalenti, e talvolta più pesanti, rispetto alle patologie oncologiche

Obiettivi

Obiettivo prioritario è la definizione e la formalizzazione di un unico percorso di cura e assistenza, omogeneo e diffuso sul territorio regionale, che includa interventi a domicilio, in ambulatorio, gli eventuali ricoveri ospedalieri(ospedale aperto comprese le degenze a maggiore criticità), la degenza in hospice.

Nel percorso dovranno essere precisati ruoli, funzioni e responsabilità, per livelli di assistenza e nel passaggio da un livello all'altro; si dovrà inoltre prevedere una figura di riferimento per la persona, che possa aiutare l'accesso ai servizi, coordinare e organizzare gli interventi previsti dal PIA, a beneficio del paziente e a supporto del care-giver. L'assistenza al fine vita deve includere il sostegno dei percorsi di gestione del lutto dei familiari al fine di sostenere un'adeguata elaborazione del lutto e prevenirne l'evoluzione patologica.

La definizione e l'attuazione di modalità omogenee sul territorio regionale per la integrazione e partecipazione all'interno dei diversi setting rappresenta uno degli obiettivi che condizionano maggiormente la qualità di questo livello di assistenza.

Strategie

Favorire l'adozione di protocolli formalizzati integrati che facilitino il percorso dei pazienti nei diversi settori e servizi interessati, valorizzando anche la figura del case manager.

Favorire la diffusione della cultura delle cure palliative tra i professionisti e la cittadinanza

Favorire il raggiungimento della copertura informativa dei flussi informativi.

2.3.7.3. Al fianco di un bambino alla fine della vita

Contesto
L'approccio al dolore ed alle Cure Palliative, presentano in ambito pediatrico alcune criticità e peculiarità d'intervento, che pongono la necessità di considerare e programmare risposte specifiche rispetto alle età successive.
Nel triennio precedente per quanto riguarda le cure palliative è stata realizzata una struttura residenziale di leniterapia (hospice) all'interno dell'ospedale pediatrico Meyer e ed è stata avviata una collaborazione con la rete domiciliare presente sul territorio. Per quanto riguarda la lotta al dolore nel bambino l'intervento si indirizzato prevalentemente all'ambito formativo ed è in corso una sperimentazione di un centro di riferimento regionale per il dolore cronico.
Dal un punto di vista organizzativo l'ampia distribuzione e la limitata numerosità, la peculiarità dei bisogni clinici, assistenziali e sociali (che richiedono competenza pediatrica specialistica), nonché l'eterogeneità di situazioni, molte delle quali rare e limitate alla sola età pediatrica, pongono problematiche concrete nell'organizzazione di modelli assistenziali che permettano risposte ad alta complessità e competenza, nel rispetto della qualità della vita del bambino e della sua famiglia.

Sfida
Data la rarità della richiesta di cure palliative pediatriche e la complessità e specializzazione delle competenze necessarie per la TD, è importante garantire da un lato una risposta specialistica con un centro regionale di riferimento, ma nello stesso tempo una disponibilità di intervento più vicino possibile al luogo di vita del bambino, fino al suo domicilio attraverso la rete presente sul territorio (pediatra, rete cure palliative adulti, pediatrie ospedaliere)

Obiettivo
Obiettivo prioritario è la definizione e la formalizzazione di una rete unica per il dolore e le cure palliative pediatriche che trova ragione nelle considerazioni e valutazioni soprariportate.
In particolare è necessario consolidare le relazioni fra:

- i professionisti (sanitari e non) del centro di riferimento di terapia antalgica e del CPP (cos'è)
- i riferimenti territoriali dei servizi di assistenza domiciliare di base e specialistica (medico pediatra d famiglia e/o medico di famiglia, servizi di medicina primaria, servizi sociali, altre reti territoriali) ed ospedalieri che entrano nella strutturazione delle reti del dolore e di CPP

Azioni strategiche

- Favorire l'adozione di un percorso formalizzato integrato che faciliti l'integrazione e la collaborazione fra i diversi professionisti coinvolti nella terapia del dolore e nelle cure palliative pediatriche
- Realizzare un flusso informativo attualmente inesistente sia per il dolore che per le cure palliative
- Diffondere a tutti i professionisti e alla cittadinanza l'organizzazione e funzionamento della rete

3. QUALITA', SICUREZZA E APPROPRIATEZZA

I concetti di qualità, sicurezza ed appropriatezza sono pietre miliari per un ciclo di programmazione nell'ambito della salute.
Qualità, come tensione continua verso i possibili miglioramenti del sistema, partendo dall'analisi delle criticità evidenziate.
Sicurezza per fornire servizi che conquistino la fiducia dei cittadini e che permettano agli operatori di lavorare con serenità.
Appropriatezza per garantire risposte efficaci ai bisogni di salute, sia in ambito sociale che sanitario, utilizzando bene le risorse e coinvolgendo i professionisti nell'uso etico delle stesse.

3.1. Il rischio clinico

Contesto
I piani sanitari succedutisi in questi ultimi sei anni (PSR 2005-2007 e PSR 2008-2010) hanno previsto per la gestione del rischio clinico, essenzialmente due fasi, iniziate con la costituzione del Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza dei Pazienti (Centro GRC):
ola costruzione di un sistema regionale secondo un modello a rete e la messa a punto degli strumenti operativi;
ola creazione di indicatori di verifica e la promozione di buone pratiche, finalizzati al consolidamento del sistema
Diventa ora indispensabile sviluppare una terza fase con i seguenti obiettivi proritari:

- applicazione delle azioni di prevenzione locali (anticipare i rischi emersi nell'analisi degli eventi avversi) e regionali (controllare il rischio aggregato a partire dalla verifica complessiva delle criticità più frequenti e più rilevanti);
- monitoraggio delle azioni e valutazione costante dei risultati raggiunti, in termini di costi umani (riduzione della mortalità e della morbilità per eventi avversi), economici (costi diretti connessi con prolungamento della degenza o altre procedure diagnostiche terapeutiche ed indiretti conseguenti alle spese legali e di risarcimento) e professionali (perdita di reputazione e di immagine del sistema).

E per questo diventa fondamentale:

- consolidare la funzione di governo clinico del Centro GRC e le relazioni con le aziende sanitarie e con la rete dei responsabili del rischio clinico per le attività di ricerca e sviluppo, informazione e formazione e promozione della cultura della sicurezza;
- favorire mediante la promozione di iniziative nazionali lo sviluppo dei sistemi di "reporting and learning" proponendo norme che tutelino i professionisti che segnalano gli eventi avversi;
- rafforzare la collaborazione con gli altri organismi di governo clinico regionale (OTT, ITT e CRS), il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Sant'Anna di Pisa, il Centro Criticità Relazionali della AOU Careggi;
- realizzare il collegamento tra gestione dei sinistri (valutazione e risarcimento) e gestione del rischio affidando al centro GRC il coordinamento regionale delle attività delle Commissioni di valutazione dei sinistri;
- coinvolgere attivamente i rappresentanti delle associazioni dei cittadini e dei pazienti dalla progettazione alla valutazioni delle attività di gestione del rischio, con il supporto del gruppo Patients for Patient Safety della World Alliance for Patient Safety dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in linea con il progetto l'Accademia del Cittadino;
- collaborare con l'Ufficio del Difensore Civico Regionale per favorire la gestione diretta dei risarcimenti;
- rendere omogenea l'attività degli osservatori medico legali sia nelle attività di gestione del contenzioso sia per finalità di prevenzione dei conflitti in ambito di corretta compilazione della cartella clinica ed infermieristica, del consenso informato e per l'ambito più generale di appropriatezza delle prestazioni sanitarie; questo avviene integrando il sistema di monitoraggio del contenzioso con gli aspetti medico legali, monitorando e presidiando i diritti risarcitori nella logica

di un corretto utilizzo delle risorse, sviluppando un sistema di accreditamento delle attività medico legali e di verifica mediante visite walk around.
Per sostenere tali sviluppi, è necessario lavorare sia a livello di politiche regionali che di azioni mirate a coltivare i quattro assi della gestione del rischio clinico:

- sistema di gestione del rischio clinico,
- buone pratiche per la sicurezza dei pazienti,
- formazione e comunicazione,
- ricerca e sviluppo.

Le politiche regionali si realizzano in atti successivi della Giunta Regionale che a loro volta si traducono nelle azioni che costituiscono il lavoro quotidiano della Rete regionale GRC in piena trasparenza fra regione, aziende, professionisti e cittadini.

Sfide
Al livello delle politiche regionali, le priorità in sintesi riguarderanno:

- la definizione di obiettivi di sicurezza dei pazienti nei contratti dei Direttori Generali delle aziende sanitarie;
- la definizione di requisiti di accreditamento professionale per gli operatori sanitari a tutti i livelli, a partire dalle area critica e chirurgica;
- il riconoscimento della qualità e sicurezza come funzioni strategiche delle direzioni aziendali;
- la collaborazione con gli ESTAV per l'integrazione dei requisiti di ergonomia e di usabilità in fase di stesura dei capitolati di gara e valutazione comparata per l'acquisizione dei dispositivi medici;
- lo sviluppo sistematico di iniziative di gestione del rischio clinico espressamente dedicate all'assistenza territoriale ed ai servizi sanitari delle carceri toscane.
- La definizione di obiettivi per gli osservatori medico legali sia in ambito di gestione del contenzioso che di prevenzione dei conflitti.

Obiettivo
Consolidare il modello a rete della gestione del rischio clinico attraverso un progressivo cambiamento culturale di tutti gli operatori e l'estensione delle logiche del rischio clinico dal settore ospedaliero a quello territoriale, con interessamento della medicina generale

Strategie
Le azioni strategiche si articoleranno secondo i quattro assi:

a. il sistema di gestione del rischio clinico;
b. le campagne per la sicurezza dei pazienti e buone pratiche;
c. la formazione e la comunicazione al personale sanitario ed ai cittadini in materia di sicurezza e qualità delle cure;
d. la ricerca e lo sviluppo su qualità e sicurezza delle cure.

a. Il sistema di gestione del rischio clinico:
I volumi di attività delle strutture operative e dei singoli professionisti sono un tema molto rilevante per la qualità e la sicurezza delle cure, nonché per la sostenibilità dei servizi in una fase di contrazione delle risorse economiche a disposizione della sanità pubblica. La letteratura suggerisce che ci siano correlazioni tra standard di organizzazione del personale, volumi di attività, carico di lavoro psico-fisico e performance professionale e delle strutture operative. Pertanto, a partire dall'area chirurgica, è previsto l'utilizzo di un algoritmo che verifichi la correlazione tra le variabili su citate, al fine di definire le soglie di attività per centro e per professionista utili a garantire qualità, sicurezza e sostenibilità del sistema.
Tale sperimentazione avverrà mediante un confronto con le aziende, le associazioni scientifiche e professionali ed i sindacati. I risultati verranno resi noti ai cittadini per condividere i successivi possibili passaggi di ri-progettazione dei percorsi assistenziali.

Estensione del sistema GRC ai presidi sanitari delle carceri toscane;

Applicazione del Sistema integrato di Gestione del Rischio nei Trapianti (GRT), dedicato ai percorsi di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule;
Revisione degli strumenti di segnalazione ed analisi degli eventi avversi con la possibile integrazione della classificazione internazionale per la sicurezza dei pazienti promossa dall'OMS;
Valutazione sistematica della capacità delle aziende di ridurre i fattori di rischio per i pazienti individuati sia con il sistema GRC, che con buone pratiche o raccomandazioni del Ministero della Salute, anche mediante una checklist di verifica di diffusione e applicazione raccomandazioni ministeriali e attraverso nuovi indicatori di performance in collaborazione con il Laboratorio MeS, tenendo in considerazione i dati del Programma Nazionale Esiti (PNE).
Implementazione della partecipazione dei cittadini esperti nei sistemi GRC aziendali e regionali, favorendo la segnalazione diretta degli eventi avversi, la partecipazione agli audit GRC e soprattutto la verifica dell'adozione delle azioni di prevenzione del rischio, la valutazione delle buone pratiche e dei requisiti di accreditamento per la sicurezza del paziente;
Valutazione del rischio mediante l'applicazione della Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) almeno su un percorso clinico-assistenziale all'anno in ogni azienda;
Ideazione e sviluppo del Sistema informativo integrato della Gestione del Rischio Clinico (SiGRC)
Valutazione e messa a punto metodologie di analisi degli eventi avversi e delle criticità anche in ambito delle procedure amministrative, organizzative e gestionali delle risorse umane, migliorando le interazioni e sinergie tra area amministrativa e sanitaria.

b. Campagne per la sicurezza del paziente e buone pratiche ;
Il Centro e la Rete GRC hanno sviluppato e diffuso fino ad oggi 21 buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, entrate recentemente a fare parte dei requisiti di accreditamento istituzionale, ed ha contribuito alla distribuzione delle raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute, compreso il il Patient Safety Walkaround, che consiste in una verifica di tipo collaborativo dell'applicazione delle buone pratiche e delle azioni di miglioramento a seguito degli eventi sentinella.

Per quanto riguarda lo sviluppo futuro diventa strategico:
- estendere le buone pratiche trasversali alle strutture territoriali, in particolare, la prevenzione delle cadute, l'igiene delle mani e la sicurezza nell'utilizzo dei farmaci;
- sperimentare buone pratiche rivolte direttamente ai cittadini, soprattutto per promuovere la sicurezza nell'*home care* dei pazienti fragili (anziani, malati cronici senza supporto sociale, migranti, ecc.);
- testare buone pratiche finalizzate alla continuità del percorso tra ospedale e territorio quali: la sicurezza e continuità della terapia farmacologica (medication reconciliation), da sviluppare con farmacisti, associazioni dei pazienti e MMG; il passaggio di consegne tra professionisti ospedalieri e territoriali; il diario del paziente, per integrare l'esperienza del paziente nella gestione dei percorsi
- dare seguito alla prima campagna per la corretta identificazione del paziente introducendo sistemi evoluti di riconoscimento e tracciabilità;
- rilanciare a livello ospedaliero la buona pratica sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere correlate all'antibiotico resistenza, in considerazione dell'attuale campagna globale promossa dall'OMS;
- istituire il premio annuale per la qualità e sicurezza delle cure per valutare e valorizzare nel tempo le strutture operative che si impegnano nell'innovazione delle buone pratiche.

c. Formazione e comunicazione
Attività di comunicazione
- Per quanto riguarda l'attività di comunicazione ci si propone innanzitutto di editare e pubblicare i quaderni relativi alle campagne per la sicurezza dei pazienti promosse nell'ultimo triennio e di aggiornare quelli già pubblicati.
- Si intende realizzare una Newsletter GRC dedicata alla qualità e la sicurezza nelle aziende per dare visibilità delle attività e iniziative realizzate. Lo strumento digitale avrà un'edizione trimestrale e verrà pubblicato e promosso sul sito del centro GRC, nelle intranet aziendali e tramite mailing list e può garantire la trasmissione di notizie e informazioni a una pluralità di soggetti, in

modo rapido ed economico stimolando la creazione di comunità di pratiche e instaurando un rapporto più dinamico e continuativo all'interno della rete GRC

- Una ulteriore attività che si intende realizzare riguarda la struttura delle sezioni di gestione rischio clinico sviluppate nelle intranet aziendali. Si intende infatti individuare delle linee guida uniformi per la diffusione della documentazione nazionale, regionale e aziendale relativa alla qualità e sicurezza delle cure.
- Risulta essenziale sviluppare con maggior enfasi la consapevolezza negli operatori sanitari della relazione che esiste tra la sicurezza del paziente e la cattiva progettazione dei dispositivi medici e solo un operatore formato riesce a riconoscere nel near miss le reali concause. Pertanto verranno promosse iniziative di comunicazione specifiche sull'usabilità dei dispositivi medici.

Avrà una parte rilevante lo sviluppo e la sperimentazione di strumenti per la comunicazione di buone pratiche di sicurezza delle cure rivolte direttamente ai cittadini, in particolare per l'home care dei pazienti fragili, sviluppati con la collaborazione degli attivisti delle associazioni dei pazienti e di tutela dei cittadini, nonché oggetto di valutazione di gradimento e di efficacia

Attività di formazione

Nel corso degli anni il Centro GRC ha definito un modello per la formazione del personale coinvolto nella gestione del rischio clinico. Per rendere più tangibile la qualità e la quantità degli eventi formativi su qualità e sicurezza delle cure, ci si propone di introdurre un sistema di valutazione per le attività di formazione che preveda come risultato dell'evento formativo, da verificare a sei mesi dal suo svolgimento, l'implementazione in azienda di un progetto ad hoc riguardante parte delle tematiche affrontate, l'adozione di strumenti proposti, ecc.

La formazione mediante simulazione verrà coltivata in diversi settori clinico-assistenziali, sia per estendere la preparazione dei singoli operatori all'acquisizione delle abilità tecniche, che per preparare gli individui ed i team sulle abilità e competenze relazionali e anche per testare nuove procedure clinico-assistenziali all'interno di una riorganizzazione dei servizi.

L'esperienza dell'Accademia del Cittadino, progetto di formazione sulla qualità e sicurezza delle cure di attivisti di associazioni di pazienti e di tutela dei cittadini, dovrebbe trovare un seguito con iniziative di livello aziendale, per promuovere la collaborazione attiva a livello delle comunità locali tra i cittadini e le istituzioni che amministrano i servizi sanitari.

Anche per i prossimi anni, è auspicabile la ripetizione del Corso avanzato in Clinical Risk Management organizzato dal Laboratorio MeS e dal Centro Gestione Rischio Clinico, punto di riferimento a livello regionale e nazionale per preparare i dirigenti delle aziende sanitarie ad assumere la funzione di responsabile della gestione della qualità e sicurezza delle cure.

Sul versante della formazione universitaria, è necessario consolidare i rapporti tra il Centro GRC e le Università toscane, per fare in modo che le attuali esperienze di moduli dedicati alla gestione del rischio clinico nei corsi di laurea, specializzazione o master delle professioni sanitarie vengano ulteriormente sviluppati ed integrati a pieno titolo nei curricula di base e post-lauream.

d. Ricerca e sviluppo

Progetti di ricerca – sono ormai stati conclusi i seguenti progetti di ricerca: il progetto europeo "Handover", i progetti nazionali "Cartella Paziente-Integrata", "Studio sull'incidenza degli eventi avversi in alcuni ospedali del SSN", "Lo sviluppo del Sistema integrato di Gestione del Rischio nei Trapianti". Tali progetti dovranno essere traslati alla pratica clinica mediante specifiche iniziative (campagne per la sicurezza, buone pratiche)

<u>Partendo dalle suddette strategie diventano importanti nuove direttrici</u>

- la collaborazione con Ministero, Farmindustria, AIFA e Assogenerici per aggiornare la normativa riguardante il packaging dei farmaci introducendo nuovi criteri di sicurezza;
- l'introduzione di criteri ergonomici nella logistica e organizzazione dei nuovi ospedali;

- la Scheda Terapeutica Unica informatizzata ed integrata con la cartella sanitaria elettronica per la fruizione sia da parte degli operatori sanitari che dei cittadini, in particolare se affetti da patologie croniche;
- il governo della cartella clinica informatizzata derivante dalla cartella clinica integrata nazionale realizzata dal Centro GRC per il Ministero della Salute;
- il coinvolgimento dei pazienti nella qualità e gestione delle cure, valutando nel tempo gli effetti della comunicazione nella gestione degli eventi avversi e negli eventi sentinella;
- la sicurezza nella telemedicina e nel teleconsulto, a partire dalla rete dei servizi di radiologia digitale (RIS-PACS), di diagnostica di laboratorio e di anatomia patologica.

3.1.1. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Contesto
Le complicanze infettive delle procedure assistenziali sono un problema rilevante la cui persistenza è anche legata all'aumento della complessità delle cure e della criticità dei pazienti, tuttavia possono essere prevenute dall'applicazione di misure di controllo e strategie efficaci. I costi ad esse imputabili, sia di natura assistenziale che legati al contenzioso sono tali da rendere gli interventi di controllo delle infezioni una priorità per il sistema sanitario toscano.
La Regione Toscana da tempo ha promosso un piano, già enunciato nel precedente Piano Socio-Sanitario Regionale, di interventi selezionati in base alla loro efficacia e alla riduzione dei costi legati alla non qualità, per avviare in tutte le Aziende un programma di attività condiviso, sostenibile e continuativo i cui risultati siano misurabili mediante indicatori uniformi di attività e risultato.

Sfide
Miglioramento della qualità della pratica assistenziale e della sicurezza di pazienti e operatori, da conseguire attraverso la produzione, l'implementazione e la verifica di impatto di protocolli e linee guida condivisi e la messa a punto ed il rafforzamento di sistemi di sorveglianza

Strategie
La strategia generale per la prevenzione e il controllo delle ICPA deve perseguire i seguenti obiettivi:

- promuovere l'adozione delle misure di prevenzione e controllo per sostenere il contenimento delle infezioni associate all'assistenza sanitaria, in particolare le precauzioni standard e basate sulle modalità di trasmissione in tutte le strutture sanitarie.
- istituire o rafforzare sistemi di sorveglianza attiva:
    - monitorando l'incidenza di determinati tipi di infezione ed in particolare le complicanze infettive secondarie ad interventi chirurgici, le infezioni in Area critica, al fine di raccogliere dati riferiti ad indicatori di processo e strutturali per valutare l'efficacia delle strategie di intervento adottate;
    - attivando un protocollo di sorveglianza continua attraverso la rete dei laboratori di microbiologia, rivolto alla identificazione degli eventi epidemici, alla definizione degli agenti patogeni prevalenti e dei loro profili di resistenza;
    - organizzando ad intervalli regolari indagini sulla diffusione delle infezioni.

3.1.2. L'emergenza intraospedaliera

Contesto
L'emergenza intraospedaliera in pazienti ospedalizzati rappresenta un ambito di attività sul quale negli ultimi anni si è sviluppata un'attenzione crescente e sono state messe a punto e sperimentate risposte specifiche che hanno contribuito alla crescita delle competenze tecnico-operative ed organizzative. E' necessario proseguire nella definizione di un sistema di controllo della gestione del rischio clinico correlato all'insorgenza di stati critici inattesi e/o evitabili all'interno degli ospedali per assicurare risposte al bisogno di emergenza intraospedaliera omogenee, appropriate ed efficaci finalizzate a minimizzare la mortalità e la disabilità evitabili in particolare nell'ambito delle condizioni cliniche di maggior peso prognostico.

Sfide
Stabilire un sistema codificato di assistenza per le situazioni di emergenza intraospedaliera utile anche allo sviluppo e al mantenimento dei sistemi di risposta per le maxiemergenze e gli eventi critici su larga scala

Strategie
- attivazione di team multidisciplinari per la gestione della emergenza intraospedaliera
- introduzione di procedure specifiche riguardanti la gestione delle condizioni cliniche di maggiore rilevanza in emergenza intraospedaliera
- adozione di sistemi di valutazione omogenei degli stati "critici".

3.2. *L'appropriatezza nell'uso delle risorse come risposta alle logiche di mercato*

Negli ultimi anni si registrano fenomeni di richiesta da parte dei cittadini, prescrizione da parte dei medici e fornitura da parte del SSN, di prestazioni anche non correlate ad un miglioramento dello stato di salute. Questo fenomeno, la cui genesi è complessa, utilizza le logiche del marketing ed i meccanismi del "consumismo" trattando la salute come una merce di consumo. È nata e si è diffusa negli ultimi anni un'industria della salute della quale le case farmaceutiche sono i protagonisti più visibili, affiancate dai produttori di strumenti e beni di consumo sanitari, grandi ospedali, cliniche private e centri diagnostici che competono per richiamare il maggior numero di pazienti, oltre alle compagnie di assicurazione e alle casse integrative che per conquistare clienti offrono sempre più frequentemente nuove prestazioni. Tutto ciò trova spesso alleati due tipologie di soggetti sociali: medici specialisti e società scientifiche che si propongono di amplificare l'importanza delle più svariate condizioni, malattie o "pseudomalattie", attraverso manifestazioni che godono dell'enfatizzazione mediatica e del finanziamento di aziende legate all'industria della salute e che inducono il cittadino a chiedere il superfluo ritenendolo un diritto.

Il messaggio è ormai esplicito: ciascuno ha un rischio, più o meno remoto, di ammalarsi, quindi anche i sani devono ricorrere all'industria della salute, trasformando la prevenzione – che deve passare attraverso la correzione degli stili di vita e la salubrità dei luoghi di vita e di lavoro – in mera esecuzione di accertamenti inutili e costosi.

Il consumismo sanitario è una delle cause della crisi del servizio sanitario alla quale è da attribuirsi anche in parte il dilatarsi dei tempi necessari per accedere alle prestazioni sanitarie (liste d'attesa) correlato all'esecuzione di procedure di diagnosi precoce scarsamente utili quando non validati.

Oltre trent'anni fa Henry Gadsen, direttore della casa farmaceutica Merck, dichiarò alla rivista Fortune: "Il nostro sogno è produrre farmaci per le persone sane. Questo ci permetterebbe di vendere a chiunque". Oggi il suo sogno sembra essersi avverato: le strategie di marketing dell'industria della salute hanno infatti come target non più solo i malati ma anche le persone sane. Questo processo, già evidenziato nel 1976 da Ivan Illich in Nemesi Medica, sembra mirare a trasformare tutte le persone in buona salute in altrettanti, potenziali, malati. Il meccanismo è quello del "disease mongering": un tempo si inventavano medicinali contro le malattie, ora si inventano malattie per generare nuovi mercati di potenziali pazienti ed il suo impatto sulla sostenibilità economica dei servizi sanitari è pesante, oltre ad essere negativo sulla salute dei cittadini. Un solo esempio ma significativo: nel 2004 una commissione di esperti ha riformulato la definizione di ipercolesterolemia, riducendo i livelli ematici ritenuti normali e il numero di persone potenzialmente suscettibili di terapia farmacologica è triplicato. Ben otto dei nove membri della commissione lavoravano anche come relatori, consulenti o ricercatori per le case farmaceutiche coinvolte nella commercializzazione delle statine.

E non si tratta purtroppo di un caso isolato: uno studio pubblicato su JAMA nel 2002 ha calcolato che l'87% di coloro che collaborano alla redazione di linee guida cliniche ha legami con l'industria farmaceutica.

La concezione di un Servizio Sanitario equo, universale e solidaristico è stata una grande conquista per il nostro Paese infatti le statistiche dimostrano che nei Paesi dove c'è un SSN pubblico le condizioni di salute della popolazione sono migliori.

La salute non può essere considerata merce e il Servizio Sanitario non può essere finalizzato al profitto trattandosi di un servizio etico il cui valore è la salute. La sanità deve essere pubblica nel suo governo per rispettare appieno la sua missione etica ma senza sprechi e con obiettivi di appropriatezza degli interventi nella gestione, tenuto conto che le risorse sono limitate e delimitate. Al di fuori di questi principi, l'uso delle prestazioni (visite, farmaci, accertamenti) non solo fa spendere inutilmente denaro pubblico e privato, ma talvolta può essere dannoso per la salute stessa del cittadino. I sistemi sanitari occidentali sprecano notevoli risorse economiche per esami e terapie inutili ed inappropriate: questa è la ragione – insieme alla inappropriatezza amministrativa e gestionale – per la quale la sanità costa sempre di più e può diventare insostenibile, anche in paesi come il nostro nel quale questa crescita è molto minore rispetto al resto del mondo.

La solidarietà, tuttavia, non può comprendere tutto: il necessario per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini ed il superfluo indotto artatamente, dal mercato della salute, al quale spesso partecipano anche la scienza ed i medici al fine di promuoversi. Il consumismo sanitario determina disuguaglianze di accesso e di utilizzo dei servizi sanitari e lo spreco conseguente rende sempre più difficile la garanzia di cure gratuite per tutti. In definitiva il consumismo sanitario genera inappropriatezza, danni iatrogeni al cittadino e costi insostenibili al sistema sanitario.
Un Sistema Sanitario efficace ed efficiente deve avere tra le sue priorità l'individuazione delle prestazioni efficaci e appropriate e, sulla base di queste, definire le priorità che indirizzino l'assegnazione delle risorse e le politiche di intervento, individuando i contesti produttivi ed organizzativi all'interno dei quali operare con azioni concrete.

3.2.1. L'appropriatezza sul Farmaco

Contesto

In Italia le azioni che hanno influenzato la spesa farmaceutica nel suo complesso hanno riguardato i prezzi, in ragione della decadenza del brevetto di principi attivi di largo impiego, nonché l'ottimizzazione della distribuzione intermedia e finale dei farmaci e la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.
In Toscana le azioni salienti che hanno caratterizzato il governo della farmaceutica sono state:

- valutazione dei consumi registrati in funzione del reale bisogno di salute, individuando indicatori di consumo per alcune categorie di farmaci di largo impiego in particolare per le categorie per le quali l'eccessivo incremento dei consumi non è supportato da dati epidemiologici;
- accentuazione dell'efficienza prescrittiva finalizzata a privilegiare il consumo di farmaci meno costosi nell'ambito di categorie di efficacia sostanzialmente analoghe, fissando obbiettivi sull'impiego di farmaci equivalenti, formalizzando la fondatezza di determinati trattamenti meno costosi ed i criteri di appropriatezza a cui riferirsi nel trattamento di alcune patologie;
- attivazione della distribuzione diretta dei farmaci, acquistati dall'ASL e distribuiti direttamente attraverso i propri presidi o attraverso le farmacie convenzionate per conto delle stesse ASL, che ha interessato principalmente i farmaci prescritti alla dimissione ospedaliera o alla visita specialistica, i farmaci erogati ad utenti presso le residenze sanitarie o in assistenza domiciliare;
- indirizzi per l'adozione da parte delle Aziende Sanitarie dei Prontuari Ospedalieri al fine di ottimizzare il rapporto costo-beneficio nella terapia farmacologica;

Sfide

- Dall'analisi delle prescrizioni farmaceutiche, da cui derivano importanti informazioni epidemiologiche specialmente sui trattamenti prevalenti in ciascun contingente di popolazione e sulle principali patologie trattate, risultano fenomeni non marginali di prescrizioni non appropriate; ricondurre il consumo dei farmaci in linea con i reali bisogni sanitari è la sfida prioritaria da affrontare nei prossimi anni.
- In molte categorie terapeutiche sono compresenti farmaci con attività terapeutica sovrapponibile; risulta pertanto essenziale una valutazione dei risultati terapeutici al fine di attivare procedure di acquisto tali da incrementare la concorrenza tra le aziende farmaceutiche.
- Nel settore farmaceutico, l'assenza di un mercato concorrenziale, ha orientato la ricerca scientifica verso lo sviluppo di nuovi prodotti in base a logiche di "non inferiorità terapeutica" rispetto a prodotti già in commercio. La duplicazione di medicinali, oltre a porre seri interrogativi circa la sicurezza dei "nuovi" prodotti rispetto a quelli già esistenti, per i quali la farmacovigilanza ha dato ampie garanzie di sicurezza in un uso diffuso e prolungato sul territorio, induce aumento della domanda e distoglie risorse per una ricerca tesa ad una reale evoluzione del farmaco. Le sperimentazioni cliniche sui farmaci devono essere orientate alla ricerca di molecole innovative con ridotti effetti

collaterali, miglioramento dell'attività terapeutica e deve essere altresì orientata alla ricerca di farmaci per le patologie rare.
Un ulteriore dato è che il generale incremento dei consumi è più accentuato nel genere femminile, tanto che nel 2010, fatto 100 il livello di spesa farmaceutica medio pro-capite, risulta 98 quello maschile e 102 quello femminile; dieci anni prima i valori erano sostanzialmente invertiti. Non è più procrastinabile uno sviluppo dei farmaci che non tenga conto della differenza di genere.
Anche per l'età pediatrica è necessario l'incentivazione di ricerca specifica.

- Valutazione dei risultati clinici dei trattamenti farmacologici nell'ambito di specifici percorsi assistenziali.

Obiettivo
Consolidare nei prossimi cinque anni la forte attenzione all'appropriato uso del farmaco, dove per uso appropriato si intende il miglior rapporto costo-beneficio nonché l'eliminazione dell'uso improprio della risorsa farmaco.

Strategie

- Il miglioramento della qualità delle cure e l'appropriatezza terapeutica necessitano di un confronto continuo, sulla base di consolidate evidenze scientifiche, fra tutti gli operatori del servizio sanitario con il sistematico coinvolgimento dei cittadini;
- Oltre a ad ogni forma di vigilanza e di tutte le funzioni proprie dei servizi farmaceutici territoriali ed ospedalieri, compreso tutti gli aspetti logistici ed amministrativi, diventa determinante il loro ruolo nell'ambito di governo della spesa, in termini di farmaco economia, informazione istituzionale, statistiche sulla spesa farmaceutica e sui consumi, monitoraggio dei comportamenti prescrittivi e dei trattamenti, supporto alla definizione delle strategie di governo della farmaceutica, supporto ai prescrittori interni e convenzionati

3.2.2. L'appropriatezza sulla Diagnostica

Contesto
Il trend di crescita della diagnostica strumentale, in particolare di quella per immagini e soprattutto della cosiddetta diagnostica "pesante", e il parallelo aumento dell'inappropriatezza (stimata complessivamente nell'ordine del 30% dei casi), documentato dall'alta percentuale di referti negativi o parafisiologici, rappresentano una delle principali criticità dei sistemi sanitari. Questo processo non è stato accompagnato da un pari incremento della consapevolezza, da parte dei medici e dei cittadini, della distorsione nell'utilizzo delle risorse che tutto ciò comporta, senza aggiungere alcun valore in termini di salute per il paziente, sottovalutando addirittura i rischi a lungo termine che molti degli esami che ogni giorno vengono prescritti ed eseguiti inducono. Le radiazioni mediche utilizzate in radiologia e medicina nucleare rappresentano infatti la principale fonte di esposizione a radiazioni ionizzanti in tutto il mondo industrializzato, il livello di quest'esposizione è in continua, rapida crescita e comporta un rischio attribuibile di tumore di circa il 2 % nella popolazione generale.
Questo fenomeno è in gran parte riconducibile alla medicina difensiva ed ai condizionamenti del mercato che inducono all'utilizzo estensivo di indagini diagnostiche in assenza di adeguate evidenze e senza una consapevolezza dell'eventuale impatto rischio-beneficio.

Sfide
Assicurare il migliore utilizzo possibile delle risorse a disposizione attraverso un'attenzione crescente verso la problematica del ricorso ingiustificato alla diagnostica strumentale.
Ridurre significativamente la quota attuale di inappropriatezza mediante programmi regionali specifici.

A questo proposito, in coerenza con la DGR 655/2008, potranno essere sperimentate nuove attività di gestione delle liste di attesa in particolare per gli esami diagnostici delle piccole articolazioni (ginocchio, mano, caviglia, polso) con l'ausilio di RMN a basso impatto ambientale. Inoltre, in coerenza con la DGR 148/2010, potranno essere attivati progetti regionali per la gestione dell'ecografia sul territorio da parte di personale medico e di altre professioni sanitarie, con particolare riferimento al percorso gravidanza. Il personale sanitario dovrà essere debitamente formato tramite formazione accreditata dalla Regione toscana.

Strategie
E' necessario prospettare un piano di appropriatezza complessivo costruito su due direttrici:

-la promozione di un processo di comunicazione strutturato tra professionisti dell'ambito clinico e diagnostico per far emergere l'effettiva utilità del test diagnostico ai fini delle scelte clinico-terapeutiche successive, che rappresenterà poi la base del razionale clinico da condividere con il cittadino;
-il supporto adeguato, mediante progetti mirati e con strumenti comunicativi adeguati, dell'applicazione nella pratica medica delle raccomandazioni sull'utilizzo di provata efficacia della diagnostica strumentale. L'esperienza, documentata anche in letteratura, della insoddisfacente ricaduta della sola diffusione di linee guida rende necessario affinare le tecniche e gli strumenti di condivisione.

Per la promozione dell'appropriatezza della diagnostica strumentale e la sorveglianza sull'inappropriato e ingiustificato utilizzo dei test diagnostici a scopo clinico verrà varato un programma specifico articolato a livello regionale, di Area Vasta e aziendale per il monitoraggio sistematico dell'aderenza dei profili prescrittivi ai criteri concordati per le tipologie di indagine a maggior rischio di inappropriatezza e la riduzione delle differenze sul numero di prestazioni erogate per tipologia in rapporto alla popolazione.
Andranno resi operativi tutti gli strumenti di rilevazione, in modo da focalizzare l'attenzione su specifiche aree critiche di intervento, analizzando la variabilità della prescrizione e la rispondenza a criteri condivisi di l'utilizzo appropriato delle prestazioni.
Dovranno essere promosse adeguate campagne di educazione del cittadino per un utilizzo appropriato dei servizi e di tutela consapevole della propria salute favorendo l' informazione sui rischi ed i danni degli esami inappropriatamente richiesti ed eseguiti.
La regolazione del rapporto con le strutture private accreditate dovrà prevedere l'introduzione di criteri di qualità delle prestazioni sia in termini organizzativi che professionali, attivando anche un sistema di controlli della qualità tecnica delle prestazioni erogate.
Lo stesso modello di intervento può essere applicato alle prescrizioni specialistiche, In questo contesto, saranno sviluppate e diffuse a livello regionale ed estese ad altri ambiti le esperienze innovative già avviate di modulazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali cardiologiche.

3.2.3. L'appropriatezza sui Dispositivi

Contesto
La gestione dei Dispositivi Medici ed in particolare di quelli innovativi che quotidianamente vengono proposti al mondo clinico avviene in genere con una modalità di spinta ("push") da parte dei produttori. In questo contesto non sempre vengono svolte le valutazioni preliminari di costo-beneficio e di cost-effectivness come pure quelle della loro reale efficacia clinica che, tanto più se si tratta di vere innovazioni, non hanno ancora acquisito i dati delle prove di evidenza.
Si osserva una elevata variabilità delle tipologie di dispositivi medici utilizzati nelle singole Aziende Sanitarie e, all'interno della stessa Azienda, fra le diverse Unità Operative della stessa disciplina. Tra le cause di detta variabilità è da evidenziare il ruolo dei professionisti nella scelta dei prodotti

verso i quali hanno maggiore esperienza, nonché l'insufficiente attività di formazione degli specialisti da parte istituzionale che è stata in larga parte sostituita dall'Industria.
Le Aziende Sanitarie e i sistemi sanitari della Regione si confrontano in un contesto in cui l'invecchiamento della popolazione, la domanda di servizi sempre più qualificati e la dinamica tecnologica sempre più accelerata, mettono a serio rischio la sostenibilità economica di tali sistemi. Gli obiettivi di appropriatezza ed in particolare del beneficio che l'utente ed il sistema possono trarre dall'uso dei migliori Dispositivi Medici rischiano di essere vanificati dalla scarsezza delle risorse economiche disponibili, tanto più se queste sono immobilizzate da scelte inappropriate.

Sfide

Molte categorie di dispositivi presentano attività terapeutica sovrapponibile; risulta pertanto essenziale una valutazione dei risultati terapeutici al fine di attivare procedure di acquisto tali da incrementare la concorrenza tra le aziende produttrici. Ciò oltre a determinare un maggior potere contrattuale del sistema sanitario, consente di ottimizzare i consumi mediante una politica di standardizzazione anche attraverso la condivisione con i professionisti di linee guida e percorsi assistenziali specifici.
Un nuovo patto fra gli attori del sistema sanitario, sanitari, amministratori e cittadini, è in grado di orientare la ricerca verso lo sviluppo di prodotti innovativi che trovano la loro ragione nell'evoluzione dei bisogni assistenziali.
Il modello per una nuova gestione delle modalità di accesso all'innovazione nel Sistema Sanitario è quello definibile come "Introduzione e diffusione controllata delle nuove tecnologie" che faccia riferimento al governo regionale.

Obiettivi

Valutazione del cambiamento che ogni nuova tecnologia comporta nel rapporto fra paziente e medico e tra paziente e servizio sanitario, nelle relazioni interprofessionali, nella valutazione dei ruoli-competenze e delle performance, nei cambiamenti organizzativi.
Una volta decisa l'introduzione di una nuova tecnologia nell'offerta del sistema sanitario regionale è indispensabile che contemporaneamente si agisca su un cambiamento organizzativo che garantisca, nel metodo dell'implementazione, il rigore scientifico ed etico che l'onerosità dell'operazione comporta. In questo senso dovranno essere sviluppati gli ambiti di collaborazione interdisciplinare, interdipartimentale ed interaziendale, il monitoraggio dell'utilizzo clinico (indicazioni, esiti, ecc.), l'informazione corretta sul servizio offerto, il calcolo dei volumi e le modalità di attività nell'ambito della rete dell'offerta territoriale, di Area Vasta e Regionale.

Strategie

Per quanto riguarda l'innovazione è necessario accertare che si tratti veramente di "innovazione" e non di piccole variazioni tecnico-tecnologiche di un prodotto già presente sul mercato.
La valutazione multiprofessionale e multidimensionale, tipica della metodologia dell'Health Technological Assessment, è l'ambito nel quale operano gli organismi centrali a livello regionale. Solo successivamente a questa valutazione e solo per le tecnologie ed i D.M. ammessi, inizierà l'iter della vera e propria "introduzione controllata" sul territorio regionale, con modalità idonee a rilevare tutti gli ambiti della evidenza e della efficacia clinica.
Solo a livello regionale, con la contestualizzazione nelle diverse Aree Vaste piuttosto che nelle singole Aziende Sanitarie, possono essere svolte le azioni di verifica del fabbisogno sul territorio, del costo-beneficio, dell'impatto sui percorsi assistenziali storici, dell'uso multidisciplinare e interaziendale, delle modalità organizzative e formative, del controllo di qualità e della verifica dell'outcome.
Questa metodologia di governo dei Dispositivi Medici rappresenta anche un'occasione per una loro valorizzazione piuttosto che un "contingentamento" basato su criteri puramente economicistici. Occorre ricordare che l'innovazione è sinonimo di ricerca, sviluppo e progresso, ed è un valore. Dal modo come viene interpretato questo concetto dipende lo sviluppo di un Sistema Sanitario Pubblico.

Nel linguaggio comune il termine "innovazione" si contrappone al concetto di "tradizione o di conservazione", in ambito sanitario con l' innovazione si tende anche a mettere in discussione la affidabilità e sicurezza di sistemi tradizionali e collaudati. Qualunque malato si aspetta di essere soccorso, assistito, trattato, sempre e comunque, con le più moderne ed avanzate tecnologie. Purtroppo alla spinta da parte della domanda indotta dalle aziende produttrici spesso non corrispondono quei meccanismi di autoregolazione necessari. E' l'offerta che crea la domanda e non viceversa.

Il governo dell'innovazione costituisce pertanto il cuore e l'anima della programmazione regionale e della politica sanitaria, è indispensabile favorire il progresso evitando gli sprechi e le modernità inservibili.

3.2.4. L'appropriatezza sulla Genetica

La regione Toscana con il contributo del Coordinamento regionale scientifico e tecnico per le attività di genetica ha assunto una serie di atti finalizzati alla razionalizzazione delle attività di diagnostica genetica.
Sono state adottate raccomandazioni per l'esecuzione di nuovi test e per l'esecuzione di test diagnostici nei casi di infertilità di coppia; è stato promosso un Progetto di formazione sulla consulenza genetica e i test genetici nella pratica clinica.
Sono stati definiti i requisiti di esercizio per le attività di genetica.
E' stata infine effettuata una ricognizione sui dati di attività necessaria per promuovere azioni di razionalizzazione in un ottica di qualità e appropriatezza.

La riorganizzazione della rete dei laboratori costituirà la cornice in cui inserire la ridefinizione dell'offerta dei test genetici.

Lo sviluppo della genomica e la rete per le attività di genetica

Nell'ultimo decennio, completata la mappatura dell'intero genoma umano e con lo sviluppo di nuove tecnologie, si è assistito ad una crescente ed incontrollata disponibilità di test genomici, applicabili non solo a patologie ereditarie rare, ma anche a patologie complesse o multifattoriali. La maggior parte di queste sono condizioni comuni (diabete, malattie cardiovascolari e neurodegenerative, tumori, ecc.) determinate dall'interazione tra fattori genetici e ambientali. Si stima che il rischio di sviluppare una malattia determinata almeno in parte geneticamente sia circa del 5% prima dei 25 anni e salga al 65% e più nell'arco della vita. In queste patologie, lo sviluppo della malattia, come pure la gravità del quadro sintomatologico, non è riconducibile alla mutazione di un singolo gene ma a numerose e polimorfe variazioni nella sequenza del genoma che, interagendo tra loro e con fattori ambientali, determinano il rischio di ammalarsi. L'interazione tra tutti questi fattori complica la comprensione e la gestione della genomica predittiva, che, considerata l'alta incidenza delle condizioni patologiche in cui è coinvolta, è destinata ad avere un impatto molto importante nella sanità pubblica.

Solo i test di provata utilità clinica e costo-efficacia dovrebbero essere implementati nella pratica clinica e offerti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, secondo principi di appropriatezza.

È necessaria quindi una particolare attenzione alla pubblicità dei test diretti al consumatore, che deve garantire informazioni adeguate e corrette e indicazioni sui limiti e sulle reali possibilità di intervento da questi offerte. La Sanità regionale deve garantire che la pubblicità non sia mendace e valutare la reale performance dei test (soprattutto l'utilità clinica), diventa quindi utile come osservatorio la Commissione regionale per la genetica.

Nel considerare l'opportunità di applicazione dei test genomici, specifica attenzione va posta alla disponibilità e all'efficacia degli interventi che possono essere attuati in base ai risultati del test. L'utilità clinica di un test genomico non può prescindere dal contesto clinico in cui viene effettuato e dalle conseguenti prospettive di efficace prevenzione.

La dispersione dei centri che offrono test genomici predittivi ha ripercussioni economiche in termini di risorse, in quanto molti laboratori eseguono un numero di test troppo esiguo rispetto alle loro potenzialità e agli investimenti necessari alla loro costruzione e al loro mantenimento.

Le nuove tecnologie e il progresso scientifico obbligano il Sistema Sanitario alla strutturazione di reti di eccellenze, a programmi pubblici di interventi e di azioni per permettere la sostenibilità economica, assicurare la appropriatezza dell'utilizzo e la qualità della prestazione erogata in questo settore.

La costituzione di reti di eccellenza è particolarmente rilevante per l'organizzazione sanitaria regionale e nazionale. Risulta pertanto indispensabile che la Regione identifichi e/o potenzi i Centri che formano le reti di eccellenza - rispondenti a criteri di qualità riconoscibili e certificabili a livello nazionale e internazionale.

Diventa altresì indispensabile la individuazione di percorsi per i singoli test, a partire dalla definizione della opportunità di introdurre uno specifico test nei percorsi assistenziali, tenendo conto della prevalenza nel territorio toscano delle patologie cui questi sono associati e dalla presenza sul territorio di specifici centri di eccellenza clinica. La programmazione sanitaria dovrà quindi garantire la presenza di un numero sufficiente di competenze necessarie all'applicazione clinica della genomica e la multidisciplinarietà, promuovendo l'uso appropriato delle informazioni genomiche e assicurando che i servizi di genetica e le tecnologie siano efficaci e accessibili.

Un punto di importanza fondamentale nella promozione dell'uso appropriato delle tecnologie genomiche è che tutti gli attori in ambito sanitario evitino di creare aspettative eccessive nel pubblico sulle applicazioni dei risultati della genomica, a livello di diagnosi, prevenzione e trattamento delle malattie. Diventa quindi indispensabile lavorare sulla trasparenza della informazione per permettere al clinico, al paziente e al cittadino di avere la evidenza scientifica e la consapevolezza delle potenzialità della genomica.

E' necessario pertanto procedere a:

- mettere a punto un sistema di controllo del rispetto delle normative, che permetta il confronto trasparente dei vari sistemi di erogazione delle prestazioni assistenziali, assicuri la presenza di professionisti competenti e formati a ogni livello e valuti in modo costruttivo la qualità dei servizi erogati;
- creare programmi pubblici di prevenzione maggiormente mirati ed economicamente vantaggiosi;
- aumentare l'impatto delle campagne e dei messaggi di riduzione del rischio, sviluppando al contempo adeguati programmi formativi e informativi;
- favorire la comunicazione e gli scambi tra i diversi ambiti del sistema sanitario e con le Aziende Sanitarie Locali;
- mantenere l'importanza strategica della sanità pubblica in un'epoca segnata da forti cambiamenti nella terapia medica che si sta sempre più orientando verso un'assistenza sanitaria personalizzata.
- studiare la validità dei test genomici, tenendo in conto la sostenibilità e i potenziali rischi associati con l'uso non corretto ed esteso di tali test.
- centralizzare l'utilizzo di nuove tecnologie applicate alla diagnostica, riducendo il numero dei Laboratori di Diagnostica genetica. Ciò permetterà di sostenere l' utilizzo di tecnologie avanzate e sofisticate, di lavorare su grandi numeri non più parcellizzati, con l'effetto di abbattere i costi, di migliorare la rete e di assicurare la qualità
- ampliare sul territorio regionale la rete di ambulatori per la consulenza di genetica clinica ,.Ciò al fine di migliorare l'appropriatezza della richiesta dei test e il loro utilizzo anche nell'ambito della diagnostica e di attivare poli multidisciplinari utili per la gestione del paziente e il coordinamento dei percorsi diagnostici e terapeutici .

3.2.5. L'appropriatezza sulle Medicine complementari e non convenzionali

Contesto

Le medicine complementari (agopuntura, fitoterapia, omeopatia e medicina manuale) sono ormai diventate parte integrante e innovativa del Servizio Sanitario Regionale toscano; dal 2005 fanno parte dei LEA regionali (Delibera G.R. n. 655/2005). La Regione Toscana, unica in ambito nazionale, ha adottato una legge, la L.R. 9/2007, che regolamenta la formazione dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti che esercitano le medicine complementari (agopuntura, fitoterapia, omeopatia), permette la loro annotazione come esperti in appositi elenchi presso gli Ordini professionali e individua i criteri per l'accreditamento degli Istituti formativi.

Attualmente è strutturato un modello organizzativo a rete (Rete toscana di medicina integrata) che comprende le attività di MC realizzate dalle Strutture regionali di riferimento (ASL 10 per agopuntura, AOU Careggi per Fitoterapia, ASL 2 per Omeopatia) e dalle Aziende Sanitarie.

Conclusa la fase di avvio e di sperimentazione di queste attività si è proceduto, con la Delibera GR 652/2011, a consolidare l'offerta delle prestazioni nell'ambito del SSR assicurandone la compatibilità con i principi di sostenibilità del sistema.

Questo processo ha consentito l'integrazione della MC a favore degli utenti che usufruiscono di cure ambulatoriali, ma anche durante le fasi di degenza ospedaliera. Questa azione di governo risponde alla richiesta dei cittadini che ricorrono all'uso delle MC in maniera sempre crescente.

Secondo un'indagine dell'Agenzia Regionale di Sanità toscana, riferita al 2009, un cittadino toscano su cinque conosce le medicine complementari, soprattutto omeopatia (18%) e agopuntura (14%). Il 13,4% ne ha utilizzato almeno una (3,6% agopuntura, 1,8% fitoterapia, 7,9% omeopatia, 2.7% medicina manuale). Il gradimento per le cure ricevute è alto, attestandosi al 79% per l'omeopatia, al 68% per la fitoterapia e al 67% per l'agopuntura. L'omeopatia è ampiamente usata in età pediatrica e quasi un quarto degli intervistati vi ricorre per la cura dei figli. I cittadini toscani si rivolgono alle terapie complementari perché naturali (74%), efficaci (43%), con minori effetti collaterali (32%). Circa la metà degli utilizzatori si rivolge a strutture pubbliche o convenzionate e il 57% informa il proprio medico.

Tale indagine conferma dati nazionali e internazionali secondo i quali agopuntura, fitoterapia, omeopatia e medicina manuale possono efficacemente integrare le terapie correnti, garantendo anche la sicurezza dell'utente. Esse hanno scarse controindicazioni, ridotti effetti collaterali e presentano una forte compliance e concordance da parte dell'utente.

Sfida

Di fronte al costante incremento della spesa sanitaria nei paesi industrializzati e alla esigenza di adottare nuovi modelli di gestione, in particolare delle malattie croniche, la medicina complementare rappresenta una risposta nella cura di patologie di ampio costo economico e sociale. Sul rapporto costo-efficacia delle medicine complementari sono stati pubblicati studi, sia in ambito europeo sia nazionale, che hanno avvalorato una riduzione della spesa dal 20% al 50% rispetto alla medicina convenzionale, a parità di efficacia clinica. Un recente lavoro (P.Kooreman, E.W. Baars, European Journal of Health Economics, giugno 2011) afferma che se il medico conosce anche le medicine complementari si riduce la spesa sanitaria e i pazienti vivono più a lungo. Sono stati esaminati i dati di un'assicurazione olandese contenente informazioni trimestrali sui costi sanitari (costo del MMG, cure ospedaliere, spesa farmaceutica e per attività paramediche) di circa 150.000 assicurati negli anni 2006-2009. I dati di 1.913 medici "convenzionali" sono stati confrontati con quelli di 79 medici di base con una formazione anche in medicina complementare: i pazienti di questi ultimi medici hanno un tasso di mortalità inferiore (0-30%), i costi si riducono fino al 30%, con percentuali correlate a fascia di età e tipo di medicina complementare.

Altri studi hanno dimostrato che il costo per l'acquisto di farmaci convenzionali e per le visite mediche diminuisce dopo l'introduzione delle medicine complementari. (Christopher Smallwood "The role of complementary and alternative medicine in the National Health System" -2005).

Per queste ragioni il presente Piano guarda alle Medicine Complementari come a una risorsa innovativa di cui il sistema toscano di salute potrà avvalersi in modo appropriato per rispondere alle esigenze dei cittadini. Ciò a partire dai settori in cui se ne è dimostrata l'efficacia a fronte di un

costo ridotto e di un miglioramento della qualità della vita, per garantire l'uguaglianza nell'accesso alle cure, migliorare la qualità delle prestazioni e favorire l'assunzione di responsabilità del cittadino nella promozione della sua salute e nella prevenzione delle patologie.

Obiettivo

grande attenzione all'appropriatezza dell'uso ed alla forte integrazione delle Medicine complementari e non convenzionali nell'attività di prevenzione e cura del sistema di salute della Toscana attraverso il modello organizzativo della Rete toscana di medicina integrata

Strategie

A partire dalla valutazione della letteratura scientifica internazionale sugli studi di efficacia delle MC in termini di miglioramento della salute dei cittadini, dei loro stili di vita, di sicurezza per l'utente, diminuzione degli effetti collaterali, riduzione della spesa sanitaria, e anche a seguito della valutazione delle esperienze consolidate di altri paesi industrializzati e del processo di integrazione delle MC nel sistema sanitario toscano, saranno sviluppate le seguenti linee strategiche:

- garantire una formazione professionale di alto livello di medici e personale sanitario esercente tali attività anche su vantaggi e svantaggi dell'uso delle MC, campi di applicazione, limiti di impiego, efficacia, effetti collaterali e rapporto costo–efficacia;
- diffondere una corretta informazione fra gli utenti su potenzialità terapeutiche e limiti di impiego delle MC;
- censire annualmente le strutture e le attività di MC presenti nel territorio toscano;
- valutare il contributo delle MC al cambiamento degli stili di vita attraverso attività di ricerca, in collaborazione con le Università toscane e le associazioni private del settore;
- sviluppare programmi di sorveglianza sanitaria sugli effetti avversi delle MC e sviluppare le competenze nella gestione del rischio clinico in MC estendendo agli operatori sanitari l'informazione sulle possibili interferenze fra l'uso delle terapie complementari e i farmaci convenzionali;
- sperimentare in alcuni Punti Nascita toscani l'uso delle MC per favorire il miglioramento della salute della donna, la promozione del parto fisiologico e l'allattamento materno;
- migliorare la qualità della vita e l'empowerment del paziente cronico, compresa la popolazione anziana e il paziente fragile;
- integrare le MC nella lotta al dolore, anche in applicazione della L. 38/2010, nell'assistenza al paziente oncologico e nell'assistenza al malato terminale;
- collaborare alla definizione di modelli interculturali di riferimento per affrontare le problematiche sanitarie di maggior rilievo della popolazione migrante;
- promuovere i programmi di cooperazione sanitaria internazionale per la medicina naturale e tradizionale nei paesi in via di sviluppo.

3.3. Il sistema di autorizzazione al funzionamento e l' accreditamento

3.3.1. Sanitario

Contesto

L'esperienza realizzata in Toscana, sulla base della L.R. 8/1999, ha prodotto la certezza di un sistema di regole sulla qualità e la sicurezza dei servizi sanitari sia pubblici che privati, ha sviluppato la cultura della verifica e ha consolidato, mediante il lavoro delle tre Commissioni di accreditamento istituzionale operanti per Area Vasta, un'azione diffusa di controllo sulle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie.

Tuttavia sono emerse alcune criticità insite nello stesso impianto normativo della L.R. 8/1999, che hanno determinato l'esigenza di un riorientamento del sistema, per una sua migliore contestualizzazione rispetto alle evoluzioni intercorse all'interno del servizio sanitario regionale, per riportarlo a un livello culturalmente competitivo nel dibattito nazionale sul tema degli strumenti di verifica della qualità e per superare alcune pesantezze procedurali che hanno contribuito alla lentezza dei processi di accreditamento.

Le aree di attenzione su cui si è intervenuti normativamente, ineriscono particolarmente i seguenti aspetti:

- la collocazione del processo di verifica sui requisiti di esercizio per le strutture pubbliche nell'ambito delle procedure di accreditamento, con conseguente rallentamento dell'azione di accreditamento delle strutture delle aziende sanitarie regionali;
- la complessità delle procedure di accreditamento, sia per le strutture pubbliche che private, e la loro inevitabile lentezza connessa all'uso del sistema di controllo preventivo;
- la staticità del sistema di verifica, utilizzante elementi di misurazione definiti all'inizio del 2000 con gli atti consiliari attuativi della LR 8/1999, poco consoni a far emergere la qualità dei processi e non più pertinenti rispetto alle innovazioni organizzative introdotte all'interno del sistema sanitario regionale (quali, ad esempio, i percorsi organizzativi delle diverse aree clinico assistenziali);
- la compresenza di funzioni tecniche e funzioni rappresentative all'interno delle tre commissioni di accreditamento di Area vasta, determinata dalla loro composizione mista prevista dalla LR 8/1999, ormai superata rispetto ai modelli internazionali ampiamente condivisi, che attribuiscono le funzioni di verifica a organismi tecnici in possesso di specifiche competenze, lasciando ad altri strumenti la funzione di controllo sociale;
- il distacco tra l'accreditamento istituzionale, percepito come una burocratica obbligatorietà del sistema, e i nuovi strumenti di verifica della qualità, nati e cresciuti con vitalità all'interno dello stesso sistema toscano per dare evidenza in modo articolato e dinamico alla valutazione delle performance aziendali e alle capacità di gestione del rischio clinico.

A superamento delle suddette criticità sono stati approvati la L.R. 5 agosto 2009, n.51 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e il regolamento attuativo (D.P.G.R. 24 dicembre 2010 n. 61/R) che hanno fornito una ridefinizione complessiva del sistema di norme in materia di qualità e di sicurezza delle strutture sanitarie assimilando da un lato le disposizioni contenute nella LR 8/1999 considerate tuttora valide, (quali, in particolare, la normazione dei processi autorizzativi per le strutture private e tutto il quadro normativo per l'apertura degli studi professionali) e, dall'altro, apportando le innovazioni necessarie, soprattutto a riguardo delle forme di accreditamento e degli strumenti che lo supportano, per superare le lentezze evidenziate e per vitalizzare il sistema orientandolo, in un rapporto sinergico e integrato con i vari strumenti di valutazione della qualità, verso dinamiche di miglioramento continuo.

E' stato inoltre istituito l'elenco regionale dei valutatori ed è stato nominato il gruppo tecnico regionale di valutazione deputato alla verifica dei requisiti di accreditamento, nuovo organismo tecnico che sostituisce le tre commissioni regionali di accreditamento

Obiettivi
La trasformazione del modello dell'accreditamento da un compito istituzionale in una cultura generalizzata fra tutti gli attori del sistema attraverso:
- la promozione della qualità professionale dei professionisti operanti per il servizio sanitario regionale;
- la diffusione dell'accreditamento su tutto l'ambito dei servizi territoriali;
- lo sviluppo dell'accreditamento di eccellenza, ad adesione volontaria, orientato al miglioramento continuo in relazione a obiettivi predefiniti di performance in termini di qualità e sicurezza delle cure sanitarie;
- lo sviluppo dell'accreditamento degli studi professionali che intendono erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale**.**

Strategie
Attualmente siamo in una fase transitoria nella quale le strutture pubbliche sono impegnate ad attestare il possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento di tutte le strutture sanitarie esistenti mentre le strutture private già accreditate sono impegnate ad adeguarsi ai requisiti del nuovo sistema di accreditamento entro il 31 marzo 2012, data entro la quale devono presentare domanda di rinnovo.
A conclusione della fase transitoria il sistema necessiterà di un intervento di manutenzione per consentire il superamento delle criticità emergenti, considerata l'innovatività del nuovo sistema, e la sua completa messa a regime.
E' previsto il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti per il quinquennio, in particolare l'accreditamento di eccellenza e l'accreditamento degli studi professionali.

3.3.2. Sociale

Contesto
L'accreditamento è un istituto che contribuisce a delineare i sistemi di welfare regionali.
L'accreditamento orienta il sistema di produzione ed erogazione dei servizi al rispetto dei principi di efficienza ed appropriatezza, regola il mercato sul versante dell'offerta, introduce elementi di concorrenza virtuosa, incide sul grado di soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei cittadini, sull'esigibilità dei diritti sulle condizione di equità di accesso, sulle qualità delle prestazioni. L'accreditamento promuove il miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle stesse capacità professionali dei soggetti accreditati.
Fra il 2008 ed il 2010 sono stati approvati il regolamento attuativo della l.r.41/2005 (DPGR 26 marzo 2008, n.15/R), la legge 82/2009 sull'accreditamento delle strutture e dei servizi sociali ed il relativo regolamento di attuazione (DPGR. 3-3-2010 n. 29/R).

Sfide
Il sistema introdotto prevede anche l'uso di titoli di acquisto, nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione della libertà degli utenti dei servizi sociali. Si tratta di un aspetto spesso sottovalutato, perché i destinatari dei servizi sociali sono considerati persone "deboli" e, dunque, meno in grado di altri, di valutare la qualità dei diversi fornitori e di operare conseguentemente scelte consapevoli. Per ridurre questa criticità, che indubbiamente continua a rimanere aperta, occorre promuovere l'informazione e migliorare il percorso di accesso ai servizi.
La Regione, per favorire uno sviluppo efficace del sistema, ha previsto inoltre la possibilità di attivare sperimentazioni, per introdurre soluzioni organizzative innovative e favorire la riqualificazione dei servizi. L'articolo 14 della l.r.41/2005, al comma 5, prevede espressamente che oggetto della sperimentazione possano essere anche "nuove" strutture residenziali e semi-residenziali, diverse da quelle "tipizzate" nell'allegato A del DPGR 15/R/2008. In caso di esito

positivo, le soluzioni "sperimentate" potrebbero essere in futuro applicate anche in altre realtà o alla generalità delle strutture accreditate.

Obiettivo

La Regione definisce un accreditamento in grado di avere le caratteristiche di plasmabilità nel tempo, per essere l'espressione di un forte ruolo di indirizzo e sostegno dell'ente pubblico titolare della funzione sociale. Si evidenzia la necessità di creare strumenti che favoriscano la coprogettazione con i soggetti accreditati al fine di adeguare le caratteristiche dei servizi e di migliorarne la qualità.

Orientare la programmazione in un contesto territorialmente coerente al fine di di garantire appropriatezza delle risposte, omogeneità di crescita ed equilibrio territoriale. In questo senso l'attività di programmazione della Società della Salute risulta essere il livello idoneo ai fini dell'appropriatezza delle risposte e fatto salvo i bisogni espressi e riconosciuti.

- *Programmazione e verifica di compatibilità per le strutture di cui al Titolo II, capo III della L.R. 41/2005***.** Il Piano Integrato di Salute dovrà indicare il fabbisogno di residenzialità e semiresidenzialità rilevato per le diverse tipologie di utenza e, in relazione all'offerta esistente, sia di strutture e sia di servizi, con particolare riferimento alle strutture ad integrazione socio-sanitaria. Il comune acquisisce la verifica di compatibilità dei progetti di realizzazione e di ampliamento di strutture residenziali o semiresidenziali, pubbliche e private, dal soggetto preposto alla programmazione per quelle tipologie di strutture.

- *Sperimentazione per le innovazioni del sistema dei servizi. Sperimentazione di tipologie di strutture residenziali e semi residenziali(art 14, comma 5 l.r. 41/2005).*

La regione promuove e verifica interventi territoriali che tendono a sperimentare soluzioni organizzative innovative e di qualificazione dei servizi che, prefigurano aspetti applicabili in un futuro sistema dei servizi e strutture accreditate nel rispetto delle procedure previste per la sperimentazione. Per far ciò la Regione si avvale di una commissione appositamente costituita, che ha il compito di verificare l'opportunità del progetto di sperimentazione presentato e procede con un atto della Giunta Regionale all'eventuale approvazione. La finalità è quella di verificare la rispondenza agli obiettivi fissati dalla sperimentazione stessa e del modello messo in essere.

- *Ottimizzazione e snellimento del sistema di verifica per l'autorizzazione e l'accreditamento.*

Con l'entrata a regime degli strumenti normativi che regolano le procedure di autorizzazione al funzionamento delle strutture e dell'accreditamento, è emersa la necessità di apportare una revisione degli atti normativi stessi nell'ottica, anche, dello snellimento delle procedure al fine di rendere il sistema più semplice e adeguato agli standard e ai processi dei servizi e strutture.

Strategie

Individuazione del percorso che definisce i livelli di programmazione regionale e locale.

Sperimentazione

Le sperimentazioni di tutte le strutture residenziali e semi residenziali, di servizi alla persona, di modalità organizzative innovative del sistema, possono essere attivate a seguito della definizione, da parte della Giunta regionale, di specifiche procedure nel rispetto delle seguenti indicazioni:

- i progetti di sperimentazione, da realizzare in determinati tempi, sono presentati alla Giunta da soggetti pubblici o privati, previo controllo di conformità sugli atti di programmazione regionale e locale (Piani integrati di salute) effettuati dagli enti locali competenti;
- la Giunta regionale, valutato il progetto di sperimentazione presentato, procede alla sua eventuale approvazione, fissando il termine entro il quale la sperimentazione si dovrà concludere;
- la sperimentazione, una volta iniziata, è soggetta ad attività di monitoraggio con modalità definite dall'atto di approvazione. La finalità è quella di verificare la rispondenza agli obiettivi fissati dalla sperimentazione stessa e l'efficacia del modello messo in essere.

Costituzione della Commissione che ha il compito di verificare la pertinenza del progetto e di monitorare la sperimentazione, con la finalità di verifica della corrispondenza con gli obiettivi stessi fissati dalla sperimentazione e dell'efficacia del modello posto in essere. I risultati del monitoraggio, fatto con il coinvolgimento degli attori coinvolti titolari della sperimentazione,

- *Titoli di acquisto*: individuazione delle azioni di sistema che permettano tale utilizzo, sulla base di un'analisi della realtà locali.

- Revisione normativa relativa alle Commissioni Multidisciplinari, contemplando le specificità dell'autorizzazione e dell'accreditamento e introducendo meccanismi di snellimento, anche, mediante controlli a campione e per profili di rischio sociale e sociosanitario.

4. IL PATTO CON I CITTADINI

4.1. Una comunicazione aperta e accessibile

L'importanza della comunicazione in ambito sanitario e sociale era già ampiamente descritta nei precedenti piani di riferimento in considerazione dei benefici che può generare per la qualità dell'assistenza e della salute del cittadino.
Tuttavia è emersa, fin dalle prime fasi di stesura di questo Piano Sanitario e Sociale Integrato, la necessità di un ulteriore approfondimento e di una non eludibile capacità di integrazione fra i due settori di attività per facilitare i percorsi di cura e presa in carico delle persone e sostenere i cambiamenti con un approccio unitario e multiprofessionale richiesto agli operatori e professionisti dei servizi sociali e sanitari.
Infatti la fase di ascolto di cittadini e operatori che ha preceduto la redazione dell'atto programmatico, ha posto all'attenzione regionale una richiesta di maggior informazione e orientamento su servizi, i percorsi socio-sanitari e le patologie. Più informazioni che mettano in grado le persone di orientare la loro domanda, di conoscere diritti, procedure e poter utilizzare al meglio le opportunità esistenti.
Alcuni aspetti della comunicazione sono emersi come fondamentali e basilari per ridefinire il ruolo del cittadino all'interno del sistema con la finalità di garantirgli più trasparenza, equità e condivisione nelle scelte assistenziali e sulla salute.

4.1.1. Modelli informativi orientati all'utenza: dalla comunicazione di base alle sperimentazioni sul web

Rendere più efficace la comunicazione sui servizi e l'accesso

Contesto
La nuova organizzazione dei servizi volta a garantire maggiore integrazione, efficacia e appropriatezza, richiede una capacità di attivare coerenza comunicativa e chiarezza delle informazioni per saper colloquiare con tutti i cittadini senza distinzione di genere, età, cultura e lingua.

La sfida
Allargare l'accesso e la conoscenza dei servizi a tutte le fasce di popolazione al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute della popolazione e al consolidamento della reputazione della organizzazione socio-sanitaria.

Obiettivo
Garantire informazioni corrette e coordinate attraverso modalità e strumenti semplificati, una sorta di alfabetizzazione di base utile a tutti sui servizi e attività ad alta frequenza di contatto e di interesse diffuso: cup, centri prelievi, tempi di attesa, ticket ecc

Strategia
In generale rafforzare a livello regionale e nei contesti locali la capacità di "regia" sulla comunicazione che sostenga e promuova chiarezza e coerenza delle informazioni, evitando sovrapposizioni a beneficio della integrazione tra i soggetti titolari della programmazione e della erogazione dei servizi.
Da parte della regione:

- Sostenere, con logiche di regia, processi e azioni che consentano ai soggetti istituzionali del sistema sanitario e sociale (asl, Sds, ecc) di migliorare la gestione integrata delle attività in funzione sia del pubblico interno (operatori/professionisti) che del pubblico esterno (persone, associazioni, categorie ecc) sviluppando relazioni e format comunicativi, chiari, coerenti e coordinati.

- Consolidare e ampliare, in raccordo con le Aziende sanitarie e le Società della salute, la comunità professionale dedicata alla comunicazione, come nodo qualificato per la regia della comunicazione in ottica di rete, su contenuti e strumenti.
- Sostenere, anche attraverso la Struttura di riferimento regionale *l'Albero della Salute,* la comunicazione interculturale con l'offerta di materiale informativo cartaceo e on ausili multimediali e multilingua.
- Avviare e sostenere modalità di collaborazione su azioni comunicative sanitarie e sociali dei soggetti del privato sociale.
- Facilitare l'approccio delle persone alle nuove tecnologie, anche sfruttando le potenzialità che la Carta sanitaria elettronica offre, attraverso una informazione chiara, completa e coerente

Da parte delle Aziende sanitarie e delle SdS:

- Ancorare gli strumenti informativi per l'utenza (in ottica di comunicazione integrata) al basamento relazionale, di contatto e partecipazione anche per sperimentare modalità di co-costruzione di servizi e contenuti
- Monitorare costantemente, aggiornare e manutenere i molteplici punti di contatto con l'utenza e i basamenti informativi su cui essi poggiano in considerazione della generazione quotidiana di migliaia di relazioni fra cittadini e operatori del Servizio sanitario toscano. Quanto sopra avvalendosi anche del raccordo fra Difensore Civico,rete URP, Commissioni Miste Conciliative e Consiglio Sanitario Regionale.

Uso di nuove modalità di comunicazione interattiva sul web

Contesto

Informazioni su malattie, cure e rimedi sono disponibili ormai da anni sul web che è divenuto la fonte principale di informazione dei cittadini sulla salute e sui temi del welfare. Il sistema garantisce l'accesso ad un'offerta imponente di servizi, risposte e soluzioni e risponde alla volontà delle persone di sentirsi sempre più protagonisti delle scelte sulla salute e l'assistenza. I cittadini sono ormai consapevoli di questa possibilità e tendono ad utilizzarla sempre più a discapito di una modalità tradizionalmente basata su relazioni di scambio fisiche e caratterizzate da "asimmetria informativa" tra paziente e medico/operatore. L'uso del web da parte dei cittadini per informarsi sulla salute e benessere si sta diffondendo con una tale velocità da imporre un'iniziativa istituzionale accreditata. Tuttavia si registrano numerosi casi di disorientamento e disinformazione dovuti a contenuti e indicazioni non corrette o non correttamente interpretate dai navigatori della rete.

Se a proporre un'offerta informativa e contatti immediatamente fruibili fosse l'istituzione sanitaria stessa, sarebbero favoriti la trasparenza, l'accesso equo alle prestazioni e ai servizi, con possibile riduzione delle disuguaglianze di salute, e lo sviluppo dell'empowerment della persona, che può accedere a informazioni scientificamente accreditate.

Ciò permette alla persona malata e/o ai suoi familiari di conoscere e utilizzare informazioni sanitarie e sociali qualificate e scientificamente accreditate, favorendo un maggior controllo sul proprio stato di salute, sviluppando capacità di scelta e decisione.

In questo contesto la comunicazione sul web, nell'ambito di un set di strumenti integrati (brochure informative, totem interattivi, campagne di comunicazione, call center, ecc) assume il compito di promuovere l'autonomia decisionale delle persone, evidenziando una maggior consapevolezza sulle alternative dell' offerta.

Alcune esperienze internazionali, in particolare americane e inglesi (si veda il sito web "NHS Choices - Your health, your choice") rappresentano modelli di siti interattivi, ben riusciti e in parte replicabili in altre realtà con caratteristiche di onestà e credibilità scientifica dell'istituzione che gestisce le informazioni e connessioni on line.

Sfida

Far acquisire al cittadino potere di conoscenza per scelte consapevoli in ambito sanitario e sociale, utilizzando informazioni disponibili sui siti web di Enti ed Istituti del Sistema Sanitario Regionale, prodotte con criteri che garantiscono qualità e correttezza dei dati.

Obiettivo

Obiettivo è migliorare la comunicazione istituzionale e l'informazione sanitaria e sociale così da favorire e facilitare la ricerca di informazioni, delineando degli scenari/percorsi su "cosa posso fare in caso di", "dove posso farlo", "in che modo posso accedere",
"che cosa comporta". Il percorso è coordinato dalla regione Toscana ed a cui collaborano tutti i servizi del sistema, con particolare apporto delle eccellenze sanitarie e scoiali toscane.

Strategie

Per rispondere alla domanda di informazioni accreditate ed affidabili, è necessario:

- Re-ingegnerizzare o aggiornare gli attuali siti web istituzionali aziendali e Società della salute per migliorare e rendere omogeneo il sistema di accesso alle informazioni sanitarie.
- Le informazioni sanitarie e sociali da fornire agli utenti si concentrano inizialmente sulle principali patologie, percorsi ed interventi che i dati del sistema informativo evidenziano come i più frequenti e richiesti.
- L'attività è coordinata da un gruppo di lavoro istituito presso il Consiglio Sanitario Regionale (CSR), con l'apporto delle competenze dei professionisti toscani che lavorano con modalità tipo "Wikipedia medico". Per ogni patologia o intervento, i cittadini possono trovare poche ma sicure informazioni: cosa è la patologia in questione, in cosa consiste l'intervento (opzioni principali e tecnologie), chi lo fa e dove in Toscana (con eventuali centri eccellenza, lista centri accreditati, operatori con foto e curriculum, tempi di attesa medi, ecc..), eventuali rischi con statistiche precise sul modello di quelle del consenso informato, ed ogni informazione ulteriore utile (in quanto tempo si torna al lavoro, quali problemi dopo, eventuali costi aggiuntivi, ecc..). Sono riportati anche link utili con altri centri italiani o esteri di eccellenza).
- Costituire attraverso gli strumenti della rete contesti di condivisione dei saperi e delle conoscenze fra operatori e professionisti del sistema sociale.
- Diffondere la consapevolezza dell'esigenza di organizzare le informazioni della persona o della famiglia, presa in carico e seguita dal servizio sociale, attraverso l'uso della cartella sociale come strumento sia di comunicazione interna sia di fidelizzazione.
- Raccogliere le opinioni del cittadino, che vengono inviate già elaborate ad ogni struttura a cui l'esperienza fa riferimento.
- Sono incrementate le possibilità per i cittadini di scambiare comunicazioni, segnalazioni, commenti (positivi e negativi), esperienze personali, anche attraverso blog.
- E' istituita presso il CSR una regia regionale agile e competente, con segreteria scientifica adeguata per numerosità e professionalità, che si avvale delle competenze delle Agenzie, Enti ed Istituti regionali di area sociale e sanitaria.

Migliorare la comunicazione interna ai servizi

Contesto

Al fine di rendere efficace, chiara e tempestiva la comunicazione nei confronti dei cittadini, è, in maniera propedeutica, necessario migliorare la **comunicazione interna** nell'ambito delle articolazioni organizzative del servizio socio-sanitario regionale. Ciò per garantire maggior coerenza ed evitare disallineamenti distorsivi per i cittadini.

Sfida

Le criticità rilevate nella fase di ascolto evidenziano la necessità da parte dei cittadini e delle loro organizzazioni di ricevere comunicazioni "di servizio", possibili, se ogni parte del sistema (operatore, servizio, struttura) si impegna a rendere più accessibile, trasparente e valutabile il proprio operato, in ciò favorito da una esplicitazione efficace da parte del management delle finalità e delle attività.

Obiettivo

In tale contesto la comunicazione interna diventa fondamentale per produrre condivisione delle mete, coinvolgimento, senso di appartenenza. E' la piattaforma per costruire alleanze fra servizi e utenti.

Le scelte strategiche

Da parte della Regione:

- Consolidare e ampliare, in raccordo con le Aziende sanitarie e le Società della salute, la comunità professionale dedicata alla comunicazione, come nodo qualificato per la regia della comunicazione in ottica di rete, su contenuti e strumenti.
- Implementare i processi e gli strumenti di coordinamento identitario sviluppati per le aziende sanitarie e progressivamente diffusi per le Società della salute.

Per le Aziende e le SdS

- Pianificare l'ascolto (interno/esterno) e la comunicazione (interna /esterna)

Occuparsi della comunicazione "one to one"

Contesto

A completamento di queste linee di azione, è emersa un'ulteriore area di miglioramento, anche se di più difficile monitoraggio e valutazione, relativa alla comunicazione medico - operatore sanitario e sociale/utente che definiamo comunicazione "one to one". È tuttavia una comunicazione che ha ricadute rilevanti sulla percezione della qualità dell'assistenza e del servizio ricevuto, tale da imprintare positivamente e negativamente ulteriori contatti con i servizi. In questa direzione nasce il progetto di un Centro di Ascolto Regionale, in seguito alla sperimentazione e validazione del modello operativo del Centro di Counseling Oncologico Regionale per facilitare i contatti e l'orientamento ai servizi.

Sfida

La necessità di affrontare questo tema emerge attraverso l'analisi di una serie di strumenti quali: le indagini di gradimento, i reclami, le segnalazioni degli utenti e le criticità emerse dai percorsi sanitari.

Obiettivo

Diffondere la cultura della comunicazione e la cura della relazione fra tutti gli operatori del sistema come parte integrante del ruolo professionale e implementare la sinergia della rete dei servizi.

Strategie

Per le aziende e le SDS

Le azioni di miglioramento risiedono principalmente a livello dei servizi e del management delle organizzazioni sanitarie e sociali, dovendo incidere sui livelli di efficacia operativa di flussi organizzativi, in particolare del flusso delle informazioni tra management e professionisti.

Per la Regione Toscana

Le peculiarità e potenzialità dell'attività del Centro di Ascolto Regionale si articolano su tre macroaree:

Funzioni di promozione dell'informazione e supporto al cittadino per una maggiore vicinanza con il sistema socio-sanitario, nello specifico: supporto alle campagne di comunicazione e promozione della salute della Regione Toscana; attività di orientamento sui percorsi sanitari e sulle modalità di

accesso; accoglienza e gestione di segnalazioni; attività di supporto informativo relativo al comparto socio-sanitario per i cittadini e gli operatori.

Funzioni di orientamento e counseling sui servizi al cittadino e sui percorsi assistenziali per i servizi e i progetti in atto.

Il centro, attraverso le competenze di orientamento e counseling, aiutà il cittadino a mettersi in contatto con i servizi delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere Universitarie di tutto il territorio regionale, promuovendo una risoluzione tempestiva della problematica, avvalendosi della gestione di rete della Sanità Toscana. In casi specifici attiva una rete di sostegno psicologico attraverso psicologi dedicati e interni al centro di ascolto.

4.2. Le indagini di soddisfazione e l'analisi dei cluster a supporto dell'equità

Il contesto

La misurazione della performance di un'azienda sanitaria non può limitarsi a verificare il raggiungimento di obiettivi sanitari e/o economico-finanziari, ma deve anche ambire ad osservare l'effettiva capacità dell'organizzazione nel realizzare le strategie pianificate, soddisfacendo le attese dei propri utenti finali. Il Sistema di valutazione della performance dedica alla valutazione esterna un'intera dimensione, completamente centrata sul vissuto dei pazienti, che ha come obiettivo quello di mostrare la valutazione dei cittadini riguardo ai servizi sanitari cui hanno accesso.

E' ormai ampiamente noto da tempo che la responsiveness dei sistemi sanitari non va intesa solo come risposta ai bisogni di salute capaci di produrre outcomes sanitari, ma anche come offerta di un servizio orientato al paziente e rispettoso della sua persona. Un servizio dunque che si caratterizza per rispetto della dignità umana, riservatezza, libertà di scelta, attenzione immediata, accesso ad una rete di supporto sociale, diritto di scegliere il prestatore di cure e comfort. I sistemi sanitari moderni si trovano dunque a dover rispondere ad una forte domanda di umanizzazione e maggiore partecipazione. Affinché un cittadino possa essere partecipe in modo sostanziale occorre metterlo nelle condizioni di poter scegliere e agire consapevolmente, e ciò è possibile solo promuovendo lo sviluppo delle sue competenze..

Il contesto sanitario pubblico è un ambito in cui la conoscenza delle caratteristiche, dei comportamenti e delle percezioni degli utenti sta diventando sempre più importante nella definizione delle priorità e delle principali strategie di intervento. Ormai da diversi anni la rilevazione dell'esperienza vissuta e del livello di soddisfazione del cittadino rispetto al servizio erogato ha assunto un ruolo centrale nel supporto alla pianificazione strategica e al management. La Toscana infatti fin dal 2005 ha introdotto, con modalità metodiche e sistematiche, nell'ambito del Sistema di Valutazione, le indagini di soddisfazione regionali su numerose tipologie di servizi, dal ricovero ospedaliero al pronto soccorso, dal percorso materno infantile al territorio, solo per citare alcuni esempi, con l'obiettivo di superare una logica di programmazione "a priori" che, soggetta al giudizi della professione, tende ad escludere la rilevanza delle percezioni dei pazienti. L'applicazione di alcune tecniche statistiche come la cluster analisi sui dati derivanti dalle indagini realizzate ai cittadini permette di focalizzare l'attenzione su eventi specifici del percorso di cura e/o su determinate caratteristiche socio demografiche tramite il metodo di segmentazione dell'utenza. La segmentazione dell'utenza (cluster) è un processo di aggregazione dei cittadini/utenti sulla base di comportamenti affini. I principali criteri di aggregazione sono demografici (età, sesso, dimensione del nucleo familiare, reddito, raggruppamento etnico,ecc), psicografici (stile di vita, personalità), o legati ai comportamenti specifici (intensità d'uso dei servizi, livello di fedeltà). Secondo questa logica, gli aspetti su cui il paziente esprime una propria valutazione rispetto alla qualità del servizio ricevuto possono essere influenzati sia da fattori istituzionali ed organizzativi dell'organizzazione sia da caratteristiche socio demografiche specifiche dell'utente. Sulla base dei risultati emersi nell'ambito dell'indagine di soddisfazione dei servizi distrettuali realizzata in Toscana nel 2008, tramite l'analisi dei cluster è stato possibile verificare che le caratteristiche socio-demografiche dei cittadini si configurano come elementi distintivi nell'influenzare i livelli di soddisfazione rispetto al servizio ricevuto. I risultati dello studio mostrano infatti che è possibile identificare 4 cluster ben definiti in base alle caratteristiche socio-demografiche degli intervistati.

Con riferimento ai risultati dell'indagine sui pazienti in regime di ricovero ospedaliero, realizzata nel 2008 invece , viene evidenziato come, in condizioni di asimmetria elevata tra utente e soggetto erogatore, l'esperienza vissuta sia ancor più determinante che le caratteristiche socio demografiche, quale fattore significativo nella classificazione dei pazienti in cluster distinti poichè la suddivisione in cluster differenti per tipo di esperienza non evidenzia profili d'utenti altrettanto eterogenei.

Le sfide

I livelli di soddisfazione, calcolati come valore medio, non sono sufficienti a fornire una esatta valutazione del livello di qualità dei servizi erogati. I giudizi di soddisfazione dovrebbero essere analizzati tenendo conto dell'esperienza vissuta dal cittadino e delle sue peculiari caratteristiche. La soddisfazione infatti, considerata come espressione di qualità, dipende dal gap tra qualità attesa qualità percepita e qualità effettiva. Tali gap sono di fatto generati da fattori quali l'asimmetria informativa tra erogatore e utente, da differenze nei bisogni di salute e nelle condizioni socio culturali dei cittadini e nelle peculiarità delle caratteristiche del sistema offerta. Con questi presupposti l'analisi dei cluster si pone come uno strumento adeguato per comprendere le modalità con cui rispondere ai bisogni dei cittadini, tenendo conto di come cambia il bisogno in base alla differente tipologia di servizio erogato e/o alle diverse caratteristiche della popolazione. L'obiettivo è quello realizzare una opportuna mediazione tra esigenze di standardizzazione e bisogno di personalizzazione ed in quest'ottica le tecniche di segmentazione dell'utenza risultano essere un efficace supporto per comprendere in modo maggiormente approfondito e dettagliato le informazioni relative alla valutazione dell'esperienza dei cittadini. Mediante l'utilizzo di questo strumento, è possibile delineare le determinanti che incidono significativamente sul rapporto tra il cittadino e la struttura che eroga il servizio. A partire da questi risultati è possibile selezionare le informazioni maggiormente significative ed attivare soluzioni organizzative in grado di migliorare la capacità di risposta delle istituzioni sanitarie pubbliche. A differenza della pianificazione strategica tradizionale della aziende sanitarie, incentrata sula produzione di prestazioni, il marketing pubblico, fondato sulla interpretazione dei bisogni, parte sempre dal punto di vista del paziente; in quest'ottica il processo di segmentazione assume una rilevanza centrale perché questo approccio è funzionale ad attrarre segmenti che non esprimono la domanda pur avendo il bisogno o a rendere il servizio più accessibile. Ad oggi la sanità pubblica è tendenzialmente orientata ad una offerta generalista configurata per un paziente "medio".La sfida per i prossimi anni quindi è quella di orientare l'attività degli operatori in modo differenziato considerando le specificità dei gruppi di utenti a cui ci si vuole rivolgere.

Gli obiettivi/ le scelte strategiche

In linea con le nuove strategie di intervento dei sistemi sanitari pubblici, orientate ad un approccio proattivo in grado di fornire servizi differenziati in base ai bisogni, emerge la necessità di introdurre in modo sistematico l'utilizzo di strumenti e tecniche che permettano di interpretare il bisogno e migliorare la capacità di risposta della sanità pubblica, Già con il Piano sanitario 2008-2010 la Regione Toscana identifica la sanità di iniziativa come strategia di risposta differenziata rispetto al bisogno del cittadino. Si conferma quindi la logica di una sanità che non attende il cittadino ma che è capace di personalizzare l'offerta in base ai bisogni e di orientare l'attività verso "chi meno sa e meno può", e che per questo si trova a rischio di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno. Sarebbe pertanto opportuno che le aziende sanitarie e le regioni adottassero metodologie adeguate di segmentazione sia per individuare in particolare i gruppi di utenti con maggiori necessità sia per essere in grado di erogare i servizi in linea con le specificità di ciascun target, dotandosi di strumenti che facilitino l'individuazione delle priorità di intervento sui segmenti a maggio rischio.

La segmentazione dell'utenza in questo senso assume una rilevanza cruciale come elemento di supporto alla pianificazione strategica e ai processi decisionali, in particolare nell'identificazione delle caratteristiche dei soggetti socialmente più vulnerabili e con minore disponibilità di risorse.

L'obiettivo pertanto è quello di orientare l'offerta e l'azione degli operatori in modo differenziato, tenendo in considerazione la specificità dei gruppi di utenti a cui ci si rivolge, dotandosi di un sistema di classificazione dell'utenza e di strumenti che facilitino l'individuazione delle priorità di

intervento sui segmenti a maggior rischio. Un esempio per tutti: in base ai dati emersi dall'indagine realizzata dal Laboratorio Management e Sanità sul percorso materno infantile nell'anno 2007, risulta che la Regione riesce a coinvolgere il 60% delle donne primipare al corso di preparazione alla nascita. Tra queste il 70% sono laureate e risultano assenti le donne con nessun titolo di studio o licenza elementare, che possono essere maggiormente soggette ad eventuali problematiche di natura sociale e probabilmente avranno maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi. Tutto ciò presuppone naturalmente l'importanza della restituzione e della divulgazione dei dati a livello aziendale, per cercare il coinvolgimento dei medici di medicina generale, degli operatori e condividere le principali strategie d'intervento.

4.3. Gli strumenti della partecipazione: dalla carta dei servizi ai comitati

Contesto

La partecipazione dei cittadini, in forma diretta o associata concorre alla realizzazione del diritto alla salute, secondo i principi di equità, appropriatezza e qualità; promuove il miglioramento continuo dei servizi offerti ed un accesso consapevole. Forme di coinvolgimento e di ascolto sono fondamentali in una organizzazione sanitaria per la definizione delle politiche e per la programmazione dei servizi.

Un paziente coinvolto assume sempre più il ruolo di protagonista attivo della propria salute e del proprio benessere; pertanto è necessario tener conto delle aspettative e delle priorità dei pazienti, coinvolgerli nei propri piani di cura e assistenza, richiedere il loro parere anche sui servizi, in funzione di un miglioramento della qualità e della sicurezza dei percorsi clinico assistenziali. Il coinvolgimento garantisce equità di accesso e cure di buona qualità ad ogni persona, con particolare attenzione all'insorgenza di fragilità e cronicità.

La partecipazione concorre all'appropriatezza non tanto del singolo atto medico, ma dell'insieme degli atti sanitari che costituiscono il percorso diagnostico-terapeutico dell'utente.

Il risultato di salute è sempre di più la risultante di una concatenazione di interventi sanitari ed organizzativi che devono essere gestiti complessivamente.

Nel passaggio dal concetto di sanità a quello di salute vanno inoltre implementate le azioni che determinano la promozione della salute dell'individuo e della comunità, con il coinvolgimento di cittadini sempre più consapevoli e partecipi.

Occorre sviluppare *quel processo dell'azione sociale detto empowerment attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita* (Zimmerman 2006).

I principali strumenti che promuovono ed incrementano una "cultura della partecipazione e dell'ascolto" sono: la carta dei servizi, i protocolli di intesa tra le associazioni di volontariato e tutela, la conferenza dei servizi**,** gli organismi di partecipazione di livello regionale e locale, gli strumenti di partecipazione diretta dei cittadini (indagini di gradimento, reclami/elogi, focus group, valutazione civica, town meeting..). I principi ispiratori di questi strumenti sono la centralità del cittadino, la tutela dei suoi diritti, l'umanizzazione delle cure.

La carta dei servizi

La carta dei servizi pubblici nasce con la Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e diventa vincolante per gli enti erogatori di servizi pubblici con la legge 273/95. La carta dei servizi sanitari rappresenta un efficace strumento di partecipazione, di accountability, poiché favorisce la comunicazione tra struttura sanitaria e popolazione, e di miglioramento della qualità; un "patto" che le Aziende sanitarie, nel rispetto di principi fondamentali dichiarati e concordati, stipulano con i cittadini, per rendere chiari, accessibili i servizi offerti, ai fini della sicurezza e della qualità delle cure erogate. L'assunzione di impegni e di standard di qualità richiede l'adozione di meccanismi di misurazione dei risultati e di controllo del raggiungimento degli obiettivi.

In questo contesto la Regione Toscana ha sviluppato, a partire dal 1997, l'osservatorio regionale carta dei servizi sanitari, uno strumento di monitoraggio del sistema, unico nel suo genere a livello nazionale, l'osservatorio dei reclami , le indagini di qualità, il sistema di tutela. Sempre in questo ambito si colloca l'iniziativa della Regione di inviare nelle case delle famiglie toscane «La guida della salute - 2009», ovvero la carta dei servizi sanitari della Toscana, realizzata dalla Regione

insieme alle aziende sanitarie, che, grazie a un'ampia distribuzione, ha voluto diffondere una maggiore conoscenza fra i cittadini sulla molteplicità dei servizi sanitari offerti e sui diritti e doveri in tema di assistenza sanitaria.

I comitati di partecipazione

Presso la Giunta regionale opera dal 2001 un Forum permanente per l'esercizio del diritto alla salute. Ne fanno parte l'Assessore Regionale al diritto alla salute, che lo presiede, ed associazioni di tutela e promozione dei diritti dei cittadini/utenti. Nel Forum si realizzano momenti di confronto, consultazione e proposta su tutte le materie attinenti al diritto alla salute.

L'accademia del cittadino è una recente iniziativa regionale che nasce con la finalità di formare ai temi della salute e della sanità i rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti, per abilitarli ad un dialogo paritario e ad una collaborazione attiva con il mondo dei professionisti sanitari non solo per fare scelte consapevoli ma anche per partecipare al miglioramento.

Le aziende sanitarie assicurano la partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti tramite i protocolli di intesa, con i quali stabiliscono gli ambiti e le modalità di collaborazione.

In diverse aziende operano già da anni comitati di partecipazione che riuniscono rappresentanti dei cittadini e categorie di malati. Tali comitati svolgono attività di consultazione sui processi organizzativi aziendali e di proposizione di azioni di miglioramento riguardanti i percorsi assistenziali ed il rapporto con i cittadini (accoglienza, liste di attesa, umanizzazione dei servizi).

Tutte le Società della salute stanno sviluppando ampi processi partecipativi, attraverso il coinvolgimento delle comunità locali e dei propri organismi di partecipazione, per assumere un ruolo di rappresentanza del bisogno della cittadinanza.

I nuovi percorsi

A questo scenario si stanno aggiungendo i nuovi percorsi di «democrazia partecipativa» che prevedono il coinvolgimento diretto della popolazione nei processi decisionali, attraverso assemblee e tavoli di lavoro aperti ai semplici cittadini (town meeting, giurie cittadini, open space tecnology, focus group, ecc).

La nostra Direzione Generale già nel 2007 ha utilizzato uno strumento innovativo come il town meeting per raccogliere indicazioni dai cittadini sul tema della compartecipazione alla spesa sanitaria ed ha ripetuto questa esperienza nel 2009 sull'argomento del testamento biologico.

Obiettivi

- La semplificazione ed il miglioramento del contatto con i cittadini rappresentano un obiettivo fondamentale del processo di ammodernamento degli enti pubblici. Pur con l'ausilio di strumenti tecnologici d'avanguardia, per avere buoni risultati bisogna sempre garantire una cura attenta della relazione operatore-utente nei vari punti di contatto tra cittadino e sistema aziendale
- Diventa inoltre necessario coordinare i vari organismi di partecipazione che operano sul territorio a livello aziendale o delle Società della salute, in modo da rendere sinergici i loro interventi e mettere in condivisione le buone pratiche.
- La comunicazione si configura come una dimensione essenziale della partecipazione. Elaborare e fornire una informazione accessibile contribuisce ad aumentare la consapevolezza e l'autonomia decisionale dei cittadini

Le azioni strategiche

- lo sviluppo del progetto regionale di un "Sistema centralizzato per l'informazione, l'orientamento e l'erogazione di servizi ai cittadini" che doterà le aziende sanitarie di una stessa piattaforma tecnologica con monitor e totem/touch screen multimediali. L'utilizzo di una stessa piattaforma tecnologica permette di fare sistema, con una razionalizzazione delle risorse e una migliore sostenibilità economica. Inoltre la possibilità di allargare la rete territoriale di comunicazione/prenotazione, anche in sinergia con altri soggetti istituzionali e non, garantisce una maggiore equità di accesso sul territorio, mitigando quella variabilità territoriale che al momento caratterizza alcune zone della nostra Regione.
- l'attivazione di forme di coordinamento e integrazione tra i punti informativi e di accesso delle aziende, delle Società della salute e di altri soggetti erogatori di servizi per facilitare un uso appropriato dei servizi e favorire una rete di informazione operativa sul territorio toscano, anche con il coinvolgimento della comunità locale in tutte le sue espressioni e forme di associazionismo;

- il consolidamento del sistema integrato di tutela, con il coordinamento delle competenze aziendali e del Difensore civico, con la razionalizzazione del percorso del reclamo per le aziende sanitarie e le Società della salute;
- il potenziamento del Forum regionale permanente per l'esercizio del diritto alla salute ed il raccordo tra i vari organismi di partecipazione che operano sul territorio;
- il consolidamento dell'Accademia del cittadino, quale progetto di formazione sui temi della salute e della sanità rivolto a rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti;
- la promozione di forme di partecipazione diretta dei cittadini (focus group, valutazione civica, esperienze di democrazia partecipata)
- la realizzazione di linee guida sulla partecipazione.
- la promozione di iniziative aziendali collegate allo sviluppo del sistema carta dei servizi, in particolare per migliorare l'informazione, l'accesso ai servizi e la presa in carico del cittadino nel percorso di cura
- il potenziamento del ruolo centrale dell'Osservatorio regionale Carta dei servizi pubblici sanitari quale strumento di monitoraggio del processo, anche nell'ambito del sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie
- il consolidamento del Centro di riferimento regionale sulle criticità relazionali, quale strumento di intervento nell'ambito delle problematiche relazionali, a disposizione degli operatori e delle organizzazioni sanitarie
- Per le Aziende :
    - aggiornamento e diffusione della Carta dei servizi ,in particolare on line sul sito aziendale
    - garantire il rispetto dei tempi di risposta al cittadino, secondo il regolamento di tutela e attraverso l'istituzione della Commissione mista conciliativa
    - sviluppare i protocolli di intesa con le associazioni di volontariato e tutela, di cui all'art.19 della L.R. 22 del 2000, con particolare riferimento all'accoglienza, alla partecipazione e alle indagini di soddisfazione

4.4. La medicina di genere

Per troppo tempo le malattie, la loro prevenzione e terapia sono state studiate prevalentemente su casistiche del solo sesso maschile, sottovalutando le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche proprie delle donne.

Le Conferenze Internazionali - a partire da quella di Pechino del 1995 – le risoluzioni dell'Unione Europea (UE) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indicano la necessità di assumere la salute delle donne e delle bambine come elemento prioritario dello sviluppo sociale per ridurre le disegualienze e promuovere l'equità. La salute di genere sostiene l'OMS deve diventare uno strumento sistematico. Quindi riconoscere le differenze biologiche e sociali fra uomo e donna, è ineludibile per superare le disuguaglianze.

La Medicina di Genere è dunque chiamata a limitare le diseguaglianze di studio, di attenzione e di trattamento che fino ad oggi sono state a carico delle donne, non costruendo una **medicina al femminile** e una **medicina al maschile**, ma applicando il concetto **di diversità** per garantire a tutti, donne e uomini, il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere

La stessa OMS ha inserito dal 2000 la Medicina di Genere nell'Equity Act, a testimonianza che il principio di equità implica non solo la parità di accesso alle cure di donne e uomini, ma anche l'adeguatezza e l'appropriatezza di cura secondo il proprio genere.

Pertanto la Medicina di Genere **non deve essere una specialità a se stante,** ma un'integrazione trasversale di specialità e competenze mediche, affinché si formi una **cultura** e una presa in carico della persona che tenga presente le differenze di genere non solo

sotto l'aspetto anatomo-fisiologico, ma anche delle differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali e culturali, oltre che ovviamente di risposta alle cure.

Per questo la Medicina di Genere è ormai **un'esigenza del Servizio Sanitario** e occorre pensare ad alcuni aspetti organizzativi e di organizzazione dei servizi che tengano conto delle differenze di genere.

OBIETTIVI DEL PIANO SANITARIO

- Valutare quali siano gli **strumenti** di analisi, studio, progettazione, informazione e verifica per un approccio utile della **Medicina di genere** per la persona e per la società.

- Individuare quante e quali delle **differenze di genere** sono dovute a **fattori intrinseci** alla biologia di genere e alla fisiopatologia della malattia, e quante sono da ascrivere alla **società e al sistema sanità** evidenziando quanto costa questa differenza

- Ricercare **percorsi ottimali** per sensibilizzare e formare gli operatori sanitari verso il determinante genere.

- Valorizzare le azioni dirette a costruire e diffondere una politica di intervento sulla salute di genere e sostenere le strategie efficaci per ridurre le disuguaglianze sviluppando iniziative per il riconoscimento e l'effettivo rispetto dei diritti umani delle donne e delle bambine.

- Sviluppare indagini e ricerche finalizzate ad evidenziare le differenze nei fattori di rischio, nella prevenzione, e nella cura farmacologica e non, di patologie emergenti tra la popolazione femminile (patologie cardiovascolari, patologie psichiche) per arrivare a Raccomandazioni o Linee guida su prevenzioni, diagnosi, trattamento e riabilitazione in un'ottica di genere:

  - Promozione di una Banca dati per raccogliere le ricerche e le esperienze dei servizi sanitari nell'ottica della salute della donna
  - Arrivare ad elaborare raccomandazioni per la promozione dei servizi o di attività sanitarie "sensibili al genere"
  - Attivare le competenze e le professionalità degli operatori sanitari in questa nuova dimensione
  - Attivare una governance del Sistema Sanitario Regionale basata sulla sua qualità ed equità.

4.5. La tutela della Privacy

Contesto

Negli ultimi anni, soprattutto nell'ultimo decennio, si è sviluppata nel nostro Paese una particolare attenzione da parte dei cittadini, delle istituzioni e di gran parte dei settori della nostra società alla cultura della privacy. Sempre di più, la protezione dei dati personali è considerata un diritto fondamentale dell'individuo, un valore aggiunto ed una garanzia di correttezza per lo svolgimento delle attività da parte della pubblica amministrazione.
Nel tempo, questo si è tradotto nel riconoscimento del diritto di chiunque alla protezione dei propri dati personali, nonché in un concreto dovere da parte dell'amministrazione di astenersi da qualunque uso improprio o non corretto degli stessi.

Fin dall'entrata in vigore della L. 675/1996, ed ancor più con l'entrata in vigore del DLgs 196/2003, la Regione Toscana ha manifestato un'elevata sensibilità ed attenzione al tema della riservatezza e della protezione dei dati personali, ed in particolare dei dati sanitari, definiti dalla legge come "sensibili",affinché il loro trattamento avvenisse, in conformità alla legge e, pertanto, nel rispetto dei principi di necessità, pertinenza e non eccedenza. A tal fine, si è assicurato il

potenziamento a tutti i livelli, sia organizzativi che funzionali, dell'elemento della riservatezza come criterio di innovazione e di crescente qualificazione del sistema stesso nel rapporto con gli utenti.
Nella stessa prospettiva , in ragione della particolare rilevanza del tema trattato,si è garantita una funzione di permanente indirizzo e supporto nei confronti delle aziende sanitari e dei diversi soggetti del SSR, affinché fossero garantite ai cittadini toscani le specifiche tutele riconosciute dalla normativa vigente in tema di tutela dei dati sanitari.

La protezione dei dati sensibili in ambito sanitario diventa oggi sempre più rilevante, a seguito della diffusione dei processi di informatizzazione delle attività sanitarie, tanto che la Regione Toscana già prima del 2004 si è resa promotrice di un percorso di adeguamento del sistema sanitario toscano verso un concetto di riservatezza non burocratico o formale, ma reale, da sostanziare attraverso la riconsiderazione degli stessi percorsi organizzativi e dei comportamenti e cercando di attivare un processo di miglioramento della qualità dei servizi complessivamente erogati all'interno del sistema stesso.

Al fine di favorire l'armonizzazione, a livello nazionale, degli adempimenti concernenti la tutela della privacy, la Regione si è impegnata attivamente anche attraverso la collaborazione con le altre Regioni e con i soggetti istituzionali competenti, soprattutto garantendo la propria partecipazione al tavolo CICIS, organo tecnico di supporto alla Conferenza dei Presidenti, a cui è stato demandato il compito di provvedere alla predisposizione dello schema tipo del regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari delle Regioni e delle Aziende sanitarie e degli altri soggetti del SSN, ex art 20 comma 2 del codice privacy, e alla sua attuale rivisitazione.

Si prevede che il nuovo regolamento, occasionato dalle modifiche normative che si sono susseguite negli ultimi anni, sarà adottato dalle singole Regioni nei primi mesi dell'anno 2012.

Sfide e Obiettivi

Alla luce dei mutamenti intervenuti negli ultimi tempi, oggi, ancora più che in passato sarà necessario operare per far sì che i percorsi socio sanitari, anche alla luce del crescente utilizzo di applicazioni informatiche, siano accompagnati da un'attenta analisi di sostenibilità in rapporto alla normativa a tutela dei dati personali, per la realizzazione di interventi sempre più attenti ai diritti delle persone.

In tale senso, obiettivo fondamentale della Regione Toscana sarà quello di presidiare tutti i processi inerenti il trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari, con particolare attenzione alla operatività della Tessera sanitaria e del Fascicolo sanitario elettronico, al fine di garantire al cittadino la migliore fruibilità dei servizi unitamente alla massima garanzia di riservatezza dei propri dati.

Strategie

- *Fascicolo sanitario elettronico*

  Il fascicolo sanitario elettronico (FSE), già previsto dal precedente piano sanitario, è stato istituito con LR 65/2009 integrativa della LR 40/2005 si tratta dell'insieme dei dati e documenti di tipo sanitario e sociosanitario, in formato elettronico, inerenti lo stato di salute di una persona e gli eventi clinici presenti e trascorsi, volti a tracciare la storia clinica; tale fascicolo, che ha come fine il miglioramento della qualità dell'assistenza, della prevenzione, della diagnosi e della cura e della riabilitazione, è attivato con il consenso dell'interessato, al quale è riconosciuta la possibilità di acceder ai propri dati mediante una carta elettronica compatibile e conforme alla carta nazionale dei servizi (già distribuita a tutti i cittadini toscani – attuale tessera sanitaria/codice fiscale).

A seguito dell'attività già espletata al fine di garantire la tutela della privacy in merito al progetto del FSE le azioni attuative necessarie per dare piena operatività alla previsione normativa di cui all'art. 76 bis della L.R. 40/2005. anche mediante l'assunzione di costanti contatti con l'autorità garante della privacy e il presidio delle problematiche da parte dello specifico gruppo di lavoro appositamente costituito.

- *Profilo privacy in merito ai dati fiscali e ISEE*
  Regione Toscana è impegnata, in stretto contatto con l'autorità garante della privacy, a definire i profili di tutela della riservatezza dei dati personali in rapporto con gli adempimenti relativi alle verifiche sulla sostenibilità della manovra regionale resasi necessaria con l'entrata in vigore del DL 98/2011, come convertito dalla L 111/2011- Misure alternative di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie" che prevede uno scambio di dati fiscali (dichiarazione dei redditi e ISEE, tra ministero delle finanze e regione toscana e tra INPS e regione toscana.).

- *I registri regionali*
  La Regione Toscana è altresì impegnata a predisporre i regolamenti attuativi dei seguenti registri istituiti con LR 60/2008 e 65/2009, integrative della LR 40/2005, anche alla luce del disegno di legge attualmente in corso di discussione nei due rami del parlamento italiano:
  a) registro tumori;
  b) registro difetti congeniti;
  c) registro malattie rare;
  d) registro malattie demielinizzanti.

5. IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI

5.1. I nuovi ruoli

Nell'attuale contesto socio-sanitario in cui emergono nuovi e rinnovati bisogni delle persone, dei territori e delle comunità, profili e professionalità del sanitario, del socio-sanitario e del sociale allargato sono chiamati a tradurre nella pratica quotidiana nuovi ruoli, nuove conoscenze e nuove competenze.

A fronte di una domanda socio-sanitaria crescente, è infatti aumentata la complessità dell'assistenza e delle correlate situazioni di intervento che comportano il ridisegno della rete ospedaliera e territoriale all'insegna di sempre più forti interconnessioni strutturali, tecnologiche, professionali e di conoscenza tra gli attori e i luoghi dell'assistenza.

Stiamo assistendo a profonde trasformazioni che coinvolgono profili e professionalità cardine del sistema socio-sanitario toscano. In particolare, in ambito sociale, siamo di fronte a:

- un sistema formativo investito in anni recenti da successive fasi di cambiamenti istituzionali;
- un'innovazione formativa prodotta anche in larga parte da agenzie formative distribuite sul territorio;
- una disomogeneità delle figure professionali che operano in questo settore spesso con nomi e profili differenti.

Nel contempo si sta verificando un'evoluzione professionale del servizio socio-sanitario caratterizzata, nel medio termine, da una variazione della composizione del personale sanitario che vede una diminuzione del numero dei medici e il proporsi di un nuovo ruolo delle professioni sanitarie e sociali, con la riqualificazione delle competenze esistenti e la promozione di nuove, per garantire servizi regionali sostenibili, appropriati e di qualità.

Nello scenario descritto, che si connota per la compresenza di una molteplicità di professionisti e di loro interrelazioni, diviene prioritario alzare il *cut off* delle competenze, integrare indirizzi e interventi, concretizzare la collaborazione tra istituzioni e professionisti per far convergere strategie e finanziamenti su obiettivi e ambiti tematici interprofessionali e condivisi, così da garantire prestazioni socio-sanitarie che rispondano a standard uniformi ed elevati e recuperare efficienza ed appropriatezza di sistema.

Per rispondere agli obiettivi sopra citati si prevedono, per l'ambito sociale, le seguenti azioni strategiche:

- sviluppare momenti condivisi di riflessione su metodologie innovative per fronteggiare la complessità (es. il lavoro in équipe multi-professionali; la condivisione di buone prassi anche interregionali e internazionali);
- predisporre un sistema informativo regionale sulle professioni sociali;
- sostenere la crescita anche e soprattutto quantitativa nei territori di professioni in grado di leggere, dare risposte ed accompagnare i cittadini nei loro bisogni valorizzando il servizio socio sanitario come strumento formativo ai fini della professionalizzazione degli operatori;
- promuovere, in collaborazione con gli Atenei della Toscana e con le altre agenzie formative del territorio regionale, percorsi di formazione permanente per le diverse professioni e per le diverse professionalità;
- qualificare l'intervento finanziario della Regione anche a favore dei Corsi di Laurea in Servizio Sociale -sostenendo uno studio di fattibilità per una Scuola Regionale del Servizio Sociale- e per Educatore professionale per sostenere percorsi formativi aderenti ai bisogni dei territori e delle comunità della Toscana;
- promuovere come figure di coordinamento e dirigenziali profili professionali adeguati e competenti per rispondere in modo congruo ai bisogni dei cittadini e dell'organizzazione;
- effettuare monitoraggio dei percorsi formativi esistenti e momenti di valutazione dei fabbisogni formativi dei profili e delle professionalità del sistema socio-sanitario regionale.

Per quanto attiene all'ambito sanitario, il modello e la filosofia che accompagnano il cambiamento prospettato sono in linea con l'attuale evoluzione delle professioni sanitarie (legge 10 agosto 2000, n. 251 – Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica- e nell'ambito del quadro normativo di esercizio

professionale definito dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42 – Disposizione in materia di professioni sanitarie), che hanno raggiunto un adeguato livello formativo, universitario di base ed ECM. Le professioni sanitarie sono state anche protagoniste, nel rispetto dei profili professionali, di recenti sperimentazioni regionali di autonomia gestionale su prestazioni specifiche.
Nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di profili professionali e di disciplina delle professioni sanitarie (di cui alla 251/2000), la Regione promuove infatti la responsabilizzazione e la valorizzazione delle professioni sanitarie individuando ambiti o fasi di processi assistenziali che possono essere gestiti con competenza, autonomia e responsabilità dalle diverse specifiche professionalità.
In particolare, nelle attività di prevenzione, nella gestione delle malattie croniche e in contesti ad elevata tecnologia e automazione, si riportano, a solo titolo esemplificativo, alcuni ambiti/fasi in cui i professionisti sanitari tecnici, in uno scenario in evoluzione potranno agire con titolarità e responsabilità, nell'ambito delle normative vigenti:

- attività vaccinale (assistente sanitario);
- promozione stili di vita (dietista, fisioterapista, assistente sanitario, etc);
- interventi su allerta sanitaria ed infortuni sul lavoro (tecnico della prevenzione);
- processi di campionamento finalizzati alla definizione dei fattori di rischio (tecnico della prevenzione);
- triage riabilitativo nei disturbi muscolo-scheletrici e nella gestione proattiva della cronicità (fisioterapista);
- triage riabilitativo nei disturbi del linguaggio per l'accesso alla presa in carico (logopedista);
- assistenza protesica all'interno dei percorsi riabilitativi (fisioterapista);
- percorsi socio-assistenziali ad alta integrazione (educatore professionale);
- produzione immagini radiologiche (tecnico sanitario di radiologia medica);
- sistemi informatici a supporto delle attività diagnostiche: RIS/PACS (tecnico sanitario di radiologia medica);
- produzione dato analitico di laboratorio (tecnico sanitario di laboratorio biomedico);
- sistemi diagnostici decentrati di laboratorio: POCT (tecnico sanitario di laboratorio biomedico).

Per quanto attiene alle competenze delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche (es. infermiere di comunità, infermiere Emergenza/Urgenza, ostetrica nel parto fisiologico, etc) si rimanda alle relative parti descritte all'interno del piano.
La Regione promuove, inoltre, la valorizzazione della figura dell'operatore socio-sanitario e, sulla base della competenza esclusiva attribuita alla stessa dall'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, programma annualmente i corsi di formazione per il rilascio della qualifica. I corsi sono erogati attraverso le aziende sanitarie, sulla base del fabbisogno rilevato annualmente.

Un accento particolare va messo sul lavoro interdisciplinare e multiprofessionale che assume un ruolo centrale nel settore socio-sanitario, in quanto il singolo professionista o la singola organizzazione non possono, né dispongono di tutte le risorse e capacità necessarie a sviluppare ed erogare servizi efficienti e appropriati. Ne consegue un'innovazione "architetturale" che prevede un cambiamento della struttura generale del sistema e del modo in cui i professionisti interagiscono tra loro che necessita di meccanismi di *governance* e di monitoraggio regionale ben definiti, seppur flessibili, per equilibrare le relazioni entro il sistema.
Oltre a rafforzare le competenze delle professioni sanitarie e sociali e rendere il lavoro interdisciplinare e multi professionale la modalità normale connaturata alle attività del servizio, diviene centrale la formazione come sostegno del sistema in modo da erogare servizi standardizzati e omogenei sul territorio e rafforzare le porte periferiche di ingresso al percorso assistenziale.
Accanto al sistema dei servizi sanitari a rete, si vengono a delineare quindi reti professionali e comunità di pratiche, vero capitale intangibile del servizio sanitario regionale, che assicurano il trasferimento di conoscenze, informazioni e dati tra i nodi del *network*. I professionisti si spostano all'interno del sistema regionale, in base a necessità e competenze e, coordinati dal responsabile clinico, si integrano all'interno dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali consentendo alle

Aziende sanitarie di passare dall'erogare prestazioni a garantire percorsi assistenziali grazie anche al rinnovamento dei loro stessi ruoli.
E l'innovazione del ruolo diventa un percorso formativo anche per i responsabili clinici stessi, i professionisti medici. Oltre alla necessità di consolidare le competenze professionali e presentarsi sul panorama internazionale come una comunità scientifica in grado di muoversi verso le sfide in atto in campo medico (genetica, biotecnologie,etc.), è ineludibile la contemporanea crescita verso la multidimensionalità del proprio lavoro, l'apertura ai nuovi ruoli con proprie competenze e responsabilità e, non per ultimo, gli aspetti comunicativi e relazionali. Su questi aspetti i medici mettono in gioco il loro rapporto con i malati e possono confermare o riconquistare il senso di fiducia e rispetto sul quale costruire un'alleanza terapeutica che permetterà loro di svolgere al meglio il compito di garanti della salute dei cittadini toscani.

La Regione Toscana si impegna a sviluppare processi di lavoro basati su rinnovati modelli e rinnovati metodi; sostenere lo sviluppo di comunità professionali e di pratica capaci di dialogare senza confini (professionali e culturali); sviluppare programmi di formazione continua che potenzino le capacità di cooperazione, di conoscenza condivisa, di comunicazione estesa e, più in generale, di riflessività per favorire processi interni ed esterni di partecipazione al miglioramento e all'innovazione dello stesso sistema di *governance* del sistema socio-sanitario regionale. Investire sulle professionalità, sulle competenze e sulle conoscenze del mondo dei professionisti risulta la leva determinante per rispondere in maniera efficace all'esigenza di migliorare l'efficacia del sistema garantendone al contempo la sostenibilità. Investire su professionalità in grado di rispondere all'esigenza di garantire un rapporto vero con i cittadini in difficoltà, che solo operatori e professionisti qualificati possono assicurare all'interno di un sistema coeso e multidisciplinare.
Per quanto attiene alle professioni impegnate nel *welfare,* si sottolinea l'impegno della regione per la formazione dei professionisti e delle professionalità del settore sociosanitario e per la rilevazione delle informazioni, per la predisposizione e il monitoraggio di un sistema informativo per le professioni sociali. Per le altre azioni, laddove ritenuto opportuno, la Regione Toscana potrà avvalersi di collaborazioni e contributi di altre istituzioni pubbliche o private (Università, Province, Soggetti del Terzo Settore).
L'indispensabile raccordo strategico tra la programmazione sanitaria e la programmazione sociale determina attuazione, valutazione e controllo integrati e coordinati, il coinvolgimento della rete degli *stakeholder* sia sociali sia sanitari e la ridefinizione delle competenze reciproche riposizionando le *mission* professionali per evitare sovrapposizioni o zone grigie e garantire la sostenibilità sociale, economica e professionale nel rinnovato contesto demografico ed epidemiologico. La reale integrazione socio-sanitaria concerne il coordinamento fra i differenti ruoli professionali e massimizza, grazie alla valorizzazione delle esperienze professionali, ricadute organizzative e miglioramenti di qualità integrando, in maniera equilibrata, evidenze, bisogni del cittadino e contesto operativo.

5.2. Il personale convenzionato

I medici convenzionati sono i professionisti ai quali è demandato nel SSN la presa in carico e il governo clinico dell'assistenza territoriale, garantendo l'assistenza sanitaria di base, la continuità assistenziale medica nelle 24 ore e il livello specialistico di riferimento. La medicina convenzionata soffre però ancora oggi, seppure si riscontri un'ampia diffusione di forme associative della medicina generale e siano state avviate numerose sperimentazioni di integrazione negli ultimi 10 anni, della mancanza di inquadramento organizzativo e coordinamento professionale che consenta di inserirla più organicamente all'interno di un sistema di cure realmente unitario.
Oggi, la sostenibilità del sistema complessivo a fronte di nuova ed accresciuta domanda di salute, a cui bisogna fornire una risposta sanitaria e sociale efficace , appropriata ed equa, non può prescindere dalla capacità di coinvolgere con nuovo un ruolo centrale sia la Medicina Generale che tutta la medicina convenzionata.

Le sfide

L'evoluzione del sistema delle cure primarie da una parte e lo sviluppo dei percorsi specialistici ambulatoriali dall'altra, rappresentano gli ambiti nei quali mettere insieme medici che operano in ambiti diversi (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia e Specialisti Ambulatoriali Interni), spesso frammentati, senza una organizzazione su percorsi di cura e di continuità assistenziale e secondo un approccio erogativo di tipo prestazionale.
Il superamento definitivo del lavoro da professionista solo da parte del MMG e del PdF, il coinvolgimento organico del medico di continuità assistenziale (ex guardia medica) nella gestione h24 dei bisogni non programmati o urgenti della popolazione di riferimento assistenziale, l'effettiva integrazione funzionale e professionale del medico specialista ambulatoriale, oltre la prestazione per lo "smaltimento" della lista di attesa, rappresentano lo scenario di riferimento per l'evoluzione dei ruoli della medicina convenzionata, per la costruzione di un sistema territoriale basato sul lavoro in equipe, secondo un approccio di sanità di iniziativa, orientato alla gestione della cronicità su percorsi assistenziali integrati, e organizzato per rispondere alle urgenze di comunità con risorse cliniche e strumentali definite. La crescita del ruolo e della rilevanza professionale dei medici convenzionati si misurerà anche con la capacità di condividere, e quindi assumersi la corresponsabilità nel SSR, rispetto agli obiettivi di performance e appropriatezza. Le linee-guida professionale per appropriatezza diagnostica e farmaceutica nonché la definizione e attuazione di PDTA integrati per le patologie croniche, la gestione urgenze di comunità o per le nuove diagnosi saranno gli strumenti professionali per la qualità e certezza assistenziale per la popolazione assistita.
Anche nelle cure primarie si dovrà affermare la misurabilità delle performance e dei risultati di salute sulla base di un adeguato sistema informativo.

Obbiettivi e strategie

La Medicina Generale e la Continuità assistenziale

Il superamento dell'isolamento culturale e professionale della medicina convenzionata sarà perseguito promuovendo le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), previste dall'ACN, quale strumento di raccordo funzionale e professionale fra i MMG.
Come previsto dall'ACN tutti i MMG fanno parte obbligatoriamente di una AFT.
Le AFT rappresentano l'ambito professionale nel quale i MMG attueranno i percorsi per la cronicità, utilizzeranno sistematicamente gli audit come strumento professionale proprio al perseguimento degli obiettivi di governo clinico del SSR, attueranno l'integrazione professionale dei Medici di Continuità Assistenziale.
La continuità assistenziale è una funzione sanitaria essenziale per un sistema sanitario che intenda sapere gestire a livello territoriale condizioni e patologie sempre più impegnative. Oggi tale ruolo rischia di essere del tutto marginale e poco rilevante nella gestione di una vera continuità assistenziale in interazione col MMG e più in generale nel sistema della gestione dei bisogni non programmati e ritenuti urgenti dalla popolazione. Per questo motivo, in corso di vigenza del Piano, d'intesa con le OO.SS. sarà avviato un processo sperimentale di riqualificazione del medico di continuità assistenziale sia attraverso la integrazione nelle AFT,finalizzando il suo apporto a obiettivi e funzioni più utili al sistema (.gestione della cronicità e domiciliarità pazienti oncologici e cardiovascolari, . assistenza in RSA e Cure Intermedie) sia integrandolo nel circuito della gestione della emergenza dal punto di vista dell'accesso (centrale 118) che del coordinamento professionale ed operativo delle risposte erogate (in ambito DEU).

Il sistema delle cure primarie toscano si muoverà progressivamente verso il lavoro in team multiprofessionale e multidisciplinare quale forma organizzativa di base del servizio sanitario, partendo dalla valorizzazione della esperienza in corso con i moduli della sanità di iniziativa. Tale evoluzione in corso di piano, d'intesa con le OO.SS, si sostanzierà nell'avvio di sperimentazioni delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Le UCCP rappresentano la forma organizzativa più idonea a sostenere il perseguimento degli obiettivi regionali. Si tratta di gruppi di professionisti che comprendono non solo i MMG, ma anche i PdF, specialisti ambulatoriali, i

medici della continuità assistenziale e il personale sanitario non medico e assistenziale, che operano in una forma organizzata e coordinata in cui i professionisti convenzionati operano obbligatoriamente nel modello a regime. L'UCCP, che opera in una sede unica o con una sede di riferimento, deve essere dotato di risorse strutturali, strumentali e di personale secondo standard trattati a livello regionale. In corso di vigenza del piano, d'intesa con le OO.SS., a partire dalle realtà dove sono presenti case della Salute, saranno avviate sperimentazioni avanzate di UCCP.

I Medici Specialisti ambulatoriali

Gli specialisti ambulatoriali devono rappresentare per le Cure Primarie un riferimento organizzato sia per la consulenza diretta ai moduli e alle aggregazioni funzionali della medicina generale sia per la presa in carico dei pazienti complessi, propria di una specialistica di secondo livello.
La crescita del contributo della medicina specialistica convenzionata si attuerà attraverso un modello organizzativo che costituisca un' occasione di ulteriore sviluppo della loro professionalità e delle competenze attraverso una stretta interrelazione con le strutture specialistiche ospedaliere, l'accesso all'utilizzo delle risorse strumentali e tecnologiche anche allocate al di fuori dei presidi territoriali e la condivisione dei programmi formativi, con le modalità e le procedure previste dal proprio contratto di lavoro. Sarà quindi facilitato il perseguimento della integrazione tecnico-professionale attraverso al valorizzazione della figura del Responsabile di Branca quale referente tecnico nel rapporto con le strutture specialistiche ospedaliere e con le strutture di organizzazione dei servizi territoriali.
Tali obiettivi saranno perseguiti nell'ambito della contrattazione nazionale e attarverso la concertazione con le OO.SS.

La pediatria di famiglia

La Pediatria di Famiglia assicura la propria funzione nell'ambito dell'assistenza territoriale attraverso l'attività ambulatoriale, domiciliare e, ove ricorra, residenziale.

Il ruolo della pediatria di famiglia è principalmente focalizzato su aspetti di prevenzione primaria e secondaria e questo, in Toscana, si è concretizzato con un programma fortemente strutturato dei Bilanci di Salute (programma Salute Infanzia), l'attenzione all'adesione alle vaccinazioni, il contrasto all'obesità infantile e l'attuazione di uno screening per il riconoscimento precoce dell'autismo.
La pediatria di famiglia dovrà assicurare sempre più maggiore attenzione in senso proattivo e preventivo alla salute della popolazione infantile maggiormente svantaggiata per appartenenza sociale, etnica o cittadinanza (bambini immigrati residenti o da genitori temporaneamente presenti) e saper fornire un adeguato riferimento e orientamento alle famiglie laddove si riscontrino situazioni di rischio o di disagio psichico e sociale (es. disturbi apprendimento) o in presenza di disabilità.
In corso di Piano, d'intesa con le OO.SS. saranno identificate a questo proposito gli eventuali aggiustamenti nel programma Salute Infanzia, valorizzando l'approccio di iniziativa e di prevenzione secondaria; saranno inoltre definiti i percorsi integrati con i servizi specialistici territoriali (soprattutto per la disabilità neuropsichica e motoria) e con la pediatria ospedaliera.

5.3. La salute organizzativa

Contesto
Un'ipotesi ampiamente condivisa lega lo stato di Salute degli operatori sanitari e dell'organizzazione sanitaria a quello dei cittadini-utenti, "pazienti", e la qualità erogata, effettiva e percepita, alla qualità della vita lavorativa degli erogatori. L'organizzazione deve essere orientata verso le esigenze e le richieste della cittadinanza, ma capace al tempo stesso di coinvolgere i propri lavoratori nelle sfide che si appresta ad affrontare, investendo sulle risorse umane, fornendo loro le competenze necessarie per svolgere adeguatamente i propri compiti, valorizzandone le

attitudini. E' necessario, infatti, che le persone che operano nei servizi sanitari siano motivate e ricostruiscano il senso del proprio lavoro.
In Toscana è stato individuato presso l' AOU di Careggi un centro regionale di coordinamento degli interventi sulle criticità relazionali (CRCR) che ha gestito un percorso formativo di sensibilizzazione sul tema che ha permesso ad alcune aziende di realizzare un modello di intervento integrato e multidiscliplinare con azioni di carattere "preventivo, diagnostico e di cura". Tali attività sono correlate con i compiti previsti nella normativa (D.lgs 81/08 e S.M.I. e della Circolare Ministeriale 17/11/10) sulla valutazione rischio stress lavoro correlato e con le politiche del personale rivolte alla selezione/valorizzazione/salute del personale anche in riferimento alla conciliazione vita-lavoro.
Nelle realtà aziendali dove il sistema è maggiormente strutturato sono stati rilevati effetti positivi confermati anche dagli indicatori relativi al Clima interno.

Sfide
Il tema della salute organizzativa assume particolare significato in un momento storico di riorganizzazione e di cambiamenti relazionali fra le diverse professionalità, che comporta inevitabilmente un maggiore impegno psicofisico nel contesto di lavoro.
Le aziende che si sono finora cimentate hanno operato in regime di sperimentazione: occorre adesso uscire dalla fase di sperimentazione e strutturare un sistema regionale stabile.

Obiettivi
L'obiettivo è promuovere la Salute Organizzativa delle Aziende ponendo una particolare attenzione al benessere fisico, psicologico e socio-lavorativo di ciascun lavoratore. Come risultato misurabile è atteso un miglioramento di alcuni indicatori aziendali correlabili a situazioni di disagio lavorativo, come la riduzione del tasso di assenze, del numero di infortuni e di errori e, in ultima analisi, del numero di reclami / esposti da parte del cittadino-utente.

Strategie
Traendo spunto da buone pratiche già avviate in alcune delle nostre aziende sanitarie possiamo individuare un modello organizzativo articolato in tre fasi:

Interventi di carattere preventivo come la comunicazione interna, la valorizzazione delle attitudini e delle potenzialità di ogni operatore, la promozione dei corretti stili di vita dei dipendenti, attenzione del sistema di valutazione permanente nei confronti di trasparenza, conoscenza ed equità, la cura nelle relazioni sindacali.

Attività diagnostiche come il monitoraggio condiviso di un cruscotto di indicatori di salute organizzativa (assenze, infortuni, richieste di mobilità, contenzioso interno, richieste di intervento del medico competente, ecc) elaborati per struttura/dipartimento/area e integrati con i risultati delle valutazioni stress-lavoro-correlate e delle indagini di clima MeS e la rilevazione di elementi di positività organizzativa quali le buone pratiche

Attività di cura consistono in diversi percorsi sul singolo lavoratore o sul gruppo e possono prevedere sportelli di ascolto, gruppi di miglioramento per la ricerca di soluzioni organizzative, interventi sulle criticità relazionali

Un programma di questo tipo può essere realizzato e monitorato attraverso un gruppo multi professionale, che può trovare la sua ottimizzazione in ambito di area vasta, sotto il coordinamento del CRCR a livello regionale che raccorda le diverse esperienze e rappresenta un osservatorio sul tema.

6. GOVERNANCE ISTITUZIONALE E ASSETTI ORGANIZZATIVI

6.1. La Governance Istituzionale

Contesto

Il contesto istituzionale nel quale il presente Piano si inserisce presenta rilevanti novità rispetto alla situazione preesistente. Innanzitutto le novità normative relative al federalismo municipale che dovranno essere attuate non indebolendo i percorsi di integrazione socio sanitaria finora delineati, indispensabili per ottenere gli obiettivi di salute stabiliti dalla programmazione regionale.

Il perseguimento della salute attraverso tutte le politiche e la necessità di affrontare in modo sinergico le sfide imposte dalla congiuntura economica, in particolare per quanto concerne la finanza pubblica, richiedono di sviluppare al massimo tutte le sinergie possibili, attraverso il rafforzamento di processi interistituzionali e nel necessario rispetto delle prerogative e della dignità di ogni attore.

Attraverso questo patto istituzionale si realizza la scelta primaria del PISSR, cioè quella di garantire un contesto di vita che faciliti le scelte individuali sulla salute grazie agli interventi nei confronti di tutti i fattori determinanti sul benessere di una comunità.

Interventi resi possibili da una coerenza forte, su questi temi, fra tutti gli atti programmatici degli enti coinvolti: dall'ambito del singolo comune, alle sds, alle asl, alla regione.

Sfide e Obiettivi

Questo piano, che per la prima volta è integrato fra sociale e sanitario, rappresenta un reale stimolo all'integrazione fra le politiche riguardanti la salute e il benessere di comunità e coinvolge ancora di più i territori.

Coinvolgimento che permette di facilitare i comportamenti integrati in tema di salute sviluppando sinergie a livello Regionale e Locale tra tutte le politiche, incluse quelle dell'economia, dell'agricoltura, dell'istruzione, dell'ambiente, del commercio, dell'energia, del trasporto.

Gli Enti Locali, quindi, sono chiamati a contribuire allo sviluppo di un sistema di welfare integrando il ruolo fondamentale nella fase di erogazione delle prestazioni di competenza con un nuovo protagonismo nell'ambito della promozione della salute. E', pertanto, necessario valorizzare il ruolo centrale che gli Enti Locali ricoprono nelle politiche complessive per la salute ed il benessere sviluppando positivamente la sussidiarietà istituzionale e rendendo stabile il dialogo interistituzionale su tutti gli atti rilevanti della programmazione regionale così come previsto dall'art. 11 della Legge regionale 40/2005.

Ai fini del coordinamento di tutte le politiche in grado di incidere sullo stato di salute si richiama l'articolo 21 della LR 40 e smi nel quale viene sottolineata la valenza del Piano Integrato di Salute (PIS), come strumento di raccordo tra il Dipartimento di Prevenzione e gli altri settori sanitari coinvolti, le strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate e le forme di partecipazione rappresentative delle comunità locali. Le Società della Salute definiscono quindi obiettivi, monitoraggio e valutazione dei risultati con particolare riferimento ai determinanti di salute, ambito privilegiato di prevenzione primaria.

Il Piano Integrato di Salute riconferma il ruolo di atto programmatorio "centrale" e vincolante attraverso il quale le comunità locali possono coinvolgere tutti gli attori interessati nella individuazione e realizzazione di progetti di salute rispondenti ai bisogni locali e coerenti con la programmazione regionale, di area vasta ed aziendale.

La sfida risiede proprio nell'assunzione, come obiettivo prioritario, del processo di rafforzamento della governance tra le istituzioni operando a tutti i livelli: a livello regionale attraverso la Conferenza regionale dei Presidenti delle SdS e delle Conferenze dei Sindaci e, a livello aziendale, attraverso la Conferenza di ASL. Particolare attenzione sarà posta al confronto in sede di articolazione della Conferenza a livello di Area Vasta, livello che il presente PSSIR identifica come strategico per la programmazione del sistema regionale.

Per quanto concerne il settore dei servizi sociali, la congiuntura della finanza pubblica difficilmente permetterà al singolo attore di governare autonomamente un ambito così fortemente attraversato

da dinamiche complesse ed e' pertanto necessario definire un patto tra istituzioni facendo propria una logica di governance unitaria per garantire una efficace "complementarietà" tra Regione e Comuni – e/o Unioni di Comuni - in grado di affrontare con esiti positivi l'introduzione della metodologia dei fabbisogni e costi standard.

Conferenza Regionale delle Società della Salute

L'art. 11 della L.R.T. 40/05 regolamenta la Conferenza regionale facendo riferimento alle Società della Salute per sottolinearne la fortissima funzione innovativa introdotta nel 2005; le sue competenze, che saranno delineate nel nuovo regolamento di funzionamento, non sono limitate alle sole attività delle SdS, ma riguardano la *"partecipazione alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale"*. In particolare la Conferenza regionale esprime pareri sulle proposte di legge e di regolamento e sugli atti di programmazione regionale. Il supporto tecnico amministrativo alle attività della conferenza regionale delle società della salute è assicurato dal personale della competente direzione generale della giunta regionale, che potrà avvalersi della collaborazione tecnica di personale individuato da ANCI regionale.
Per quanto attiene il fondo per la non autosufficienza, la Conferenza Regionale dei Presidenti delle SdS definisce annualmente, in relazione alle disponibilità economiche, le risorse certe messe a disposizione della SdS da parte della Regione e degli Enti Locali ed i relativi criteri di ripartizione. Le SdS assumono l'obbligo della puntuale rendicontazione utilizzando anche gli strumenti informatici messi a disposizione.

Articolazione di Area Vasta della Conferenza Regionale delle SdS

La conferenza dei sindaci di Area vasta è composta dai presidenti delle SdS, o dai presidenti delle Conferenze zonali dei Sindaci, ricomprese nell'ambito territoriale dell'area vasta e dai direttori generali delle aziende sanitarie afferenti. Svolge la funzione di consolidare il processo di rafforzamento dell'area vasta attraverso la condivisione delle scelte strategiche da parte delle Autonomie Locali e la loro partecipazione attiva nei processi di programmazione, al fine di garantire una governance condivisa su tutti i temi che interessano la tutela della salute, assicurando la continuità del percorso tra ospedale e territorio.

A questo scopo la conferenza dei sindaci di area vasta esprime parere sulle proposte dei piani di area vasta e sulle proposte dei piani attuativi delle aziende ospedaliero-universitarie, come da LR 40 art.11 comma 7.

Il supporto tecnico alle Conferenze dei sindaci di area vasta è assicurato secondo le stesse modalità previste dalla LR 40 per la conferenza regionale.

Conferenza dei Sindaci

L'art. 12 della L.R. 40/2011 regolamenta la Conferenza aziendale dei Sindaci facendo riferimento alle funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all'articolo 3, comma 14 del D.Lgs. 502.
Nel nuovo sistema delineato dal presente piano, questo livello di governance istituzionale assume una funzione fondamentale di snodo tra la dimensione dell'area vasta e la dimensione locale delle società della salute e delle zone-distretto. Al fine di declinare e mettere a punto i percorsi decisionali in grado di creare una tensione positiva tra area vasta e ambiti locali, particolare attenzione è posta verso il ruolo attivo della conferenza aziendale dei sindaci relativamente a:

- l'interazione tra i Piani Integrati di Salute, il Piano Attuativo Locale, il Piano di Area Vasta e gli atti di programmazione dei singoli comuni;
- l'interazione tra l'organizzazione dei servizi in ambito zonale, l'organizzazione in ambito aziendale e la costruzione degli ambiti di area vasta con i relativi standard di riferimento;
- valutazione degli atti di bilancio della Azienda sanitaria locale, ai sensi del comma 3 art.12 LR 40 con particolare attenzione alle ricadute in termini di programmazione ed organizzazione degli interventi territoriali, al fine di perseguire un governo condiviso delle scelte strategiche.

In Toscana la Conferenza aziendale dei Sindaci diventa il livello di confronto territoriale nel quale riportare il valore aggiunto costituito a livello di zona dalle SdS: momento di confronto tra gli EE.LL. sulle politiche legate ai determinanti di salute (ambiente, mobilità etc)

Articolazione Zonale della Conferenza dei Sindaci

Nelle zone in cui è assente la società della salute, le Articolazioni zonali della conferenza dei sindaci svolgono comunque la funzione di consolidare l'organizzazione dei sistemi territoriali sanitari e sociali attraverso la condivisione delle scelte strategiche da parte dei comuni e la loro partecipazione attiva nei processi di programmazione, di attuazione e di valutazione. Le Articolazioni zonali della conferenza dei sindaci, nell'ambito territoriale della zona-distretto, ricercano la massima integrazione tra i processi di costituzione delle forme associate comunali e l'organizzazione della sanità territoriale, finalizzate a costruire una rete di tutela per tutti quei soggetti che presentano un bisogno di natura complessa (con problemi sia sanitari che sociali) nei confronti del quale solo interventi integrati possono sviluppare risposte efficaci e risolutive attraverso specifiche azioni innovative, introdotte dal presente Piano, anche rafforzando e stabilizzando le interconnessioni con la direzione aziendale e le strutture operative della sanità territoriale.

Al fine di rafforzare la tenuta dei sistemi territoriali, l'Articolazione zonale della conferenza dei sindaci, in particolare, approva il Piano Integrato di Salute verificando la necessaria coerenza con il PAL, in particolare la sua sezione territoriale costituita dai Programmi Annuali di Attività, e gli altri atti programmatici locali.

6.2. La coerenza programmatica: dal PISSR al Piano di Area Vasta al PAL/PAO al Piano Integrato di Salute

In continuità con quanto previsto dalle leggi di organizzazione sanitarie e sociali, questo atto di pianificazione sanitaria e sociale integrata regionale rappresenta lo strumento con il quale la Regione,nell'ambito del **programma regionale di sviluppo (PRS)** , 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 rilevati dagli strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata. E' importante sottolineare che, partendo dalla considerazione dello scenario temporale pluriennale e dell'evoluzione talora "tumultuosa" del contesto, è previsto che la Giunta regionale con propria deliberazione provveda annualmente all'attuazione del piano sanitario e sociale integrato.

Il piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) individua quindi gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo del servizio sanitario regionale e dei servizi socio-assistenziali. Il piano sanitario e sociale integrato regionale individua gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione relativi allo stato di attuazione della programmazione regionale. In particolare si ribadisce che sono strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata:

a) il rapporto annuale di monitoraggio e valutazione
b) la relazione sanitaria aziendale
c) la relazione sociale regionale
d) la relazione sanitaria regionale
e) la relazione sullo stato di salute

La programmazione di area vasta

Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliero-universitarie concorrono, nella specifi cità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale di area vasta; i contenuti e gli obiettivi principali della quale sono definiti al successivo punto 6.2.1.

I piani integrati di salute (PIS) sono strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello di Società della Salute e di Zona-distretto, laddove non costituite le SdS.
I PIS definiscono :

- il profilo epidemiologico delle comunità locali, con particolare attenzione alle condizioni dei gruppi di popolazione che, per caratteristiche socio-economiche, etnico-culturali, residenziali, sono a maggiore rischio.
- gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi zonali in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali e le relative azioni attuative

Il PIS ha durata analoga al ciclo del presente piano e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne costituiscono aggiornamento.

Piani attuativi locali

Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del presente piano e del piano di area vasta nonchè degli indirizzi impartiti dalle conferenze aziendali dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere riferendosi, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, ai PIS delle SdS / Zona-distretto, garantendo così la coerenza con le strategie definite nei PIS. Anche il piano attuativo locale ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti annuali. Il piano attuativo si realizza attraverso programmi annuali di attività .

Piani attuativi ospedalieri

Il piano attuativo ospedaliero è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale e del piano di area vasta, nonché degli indirizzi e valutazioni dell'organo di indirizzo, le aziende ospedaliero-universitarie programmano le attività di propria competenza.
Anche il piano attuativo ospedaliero ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti. Il piano attuativo ospedaliero si realizza attraverso programmi annuali di attività adottati dal direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, acquisiti gli indirizzi e le valutazioni dell'organo di indirizzo.

In questa ricchezza di livelli programmatori, che consente anche alle comunità locali di progettare nell'ambito del proprio contesto e con il coinvolgimento di tutti gli attori presenti, resta comunque fondamentale il rispetto fermo in tutti i livelli dei principi di base individuati nel Piano sanitario e sociale integrato regionale e declinati negli ambiti aziendali e zonali.
Coerenza che costituisce la garanzia di promuovere la crescita di un sistema regionale in ognuna delle sue parti senza perderne la coerenza interna, attraverso la volontà di ridurre le disequità di sistema e, quindi, garantire nello stesso modo il diritto alla salute ai cittadini di ogni comunità locale.

6.3. L'organizzazione della rete dei servizi e gli attori del sistema

6.3.1. AV, SdS, ESTAV

AREA VASTA

L'articolo 11 della L.R.22/2000 ed il Piano Sanitario 2002-2004 individuavano le Aree Vaste come l'ambito territoriale ottimale per il livello di programmazione strategica, soprattutto in ambito specialistico ed ospedaliero.
La scelta della Toscana, con l'obiettivo di privilegiare l'appropriatezza degli interventi e l'integrazione dei servizi nei percorsi assistenziali, è stata quella di potenziarne lo sviluppo. Il presente piano prevede un' ulteriore evoluzione del ruolo delle Aree Vaste con particolare riferimento a :
- bilancio consolidato di area vasta che consente la valutazione economica integrata dei risultati aziendali e del connesso impiego di risorse, con obiettivi economici e di governo clinico (outcome e appropriatezza)
- rete specialistica di area vasta (integrazione ospedale/università/territorio, equipe specialistiche di area vasta che si muovono sul territorio, 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 (standard ottimali ed omogenei)
- miglioramento dei percorsi assistenziali ivi compreso il rapporto tra domanda ed offerta e relative liste di attesa; questo obiettivo è ricercato con modalità particolari nell'area metropolitana fiorentina e nel territorio di Siena e di Pisa, ove le AOU rappresentano l'offerta ospedaliera per i cittadini
- revisione dei rapporti economici tra aziende sanitarie finalizzata alla valorizzazione degli appropriati livelli di erogazione delle prestazioni
- formazione a livello di area vasta, con percorsi formativi integrati sul territorio
- individuazione dei centri regionali di alta qualificazione ed HTA
- territorio organizzato con equipe multidisciplinari e punti di riferimento visibili (case della salute) capaci di dare una risposta globale, attraverso il coinvolgimento dei professionisti del territorio (MMG, PLS, infermieri di comunità, specialisti ambulatoriali, medici di comunità, etc)
- riorganizzazione dei dipartimenti di prevenzione con individuazione di attività e funzioni a livello di area vasta, tenendo conto che la sorveglianza e la promozione di corretti stili di vita sono garantite, anche dai professionisti del Dipartimento di prevenzione, a livello di Zona distretto/SdS e che l'esecuzione delle vaccinazioni trova la sua giusta collocazione all'interno delle cure primarie
- specializzazione degli ESTAV, per quanto riguarda tutte le attività non sanitarie (gestione patrimonio immobiliare, manutenzione, ruolo a supporto dei dipartimenti interaziendali etc.)
- rete dei laboratori (vedi rete ospedaliera)
- rapporto con il privato accreditato sulla base della programmazione regionale e di area vasta

In particolare, al fine di consentire la crescita in rete del sistema di offerta delle prestazioni specialistiche di ricovero ed ambulatoriali di secondo livello, le aziende sanitarie di ciascuna area vasta individuano funzioni di coordinamento interaziendale per settori omogenei, che hanno i seguenti compiti:

- elaborare proposte di sviluppo delle attività che rispondano ai requisiti della programmazione di area vasta, così come sopra definiti, che tengano conto dell'evoluzione delle procedure cliniche e diagnostiche nonché dei livelli di complessità e qualificazione delle prestazioni;
- garantire un effettivo coordinamento delle attività delle singole aziende sanitarie, che preveda l'utilizzo pieno delle professionalità presenti, al fine di assicurare ai cittadini/e percorsi assistenziali integrati;

- proporre, a livello regionale, apposite linee guida, validare quelle esistenti , curarne la implementazione e la valutazione a livello di area vasta, al fine di sviluppare una vera e propria funzione di *"Governo Clinico"*. Al fine di evitare la separazione fra attività ospedaliere e territoriali, il coordinamento deve essere assicurato da professionalità miste ed integrate ospedale - territorio.

L'area vasta è quindi il luogo di concertazione in cui si apportano modifiche alle previsioni gestionali in atto e/o si consolidano le previsione dei Piani attuativi locali e dei Piani attuativi ospedalieri.
Al fine di garantirne la corrispondenza con gli atti della programmazione, le scelte aziendali di sviluppo organizzativo, di innovazione ad alto costo, di avvio di attività non esistenti, sono sottoposte a preventiva concertazione di area vasta che tenga conto della missione delle singole aziende sanitarie e dei vincoli di sistema.
In particolare:
- le attività relative a funzioni operative a carattere regionale, nonché per il potenziamento di attività con investimenti rilevanti, l'azienda sanitaria assume iniziative solo a seguito di preventivi accordi in ambito di area vasta che ne valutino gli effetti in termini di qualificazione delle prestazioni, costi, effetti sulla mobilità sanitaria, fattibilità e produttività;
- l'attività di base è compito dell'azienda sanitaria; l'azienda sanitaria concorda in sede di area vasta i programmi di sviluppo o contenimento laddove possano verificarsi fenomeni di duplicazione di attività in eccesso e variazioni di rilievo nei flussi di mobilità; in particolare l'intesa interaziendale costituisce obbligo nel caso le attività riguardino l'azienda unità sanitaria locale e l'azienda ospedaliera con bacino d'utenza nello stesso territorio provinciale;
- l'azienda ospedaliera riveste un ruolo strategico per le attività di alta specializzazione, che integra con le aziende unità sanitarie locali del bacino, al fine di assicurare una qualificazione diffusa dell'attività e l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati ed efficaci; l'azienda ospedaliera Meyer partecipa, per le materie di competenza, alle procedure di concertazione di tutti gli ambiti di area vasta in quanto azienda pediatrica di ambito regionale;
- per l'implementazione di procedure innovative e per l'avvio di attività che comportano uso di tecnologie nuove o ad alto costo, le aziende sanitarie possono assumere iniziative solo previa concertazione preventiva di area vasta che tenga conto degli effetti sulle attività ordinarie, dell'interesse interaziendale all'attività, delle eventuali necessità di sperimentazione, dei costi e dei benefici delle innovazioni. A tale riguardo il presente piano intende ribadire che i piani di area vasta debbano tener conto dei volumi ottimali di attività e delle conseguenti soglie;
La Giunta regionale predispone, avvalendosi delle competenze del Dipartimento del diritto alla salute, dell'ARS e delle professionalità presenti nelle aziende sanitarie, appositi standard di riferimento per le attività di alta specializzazione, con riferimento agli specifici ambiti territoriali.
Le aree vaste costituiscono l'ambito funzionale in cui validare gli standard quantitativi e qualitativi, individuati in relazione ai livelli di appropriatezza delle prestazioni. Per gli ambiti sopra definiti la concertazione, rappresentando atto di programmazione regionale, costituisce elemento per la verifica di compatibilità delle domande di accreditamento rispetto alla programmazione regionale.
Nel disegno organizzativo del PSSIR 2012-2015 l'Area Vasta diviene quindi l'ambito in cui si sviluppa l'organizzazione della rete ospedaliera e specialistica ,ivi compreso il privato accreditato.
La espressione dei bisogni assistenziali e la relativa erogazione di prestazioni si svolge a livello delle Zone –Distretto/Società della Salute.

SOCIETA' DELLA SALUTE/ZONE DISTRETTO

La L.R. 60/2008, che ha modificato la L.R. 40/2005, è intervenuta a normare – con il Titolo V Capo III Bis - la costituzione e i fondamentali principi di funzionamento delle Società della Salute, ponendo fine alla fase sperimentale e confermando le scelte di fondo della DCR 155/2003 "Atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle Società della Salute", inserendole in un assetto compiuto e stabile definendole come "modalità organizzativa di un ambito territoriale di

zona-distretto costituita in forma di consorzio tra l'azienda unità sanitaria locale ed i comuni per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate".
La larghissima diffusione territoriale e la quantità delle amministrazioni coinvolte, Comuni e Aziende sanitarie, l'entità delle forze messe in azione, la qualità delle competenze coinvolte, la rilevanza delle funzioni attivate portano l'insieme delle Società della Salute a prefigurare una vera e propria evoluzione strutturale dei servizi territoriali della Toscana.
Le Società della Salute costituiscono un vero e proprio 'sistema', operando stabilmente per rispettare la *ratio istitutiva*, in quanto sorgono per sviluppare la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-assistenziali e per garantire il governo dei servizi territoriali e le soluzioni adeguate per garantire la presa in carico integrata del bisogno e la continuità del percorso assistenziale.

OBIETTIVI

Dall'analisi dello scenario di cui sopra emerge la necessità di rilanciare le SdS in un quadro di regole e contenuti tecnici e organizzativi stabili, tali da valorizzare la SdS come una delle più importanti innovazioni politico-istituzionali per la risposta ai bisogni di salute a partire dalla integrazione delle politiche sociali e sanitarie.
Assume una valenza prioritaria la questione della governance. Infatti nelle SdS, Comuni e Asl, si operano tutte le scelte strategiche necessarie per perseguire gli obiettivi di salute e il benessere sociale.
A tal proposito, in coerenza con quanto previsto dalla L.R. 40/05 e successive modificazioni, le Società della Salute devono sviluppare l'attività e il controllo sui determinanti di salute e sul contrasto delle disuguaglianze, anche attraverso la promozione delle attività di prevenzione.
Per rendere la programmazione delle attività territoriali di competenza delle Società della Salute coerente con i bisogni di salute della popolazione, le SdS si configurano nel presente piano come il baricentro ideale per recepire i bisogni delle comunità locali e per programmare e progettare le azioni specifiche di promozione delle salute e gli interventi di sensibilizzazione sugli stili di vita nel territorio, superando una visione spesso monosettoriale per integrare non solo l'ambito sanitario e sociale e coinvolgere le tematiche legate all'ambiente, all'educazione, alle infrastrutture, alla mobilità etc.
Il processo di evoluzione delle SdS ha, pertanto, come obiettivo primario la valorizzazione del ruolo centrale che esse ricoprono nelle politiche complessive per la salute ed il benessere, in particolare configurandole come soggetto che coordina l'intero asse della programmazione sociosanitaria territoriale secondo le indicazioni regionali/di area vasta e aziendali, anche attraverso i Piani Integrati di Salute.

Le Società della Salute pertanto perseguono i seguenti obiettivi generali:

- rendere la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione, per promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi territoriali di zona-distretto, nel contesto complessivo di pianificazione regionale, di area vasta e aziendale
- sviluppare l'attività e il controllo sia sui determinanti di salute che sul contrasto delle disuguaglianze, anche attraverso la promozione delle attività di prevenzione
- favorire le politiche di salute in tutti gli atti di programmazione degli enti locali.

Per lo svolgimento di attività di supporto alle funzioni istituzionali loro attribuite, le Società della Salute, a regime, devono sviluppare specifici accordi con l'ESTAV di riferimento.
A questi servizi si possono aggiungere eventuali ulteriori servizi che le Aziende USL, singolarmente o nell'ambito di accordi di Area Vasta, abbiano già attribuito agli ESTAV. Le Società della Salute possono integrare le materie di tali accordi con altri servizi, la cui valorizzazione è determinata dai singoli rapporti sviluppati con gli ESTAV.

ESTAV

Dopo l'attuazione della deliberazioni della Giunta regionale n. 1021/2005, 617/2006, 317/2008 sul trasferimento delle funzioni agli Estav , il presente Piano conferma e ridisegna il ruolo strategico degli ESTAV nella gestione delle funzioni trasferite, per ottimizzare i processi e le risorse nell'ambito degli obiettivi regionali e di area vasta.
Gli ESTAV rappresentano (ed in questo consiste il loro ruolo strategico nel sistema sanitario toscano) uno snodo perché assicurano che le richieste aziendali (di beni strumentali, risorse umane, ecc…) siano sintetizzate e riportate alla valutazione dell'Area Vasta in coerenza con gli obiettivi regionali.
Occorre innanzitutto completare il processo di trasferimento delle funzioni, previsto dall'art. 101 della l.r.40/2005, assicurando il passaggio anche di quelle relative all'Area Tecnica e alla formazione.

In secondo luogo occorre potenziare le attività che gli ESTAV svolgono a favore delle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta, in qualità di erogatori di servizi che, adottando soluzioni innovative, attuano efficaci politiche di gestione, uniformando i servizi resi ed ottenendo una significativa contrazione dei costi di sistema. Inoltre è opportuno avviare un processo di riorganizzazione per aree di attività omogenee volto a specializzare gli operatori del sistema.
Tutto ciò porta il riconoscimento agli ESTAV di una nuova natura proattiva che si caratterizza per:

- un'elevata autonomia nella gestione delle funzioni trasferite che si concretizza in una attività di concretizzazione delle scelte di area vasta sulla base delle richieste avanzate dalle Aziende secondo logiche di omogeneità ed economicità;
- un più qualificato supporto alle Aziende Sanitarie nell'attività di programmazione, che deve essere integrata e resa coerente con quella di area vasta. Tutto ciò in quanto gli Estav rappresentano i centri di competenza, detentori delle conoscenze tecniche e dei professionisti specializzati nelle funzioni trasferite.
  A questo scopo gli Estav producono anche studi di Health Technology Assessment e redigono, per i progetti di area vasta più importanti e complessi, dei "business case" valutandone i costi e gli impatti organizzativi;
- un nuovo ruolo come "system integrator".

Quanto sopra descritto deve comunque ritrovare costanti punti di coerenza ed univocità nel sistema sanitario regionale cosicché gli ESTAV sviluppino le loro competenze, articolino le loro azioni e procedano nell'erogazione di servizi in modo sinergico su scala regionale perseguendo finalità e strategie comuni. A tal fine sono costituiti "Osservatori permanenti" per valutare:
- le politiche di distribuzione dei prodotti sanitari alle Aziende Sanitarie, orientando le stesse ad azioni tempestive per il controllo della spesa di farmaci e presidi sanitari,
- le politiche di approvvigionamento di beni e servizi che devono essere ispirate al principio di specializzazione, con una capacità continua di riformulare nuove strategie di acquisto per sviluppare la più ampia concorrenza fra i fornitori. Particolare attenzione deve essere prestata ai piani di investimento per tecnologie sanitarie ed informatiche di area vasta sui quali gli Estav elaborano una preliminare valutazione in rapporto al patrimonio esistente e alla correttezza di allocazione.

Operando un'analisi prospettica per singola funzione trasferita, anche sulla scorta dell'esperienza acquisita e dell'evoluzione delle competenze professionali del personale, si delinea il seguente scenario:

Acquisizione beni e servizi
Partendo dalle attuali organizzazioni, sono identificate aree di specializzazione soprattutto nei processi di acquisizione di beni, consentendo l'applicazione di strategie regionali attraverso gare regionali, pur mantenendo presidi nei differenti ESTAV. A fronte di un'ulteriore centralizzazione della domanda si prevede un accordo con le Piccole e Medie Imprese per facilitare la loro partecipazione alle gare degli ESTAV.

Inoltre deve essere prestata maggiore attenzione ai criteri sociali ed ambientali nella definizione delle condizioni per l'esecuzione dei contratti di acquisto.
Per contenere i costi dei prodotti innovativi estremamente costosi gli ESTAV potenziano l'utilizzo dei contratti d'esito (risk sharing).
Un'attenta valutazione degli acquisti in economia, ancora oggi molto richiesti dalle aziende, deve ricondurre i medesimi a concrete e particolarissime esigenze assistenziali (caratterizzate da vere peculiarità la cui risposta non è rinvenibile in analoghi prodotti aggiudicati in gara) o alla gestione dell'innovazione, aspetti comunque che non possono prescindere da una valutazione di alto livello professionale/scientifico che ne autorizzi l'acquisto.

Logistica
E' di rilievo il valore aggiunto acquisito con una supply chain completa dove gli ESTAV sono titolari dell'intero processo che va dalla selezione del fornitore alla consegna dei beni (farmaci, dispositivi medici, diagnostici) agli utilizzatori. Tale modello consente una drastica riduzione delle scorte, delle risorse umane e strumentali nonché un'efficace attività di orientamento e monitoraggio dei consumi, con evidenza delle best practices che possono essere esportate in altre realtà.

Pertanto si procede a sviluppare un'efficiente catena logistica su scala Regionale, valorizzando al massimo gli investimenti fatti o già programmati nel breve periodo e le competenze maturate nei diversi ESTAV; occorre completare il trasferimento anche di funzioni residue, quali i rifornimenti e la distribuzione di materiale economale, ancora gestite nelle Aziende Sanitarie.
Costituisce compito degli ESTAV anche la gestione delle forniture effettuate attraverso lo strumento del contratto estimatorio / conto deposito[23] anche al fine di poter procedere, anche in tal caso, all'orientamento sugli acquisti con contestuale e tempestivo monitoraggio e controllo sulla spesa.

Gestione procedure concorsuali e selettive
Gli ESTAV svolgono un ruolo di rilievo operando alcune valutazioni propedeutiche, preliminari all'avviamento del percorso selettivo, volte alla verifica dei presupposti normativi. Ciò consente agli Estav, attraverso un monitoraggio continuo, di avere una visione globale dell'entità e dell'allocazione delle risorse umane dell'area vasta, e di garantire coerenza con la programmazione regionale. Strategie comuni ed azioni coordinate fra le Aree Vaste possono dar luogo a graduatorie sempre attive su alcune figure professionali (es: operatori socio sanitari, infermieri, tecnici di laboratorio/radiologia, medici anestesisti, radiologi, ecc..).

Gestione stipendi
Gli Estav, elaborando gli stipendi, sono i naturali detentori dei dati economici del personale di tutta l'area vasta e pertanto possono fornire in proposito adeguate informazioni al Comitato di area vasta e alla Regione, formulando anche un quadro sinottico dei vari istituti contrattuali e delle relative modalità di attuazione da parte delle Aziende sanitarie.
Nell'ottica di una maggiore omogeneizzazione nell'applicazione di alcuni istituti legati alla contrattazione decentrata, gli Estav contribuiscono alla gestione dei relativi gruppi di lavoro interaziendali.

Tecnologie Sanitarie
La funzione Tecnologie sanitarie permette agli Estav di gestire tutto il ciclo di vita delle tecnologie: dalla programmazione all'acquisto (privilegiando le "gare a catalogo" o gare aperte che permettono di avere sempre disponibili per l'acquisto da parte delle Aziende Sanitarie le attrezzature di bassa e media tecnologia), dal collaudo alla manutenzione fino alla dismissione dell'attrezzatura. Si

[23] Tali forniture dovrebbero essere prese in carico dal Magazzino di Area Vasta comportando una gestione unificata e coerente dei reintegri che, nel caso di gare regionali, riguarderebbe tutte le Aziende Sanitarie Toscane. Secondo la logica suddetta, anche la gestione di tali forniture viene riallineata alle procedure di acquisto attivate dagli ESTAV con successiva fatturazione alle Aziende acquirenti.

ribadisce la necessità di omogeneizzare tutti i contratti di manutenzione delle attrezzature sanitarie con conseguenti benefici economici e standardizzazione del servizio in area vasta.
Un ulteriore salto di qualità rispetto anche alla specializzazione per processi è legato all'acquisizione diretta da parte degli Estav dei contributi diretti per la gestione del budget dei servizi di manutenzione delle attrezzature sanitarie.
Dovranno essere sviluppati studi di Health technology Assessment per fornire le informazioni necessarie alle direzioni delle Aziende Sanitarie per razionalizzare gli investimenti.

Tecnologie Informatiche
Gli ESTAV devono sviluppare progetti per realizzare un'infrastruttura HW centralizzata. Contribuiscono altresì alla definizione e applicazione di modelli comuni sia per i processi sanitari che amministrativi delle Aziende Sanitarie, prevedendo una successiva omogeneizzazione delle procedure informatiche, attualmente assai diversificate e disomogenee per struttura e manutenzione. Il progetto di omogeneizzazione dei software gestionali deve essere sviluppato secondo le direttive impartite dalla Regione per garantire un indirizzo comune e congruente con le strategie regionali stesse.
Occorre sviluppare un "sistema informativo" di area vasta che sintetizzi i dati delle singole Aziende Sanitarie sia per conciliare i flussi aziendali in vista del successivo inoltro in Regione, sia quale "cruscotto" di area vasta a supporto delle decisioni strategiche del Comitato di area vasta. Tale basamento informativo deve essere strutturato per consentire anche un benchmark tra Aziende su situazioni omogenee, secondo la logica del confronto che stimola al miglioramento continuo.

6.3.2. La rete del Welfare della Toscana: il ruolo degli Enti Locali e del Terzo Settore

La fascia di popolazione più fragile (anziani soli, stranieri) o maggiormente emarginata (senza fissa dimora, tossicodipendenti, detenuti, vittime della tratta, persone con sofferenza mentale, ecc.) richiede una particolare attenzione e un approccio che possa raggiungere gli obiettivi di diritto alla salute e di tutela della salute pubblica.
La prevenzione, la diagnosi precoce, la cura, la riabilitazione e l'inclusione sociale devono vedere impegnate le Società della Salute e le Istituzioni Socio Sanitarie, in rete con il Privato Sociale e il Volontariato, in modo che i progetti personalizzati possano essere verificati in termini di efficacia e di efficienza e possano essere implementati, trasferiti e potenziati per raggiungere l'obiettivo di salute come diritto.
Le "buone prassi", individuate e sperimentate nel recente passato, che hanno visto far funzionare la rete di interventi tra sociale e sanitario, tra interventi del pubblico, del privato sociale e del volontariato devono ormai essere messe "a sistema".
Anche le "malattie della povertà" (malnutrizione, TBC, malattie sessualmente trasmesse, HIV, HCV, ecc.) richiedono capacità di adeguare gli interventi sanitari in modo da raggiungere gli obiettivi di educazione alla salute attivando le risorse degli utilizzatori finali (progettando con e non solo per).
Ed anche per quanto riguarda i ricoveri Ospedalieri, gli accessi impropri e ripetuti al Pronto Soccorso, le dimissioni complesse, occorre tenere conto delle situazioni di incapacità o di impossibilità a praticare una reale continuità terapeutica e dovranno essere previsti accompagnamenti qualificati, integrazione sociosanitaria e verifiche degli interventi, che attivino sinergie tra i diversi soggetti.
Tali interventi, oltre a conseguire un risultato in termini di salute e di qualità della vita, possono contribuire alla diminuzione dell'inappropriatezza con un vantaggio non indifferente nell'uso corretto delle risorse.
Uso appropriato delle risorse che potrebbe dimostrare come si possano, attraverso le giuste sinergie, incrementare i servizi senza produrre un incremento complessivo dei costi sostenuti dal sistema socio sanitario.
Al fine di promuovere l'insieme dei diritti e delle opportunità volte allo sviluppo del benessere dei singoli e delle comunità assicurando il sostegno ai progetti di vita delle persone e delle famiglie la Regione e gli Enti locali realizzano un sistema integrato di interventi e servizi in grado di sostenere

la centralità dei diritti di cittadinanza e l'inclusione sociale. L'insieme delle macrotendenze demografiche, economiche e sociali comportano, nel sistema di welfare attuale, innovazioni rilevanti che strutturano la governance istituzionale e sociale, come governance del cambiamento.

Il ruolo degli Enti Locali

Nel "modello Toscano" il ruolo della sussidiarietà si riafferma come pilastro fondamentale del sistema sociosanitario consolidando il ruolo responsabilmente acquisito dagli enti locali che ha prodotto una rapida crescita qualitativa della programmazione locale e che ha permesso di costruire un quadro di condizioni propedeutico alla diffusa costituzione delle Società della Salute.
La sfida dei prossimi anni è quella di sviluppare un modello di welfare con servizi e programmi legati ai bisogni dei cittadini sulla base dei principi di equità e di giustizia sociale.
L'intento è quello di raggiungere nella fase di programmazione degli interventi la più ampia rappresentazione degli interessi dei cittadini e di condividere le modalità d risposta al bisogno pur nel rispetto della cornice di competenze in capo agli Enti Pubblici di governo. A tal fine la Regione adotta strumenti di concertazione e confronto con le parti sociali, tenendo conto anche di quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 18 (relazioni sindacali) della Legge Regionale 41/ 2005, ed attiva la più ampia partecipazione delle associazioni degli utenti, dei consumatori e dei soggetti del terzo settore, durante il percorso di programmazione.
Pertanto il processo di programmazione vede presenti, ciascuno per il ruolo previsto dalla normativa, tutti i soggetti istituzionali e le rappresentanze associative della società civile, così da realizzare la più ampia condivisione sugli obiettivi e sulle modalità di perseguimento degli stessi.
La programmazione si configura così come il risultato di un processo pienamente partecipato sia nella dimensione locale che sul piano regionale.
Nel dettaglio la L.R 41/05 pone in capo ai Comuni la promozione della comunità locali quali sistemi di relazioni tra le persone, le famiglie, le istituzioni, le organizzazioni sociali, i portatori di interessi diffusi, per la costruzione di una rete locale di interventi e servizi sociali finalizzata a garantire l'attuazione dei diritti di cittadinanza sociale.
I comuni esercitano le funzioni di programmazione locale del sistema integrato attraverso l'approvazione dei piani integrati di salute e sono titolari di tutte le funzioni amministrative concernenti la realizzazione della rete locale degli interventi e servizi sociali, nonché la gestione e l'erogazione dei medesimi. Fatte salve le funzioni diversamente attribuite dalla normativa vigente i comuni sono competenti per:

- il rilascio dell'autorizzazione e la vigilanza sulle strutture residenziali e semiresidenziali;
- la definizione delle condizioni per l'accesso prioritario alle prestazioni erogate dal sistema integrato;
- la determinazione eventuale di livelli di assistenza ulteriori ed integrativi rispetto a quelli determinati dallo Stato e dalla Regione.

Anche le Province concorrono alla programmazione regionale e alla programmazione di ambito zonale e curano il coordinamento con le politiche settoriali di cui all'articolo 3, comma 2, lettera b) della L.R. 41/05 e con i programmi locali di sviluppo di cui all'articolo 12 della L.R. regionale 11 agosto 1999, n. 49 (Norme in materia di programmazione regionale).
Le Province sono sentite dalla Conferenza dei sindaci in sede di esame dei piani attuativi delle aziende unità sanitarie locali il cui ambito territoriale è, anche in parte, ricompreso nel territorio di riferimento della provincia medesima, ai fini del raccordo con le politiche settoriali e i programmi locali. Le Province curano la tenuta degli albi e dei registri regionali previsti dalla legislazione regionale in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo di promozione sociale, e promuovono la partecipazione dei soggetti interessati alla costruzione delle reti di solidarietà sociale.
Le Province esercitano funzioni operative finalizzate alla realizzazione del sistema regionale di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali, di valutazione nonché di diffusione delle conoscenze, sulla base di intese, accordi o altri atti di collaborazione istituzionale stipulati con la Regione.

La Regione Toscana, oltre a potenziare il sistema dei servizi pubblici nelle loro diverse articolazioni, incoraggia e sostiene sul territorio regionale quelle realtà del privato sociale, del volontariato, dell'associazionismo e dell'auto aiuto che, liberamente, hanno scelto di dedicarsi a settori importanti per l'intera collettività.

Il Terzo Settore

Vario e composito è lo scenario dei soggetti del Terzo Settore che operano all'interno del contesto toscano. Ai sensi dell'art. 17 della legge regionale 41/2005 sono infatti considerati soggetti del Terzo Settore le organizzazioni di volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le cooperative sociali, le fondazioni, gli enti di patronato, gli enti ausiliari di cui alla legge regionale 11 agosto 1993, n. 54, gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, gli altri soggetti privati non a scopo di lucro, ognuno operante nei loro rispettivi ambiti di competenza. A questi si aggiunge poi l'ampia rappresentanza civile raccolta intorno all'associazionismo informale, familiare e amicale non necessariamente strutturato in forme chiare e normativamente determinate.
Questo insieme di soggetti costituisce una ricchezza per il territorio regionale soprattutto per il tratto che lo caratterizza e che costituisce il valore aggiunto rispetto all'economia di mercato: uno "sguardo altro" con il quale il Terzo Settore guarda alla progettazione prima, alla pianificazione poi e infine all'erogazione dei servizi. All'interno di un sistema economico che segue logiche sempre più indirizzate verso il profitto e la specializzazione, l'orientamento forte dei soggetti del Terzo Settore verso l'assenza di profitto - o comunque il divieto di utilizzare gli utili per scopi altri rispetto al re-investimento nelle attività dell'organizzazione - rappresenta difatti una modalità originale e spesso capace di agire nei contesti con grande efficacia e senso di responsabilità. L'azione radicata sui territori, vicina alle persone ed ai loro bisogni, capace di investire anche laddove non è economicamente redditizio è inoltre valore aggiunto di fondamentale importanza per il settore pubblico. Da questo discende il riconoscimento ai soggetti di Terzo Settore di un ruolo centrale nelle politiche sociali regionali, poiché "concorrono ai processi di programmazione regionale e locale e, ciascuno secondo le proprie specificità, partecipano alla progettazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato". Questo avviene in funzione delle principali caratteristiche che ne contraddistinguono l'identità e ne orientano l'attività, e che possono essere individuate principalmente nella capacità di attivare relazioni a forte reciprocità tra i soggetti singoli ed associati e di investire sulle comunità e sui territori.

Contesto di riferimento

Nell'ambito più generale delle attività del terzo settore la cooperazione sociale, alla quale la legge riconosce l'obiettivo primario di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi e lo svolgimento di attività diverse finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, ha concorso con gli Enti pubblici a realizzare un sistema integrato di servizi alla persona, partecipando all'innalzamento dei livelli di qualità delle prestazioni e dei sistemi di gestione dei servizi qualificante "il modello toscano" in risposta ai bisogni dei cittadini nonché a sostegno e sviluppo di un'occupazione stabile e professionalizzata. In un contesto di difficoltà a mantenere i livelli storici della spesa sociale e per preservare l'equità nei livelli di prestazioni del sistema di welfare regionale, la cooperazione sociale dovrà essere chiamata ad esercitare un ruolo maggiormente orientato ad intraprendere azioni di sostegno ed integrazione degli interventi pubblici nel sistema nell'ottica di un partenariato e della presa in carico condivisa dei beni comuni. A tale riguardo, anche in relazione all'evoluzione del contesto sociale e normativo di riferimento, saranno valorizzate, nell'ambito del Tavolo permanente della cooperazione sociale, modalità di rapporto e di affidamento dei servizi che richiamino la cooperazione sociale ad un ruolo di partner attivo e responsabile del sistema attraverso l'aggiornamento e l'implementazione del quadro delle norme generali e specifiche di settore.

Nella nostra regione il volontariato è fortemente presente e vivace, costituito da associazioni eterogenee sia per attività che per numero di iscritti, legate a sigle di rilievo nazionale o radicate a livello territoriale, che operano con finalità di solidarietà e partecipazione democratica alla vita civile, svolgendo anche un'importante funzione educativa, di tutela dei diritti e di promozione della cittadinanza attiva.
In Regione Toscana negli ultimi anni si è consolidata e amplificata la collaborazione fra Istituzioni e Terzo Settore, favorendo inoltre in particolar modo quelle progettualità che rientrano nella programmazione territoriale e che danno luogo a servizi continuativi direttamente rispondenti e correlati ai bisogni delle diverse realtà territoriali.
E' infatti da tempo riconosciuto come le caratteristiche di questo settore siano particolarmente in grado non solo di identificarlo in maniera chiara e di differenziarlo nettamente sia dal primo settore (Stato) che dal secondo (mercato), ma come soprattutto si traducano in un valore aggiunto connesso ai servizi ed ai benefici che questi sono in grado di produrre rispetto agli individui, le comunità e i territori. In parte queste caratteristiche hanno a che fare direttamente con le modalità operative adottate dal settore nella progettazione, programmazione ed erogazione dei servizi, mentre per gran parte sono direttamente connesse all'identità dei soggetti.

Obiettivi generali
La riorganizzazione dei sistemi di welfare sanitario e sociale ha seguito, negli ultimi 25 anni, un modello a carattere prevalentemente istituzionale e assistenziale, a costi crescenti e ormai insostenibili, con impoverimento delle famiglie e delle comunità locali sia in termini di competenza relazionale, sia in termini economici. Dal modello tradizionale di *welfare* assistenziale si è venuto sempre più affermando, in questi ultimi anni, un *welfare* dei consumatori, utenti di aziende ed organismi erogatori di prestazioni, tariffate, numerate, quantificate, acquisibili ovunque sul mercato pubblico e privato.
Con l'introduzione di questo "sistema dei consumatori" si è passati da un modello integrato, centrato sulla titolarità di funzioni di erogazione in capo al soggetto pubblico, a un modello contrattuale, imperniato sulla separazione fra soggetti acquirenti e soggetti erogatori delle prestazioni.
Lo scenario che si ritiene di proporre è quello del passaggio da un sistema di protezione sociale che ha affidato allo Stato il compito di produrre benessere, e con esso la salute della popolazione, ad una realtà nella quale produrre benessere – e con esso salute – che diventa un compito anche della società civile, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere (sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario) fra le sfere civili e fra queste ultime e il sistema politico-amministrativo.
Il modello cui si fa riferimento è quello della "comunità solidale", o della "welfare community": un modello di politica sociosanitaria che, modificando profondamente i rapporti tra istituzioni e società civile, garantisce maggiore soggettività e protagonismo alla comunità civile, aiutandola nella realizzazione di un percorso di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori della solidarietà, della coesione sociale e del bene comune.
Il ruolo del partner privato (in particolare l'economia sociale e civile) non sarà la produzione di un rigido set di prestazioni o la gestione di strutture più o meno protette, ma la realizzazione di interventi sulle principali determinanti della salute ed al tempo stesso di promozione e garanzia dei diritti dei cittadini nelle aree citate. Al centro del sistema sarà, quindi, la "persona" con un nome ed un volto unico ed irripetibile, portatrice di valori, convinzioni, scelte individuali, e non una struttura od una organizzazione. Al partner si dovrà chiedere di fornire queste occasioni attraverso la valorizzazione dell'ambiente, dei contesti, delle famiglie e delle relazioni.
Si dovranno promuovere, in altri termini, forme di privato sociale che favoriscano l'inserimento nelle compagini sociali, in veste di soci fruitori, dei destinatari dei servizi, come strategia di (ri)attribuzione di poteri e diritti ai soggetti deboli.

Sono da sviluppare:
- le azioni già previste nelle normative attuali (L.R40/05 e 41/05) in merito alla partecipazione del Terzo Settore ai processi di programmazione e all'effettiva collaborazione al rafforzamento degli interventi e servizi che costituiscono la rete di protezione sociale

nella nostra regione;
- aprire zone di sperimentazione operativa che tengano insieme le esigenze di universalità dell'accesso ai servizi e la copertura di tutti i bisogni, anche quelli più marginali;
- il capitale sociale grazie all'attenzione precipua alle persone, e – agendo in sinergia anche con le politiche pubbliche - diventa in grado di contenere ed arginare le spinte alla disgregazione sociale e all'individualismo che provengono dall'esterno. Guardando ai territori il Terzo Settore non vede infatti solo spazi di mercato, luoghi dove creare profitto, bensì riserve di risorse alle quali stare vicino (prossimità) per creare sinergie da valorizzare e potenziare, dalle quale trarre linfa vitale ed energie;
- e rafforzare attraverso momenti di discussione, di confronto e di studio la prospettiva tesa ad identificare prima e misurare poi quello che è definito "il valore sociale aggiunto" del Terzo Settore, ovvero quell'apporto distintivo che solo il Terzo Settore è in grado di infondere alla propria operatività ed ai servizi che eroga sui territori individuando modelli che riescano a misurare il valore sociale aggiunto che il Terzo Settore toscano;
- l'adozione di modalità organizzative che mirino a creare partecipazione, condivisione, a stimolare il coinvolgimento e l'attivazione sia dei soggetti già interni alle organizzazioni che esterni, in una prospettiva di democrazia che promuova spazi e luoghi di partecipazione che si traducano in azioni, in grado di valorizzare la capacità di ascoltare ogni destinatario, tenendo conto della sua diversità, delle sue caratteristiche dentro e fuori dal sistema di fruizione dei servizi erogati,con la finalità di creare interventi e supporti in grado di ricostruirne l'identità di cittadini attivi, di mettere al centro la promozione e l'autodeterminazione delle persone e dei gruppi.

Le azioni per il quinquennio
- revisione normativa
- verifica di coerenza fra le nuove disposizioni normative che vedono coinvolto il terzo settore;
- rinnovo delle consulte con particolare riferimento alla nomina dei componenti;
- linee guida per la progettazione dei servizi di prossimità territoriale;
- adozione di specifiche linee guida per l'applicazione di protocolli regionali riguardanti l'inserimento lavorativo di seggetti svantaggiati per una loro promozione ed una più ampia diffusione su tutto il territorio regionale;
- avvio di percorsi sperimentali di progettazione e realizzazione di servizi alla persona che prevedano una responsabilità condivisa tra pubblico e privato sociale nell'ottica della valorizzazione del ruolo di partner sussidiario della cooperazione sociale
- sviluppo tra il sistema dei servizi pubblici alla persona e le organizzazioni del terzo settore;
- valorizzazione delle realtà associative nei molteplici settori e ulteriore capillarità e diffusione;
- promozione del volontariato giovanile;
- Introduzione dei concetti di:
- sociale di iniziativa
- sociale conformativo
- scambio solidale

Sviluppo iniziative innovative:
E' infatti dalla riflessione sulle risorse dei territori che nasce una progettualità in grado di essere sostenibile socialmente, rispettosa delle caratteristiche dei contesti e delle persone che in essi sviluppano la propria esistenza, ma anche e allo stesso tempo flessibile, capace di dare risposte veloci grazie anche all'utilizzo di percorsi informali attenti ai bisogni ed alle loro caratteristiche.
Elementi centrali per la realizzazione di questi percorsi sono sicuramente la programmazione e la coprogettazione degli interventi attraverso la messa in rete delle competenze e delle risorse, il privilegiare l'integrazione che favorisce l'elaborazione congiunta di traguardi e percorsi in partnership con tutti i soggetti del territorio. La capacità di creare percorsi di azione sinergici anche con le strutture e gli enti pubblici - rispetto ai quali il Terzo Settore non si propone in antitesi bensì come soggetto in grado di attivare un ruolo complementare – gioca un ruolo centrale rispetto a

questo orientamento. Il principio dell'universalità dell'accesso e dei servizi offerti che caratterizza l'impostazione operativa del Terzo Settore e che lo pone sulla stessa lunghezza d'onda del servizio pubblico – marcando al contempo ulteriormente la distanza dai soggetti di mercato - fa infatti sì che la possibilità di accedere ai sevizi in maniera semplice ed immediata rappresenti un valore aggiunto anche per le stesse strutture pubbliche, dal momento che consente di abbreviare percorsi altrimenti a volte ancora troppo lunghi nella percezione dei cittadini e soprattutto di andare a coprire in maniera efficace i bisogni anche di coloro che non sono ancora considerati appartenenti alla comunità, come ad esempio gli immigrati irregolari o clandestini, o ancora i senza fissa dimora. E' infatti nei confronti di questi soggetti – frequentemente collocati nelle marginalità estreme – che l'operatività del Terzo Settore diventa aggiuntiva a quella di un settore pubblico spesso oggettivamente impossibilitato all'azione nonostante la conoscenza del bisogno, ed in grado di rappresentare un momento importante di intervento sulla coesione e sul benessere sociale. Quelli che sono terreni di difficile azione per il settore pubblico rappresentano i luoghi quotidiani di impegno dei soggetti di Terzo Settore, da presidiare in quell'ottica di gestione della complessità crescente dei territori e dei contesti che caratterizza la governance delle organizzazioni non profit.
Peraltro, questa visione inclusiva e tutta proiettata sulla relazionalità ben si coniuga, nel Terzo Settore toscano, con concetti importanti come la valutazione della qualità dei propri interventi, la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori e l'investimento sulla produzione di conoscenza, anche attraverso un impegno forte e continuativo sui temi della comunicazione interna ed esterna. La prima caratteristica ha a che fare con la costruzione condivisa e partecipata di sistemi di valutazione della qualità dei progetti e dei servizi offerti che consente di trasformare l'esperienza in conoscenza dalla quale apprendere per migliorare continuamente e per rimettersi in gioco con rinnovato slancio. La seconda ha invece a che fare con l'apprendimento continuo che investe sul bagaglio di conoscenze e competenze degli operatori e lo rende capitale da diffondere all'interno dell'organizzazione, da mettere in comune per diventare esperienza condivisa sulla quale costruire servizi continui, certi, in grado di sviluppare qualità prestando al contempo attenzione alle tensioni e allo stress cui gli operatori possono essere sottoposti nell'erogarli. Un clima di questo genere, dove si apprende continuamente dall'esperienza propria ed altrui, la si condivide, e la si somma ad approfondite e partecipate indagini sulla qualità dei servizi prestati fa sì che al centro del contesto organizzativo possa essere messo quel capitale immateriale di informazioni, nozioni e pratiche in grado di supportare sia l'elaborazione teorica che la realizzazione dei servizi per metterle al servizio di un contesto sociale in continuo cambiamento e di sempre crescita.

Indicatori di risultato

- revisione della normativa regionale di riferimento per allinearsi al mutare del sistema nazionale e definire un nuovo sistema partecipazione attiva alla programmazione regionale;
- costruzioni di pratiche ed azioni per la promozione del volontariato, dell'associazionismo e della cooperazione sociale;

6.3.3. Gli Istituti Scientifici

La disciplina della materia è quella recata dalla l.r. 40/2005 che all'articolo 14 prevede che i rapporti con i soggetti in questione si instaurino sulla base di protocolli d'intesa adottati nell'ambito del Piano Sanitario Regionale e che i rapporti convenzionali per le attività assistenziali con il Servizio Sanitario Regionale siano instaurati tra le aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei predetti protocolli d'intesa.

Sono compresi in tale categoria di soggetti:

a. l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Stella Maris" con la propria sede di Pisa – Calambrone;
b. l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Don Gnocchi" con la propria sede di Firenze.

FONDAZIONE DON GNOCCHI

Il protocollo d'intesa tra Regione Toscana e l'IRCCS Fondazione don Gnocchi approvato con delibera della Giunta Regionale n. 548/2009 in attuazione del Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010, individua gli spazi di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e delle conoscenze nel settore sanitario della riabilitazione.

In particolare la Fondazione persegue modalità di lavoro che privilegiano gli aspetti della eccellenza e della appropriatezza delle prestazioni secondo gli atti regionali.

Le attività assistenziali di riabilitazione riguardano "la medicina della riabilitazione" (cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia e traumatologia) e la riabilitazione intensiva di alta specialità. E' garantita una risposta differenziata in relazione alle diverse caratteristiche e complessità delle disabilità grazie alla disponibilità di setting riabilitativi appropriati in tutte le fasi ospedaliere e territoriali e l'utilizzo di dotazioni e tecnologie avanzate.

Ciò assume particolare valenza con la conferma, per la nuova sede di Firenze, del riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Pertanto la Fondazione, in coerenza con i propri fini istituzionali, tesi ad orientare la propria ricerca ad una ricaduta a breve sull'assistenza (ricerca traslazionale), può mettere a disposizione del sistema sanitario regionale le conoscenze e competenze che costituiscono il risultato di tale ricerca.

Al riguardo, la Regione Toscana individua la Fondazione come uno dei soggetti in grado di supportare la ricerca condotta in stretta correlazione e integrazione con le funzioni universitarie, ospedaliere e territoriali presenti nell'Area Vasta Centro e in ambito regionale.

L'attività di ricerca condotta dall'IRCCS rappresenta un terreno di possibili collaborazioni nelle aree della riabilitazione nonché negli altri ambiti della medicina e delle tecnologie molecolari, della bioingegneria e tecnologie biomediche e delle tecnologie per l'integrazione sociale e la sanità pubblica.

L'attività di formazione potrà integrarsi con quella del SST come aspetto centrale dell'allargamento delle competenze dei professionisti, che ha come aspetto centrale la people-satisfaction e la valorizzazione dei processi comunicativi e interpersonali che influenzano direttamente la cura e la qualità degli interventi terapeutici.

Nel periodo di vigenza del piano saranno da perseguire i seguenti obiettivi:

- la introduzione e diffusione di percorsi riabilitativi integrati, rispondenti a criteri definiti in base al bisogno anche rimodulando la offerta assistenziale;
- la diffusione dell'assistenza riabilitativa in rete;
- la redistribuzione dei posti letto secondo i parametri e la programmazione in ambito di Area Vasta e Regionale;
- lo sviluppo di sinergie di rete con le altre realtà regionali già operanti nel settore della riabilitazione intensiva ad alta specializzazione
- la completa integrazione della Fondazione con le sfide della sostenibilità economica del SST.

STELLA MARIS

L'IRCCS Stella Maris opera nel settore specialistico della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, nel rispetto del Protocollo d'Intesa con la Regione Toscana di cui alla DGR 339/2005.

In questo ambito il presente Piano conferma e rafforza le funzioni precipue dell'IRCCS e nello specifico:

- la funzione di neuropsichiatria infantile per le attività assistenziali della Neuropsichiatria Infantile universitaria pisana (DGR 1018/2004)
- l'attività di alta specialità riabilitativa per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva, sotto il coordinamento dell'AOU Meyer;
- l'attività di Pronto Soccorso di III livello per l'emergenza psichiatrica in preadolescenza ed adolescenza in collaborazione con l'Ospedale Meyer;

- nell'ambito della rete regionale delle malattie rare pediatriche coordinata dal Meyer la caratterizzazione di centro per le malattie rare di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- centro di alta specializzazione per le malattie genetiche di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- sede di valutazione pre-chirurgica e di riabilitazione post-chirurgica dell'epilessia infantile, in collaborazione ed integrazione con l'AOU Meyer e l'AOUP;
- collabora alla elaborazione di appropriati percorsi e protocolli diagnostico - terapeutico - riabilitativi in ambito neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- formazione continua per la neuropsichiatria dell'età evolutiva in collaborazione con l'Università di Pisa ed in coerenza con l'attività formativa dell'AOU Pisana;
- sviluppo, nell'ambito della Fondazione IMAGO 7 e in collaborazione con il Meyer, di un Polo Regionale di ricerca a valenza europea per l'imaging in RM con sviluppo di nuove tecnologie per l'altissimo campo (7 tesla), con particolare riferimento all'età evolutiva;
- collaborazione con l'AOU Meyer in materia di traumi cranio-encefalici, malattie neuromuscolari e neuro-oncologia;
- collaborazione con il CNR su aree tematiche di ricerca di comune;
- completa integrazione della Fondazione con le sfide della sostenibilità economica del SST.

6.3.4. Gli altri soggetti

FONDAZIONE TOSCANA GABRIELE MONASTERIO

Con la Legge Regionale 85 del 29.12.2009 la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM) è stata riconosciuta Ente Pubblico del Servizio Sanitario Regionale, presidio specialistico nell'ambito dell'Area Vasta Nord Ovest e centro di riferimento per attività di ricerca, sperimentazione e alta formazione in collaborazione con il CNR, le Università e le Aziende Ospedaliero Universitarie.
La Fondazione opera nei due stabilimenti di Pisa (Area di Ricerca CNR) e di Massa (Ospedale del Cuore, "G. Pasquinucci"), ed eroga prestazioni specialistiche nell'ambito della cardiologia e cardiochirurgia pediatrica e dell'adulto, neonatologia e pneumologia; costituisce inoltre centro avanzato nella diagnostica multimodale per immagini, la medicina di laboratorio e l'informatizzazione delle attività sanitarie integrate con i processi amministrativi e gestionali. E' Centro di Riferimento Regionale per la cardiochirugia pediatrica.
La prevalenza di casistica di alta complessità ha consentito lo sviluppo dell'approccio ibrido- mini invasivo (chirurgico + interventistico) per la correzione di patologie cardiache e vascolari e l'approccio intensivo e integrato al trattamento della cardiopatia ischemica, dello scompenso cardiaco e dell'ipertensione polmonare primitiva, nonché lo sviluppo e l'applicazione clinica delle nuove conoscenze in merito ai fattori endocrino-metabolici, divenendo centro di riferimento regionale per la lipo aferesi.
Le caratteristiche di qualità e di alta specialità dell'attività svolta sono confermate dalla forte attrazione extra regionale che ha costituito il 20% dell'attività, con punte oltre il 40% per le attività specialistiche pediatriche e alcune tecnologie d'immagine.
In campo epidemiologico, FTGM ha continuato la gestione del Registro delle Malattie Rare della Regione Toscana.
Negli ultimi anni si è consolidata la collaborazione con molte strutture del SSR sull'infarto miocardico acuto, l'assistenza alle gestanti e al neonato con diagnosi prenatale di cardiopatia congenita fetale ad alto rischio, il trattamento in situ di casi intrasportabili e l'effettuazione di prestazioni di imaging funzionale di particolare complessità in settori pediatrici.
Per lo svolgimento delle attività sanitarie, di ricerca, e di alta formazione FTGM ha stipulato convenzioni con le facoltà mediche di Pisa e di Firenze e con la Scuola Superiore S.Anna, che consentono a personale e studenti di questi enti di frequentare i presidi della FTGM.
Nel periodo di vigenza del presente Piano si dovrà:

- sviluppare ulteriormente la capacità d'interazione con gli altri soggetti della sanità pubblica, della formazione e della ricerca;

- dare priorità alla riorganizzazione funzionale delle strutture edilizie dello stabilimento di Massa, in particolare per quanto attiene alle sale operatorie ed alle terapie intensive specialistiche (cardiochirurgia adulto, cardiochirurgia pediatrica, neonatale);
- continuare a privilegiare l'integrazione delle competenze per obiettivo clinico mantenendo la capacità di attrazione da altre regioni e dall'estero.

AUXILIUM VITAE

L'Auxilium Vitae svolge da anni, oltre alla riabilitazione di base, un importante ruolo nella rete riabilitativa di alta specialità con particolare riferimento alla riabilitazione neurologica e alle gravi patologie respiratorie.
Con il presente Piano saranno perfezionati i raccordi funzionali con i punti della rete assistenziale riabilitativa di alta intensità neuroriabilitativa con particolare riferimento alle intese con l'Azienda USL 12 di Viareggio al fine di realizzare una regia unica sui relativi processi assistenziali all'interno dell'Area Vasta Nord Ovest. Sarà inoltre favorito il consolidamento dell'attività di Svezzamento Respiratorio anche in ambito Regionale.
Viene inoltre confermata la sinergia e l'impegno operativo con la Scuola S. Anna di Pisa per la piena operatività del laboratorio di Ingegneria Clinica, attivo presso la struttura di Volterra, e per il prosieguimento dei programmi di ricerca finalizzata già avviati.
Si impegna a svolgere i programmi e le attività in maniera coerente con le risorse disponibili e secondo i principi della appropriatezza ed efficienza ed ad integrarsi nella rete assistenziale riabilitativa regionale con tutti i soggetti operanti rispettando i parametri di dotazioni tecnologiche e di posti letto stabiliti dalla programmazione regionale.

6.3.5. Il governo delle specificità geografiche: aree insulari e montane

Il presente piano sociale e sanitario integrato, in linea con la programmazione sanitaria precedente, intende dedicare particolare attenzione alla programmazione dei servizi socio-sanitari nei territori montani ed insulari.

Si confermano gli obiettivi del PSR 2008-2010, di seguito sintetizzati:
- implementare il sistema di verifica della specifica progettualità con la valutazione dei risultati ottenuti anche attraverso l'apposita commissione regionale;
- migliorare la fruibilità e l'accesso dei servizi, specie per la popolazione anziana, molto presente nelle zone montane;
- valorizzare le risorse professionali che operano nelle specificità geografiche;
- potenziare i servizi di emergenza–urgenza, con particolare riferimento ai comuni montani in situazioni di maggior disagio ed ai contesti insulari;
- sviluppare informazione e comunicazione verso l'utenza;
- definire percorsi assistenziali specifici per patologie e categorie di soggetti;
- potenziare le strutture e le dotazioni tecnologiche degli ospedali.

Inoltre, alla luce di quanto emerso nella fase di ascolto del presente piano, dai dati epidemiologici e dalla rilevazione dei nuovi bisogni di salute si evidenzia sempre più il fenomeno, nelle realtà montane e dei piccoli comuni, la necessità di strutturare risposte legate al trattamento di patologie croniche e delle loro riacutizzazioni. Con tali premesse dovrà essere favorita la progressiva implementazione di posti letto di ricovero intermedio con contestuale trasformazione di posti letto specialistici ospedalieri per acuti sviluppando il ruolo cardine che dovrà essere svolto dal MMG nella gestione del percorso assistenziale del paziente affetto da patologie croniche. Tutto ciò dovrà avvenire anche con l'attivazione e lo sviluppo di percorsi assistenziali territoriali e domiciliari, in una pianificazione integrata ospedale - territorio dei servizi e delle azioni coerenti con i bisogni sociosanitari rilevati nelle varie realtà.

Nelle stessi sedi dovranno essere raccolte tutte le altre istanze della medicina territoriale per completare l'insieme delle prestazioni sanitarie coordinate (continuità assistenziale, guardia turistica, eventuali punti di emergenza territoriale…) fino a definire la "casa della salute" sede della medicina territoriale.
Essenziale sarà la funzione di pronto soccorso, pienamente integrata con la rete dell'emergenza urgenza; essa dovrà divenire quella prevalente, totalmente autosufficiente fino alla stabilizzazione del paziente e al suo trasferimento, se necessario, anche impiegando il sistema dell'elisoccorso, con un sistema di piazzole adibite anche al volo notturno. La funzione della rete oncologica deve essere garantita ed offrire un servizio di qualità e di equità consolidata ai cittadini del territorio.
A verifica e monitoraggio costante dell'andamento delle soluzioni organizzative previste, dovranno essere previste azioni specifiche per favorire il miglioramento anche della qualità percepita dai cittadini: dalla accoglienza alle cure territoriali.

Altro aspetto fondamentale è rappresentato dalla continuità da garantire ai piani-patti territoriali già sottoscritti e in gran parte sviluppati. Dovrà essere data continuità e aggiornamento per rendere coerenti tali piani di investimento e di ristrutturazione con l'aggiornamento delle funzioni dei presidi, in linea con gli indirizzi che scaturiranno dall'analisi dei bisogni e nell'ottica dell'appropriatezza e dell'equità nell'accesso ai servizi stessi.
Sviluppando con trasparenza e coerenza i vari piani locali sarà garantita alle popolazioni afferenti una risposta sanitaria adeguata alle esigenze e con il giusto livello di professionalità, puntando specialmente sulla risposta alla emergenza-urgenza e alla presa in carico dei pazienti cronici e anziani, mantenendo un grande livello di qualificazione degli operatori sanitari.
In sintesi possiamo sottolineare i seguenti punti:

- Necessità di partire dalla rilevazione dei bisogni assistenziali delle popolazioni residenti costruita in un contesto che preveda sin da subito il coinvolgimento degli Enti Locali;
- Necessità di avere a riferimento una georeferenziazione che tenga conto non soltanto della distanza chilometrica tra i presidi ospedalieri e territoriali, ma anche della viabilità, della conformazione del territorio e sopratutto dei tempi di percorrenza, a prescindere dai confini provinciali e regionali;
- Necessità di stabilire accordi di confine con le altre Regioni;
- Riqualificazione della rete ospedaliera, fornendo specifici indirizzi tali da porre le strutture ospedaliere come elementi "forti" tra l'organizzazione ospedaliera da un lato e il territorio dall'altro
- Necessità di prendere in considerazione e dare completo assolvimento ai protocolli/accordi esistenti nelle varie realtà come base su cui impostare il nuovo assetto
- Necessità di definire il ruolo dei MMG nell'ambito dell'assistenza sanitaria partendo dalla opportunità di investire nella forme associative della medicina generale, ivi compresa la rivalutazione del ruolo della continuità assistenziale (ex guardia medica)
- Importanza della messa in rete "orizzontale" dei servizi (ospedale, RSA, Centri Diurni, attività territoriali, etc)
- Necessità di verificare il ruolo dei medici dell'Emergenza territoriale all'interno dei P.S. viste anche le attuali esperienze
- Necessità di verificare le modalità attraverso le quali sostenere lo spostamento e la permanenza del personale sanitario in presidi montani ed insulari
- Valorizzazione dell'indotto che gli ospedali, ed in generale il sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, generano sulle economie locali.

Si ricorda inoltre che le funzioni degli ospedali che insistono nei territori montani sono descritte al punto 2.3.3.1. all'interno della rete ospedaliera di Area Vasta.

Per quanto riguarda il finanziamento, si fa riferimento ai pesi applicati per le caratteristiche morfologiche del territorio come di seguito indicato:

Caratteristiche del territorio	Peso
Pianura	1,0
Collina litoranea	1,5
Collina interna	2,0
Montagna	3,0
Isole	10,0

E' inoltre importante evidenziare che dovranno essere garantiti, attraverso fondi Aziendali, i servizi prodotti in passato attraverso i progetti specifici già in essere che si configurano ora come attività ordinarie continuative delle Aziende USL.
Sarà altresì potenziato il progetto PAAS, attraverso una sua specifica declinazione per le aree montane e insulari, con la creazione di veri e propri punti di erogazione di servizi di prossimità (es. stampa referti attraverso le funzionalità della carta sanitaria, sedute di counseling a distanza quale sostegno alla medicina d'inizativa in zone territorialmente svantaggiate, diffusione delle modalità di promozione all'accesso ai servizi sociali e sanitari, etc) collegati anche a servizi non prettamente sanitari.

La particolarità Elbana

L'isola d'Elba rappresenta, all'interno dell'arcipelago toscano, il territorio che presenta maggiore specificità in base sia alla polazione residente (31.000 abitanti) sia in base alle dinamiche legate ad ingenti flussi turistici.
La popolazione si concentra nel centro principale (Portoferraio) di dimensioni limitate ma ad alta densità abitativa anche se sono ben rappresentati piccoli agglomerati urbani a forte identità storico culturale. I principali bisogni assistenziali sono legati all'invecchiamento della popolazione residente a cui si deve dare risposta con l'attivazione della medicina di iniziativa che garantisce una migliore gestione delle patologie croniche con relativo rallentamento della perdita di autosufficienza nell'anziano, spesso affetto da pluripatologie.
Altro aspetto rilevante è rappresentato dal cospicuo afflusso turistico, temporalmente concentrato, che moltiplica la popolazione nei mesi estivi e necessita di una capillare assistenza sul territorio (sanità di attesa).
La particolare situazione geografica e sociale determina quindi specifiche esigenze assistenziali che richiedono modelli organizzativi peculiari in grado di superare le modalità "tradizionali" avvalendosi anche di scelte che permettano una adeguata valorizzazione delle risorse umane.
Si ritiene pertanto necessario, in stretto rapporto con le comunità locali, produrre atti specifici che garantiscano:

- L'assistenza nell'Emergenza/Urgenza;
- La continuità delle cure (dimissioni protette, cure intermedie/ospedale di comunità, hospice, etc)
- Le cure primarie (medicina generale, case della salute, assistenza domiciliare, etc)
- L'assistenza ospedaliera caratterizzata da uno specifico livello di complessità ad integrazione delle tipologie previste al paragrafo 2.3.3.1.

A questo proposito l'Azienda Sanitaria Locale ed i Comuni dell'Isola, in coerenza con la programmazione di Area Vasta, definiscono entro 90 giorni dall'approvazione del presente Piano uno specifico Patto territoriale.

6.3.6. Il ruolo delle farmacie aperte al pubblico nel territorio

Nella nostra società, i bisogni del cittadino sono in continua evoluzione a causa di molteplici fattori quali l'invecchiamento della popolazione, la moltiplicazione dell'offerta sanitaria, l'aumento della domanda di salute.
La farmacia, per la tipologia di professionalità che esprime e per la sua capillare distribuzione sul territorio, rappresenta la naturale interfaccia fra questi bisogni ed il Servizio sanitario nazionale.

Al fine di intercettare i nuovi bisogni della popolazione, la farmacia italiana deve accelerare il processo di trasformazione che in questi ultimi anni ha intrapreso, per qualificarsi definitivamente come punto di connessione fra cittadino e servizio sanitario.

Nell'ottica di sviluppo dell'assistenza sanitaria sul territorio, la farmacia rappresenta un presidio capillarmente ed organicamente distribuito, in grado di fare sistema e, in coordinamento con i servizi territoriali, sviluppare una migliore assistenza al paziente con particolare riferimento alle patologie croniche.

I sistemi sanitari regionali, parallelamente, devono essere in grado di progettare un modello di assistenza territoriale ricercando, in sinergia con il mondo della farmacia, le risposte ai bisogni in evoluzione dei cittadini.

7. INNOVAZIONE, RICERCA E FORMAZIONE

7.1. Ricerca

Contesto

Il presente capitolo, in coerenza con l'Atto di indirizzo pluriennale in materia di ricerca e innovazione 2011-2015 (delibera del Consiglio Regionale n. 46 del 6/07/2011) che si propone di rendere operativo lo Spazio Regionale della Ricerca e dell'Innovazione prevedendo, in particolare, di attivare il "coordinamento complessivo e la promozione dell'attività di ricerca svolta dalla Regione in stretta collaborazione con le istituzioni universitarie e con i centri di eccellenza", descrive il contesto in cui si delineano le azioni strategiche di sostegno alla ricerca in materia di salute, ponendo le basi per uno sviluppo armonico di politiche integrate, atte a irrobustire la rete di eccellenze operanti sul territorio regionale. Tali azioni vengono sviluppate in stretta sinergia con quanto promosso dagli altri assessorati, ed in particolare con il sistema delle Università e Centri di Ricerca, i Poli d'innovazione ed i derivati Distretti Tecnologici, la Tecnorete degli Incubatori d'impresa, il sopraccitato Spazio Regionale della Ricerca.

Nelle precedenti legislature, seguendo i principi guida di trasferibilità, sostenibilità e sviluppo, di eccellenza, di governance pubblica, sono state operate scelte strategiche atte a rafforzare la ricerca e l'innovazione nel sistema sanitario, intervenendo sia sulle aziende sanitarie che sulle politiche di relazione con gli enti di ricerca e con le imprese operanti nel settore.
Strumenti giuridici sono stati la legge regionale n. 40 del 24 febbraio 2005, che ha identificato tra i suoi principi la promozione della ricerca e dell'innovazione, e i due piani di settore, il PSR 2005-2007 e il PSR 2008-2010.
Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 ha delineato una strategia di sviluppo del sistema della ricerca riconoscendo la centralità delle relazioni tra i soggetti protagonisti dei processi innovativi, creando una rete integrata e coordinata di competenze scientifiche in modo da fornire strumenti innovativi e competitivi al Servizio Sanitario.
E' stata consolidata nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie l'integrazione tra pratica clinica e ricerca universitaria e la valorizzazione delle eccellenze.
Si è inoltre sviluppata la rete dell'Istituto Toscano Tumori (ITT) che ha determinato un forte impulso al coordinamento ed alla valorizzazione della ricerca in campo oncologico. I Bandi di ricerca ITT hanno contribuito a finanziare ad oggi circa 60 progetti nel campo della ricerca sperimentale oncologica.

Con l'attuazione del Piano Sanitario Regionale 2008-2010, si è dato l'avvio ad un nuovo modo di definizione delle priorità e di assegnazione dei fondi in materia di ricerca, reso più trasparente da un sistema di valutazione indipendente ed esterno alla rete regionale della ricerca.
Non solo sono state quindi investite più risorse per la ricerca biomedica, ma si è dedicata particolare attenzione alla valorizzazione dei risultati della ricerca, contribuendo, contemporaneamente, a dare un forte impulso alla costituzione della rete regionale della ricerca, rafforzando le sinergie tra gli attori del sistema della ricerca – università, enti di ricerca, enti pubblici, imprese - e sviluppando un insieme di azioni e di strumenti di governance, con l'obiettivo di migliorare le capacità di indirizzo strategico e di definizione delle priorità.
In questo quadro generale, nel 2009 è stato costituito l'Ufficio Regionale Valorizzazione Ricerca (UVAR), attualmente attivo, quale struttura di riferimento regionale per la brevettazione e la valorizzazione dei risultati della ricerca biomedica e farmaceutica.
UVAR, costituito con la collaborazione della Fondazione Toscana Life Sciences, rappresenta la prima esperienza di questo tipo in Italia ed ha lo scopo di fornire supporto al sistema della ricerca, in particolare per quanto riguarda la gestione dei contratti con i vincitori dei *grant* regionali, la protezione della proprietà intellettuale, la gestione e valorizzazione dei risultati della ricerca, il supporto per l'avvio al processo di trasferimento tecnologico, in collaborazione con le strutture accademiche di riferimento.

In ambito di promozione e valorizzazione della ricerca per il SSR è stata messa in campo, negli ultimi anni, una serie di azioni mirate a sostenere il sistema della ricerca, sia attraverso bandi, sia attraverso l'implementazione di azioni a supporto dell'innovazione e del trasferimento tecnologico, dirette al potenziamento ed all'attrazione sul territorio toscano di competenze di ricerca e sviluppo pubbliche e private.
In particolare con il "Programma di Ricerca regionale in materia di salute. Anno 2009", sono stati finanziati 62 progetti altamente innovativi nel campo delle scienze della vita per un totale di circa 17,1 milioni di euro.
Nell'ambito del POR CReO FESR 2007-2013, linea di intervento 1.1.c – *Progetti di ricerca industriale e sviluppo sperimentale congiunti tra imprese e organismi di ricerca in materia di salute* – sono stati stanziati, per il periodo 2007-2013, 33,6 milioni di euro con i quali sono state realizzate due procedure ad evidenza pubblica: Bando PMI e Procedura negoziale.
Per quanto riguarda il bando PMI sono stati finanziati 10 progetti di ricerca industriale o sviluppo sperimentale in materia di salute, il cui costo ammissibile era compreso tra € 400.000 e € 1.000.000, con contributo regionale compreso tra il 65% e l'80%. Nell'ambito della Procedura negoziale sono stati finanziati 10 progetti di ricerca industriale e sviluppo sperimentale in materia di salute (area tematica: *ricerca e sviluppo di prodotti farmaceutici, biotecnologici, medicinali, diagnostici*), il cui costo ammissibile era compreso tra € 3.000.000 e € 10.000.000, ed il contributo regionale comunque non superiore a € 3.000.000. Per tali progetti era obbligatoria la presenza di almeno un organismo di ricerca nel partenariato.
Tramite questi interventi ed attraverso importanti accordi con le strutture produttive presenti in Toscana si è mirato a gettate le basi per una relazione sempre più incisiva con l'industria innovativa attiva nel settore, per la promozione della ricerca di qualità e per il buon funzionamento dei comitati per la sperimentazione clinica.

Tali misure hanno già prodotto ad oggi più di trenta pubblicazioni su prestigiose riviste scientifiche ed il deposito di cinque domande di brevetto ed un copyright che UVAR monitora e gestisce di concerto con i referenti istituzionali presso le Università, le Aziende Ospedaliero-Universitarie ed i Centri di ricerca coinvolti.
Alcuni risultati hanno già avuto applicazione nel Servizio Sanitario Regionale (test precoce di diagnosi prenatale di immunodeficienza congenita dovuta al difetto di adenosina-deaminasi).

La Regione Toscana ha inoltre partecipato attivamente ai bandi per la Ricerca Sanitaria Finalizzata del Ministero della Salute, attraendo dal 1995 ad oggi, finanziamenti per un importo complessivo di oltre 27,5 milioni di euro, per la realizzazione di n. 88 progetti di ricerca.

Ai fini di implementare le attività di ricerca e di didattica all'interno delle AOU è stato poi siglato nel 2009 e prorogato nel 2010, il Protocollo d'intesa tra Regione Toscana, Università e Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Si è incentivato e supportato lo sviluppo di parchi tecnologici nel campo delle scienze della vita, anche con il contributo di fondazioni private; di particolare rilevanza il Polo d'Innovazione nelle Scienze della Vita, in procinto di confluire nel più ampio Distretto Tecnologico, che si è creato a Siena con la presenza della Fondazione Toscana Life Sciences ed il consolidamento di grandi e piccole imprese del settore.
Vi sono tuttavia ancora margini di miglioramento notevoli sui seguenti aspetti:

- l'integrazione fra funzioni di ricerca, didattica ed assistenza, nell'ambito delle relazioni fra Regione, Università toscane e Aziende Ospedaliero-Universitarie;
- l'integrazione tra le Aziende Ospedaliero-Universitarie ed i centri di ricerca d'eccellenza presenti sul territorio regionale;
- la capacità di proteggere, valorizzare, e trasferire le nuove conoscenze generate nel sistema della ricerca pubblica, orientandole ai bisogni di salute del cittadino e allo sviluppo del Servizio Sanitario Toscano;

- l'integrazione della filiera della ricerca con le traiettorie di sviluppo delle imprese operanti nei settori strategici del farmaceutico e del biomedicale da perseguire attraverso il Distretto Tecnologico delle Scienze della Vita;
- il coordinamento tra linee di ricerca affini nell'ambito dello spazio regionale in modo da raggiungere una massa critica necessaria per la competizione globale e l'attrazione di capitali d'investimento e l'accesso ai finanziamenti europei, promuovendo e supportando l'internazionalizzazione del sistema regionale della ricerca;
- la risoluzione dei conflitti d'interesse, che sfavoriscono la produttività delle vere innovazioni.

Obiettivo

Contribuire all'indirizzo strategico della ricerca al fine di individuare le tematiche prioritarie sulle quali concentrare le risorse. Saranno da privilegiare tematiche sviluppate nell'ambito della ricerca pre–clinica e clinica, ricerca applicata e di tipo traslazionale, non trascurando però la ricerca epidemiologica, tra cui quella su salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e, in generale, sui determinanti di salute.

Integrare le funzioni di ricerca, didattica ed assistenza.

Nell'ambito dei più generali strategici rapporti con gli Enti di Ricerca, ed in particolare nella relazione con le Università degli Studi toscane, la relazione con la Sanità conserva, esprime, persegue ed ottimizza le logiche dell'integrazione fra funzioni di ricerca, didattica ed assistenza.
Ad essa, disposta dalla normativa, si ispirano gli Atti aziendali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. In particolare tale rapporto è connotato dal perseguire, attraverso le piattaforme cliniche e tecnico-amministrative integrate, l'innovazione e la sperimentazione orientata a connotare la formazione, la didattica ed il livello delle cure erogate ai cittadini.
Le Università toscane, impegnate a dar corso alle modifiche introdotte dalla legge 240/2010, sosterranno in questo contesto di complessiva valorizzazione delle attività peculiari ed inscindibili, una logica di complementarietà di offerta, integrazione fra Atenei e Sistema Sanitario ed evidenziazione dei relativi, peculiari centri di eccellenza della ricerca.
Strumento prioritario per la realizzazione di questa sinergica strategia e' il Protocollo d'intesa tra Regione Toscana, Università e Aziende Ospedaliero-Universitarie per l'implementazione delle attività di ricerca e di didattica all'interno delle AOU. Tale Protocollo verrà attivato dalla Giunta regionale anche nel quinquennio in questione, per le finalità di sostegno e facilitazione alla ricerca già espressa negli atti costitutivi.
Le Università perseguono le medesime finalità in una progressiva logica di integrazione anche con le attività territoriali

Investire sulla valorizzazione e sulla tutela dei risultati della ricerca

Si investirà sulla valorizzazione e tutela dei risultati della ricerca fornendo, anche attraverso l'Ufficio per la valorizzazione della ricerca farmaceutica e biomedica (UVaR), un supporto integrato al sistema della ricerca, con particolare riferimento alla protezione della proprietà intellettuale, alla gestione e valorizzazione dei risultati della ricerca ed al supporto per l'avvio al processo di trasferimento tecnologico. UvaR, presente in Regione Toscana dal 2009, opera in stretta sinergia con gli ILO (Industrial Liaison Office) delle Università di Firenze, Pisa e Siena e con le quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) del Servizio Sanitario Toscano, attraverso i Dipartimenti Integrati per la valorizzazione della ricerca e la didattica nelle Aziende Ospedaliero-universitarie.

Sviluppare e supportare la ricerca clinica

Visto il ruolo prioritario della ricerca clinica sui costi complessivi di sviluppo dei farmaci e come veicolo di diffusione delle competenze e dell'innovazione negli ospedali e negli altri centri del sistema sanitario regionale, è da favorire e incentivare la sperimentazione clinica.

La promozione della ricerca clinica è da considerarsi nel quadro dei principi e degli impegni di governo etico del sistema. Ciò significa che la qualità della ricerca non può considerarsi scissa dai suoi requisiti etici, garantiti nel sistema regionale dall'attività di indirizzo e coordinamento dei Comitati Etici.

È inoltre necessario riconoscere come la possibilità di sviluppare una ricerca clinica di qualità anche sotto il profilo organizzativo rappresenti un fattore di grande attrattività per le aziende farmaceutiche. Nel quadro delle regole sopra ricordate, il sistema sanitario ha in questo una convergenza di interessi poiché la ricerca clinica è veicolo di diffusione delle competenze e dell'innovazione negli ospedali e negli altri centri del sistema, e determina una crescita complessiva della competenza e della capacità critica di lettura dell'innovazione da parte dei professionisti.

Necessario è continuare ad investire per facilitare la conduzione di sperimentazioni in ambito biomedico presso le strutture sanitarie regionali:
• razionalizzando e coordinando con strumenti e percorsi adeguati il sistema regionale per la ricerca clinica;
• perfezionando la condivisione di strumenti e metodologie operative uniformi a livello regionale;
• promuovendo la formazione dei soggetti coinvolti;
• puntando al supporto della sperimentazione non profit di comprovata qualità e utilità per il sistema, mediante il reperimento di risorse proprie e dai fondi per la ricerca e sviluppo finalizzati alla realizzazione dei fondi aziendali per la ricerca spontanea così come previsto dal D.M. 17/12/2004 e dalla D.G.R. 731/2008.

Su queste come su alcune altre aree di ricerca sanitaria è possibile raggiungere livelli di eccellenza capaci di attrarre sul territorio imprese a patto di disporre di infrastrutture anche minimali come laboratori certificati (*GLP laboratories*) che permettano di sviluppare competenze fondamentali nel realizzare test di farmaci e protocolli medici, e mettere in tal modo a profitto gli ingenti patrimoni informativi disponibili presso le biobanche sviluppate dalla sanità toscana.

Sostenere le aree orfane della ricerca e la ricerca non profit
Una importante funzione del soggetto pubblico è quella di limitare gli effetti distorsivi del mercato sulla tutela della salute del cittadino, e questo è particolarmente importante in un'area ad alto impatto sociale ed etico come le aree orfane della ricerca e la ricerca non-profit.
Importante è sostenere e promuovere la ricerca clinica indipendente e non–profit sul farmaco, la ricerca su farmaci orfani, sulle malattie rare e neglette, a vantaggio dei cittadini, ma anche in un'ottica di cooperazione sanitaria e solidarietà con i paesi in via di sviluppo.

Promuovere la ricerca in campo oncologico
Verrà proseguita l'azione di impulso e valorizzazione della ricerca integrata in campo oncologico attraverso il coordinamento dell'Istituto Toscano Tumori della relativa rete delle strutture e dei ricercatori, promuovendo percorsi di sviluppo anche in partnership con le imprese. Per l'Istituto Toscano Tumori (ITT), la cui missione è *Capire, Curare e Prevenire il cancro al meglio per tutti*, la ricerca (*CAPIRE*) è parte integrante della missione. Per il quinquennio 2011-2015 l'ITT continuerà a condurre e a promuovere ricerca in tre modi.

- Il *Core Research Laboratory* (CRL) produce ricerca innovativa propria con 3 Unità già attive a Firenze (da portare a 5 nel quinquennio), 1 Unità a Siena (già attiva), e 1 Unità a Pisa (da attivare nel quinquennio): l'intero CRL è stato realizzato e si svilupperà con forze reclutate *ex novo*.
- I *Progetti ITT*. Attraverso questo programma vengono messe risorse a disposizione dell'esistente, vale a dire di tutti i laboratori e le unità cliniche che, nella Regione, già svolgono o vogliono intraprendere ricerca su tutti gli aspetti dei tumori, dalle basi molecolari alle terapie avanzate. È previsto un bando annuale per questi progetti, e per il loro vaglio è stato posto in opera un sistema di *peer review* secondo standard internazionali aggiornati.
- Il *Centro di Coordinamento della Sperimentazione Clinica* (CCSC) in campo oncologico. Questo centro, attivato nel 2008 con il reclutamento di un Responsabile, ha il compito di promuovere nuovi trials, ivi comprese sperimentazioni spontanee, e di favorirne la dimensione Regionale: l'obiettivo è che, attraverso la rete ITT, sia possibile in Toscana per

ogni Paziente idoneo che lo desideri accedere a qualunque trial sia in corso nella Regione.

Rendere operativo il Distretto Tecnologico delle Scienze della Vita

Il Distretto costituisce il tentativo di mettere a sistema le eccellenze presenti nel territorio massimizzando le opportunità di partnership e le collaborazioni tra i vari attori dell'innovazione ed il trasferimento tecnologico per creare un'infrastruttura a sostegno dell'industria regionale farmaceutica, biomedicale e delle biotecnologie applicate alle scienze della vita. A tale scopo verranno delineate strategie volte ad attrarre nuovi investimenti produttivi e di ricerca; a favorire l'integrazione e le collaborazioni tra le imprese e la rete delle eccellenze presenti nel sistema della ricerca; a sostenere e valorizzare il "sistema di raccordo" già presente sul territorio (parchi scientifici-tecnologici, incubatori di impresa, servizi per il trasferimento).

Tra gli obiettivi regionali per il triennio 2011-2013, vi sono l'attivazione di un coordinamento unico delle politiche e degli investimenti in ricerca e l'avvio di un programma di iniziative volte a favorire l'incontro fra l'offerta regionale e la domanda nazionale ed internazionale, nonché alla valorizzazione economica dei risultati della ricerca condotta dalle Università, dalle Aziende Ospedaliere e da altri enti toscani.
Obiettivo finale è rendere la Toscana un territorio fortemente attrattivo per le imprese più innovative e per i ricercatori d'eccellenza.

In Toscana è presente una situazione industriale ed accademica potenzialmente competitiva rispetto al quadro nazionale ed internazionale, caratterizzata da operatori e stakeholder importanti e determinanti per solidificare un serio processo di integrazione di competenze e di trasferimento di innovazione e ricerca scientifica attraverso modelli efficaci di trasferimento tecnologico specifici per il settore delle scienze della vita regionali e basati su buone pratiche internazionali.

Questo patrimonio va ancor più coordinato e valorizzato stimolando processi di innovazione in un'ottica di filiera ed indirizzando gli stanziamenti verso progetti da sviluppare anche in partenariato fra i centri di ricerca, le Aziende Ospedalier-universitarie e con la partecipazione delle imprese più innovative del comparto.

La costituzione di reti di competenze e conoscenze, nonché la condivisione di servizi qualificati a supporto della ricerca fra le eccellenze accademiche, l'ospedale e l'impresa potrà contribuire all'attrazione di investimenti esteri nei siti produttivi, al rientro di ricercatori ad alto potenziale, e potrà favorire l'occupazione e lo sviluppo economico e sociale.

È necessario sviluppare alleanze stabili con l'industria (farmaceutica, biotecnologica, biomedicale, e di altri comparti produttivi che prevedano sinergie con il Servizio Sanitario Toscano) 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.

Investire sulla capacità di ricerca diffusa nel SSR

La capacità di ricerca è un capitale che deve trovarsi a tutti i livelli del sistema sanitario regionale, per quanto con diversi gradi di intensità e centralità in funzione della missione istituzionale dei soggetti da cui è svolta. Occorre investire sulla capacità di ricerca diffusa, includendo anche le aziende sanitarie locali nell'ambito di reti di eccellenza, in particolare a livello di Area Vasta. Tale livello rappresenta la dimensione ottimale per coniugare le funzioni di programmazione sanitaria con quelle di integrazione delle funzioni di ricerca e innovazione

Competere nello spazio europeo della ricerca e innovazione

Il sistema della Ricerca della Regione Toscana deve necessariamente interagire con le politiche di ricerca e innovazione definite dall'Unione Europea.
La sfida che abbiamo di fronte è rafforzare e mettere in collegamento le reti di eccellenza e la nostra competitività in ambito europeo ed internazionale, così da poter sfruttare al meglio le opportunità di finanziamento e di crescita del sistema. Tale finalità verrà perseguita anche attraverso lo sviluppo di alleanze strategiche, reti e accordi in ambito europeo e transnazionale

finalizzati allo sviluppo di "partenariati per la ricerca e l'innovazione" che includano un approccio cooperativo alla ricerca, soprattutto a quella finalizzata allo sviluppo dei diritti di cittadinanza e alla coesione sociale.
Per il raggiungimento dei suddetti obiettivi verranno inoltre sfruttate le opportunità offerte dal progetto "Mattone Internazionale" in particolare per quanto attiene alla divulgazione delle politiche e dei programmi europei e per la formazione degli operatori del servizio sanitario regionale e della Regione.

7.2. Telemedicina e teleassistenza

Contesto

Le esperienze di integrazione dell'ICT nei percorsi assistenziali, salvo alcune esperienze internazionali determinate da aspetti geografici o da specifiche situazioni storiche, non hanno superato il livello della sperimentazione.
Al contempo sia a livello internazionale che nazionale l'uso delle tecnologie per l'assistenza viene individuato come uno degli obiettivi strategici su cui i sistemi socio-sanitari possono evolvere anche come punti di forza per lo sviluppo delle economie dei Paesi.
A livello europeo, ad esempio, l'eHealth costituisce uno degli obiettivi della "Digital Agenda for Europe (2010-2020)" adottata dalla Commissione Europea nel Maggio 2010. In particolare il VII pilastro dell'Agenda (ICT for social challenges) evidenzia come l'ICT possa giocare un ruolo chiave nel supportare il mantenimento della qualità della vita in una popolazione in progressivo invecchiamento e nel ridisegnare i servizi sanitari in funzione dei nuovi scenari demografici ed epidemiologici In tal senso si pongono anche le conclusioni adottate dal Consiglio europeo nel marzo 2011 rispetto all'iniziativa "European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing", che mira a conseguire entro il 2020 l'incremento della durata media della vita per i cittadini europei in termini di "healthy life".
Anche in Italia, il Piano "e-Government 2012" prevede una serie di progetti per il settore salute finalizzati a semplificare e digitalizzare i servizi elementari ed a creare le infrastrutture per un'erogazione di servizi sanitari sempre più vicini ai cittadini, migliorando il rapporto costo-qualità dei servizi e limitando sprechi e inefficienze.
Tuttavia, nonostante siano stati fatti sicuramente dei passi verso una sanità "più digitale", i dati relativi all'implementazione delle tecnologie in ambito socio-sanitario mostrano ampi margini di miglioramento, sia sul piano dell'integrazione dei sistemi informativi, sia sul piano della capacità di erogazione di servizi on-line da parte dei sistemi sanitari regionali (fonte Netics – ICT Sanità 2010, indicatori "e-Readiness Sanità pubblica" e "Health-to-Patient").
In linea con questo trend, la Toscana ha sviluppato in questi anni numerose esperienze "puntiformi" e partecipa ad alcuni progetti di per l'integrazione dell'ICT nei percorsi assistenziali (v. progetti europei CLEAR e RICHARD).ù

Sfide

Tutte queste esperienze costituiscono un importante punto di partenza per consentire con il presente PSSIR una evoluzione di sistema.
Per consentire una forte integrazione dell'ICT nei percorsi assistenziali risulta determinante con il presente Piano costruire gli strumenti che permettano di:

- legare l'utilizzo delle tecnologie disponibili ad un modello organizzativo socio-sanitario, a partire dall'evoluzione dell'Expanded Chronic Care Model;
- mantenere, nella scelta delle tecnologie, un costante riferimento alla evoluzione organizzativa delle strutture socio-sanitarie, in modo da verificarne la sostenibilità economica a livello di sistema anche attraverso un puntuale monitoraggio;
- avvicinare, nella chiarezza dei ruoli, attraverso momenti di confronto strutturato, il sistema delle imprese alle strategie regionali;
- legare le nuove strategie alla modifica della cultura dei professionisti e dei rapporti con gli stakeholder regionali.

Obiettivi

Gli obiettivi della telemedicina con il presente Piano vengono ancorati, in continuità con l'evoluzione sanitaria avviata con il Piano precedente, allo sviluppo della Sanità di Iniziativa in tutte le sue espressioni che possono coinvolgere il sistema dalla prevenzione alla insorgenza delle malattie, alla gestione del cittadino nelle fase di ricovero in ospedale, agli interventi specialistici, alla gestione sul territorio nelle diverse fasi della patologia fino alla gestione del fine vita.
Inoltre la frammentazione dei nuclei familiari, nonché la stima di un incremento di oltre 32.000 cittadini nell'area della non autosufficienza nel 2030 rispetto al 2010 indicano la necessità di utilizzare in maniera etica la telemedicina come uno dei possibili strumenti per gestire la domiciliarità e/o la residenzialità.

Strategie

Le attività strategiche da realizzare attraverso la telemedicina devono essere individuate in base al livello di complessità del bisogno, secondo la logica della piramide dell'ECCM; in tal senso, per ogni livello di rischio/gravità della/e patologia/e per le varie aree assistenziali (definite secondo i percorsi aziendali della sanità di iniziativa) si configurano dei **pacchetti di prestazioni,** semplici o complessi, supportati dall'uso delle tecnologie. In particolare, tali pacchetti potranno rafforzare la continuità assistenziale ospedale-territorio, nella accezione più estesa.

Ogni pacchetto ha le seguenti caratteristiche:

- è gestito da un hub aziendale;
- indica i soggetti erogatori, le sedi, le modalità e i tempi di erogazione delle prestazioni/servizi;
- indica gli strumenti tecnologici utilizzati, valorizzando i corrispettivi risparmi di risorse;
- indica i professionisti coinvolti e le modalità di intervento degli stessi;
- indica le modalità di coinvolgimento degli utenti o dei caregiver;
- indica, ove necessario, il livello di coinvolgimento di soggetti del terzo settore.

Nella logica dell'ECCM, a livelli bassi di rischio/gravità dovranno corrispondere pacchetti di prestazioni a basso livello di tecnologia, complessità organizzativa e consumo di risorse; viceversa per livelli alti di rischio/gravità.

Al fine di supportare la definizione e l'implementazione dei pacchetti di prestazioni, la Regione Toscana potrà avvalersi del supporto metodologico offerto da soggetti, anche in ambito europeo, con alto livello di conoscenza ed esperienza nello sviluppo di servizi di telemedicina.

Vengono indicate a titolo esemplificativo alcune *aree prioritarie* di sviluppo delle attività di telemedicina:

- area della fragilità sociale;
- ospedale e continuità con il territorio;
- area della specialistica presso le strutture ambulatoriali della medicina di base;
- assistenza specialistica complessa a domicilio o presso le strutture residenziali;
- area della riabilitazione;
- area dell'emergenza urgenza;
- nelle cure dei cittadini in carcere.
- cittadini utenti e del mondo del volontariato.

7.3. Sistema informativo e tecnologie informatiche

Contesto e risultati

Lo sviluppo delle Tecnologie dell'Informazione e delle Comunicazioni non può non tenere conto del forte impulso alla digitalizzazione che sta coinvolgendo tutti gli ambiti della società civile e che costituisce obbligo ed opportunità anche per il Sistema sanitario e sociale toscano.

Da un lato vi è infatti la necessità di tagliare i costi e fornire servizi migliori adoperando minori risorse, dall'altro i cittadini e le imprese chiedono un'interazione efficiente, semplice e diretta con l'Amministrazione.
Su questa linea, la normativa nazionale relativa al Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) stabilisce il diritto del cittadino e delle imprese all' uso delle tecnologie nei rapporti con le amministrazioni. Ciò significa che non sarà più possibile obbligare i cittadini a recarsi agli sportelli per presentare documenti cartacei, per firmare fisicamente domande o istanze, per acquisire certificazioni o fornire chiarimenti: per tutto questo dovrà essere sempre e dovunque disponibile un canale digitale sicuro, certificato e con piena validità giuridica che permetta di dialogare con la PA dal proprio computer.
Oltre a ciò, il livello nazionale ha messo in atto e sta portando avanti con crescente impulso progetti di forte impatto tecnologico ed organizzativo che costituiscono obbligo di adempimento per tutte le Regioni. Tra i principali, si citano: la costituzione e l'alimentazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) nazionale, promossa dal Ministero della Salute, nella quale è in via di avanzata strutturazione il progetto di monitoraggio della rete assistenziale (MRA); il progetto Sistema Tessera Sanitaria, guidato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, che vede al suo interno, tra l'altro, lo sviluppo della ricetta elettronica, ovvero la dematerializzazione delle prescrizioni per farmaci e prestazioni ambulatoriali; il piano di eGovernment, promosso dal Ministero per Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, nell'ambito del quale si collocano i certificati di malattia digitali.

In termini di risultati, in Regione Toscana lo sviluppo del sistema informativo in ambito sanitario è stato improntato ad una progettualità unitaria tenuto conto dei principali obiettivi: migliorare i processi organizzativi aziendali; alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); garantire il governo, la valutazione e il controllo a livello regionale; assolvere al debito informativo verso il livello nazionale.
L'interoperabilità, realizzata mediante la Cooperazione Applicativa Regionale Toscana (CART), lo strumento che abilita la definizione di soluzioni software interoperabili e cooperanti, è stata oggetto di un importante processo di evoluzione tecnologica. E' stata infatti integrata la modalità di trasmissione *a flusso* con la modalità *ad eventi*, adottando uno standard di comunicazione delle informazioni a latenza temporale molto ridotta, quasi in tempo reale.
E' stato implementato il progetto I.D.I.T.(Informatizzazione della Diagnostica per Immagini) nelle tre Aree Vaste.
E' stata rafforzata l'infrastruttura di connettività, attraverso la Rete Telematica Regionale Toscana (RTRT), sia in termini di prestazioni, grazie all'estensione sul territorio dei collegamenti in fibra ottica, che di sicurezza e affidabilità.
E' stato attivato da metà 2011 il nuovo TIX (Tuscany Internet eXchange), il centro servizi informatici e telematici della Regione Toscana che dispone di un'ampia sede di proprietà di Regione Toscana ubicata a Firenze ed è presidiato 24 ore su 24, con una sorveglianza continua, di cui il SSR è attualmente il principale.

Criticità
Si rilevano ritardi nei processi d'informatizzazione e di dematerializzazione legati in buona parte ad aspetti organizzativi. La componente tecnologica è infatti necessaria, ma è solo la premessa. In realtà è indispensabile avere grande capacità di innescare i cambiamenti necessari ad innovare l'organizzazione per erogare servizi migliori. Il rischio, altrimenti, è di stratificare i processi e non di ridefinirli, sovrapponendo e non sostituendo il "nuovo" con il "vecchio", creando diseconomie e inefficienze. Per evitare ciò è necessario che l'innovazione sia sostenuta da una robusta organizzazione e da una forte committenza.
Mentre il sistema informativo in ambito sanitario ha avuto un notevole impulso negli ultimi anni, altrettanto non è avvenuto per l'ambito socio-sanitario e sociale. La maggior parte delle SdS non ha un Sistema Informativo adeguato alle necessità di gestione, programmazione, valutazione e controllo e lo sviluppo dell'informatizzazione, ove presente, non è avvenuto in modo uniforme e integrato. Si lavora ancora prevalentemente su dati aggregati anche se un importante passo avanti è stato fatto con l'introduzione del Sistema informativo della non autosufficienza, rispetto al quale

però vi è ancora la necessità di migliorare la qualità e la completezza delle informazioni le cui criticità, ancora una volta, sono dovute a difficoltà organizzative nell'utilizzo di strumenti gestionali ed in generale nel governo del processo, piuttosto che a difficoltà di natura tecnica.
Sulla base delle disposizioni nazionali e regionali, i medici di medicina generale (mmg) e i pediatri di libera scelta (pls) vanno ad assumere un ruolo di attori primari nell'ambito del sistema informativo sanitario regionale. Permangono da parte delle Aziende USL difficoltà nel gestire e supportare tale processo.
Rispetto alla connettività, sono presenti zone rurali e disagiate non ancora coperte.

Sfide

Agevolare l'accesso del cittadino ai servizi

E' prioritario "sburocratizzare" il rapporto con i cittadini. In linea con il precedente Piano, in accordo con la LR 54/2009 e il nuovo CAD, l'evoluzione del modello prevede che questo sia centrato non solo sulla gestione dei processi interni al Sistema ma anche e soprattutto sull'"apertura" dei servizi on-line ai cittadini, seguendo i principi della semplificazione e trasparenza, in altre parole "sburocratizzando" il rapporto con gli utenti, sfruttandone la collaborazione e la responsabilizzazione. Responsabilizzare significa incrementare la capacità dei cittadini di essere proattivi verso il Sistema anche mediante il ricorso a nuovi strumenti tecnologici, fornendo loro un accesso agevole alle informazioni e ai servizi, migliorando la trasparenza e garantendone un coinvolgimento reale nei processi decisionali che li riguardano.
Perché i servizi siano concepiti in funzione delle esigenze degli utenti e risultino inclusivi, è necessario migliorarne l'usabilità e l'accesso rendendoli fruibili attraverso molteplici canali, compresi internet, TV, telefono, dispositivi mobili e soggetti intermediari, ove del caso.

Migliorare i processi organizzativi

I progetti di innovazione digitale devono fungere da vettore del cambiamento al fine di migliorare i processi organizzativi nel Sistema, con l'obiettivo di accrescerne la qualità e diminuirne i costi. Le Tecnologie dell'Informazione e delle Comunicazioni rappresentano una componente essenziale nell'aumentare il tasso d'innovazione nei processi di erogazione dei servizi al cittadino, nei processi di organizzazione interna alle Aziende e agli Enti e nel garantire gli strumenti indispensabili al governo e al controllo del Sistema. Per ottenere i risultati attesi vi è l'obbligo di coordinarsi, di lavorare insieme, di fare sistema, integrando tecnologie, processi, persone.

Garantire gli strumenti per il governo, la programmazione ed il controllo

Tale obiettivo, strettamente correlato al precedente, ha come requisito la disponibilità del patrimonio informativo derivante dai processi gestionali che deve assicurare dati individuali, aventi caratteristiche di completezza e di qualità. La sfida è perciò rendere disponibile il patrimonio informativo derivante dai sistemi gestionali ai diversi livelli di responsabilità del Sistema sanitario e sociale della Toscana, creando così uno strumento in grado di garantire trasparenza, stimolare e promuovere il confronto.
Attraverso di esso si procede inoltre a garantire l'assolvimento degli adempimenti, in termini di flussi informativi, verso il livello nazionale (Ministero della Salute, Ministero Economia e Finanze, Istat, ecc….).

Garantire la sostenibilità economica e organizzativa

Il principio generale che deve guidare lo sviluppo dell'ICT, aumentando il tasso di innovazione digitale nei processi di organizzazione interna e di erogazione dei servizi ai cittadini, è quello dell'ottimizzazione e della razionalizzazione delle risorse.
Si rafforzano le linee d'indirizzo regionale per lo sviluppo di un'architettura di sistema informativo omogenea ed unitaria per gli Enti afferenti al Sistema, Aziende sanitarie, SDS e Estav.
In tal senso risulta indispensabile il ruolo di regia degli ESTAV, trattato al capitolo 6 "Gli assetti organizzativi".
Occorre infatti garantire lo sviluppo del sistema evitando duplicazioni di strumenti, perseguendo l'obiettivo della condivisione delle piattaforme tecnologiche, hardware e software, da parte delle

Aziende ed Enti afferenti ad una stessa Area Vasta, mettendo a "sistema" le soluzioni già presenti, valorizzando il patrimonio informatico e informativo presente anche a livello regionale.

Azioni strategiche

L'obiettivo del ***coinvolgimento e della responsabilizzazione del cittadino*** si realizza promuovendone la propensione all'uso delle tecnologie dell'informazione mediante l'"apertura" di servizi on line.

Lo sviluppo di tali servizi deve essere realizzato secondo linee d'indirizzo regionali garantendone la fruibilità per l'utenza su tutto il territorio regionale della Toscana, evitandone cioè la realizzazione "a macchia di leopardo".

Le Aree Vaste e gli Estav progettano e rendono operativi i servizi in rete mirando alla migliore soddisfazione delle esigenze degli utenti, in particolare garantendo la completezza del processo, la certificazione dell'esito e l'accertamento del grado di soddisfazione dei cittadini. L'accesso ai servizi on-line che prevedono il riconoscimento e l'autenticazione è realizzato attraverso la TS-CNS (Tessera Sanitaria- Carta Nazionale dei Servizi) che rappresenta in tale ambito chiave di accesso sicura. L'accesso ai servizi è realizzato attraverso un'apposita "Area servizi on-line" all'interno del portale Carta Sanitaria Elettronica di Regione Toscana.

Tra i servizi che verranno resi disponibili, oltre al Fascicolo Sanitario Elettronico per il quale si rimanda al paragrafo 2.1.1."La Carta Sanitaria Elettronica", si citano : il pagamento ticket on-line, la scelta e revoca del medico di famiglia, la consultazione della fascia di appartenenza ai fini della partecipazione alla spesa sanitaria, la richiesta e il ritiro di documentazione sanitaria, la prenotazione di prestazioni specialistiche, servizi in ambito sociale.

Tenuto conto della complessità in termini di articolazione dei servizi del Sistema Sanitario e Sociale, della numerosità degli attori coinvolti e della necessità di garantire la centralità del cittadino all'interno del sistema, la linea d'indirizzo nello sviluppo dei sistemi informativi per l'obiettivo del ***miglioramento dei processi organizzativi*** è la realizzazione di un'architettura unitaria e distribuita, in cui il colloquio e la cooperazione tra i diversi soggetti sostituisce il precedente concetto di debito informativo.

In evoluzione con il precedente piano, per quanto riguarda le Aziende sanitarie, o in sviluppo, relativamente agli altri Enti e soggetti coinvolti, principalmente le Società della Salute, si procede nell'informatizzazione dei processi gestionali garantendo nella progettazione una logica trasversale, centrata sull'erogazione del servizio, rispetto ad una logica verticale legata alla singola funzione.

L'attuazione dell'integrazione ospedale-territorio deve avere nell'ICT uno strumento strategico e operativo. Infatti detta integrazione può essere resa più efficace ed efficiente se supportata da un sistema informativo ed informatico anch'esso integrato. Ne consegue la necessità di una progettazione unitaria e una realizzazione a fasi successive la cui regia locale deve essere anch'essa unitaria e centrata a livello di Area Vasta.

Lo scenario organizzativo vede la governance degli ospedali da parte delle Aziende sanitarie e quella del territorio da parte delle SdS. L'ICT deve essere supporto delle due organizzazioni in una visione di servizio che realizzi sistemi realmente integrati per dare risposte unitarie incentrate sul cittadino-utente.

Rappresenta modello di riferimento alla visione unitaria di servizio la progettazione del percorso chirurgico, attualmente in fase di implementazione nelle Aziende sanitarie , che garantisce l'informatizzazione dell'intero processo, dalla richiesta di visita chirurgica specialistica, alla gestione della lista di attesa, al ricovero, all'inserimento nel registro operatorio, fino al follow up.

Centrale, in questo scenario, è inoltre lo sviluppo del sistema informativo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che diviene parte integrante del sistema informativo sanitario regionale. E' compito delle Aziende sanitarie e degli Estav garantire l'adeguato supporto organizzativo e tecnologico a questo processo garantendo la piena attuazione di quanto previsto dai progetti regionali, medicina d'iniziativa, chronic care model e carta sanitaria elettronica, e da quelli nazionali, in particolare l'articolo 50 del decreto legge 269/2003, convertito con legge n. 326/2003 e modificato dalla legge finanziaria 2007, per l'introduzione della trasmissione dei dati delle ricette in modalità elettronica. L'automazione dell'intero ciclo prescrittivo, per tutti i prescrittori del SSR, ha una valenza strategica sia nell'ambito dei servizi al cittadino, sia nella

semplificazione e razionalizzazione dei processi aziendali, sia nel processo di governo e controllo del SSR e quindi tutti gli attori coinvolti, a partire dalle Aziende sanitarie, sono chiamati a garantirne la completa realizzazione.

Stante la necessità dell'utilizzo di un linguaggio comune, Regione Toscana procede ad adottare "cataloghi" condivisi sia in ambito sanitario che sociale, sviluppando e completando l'intervento avviato nel precedente Piano a partire dal catalogo delle prestazioni di radiodiagnostica, e a garantirne il continuo aggiornamento e la manutenzione.
Anche l'anagrafe sanitaria è per sua natura elemento cardine, in quanto dove non vi è identificazione certa di un soggetto tutte le relative informazioni presenti nel sistema perdono di valore. Le Aziende sanitarie garantiscono e rafforzano la funzione aziendale di amministrazione dell'anagrafe sanitaria e completano il progetto di realizzazione dell'anagrafe sanitaria aziendale, secondo quanto indicato negli atti e nelle linee d'indirizzo regionali.
Regione Toscana è impegnata a garantire l'interoperabilità con l'anagrafe nazionale del Sistema TS che certifica tra l'altro la validità del codice fiscale e a sviluppare l'interoperabilità con l'anagrafe INA SAIA del Ministero degli Interni che rappresenta l'anagrafe dei Comuni.

Gli Estav sono impegnati a garantire la sicurezza dei sistemi informatici, in termini di disponibilità, continuità di servizio e accessibilità, in linea con i livelli di servizio definiti negli specifici accordi con le Aziende sanitarie e le SDS.

In merito agli ***strumenti per il governo, la programmazione ed il controllo***, si procede in evoluzione con il precedente piano per quanto riguarda le Aziende sanitarie e in sviluppo relativamente alle Società della Salute. Per queste ultime, il passaggio da un sistema fondato su dati aggregati ad un sistema basato su dati individuali provenienti dai sistemi gestionali, in linea con quanto già avviene in ambito socio-sanitario, costituisce l'impegno prioritario. Le Aziende/Enti produttori delle informazioni sono impegnati insieme agli Estav a presidiarne e garantirne la qualità e la completezza, mettendo in atto, tutte le azioni, organizzative e tecniche, necessarie per garantire questo risultato. Gli stessi soggetti sono impegnati a garantire gli adempimenti verso il livello nazionale, in particolare verso NSIS e Sistema TS.

Relativamente alle ***componenti tecnologiche infrastrutturali***, si svolgono azioni sia di rafforzamento che di sviluppo, secondo un modello architetturale d'indirizzo regionale.
Connettività. Regione Toscana si impegna nel potenziamento e diffusione delle infrastrutture in banda larga nelle aree della Toscana oggi non coperte, tipicamente le zone rurali e a bassa densità territoriale, tenuto conto sia della necessità di fornire servizi on line ai cittadini sia delle progettualità in essere e che coinvolgono in particolare la medicina convenzionata (mmg e pls).
Utilizzo del nuovo TIX. I soggetti afferenti al Sistema sanitario e sociale della Toscana, in particolare le Aziende sanitarie, gli Estav, le Società della Salute, utilizzano prioritariamente il Tix rispetto ad altre soluzione.
Cooperazione applicativa. Le Aziende/Enti adottano standard tecnologici e informativi atti a garantire la circolarità delle informazioni nel rispetto dei livelli di sicurezza e riservatezza delle informazione e con livelli di latenza nell´aggiornamento dei rispettivi patrimoni informativi prossimi allo zero, in linea con gli atti e le linee d'indirizzo regionali. Si rafforza l'utilizzo dello standard RFC (Request For Comment) prevedendolo non solo nel colloquio verso Regione Toscana o altri soggetti (utilizzo "verticale") ma anche nella cooperazione applicativa all'interno della singola Azienda/Ente (utilizzo "orizzontale").
Si realizza progressivamente, secondo le specifiche definite a livello regionale, il passaggio dalla sottoscrizione digitale di documenti non strutturati alla sottoscrizione digitale di contenuti strutturati (dati) per garantire autenticità, integrità e non ripudiabilità, nonché rappresentazione del documento, univocità ed estraibilità del dato.
Sicurezza. La sicurezza dei dati, dei sistemi e delle infrastrutture è elemento indispensabile per costruire quella fiducia nei servizi pubblici online che ancora oggi spesso manca.

Gli Estav garantiscono a livello di Area Vasta gli interventi necessari per la continuità operativa e la sicurezza, dettando le modalità per il coordinamento delle azioni delle singole Aziende/Enti e per la predisposizione di piani operativi.
Gli stessi realizzano un sistema di monitoraggio pro-attivo, a livello locale, per monitorare il corretto funzionamento dell'intero sistema nelle sue molteplici componenti.
Analogamente, Regione Toscana opera sulle infrastrutture regionali, a partire dal CART e dal TIX.
Autenticazione, accesso e firma digitale. Le Aziende/Enti, in collaborazione con Estav, completano il progetto regionale "carta dell'operatore", di cui alla DGR 7/2011, con l'obiettivo di: costituire la banca dati delle risorse umane indispensabile per il monitoraggio e la programmazione di cui al cap.6 "Gli assetti organizzativi"; potenziare le procedure di sicurezza relative agli scambi informativi; adottare un sistema specializzato che permetta agli operatori di autenticarsi una sola volta e di accedere a tutti i software aziendali ai quali sono abilitati per ruolo e funzione (single sign on); adottare sistemi di firma digitale della documentazione sanitaria ed amministrativa; far convergere sulla carta dell'operatore le funzioni di autenticazione, firma digitale e tesserino per l'accesso aziendale.
Le Aziende/Enti, in collaborazione con Estav, garantiscono il processo per la *conservazione a norma della documentazione digitale*, ivi compreso lo sviluppo delle competenze necessarie alla gestione e al governo di tale processo e che coinvolgono svariati ambiti : giuridico, amministrativo, informatico, archivistico.
Il processo di dematerializzazione del sistema documentale non si esaurisce infatti negli aspetti tecnologici, ma si concretizza anche e soprattutto in quelli organizzativi.
La quantità e la complessità crescente di documenti e di informazioni collegate e la possibilità di un loro uso avanzato, grazie all'innovazione tecnologica, offrono alla funzione documentaria in ambiente pubblico un ruolo centrale.
Centrale in tale contesto risulta essere il sistema DAX, ovvero il sistema per la conservazione degli archivi digitali sviluppato da Regione Toscana.

Sostenibilità economica e organizzativa
Nel precedente Piano, si è concluso il passaggio della funzione ICT dalle Aziende sanitarie agli Estav, con il trasferimento del personale afferente alla funzione e la sottoscrizione degli specifici accordi di servizio.
Troppo spesso però gli Estav sono stati relegati ad un ruolo operativo e gestionale piuttosto che di governo e di sviluppo architetturale dell'ICT secondo le linee d'indirizzo regionali.
Come trattato nel capitolo 6 "Gli assetti organizzativi", diviene quindi centrale la ridefinizione di un nuovo ruolo degli Estav in grado di svolgere una funzione di regia che, partendo dall'analisi delle esigenze presentate dalle Aziende sanitarie, le sintetizzi e le filtri garantendone la coerenza con gli obiettivi regionali e con la visione unitaria dell'Area Vasta.
E' compito di Estav predisporre il piano di sviluppo in materia ICT definendo il budget economico e degli investimenti per le Aziende dell'Area Vasta, sulla base degli indirizzi e delle linee di programmazione regionali.
Lo sviluppo del piano, in coerenza con il mandato assegnato ad Estav, deve essere improntato all' unitarietà di progettazione, sviluppo e gestione dei sistemi, ottimizzando e razionalizzando le risorse, evitando duplicazioni di strumenti, utilizzando e valorizzando l'infrastruttura e il patrimonio informatico e informativo presente anche a livello regionale.
La forte spinta alla digitalizzazione impone infatti che la gestione e gli investimenti ICT per essere sostenibili e fornire i risultati attesi siano realizzati in una dimensione di ampia scala, garantendo a livello di Area Vasta unitarietà di progettazione e gestione, impiego di risorse condivise, superamento della frammentazione di beni e servizi.
La fase attuativa è accompagnata dal monitoraggio degli accordi e dei livelli di servizio concordati tra Estav e Aziende sulla base di specifici indicatori.
Per quanto riguarda le SDS, l'analisi svolta, come già detto, ha mostrato che la maggior parte di esse non ha un Sistema Informativo adeguato alle necessità di gestione, programmazione, valutazione e controllo e che comunque lo sviluppo del Sistema Informativo, ove presente, non è avvenuto in modo uniforme e integrato. Anche in questo caso quindi è necessario procedere alla definizione di una architettura omogenea in ambito regionale, integrata con i Sistemi Informativi

delle aziende sanitarie, con la razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse, la cui regia, ove venga sviluppato specifico accordo, è affidata ad Estav.

Si rafforzano le linee d'indirizzo e di programmazione regionali e viene costituito uno specifico Coordinamento regionale.

7.3.1. la carta sanitaria

Contesto e risultati

La 'Carta Sanitaria Elettronica' è uno dei progetti, già inserito nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010, attraverso il quale il Sistema Sanitario Regionale intende meglio rispondere alle attese dei cittadini, fornendo loro un ulteriore strumento di garanzia per la tutela della salute.
Attraverso la Carta, strettamente personale, ogni cittadino può infatti attivare il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (di seguito FSE) e accedere alle informazioni sanitarie che lo riguardano.

Il progetto è stato approvato con DGR n. 125 del 2009 e il Fascicolo Sanitario Elettronico è stato istituito mediante la L.R. n. 65 del 2009.
Tutti i cittadini toscani, tra aprile e settembre 2010, a seguito di specifica convenzione di Regione Toscana con l'Agenzia delle Entrate, sono stati dotati della Carta, la nuova TS-CNS (Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi).
Contestualmente alla distribuzione, è stato realizzato il dispiegamento degli sportelli di attivazione della TS-CNS presso le Aziende sanitarie, prevedendo anche la possibilità di acquisto del lettore di smart card da parte dei cittadini.
E' inoltre attivo il servizio regionale di contact center e di card management system, per la gestione della Carta e dei lettori, rivolto sia ai cittadini che agli operatori.
I cittadini che a settembre 2011 hanno attivato la Carta e il Fascicolo sono circa il 25% della popolazione toscana.
I contenuti oggi presenti sul Fascicolo sono: l'anagrafe sanitaria, le esenzioni per patologia, gli accessi in pronto soccorso, i referti di laboratorio, le schede di dimissione ospedaliera e i farmaci.

Sfide

Estensione dell'attivazione da parte dei cittadini

L'obiettivo è che, entro il termine di vigenza del Piano, l'80% dei cittadini abbia attivato la Carta e il Fascicolo sanitario.

Implementazione dei servizi

In accordo con le finalità del Fascicolo, ovvero migliorare la qualità dell'assistenza, della prevenzione, della diagnosi, della cura e della riabilitazione e semplificare l'esercizio del diritto alla salute da parte dell'interessato, si prevede l'ampliamento dei contenuti sanitari e socio-sanitari pubblicati al suo interno.
Si prevede inoltre l'attivazione di ulteriori servizi on-line rivolti ai cittadini a cui accedere attraverso la Carta, come già indicato nel precedente paragrafo 2.1..
La Carta diviene la chiave di accesso sicuro a tutti i servizi on-line non solo in ambito sanitario e sociale ma più in generale nel rapporto del cittadino con il servizio pubblico regionale.

Utilizzo da parte dei professionisti

Il progetto intende perseguire il principio dell'equità, fornendo a tutti i cittadini uno strumento per garantirne l'interazione e la collaborazione con i professionisti del SSR, responsabilizzandoli nei processi che riguardano la loro salute.
Persegue inoltre l'obiettivo della semplificazione e della trasparenza nell'accesso e nelle relazioni con il SSR.
Affinché ciò trovi completa realizzazione, è indispensabile il pieno coinvolgimento dei professionisti, principali attori, insieme al cittadino, del progetto.

Azioni strategiche
Per favorire l'utilizzo da parte dei cittadini della Carta e del Fascicolo sanitario, il servizio di attivazione verrà ampliato rendendolo disponibile, oltre che presso le Aziende sanitarie, anche presso le farmacie territoriali. Si valuteranno inoltre, in questo ambito, forme di collaborazione con ulteriori soggetti.
Per ridurre "il divario digitale" esistente tra i cittadini e garantire accessibilità e facilità d'uso, verranno ampliati i punti e gli strumenti di accesso al Fascicolo e agli ulteriori servizi on-line che saranno attivati. E' prevista la diffusione di totem e di punti di consultazione all'interno delle Aziende sanitarie e presso le Farmacie territoriali; sarà rafforzato l'utilizzo della rete dei PAAS (Punti per l'Accesso Assistito ai Servizi e a internet); saranno anche in questo caso valutate forme di collaborazione con ulteriori soggetti.

E' previsto l'incremento delle tipologie di eventi sanitari e socio sanitari che alimentano l'FSE mediante: referti di radiodiagnostica ; interventi del 118 ; non autosufficienza (Assistenza Domiciliare e RSA); vaccinazioni; patient summary; invalidità civile; percorso chirurgico; altre tipologie di documenti sanitari.
Relativamente alla radiodiagnostica, si procederà a rendere disponibili, tenendo conto dei diversi contesti e quindi della diversa capacità dell'infrastruttura di rete, le immagini collegate al referto.
Verrà data operatività, tramite l'implementazione dello specifico caso d'uso, all'utilizzo del Fascicolo in situazione di emergenza/urgenza.
Verrà garantita l'alimentazione del Fascicolo Sanitario anche da parte del privato accreditato, mediante gli strumenti dell'accreditamento e delle convenzioni.
Per semplificare l'interazione dei cittadini con il SSR, verrà promosso il ritiro della documentazione sanitaria, ovvero referti, cartelle cliniche, etc., attraverso l'FSE .

Le Aziende sanitarie si impegnano a presidiare e rendere certe la qualità e la completezza delle informazioni, agendo, ove necessario, sui processi organizzativi e sulla diffusione delle tecnologie a supporto, come la firma digitale.
Le Aziende rafforzano la funzione dell'amministratore dell'anagrafe sanitaria, garantendo attraverso di essa il controllo di qualità, il corretto processo d'identificazione del cittadino nell'accesso ai servizi, l'integrazione anagrafica con i sistemi informativi dipartimentali.

Verrà completato il processo di migrazione del Fascicolo ad una architettura tecnologica di tipo completamente distribuito, denominata "storage geografico".

Si procederà a promuovere e favorire l'utilizzo da parte dei cittadini toscani della TS-CNS quale chiave di accesso a ulteriori servizi, in aggiunta all'FSE, nelle relazioni con il Sistema sanitario, con il Sistema sociale e, più in generale, con Regione Toscana e con gli enti pubblici presenti sul territorio toscano.

7.3.2. Il sistema informativo della Prevenzione

Contesto
Il PSR 2008-2010 aveva già previsto, nell'ambito degli interventi di semplificazione, appropriatezza e trasparenza del "sistema prevenzione", una riorganizzazione e razionalizzazione in cui le singole professionalità lavorano in modo integrato nella logica di rete, con l'obiettivo di migliorare la produttività garantendo comunque l'eccellenza della prestazione. L'elemento strategico "rete della prevenzione" ha quindi visto la nascita fra l'altro, del Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva (SISPC - DGR 1003/2008), quale strumento unitario e unico di governo delle strutture di prevenzione primaria, nell'intento di creare un basamento tecnologico in grado di supportare i servizi regionali e di AUSL che si occupano di prevenzione, nella pianificazione e nel governo a tutti i livelli delle attività e delle risorse messe in campo per dare risposte concrete e misurabili al bisogno di salute espresso, ma molto spesso, inespresso del territorio regionale toscano. Un sistema che offre strumenti di supporto ai sistemi di qualità certificati, a cui i servizi della prevenzione fanno sempre più riferimento per il miglioramento della qualità e della

sistematicità delle azioni, governandole all'interno di "processi" codificati e definiti, anche e soprattutto quando trattasi di attività estemporanee, non preventivabili quali quelle che nascono dai sistemi di allerta, da eventi calamitosi ecc., in cui la presenza di un sistema strutturato ed organizzato rende efficace ed efficiente l'azione dei soggetti che devono sempre muoversi all'interno di un quadro ordinato e coordinato di azioni sinergiche per "prevenire" ulteriori e ben più negative conseguenze per la salute umana, del patrimonio ambientale, sociale, zootecnico, lavorativo ecc…

Lo sviluppo del progetto poggia su un gruppo di Coordinamento Tecnico Regionale in cui trovano rappresentanza tutti i soggetti istituzionali coinvolti nella realizzazione (Regione e AUSL con le rispettive strutture organizzative di riferimento) anche per gli aspetti organizzativi connessi alla realizzazione del sistema.
Nell'intento di dare piena attuazione ai principi di cui alla LR 1/2004 sulla promozione dell'amministrazione elettronica e della Società dell'Informazione e della Conoscenza nel sistema Regionale, non possono che rilevarsi come essenziali e necessarie le azioni sinergiche e coordinate delle Pubbliche Amministrazioni coinvolte (Comuni, Province, Comunità Montane ecc..), sistemi dei Laboratori di analisi, Istituti di ricerca e osservatori epidemiologici ecc….
In ultimo, ma non per importanza, il ruolo centrale di tutto il mondo delle associazioni e dei patronati nel dare supporto e favorire le soluzioni organizzative che consentano di sfruttare a pieno lo sforzo di sviluppo del sistema per il miglioramento complessivo della fruibilità e circolarità dell'informazione tra cittadini, imprese e la stessa pubblica amministrazione.

Obiettivi
Completamento e messa in produzione per tutte le aziende AUSL della toscana del Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione secondo la previsione delle linee generali di progetto di cui alla DGR 1003/2008.
Il sistema ha avviato lo sviluppo integrale nel giugno 2010 con un cronoprogramma che vede completate le attività di realizzazione e messa a regime entro il 2013. La modularità con cui si realizza consente l'avvio del suo utilizzo parziale anche durante la fase di sviluppo e completerà l'avvio dell'utilizzo completo entro il 2014 per avere nel 2015 il sistema a pieno regime per tutte le AUSL toscane.

Azioni
a) Sviluppo del sistema nella componente applicativa e di integrazione con i sistemi esterni attraverso il sistema di cooperazione applicativa di Regione Toscana (CART)
b) Messa in produzione del sistema e dei servizi telematici previsti, rivolti al cittadino, alle imprese, alle associazioni e patronati che dovranno beneficiare di strumenti di semplificazione amministrativa e sburocratizzazione dei processi gestionali.
c) Manutenzione evolutiva del sistema per seguire costantemente la dinamicità del contesto sociale ed economico di riferimento, nonché sanitario per gli spetti legati alla salvaguardia della salute collettiva.

7.3.3. Il sistema informativo sociale

Contesto
Il Sistema Informativo Sociale Regionale richiede un impegno sostanziale di riprogettazione a seguito sia dei cambiamenti organizzativi intervenuti sia al fine di rispondere in modo adeguato al processo di interrelazione con il sistema sanitario in una logica di un nuovo sistema sociale e sanitario finalizzato alla salute (benessere) della persona. In questa ottica condivide con il sistema sanitario regionale, le infrastrutture tecnologiche (trasporto dati, cooperazione applicativa, identificazione e accesso), i basamenti informativi con particolare riferimento ai dati anagrafici relativi agli assistiti e le misure e le tecniche relative alla garanzia degli adeguati livelli di riservatezza e sicurezza per il pieno rispetto della privacy. La Regione attraverso atti normativi, regolamentari e di programmazione, promuove, sulla base della legge regionale nr. 1 del 2007 e la L.R. nr. 54 del 2009, lo sviluppo dei sistemi informativi locali afferenti alle competenze in materia sociale dei comuni singoli o associati, e delle Società della Salute al fine di rispondere

unitariamente e in maniera organica senza duplicazioni ai debiti informativi ministeriali e dell'ISTAT. Inoltre i Sistemi locali rappresentano fonte di alimentazione strutturata dei basamenti informativi regionali attraverso le infrastrutture di cooperazione applicativa regionale e la definizione degli standard informativi (RFC).

Obiettivo/sfide

Il Sistema Informativo Regionale del Sociale, costituisce il quadro conoscitivo finalizzato alla programmazione monitoraggio e verifica delle politiche sociali e alla restituzione dei quadri conoscitivi disaggregati ai territori al fine della valutazione comparata dei servizi sociali offerti, dei relativi costi in una logica di determinazione dei fabbisogni standard e di definizione dei livelli essenziali di servizio. Inoltre il basamento informativo regionale, tramite la raccolta dei dati di carattere organizzativo, costituisce il basamento unitario per servizi telematici di orientamento dell'utenza.

Obiettivo del presente piano è pervenire alla realizzazione del Sistema Informativo Sociale nel suo complesso, modulata secondo i sottosistemi sotto descritti.

Il Sistema Informativo Sociale che si andrà a realizzare si pone l'obiettivo di porre al centro la persona andando ad integrare il Fascicolo Sanitario Elettronico anche con le informazioni di tipo sociale, utilizzando per questo le infrastrutture tecnologiche per l'identificazione ed accesso, le strutture dati del fascicolo sanitario elettronico e le relative misure per il pieno rispetto della legge sulla privacy. Questo a completamento del quadro conoscitivo individuale e familiare, in forma anonima per gli obiettivi di impostazione e valutazione delle politiche e in una logica di servizio per la stessa persona se esplicitamente da questa richiesto.

Obiettivo del sistema informativo del sociale è anche e soprattutto quello di aiutare e sostenere una logica di rete basata su nuovi modelli di governance, modelli che si rendono fattibili nell'ambito di un sistema di condivisione dei saperi e delle conoscenze in cui le informazioni possano circolare nel pieno rispetto dei principi della privacy.

Un sistema di condivisione che sia anche inclusivo non solo delle realtà prettamente sanitarie quali gli ospedali, i consultori, i pronti soccorso ma anche i medici di base, le farmacie, le scuole. I medici di base in particolare possono risultare portatori di valutazioni generali sullo stato di salute della persona (fragilità della persona e della famiglia) su parametri non solo e strettamente sanitari in stretta interazione con i servizi sociali.

Azioni

Nel seguito si descrivono le diverse componenti del Sistema Sociale.

Sottosistema della Programmazione

- Funzioni e strumenti della programmazione regionale
- Funzioni e strumenti della programmazione zonale
- Il sistema degli enti locali
- Il concorso alla programmazione: dispositivi e forme di sussidiarietà (terzo settore)
- Il monitoraggio continuo, i livelli di servizio, i criteri per l'accesso e al compartecipazione ai servizi
- Costituzione di basamenti informativi regionali integrati in una logica di progressivo superamento delle indagini conoscitive in tutti quei settori per i quali risulta gestibile una rilevazione al continuo attraverso il sottosistema della interoperabilità.

Sottosistemi relativi alle diverse politiche di intervento

- Sostegno e tutela dei Minori, sostegno alle famiglie
- Inclusione sociale delle fasce deboli
- Politiche a sostegno dell'inclusione dei detenuti ed ex-detenuti
- Politiche per il superamento della violenza di genere, dell'abuso e della tratta ed inclusione delle fasce deboli
- Politiche per il superamento del disagio abitativo

Sottosistema dell'organizzazione e delle risorse professionali:

- Soggetti che erogano servizi (pubblici, privati)
- Livelli e modalità organizzative per la erogazione dei servizi
- Servizi erogati loro modalità e livelli (Carta dei servizi)
- Figure professionali e loro competenze
- Tipologia di utenza

Sottosistema della Persona e della conoscenza

- Costituzione del fascicolo individuale
- Circolarità delle informazioni fra i diversi punti di contatto
- Servizi informativi di indirizzo
- Consente la condivisione di tutti i basamenti informativi di struttura e di attività al fine della diffusione della conoscenza fra gli operatori (pubblici e privati) dei soggetti (organizzazioni pubbliche e private) che operano sul territorio e degli interventi messi in atto.
- Tradurre i basamenti conoscitivi in servizi informativi e di indirizzamento per i cittadini in difficoltà
- Garantisce l'adeguata valutazione dei servizi offerti e dei relativi livelli di servizio al fine del supporto decisionale alla programmazione regionale e locale
- Diffusione di strumenti e servizi di tele monitoraggio e teleassistenza non solo sanitaria di persone in regime di assistenza sociale domiciliare

Sottosistema della interoperabilità

- Razionalizzazione e riduzione delle rilevazioni sul territorio attraverso il collegamento in rete delle applicazioni gestionali dei soggetti con le infrastrutture di acquisizione dati regionali
    - Gestione delle cartelle sociali
    - Gestione delle contabilità per centri di costo
    - Gestione delle contabilità generali o finanziarie
    - Altri sistemi gestionali che si rendessero necessari.

7.4. La formazione

La formazione del sistema socio-sanitario regionale è leva e risorsa per aggiornare le competenze dei professionisti, allinearle ai valori guida regionali e migliorare la qualità offerta al cittadino. La sanità e il *welfare* si caratterizzano, infatti, per essere settori ad elevato capitale intellettuale dove le risorse umane sono reale *asset* strategico e fattore critico di successo da valorizzare. Di seguito descriveremo le principali linee di indirizzo della formazione in sanità (ECM), della formazione di competenze specifiche e dei percorsi formativi dei professionisti del sociale e socio-sanitario perché, se pur orientati da principi comuni, hanno caratteristiche e attori diversi e specifici.

7.4.1. La formazione in sanità (ECM)

Il sistema della formazione continua in medicina è stato strutturato in questi anni in modo da assicurare qualità, tempestività e continuità agli interventi formativi tesi a garantire non solo l'innalzamento della specifica professionalità degli operatori sanitari ma soprattutto l'aumento della capacità di ognuno di lavorare all'interno della propria organizzazione e di rapportarsi all'utenza.
L'organizzazione creata per affrontare le sfide che il sistema della qualità della formazione pone prevede un sistema a rete in cui i soggetti che a diverso titolo concorrono al sistema (Formas, Poli di Area Vasta, Aziende, ESTAV, ARS, MeS, ISPO, IRCCS, Università, Ordini e Collegi professionali) operino in modo fra loro interconnesso. Questa scelta, fatta con il Piano Sanitario regionale precedente e con la LR 40/2005, ha rappresentato in questi anni un importante valore aggiunto di tutto il sistema della formazione sanitaria.
Il passaggio dall'accreditamento degli eventi formativi all'accreditamento dei provider, previsto dagli accordi Stato-Regioni del 2007 e 2009, è stato interpretato dalla Regione Toscana come l'opportunità di un percorso di "garanzia della qualità", finalizzato ad assicurare ai professionisti che operano nel Sistema Sanitario Toscano che le strutture accreditate garantiscano la capacità di pianificazione, controllo e valutazione della formazione, e che quindi rappresentino una garanzia per gli operatori della qualità della formazione erogata.
In questo senso il sistema, costruito a partire dalle Aziende Sanitarie Toscane, prevede che si arrivi all'accreditamento standard dopo il vaglio della documentazione presentata dal provider e dopo il superamento della visita di audit che verifica la reale sussistenza dei requisiti di accreditamento.

Per attivare il sistema di accreditamento dei provider la Regione si è avvalsa di ARS, individuato come braccio operativo in questo processo, ed ha istituito l'Osservatorio Regionale sulla qualità della formazione sanitaria, sempre in base alle indicazioni degli accordi Stato-Regioni 2007 e 2009, che lavora su indicatori del sistema della qualità della formazione ed effettua le verifiche di audit sui provider per il rilascio dell'accreditamento standard.
Nel prossimo quinquennio gli obiettivi della formazione continua in sanità fanno riferimento al consolidamento e all'implementazione del sistema di qualità che passa sia attraverso il rafforzamento della rete formativa con la ricerca di convergenze fra i soggetti che offrono formazione in modo da trovare importanti economie di scala, sia attraverso il consolidamento e l'allargamento del processo di accreditamento dei provider ECM, sia, infine, attraverso lo sviluppo di strumenti e indicatori sulla qualità della formazione.
Per far questo è necessario che tutti i soggetti che a diverso titolo operano nella formazione sanitaria svolgano il proprio ruolo.

La Regione Toscana, che ha una funzione di indirizzo e monitoraggio nell'ottica di garanzia del sistema, dovrà:
o implementare le connessioni fra i soggetti della rete formativa regionale;
o implementare il processo di accreditamento dei provider ECM;
o sviluppare indicatori e strumenti di valutazione della qualità della formazione sanitaria offerta.
Nello specifico la Regione Toscana:
o svilupperà i percorsi formativi regionali sulle tematiche prioritarie del presente Piano tramite il FORMAS (Laboratorio Regionale sulla Formazione Sanitaria) che potrà realizzarli anche avvalendosi dei Poli di Area Vasta;
o svilupperà, sempre tramite il FORMAS, la ricerca di metodologie innovative e i percorsi formativi basati su tecnologie innovative;
o svilupperà gli strumenti di valutazione della qualità della formazione erogata avvalendosi dell'Osservatorio Regionale sulla qualità della formazione.

I Poli di Area Vasta dovranno:
o sviluppare la programmazione di area vasta mettendo a comune le esperienze delle Aziende Sanitarie Toscane anche al fine di trovare le necessarie convergenze per economie di scala,
o sviluppare, in accordo con il FORMAS, progetti formativi su temi strategici quali: ospedale per intensità di cura, medicina di iniziativa e formazione sull'emergenza.

Le Aziende dovranno:
- programmare e realizzare gli eventi formativi che per specificità possono essere solo di livello aziendale con particolare attenzione alla formazione sul campo;
- implementare l'anagrafe formativa regionale che raccoglie i curricula degli operatori e che sarà un vero e proprio dossier formativo, la cui alimentazione è un requisito fondamentale per il mantenimento dell'accreditamento standard come provider ECM;
- contribuire al rafforzamento della rete regionale formativa.

Ordini e Collegi professionali mantengono il ruolo di certificatori dei curricula formativi degli operatori e di provider nelle materie e nei modi che gli accordi Stato-Regione definiscono.
Nel quinquennio è previsto che:
- l'accreditamento come provider ECM dei soggetti regionali porti un miglioramento della qualità del sistema della formazione come già si sta verificando per le Aziende Sanitarie Toscane;
- lo sviluppo della rete formativa regionale procuri sinergie e importanti economie di scala;
- lo sviluppo degli strumenti di valutazione della qualità della formazione porti un miglioramento della qualità della formazione erogata.

7.4.2. La formazione di competenze specifiche

Di fronte all'oggettiva complessità dello scenario attuale, nel quale gli attori del Sistema cercano soluzioni innovative alle domande emergenti, la formazione diventa risorsa e leva

strategica solo se aderente e rilevante per i cambiamenti, il modello operativo regionale, la pratica e le ricadute organizzative.
E' per rispondere ai nuovi bisogni formativi che la Regione disegna, organizza e promuove percorsi formativi regionali per sviluppare competenze specifiche in determinate aree per profilo professionale, ed adeguare le attuali competenze dei professionisti alle esigenze del miglioramento della qualità, della sicurezza e al cambiamento organizzativo.

Tale innovazione formativa è del tipo *competence enhancing* in quanto comporta un'evoluzione della base di conoscenze preesistenti, valorizzando infatti gli ambiti di autonomia che le professioni hanno sviluppato nel tempo e definendo specifiche prestazioni rimesse all'autonomia gestionale degli operatori esercenti le professioni sanitarie (di cui alla legge 251/2000). Tali prestazioni sono affidate ai professionisti, nel rispetto dei profili professionali, nell'ambito di protocolli predefiniti e sulla base di percorsi formativi coordinati dalla Regione.
L'idea di sperimentare questa nuova tipologia di formazione nasce dalla consapevolezza di sostenere i nuovi ruoli delle professioni sanitarie e sociali con una parallela formazione di competenze specifiche tarata sul sistema regionale, che prepara i professionisti e implementa l'appropriatezza clinica, assistenziale, sociale e organizzativa del servizio sanitario garantendo ai professionisti autonomia gestionale su determinate aree del percorso assistenziale.

Se pertanto il sistema della formazione continua in medicina assicura qualità, tempestività e continuità agli interventi formativi e mantiene la formazione di base professionale, la formazione regionale di competenze specifiche ha l'obiettivo di sviluppare specifiche competenze pratiche, nel rispetto dei profili professionali e nell'ambito di protocolli predefiniti, per rispondere a esigenze rilevanti ed evidenti proprie del SSR.

Considerato che l'etica e la deontologia sono alla base dell'agire delle professioni sanitarie e proprie di tutti i profili, la Regione promuove la pianificazione di progetti formativi regionali condivisi e di carattere multiprofessionale. La deontologia diviene pertanto "fulcro" per garantire l'interprofessionalità e orientare l'agire delle professioni sanitarie in modo tale da risultare non solo evidente ed efficace ma anche consapevole, responsabile ed etico.

7.4.3. E-Learning - Formazione a distanza - F@D

La FaD è una metodologia di insegnamento che permette di trasferire conoscenze ed esperienze, indipendentemente dallo spazio e dal tempo.

Il piano d'azione e-Learning della Commissione Europea, definisce l'e-learning come: "l'utilizzo delle nuove tecnologie multimediali e di Internet per migliorare la qualità dell'apprendimento agevolando l'accesso a risorse e servizi nonché gli scambi e la collaborazione a distanza"

La stretta connessione che esiste tra F@D e e-learning è che quest'ultima coincide con la F@D di "terza generazione", cioè con quell'esperienza didattico-formativa introdotta dagli strumenti informatici e telematici (internet)

Il Consiglio Sanitario Regionale proseguirà le proprie attività di diffusione della cultura scientifica e di trasferimento delle conoscenze a mezzo F@D di terza generazione il cui uso, di per sé, assicura flessibilità e accessibilità da parte di tutti, ovunque essi siano, certificando on line i crediti ECM acquisiti.
Il percorso della Formazione a distanza, con la pubblicazione di contenuti scientifici su una piattaforma personalizzata e modulare, si rivolge a tutti gli operatori sanitari del sistema sanitario toscano che vogliono-devono aggiornarsi e consente alle varie Aziende Sanitarie di offrire ai propri professionisti corsi di formazione riducendone i costi ed evitando gli spostamenti.

Un componente base della F@D toscana è la piattaforma tecnologica FORMAS che gestisce la distribuzione e la fruizione della formazione: si tratta infatti di un sistema gestionale, rigorosamente programmato e sviluppato metodologicamente, che permette di tracciare le attività formative dell'utente (computo degli accessi ai contenuti, dei tempi di fruizione, risultati dei momenti autovalutativi e valutativi) dando riscontro e supporto alle Aziende sanitarie anche per quanto riguarda l'aggiornamento dell'anagrafe formativa.

Nel periodo di validità del Piano Sanitario continueranno ad essere rese disponibili in F@D le linee guida elaborate dal Consiglio Sanitario Regionale tenendo conto delle priorità di salute evidenziate dal Piano stesso.

7.4.4. Il percorsi formativi dei professionisti del sociale e del socio-sanitario

Contesto

Per rispondere in modo congruo alle trasformazioni e alla complessità dei vecchi e nuovi bisogni delle persone e degli utenti, i professionisti e gli operatori del sistema socio-sanitario toscano devono essere in grado di saper aggiornare e rinnovare continuamente il proprio set di conoscenze e competenze. Oltre a solidi percorsi formativi di base non è più possibile prescindere dall'aggiornamento e da percorsi di formazione continua capaci di sostenere le professioni nel continuo confronto con le necessità dei cittadini toscani, con gli altri professionisti, con le diverse organizzazioni. È necessario però tener presente che l'attuale sistema formativo si caratterizza per l'elevata complessità dovuta ai diversi attori coinvolti: dalla Università e dalla Regione, alle Province e agli enti di formazione accreditati. Su questo contesto è necessario proporre azioni puntuali e convergenti. Occorre operare per la creazione di un sistema della conoscenza condiviso da parte di tutti gli operatori e i professionisti e per l'utilizzo di sistemi e modalità che rendano le competenze, le *best practice*, le informazioni un patrimonio comune a tutti, sia a chi opera nelle strutture pubbliche, private accreditate e nel privato sociale.

Obiettivi

Risulta nella logica del piano indispensabile:

- concorrere al sostegno del sistema formativo di base e Universitario;
- promuovere percorsi di formazione permanente in grado di sviluppare competenze per rispondere ai nuovi bisogni degli utenti, dei territori e delle organizzazioni, e crescere la capacità di lavorare in modo integrato ed unitario;
- favorire la contaminazione dei saperi, delle conoscenze e delle pratiche professionali per promuovere la crescita di una società della conoscenza;
- favorire una cultura professionale a sostegno del confronto e della circolarità delle informazioni ai fini di un reale sistema unitario "sociale e sanitario".

Strategie

Per rispondere agli obiettivi sopra citati si prevedono le seguenti azioni strategiche:

- concorrere alla costituzione di un sistema informativo delle professioni sociali;
- definire un piano di momenti formativi per i professionisti del *welfare* toscano coinvolgendo le Università e gli altri soggetti significativi per il sistema socio-sanitario toscano;
- valorizzare e riconoscere le scelte formative dei professionisti e degli operatori all'interno dei servizi e delle organizzazioni;
- promuovere momenti di scambio e di confronto con le Università toscane in modo da condividere le priorità formative anche sulla base delle politiche di *welfare* regionale;
- sostenere le attività di tirocinio professionale per gli studenti dei Corsi di Laurea in Servizio Sociale e in Educatore Professionale;
- promuovere, nei diversi contesti regionali, l'organizzazione di progetti di scambio con altri paesi europei e non, con il fine di confrontare buone prassi e contaminazione di pratiche e di saperi;
- istituire momenti strutturati di valutazione dei fabbisogni formativi e degli stessi percorsi formativi regionali.

Attori

La realizzazione delle azioni compete alla Regione con l'opportuno coinvolgimento e la collaborazione di altre istituzioni pubbliche o private (Università, Province, Soggetti del Terzo Settore).

La medicina generale richiede percorsi formativi autonomi all'interno del SSR che vengono realizzati mediante accordi.

7.5. Le Università

Le Università toscane sono state inserite nel capitolo "Innovazione, Ricerca e Formazione" per sottolinearne il ruolo che il presente piano intende valorizzare.
La Toscana è stata la prima regione italiana a dare attuazione ai protocolli d'intesa Regione–Università sull'attività assistenziale ed intende mantenere un ruolo di avanguardia nel settore al fine di perfezionare il processo di integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca tra Servizio Sanitario Regionale ed Università.

7.5.1. Il ruolo delle Università Toscane nella formazione in campo socio-sanitario

Al fine di governare le esigenze del rinnovato contesto socio-sanitario e per coprire il fabbisogno dei servizi socio-sanitari, la Giunta regionale promuove la rilevazione dati del sistema lavorativo (*placement*) e del sistema formativo per preparare professionisti di qualità che lavorino in aderenza ai valori guida del modello SSR.
Vista la centralità strategica della formazione, è immediato derivare l'importanza che assume l'Università e la formazione di base, specialistica e avanzata dei professionisti sanitari e sociali.

7.5.2. I rapporti Sistema Socio-Sanitario-Università nel campo della attività assistenziale

La formazione rappresenta quindi un investimento essenziale per la crescita e il miglioramento delle organizzazioni in cui operano i professionisti al fine di sviluppare conoscenze, capacità, comportamenti e atteggiamenti aderenti ai cambiamenti organizzativi, migliorare prestazioni e qualità del servizio sanitario e valorizzare la connessione tra formazione, ricerca e assistenza.
Si delineano percorsi formativi curriculari inscindibili dai percorsi socio-assistenziali e di ricerca scientifica, che preparano i futuri professionisti all'interprofessionalità e al lavoro di équipe progettando percorsi formativi multiprofessionali integrati che valorizzino momenti di interazione, interscambio e conoscenza professionale.
L'interprofessionalità permette all'Università di giocare il ruolo di attore privilegiato, piattaforma di conoscenze di base su cui innescare moduli avanzati in corsi specialistici e corsi Master, selezionando competenze e accompagnando la loro formazione e messa in pratica.
L'avvicinamento tra l'Università e il sistema sanitario e sociale non deve solo limitarsi a un incontro, pur fondamentale, tra domanda e offerta di servizi avanzati ma potenziare la formazione professionalizzante, anche attraverso un contatto diretto e anticipato tra i giovani laureati e specializzandi e le strutture sanitarie per formare professionisti che lavorino insieme in modo evidente, efficace ed efficiente.

7.5.3. Modelli avanzati di integrazione a valenza regionale tra Università e Sistema Socio-Sanitario nel campo della formazione, ricerca scientifica ed assistenza

Obiettivo strategico del presente piano è avviare percorsi di formazione che integrino gli obiettivi di valorizzazione e diffusione di nuove competenze al territorio attraverso piani di formazione integrati tra Università e Sistema Socio-Sanitario. I DIPINT, macrostrutture tecnico-amministrative costituite per valorizzare la profonda e sostanziale connessione tra formazione, ricerca ed assistenza, potranno coordinare operativamente le proposte presentate, frutto di programmazione congiunta. E' interesse della Regione sviluppare quindi una continua e articolata

collaborazione con gli atenei toscani che veda nei protocolli d'intesa con le Università gli strumenti privilegiati per formalizzare tali innovazioni.

7.5.4. Museo della Medicina

Entro la vigenza del presente piano, sarà progettato e realizzato il Museo della Medicina, interattivo, con finalità documentali, educazionali e formative, dalla etnomedicina alla medicina telematica, utilizzando le più moderne tecnologie informatiche.

7.6. Relazioni internazionali

Contesto

Nel corso della vigenza del Piano Sanitario Regionale 2008-2010 il sistema toscano ha intensificato gli scambi culturali, professionali e di collaborazione tecnico-scientifica con le istituzioni di di vari Paesi.

Tale sviluppo ha dimostrato l'interesse dei Paesi verso i risultati di salute raggiunti in Toscana, la organizzazione che li ha sostenuti in termini di supporto normativo, rapporto con il mondo delle professioni e sostanziale economicità del sistema.

La collaborazione si è sviluppata con alcuni Paesi europei ma con una netta prevalenza verso i Paesi asiatici ed in particolare la Cina.

Tali rapporti a partire dal 2010 si sono intensificati grazie alle relazioni definite in occasione dell'Expo di Shanghai e in cui, nel rispetto dei ruoli, si è puntato a favorire la presenza delle imprese toscane sui mercati di questi Paesi.

In tal senso l'ipotesi dello sviluppo della "School of Policy", in collaborazione con Toscana Promozione rappresenta un momento di sintesi da cui ripartire con il vigente Piano.

Tali azioni devono trovare sul versante dello viluppo delle imprese rapporti e punti di collegamento strutturati nell'ambito del Di Distretto Scienze della Vita da poco insediato.

Tra i protocolli si segnalano a titolo esemplificativo:

- con Health Human Devolopment Center of Mininistry of Health della Cina
- con l'ospedale pediatrico Meyer di Firenze e il Beijing Children's Hospital.
- con la Provincia autonoma del Guanxi, che ha portato alla creazione del primo centro Sino-Italiano in materia di sicurezza alimentare tutt'ora operante grazie alla collaborazione con la Facoltà di Medicina Veterinaria di Pisa**.**

Obiettivi

Obiettivo generale del presente Piano, in sintonia con quanto previsto dal Piano integrato delle Attività Internazionali 2012 - 2015 è quello di consolidare ed estendere le attività in essere garantendone un governo unitario all'interno del sistema socio-sanitario ed integrandolo con le strategie complessive regionali.

Azioni

- Identificare, anche a partire della esperienza maturata presso la Azienda Universitaria Ospedaliera di Siena, di un soggetto che svolga il ruolo di cerniera del sistema nel campo della formazione a supporto delle attività della School of Policy negli gli ambiti di competenza socio-sanitaria.

- Definire le modalità di integrazione dei vari siti funzionali alle attività della School of Policy.

- Definire un livello di relazione tra il SST e il sistema delle Imprese Toscane, coodinato con Toscana promozione e le altre strutture regionali competenti, al fine di dare unitarietà di strategia alle azioni di collaborazione con i vari partner stranieri con la stessa ottica ed obiettivi definiti dal Distretto " Scienze della Vita".

- Realizzare il primo corso della School of Policy con la Municipalità di Shangai ed estendere tale proposta ad altri soggetti istituzionali di altri Paesi.

- Confermare entro il 2012 il Protocollo di intesa con la Provincia autonoma del GuangXi in materia di sicurezza alimentare estendendo il campo di interesse al altri ambiti sanitari compresi quelli commerciali e come opportunità ad altri settori di interesse regionale

- Confermare ed estendere il Protocollo di Intesa con l'Health Human Devolopment Center of Mininistry of Health della Cina

Risultato atteso

A fine della vigenza del Piano si ritiene di avere a disposizione un sistema maturo di relazioni del SST integrato e governato in una lòogica unitaria

7.7. Cooperazione Sanitaria Internazionale

Contesto

La Regione Toscana, in ambito di cooperazione sanitaria internazionale, intende promuovere il diritto alla salute per sostenere percorsi di sviluppo in linea con gli Obiettivi del Millennio e con la partecipazione dei soggetti toscani interessati.

La Toscana ha scelto di sviluppare le sue azioni di cooperazione sanitaria su due dimensioni, rappresentate da: aree geografiche prioritarie e ambiti tematici d'intervento.

Le tre principali assi tematiche sono rappresentate da:

- la salute materno-infantile;
- la lotta all'HIV/AIDS, malaria, TBC e altre malattie neglette;
- l'assistenza tecnica e supporto ai sistemi sanitari locali.

Ad ogni area geografica corrisponde un'azione compatibile ai bisogni locali e al grado di sviluppo complessivo. Di seguito le combinazioni delle aree tematiche intrecciate a quelle geografiche:

- Africa Sub Sahariana: gli interventi hanno avuto come contenuti prioritari la lotta all'epidemia dell'AIDS, TBC e Malaria e alle altre malattie dimenticate, il rinforzo dei sistemi sanitari pubblici con particolare attenzione alla PHC e alla salute materno-infantile.
- Area Balcanica, l'Europa dell'Est e Paesi arabi del Mediterraneo: i progetti sono stati indirizzati al rafforzamento generale e complessivo dei sistemi sanitari locali attraverso il trasferimento di conoscenze e competenze necessarie alla crescita complessiva dell' offerta di prestazioni sanitarie.
- Medio Oriente: in questo contesto le iniziative sono volte a tutelare il diritto alla salute delle popolazioni palestinesi nonché al miglioramento dei rapporti tra Israele e Palestina.
- America Latina: iniziative nell'ambito del programma di cooperazione internazionale "EUROsocial" della UE.

Esiste una rete attiva di collaborazioni tra tutte le nostre aziende sanitarie, afferenti al sistema delle Aree Vaste in cui trovano spazio molteplici iniziative provenienti dal territorio toscano in un'ottica di organizzazione *bottom-up*.

A questo proposito si ricorda la rilevante attività svolta dalla Fondazione Monasterio come cardiochirurgia pediatrica e telemedicina in particolare in Palestina, nei Balcani ed in Eritrea.

Obiettivo

Rinforzare i sistemi sanitari dei paesi a medio e basso redito attraverso il supporto tecnico e materiale alle istituzioni locali con un *focus* particolare agli Obiettivi del Millennio nr. 4, 5 e 6.

Azioni

- Attivazione di partnership istituzionali sia all'interno del sistema toscano sia con altre regioni per rafforzare l'impatto delle azioni e attrarre maggiori finanziamenti esterni.
- Azioni di benchmarking con altre realtà europee attive nell'ambito della cooperazione decentrata in sanità.
- Rafforzare la collaborazione istituzionale con la Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) del Ministero degli Affari Esteri.
- Rafforzare la collaborazione con il Ministero della Sanità avvalendosi dell'attuale Progetto Mattone Internazionale
- Attività di formazione dei nostri operatori nell'abito della Global Health e della CSI
- Attività di comunicazione interna ed esterna al sistema

Tali strategie verranno attuate, in ottemperanza al Piano Integrato delle Attività Internazionali (PIAI), anche tramite i seguenti strumenti:

- individuazione dei processi strategici per la Regione Toscana in materia di internazionalizzazione responsabile, concertati attraverso i Coordinamenti di Area Vasta,
- bando per i progetti semplici in materia di internazionalizzazione responsabile.

Organizzazione dell'attività

Per il periodo di validità del Piano resta confermato il ruolo dell'AOU Meyer quale ente attuatore delle strategie di cooperazione sanitaria internazionale.
Presso la stessa AOU Meyer sarà istituito un Centro Interaziendale di Global Health con l'obiettivo di assicurare il coordinamento delle diverse iniziative di cooperazione sanitaria.
Il Centro fungerà da raccordo tra le strategie elaborate in sede regionale e le strutture delle Aziende sanitarie direttamente interessate alla loro attuazione, promuovendo altresì le sinergie con tutti i soggetti istituzionali che possono esservi coinvolti, in modo particolare Università ed altri Enti pubblici.

8. SISTEMA DI GOVERNANCE REGIONALE

La Regione Toscana, per guidare il sistema socio sanitario, si è dotata di un sistema di governance complesso in cui alla fase di pianificazione e programmazione segue sistematicamente la fase di verifica e valutazione dei risultati raggiunti. Questo sistema ha permesso nel tempo di garantire sia una migliore allocazione delle risorse, evitando duplicazioni di investimenti, sia trasparenza e accountability della performance conseguita dal sistema nel suo insieme e dalle singole componenti.
Nel prossimo quinquennio la Regione Toscana intende consolidare e diffondere anche a nuovi ambiti il proprio sistema di governance, consapevole che solo una gestione basata su evidenze quantitative e certe può garantire il cittadino.
Il termine ***Trasparenza***, che certamente è stata una parola d'ordine anche per il passato triennio, continuerà ad essere un riferimento anche per il prossimo quinquennio. La Toscana è infatti l'unica regione italiana che pubblica sistematicamente dal 2006 tutti i risultati conseguiti in sanità (www.valutazionesanitatoscana.sssup.it) e, grazie al lavoro realizzato in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, fornisce elementi chiari di valutazione relativi ai risultati conseguiti da ciascun soggetto operatore del sistema. Ma è esempio di politica di trasparenza anche la delibera per garantire al cittadino percorsi chiari per la prenotazione delle prestazioni chirurgiche sia in regime istituzionale che intramoenia. La Toscana si mette in gioco e con trasparenza ricerca sistematicamente il giudizio dei cittadini, come dimostrano le circa 34.000 interviste telefoniche realizzate a tal fine nel passato triennio. Con questo stile si intende proseguire. *L'Accountability* al cittadino, ossia render conto in modo chiaro e trasparente di ciò che si realizza, è la strategia scelta, che vuole puntare sulla nostra reputazione, come Regione e come soggetti che compongono il sistema, quale valore su cui ci confrontiamo.
Il sistema di governance regionale, declinato in termini di programmazione e successivamente di verifica dei risultati, prevede diversi ambiti di intervento:

- Il primo, focalizzato sulla mission finale del sistema socio sanitario regionale, ossia il miglioramento dei livelli di salute della popolazione, prevede quali strumenti fondamentali di lavoro il supporto alla programmazione regionale e locale, l'analisi dello stato e dei bisogni di salute dei cittadini toscani, il monitoraggio dei percorsi assistenziali e dell'equità di accesso ai servizi, la valutazione dell'efficacia delle politiche di sanità pubblica. Queste attività sono assicurate dalla professionalità epidemiologica e statistica dell'Agenzia Regionale di Sanità (ARS), che contribuisce con altri enti anche all'elaborazione dei metodi e strumenti per la valutazione della qualità dei servizi e per la diffusione delle informazioni sanitarie e sociali. ARS produce, inoltre, sistematicamente, sulla base dei flussi sanitari e sociali correnti, un sistema integrato e consultabile di indicatori, disaggregato per i diversi livelli geografici ed istituzionali (Comuni, Zone Socio Sanitarie, SDS, ASL, Area Vasta). La relazione sanitaria triennale rappresenta il documento in cui si descrivono i risultati di medio lungo periodo in termini di salute di popolazione, rispetto alle politiche sanitarie intraprese ed alla organizzazione dei servizi".

- Il secondo, focalizzato sulla misurazione dei risultati di breve periodo di processo, di qualità e di appropriatezza. Tale livello si avvale del sistema di valutazione della performance, progettato e gestito dal Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna per conto della RT (in nota brevetti) basato sul confronto sistematico inter e infra regionale relativo a diverse dimensioni di analisi: la capacità di perseguire le strategie regionali da parte delle Asl e SDS, la qualità socio sanitaria dei servizi erogati, l'appropriatezza delle prestazioni, la valutazione della soddisfazione dei cittadini e degli utenti, la valutazione dei dipendenti del sistema, la misurazione dell'efficienza. Questo sistema permette di misurare i risultati conseguiti dai vari soggetti che compongono il sistema e nel prossimo quinquennio si estenderà anche al settore privato che collabora con i soggetti del sistema socio sanitario pubblico e si articolerà anche per dipartimento e struttura complessa. A tale sistema è collegata l'incentivazione annuale delle direzioni generali delle Asl Toscane. Nel prossimo quinquennio il sistema di valutazione della performance, oltre a orientare gli sforzi di tutti soggetti del sistema verso il miglioramento continuo, si porrà quale sfida determinante di

ridurre la variabilità ai vari livelli che non sia espressione di capacità di adattamento ai bisogni differenziali dell'utenza. Obiettivo della Regione infatti sarà di migliorare i risultati complessivi ma grazie in particolare alla riduzione dei differenziali di performance conseguita dai soggetti del sistema. Le differenze nei risultati infatti determinano problemi sostanziali di equità tra i cittadini e impongono una riflessione continua tra i policy makers e i professionisti sanitari su quali siano le determinanti di tale variabilità per offrire servizi sempre più capaci di rispondere ai bisogni e non determinati dall'offerta.

- Il terzo ambito del sistema di governance regionale, integrato con i due precedenti, è relativo al sistema di accreditamento delle strutture sanitarie che ha come focalizzazione la misurazione delle modalità di svolgimento dei percorsi assistenziali tali da garantire qualità delle prestazioni e sicurezza per il paziente. Il sistema di accreditamento, già implementato nel 2011 nelle strutture sanitarie, vedrà nel prossimo quinquennio un potenziamento con l'implementazione dell'accreditamento di eccellenza per quelle strutture che dimostreranno nel loro contesto di aver ottenuto i migliori risultati nel confronto infraregionale. Il sistema di accreditamento si avvale delle misurazioni prodotte dal sistema di valutazione della performance e dal centro per il rischio clinico e sicurezza del paziente regionale e permetterà di incidere nei processi di miglioramento continuo condotti a livello aziendale in logica di percorso assistenziale.

8.1. IL GOVERNO CLINICO

8.1.1. Strumenti, responsabilità,finalità

La Toscana ha dato un particolare impulso sia a livello regionale che aziendale al governo clinico inteso come modalità strutturata di collaborazione tra amministrazione e professionisti al fine di perseguire i migliori risultati per i pazienti con il minimo del rischio e attraverso l'uso equo delle risorse disponibili.
Una condivisione di finalità che contribuisce alla creazione di un clima in cui possa fiorire l'eccellenza delle cure. In effetti l'aver istituito una serie di sedi di confronto (Consiglio Sanitario Regionale, Commissione formazione, Commissione Terapeutica Regionale, Istituto Toscano Tumori, Organizzazione Toscana Trapianti, Centro Regionale Sangue, Gestione Rischio Clinico, Rete toscana per la medicina integrata, oltre a numerose altre commissioni stabili) rappresenta uno dei motivi più evidenti e significativi del buon successo del Servizio sanitario regionale.
In tutte queste commissioni una gran parte dei componenti è designata dalle associazioni professionali (ordini o collegi) a significarne la riconosciuta indipendenza di giudizio.
Nel tempo si è stabilito un clima di collaborazione con la Direzione Generale che ha fatto sì che la responsabilità professionale, quella amministrativa e quella politica abbiano contribuito alla promulgazione di provvedimenti condivisi.
Il Consiglio sanitario regionale rappresenta il primo strumento del governo clinico regionale ed ha la possibilità di coinvolgere le altre istituzioni in modo da individuare soluzioni tali da affrontare i problemi nella loro complessità (stesura Linee Guida, valutazione della sostenibilità e della appropriatezza, problematiche formative).
Il presente piano socio sanitario implementerà tutti questi strumenti coinvolgendoli nella gestione del sistema sanitario nei prossimi difficili anni.

8.1.2. Il Consiglio Sanitario Regionale

Il Consiglio Sanitario Regionale rafforzato dalla modifica alla L.R. 40/2005 nella sua componente professionale, a garanzia di autonomia e indipendenza tecnico-scientifica, prosegue la propria esperienza di governo clinico sia nel supportare i processi decisionali della direzione generale sia stimolando il senso di appartenenza dei professionisti al sistema pubblico.
La multidisciplinarità delle competenze e delle professionalità presenti nel Consiglio ha permesso, nell'ultimo decennio non solo l'espressione di autorevoli pareri su tematiche di grande interesse e di forte impatto sul sistema ma anche azioni propositive e riflessioni su temi di grande rilevanza quali il See & Treat, il Chronic Care Model e la sanità di iniziativa, la responsabilità interprofessionale etc.
L'attività del Consiglio è continua; i pareri formalmente espressi ogni anno sono molte decine e riguardano i più disparati aspetti della sanità. Il Consiglio partecipa, con l'espressione di pareri obbligatori ai processi di programmazione strategica e rappresenta il paradigma per il conseguimento dell'appropriatezza clinica nel governo sia della domanda che dell'offerta.
Il Consiglio opera costituendo, in massima parte, gruppi di lavoro per materia, all'interno dei quali è sempre presente la componente amministrativa della direzione generale.
Forte dell'esperienza maturata negli anni ed in un processo di continuo miglioramento organizzativo, il Consiglio Sanitario Regionale ha ridefinito la propria struttura interna in Osservatori e Commissioni Permanenti per tematica con mission e cronoprogrammi definiti.
La particolare costituzione del Consiglio Sanitario Regionale, con il Vicepresidente e la massima parte dei componenti designati dalle associazioni professionali a garanzia di autonomia e indipendenza scientifica e tecnica, ha portato ottimi risultati. Ha coinvolto, in questi 12 anni, migliaia di professionisti del sistema sanitario toscano per la stesura di pareri che hanno fornito un supporto tecnico professionale a moltissimi atti della Giunta.

Un aspetto importante dell'attività del Consiglio Sanitario consiste anche nell'avere stimolato il senso di appartenenza dei professionisti al sistema pubblico. Il coinvolgimento decisionale dei professionisti fa sì che i pareri del Consiglio, trasferiti in atti amministrativi, siano percepiti come impegni condivisi. Quindi, pur nei limiti delle consuete resistenze al nuovo non v'è dubbio che questa sperimentazione di governo clinico abbia ragionevolmente contribuito ad alleggerire diffidenze e incomprensioni.
Altra conseguenza positiva di questa esperienza risiede nell'approccio collaborativo tra professionisti e amministratori, che ha contribuito a far maturare la consapevolezza che la Medicina moderna non è più una vicenda individuale, anche se personale e irripetibile resta il rapporto umano con il paziente, ma si concretizza in attività sempre più complesse che si svolgono in percorsi assistenziali interprofessionali e interdisciplinari. Lavorare insieme, comunicare meglio, riconoscere una deontologia comune, sentirsi partecipi di un'impresa collettiva volta alla tutela della salute individuale e comunitaria, non è obiettivo del tutto raggiunto ma già ben individuato e compreso.
Al di là quindi dei risultati scientifici e tecnici conseguiti dal Consiglio sanitario Regionale si può affermare che il maggior successo di questa peculiare istituzione toscana sia rappresentato dal contributo offerto ad una crescita comune di tutti gli operatori del servizio sul piano della consapevolezza dei problemi della sanità e della mission delle aziende sanitarie. La stessa Università ha svolto nel consiglio Sanitario un ruolo di primo piano sul versante della innovazione e della ricerca. Insomma l'obiettivo ambizioso è non solo di dimostrare la sostenibilità del servizio attraverso la appropriatezza delle prestazioni cliniche e dell'organizzazione ma di far comprendere che la Sanità è un potente strumento di sviluppo scientifico e un motore economico attraverso lo sviluppo di tecnologie sulle quali le società investono per migliorare la qualità della vita dei cittadini.
L'esperienza del governo clinico regionale toscano, pur nelle inevitabili difficoltà, rappresenta un pensiero forte su come gestire il servizio per ottenere i migliori risultati per i cittadini. La concertazione con le professioni dà impulso al senso di appartenenza degli operatori e offre una grande occasione per comprendere come la sanità rappresenti un paradigma sociale di civile convivenza e un importante snodo economico attraverso lo stimolo alla ricerca e all'innovazione. L'abitudine a conseguire l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni costringe professionisti e amministratori a riflettere continuamente sulle loro azioni seguendo linee guida, adottando percorsi assistenziali, tutelando la sicurezza del paziente, con un forte aggancio della deontologia e lo stimolo alla formazione continua e al lavoro interprofessionale, migliorando le competenze e le capacità di ogni operatore.
Nel periodo di vigenza del Piano saranno sottolineate inoltre le esigenze di coinvolgere i professionisti nella riduzione della variabilità dei servizi, nella condivisione dell'assoluta rilevanza del lavoro multidisciplinare e delle dinamiche relazionali e di contesto che ne derivano, la valutazione delle strutture complesse ed il coinvolgimento di professionisti e cittadini nello scenario del cosiddetto "disease mongering".
Gli Osservatori permanenti provvederanno, tra l'altro e con specifica progettualità, a far convergere le energie dei vari attori del sistema su obiettivi comuni evitando in tal modo una progettualità non concordata e frammentaria tesa a definire strategie di miglioramento del sistema emergenza urgenza lungo tutto il percorso assistenziale per rendere omogenea l'assistenza nonché l'applicazione e l'adattamento del modello degli Ospedali per intensità di cura nell'attuale organizzazione ospedaliera regionale.
La Commissione regionale di coordinamento per le azioni di Lotta al dolore, con un approccio sistemico alla tematica, supporterà i processi decisionali al fine di eliminare le eventuali debolezze del sistema nel trattamento del dolore.
Nel periodo di vigenza del Piano il Consiglio Sanitario dovrà occuparsi anche della medicina di genere e delle problematiche di genere. Nell'ambito della specifica Commissione permanente sulla medicina di genere sarà affrontato il tema della salute e quindi della medicina in un'ottica di genere evidenziando l'importante intreccio tra il ruolo esercitato dal dato puramente anatomo-fisiologico con quello esercitato dal genere nella sua globalità. Nell'ambito dell'Osservatorio delle Professioni sarà sviluppata l'ottica di genere come strumento di miglioramento della qualità

dell'organizzazione intesa come ricerca della qualità del servizio erogato e della qualità di vita delle persone, uomini e donne, che vi operano.

Per quanto riguarda il Processo Linee guida continuerà lo sviluppo e l'attività ordinaria della Formazione a distanza (vedi paragrafo 7.4.3.), dell'implementazione, della elaborazione e revisione di linee guida connesse a tematiche di rilevanza regionale.

Implementazione Linee guida

La letteratura in tema di Salute Pubblica è concorde nel ritenere che le azioni di diffusione e disseminazione delle Linee Guida, per quanto necessarie, non sono sufficienti ad ottenerne la assimilazione nella pratica clinica. Affinché la migliore evidenza scientifica, in particolare se è innovativa, si traduca in azione occorre innanzi tutto che l'innovazione sia condivisa ed accettata non solo dal singolo professionista, ma anche da chi dirige le singole strutture assistenziali, dai c.d. "Opinion Leaders", dalle Direzioni delle Aziende Sanitarie , dalle Organizzazioni Sanitarie che a vario titolo partecipano all'assistenza , dalle associazioni dei pazienti, dai pazienti stessi e dall'ambiente esterno nel suo complesso. Occorre per questo attuare interventi attivi di implementazione che innanzi tutto siano idonei a superare i vincoli di vario tipo – organizzativi, professionali ed individuali - che molto spesso ne rendono difficile l'accettazione.
Consapevole della difficoltà della traduzione delle informazioni in prassi e del lungo tempo necessario ad ottenere una distribuzione uniforme di nuove procedure, il Consiglio Sanitario Regionale ha negli ultimi anni avviato interventi attivi di implementazione rivolti ai professionisti Le strategie implementative già utilizzate sino ad ora sono state molteplici ed in particolare, oltre alle modalità di formazione tradizionali sono stati sperimentati modelli di Marketing, di diffusione di Reminders, di informazione dei pazienti, oltre che interventi combinati.
L'obiettivo, nel periodo di vigenza del Piano Sanitario Sociale Integrato, è di proseguire nell'implementazione delle linee guida elaborate dal Consiglio Sanitario anche con particolare riferimento a quanto concerne la salute della popolazione anziana e l'assistenza alla cronicità, settori che costituiscono una parte rilevante dei costi cui oggi il sistema sanitario deve far fronte.
L' "evidence-based medicine" e le Linee Guida cliniche evidence-based possono essere oggetto di implementazione anche in forma di Percorsi di Cura Integrati (PIC) se riguardano tutti i professionisti di cui è necessario il coinvolgimento. I PIC sono piani o schemi che indicano a priori le modalità di assistenza e cura ottimali per tipologie di pazienti uniformi per diagnosi e/o sintomatologia. La pratica clinico-assistenziale condotta secondo il modello descritto nel PIC per la specifica condizione clinica è tale da condurre il singolo paziente al miglior esito clinico possibile in tempi standard. In pratica, il PIC è una matrice che riporta su un asse le azioni di cura necessarie attribuendole allo specifico professionista cui competono, e sull'altro asse i tempi della loro esecuzione. Le deviazioni dal percorso previsto vengono registrate, possono essere oggetto di analisi ed eventualmente agire da stimolo all'esecuzione di procedure finalizzate al miglioramento.

Elaborazione e revisione di linee guida

Il Consiglio Sanitario Regionale è da tempo impegnato nella produzione di Linee Guida specifiche per patologia, strutturate in raccolte di Raccomandazioni Cliniche tanto in positivo che in negativo, redatte da gruppi multidisciplinari di professionisti che operano all'interno del Servizio Sanitario Regionale. E' intendimento del Consiglio proseguire nella redazione di ulteriori Linee Guida per tutte le professioni sanitarie e nell'aggiornamento di quelle già redatte con l'intento di estendere la disponibilità di uno strumento valido e facilmente consultabile per i professionisti, anche al fine di uniformare le procedure assistenziali e di renderle sempre più conformi alla migliore evidenza scientifica.
In stretto raccordo con l'Istituto Superiore di Sanità, proseguiranno le azioni di revisione scientifica ed impostazione grafica delle linee guida secondo la metodologia del Sistema Nazionale Linee Guida.

8.1.3. Il Centro Regionale Sangue

Il Piano Sangue

Il Sistema Trasfusionale Toscano è l'esempio di un sistema a rete che ha saputo consolidare i risultati raggiunti negli anni anche attraverso profondi cambiamenti organizzativi come l'istituzione del Centro Regionale Sangue (CRS) organismo regionale deputato alla programmazione, gestione, monitoraggio e verifica delle attività inerenti sangue, plasma, piastrine, cellule staminali da sangue del cordone ombelicale e da midollo osseo per le parti di competenza previste dalle normative.

All'interno di un sistema di qualità come il sistema sanitario toscano il Sistema Trasfusionale rappresenta un ulteriore elemento di eccellenza per la capacità di assicurare risposte certe e con elevatissimo grado di qualità e sicurezza ai pazienti ricoverati negli ospedali toscani.

Il numero delle donazioni è cresciuto costantemente negli anni ma, insieme alle donazioni, aumentano anche i bisogni di sangue, plasma e cellule staminali addirittura con un ritmo più veloce dell'aumento della raccolta. Questo fenomeno si registra in tutte le regioni italiane caratterizzate da un alto livello qualitativo della sanità e quindi in grado di dare risposte a patologie complesse e per questo attrattive di pazienti da altre regioni.

Dal 2005 ad oggi il Sistema Trasfusionale è stato oggetto di intensa attività normativa soprattutto a livello europeo ed attraverso il recepimento di suddette normative sono state dettate regole stringenti a garanzia della qualità e della sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue e dei suoi componenti sia nelle strutture pubbliche che nelle unità di raccolta gestite dalle Associazioni di Volontariato.

Le linee guida europee sulla preparazione, uso e garanzia di qualità degli emocomponenti, nonché le disposizioni normative in ambito trasfusionale attualmente vigenti in Italia mirano ad orientare l'attività di raccolta e lavorazione del sangue nel senso della conformità a requisiti qualitativi molto rigorosi, con la tendenza comunitaria a far ricadere le attività di produzione e validazione biologica degli emocomponenti all'interno di norme tipiche dell'industria farmaceutica.

L'elemento caratterizzante di tutti i modelli organizzativi più innovativi europei è la concentrazione delle attività di produzione, trattamento e validazione degli emocomponenti in pochi centri/laboratori, di norma di dimensione regionale o di livello più basso secondo i modelli organizzativi, che operano secondo standard tipici dell'industria farmaceutica.
Tale esigenza è recepita dalle Linee Guida per l'accreditamento redatte dal Centro Nazionale Sangue (CNS) che indicano precisi indici di masse critiche sia per l'esecuzione dei test di validazione biologica che per le attività di lavorazione delle unità di sangue raccolto.

Il Sistema Trasfusionale Toscano ha avuto negli ultimi anni e continuerà ad avere anche in un futuro prossimo i seguenti obiettivi:

- la conferma di un sistema di raccolta del sangue e degli emocomponenti adeguatamente diffuso sul territorio finalizzato a promuovere e facilitare la donazione. Per "adeguatezza" deve intendersi anche una razionale e sostenibile distribuzione dei punti di raccolta, evitando unità di raccolta a bassa produttività. Per poter mantenere il Sistema Trasfusionale ai livelli di efficienza richiesti è indispensabile procedere all'analisi della distribuzione sul territorio e all'introduzione di criteri di razionalizzazione anche in ottemperanza alle Linee Guida per l'accreditamento emanate dal CNS fra i quali l'individuazione di volumi minimi di attività e parametri di distribuzione territoriale delle unità di raccolta associative;
- l'implementazione di un sistema trasfusionale che sappia valorizzare il contributo di professionisti, Aziende Sanitarie, Associazioni di Volontariato, e che sappia coinvolgere nel percorso di sensibilizzazione anche nuovi soggetti quali Enti locali, istituzioni scolastiche, Società scientifiche e Ordini professionali;

- il rafforzamento della cabina di regia regionale dell'intero percorso di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività trasfusionali attraverso il CRS organismo regionale di coordinamento;
- la presenza del servizio trasfusionale negli ospedali "per acuti", graduata ed aggregata secondo le modalità organizzative stabilite dalla programmazione regionale. La presenza strutturata della funzione di medicina trasfusionale è un elemento di irrinunciabile qualificazione per l'assistenza ospedaliera, anch'essa graduata in base alle specificità degli ospedali.

L'intervento di riconfigurazione della rete trasfusionale toscana rappresenta lo strumento per renderla adatta ad affrontare nei prossimi anni la sfida del miglioramento complessivo della qualità, dell'appropriatezza e della produttività.

Le azioni da intraprendere per la riorganizzazione saranno tese a:

- omogeneizzare le modalità di sviluppo dei processi produttivi: a tale scopo il CRS definisce, con la condivisione dei nodi della rete, gli standard clinici, organizzativi e di sicurezza e, parallelamente, individua il sistema di monitoraggio che ne consenta la verifica dell'applicazione;
- migliorare l'efficienza del sistema attraverso la rimodulazione delle funzioni riconosciute ai diversi nodi della rete, l'eliminazione di duplicazioni dei servizi;
- l'ottimizzazione dei sistemi di comunicazione mediante l'ulteriore sviluppo del sistema informativo trasfusionale regionale e l'utilizzazione della tessera sanitaria nel percorso di accettazione del donatore al fine di evitare errori di digitazione, duplicazioni e di consentire l'utilizzo del patrimonio informativo costituito dagli esami eseguiti sul donatore attraverso il fascicolo sanitario;
- attivare processi di complementarietà tra le strutture coinvolte nella rete;
- garantire dimensioni e composizioni ottimali, dal punto di vista funzionale ed economico delle unità;
- valorizzare le professionalità operanti nella rete regionale ed in particolare le strutture di eccellenza nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie che hanno raggiunto ottimi livelli nelle attività di raccolta, trattamento e banking di tessuti e/o cellule staminali e nelle terapie aferetiche avanzate favorendo fenomeni di integrazione tra la medicina trasfusionale e quella dei trapianti.
- valorizzare le attività di medicina trasfusionale e di assegnazione degli emocomponenti attività fondamentali nello sviluppo dei processi clinico –assistenziali all'interno dei presidi ospedalieri;

L' evoluzione della rete trasfusionale sarà conseguita mediante interventi di riordino strutturale e organizzativo attraverso le seguenti fasi:

- incrementare il livello di omogeneità di tutto il percorso di donazione prevedendo il più possibile procedure simili in tutte le zone della Toscana;
- completare le modifiche organizzative per rendere i servizi trasfusionali "a misura di donatore" sia dal punto di vista dell'accoglienza proseguendo il percorso di qualificazione strutturale, sia dal punto di vista operativo andando sempre di più incontro alle esigenze del donatore in un mondo che cambia, favorendo in tutti i modi possibili la donazione. Su questo argomento, portata a termine la piena funzionalita' del sistema di prenotazione della donazione dovremo affrontare e se necessario modificare gli orari di apertura dei servizi attualmente troppo rigidi;
- assicurare il raggiungimento, entro il 31 dicembre 2014, ed il successivo mantenimento degli standard richiesti dalle norme dell'accreditamento per tutte le strutture pubbliche e le unità di raccolta associative;

- garantire un adeguato sviluppo tecnologico tanto più necessario oggi alla luce di una sempre maggiore complessità delle attivita' svolte ed in conseguenza del rapido mutare delle condizioni epidemiologiche;
- completare, entro fine 2011, l'accentramento delle funzioni di validazione biologica (NAT e sierologia) nei Centri di Qualificazione Biologica delle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Area Vasta (Pisa, Firenze e Siena) permettendo l'indizione di gare uniche regionali per attrezzature e materiali di consumo;
- favorire la riflessione di Area Metropolitana Fiorentina sulle possibili integrazioni alla luce della compresenza di tre Aziende sullo stesso territorio. Il tema è complementare e non subordinata al percorso di Area Vasta, in quanto in Area Metropolitana è possibile integrare funzioni aggiuntive rispetto a quelle ottimizzabili in Area Vasta;
- integrare il sistema dei trasporti tenendo conto in modo sinergico delle necessità legate ai percorsi di donazione del sangue, plasma, cellule staminali e latte materno, realizzando un sistema in grado di monitorare temperature e modalità di trasporto di ogni singolo componente;
- realizzare modalità condivise di lavoro tra settore trasfusionale e settore farmaceutico per il monitoraggio dei consumi, la verifica dell'appropriatezza d'uso dei farmaci plasmaderivati e la valorizzazione dei prodotti ottenuti dalla lavorazione conto terzi del plasma raccolto in Toscana;
- istruire, non appena disponibili i Decreti Legge per la individuazione della aziende partecipanti, la gara per la selezione dell'azienda farmaceutica incaricata della lavorazione industriale del plasma raccolto;
- concentrare le fasi di lavorazione del sangue e della produzione degli emocomponenti in un'unica officina di lavorazione per Area Vasta anche in attuazione di quanto previsto dalle Linee Guida per l'accreditamento redatte dal Centro Nazionale Sangue che indicano indici di massa critica per il trattamento degli emocomponenti.

  L'accentramento delle fasi di lavorazione permetterà di adottare processi produttivi atti ad assicurare standard di qualità e sicurezza degli emocomponenti, equiparati dalla normativa comunitaria e nazionale in materia trasfusionale alle specialita' farmaceutiche.

  Ulteriore plus del percorso di accentramento della lavorazione degli emocomponenti sarà il superamento del concetto di compensazione andando verso un sistema in grado di rilevare i bisogni e programmare a livello regionale la messa a disposizione degli emocomponenti superando logiche localistiche ed andando verso un vero sistema regionale integrato che veda ugualmente tutelati i bisogni dei piccoli e dei grandi ospedali.

  Tale riorganizzazione porterà ad un sensibile miglioramento del livello di economicità del settore permettendo sensibili economie di scala senza ripercussioni sulla quantità e qualità dei servizi erogati.

8.1.4. Organizzazione Toscana Trapianti

A partire dagli anni antecedenti la Legge quadro n. 91 del 1999 la Regione Toscana aveva strutturato, mediante azioni programmate, la rete donazione/trapianto collocando, in ogni Azienda Sanitaria un Coordinatore Locale, istituendo Centri Trapianto di Organi e rendendo operativi Centri di Conservazione di Tessuti. Nel 2003 nacque l'Organizzazione Toscana Trapianti (OTT) che apportò un decisivo miglioramento in termini di sviluppo complessivo delle attività e dei livelli donativi e trapiantologici. Infatti, OTT mise in atto una organizzazione di rete integrata di professionisti motivati e altamente competenti.
Sul piano organizzativo OTT istituì alcune funzioni regionali quali ad es. : l' accreditamento , le aree vaste, il monitoraggio del processo, il rischio clinico e si venne a creare una rete che ha prodotto risultati invidiabili a livello nazionale e sovranazionale.

Riordino della rete regionale donazione/trapianto

Dal maggio 2011 si è proceduto alla riorganizzazione del sistema mediante la riconferma di alcune delle funzioni di cui sopra come ad esempio i Coordinamenti di Area Vasta (Centro, Nord Ovest e Sud) e con la istituzione di specifiche aree direttive.
Quest'ultime vengono individuate tenendo conto anche dell'organizzazione preesistente sul territorio regionale, delle peculiarità e specificità del sistema donazione-trapianto, dei risultati raggiunti e dell'esperienza maturata negli anni dal personale. Si identificano in :

- area organizzativa, di monitoraggio del processo, verifica dei risultati e centro informativo regionale donazione/ trapianto (CIRDT)
- area della qualità e sicurezza
- area della centrale operativa (Centro Regionale Allocazione Organi e Tessuti o CRAOT)

Altro aspetto organizzativo di grande evidenza clinico - organizzativo si configura con l' istituzione di aree tecnico-scientifiche per la ricerca orientata alla innovazione e allo sviluppo delle attività donative e trapiantologiche
Queste aree nascono con lo scopo principale di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili e di individuarne di alternative in modo da contribuire alla riduzione del gap presente tra domanda ed offerta trapiantologica.
Più in dettaglio le aree tematiche riguardano:

- Il percorso di donazione degli organi da donatore HBD
- Il percorso di donazione e trapianto di organi da donatore NHBD
- Il percorso di donazione, prelievo e conservazione di tessuti
- Il trapianto di organi da donatore vivente
- Tecniche per il trapianto di organi marginali
- Il trapianto pediatrico

Inoltre il Coordinatore Regionale potrà istituire ulteriori aree qualora se ne determinino le necessità e i singoli contributi prodotti saranno proposti per gli eventuali, ulteriori sviluppi regionali e/o nazionali.

Contesto

I dati statistici in Toscana sono apprezzabili e al di sopra della media nazionale sia per quanto riguarda le donazioni che i trapianti; anche il tasso medio di opposizione familiare è mediamente inferiore allo standard atteso. Nel primo semestre 2011, la Toscana ha registrato 69,7 donatori segnalati su un milione di abitanti (il dato italiano è di 33), 42,7 donatori procurati (in Italia 17,3), 37,3 donatori effettivi (in Italia 15,8), 31,9 utilizzati (Italia 14,9): Il dato toscano risulta quindi più che doppio rispetto alla media nazionale, come viene sottolineato anche dall'ultimo Rapporto mondiale sui trapianti, curato dal Dr. Rafael Matesanz Presidente del Consiglio d'Europa per i Trapianti. E' importante rimarcare che i miglioramenti raggiunti nel settore della medicina della donazione e del trapianto sono aderenti al progresso complessivo dell' apparato sanitario regionale e alla evoluzione dei livelli assistenziali in risposta ai bisogni dei cittadini. Inoltre vogliamo sottolineare che i risultati ottenuti, in un'ottica di rete, sono sicuramente un fatto collettivo che, in quanto tale, coinvolge e qualifica in modo pieno e netto tutte le professionalità del sistema, le associazioni, i tecnici e gli amministratori.

Obiettivi e azioni strategiche

Gli obiettivi principali sono ricompresi nel presupposto di base che è quello di mantenere e possibilmente aumentare i livelli donativi e di trapianto attuali e potenziare i livelli di qualità e sicurezza attraverso:

- l'attivazione delle aree tecnico-scientifiche per la ricerca orientata alla innovazione e sviluppo delle attività donative e trapiantologiche
- il rafforzamento della rete regionale mediante il consolidamento e la strutturazione del monitoraggio, (finalizzato alla verifica di efficienza ed efficacia organizzativa del processo), e della gestione del rischio clinico

- la riorganizzazione dei trasporti terrestri OTT nell'ottica di garantire la tempestività, la sicurezza operativa e l'ottimale utilizzo delle risorse
- la realizzazione del sistema informativo regionale donazione e trapianto mediante la realizzazione di una piattaforma informatizzata condivisa e dedicata per la ricezione, lo scambio e l'elaborazione dei dati d'interesse
- l'attivazione di convenzioni interaziendali tra le Aziende Ospedaliero Universitarie finalizzate ad una reciproca integrazione per il perseguimento di programmi specifici.

8.1.5. La bioetica in Toscana

La bioetica è una componente costitutiva del governo della sanità: in questa prospettiva, e con il supporto della Commissione Regionale di Bioetica, la Regione toscana ha ritenuto di avviare un processo di innovazione e di sviluppo della qualità dei servizi, considerando a tal fine necessari la crescita delle sensibilità etica, il confronto costante tra le differenti posizioni e la formazione del personale. Lo scenario che si è appena concluso ha visto infatti la Commissione Regionale di Bioetica impegnata in attività volte alla promozione della riflessione pubblica sulle più importanti tematiche bioetiche, per mezzo di una costante attività di consulenza, la pubblicazione di pareri, l'organizzazione di convegni, anche di profilo internazionale, seminari e tavoli di lavoro. Il consolidamento della rete regionale dei comitati etici e la costituzione del Tavolo di lavoro permanente dei Comitati etici, hanno rappresentato un passo sostanziale al fine di garantire quel processo di accrescimento qualitativo nella presa in carico dei pazienti, in particolar modo di coloro che versano in condizioni di particolare fragilità e delle persone giunte alla fine della vita: la presenza di tali organi consultivi, infatti, è un importante ausilio, non solo per approfondire tematiche etiche, ma anche per orientare le scelte di carattere generale operate dalle amministrazioni e dagli stessi operatori. Le azioni di carattere formativo realizzate in questi anni, rivolte agli operatori del sistema sanitario regionale, ai membri dei comitati etici e ad alcuni settori della società civile, e in primo luogo la scuola, hanno avuto lo scopo di sollecitare in tutti gli attori coinvolti la consapevolezza dell'importanza strategica dei profili etici del governo della sanità, quale baluardo per la tutelare dei diritti individuali nella gestione collettiva del bene salute e, sempre più, quale strumento per un esercizio realmente efficace, giusto e sostenibile della medicina.
La riduzione delle disuguaglianze in salute esistenti fra i cittadini è stata considerata una chiave di lettura privilegiata per molte questioni bioetiche, con l'obiettivo di garantire a tutte le persone eguali opportunità per tutelare e migliorare il proprio stato di salute. Tale scopo, infatti, è perseguibile mediante un'allocazione delle risorse disponibili improntata ai principi etici di giustizia e di sostenibilità, ma anche garantendo una loro fruizione maggiormente rispondente all'autonomia dei singoli, sia per quanto concerne le scelte di disposizione del proprio corpo in dipendenza di trattamenti sanitari e di assistenza, sia in riferimento alla libera espressione di caratteri identitari nell'interazione con tutto il servizio pubblico, tanto più a partire dalla consapevolezza della coesistenza e dell'interazione all'interno della nostra società di culture, etnie, valori, usi e costumi differenti.
Le problematiche etiche proprie delle fasi finali della vita umana sono state oggetto di particolare attenzione nell'azione regionale: le raccomandazioni siglate nella Carta di Pontignano dalla Commissione regionale di bioetica, e nelle sue successive integrazioni, costituiscono punti di riferimento cui ispirare i comportamenti degli operatori nei confronti delle persone morenti e dei loro familiari e per la gestione dei processi decisionali nelle cure delle persone giunte nella fase finale della vita.
Per quanto concerne la ricerca biomedica, la Commissione Regionale di Bioetica, di concerto con gli altri organismi regionali preposti e con le aziende farmaceutiche firmatarie di protocollo d'intesa con la Regione, ha promosso percorsi di formazione specifica per gli operatori e la creazione di una rete interaziendale (facilitatori e fixer) finalizzata alla risoluzione delle criticità ancora esistenti. Di contro, ha sollecitato la riflessione su alcuni nodi chiave per la lettura di questo ambito, come la ricerca nelle medicine complementari e i requisiti di qualità necessari per avallare nel territorio toscano una ricerca utile al sistema pubblico per la sanità: il monitoraggio da effettuare per mezzo della creazione di un data base regionale informatizzato è un passo sostanziale in questa direzione.

Le sfide

A fronte di un intenso lavoro sempre necessario per svolgere i compiti istituzionali sin qui consolidati, nuove prospettive si aprono per affrontare il prossimo quinquennio.
- Il servizio sanitario pubblico, al fine di mantenere il suo carattere universalistico, deve oggi confrontarsi con interessi spesso non convergenti o contrapposti, in un contesto in cui la domanda di prestazioni è potenzialmente illimitata e con una attesa di benessere e una presunta efficacia che sempre più tendono ad essere enfatizzate: è necessario contrastare con una programma di sensibilizzazione e con azioni mirate tale messaggio di disponibilità illimitata di risorse (non solo economiche), che ha portato di fatto a una medicalizzazione della società e all'induzione di un uso improprio degli stessi strumenti nati per aiutare o curare, mettendo a rischio la sostenibilità del *welfare* e talvolta il benessere e la libertà di scelta dei cittadini. Nei vari settori in cui tale fenomeno si rende sempre più evidente, sarà sollecitata la riflessione pubblica e il coinvolgimento dei cittadini sul concetto di limite in medicina: l'impegno sarà rivolto anche alla creazione di strumenti di convalida etica degli obiettivi, di verifica delle modalità di offerta dei servizi e della loro trasparenza.
- Le iniziative di bioetica da realizzare nei vari ambiti della medicina dovranno inoltre restituire importanza e promuovere la riflessione sulla sostenibilità e l'equità delle prestazioni, sul corretto bilanciamento fra costi e benefici (non tanto delle prestazioni, quanto invece dei percorsi di assistenza alle persone), e sulle modalità per il raggiungimento dell'obiettivo assistenziale prioritario per i pazienti. Sarà dunque necessario evitare che la dimensione etica resti sullo sfondo delle decisioni mediche e del governo della sanità, tutelando i diritti di tutti, rendendo realmente efficace il dialogo tra soggetti differenti e riducendo i conflitti tra gli "stranieri morali" che quotidianamente si incontrano all'interno del servizio sanitario. In particolare dovrà ancora essere promossa la riflessione sulle disuguaglianze in salute, con uno specifico interesse alla questione dell'equità di genere anche alla luce delle più attuali acquisizioni della medicina di genere.
- La formazione degli operatori e dei componenti dei comitati etici, rimane un obiettivo importante che sempre più deve essere integrato con azioni di sensibilizzazione e di partecipazione dei cittadini.
- E' infine necessario che il sistema regionale toscano per la bioetica, unico in Italia per radicamento nel territorio, storia e operatività, sempre più si confronti con il contesto internazionale della bioetica e, più specificatamente, con gli organi che in questo settore sono istituiti a livello europeo.
- Per quanto concerne la sperimentazione clinica, messo a regime il sistema di monitoraggio regionale informatizzato, sarà possibile operare per una valutazione effettiva e concreta della qualità delle sperimentazioni condotte nel territorio, intervenendo sulle persistenti criticità con azioni di tipo formativo e di riordino anche normativo delle strutture esistenti. Particolare attenzione dovrà essere prestata alle ricadute della ricerca scientifica sul sistema sanitario regionale.
La Commissione Regionale di Bioetica, anche nella sua funzione di coordinamento e indirizzo dei comitati etici toscani, svolge un ruolo centrale nel raggiungimento degli obiettivi necessari per affrontare le sfide che, sotto il profilo etico, si presentano per i prossimi anni: la sua attività e la capacità con esse di coinvolgere, da un una parte, il sistema regionale e, dall'altra, la società civile, saranno indice importante per verificare il ruolo che la bioetica può svolgere per il miglioramento della qualità dei servizi e lo sviluppo di una sensibilità etica nel contesto sanitario.

8.1.5.1. Etica e umanizzazione delle cure in Terapie intensive

Ogni volta che il malato cosciente e/o i familiari da soli quando questi non lo è, chiedono al medico intensivista "cosa si può fare" e "cosa si deve fare", chiedono più o meno esplicitamente se "iniziare o meno" o se "sospendere o proseguire" un trattamento, anche salvavita come la ventilazione meccanica invasiva, un farmaco, una procedura. Ciò, se è tecnicamente fattibile, non è automaticamente giustificabile dal punto di vista etico.
Soprattutto in Terapia intensiva la "forza persuasiva" della tecnologia ha bisogno di una forte etica che dichiari la possibilità e la liceità della limitazione o progressione delle cure valutando le conseguenze qualitative e quantitative sulla vita del malato, l'accettazione da parte del malato e dei suoi familiari, il rischio di evolvere in accanimento terapeutico.

Sfide
Le scelte di fine vita in Terapia intensiva vedono ancora troppo spesso assenti, nel processo decisionale, i pazienti e i loro familiari. Il loro coinvolgimento non può che essere la logica conclusione del più ampio processo di accoglienza che si realizza aprendo le porte della Terapia Intensiva e riducendo per quanto possibile le barriere e le restrizioni spaziali, temporali e relazionali.
Solo una comunicazione aperta e trasparente può consentire ai veri protagonisti del percorso una scelta lucida e realmente informata.

Obiettivi
Alla luce dei recenti pronunciamenti della Commissione Regionale di Bioetica, le Terapie intensive devono progressivamente aumentare l'orario di apertura ai familiari fino ad un minimo di 8 ore quotidiane e garantire spazi e tempi adeguati per i colloqui con l'equipe curante.
Fermi restando i 4 principi bioetici (autonomia decisionale del paziente, beneficialità delle cure, non maleficità delle cure, giustizia distributiva delle risorse), in ogni ospedale le Terapie intensive, con il fattivo contributo dei Comitati di Bioetica, si devono dotare di strumenti per la gestione dei problemi connessi alla limitazione delle cure, sia per la fase decisionale che per quella operativa, nell'ambito del più ampio processo di "accoglienza" del malato e dei familiari in Terapia intensiva.

8.1.6. HTA: un supporto al governo del sistema

Centri Regionali di Elevata Qualificazione ed HTA

La Regione Toscana ha individuato, con le Delibere 411 e 600/2000, 216/2002 e 1036 e 1267/2009 i Centri di Elevata Qualificazione attraverso procedure e valutazioni che comportano l'analisi dell'attività svolta dai Centri stessi al fine di attribuire loro la denominazione di "elevata qualificazione".
Tali modalità valutative avrebbero dovuto essere oggetto di revisione attraverso il lavoro predisposto da apposita Commissione, nominata con DGRT n. 195/2006, che non ha però raggiunto i risultati attesi.
Risulta pertanto necessaria la revisione del percorso fin qui realizzato.

Obiettivo
Obiettivo del Piano è quello di attivare azioni che portino alla creazione di una nuova Rete Regionale dei Centri di Riferimento con valenza regionale o di Area Vasta la cui individuazione si avvalga di strumenti di analisi strettamente oggettivi salvaguardando comunque la logica di rete delle strutture e dei professionisti.
Nella nuova individuazione dei Centri si ritiene che essi possano svolgere all'interno del sistema sanitario e a completamento del loro ruolo assistenziale anche funzioni di supporto verso i livelli di programmazione per quanto attiene all'HTA.

Azioni
Le linee di indirizzo per l'attribuzione del ruolo di Centri saranno orientate su parametri quali:
- valutazioni sull'evidenza epidemiologica dei flussi informativi esistenti e standardizzati;
- criteri di attività di elevata qualificazione consistenti in:
  - utilizzo protocolli e linee guida;
  - indicatori attività di ricovero con criteri di valutazione della casistica effettuata;
  - indicatori dell'attività ambulatoriale;
  - qualità;
  - pubblicazioni ed impact factor;
  - partecipazione a studi clinici;
  - governo clinico ed HTA;
  - funzioni di consulenza attiva;
  - accreditamento;

- crediti ECM

In tale contesto assume una rilevanza fondamentale il Centro Regionale HTA che avrà le funzioni di supporto alle decisioni nel governo del processo multidisciplinare di valutazione delle tecnologie sanitarie e della introduzione delle innovazioni nel SSR;

- coordinamento dei processi HTA dati in carico ai Centri di elevata qualificazione.

A tal fine per una corretta valutazione del processo HTA la Regione Toscana si avvarrà di un "Gruppo Regionale di Governo" in grado di strutturare un percorso funzionale tra gli input derivanti dalle strutture di governo e gli output derivanti dai Centri.

8.2. LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI

8.2.1. La relazione sanitaria regionale e aziendale e la relazione sociale regionale

La Relazione Sanitaria Regionale è il documento di analisi dei bisogni e di valutazione dei risultati di salute, redatto dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana e dalla Direzione Generale dell'Assessorato Diritto alla Salute, sul quale si fonda la programmazione sanitaria regionale. La relazione sanitaria costituisce quindi la fase istruttoria di analisi dei bisogni, mirata ad analizzare il contesto demografico, sociale ed economico, lo stato di salute, l'utilizzo dell'assistenza sanitaria e lo stato dell'offerta di assistenza in Toscana, cercando anche di identificare i principali problemi di salute e di assistenza che gravano sulla popolazione toscana e le opportunità e risorse su cui essa può contare per migliorare la propria salute. Per questo ARS lavora in stretta collaborazione con altri Istitituti di ricerca regionali che si occupano di monitorare determinanti fondamentali della dimensione salute, come l'Istituto Regionale per la Programmazione Economica della Toscana (IRPET) e l'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana (ARPAT).
La Relazione Sanitaria Aziendale è invece il documento sull'attività annuale delle Asl e AOU svolta in risposta alla programmazione regionale e locale identificata sulla base dei bisogni di salute ed include valutazioni sullo stato di salute della popolazione e la risposta dell'organizzazione sanitaria e sociale alle criticità. Un nuovo modello di relazione sanitaria aziendale, più agile e che assorbe minori risorse di tempo e personale rispetto a quella vigente, è predisposto da un gruppo di lavoro coordinato dalla DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, con la collaborazione delle Direzioni Aziendali, della rete toscana delle Epidemiologie, con il supporto tecnico-scientifico di ARS e MeS. La nuova relazione è svolta con schede di semplice redazione ed interpretazione, che mostrano le principali attività, espresse con indicatori misurabili, intraprese dalle aziende sanitarie per risolvere le criticità.
Ai sensi dell'art. 42 della l.r. 41/05 la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale, almeno ogni tre anni, la relazione sociale al fine di:

- valutare i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti nel piano integrato sociale regionale;
- conoscere l'evoluzione dei fenomeni sociali e lo stato dei servizi;

In particolare la relazione sociale nel monitorare il sistema dei servizi sociali, l'evoluzione della domanda ai servizi nonché l'efficacia delle risposte che i servizi offrono ai cittadini, può configurarsi come lo strumento utile per l'azione normativo-decisionale e per la programmazione di settore.

8.2.2. La valutazione dei processi e degli esiti

Le risorse che la collettività pone nelle mani del soggetto pubblico per la salute devono creare valore, ossia devono essere adeguatamente utilizzate, con efficienza ed appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità a tutti i cittadini. Con queste premesse la valutazione si pone come lo strumento su cui impostare un processo di comunicazione trasparente con i cittadini e tramite il quale il soggetto pubblico si assume le proprie responsabilità sui risultati conseguiti.

La valutazione è una fase necessaria per consentire la verifica dei risultati conseguiti dal sistema, rispetto agli obiettivi individuati nell'ambito della pianificazione strategica. Per poter monitorare il livello di raggiungimento degli obiettivi del PSSIR e lo stato di attuazione delle azioni previste, la Toscana fin dal 2005 ha adottato il Sistema di valutazione della performance della Sanità, ossia lo strumento progettato ed implementato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, con cui la Regione orienta e governa il sistema in modo efficace e misura la capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita. E' stato inoltre oggetto di brevettazione congiunta Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana (brevetto numero 0001358839).

Il sistema di valutazione è costituito da oltre 200 indicatori in benchmarking, raggruppati in circa 50 indicatori di sintesi, è legato al sistema incentivante per la direzione aziendale e collegato al sistema di budget interno delle singole aziende.
In ottica multidimensionale, i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie della Regione Toscana e dal sistema sociosanitario nel suo complesso sono analizzati secondo sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario e rappresentati mediante un "bersaglio" con 5 fasce di valutazione e sei settori rappresentativi delle sei dimensioni (stato di salute della popolazione, capacità di conseguimento delle strategie regionali, valutazione sociosanitaria, valutazione dei cittadini e degli operatori, ed efficienza economico-finanziaria). Il sistema consente l'analisi dei dati a vari livelli e secondo diverse prospettive: aziendale, di SdS zona distretto, di presidio/stabilimento. A partire dal 2012 il sistema sarà esteso anche ai servizi sanitari erogati nell'ambito dei penitenziari toscani nonché al contesto dei servizi socio sanitari privati accreditati sia nell'area della assistenza ospedaliera sia nelle RSA. A partire dal 2008 è stato condiviso e adottato da altre otto regioni italiane, che hanno aderito al sistema e ne costituiscono il network. A partire dal 2012 sarà inoltre avviato una collaborazione con alcune realtà internazionali per realizzare un sistema di benchmarking degli indicatori.

Per i prossimi 5 anni sono stati individuati alcuni obiettivi fondamentali strettamente connessi con le linee strategiche descritte negli obiettivi generali del presente piano, che richiedono politiche di intervento di medio lungo periodo. In particolare, i principali obiettivi si possono così sintetizzare:

Nell'ambito dell'obiettivo generale perseguire la salute come risorsa e non come problema:

- Ridurre la mortalità relativa agli indicatori di esito:
  - Mortalità nel primo anno di vita
  - Mortalità per tumori
  - Mortalità per malattie circolatorie
  - Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)

- Migliorare il quadro relativo agli stili di vita dei cittadini e nello specifico:
  - Ridurre la percentuale di fumatori, di sedentari, di persone obese e di bevitori binge

Nell'ambito dell'obiettivo generale mettere al centro la persona nella sua complessità:

- Portare i livelli di soddisfazione del cittadino, rilevati tramite le indagini regionali sistematiche svolte dal Laboratorio MeS, non al di sotto dell'80%.
- Ridurre progressivamente la percentuale di utenti poco e per nulla soddisfatti, in particolare nell'ambito della presa in carico del dolore dei pazienti al Pronto Soccorso e della modalità con cui i cittadini si sentono informati sui servizi offerti dalla propria azienda, che non dovrebbe superare la quota del 10%. Ad oggi infatti su questi due specifici aspetti si registrano livelli di insoddisfazione particolarmente elevati, che si attestano a livello regionale intorno al 30%

Nell'ambito dell'obiettivo generale di aumentare l'equità:

- Tra gli indicatori monitorati nel sistema di valutazione che nell'arco del quinquennio fanno registrare un trend positivo, l'obiettivo è quello di registrare una riduzione della variabilità intraregionale, se non giustificata da bisogni differenziali della popolazione.

L'obiettivo della Regione Toscana per i prossimi anni infatti è sia quello di tendere al miglioramento continuo dei risultati degli indicatori monitorati sia quello di ridurre variabilità, se non giustificata da reali differenze nei bisogni della popolazione, con la finalità di perseguire l'equilibrio di equità sostanziale. La gestione della variabilità va infatti considerata come obiettivo fondamentale di un sistema sanitario pubblico. Oggi la variabilità intraregionale che si registra su buona parte degli indicatori non è segno di capacità di personalizzare i servizi rispetto alle esigenze socio sanitarie specifiche dei cittadini ma spesso è frutto di scelte organizzative e competenze professionali

differenziate nei territori. La presenza di questo tipo di variabilità è sintomo di potenziali disuguaglianze nella garanzia ai cittadini di un adeguato accesso e qualità delle prestazioni sanitarie. Ai professionisti e al management è richiesto quindi un continuo lavoro di analisi dei dati e delle determinanti della variabilità per riconoscere gli spazi di intervento e di miglioramento, con la convinzione che il miglioramento continuo dei processi organizzativi ed un servizio orientato al bisogno del cittadino, siano ormai requisiti indispensabili per la sostenibilità di un sistema pubblico evoluto.

Nell'ambito dell'obiettivo generale di perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema:

- Migliorare annualmente almeno sul 60% degli indicatori monitorati dal sistema di valutazione, raggiungendo almeno il 60% degli obiettivi assegnati annualmente ad ogni soggetto del sistema

Nell'ambito dell'obiettivo generale di semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi .

- Registrare livelli di soddisfazione del cittadino, rilevati tramite le indagini regionali sistematiche svolte dal Laboratorio MeS, non al di sotto del 80%.
- Rilavare che almeno l'80% dei cittadini abbia attivato la carta sanitaria e il fascicolo sanitario elettronico

Gli indicatori del sistema di valutazione saranno monitorati annualmente, e in alcuni casi trimestralmente. Il Report annuale con i risultati degli indicatori presenti sul Sistema di Valutazione può essere scaricato sul sito www.meslab.sssup.it.

8.2.3. La valutazione come strumento di crescita dei professionisti

Contesto

L'elevata professionalità espressa nell'erogazione ed organizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali richiede una particolare attenzione agli aspetti della valutazione delle strutture e dei singoli professionisti.

La valutazione è una realtà da anni presente nel Sistema Sanitario Regionale.

Per quanto attiene al livello Aziendale, il Sistema Sanitario Regionale si è dotato dal 2005 di un sistema di valutazione dei risultati raggiunti dalle Aziende Sanitarie, in collaborazione con il Laboratorio MeS.

A livello aziendale la valutazione, di struttura ed individuale, prevista dai vigenti CCNL, è attuata basandosi fondamentalmente sui sistemi di budget quale strumento di pianificazione/monitoraggio delle attività e su altri elementi di carattere professionale o gestionale. Il sistema di valutazione di struttura e di valutazione individuale, in applicazione dei CCNL e degli accordi integrativi aziendali, rappresenta altresì lo strumento per la gestione della produttività/retribuzione di risultato intesa quale premio collettivo ed individuale da distribuire al personale del comparto e delle due aree della dirigenza, nonché un elemento per l'attribuzione degli incarichi e la gestione delle progressioni di carriera.

Nel 2009 è stata avviata inoltre una sperimentazione di un modello di valutazione per il livello di struttura complessa (D.G.R. 1056/2009) in applicazione di quanto previsto nella legge regionale 40/2005 e nel precedente Piano Sanitario Regionale 2008 -2010. Gli indicatori proposti per tale valutazione sono stati individuati direttamente da gruppi di lavoro di professionisti nell'ambito del Consiglio Sanitario Regionale. Tali indicatori fanno riferimento a: qualità delle cure, appropriatezza, formazione, organizzazione.

Sfide

Ad oggi la realtà della valutazione, di struttura ed individuale, è attuata nelle diverse Aziende Sanitarie con modalità disomogenee. Spesso tale processo nelle sue diverse fasi (definizione degli obiettivi collettivi ed individuali, misurazione dei risultati ottenuti, valutazione delle attività svolte e

delle capacità possedute) risulta essere un adempimento formale e non è utilizzato come parte integrante delle attività di programmazione aziendale e delle politiche di sviluppo delle risorse umane.
Prerequisito fondamentale di un qualunque sistema di misurazione e valutazione è la disponibilità di procedure efficienti di raccolta dei dati dai quali possano venire calcolati indicatori che siano semplici, misurabili, accessibili, ripetibili e tempestivi; la mancanza di fonti e strumenti idonei alla raccolta dei dati, o il loro scarso o non corretto uso, rende talora difficile scegliere indicatori adeguati a "misurare" i risultati nell'ambito dei sistemi socio-sanitari.

Obiettivi
E' pertanto necessario, partendo dalle esperienze già in atto, nel rispetto degli strumenti fissati dai contratti di lavoro, realizzare una standardizzazione ed una implementazione dei sistemi di valutazione del personale, in uso nelle diverse realtà, attraverso la definizione di modelli e strumenti comuni a livello regionale al fine di garantire l'omogeneità del sistema stesso.
Questo percorso costituisce un'opportunità per sviluppare ulteriormente la riflessione sulle risorse umane. Obiettivo della valutazione non è "differenziare", ma "rilevare le differenze esistenti"; il sistema di misurazione e valutazione è prima di tutto strumento di "conoscenza" del sistema stesso, delle attività svolte e delle capacità possedute, al fine di motivare, sviluppare e valorizzare le risorse umane. Tutto ciò sia in un' ottica premiante che in un'ottica di possibile risoluzione delle criticità rilevate anche attraverso percorsi formativi mirati, tenendo conto dei nuovi ruoli emergenti nel sistema e delle specificità di ruolo e di rapporto dei diversi professionisti del sistema sanitario e sociale.
Il percorso di valutazione individuale si pone come elemento di chiusura del ciclo di programmazione regionale che si apre con il PSSIR e la programmazione quinquennale e, passando per la programmazione aziendale e di Area Vasta, arriva alla declinazione degli obiettivi individuali.
All'interno delle Aziende il processo di valutazione deve essere a pieno titolo un elemento del ciclo di programmazione finalizzato al miglioramento sia delle strutture e dei servizi che del singolo professionista; a tale scopo la funzione di gestione del processo di valutazione deve essere assegnata in modo tale da garantirne l'integrazione con le funzioni già esistenti in Azienda finalizzate allo sviluppo delle risorse umane, quali le politiche del personale e la formazione.

Azioni
- Realizzare linee di indirizzo da parte della Giunta Regionale, dopo l'opportuno confronto con le organizzazioni sindacali, al fine di omogeneizzare e implementare il sistema di valutazione;
- Costituire un tavolo regionale al fine di monitorare nel tempo l'applicazione e l'efficacia delle linee di indirizzo e garantire che il sistema di valutazione rappresenti uno strumento di valorizzazione delle risorse umane e di crescita dell'efficienza e dell'efficacia del sistema nel suo complesso;
- Realizzare e diffondere strumenti idonei ad una efficiente raccolta dati, quali una cartella clinica informatizzata con contenuti omogenei in tutta la Regione, fattore chiave per un corretto e trasparente processo di misurazione e valutazione, nell'ottica dell'impegno assunto da questo Piano per lo sviluppo di un sistema informativo efficace e completo, che si basi sulla qualità del dato raccolto nei processi sanitari e sociali.

8.2.4. Gli effetti attesi e la valutazione di risultato delle politiche sociali

Contesto
A livello regionale l'attività pianificatoria socio-sanitaria si avvale delle valutazioni integrate condotte dal NURV con riferimento alla coerenza interna ed esterna delle politiche, dalle analisi condotte da ARS sull'efficacia e la qualità dell'assistenza sanitaria, le indagini di IRPET sulla valutazione ex ante degli effetti attesi dei programmi

Se il sistema della valutazione delle politiche e dei programmi socio-sanitari è nel complesso ricco ed articolato, tuttavia manca una strategia di valutazione dell'impatto dei servizi sociali a livello territoriale e delle politiche a livello regionale, ovvero degli effetti netti realizzati sulla popolazione target in conseguenza diretta delle azioni osservate tenendo conto anche degli effetti inattesi, sia di segno positivo che negativo.

Obiettivi

Nel settore delle politiche sociali è necessario intervenire realizzando procedure sistematiche di valutazione partecipata della qualità degli interventi (livello locale) e delle politiche (livello regionale), anche in considerazione dell'enfasi posta sulla partecipazione da parte del legislatore toscano, in generale, e della previsione di specifici strumenti partecipativi e valutativi all'interno del sistema di governo delle SDS.

In particolare occorre procedere alla messa a punto del sistema di valutazione strategica ed integrata delle politiche sociali che accompagni tutto il ciclo della programmazione (ex ante, in itinere ed ex post) quale supporto strutturato e sistematico in grado di elaborare e produrre continuamente feedback sui vari segmenti progettuali (bisogni-settori), ai vari livelli in cui essi si realizzano (zonale, regionale) ed in modo da poter essere usati da tutti gli attori coinvolti (operatori, decisori, utenti). In questo l'esigenza all'interno delle politiche di costruzione del sistema informativo del sociale quale contributo al più generale sistema della condivisione della conoscenza, dello sviluppo di un modulo orientato a supportare tutte le fasi della programmazione e quale strumento condiviso dai vari livelli istituzionali e organizzativi (comuni, Zone, SdS, ASL Regione ..) di supporto alle decisioni.

Questo passa attraverso la definizione di **un modello valutativo** comprensivo delle specificazioni tecnico-metodologiche dei diversi protocolli di indagine e delle indicazioni operative per la loro implementazione, anche tramite la sperimentazione in alcune SdS e attraverso un adeguato percorso formativo.

Gli elementi caratterizzati il sistema di valutazione di politiche sociali sono individuabili nelle esigenze di:

1) Affiancare alla valutazione delle performance la **valutazione della qualità** dei programmi e delle loro potenzialità/criticità nascoste ed inattese;
2) Integrare la rendicontazione gestionale con strategie di **valutazione partecipata** che abbiano l'obiettivo di promuovere nei diversi contesti l'apprendimento organizzativo ed il potenziamento delle competenze pro-attive di ciascuno degli attori del sistema ;
3) Evidenziare le buone pratiche in termini di qualità degli interventi, integrazione dei processi sociali e sanitari, e sostenibilità delle soluzioni al fine di una **valutazione sulla risposta organizzativa** del sistema;
4) Razionalizzare e standardizzare il quadro conoscitivo dei fabbisogni e dei servizi offerti al
5) fine di una **valutazione comparata dei costi**;

8.2.5. L'Osservatorio Sociale Regionale

L'Osservatorio sociale regionale si occupa delle attività di osservazione, monitoraggio e analisi dei fenomeni sociali nonché del monitoraggio e analisi di impatto delle relative politiche. In particolare ha il compito di realizzare il sistema regionale di osservazione, monitoraggio, analisi dei fenomeni sociali a supporto degli interventi e servizi integrati per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale (l.r. 41/2005 art. 40). Tali funzioni sono ulteriormente assegnate all'Osservatorio in modo specifico anche da leggi tematiche come le norme contro la violenza di genere (l.r. 59/2007 art.10) e la normativa per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana (l.r. 29/2009 art. 6 commi 13 e 14). Il fine primario è quello di fornire supporto conoscitivo nelle fasi di programmazione, monitoraggio e valutazione delle politiche arricchendo e traducendo informazioni e dati, provenienti sia da basamenti informativi che da indagini ad hoc quali-quantitative, in conoscenza aggiuntiva rispetto alle caratteristiche e all'evoluzione del

fenomeno preso in esame, piuttosto che al grado di influenza che ha su di esso la programmazione (analisi di impatto sui fenomeni all'interno del processo di *policy making*).

Per la realizzazione delle attività di Osservatorio sociale regionale la Regione Toscana instaura rapporti di collaborazione con università, istituti pubblici e privati in modo da assicurare la raccolta, lettura, valorizzazione e diffusione dei dati e delle informazioni necessarie alla conoscenza utile alla programmazione, gestione, monitoraggio e valutazione delle politiche sociali.

Le funzioni di Osservatorio sociale regionale sono realizzate e portate avanti in modo specifico attraverso un lavoro di rete con gli Osservatori sociali provinciali (l.r. 41/2005 artt. 13 e 40).

In questo quadro, per il periodo di vigenza del Piano sanitario e sociale integrato, la Regione Toscana individua una serie di azioni prioritarie sulle quali svolgere le funzioni previste di Osservatorio sociale: marginalità e disagio grave, percorsi di inclusione sociale, immigrazione, violenza di genere, accesso ai servizi sociali, condizione abitativa e condizioni delle famiglie.

L'obiettivo di fondo dell'impianto complessivo del sistema di Osservatori sociali regionale e provinciali, rafforzato anche dalla disciplina del Servizio sanitario regionale (l.r. 40/2005 art.71 septies decies), viene individuato nella realizzazione di una rete conoscitiva a supporto del sistema di welfare regionale e locale.

8.2.5.1. Il centro regionale di analisi e documentazione su infanzia e adolescenza: strumento di conoscenza, monitoraggio e coordinamento

Contesto

I processi e i percorsi di intervento attraverso i quali si attuano i diritti dei minori sanciti dalle normative sono caratterizzati da un'alta complessità che scaturisce in primo luogo da livelli di responsabilità, competenze e funzioni variamente intrecciati e in capo a soggetti diversi (rimando alla sezione "Diritti e tutele per bambini, adolescenti e famiglie").

La regia e il governo di questo sistema delicato deve poter contare su una serie di strumenti attraverso i quali le esigenze di tutela, protezione e cura che i servizi sono chiamati ad assicurare possano essere supportate ed espresse in un quadro quanto più possibile organico al quale contribuiscano tutti gli attori e i soggetti interessati.

Nelle scelte operate dalla Regione Toscana all'indomani dei percorsi aperti dalle normative emanate tra gli anni 90 del Novecento e l'inizio del secolo successivo sono ravvisabili due direttrici significative:

- l'organizzazione di un polo conoscitivo sulla condizione dei minori e delle famiglie, con appendici dedicate alla formazione e alla documentazione scientifica: è nato in tal modo il centro regionale di documentazione sull'infanzia e l'adolescenza ed il correlato osservatorio regionale sui minori, quali organismi di supporto alle politiche regionali e locali riconosciuti poi dalla legge regionale 31 del 2000 che ne ha specificato le funzioni attribuendone la gestione all'Istituto degli Innocenti di Firenze;
- l'individuazione in ognuna delle 34 realtà territoriali sociali (all'epoca Zone Socio Sanitarie, oggi quasi tutte SdS) di un livello di responsabilità univoco sia per le tematiche della tutela minorile che dell'adozione, rappresentato dal referente di zona dell'area minori e dal Responsabile Organizzativo per l'Adozione- ROA (le due figure spesso hanno coinciso);

Nel decennio di attività svolta all'interno della cornice normativa rappresentata dalla legge regionale 31/2000, il centro regionale di documentazione su infanzia e adolescenza e l'osservatorio minori hanno potuto consolidare i presupposti fondanti sviluppando campi d'azione peculiari:

- l'individuazione degli indicatori funzionali a monitorare e valutare gli interventi, i servizi e le politiche dedicati ai minori che vivono fuori famiglia e in famiglia, con la costruzione dei basamenti informativi e l'implementazione delle banche dati;
- la documentazione del lavoro sociale e socio educativo svolto dai servizi, la raccolta e l'analisi delle evidenze scientifiche risultanti dai flussi informativi, la gestione della Innocenti Library, biblioteca specializzata sulle tematiche dei diritti dei minori;

- la promozione dell'aggiornamento professionale e della formazione integrata e multidisciplinare.

Gli strumenti e le direttrici di lavoro individuate hanno potuto realizzarsi ed alimentarsi grazie alla collaborazione attiva dei referenti territoriali che, in un rapporto diretto con il centro regionale, hanno contribuito alla costruzione e al rafforzamento della rete locale per la raccolta delle informazioni, la condivisione e l'aggiornamento degli indicatori, la restituzione dei risultati.
Questo rapporto virtuoso di collaborazione ed integrazione rischia di essere messo in crisi: a fronte dello sviluppo del centro regionale si assiste infatti ad una contrattura della rete dei referenti per l'area minori ascrivibile a problematiche gestionali (*turn-over* operatori, gestione risorse …) ed anche organizzative (costituzione SdS) che di fatto logorano la tenuta di questo livello di coordinamento.

Obiettivi

Nell'ambito del macro obiettivo di garantire metodologie, prassi operative e strumenti utili a supportare i livelli decisionali necessari alla programmazione e all'attuazione delle politiche sociali integrate e ad implementare il sistema informativo regionale, si individuano i seguenti obiettivi specifici:

- promuovere e valorizzare le attività svolte dal centro regionale di documentazione ed analisi sull'infanzia e l'adolescenza e dall'osservatorio minori, per renderli strumenti tecnici, scientifici, operativi e formativi di supporto all'affermazione sul territorio regionale dei diritti dei minori, per l'attuazione dei livelli di intervento sanciti dalla legge 149/2001 e dalle norme regionali;
- sviluppare il rapporto di collaborazione e di supporto con e per il territorio (SdS, comuni, aziende sanitarie ecc.) per calare il sistema delle conoscenze e dell'analisi dei flussi informativi nelle singole zone, offrendo basi comuni di conoscenza e di raffronto e per coprire esigenze informative locali utili alla programmazione decentrata (profili di salute, grappolo di indicatori, approfondimento fenomeni specifici …);
- realizzare piani di attività orientati non solo all'analisi di "ciò che è accaduto" ma anche all'intercettazione precoce dei fenomeni, alla loro lettura in tempo utile ad offrire ai soggetti istituzionali strumenti di conoscenza e di intervento allineati alla esigenze e alle fasi della programmazione;
- riaffermare la centralità della rete di referenti territoriali per l'area minori quali nodi nevralgici per il raccordo, la condivisione, il confronto e la discussione delle azioni, degli interventi e dei servizi del sistema delle tutele e della promozione dell'infanzia e dell'adolescenza.

Azioni

- sviluppare forme di dialogo, di collaborazione di scambio tra i sistemi informativi afferenti all'osservatorio regionale minori e gli altri osservatori regionali o con i diversi sistemi di raccolta dati e di monitoraggio, al fine di condividere linguaggi comuni, costruire batterie di indicatori omogenee, disporre di competenze multi professionali da spendere nell'emersione e nell'analisi dei fenomeni;
- monitorare l'applicazione degli indicatori individuati per la costruzione dei profili di salute delle SdS/Zone e supportare la programmazione territoriale sia attraverso la condivisione dei fenomeni da rilevare, sia attraverso la messa a disposizione delle informazioni utili alla restituzione delle caratteristiche sociali e demografiche della zona e al confronto con le altre realtà regionali;
- revisionare la legge regionale 31/2000 per l'aggiornamento della cornice normativa di riferimento e per lo sviluppo delle attività del centro regionale su infanzia e adolescenza nella direzione del sostegno e della promozione degli strumenti di tutela dei minori, per la qualificazione dei servizi territoriali dedicati, per la crescita e l'aggiornamento delle professionalità coinvolte, per il monitoraggio dei percorsi socio-educativi e socio-sanitari attivati nell'ambito della rete integrata dei servizi a supporto delle famiglie in difficoltà e per i minori a rischio o allontanati;

- allineare gli indicatori e i flussi informativi al percorso di adozione della cartella sociale minori, anche attraverso le opportunità offerte dal progetto nazionale SI.n.Ba. e comunque orientando il lavoro verso la correlazione delle metodologie, degli istituti di tutela, degli interventi e dei servizi caratterizzanti la presa in carico e l'assistenza predisposti dai servizi territoriali (équipe multi professionali, valutazione del rischio di allontanamento, affidamento, protezione in via d'urgenza, progetti personalizzati, monitoraggio accoglienza in struttura ecc.);
- valorizzare il ruolo dei referenti dell'area minori da individuare in ogni SdS/Zona, anche attraverso il lavoro di un tavolo di coordinamento regionale che, con il supporto tecnico, scientifico e logistico-organizzativo del centro regionale, definisca le funzioni di tali referenti ed affronti, in una logica di confronto ed integrazione, le tematiche caratterizzanti l'area della tutela e della promozione minorile, nonché l'alimentazione dei flussi informativi, e condivida strumenti operativi, soluzioni organizzative e linguaggi omogenei su tutto il territorio regionale.

9. LE RISORSE

9.1. Assetti economici

9.1.1. Il Fondo Sanitario Regionale

Ai sensi dell'art. 25, comma 1, della L.R. 40/2005, il Fondo sanitario regionale, viene suddiviso in tre parti:

1) Fondo ordinario di gestione della aziende unità sanitarie locali;
2) Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi;
3) Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema.

Il fondo ordinario di gestione è finalizzato ad assicurare le risorse per la gestione ordinaria delle attività, siano esse gestite direttamente dalle aziende unità sanitarie locali che da queste erogate tramite produttori diversi pubblici e privati in base alla normativa vigente. Esso è distribuito tra le aziende unità sanitarie locali secondo un criterio di equità rispetto alla popolazione residente opportunamente ponderata in ragione del bisogno rilevato.
I fondi per lo sviluppo dei servizi sono finalizzati a sostenere finanziariamente programmi regionali ed azioni di piano tese alla copertura di specifici fabbisogni per servizi di alta qualificazione o per interventi di particolare rilievo nell'ambito delle politiche regionali di sostegno delle attività rivolte alle fasce di popolazione più debole.
I fondi finalizzati all'organizzazione del sistema sono destinati a finanziare organi e istituzioni sanitarie di carattere regionale, le funzioni regionali di riferimento delle aziende sanitarie, nonché le iniziative dirette della Regione in materia di innovazione e sviluppo del sistema, ivi compresa l'erogazione di assistenza a fasce particolarmente svantaggiate nell'ambito di progetti di cooperazione internazionale.
Ai sensi dell'art. 25, comma 2, della L.R. 40/2005, la Giunta regionale procede annualmente all'accantonamento del Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario. Tale fondo, che ha la finalità di accompagnare i processi aziendali di recupero di efficienza, è ripartito tra le aziende sanitarie sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati a ciò tesi.
L'importo di tale fondo e del Fondo Ordinario di Gestione sono calcolati con la procedura seguente:

- Calcolo del costo pro-capite ponderato di ciascuna azienda usl.
- Calcolo del Costo pro-capite Standard definito come il costo medio delle 3 usl con costo pro-capite minore.
- Determinazione del Fondo ordinario di Gestione, ottenuto moltiplicando il Costo pro-capite Standard, al netto delle entrate proprie, per il totale della popolazione ponderata regionale. Tale valore rappresenta il fabbisogno di risorse delle aziende usl a livello regionale qualora avessero costi pro-capite ponderati medi pari alle tre usl con costi minori.
- Determinazione dell'importo del Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario 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 del sistema non può essere determinato per un importo superiore al 7,5% del Fondo Sanitario Regionale. L'eventuale quota eccedente è aggiunta al Fondo Ordinario di Gestione.

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.

9.1.2. Il Fondo Sociale Regionale

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. L'andamento complessivo del Fondo Sociale Regionale ha risentito negli ultimi anni di una mancanza di certezza di continuità del finanziamento, dovuta principalmente alla progressiva consistente contrazione dei finanziamenti di origine statale. Il fondo viene ripartito in tre parti:

- trasferimenti ordinari alle Sds/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 SdS/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);

9.1.3. Criteri di ripartizione economica

Il Finanziamento Ordinario alle Aziende Sanitarie

a) Il Finanziamento Ordinario alle Aziende Usl

Per l'assegnazione del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali si seguono i seguenti criteri:
a) Il totale del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali è determinato annualmente dalla Giunta regionale sulla base delle risorse disponibili; 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	5,00
Assistenza territoriale	53,00
Di cui:	
Assistenza medica di base	5,50
Assistenza farmaceutica	14,00
Assistenza specialistica ambulatoriale	14,00
Assistenza distrettuale	7,50
Riabilitazione	2,50
Assistenza agli anziani	3,50
Salute mentale	4,50
Dipendenze	1,50
Assistenza ospedaliera	42,00

Tabella 1

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 llinee 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 regionale (allegato 1).

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. Alla determinazione di tali condizioni si perviene utilizzando le seguenti quote ed i seguenti pesi:

• il 5% per le caratteristiche morfologiche del territorio, con pesi applicati alla popolazione come di seguito indicato

Caratteristiche del territorio	Peso
Pianura	1,0
Collina litoranea	1,5
Collina interna	2,0
Montagna	3,0
Isole	10,0

Tabella 2

• 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 100.000 abitanti	2,5

Tabella 3

c) 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	Pesi
Diabete Mellito	1,11
Pregresso Ictus	1,55
Insufficienza Cardiaca	1,35
BPCO	1,11
Ipertensione	1,00
Cardiopatia Ischemica	1,61

Tabella 4

b) Il Finanziamento Ordinario alle Aziende Ospedaliero Universitarie.

Per il finanziamento delle Aziende Ospedaliero Universitarie i criteri sono i seguenti:
le Aziende Ospedaliero Universitarie sono finanziate in via principale dalla remunerazione delle prestazioni erogate e valorizzate in base ai tariffari regionali;
la Regione attua una politica tariffaria 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 nelle aziende ospedaliere;
l'entità dei trasferimenti tra aziende unità sanitarie locali ed Aziende Ospedaliero Universitarie 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;

Le Aziende Ospedaliero Universitarie ricevono specifici finanziamenti per le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario;
Le Aziende Ospedaliero Universitarie possono ricevere fondi per l'integrazione nella rete formativa delle aziende sanitarie.

c) Fondi finalizzati

Annualmente, in sede di determinazione del fondo di gestione delle aziende unità sanitarie locali, 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;
- 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:
a) fondo per il finanziamento dell'ARS, determinato misura pari all'importo complessivamente assegnato nell'esercizio precedente eventualmente modificabile in relazione alla dinamica delle risorse e alla sostenibilità del sistema. L'ammontare del finanziamento annuo, nei limiti del fondo accantonato, tiene conto anche dei risultati economici degli esercizi precedenti e dei programmi di attività predisposti dall'agenzia;
b) fondo per il finanziamento di quota parte delle attività dell'A.R.P.A.T., determinato ai sensi della L.R. 18/04/1995 n. 66 e successive modificazioni;
c) fondo per la remunerazione delle attività assistenziali, delle funzioni di riferimento regionale e di elevata qualificazione e innovazione svolte dalla "Fondazione toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica", Il fondo è determinato 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.
d) fondo per il finanziamento delle attività dell'Istituto per lo Studio e Prevenzione Oncologica (ISPO) di cui all'articolo 11 comma 1, lettera a), della L.R. 4 febbraio 2008, n.3. 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.
e) fondo per il finanziamento degli Estav, 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;
f) Spese dirette della Direzione Generale: Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale;

c.2) Fondi destinati al finanziamento delle Aziende Ospedaliere

Rientrano in questa categoria di fondi:
a) fondo di sostegno all'attività di alta specializzazione delle Aziende Ospedaliero Universitarie. Il fondo è determinato, per ciascun anno di vigenza del piano in 160 Meuro ed è ripartito fra aziende ospedaliere in proporzione al valore tariffario dei DRG di alta specialità (peso superiore a 2,5)
b) fondo per la funzione di didattica, ricerca e diffusione dell'innovazione nelle Aziende Ospedaliero Universitarie per attività gestite con risorse del servizio sanitario regionale e dell'università. Il fondo è ripartito tra le Aziende Ospedaliero Universitarie in proporzione all'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 30 Meuro;

c.3) Fondi destinati alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale.

I fondi accantonati e finalizzati a 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 fi nanziamento destinati a progetti specifi ci seguirà i seguenti criteri:
a) i progetti devono riguardare argomenti o settori specifici definiti;
b) 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;
c) 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 speciali 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.

9.1.4. Il Finanziamento Ordinario alle Sds/Zone distretto per il mantenimento ed il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali

Il riparto 2012 in continuità con il PISR precedente sarà effettuato sulle percentuali di riparto in atto, come da seguente tabella

ZONA SOCIOSANITARIA	percentuale di riparto
Apuane	4,02
Lunigiana	1,89
Piana di Lucca	3,94
Valle del Serchio	2,36
Pistoiese	4,49
Valdinievole	3,09
Pratese	6,99
Alta Val di Cecina	0,85
Pisana	4,74
Valdera	2,69
Bassa Val di Cecina	2,03
Elba	0,96
Livornese	5,13
Val di Cornia	1,65
Alta Val d'Elsa	1,61
Amiata Valdorcia	0,82
Senese	2,86
Valdichiana Senese	1,47
Aretina	3,18
Casentino	1,13
Valdichiana aretina	1,31
Valtiberina	1,21
Valdarno	2,22
Amiata Grossetana	0,83
Colline dell'Albegna	1,56
Colline Metallifere	1,24
Grossetana	2,56
Fiorentina Nord Ovest	5,62
Fiorentina Sud Est	4,10
Firenze	11,14
Mugello	1,79
Empolese	4.43
Valdarno Inferiore	1,77
Versilia	4,33

Dal 2013 saranno individuati con atto della Giunta Regionale nuovi criteri di assegnazione delle risorse al territorio in grado di cogliere la dinamica dei fenomeni sociali con particolare attenzione ai seguenti indicatori, per poter delineare un sistema di riparto quanto più in linea con i bisogni emergenti dal territorio:

- popolazione per fasce omogenee di età
- disoccupazione
- immigrazione
- redditi dei singoli e/o famiglie
- povertà
- altri indicatori che saranno ritenuti confacenti agli obiettivi

Tali criteri saranno utilizzati fino all'entrata in vigore del sistema dei fabbisogni e costi standard nella funzione fondamentale "Assistenza Sociale" attualmente in fase di definizione da parte del Governo.

9.1.5. Il Fondo di Solidarietà Interistituzionale

La legge regionale 24 febbraio 2005 n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", all'art. 46 prevede l'istituzione di un "Fondo di Solidarietà Interistituzionale" destinato agli enti locali per far fronte alle spese di carattere urgente ed emergenziale. In modo particolare, attraverso il fondo, la Regione Toscana contribuisce alle spese connesse a:

a) interventi relativi ai soggetti di cui all'articolo 5, commi 2, 3 e 4 della legge 41;
b) interventi non quantificabili preventivamente in sede programmatoria in quanto derivanti da eventi eccezionali o da fenomeni nuovi per il territorio;
c) interventi il cui costo sia suscettibile di creare gravi squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni.

Il Fondo di Solidarietà Interistituzionale viene attribuito ai Comuni, attraverso la Società della salute o Zona distretto, che ne avanzino istanza motivata alla Regione Toscana, sulla base di appositi bandi.

9.1.6. Il sistema tariffario

Si confermano i criteri e le modalità di determinazione delle tariffe delle prestazioni, erogate dai soggetti del servizio sanitario regionale, già definiti con i precedenti Piani sanitari.
Nell'aggiornamento dei tariffari esistenti, e nella definizione delle tariffe massime regionali per eventuali nuove tipologie di prestazioni, si sottolineano i punti che la Giunta regionale dovrà maggiormente sviluppare nei prossimi anni:

a) corretta allocazione delle attività al livello appropriato di concentrazione/specializzazione per garantirne la qualificazione e l'economicità, attraverso l'individuazione di graduazioni tariffarie fra produttori;
b) corretta allocazione delle attività nel regime di erogazione appropriato, prevedendo tariffe di riferimento standard riferite al percorso ottimale di erogazione, tale da disincentivare eventuali comportamenti opportunistici o diseconomici;
c) corretta attuazione dell'intero percorso assistenziale, attraverso l'elaborazione e la sperimentazione di modalità di remunerazione delle attività per pacchetti di prestazioni o funzioni integrate e non più per singole prestazioni/attività.

Come richiamato in vari punti del presente Piano, e in linea con lo sviluppo in rete di molteplici funzioni, la Giunta regionale dovrà altresì valutare la possibilità di superare, per specifiche attività svolte in mobilità infraregionale, l'attuale sistema di remunerazione a prestazione definendo modalità alternative di valorizzazione e responsabilizzazione delle strutture erogatrici e di provenienza/residenza.

9.1.7. Gli strumenti per il controllo del corretto utilizzo delle risorse

Il servizio Sanitario Nazionale è un sistema pubblico che garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, la cui gestione politica ed amministrativa è affidata alle Regioni.

Una grossa fetta delle risorse economiche pubbliche viene destinata a questo delicato e primario settore ed in questo particolare momento di congiuntura economica negativa si viene a creare la necessità in seno alle Regioni di poter usufruire di unità ad altissima specializzazione che possano svolgere attività di controllo della Spesa Sanitaria, controllo nel settore gestionale delle Aziende Sanitarie Locali, al fine di trovare sprechi o distorsioni nel sistema.

Si pensa all'istituzione di una "task force" ed il personale individuato avrebbe la qualifica di "incaricato di un pubblico servizio", al fine di avere i mezzi per poter svolgere l'attività ispettiva. Potrebbe svolgere anche un'adeguata attività d'intelligence nel monitoraggio della spesa farmaceutica, divenendo il braccio operativo della Regione- Assessorato Salute nei confronti delle ASL.

Tale servizio, composto da poche unità, ad altissima specializzazione e con accertate qualità ispettive, avrebbe, tra gli altri, il compito di elaborare tutte le informazioni utili nei settori della Sanità, oltre che nel settore industriale di riferimento agendo, in altri termini, come area di raccolta e successiva analisi di notizie e dati dalla cui elaborazione ricavare informazioni utili da fornire agli organi regionali, senza vincoli di natura burocratica o derivanti dalla dipendenza funzionale presso altri organi o istituzioni, ergendosi a strumento di rapida ed elastica risoluzione dei problemi nello primario specifico settore che è la sanità, garantendo anche un raccordo per le problematiche sanitarie derivanti dalla Sicurezza Alimentare.

9.1.8. Il controllo di gestione a livello regionale

Il controllo di gestione si articola in quattro macro-funzioni:

- Riparto del Fondo Sanitario fra le Aziende Sanitarie per il sostenimento degli oneri correnti di gestione. Applicazione della procedura di riparto per il Fondo Ordinario di Gestione, in base alla quota capitaria, e del Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, secondo i criteri previsti dal Piano sanitario e sociale integrato, di cui concorre alla definizione ed evoluzione.
- Monitoraggio dei costi, tramite il potenziamento del progetto "Laboratorio Regionale Costi" attraverso l'introduzione di modalità condivise e di direttive sulla contabilità analitica per le Aziende Sanitarie. In particolare l'attività tende all'impostazione di uno strumento di rilevazione attraverso la definizione del piano regionale dei centri di costo e dei fattori produttivi dei flussi economici regionali articolati per centro di costo al fine di introdurre e mantenere una base di dati economico-finanziaria a supporto della programmazione strategica del Sistema Sanitario Regionale. Tale strumento consente la predisposizione di indicatori di efficacia ed efficienza della gestione, utili anche al benchmarking fra Aziende ed Aree Vaste.
- Monitoraggio dei flussi economici attraverso la rilevazione ministeriale "modello LA".
- Monitoraggio del CE attraverso la predisposizione di report direzionali specifici per azienda sanitaria.
- Supporto alla elaborazione di analisi e specifici report a supporto delle scelte direzionali dell'Assessorato e della Direzione Generale.

9.2. Gli investimenti e lo sviluppo tecnologico

La nuova fase di investimenti del Sistema Sanitario della Toscana, iniziata nel 2007, è stata caratterizzata dalla necessità di accompagnare il continuo progresso della tecnologia nel campo chirurgico e diagnostico, adeguando le strutture sanitarie alle più moderne forme di accoglienza del paziente e alle nuove modalità di cura che comportano forme diverse di organizzazione del lavoro sanitario e degli spazi da destinare alle attività di ricovero, cura, diagnosi, ecc...
La programmazione dei nuovi investimenti si è sviluppata intorno ad alcuni temi principali rilevando le priorità e le opportune forme di finanziamento, ponendo in particolare l'attenzione al rinnovo e all'implementazione del parco tecnologico delle Aziende sanitarie e alla riqualificazione e miglioramento delle principali strutture ospedaliere.
Sono stati avviati e sono in molti casi in fase di avanzata realizzazione, numerosi e significativi interventi di totale rinnovo o ampliamento dei presidi ospedalieri esistenti.
Significativi anche gli interventi di riorganizzazione di quei presidi per i quali, non essendo prevista la dismissione, sono stati programmati interventi specifici di riqualificazione con funzioni di eccellenza non più propriamente di carattere ospedaliero o finalizzati all'offerta di continuità assistenziale secondo i nuovi modelli organizzativi.
Di particolare valenza strategica sono inoltre da considerare gli interventi legati alle intese istituzionali (Accordi di Programma o protocolli di intesa) fra Regione, Enti locali e Aziende sanitarie che troveranno attuazione o verranno conclusi nel corso del prossimo quinquennio.
I finanziamenti che hanno permesso la programmazione 2007-2010, sono giunti in parte dalle risorse stanziate dalla Legge Finanziaria per il 2007 che, rifinanziando l'art. 20 Legge 67/88, ha permesso alla Regione Toscana un accesso per una quota di riparto premiale rispetto al proprio indice, pari a circa 169 milioni di euro. Sulla base del finanziamento statale, nell'aprile del 2009, è stato sottoscritto uno specifico Accordo di Programma con il Ministero della Salute. La Legge Finanziaria per il 2008, ha permesso di beneficiare di un ulteriore finanziamento pari a circa 203,5 milioni di euro, per i quali è già stata sviluppata la programmazione, approvata con DGR n. 182/2009. Il programma è stato poi approvato nel corso del 2010 dal nucleo di valutazione del Ministero della Salute ma non ha ancora ricevuto la garanzia della copertura finanziaria da parte del MEF.
Altre quote rilevanti di finanziamenti che hanno permesso la programmazione del triennio precedente è stata garantita da risorse regionali, pari a 300 milioni, 100 per ciascuno dei tre anni. Un terzo di tali risorse sono state destinate all'ammodernamento tecnologico mentre i restanti due terzi all'adeguamento e al rinnovamento delle strutture ospedaliere e territoriali con particolare attenzione al miglioramento delle strutture di Pronto soccorso e alla messa a norma delle strutture ai fini dell'accreditamento.
Significative quote sono inoltre state destinate anche al completamento della rete territoriale attraverso la ristrutturazione o la nuova realizzazione di strutture per le attività distrettuali, l'adeguamento e riqualificazione delle RR.SS.AA., il completamento della rete per l'elisoccorso, il completamento della rete delle strutture residenziali per le cure palliative e la riorganizzazione di alcuni immobili per attività amministrative.
Oltre al sostegno derivante dalle risorse Statali e Regionali le aziende sanitarie hanno impegnato quote importanti di proprie risorse derivanti principalmente dall'attivazione di mutui e da proventi derivanti dall'alienazione del patrimonio dismissibile.
Nel corso del triennio 2008-2010 l'impegno delle aziende sanitarie nel dare impulso agli investimenti ha prodotto complessivi flussi di cassa, ovvero risorse effettivamente spese, pari a oltre 300 milioni annui.

Il sistema degli investimenti sanitari in Toscana

Nel corso del triennio di vigenza del PSR 2008-2010, le aziende sanitarie si sono impegnate ad attuare i propri piani di investimenti secondo tempistiche e disponibilità di risorse definite. Ciò ha permesso di gettare le basi per uno scambio continuo e dinamico di informazioni che permette oggi alla Regione di avere un quadro completo e puntuale sull'andamento degli interventi e sul

raggiungimento degli obiettivi ed alle aziende di poter gestire i finanziamenti in modo più efficace ed efficiente.
Gli investimenti in sanità devono essere considerati come un "sistema integrato" all'interno del quale vi deve essere certezza nelle risorse e conseguentemente rispetto dei tempi. Ciò permette da un lato il migliore utilizzo delle risorse disponibili e dall'altro una più consapevole programmazione degli interventi e controllo dei risultati.
L'obbiettivo del prossimo quinquennio, già iniziato nel triennio passato, è quello di una visione complessiva degli interventi che vengono attuati sul territorio regionale che nella loro sinergia ed integrazione permettono di sviluppare un complesso di azioni e risorse che concorrono al raggiungimento di obbiettivi generali.
L'elevata variabilità propria del settore sanitario, che introduce innovazioni e strumenti sempre più avanzati per rispondere al meglio alle esigenze di salute della popolazione, in aggiunta alle mutate condizioni economiche generali, hanno infatti portato il "sistema" ad ottimizzare la disponibilità di risorse finanziarie e, di conseguenza, a rendere più efficace ed efficiente la programmazione degli investimenti.
La legge Finanziaria regionale, confermando l'impegno al continuo miglioramento del sistema sanitario, mette a disposizione delle aziende sanitarie, nel triennio 2011-2013, una importante quota di risorse che devono concorrere al finanziamento di piani aziendali organici, coerenti con la programmazione regionale e sostenibili finanziariamente sul piano delle risorse aziendali. Essi dovranno infatti garantire, oltre al rispetto dei tempi, la reale disponibilità di tutte le fonti di finanziamento a livello aziendale, regionale, statale o di provenienza privata.

Gli obiettivi
Il presente Piano persegue pertanto alcuni principali obbiettivi di investimento in ambito sanitario che, anche confermando gran parte di quanto previsto dalla precedente programmazione, sono i seguenti:

- il completamento della rete degli ospedali portanti (comprendente anche gli interventi in corso di realizzazione per la costruzione dei nuovi ospedali delle Apuane, di Lucca, di Pistoia e di Prato e quelli già avviati per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Livorno e per l'ampliamento dell'ospedale Misericordia di Grosseto) ;
- la riqualificazione delle strutture ospedaliere delle aziende ospedaliero-universitarie
- gli interventi per la riorganizzazione degli ospedali in rete e per la continuità assistenziale;
- l'ammodernamento tecnologico finalizzato alla riorganizzazione e ottimizzazione dell'offerta;
- il completamento della rete delle strutture territoriali.

Questi obiettivi, essendo alla base delle scelte aziendali e regionali ovvero del "sistema integrato" degli investimenti sanitari in Toscana, costituiscono la principale ossatura dei piani degli investimenti delle aziende.
La programmazione delle 16 aziende sanitarie per il prossimo quinquennio contiene, tra gli altri, molti interventi iniziati nel triennio precedente e attualmente in corso, per i quali la garanzia della copertura finanziaria costituisce un'irrinunciabile necessità e rende possibile il completamento di una complessa fase di programmazione.
La copertura finanziaria è stata, ad oggi, come detto in precedenza, garantita in parte da risorse quali i trasferimenti statali (art. 20 L. 67/88) e i finanziamenti Regionali (DGR 648/2008 e 802/2009). Riguardo ai trasferimenti statali ex art. 20 L.67/88 riparto 2008, ad oggi, pur essendo assegnatari del finanziamento, non è possibile conoscere la tempistica con cui il Ministero dell'economia metterà a disposizione le risorse.
Il restante fabbisogno è stato garantito dalle aziende attraverso l'accensione di mutui, l'autofinanziamento e le risorse derivanti dall'alienazione del patrimonio. In alcuni casi si è fatto anche ricorso ai privati attraverso la concessione o la finanza di progetto.
Tale scenario si è significativamente modificato in relazione al peggioramento del quadro economico nazionale (riduzione del Fondo Sanitario) e alla necessità, da parte del sistema sanitario regionale, di dovere far fronte ad un fabbisogno di risorse non previsto. Ciò ha avuto pesanti

riflessi anche sul sistema degli investimenti, riducendo di fatto per le aziende la possibilità del ricorso a risorse proprie rispetto a quanto inizialmente programmato.

Pertanto, per il perseguimento dei principali obbiettivi del Piano ed anche per ovviare alle criticità finanziarie suindicate, la Regione Toscana ha ritenuto di dover prevedere un sostegno straordinario ai piani degli investimenti delle aziende attraverso gli stanziamenti di cui alll'art. 15 della LR 65/2010 e s.m.i, pari a 250 milioni per il 2011, 200 milioni per il 2012 e 200 milioni per il 2013) e, per quanto riguarda l'eventuale differimento dei tempi per la vendita del patrimonio disponibile rispetto all'effettivo fabbisogno, attraverso la messa a disposizione di un "Fondo di anticipazione alle aziende sanitarie di risorse provenienti da alienazioni" previsto dall'art.16 della stessa legge.

Il processo di programmazione

Il processo di valutazione dei piani di investimento delle aziende sanitarie è, come detto in precedenza, pressoché costante attraverso il monitoraggio regionale. La nuova disponibilità straordinaria di risorse regionali per il triennio 2011-2013, ha reso necessaria una puntuale verifica di tutte le altre risorse effettivamente a disposizione delle aziende, alla luce del nuovo scenario economico complessivo. Per ogni azienda è stato valutato il piano degli investimenti verificandone da una parte la conformità agli obbiettivi previsti dalla programmazione regionale, dall'altra le coperture finanziarie indicate e la loro sostenibilità.

Tale processo ha permesso di individuare il fabbisogno finanziario per ciascuna azienda rispetto al quale è stato possibile determinare un'ipotesi di copertura sulla base di valutazioni oltre che di carattere strategico e programmatico, anche finanziario, e integrando le nuove risorse regionali con il complesso delle risorse aziendali effettivamente disponibili (mutui, alienazioni, fondi propri).

Le valutazioni di carattere più propriamente programmatico hanno portato a porre una maggiore attenzione alle seguenti fattispecie di interventi:

- Interventi già previsti dal precedente Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- Interventi che, per la loro natura di completamento di progetti iniziati negli anni precedenti, dovranno essere portati a compimento nel corso del quinquennio 2011-2015;
- Interventi previsti da specifici Accordi di programma che prevedono il rispetto degli impegni in essi sottoscritti;
- Interventi finalizzati all'accreditamento delle strutture;
- Interventi per l'acquisto di attrezzature sanitarie o informatiche indispensabili per l'inizio dell'attività nelle strutture in corso di completamento.
- Interventi finalizzati al risparmio energetico.

Nel corso del periodo di vigenza del presente PSSIR potranno essere inoltre valutate e verificate ulteriori azioni necessarie finalizzate alla sostituzione e riorganizzazione funzionale di alcune strutture ospedaliere anche oggetto di atti preliminari di intesa istituzionale (Valdinievole, Valle del Serchio), nell'ottica della integrazione delle funzioni e della rimodulazione dell'offerta, oltre che dell'adeguamento normativo e del rispetto dei requisiti per l'accreditamento, giungendo pertanto ad una complessiva verifica di fattibilità tecnico-economica e provvedendo alla effettuazione delle procedure di valutazione ambientale strategica.

La valorizzazione del patrimonio

I piani degli investimenti delle aziende sanitarie prevedono che parte della copertura finanziaria degli interventi di maggiore rilevanza, sia strategica che economica, debba provenire dall'alienazione di porzioni di patrimonio non più destinate all'attività sanitaria o che si renderanno disponibili una volta che l'attività sarà trasferita nelle nuove strutture in corso di realizzazione.

Gli immobili destinati all'alienazione necessitano pertanto di adeguati processi di valorizzazione che permettano l'ottenimento delle risorse necessarie alla copertura dei quadri economici degli interventi. Deve inoltre essere considerato che gli immobili oggetto delle operazioni di valorizzazione finalizzate all'alienazione:

- sono di proprietà delle aziende sanitarie e presentano destinazioni d'uso e caratteristiche architettoniche che non rendono possibile l'immediato utilizzo alternativo;

- sono prevalentemente ubicati in zone centrali o nei centri storici delle città, risultando così soggetti a vincoli storici, artistici e culturali;
- sono inseriti all'interno di specifici Accordi di Programma con le amministrazioni comunali che si impegnano all'approvazione di una nuova destinazione urbanistica e conseguente valorizzazione;
- richiedono che i processi di valorizzazione siano coerenti con le condizioni di mercato e con le richieste dei potenziali investitori;

A tale proposito, è necessario che nell'ambito delle operazioni di valorizzazione del patrimonio siano individuate possibili soluzioni alternative all'alienazione degli immobili di particolare pregio mediante il ricorso a specifici accordi con gli enti locali che prevedano anche la permuta o la sostituzione dei predetti immobili con altri da inserire nel progetto di alienazione, ovvero che prevedano anche l'utilizzo ai fini di "housing sociale";
E' pertanto necessario ricondurre ad un'unica strategia regionale il coordinamento e la valutazione di soluzioni valide relativamente ai processi di valorizzazione e di alienazione del patrimonio delle aziende sanitarie, finalizzato anche al rispetto degli impegni assunti dalle amministrazioni in sede di sottoscrizione degli accordi di programma.

Interventi sanitari di interesse regionale o interaziendale
Tra gli investimenti in ambito sanitario potranno essere previsti interventi, che per loro natura rivestono un carattere interaziendale (di area vasta), regionale o sovraregionale. Tali interventi, e le risorse necessarie, saranno individuati previa valutazione di progetti specifici da parte della Regione.

Sulla base di quanto sopra detto, la Giunta regionale, entro il quinquennio di vigenza del piano, adotterà opportuni provvedimenti per supportare le aziende e gli Estav nella realizzazione del programma di investimenti strutturali e tecnologici anche attraverso azioni per il potenziamento degli strumenti per la conoscenza del patrimonio edilizio e tecnologico e del suo stato di manutenzione, anche in sinergia con gli Estav, finalizzato alla implementazione della funzione regionale nei processi di programmazione, monitoraggio e controllo.
Proseguirà inoltre la collaborazione con università e istituti di ricerca, per la predisposizione di specifiche linee guida per la progettazione di interventi di edilizia sanitaria mirate al raggiungimento di un sempre più elevato standard qualitativo.
Verranno individuati gli strumenti più idonei per permettere alle aziende sanitarie di disporre delle risorse derivanti dai processi di valorizzazione e alienazione del patrimonio dismissibile. Sarà inoltre promossa la partecipazione di soggetti pubblici e privati esterni al sistema di realizzazione degli investimenti.

Una sanità accessibile
Le strutture del servizio sanitario regionale, seppure nel rispetto delle normative vigenti, presentano spesso situazioni di criticità relativamente al problema del superamento delle barriere architettoniche. Le normative infatti, impongono dei requisiti minimi che in alcuni casi non rispondono a pieno alle necessità dei disabili.
Dalla difficoltà di accessibilità alle strutture da parte degli utenti e degli operatori rappresentate da elementi architettonici (parcheggi, porte, scale, corridoi), alla presenza di servizi igienici idonei, fino alla mancanza di taluni semplici accorgimenti (scorrimano, segnaletica opportuna) o presenza di elementi che possono essere causa di infortuni (materiali sdrucciolevoli, porte in vetro non evidenziate, spigoli vivi...). Tutto ciò può essere affrontato con azioni specifiche in occasione degli interventi di ristrutturazione o riqualificazione degli edifici già previsti nei piani degli investimenti delle aziende, ma anche attraverso puntuali interventi mirati, tecnicamente semplici e poco costosi che hanno però una ricaduta molto importante nel miglioramento della qualità dell'accessibilità da parte di persone con ridotte capacità motorie, visive o uditive.
Il presente piano, anche in ragione dell'integrazione fra sociale e sanitario, dovrà affrontare la questione già a partire dalla fase di predisposizione dei progetti. Affrontare il problema in fase di

progettazione non comporta quasi mai costi aggiuntivi che invece diventano significativi quando è necessaria la loro eliminazione, con risultati spesso insoddisfacenti.
Gli interventi di volta in volta realizzati per il superamento delle barriere architettoniche potranno inoltre costituire un patrimonio di conoscenza che permetterà di ridurre nel tempo le disattenzioni e le inadeguatezze.
Si dovrà anche porre particolare attenzione al problema dei trasporti pubblici verso gli ospedali e le strutture sanitarie coinvolgendo tutte le amministrazioni interessate, in particolare in quei casi in cui nuovi interventi vengono realizzati attraverso specifiche intese istituzionali.

Una sanità a risparmio energetico

L'obiettivo finale di un sistema sanitario è quello di garantire una migliore salute ai cittadini. Ciò puo essere conseguito anche riducendo il ricorso alle fonti energetiche tradizionali. Inoltre, il perseguimento del più ampio obiettivo regionale della riduzione delle emissioni, può riflettersi in una significativa riduzione dei costi di funzionamento delle strutture sanitarie.
Gli interventi contenuti nei piani degli investimenti sono già stati orientati, come previsto dal precedente piano sanitario, al miglioramento delle problematiche di consumo e di riduzione delle emissioni. L'impegno dovrà proseguire nei porossimi anni a partire da interventi immediati non onerosi o di basso impatto economico (ad es: sostituzione corpi illuminanti e controllori di flusso elettrico, sostituzione infissi) fino ad interventi a medio e lungo termine da inserire in più complessi progetti di riqualificazione o ristrutturazione (coibentazione edifici, pannelli fotoivoltaici, sistemi di cogenerazione e trigenerazione) i quali, generando un ritorno economico, potranno anche essere attuati attraverso lo strumento del finanziamento tramite terzi.

9.3. Patrimonio storico artistico

Contesto

Il patrimonio delle Aziende sanitarie è costituito da una complessità di beni: architettonici, artistici, storici, documentari e librari, scientifici. Questo patrimonio è stato da sempre fortemente soggetto al rischio di perdite e dispersioni a causa di vicende storiche, politiche e amministrative, e delle conseguenti modifiche che nel corso del tempo hanno interessato gli assetti dell'organizzazione sociale e sanitaria. E' emersa di conseguenza la necessità di porre particolare attenzione agli aspetti di salvaguardia dei patrimoni culturali delle Aziende sanitarie.

La legge regionale n.40/2005, all'articolo 116, prevede, difatti, che "le aziende per l'accertamento della rilevanza dei beni ai fini della documentazione dell'evoluzione storica, culturale o scientifica della sanità pubblica e per stabilire le modalità per la loro conservazione, tutela e valorizzazione, possono avvalersi di apposite commissioni tecniche, nonché della collaborazione dei competenti organismi dell'amministrazione statale e regionale preposti alla loro tutela e valorizzazione culturale scientifica".

Con la Delibera di Giunta Regionale 426/2007 e si è, inoltre, dato corso ad una riorganizzazione strutturale degli organismi volti alla tutela, conservazione e valorizzazione di questo patrimonio. Grazie a questo nuovo assetto organizzativo sono stati nominati referenti aziendali che si occupano della materia, delle Commissioni tecniche di Area Vasta e un Comitato regionale che ha come finalità quella di dare indirizzi comuni e di supportare le iniziative sulla materia.

Nel corso degli ultimi anni il lavoro si è concentrato principalmente su attività ricognitive volte a valutare le priorità delle azioni da sviluppare. Il Comitato regionale ha iniziato occupandosi maggiormente della strumentaria obsoleta di valore storico e delle biblioteche di uso corrente, poiché gli archivi e il patrimonio artistico è stato oggetto in passato di campagne di catalogazione promosse dalle soprintendenze competenti.

Obiettivi

Obiettivi del prossimo quinquennio sono:

- Valorizzare con progetti specifici le realtà locali e sviluppare competenze specifiche degli operatori delle Aziende Sanitarie tramite percorsi formativi ad hoc;
- Inventariare la strumentaria medica obsoleta di valore storico;
- attivare una procedura di dismissione della strumentaria obsoleta uniforme per tutte le Aziende Sanitarie;
- sviluppare un sistema di tutela e di catalogo anche per gli altri settori di intervento, quali archivi, libri antichi e patrimonio storico – artistico;
- valorizzare, oltre che tutelare, i beni storici;

migliorare la qualità del servizio offerto dalle biblioteche di uso corrente delle Aziende Sanitarie e, ove possibile, applicare una razionalizzazione delle spese per l'acquisto di documentazione sanitaria

Strategie

- A breve termine alimentare l'inventario regionale della strumentaria medica di valore storico, individuare un deposito regionale per conservare la strumentaria obsoleta di valore storico ed incentivare progettazioni specifiche delle Aziende Sanitarie, volte alla valorizzazione delle loro realtà locali;
- a medio termine, incentivare le collaborazioni tra Aziende e con altre istituzioni (università, ARS, Comuni), in merito alle biblioteche di uso corrente;

a lungo termine attivazione di procedure di valorizzazione, oltre che di tutela, dei beni storici.

9.4. Quadro finanziario di riferimento pluriennale

Nelle tabelle sottostanti sono riportate le risorse stanziate sul bilancio pluriennale 2012/2014 e la proiezione di tali dati sull'annualità 2015, articolate per UPB di riferimento.
Esse tengono conto delle fonti di finanziamento che si stima saranno disponibili nel periodo 2012/2015 e del fabbisogno connesso alle politiche socio-sanitarie così come riportate nell'Analisi di fattibilità finanziaria di cui alla successiva Sezione Valutativa del Piano.
Nel presente quadro finanziario sono compresi anche i fondi relativi alla gestione ordinaria.

Parte Sanitaria

UPB	descrizione UPB	Corr/Inv	Fonte	2012	2013	2014	2015
235	Interventi per la non autosufficienza - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	72.000.000,00	72.000.000,00	72.000.000,00	72.000.000,00
235	Interventi per la non autosufficienza - spese correnti	Corr	Regionali	8.000.000,00	8.000.000,00	8.000.000,00	8.000.000,00
241	Sistema informativo, ricerca e sperimentazione in sanità - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	23.950.000,00	23.950.000,00	23.950.000,00	23.950.000,00
242	Strutture e tecnologie sanitarie - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	1.584.000,00	1.584.000,00	1.584.000,00	1.584.000,00
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	164.013.920,00	163.600.723,33	164.013.920,00	164.013.920,00
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Regionali	17.830.830,27	13.007.443,83	17.830.830,27	17.830.830,27
244	Formazione e politiche del personale - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	3.170.000,00	3.170.000,00	3.170.000,00	3.170.000,00
245	Strutture e tecnologie sanitarie - spese d'investimento	Inv	Regionali	208.000.000,00	175.250.000,00	100.000.000,00	0,00
245	Strutture e tecnologie sanitarie - spese d'investimento	Inv	Concessione di anticipazioni	150.000.000,00	150.000.000,00	50.000.000,00	0,00
246	Organizzazione del sistema sanitario - spese di investimento	Inv	Fondo Sanitario	4.616.000,00	0,00	0,00	0,00
246	Organizzazione del sistema sanitario - spese di investimento	Inv	F.A.S. 2007-2013	2.240.837,00	1.240.837,00	0,00	0,00
246	Organizzazione del sistema sanitario - spese di investimento	Inv	Regionali	1.690.640,40	1.515.640,40	1.690.640,40	0,00
251	Prevenzione - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	300.096.963,65	301.995.112,29	306.756.331,53	306.756.331,53
252	Assistenza territoriale - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	3.181.027.814,66	3.201.148.190,27	3.251.617.114,17	3.251.617.114,17
253	Assistenza ospedaliera - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	2.520.814.494,64	2.536.758.943,24	2.576.753.184,81	2.576.753.184,81
261	Progetti di integrazione socio-sanitaria - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	10.302.900,00	10.302.900,00	10.302.900,00	10.302.900,00
261	Progetti di integrazione socio-sanitaria - spese correnti	Corr	Regionali	163.845,65	163.845,65	163.845,65	163.845,65
262	Azioni programmate di cui al Piano sanitario regionale - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	9.825.000,00	9.825.000,00	9.825.000,00	9.825.000,00
263	Educazione sanitaria - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	1.660.000,00	1.660.000,00	1.660.000,00	1.660.000,00
263	Educazione sanitaria - spese correnti	Corr	Regionali	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00
264	Servizi di prevenzione - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	52.777.500,00	52.777.500,00	52.777.500,00	52.777.500,00

UPB	descrizione UPB	Corr/Inv	Fonte	2012	2013	2014	2015
264	Servizi di prevenzione - spese correnti	Corr	Regionali	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00
265	Servizi territoriali - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	34.338.355,00	34.135.680,00	34.338.355,00	34.338.355,00
265	Servizi territoriali - spese correnti	Corr	Fondi Statali	123.501,00	0,00	0,00	0,00
266	Servizi ospedalieri - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	277.788.033,00	277.268.033,00	277.788.033,00	277.788.033,00
514	Interventi per lo sviluppo del sistema economico e produttivo - spese di investimento	Inv	Fondo Sanitario	1.151.357,56	1.174.384,71	0,00	0,00
514	Interventi per lo sviluppo del sistema economico e produttivo - spese di investimento	Inv	Cofinanziamento UE-Stato FESR 2007-2013	3.838.207,56	0,00	0,00	0,00
711	Interventi per lo sviluppo del sistema economico e produttivo - spese di investimento	Corr	Fondo Sanitario	133.661,49	133.661,49	133.661,49	133.661,49
TOTALI				**7.051.302.861,88**	**7.040.826.895,21**	**6.964.520.316,32**	**6.812.829.675,92**

Parte Sociale

UPB	descrizione UPB	Corr/Inv	Fonte	2012	2013	2014	2015
122	Cooperazione internazionale, promozione della cultura della pace - spese correnti	Corr	Regionali	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
136	Servizio civile regionale - spese correnti	Corr	Regionali	14.800.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00
136	Servizio civile regionale - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00
212	Altre azioni sociali rivolte all'accessibilità ai servizi - spese correnti	Corr	Regionali	330.000,00	330.000,00	330.000,00	330.000,00
213	Sostegno alla locazione abitativa - spese correnti	Corr	Regionali	10.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00
214	Interventi nei trasporti e per la mobilità - spese di investimento	Inv	Regionali	2.000.000,00	2.000.000,00	0,00	0,00
215	Azioni di sostegno alle adozioni internazionali - spese correnti	Corr	Regionali	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00
221	Programmi di iniziative regionali, sistema informativo, ricerca e sviluppo - spese correnti	Corr	Regionali	652.829,82	652.829,82	652.829,82	652.829,82
222	Investimenti in ambito sociale - spese di investimento	Inv	Regionali	5.300.000,00	2.300.000,00	0,00	0,00
222	Investimenti in ambito sociale - spese di investimento	Inv	Cof. UE-Stato - FESR	2.995.020,25	3.054.920,63	0,00	0,00
231	Azioni di base dei servizi sociali - spese correnti	Corr	Regionali	21.300.000,00	8.300.000,00	8.300.000,00	8.300.000,00
233	Programmi di intervento specifico relativi ai servizi sociali - spese di investimento	Inv	Regionali	437.872,72	437.872,72	0,00	0,00
331	Sostegno alla costruzione, acquisto, ristrutturazione edilizia - spese di investimento	Inv	Regionali	85.300.000,00	85.300.000,00	0,00	0,00
totale				**145.805.722,79**	**110.065.623,17**	**16.972.829,82**	**16.972.829,82**

10. ALLEGATI

10.1 I livelli essenziali di assistenza ed i pesi per classe di età

1 – "Prevenzione collettiva":
- 1.1. Profilassi delle malattie infettive e diffusive
- 1.2. Tutela dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale
- 1.3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari connessi agli ambienti di vita e di lavoro
  - 1.3.1. Ambienti di vita
  - 1.3.2. Ambienti di lavoro
- 1.4. Sanità pubblica veterinaria
  - 1.4.1. Sanità animale
  - 1.4.2. Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale e loro derivati
  - 1.4.3. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- 1.5. Tutela igienico sanitaria degli alimenti e nutrizione
  - 1.5.1. Controllo igienico-sanitario in materia micologica
- 1.6. Medicina legale
- 1.7. Medicina dello sport

2 – "Assistenza territoriale":
- 2.1. Assistenza medica di base
  - 2.1.1. Medicina generale
  - 2.1.2. Pediatria di libera scelta
  - 2.1.3. Continuità assistenziale
- 2.2. Assistenza farmaceutica
  - 2.2.1. Farmaceutica aziendale e assistenza integrativa
  - 2.2.2. Farmaceutica convenzionata e integrativa
- 2.3. Assistenza specialistica ambulatoriale
  - 2.3.1. Specialistica
  - 2.3.2. Diagnostica strumentale
- 2.4. Assistenza distrettuale
  - 2.4.1. Emergenza sanitaria territoriale
  - 2.4.2. Attività di prevenzione rivolta alla persona
  - 2.4.3. Attività distrettuali
  - 2.4.4. Attività consultoriali
  - 2.4.5. Assistenza ai malati terminali
  - 2.4.6. Assistenza alle persone con infezione da HIV
- 2.5. Riabilitazione
  - 2.5.1. Riabilitazione funzionale
  - 2.5.2. Disabilità
  - 2.5.3. Assistenza protesica
  - 2.5.4. Assistenza termale
- 2.6. Assistenza agli anziani
- 2.7. Salute mentale
- 2.8. Dipendenze
  - 2.8.1. Alcoolismo
  - 2.8.2. Tossicodipendenze

3 – "Assistenza ospedaliera":
- 3.1. Emergenza urgenza
- 3.2. Ricovero
- 3.3. Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- 3.4. Attività per la donazione, il prelievo, il trapianto, di organi tessuti e cellule

Pesi attribuiti alle classi di età per livello e sottolivello di assistenza

Composizione % F.S.R.	**PREVENZIONE COLLETTIVA**	**ASSISTENZA TERRITORIALE**								**ASSISTENZA OSPEDALIERA**
Livello	**5,00**	**53,00**								**42,00**
Sottolivello		**5,50**	**14,00**	**3,50**	**7,50**	**2,50**	**14,00**	**4,50**	**1,50**	
Classi di età		Assistenza medica di base	Assistenza farmaceutica	Assistenza agli anziani	Assistenza distrettuale	Riabilitazione	Assistenza specialistica ambulatoriale	Salute mentale	Dipendenze	
0 – 4	2,500	1,000	0,230	0,000	1,500	1,500	0,455	0,300	0,000	1,027
5 – 9	2,500	1,000	0,227	0,000	1,500	1,500	0,312	1,000	0,000	0,234
10 - 14	2,500	1,000	0,192	0,000	1,500	1,500	0,344	1,000	0,500	0,219
15 - 19	2,500	1,000	0,192	0,000	1,000	1,000	0,474	1,000	3,000	0,318
20 - 24	1,500	1,000	0,228	0,000	1,000	1,000	0,617	1,000	3,000	0,373
25 - 29	1,500	1,000	0,308	0,000	1,000	1,000	0,713	1,000	3,000	0,443
30 - 34	1,500	1,000	0,359	0,000	1,000	1,000	0,786	1,000	3,000	0,527
35 - 39	1,500	1,000	0,468	0,000	1,000	1,000	0,769	1,000	3,000	0,497
40 - 44	1,500	1,000	0,555	0,000	1,000	1,000	0,774	1,000	3,000	0,509
45 - 49	1,500	1,000	0,642	0,000	1,000	1,000	0,889	2,000	3,000	0,598
50 - 54	1,500	1,000	0,837	0,000	1,000	1,000	1,072	2,000	1,000	0,739
55 - 59	1,500	1,000	1,190	0,000	1,000	1,000	1,166	2,000	1,000	0,972
60 - 64	1,500	1,000	1,470	0,000	1,000	1,000	1,372	2,000	1,000	1,252
65 - 69	1,000	1,000	1,960	1,000	2,000	2,000	1,707	1,000	1,000	1,690
70 - 74	1,000	1,000	2,345	1,000	2,000	2,000	1,871	1,000	1,000	2,111
75 - 79	1,000	1,000	2,657	2,000	3,000	3,000	1,826	0,500	1,000	2,541
80 - 84	1,000	1,000	3,075	2,000	3,000	3,000	1,514	0,500	1,000	2,935
Oltre 84	1,000	1,000	2,423	3,000	4,000	4,000	1,076	0,300	1,000	2,857

10.2. Lo sviluppo organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione

La Regione Toscana individua i seguenti elementi di innovazione per i Dipartimenti di Prevenzione:

- Integrazione delle strutture e implementazione del sistema a rete della prevenzione;
- Integrazione della prevenzione collettiva nel contesto sociale ed istituzionale;
- Sviluppo delle competenze e aggiornamento professionale;
- Percorsi per la semplificazione delle procedure ed il miglioramento della qualità e dell'efficacia delle prestazioni;
- Ridefinizione della rilevanza della prevenzione primaria nelle politiche regionali e nel servizio sanitario regionale;
- Collaborazione con le Società della Salute con un ruolo centrale nella elaborazione dei Piani Integrati della Salute e nella gestione integrata di alcune attività, con particolare riferimento alla promozione della salute;
- Confronto e collaborazione con i soggetti sociali.

Per quanto sopra è possibile avviare un percorso che trasferisce in alcuni casi a livello regionale ed in altri a livello di Area Vasta i seguenti processi:

- Programmazione
- Supervisione e coordinamento
- Ottimizzazione delle risorse
- Localizzazione a livello regionale o di area vasta di attività specialistiche
- Incremento dello scambio organizzato di informazioni.

Quanto sopra si coniuga con l'obiettivo, a livello territoriale, della semplificazione delle linee gestionali all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, il completamento dello sviluppo del sistema informativo regionale della prevenzione collettiva (SISPC) e lo sviluppo del sistema a rete dei Laboratori.

La rete della prevenzione

A) Il livello regionale: programmazione, coordinamento e monitoraggio

- Elaborare e aggiornare le procedure per l'esecuzione delle attività delle strutture organizzative appartenenti all'Autorità Competenti Territoriali (compreso l' aggiornamento normativo)
- Coordinare gli indirizzi professionali e la relativa verifica dell'efficacia delle attività svolte a livello regionale riguardo all'ambito della sicurezza alimentare
- Programmare la formazione per tutti i profili professionali presenti all'interno delle strutture organizzative dei Dipartimenti di Prevenzione
- Sviluppare l'integrazione organizzativa di area vasta per l'erogazione di gruppi di prestazioni innovative e complesse con riferimento all'art. 67, comma 3, L.R.T. 40/2005 e s.m.i.
- Assicurare forme omogenee di comunicazione esterna
- Coordinamento Aree Vaste
- Collaborazioni con le Università
- Confronto e collaborazione con i soggetti sociali

B) L'Area Vasta: l'organizzazione e la valorizzazione dei professionisti

L'Area Vasta rappresenta l'ambito privilegiato per lo sviluppo di quelle attività che hanno più stretta attinenza con l'ambito professionale, quali:

- Sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità

- Attività di supervisione e addestramento
- Formazione e aggiornamento professionale
- Sviluppo di competenze specialistiche

Tali attività trovano applicazione per:

- coordinare gli indirizzi professionali e la relativa verifica dell'efficacia delle attività svolte a livello di area vasta negli ambiti relativi alla sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro e ai corretti stili di vita
- elaborare e aggiornare procedure documentate per l'esecuzione delle attività delle strutture organizzative del Dipartimento di Prevenzione al fine di garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione tra le prestazioni erogate
- eseguire attività di audit interni
- coordinare la programmazione della formazione per tutti i profili professionali presenti all'interno delle strutture organizzative dei Dipartimenti di Prevenzione a livello di area vasta
- assicurare forme omogenee di comunicazione
- Confronto e collaborazione con i soggetti sociali

A livello di Area Vasta dovranno essere individuate le soluzioni organizzative per impegnare le risorse in modo appropriato ed efficace, al fine di incrementare l'efficiente uso delle risorse impiegate nelle attività obbligatorie e a domanda (costo del personale, concentrazione temporale nello svolgimento delle attività, compartecipazione economica di alcune attività,ecc.).

Deve essere ricercata attivamente l'integrazione con soggetti esterni al Dipartimento di Prevenzione, sia all'interno delle ASL (territorio, medici convenzionati etc.) che nel circuito del SSR (come le Aziende Ospedaliere Universitarie che possono funzionare da centri di secondo – terzo livello), ma anche con centri di eccellenza esterni quali ad esempio ARPAT, con cui è stato sviluppato il sistema integrato dei laboratori della Toscana.

Saranno sperimentate soluzioni organizzative innovative quali strutture funzionali interaziendali o di Area Vasta.

B) L'Unità Funzionale: l'erogazione delle prestazioni

All'interno del Dipartimento della Prevenzione trovano collocazione le Unità Funzionali (U.F.), che sono strutture organizzative di livello aziendale (con articolazioni zonali in relazione alle dimensioni dell'Azienda) alle quali compete l'erogazione delle prestazioni; coinvolgono più professionalità sono costituite al fine di erogare prestazioni complesse, sono costituite secondo le modalità indicate più avanti, in conformità con le disposizioni regionali.

Si individuano le seguenti U.F. di livello aziendale:

1) Igiene e sanità pubblica (igiene pubblica, igiene urbana veterinaria e zoologia ambientale) e medicina dello sport
2) Prevenzione igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro
3) Sicurezza alimentare (Sanità animale, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale e igiene degli alimenti e della nutrizione)
4) Medicina legale

Ogni U.F. provvede all'erogazione delle prestazioni di propria competenza, attraverso il personale ed il budget assegnato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Il Dipartimento di Prevenzione provvede inoltre all'integrazione con le attività territoriali ed in particolar modo con le SdS, in modo da sistematizzare i rapporti, attraverso accordi finalizzati alla riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni a livello di Zona/Distretto attraverso:

- Partecipazione alla elaborazione e valutazione del Piano Integrato di Salute
- Definizione di azioni specifiche all'interno del Piano Integrato di Salute

Il percorso di riorganizzazione

Si procede attraverso:

- Riconfigurazione della rete di offerta delle prestazioni in ambito della prevenzione collettiva
- Analisi dei modelli organizzativi esistenti nelle Aziende USL
- Sviluppo e aggiornamento del sistema di audit regionale in sicurezza alimentare e veterinaria, al fine di migliorarne la sostenibilità e l'efficacia
- Progettazione modello organizzativo comune in ambito regionale relativo al ruolo delle professioni tecniche della prevenzione, della professione medica e degli altri profili professionali anche attraverso la Conferenza di consenso
- Sperimentazione dei nuovi modelli organizzativi e valutazione dei risultati

10.3 Orientamenti generali per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali

Le soglie operative o i livelli di operatività al di sotto dei quali non è consentita la attivazione di strutture organizzative professionali sono fissati in relazione al raggiungimento dei seguenti risultati:

1. standard qualitativi delle attività svolte
2. tempestività ed adeguatezza di risposta ai problemi operativi e professionali tipici delle funzioni svolte
3. costante aggiornamento professionale e miglioramento della capacità operativa.

Sempre più emerge anche la necessità di porre al centro della organizzazione e delle sue articolazioni organizzative, l'attenzione a percorsi specialistici ed assistenziali in grado di assicurare, in forma coordinata ed integrata, tutti i servizi sanitari: preventivi, di diagnosi, cura e riabilitazione. Di conseguenza si rende necessario individuare le strutture operative deputate alla realizzazione di tali percorsi.

Il processo di innovazione organizzativa è oggi caratterizzato dalla necessità di riferirsi non solo alle "classiche" discipline professionali ma di orientare la costituzione e la tipologia delle strutture organizzative professionali a parametri legati al raggiungimento di adeguati volumi operativi che portino ad una correlazione positiva tra prestazioni ed esiti, tenendo anche conto delle specificità di alcuni percorsi assistenziali.

L'individuazione delle soglie operative dovrà avvenire, anche attraverso il monitoraggio dei risultati raggiunti, a livello di programmazione di area vasta nell'ambito del governo regionale.

La definizione dei percorsi, la correlazione ai rispettivi volumi e soglie integrati, verrà definita dalla Giunta Regionale, in maniera condivisa con gli attori del sistema, entro 90 giorni dall'approvazione del presente piano.

Nella definizione di quanto sopra e nella applicazione operativa di quanto definito, la Giunta Regionale e le Aziende Sanitarie, anche attraverso i coordinamenti di area vasta, si atterranno ai seguenti principi:

Le funzioni operative

L'articolo 2, lettera l) della l.r. 40/2005 definisce la "funzione operativa" come l'insieme delle attività riconosciute omogenee sotto il profilo professionale. Ogni funzione operativa, quindi, si caratterizza per un insieme tipico di prestazioni professionali o tecniche.

La definizione delle prestazioni tipiche di una determinata funzione operativa fa riferimento alla regolamentazione professionale, alle disposizioni previste dalle procedure di accreditamento, alle linee guida, alle indicazioni in materia di qualificazione delle attività o ad altre disposizioni regionali o nazionali, nonche' ad ulteriori specifiche indicazioni della Giunta regionale.

Le strutture organizzative professionali

Le strutture organizzative professionali definite quali unità operative, sezioni, uffici, costituiscono il contenitore organizzativo delle professionalità che caratterizzano una funzione operativa.

In una stessa Struttura organizzativa professionale trova collocazione personale appartenente ad una unica professionalità omogenea sotto il profilo delle tipologie di attività che rientrano nella stessa funzione operativa, fatte salve specifiche disposizioni legislative.

Le strutture organizzative professionali delle Aziende sanitarie sono assoggettate, per la loro attivazione, alla programmazione Regionale e di Area Vasta

Le soglie operative

Ferma restando la possibilità di indicare criteri generali per la costituzione delle strutture organizzative professionali, la Giunta regionale valuta e definisce ulteriori standard qualitativi e quantitativi relativi a specifiche prestazioni proprie di una o più strutture organizzative, finalizzati ad assicurare che sia garantita una adeguata qualificazione della équipe professionale che provvede ad erogare le prestazioni, e che sia prodotto un volume di attività tale da garantire qualità e sicurezza, in linea a quanto previsto dalle norme di accreditamento e dalle evidenze scientifiche.

Nella concertazione di Area Vasta devono essere valutate anche le caratteristiche dei territori, ivi compresa la realtà della Azienda Sanitaria Fiorentina all'interno dell'Area Metropolitana.

Eventuali discordanze tra gli standard definiti per la costituzione delle strutture professionali dalla Giunta regionale o dalla programmazione di Area Vasta e quelli effettivamente applicati costituiscono elementi per la valutazione del direttore generale.

Le unità funzionali

Le unità funzionali sono costituite al fine di integrare funzioni operative per fornire risposte adeguate al bisogno sanitario o socio sanitario in termini di efficacia e di efficienza e garantire la continuita' del percorso assistenziale.

L'azienda sanitaria, in conformità con le disposizioni regionali, determina le modalità di attivazione e di cessazione delle unità funzionali, specificando in particolare:

1) i criteri assunti per la loro costituzione;
2) la durata e le modalità di conferimento degli incarichi di responsabilità, tenuto conto della composizione multiprofessionale delle unità funzionali stesse;
3) le modalità di dismissione della unità qualora vengano meno le condizioni previste dal regolamento per la sua costituzione o, nel caso di unità funzionali a termine, allo scadere del termine;
4) i criteri per la definizione del grado di complessità di ciascuna unità ai fini della graduazione del livello di responsabilità, nonché per la definizione dell'obbligo della rendicontazione analitica in capo alla unità funzionale.

L'attivazione della unità funzionale è definita mediante provvedimento del direttore generale assunto ai sensi di legge, che deve prevedere:

a) le risorse attribuite alla unità;
b) le modalità mediante le quali l'unità funzionale è inclusa nelle procedure di contabilità analitica;
c) l'obbligo per l'unità funzionale a soddisfare il fabbisogno del sistema informativo aziendale, secondo gli standard aziendali o regionali;
d) le modalità attraverso le quali si esplica l'apporto delle strutture organizzative professionali afferenti all'unità funzionale, per quanto riguarda la programmazione dell'attività;
e) l'indicazione del termine di cessazione dell'unità funzionale nel caso in cui ne sia prevista l'attivazione a tempo determinato.

La Giunta regionale, anche in attuazione delle azioni di cui al presente piano, può emanare indirizzi o direttive per la costituzione di unità funzionali e per la definizione del loro grado di complessità.

Le funzioni operative del Centro tecnico direzionale e le funzioni di supporto alla zona – distretto

Per quanto attiene alle funzioni operative e le strutture organizzative amministrative, tecniche e di staff del Centro Tecnico Direzionale e le funzioni di supporto alla zona-distretto, le Aziende sanitarie si attengono a quanto indicato dai precedenti piani sanitari regionali (allegato 2) e dal

quadro definito con la l.r. 40/2005 relativamente alla costituzione ed organizzazione degli ESTAV e delle funzioni loro attribuite, anche attraverso le successive disposizioni attuative, avendo a riferimento quanto indicato nello specifico paragrafo.

L'organizzazione dipartimentale delle aziende ospedaliere

Ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, le aziende ospedaliere universitarie organizzano la produzione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali attraverso i dipartimenti di cui alla l.r. 40/2005.

I protocolli d'intesa Regione-Università definiscono le linee generali dell'organizzazione dipartimentale delle aziende ospedaliero universitarie ai sensi dell'articolo 3 del D.Lgs. 517/1999.

Nel Protocollo d'intesa sono individuate le soglie minime di attività per la revisione delle strutture organizzative delle Aziende Ospedaliero Universitarie. Tali soglie sono stabilite valutando i livelli minimi di attività definiti sia con criteri di essenzialità, efficacia assistenziale ed economicità nell'uso delle risorse professionali, sia di funzionalità e di coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, al fine di garantire adeguata qualificazione alla struttura.

I dipartimenti di coordinamento tecnico

Ferma restando l'autonomia organizzativa delle aziende sanitarie, la Giunta regionale individua i settori di attività ove si ritiene opportuna l'attivazione dei dipartimenti di coordinamento tecnico, nonché le modalità di attivazione e funzionamento.

I dipartimenti interaziendali a carattere gestionale (sperimentali)

Nell'arco di validità del presente Piano, la Giunta regionale individua i settori di attività ove si ritiene opportuna l'attivazione, in via sperimentale, di dipartimenti interaziendali a carattere gestionale.

9) Le direzioni infermieristica e tecnico sanitaria

Il Direttore infermieristico ed il Direttore tecnico - sanitario di cui all'articolo 62, comma 5, della l.r. 40/2005, sono collocati nello Staff della direzione sanitaria.

Per la direzione, organizzazione e valutazione dell'assistenza infermieristica e delle attività tecnico - sanitarie, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale infermieristico e di quello tecnico - sanitario e della riabilitazione, il Direttore sanitario si avvale dei due Direttori in oggetto nelle forme e con le modalità definite dall'azienda, sviluppando modelli organizzativi che tendano a dare risposte integrate al bisogno del cittadino per assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuità dei percorsi assistenziali. I Direttori partecipano alle strutture di coordinamento dei dipartimenti attivati dall'azienda sanitaria.

Per l'espletamento delle loro funzioni, i due Direttori si avvalgono dei dirigenti delle specifiche aree professionali, dei direttori delle unità operative afferenti ai settori di competenza, dei coordinatori, di cui all'articolo 68, comma 5, ed all'articolo 64, comma 5, lettera d), della l.r. 40/2005, e dei dirigenti preposti all'attività di formazione e di aggiornamento.

Il regolamento aziendale definisce le modalità organizzative per l'espletamento delle specifiche funzioni di direzione dell'assistenza infermieristica e delle attività tecnico - sanitarie sulla base dei seguenti principi:

- analisi dell'evoluzione dei bisogni assistenziali, o riabilitativi, o tecnico-diagnostici od in ambito preventivo, in funzione della programmazione aziendale;
- valutazione delle competenze e delle performance del personale;
- sostegno, di concerto con le strutture professionali afferenti, allo sviluppo delle competenze professionali attraverso la promozione di conoscenze scientifiche e l'utilizzo di linee guida orientate alle buone pratiche ;

- collaborazione alla definizione dei percorsi assistenziali, alla elaborazione di istruzioni operative, procedure, protocolli e linee guida per il miglioramento continuo della qualità;
- partecipazione alla realizzazione di un sistema di indicatori e strumenti per la gestione di eventi avversi relativi alla sicurezza del paziente in ambito ospedaliero e territoriale;
- responsabilizzazione degli operatori sui risultati raggiunti;
- autonomia nelle decisioni di natura tecnico professionale di competenza;
- partecipazione alla definizione delle finalità aziendali;
- partecipazione alla definizione del piano formativo aziendale;
- partecipazione allo sviluppo organizzativo e tecnologico delle attività di riferimento, anche attraverso la partecipazione a progetti di ricerca in collaborazione con l'Università.

Afferiscono alla direzione infermieristica,con le modalità organizzative espresse dall'atto aziendale, le seguenti strutture professionali:

- unità operativa assistenza infermieristica ed assistenza diretta alla persona in ambito ospedaliero;
- unità operativa assistenza infermieristica e assistenza diretta alla persona in ambito territoriale;
- unità operativa di assistenza ostetrica

Afferiscono alla direzione tecnico-sanitaria, con le modalità organizzative espresse dall'atto aziendale, le seguenti strutture professionali:

- unità operativa di riabilitazione funzionale;
- unità operativa di diagnostica professionale di laboratorio;
- unità operativa di diagnostica professionale per immagini;
- unità operativa tecnica del dipartimento di prevenzione.
- unità operativa di dietetica professionale

Le aziende sanitarie provvedono alla costituzione delle seguenti strutture organizzative, qualificate come dirigenziali:

1. Una unità operativa infermieristica;
2. Una unità operativa assistenza ostetrica;
3. Una unità operativa diagnostica di laboratorio;
4. Una unità operativa diagnostica per immagini;
5. Una unità operative delle professioni della riabilitazione;
6. Una unità operativa delle professioni della prevenzione

Le Aziende sanitarie possono costituire ulteriori strutture dirigenziali, in relazione alla complessità ed al numero di strutture organizzative professionali previste dallo statuto aziendale, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione di Area Vasta.

Alle suddette strutture organizzative, alla cui conduzione il Direttore generale nomina, sentito il Direttore sanitario, un professionista appartenente al relativo profilo professionale in possesso ai requisiti di cui alla legge 1 febbraio 2006, n. 43, sono attribuite funzioni di integrazione e di omogeneizzazione tra le diverse attività, unità e figure professionali e di supporto al direttore delle professioni infermieristiche ed al direttore delle professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione previsti dalla normativa regionale vigente.

Il regolamento aziendale definisce gli obiettivi e le modalità organizzative delle Direzioni Infermieristica e Tecnico- sanitarie.

10.4 Il Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali e i livelli essenziali delle prestazioni sociali

MACRO LIVELLI E OBIETTIVI DI SERVIZIO							
Macro Livello	**Obiettivi di Servizio**	**Linee di Intervento**	**Condivisione con Sistema Sanitario**	**Target di Riferimento**	**Livello Ottimale**	**Enti Coinvolti**	**Livelli a Tendere**
SERVIZI PER L'ACCES-SO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE SOCIO-ASSISTENZIALE	**ACCESSO**	Azioni di sistema (Punto unico di accesso)	SI	Popolazione	Comuni / Zone-distretto	Comuni, SdS, Asl	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Segretariato sociale		Popolazione	Comuni	Comuni/SdS	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Consultori principali (LR 59/2007 "Centri di coordinamento")	SI	Giovani, donne vittime di violenza, coppie, famiglie	Zona distretto	SdS, ASL	Consolidamento rete esistente
		Unità mobili (Tratta e TD)	SI	Vittime di tratta, TD, prostituzione	Zona distretto	SdS, ASL, Associazioni	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Informazione e preparazione al percorso adottivo	SI	Coppie che intendono intraprendere il percorso adottivo	Centro Adozioni di area vasta	Comuni capofila di Firenze, Prato, Siena, Pisa. ASL	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Informazioni e orientamento per parto in anonimato	SI	Donne in gravidanza o con figli neonati in gravi difficoltà	Servizi sociali dei Comuni, consultori, punti nascita, SERT, Dipartimenti salute mentale, accettazione ospedali, medici di famiglia, pediatri, comunità di accoglienza	Comuni, ASL, aziende ospedaliere, punti nascita, comunità	1 ogni Zona-distretto/SdS
	PRESA IN CARICO	Servizio sociale professionale	SI	Intera popolazione con particolare attenzione a: donne vittime di violenza e di tratta. Persone e famiglie fragili Minori a rischio di allontanamento	Zona distretto	SdS, ASL, Comuni	1 Assistente sociale "front line" ogni 6000 abitanti
		Funzioni sociali per la VMD	SI	Persone con bisogni complessi	Zona distretto	SdS, ASL, Comuni	1 ogni Zona-distretto/SdS

		Definizione progetto personalizzato	SI	Famiglie fragili e a rischio anche con figli minori; donne vittime di violenza e di tratta; minori a rischio di allontanamento dalla famiglia o già allontanati, anziani, disabili, TD, SM	Zona distretto	SdS, ASL, Comuni, consultori, Associazioni, Province	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Funzioni sociali per affido- Centri per l'affido Funzioni sociali per adozioni - Centri per l'adozione	SI	Minori in affidamento familiare o parentale. Famiglie affidatarie. Minori adottati Famiglie adottive	Centri affido sovracomunali Centri per l'adozione di area vasta Comuni	Comuni, ASL, Tribunale per i minorenni, Comuni capofila Firenze, Prato, Siena, Pisa, Enti Autorizzati	Consolidamento e rafforzamento rete esistente
		Incontri protetti	SI	Minori allontanati dalla famiglia, in affidamento o in struttura residenziale; famiglie d'origine.	Comunale e/o sovracomunale	Comuni, ASL, Tribunale per i minorenni, comunità	Consolidamento e rafforzamento rete esistente
		Parto in anonimato	SI	Donne in gravidanza e con figli neonati in gravi difficoltà	Equipe multiprofessionale / SdS / Zone	Comuni, ASL, aziende ospedaliere, Tribunale Minorenni, comunità, punti nascita	Consolidamento rete esistente
		Violenza, stalking, abuso e maltrattamento	SI	Vittime di violenza e di stalking, sfruttamento sessuale e minori	Equipe multiprofessionale / SdS / Zone	Comuni, ASL, aziende ospedaliere, Autorità Giudiziarie, Forze dell'Ordine, comunità	Consolidamento e rafforzamento rete esistente
		Servizi di mediazione	SI	Popolazione immigrata Vittime traffico esseri umani Persone sottoposte a provvedimenti giudiziari Coppie con figli in fase di separazione, divorzio, famiglie ricomposte	Comunale e/o sovracomunale	Comuni, ASL, SdS Autorità giudiziaria Autorità carceraria	Consolidamento e rafforzamento rete esistente
		Funzioni Ponte Multidisciplinare e Multi-istituzionale	SI	Persone con bisogni complessi (detenuti, ex detenuti, vittime di tratta, ecc.)	Multizonale Provinciale	Comuni, ASL, SdS, Province, Amministrazioni Penitenziarie, Terzo Settore	Consolidamento e rafforzamento rete esistente

	PRONTO INTERVENTO SOCIALE	Interventi per emergenza sociale (gravi marginalità, tratta, minori, violenza)	SI	Intera popolazione con particolare attenzione a: persone con grave emarginazione,minori esposti a grave rischio, minori in situazione di abbandono che necessitano di interventi di allontanamento disposti in via d'urgenza ai sensi dell'art. 403 del CC, minori non accompagnati, persone vittime di violenza e di tratta, famiglie in difficoltà e anziani.	Regionale; Zone distretto	SdS, ASL, Comuni, Province, autorità giudiziarie, forze dell'ordine, consultori principali, Associazioni	1 Pronto Intervento Sociale in ogni Zona distretto Numero Verde regionale articolato territorialmente
SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO	**ASSISTENZA DOMICILIARE**	Supporto domiciliare per aiuto domestico/familiare	SI	Adulti, Anziani e Disabili in condizione di fragilità	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Assistenza tutelare OSS (ADI)	SI	Persone non autosufficienti	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Misure di sostegno alla N. A. e disabilità grave	SI	Anziani e disabili non autosufficienti	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Assistenza Educativa Domiciliare	SI	Famiglie con disagio e minori	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
	SERVIZI DI PROSSIMITA'	Interventi di Prossimità (forme di solidarietà a favore delle fasce fragili)		Famiglie, Anziani, Disabili	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
SERVIZI TERRITORIALI DI CARATTERA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER LE FRAGILITA'	**COMUNITA' A CARATTERE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE A FAVORE DEI MINORI E DI PERSONE CON FRAGILITA'**	Comunità socio-educative	SI	Minori allontanati dalla famiglia. Minori stranieri non accompagnati	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento e rafforzamento rete esistente
		Centri residenziali socio-sanitari e socio-riabilitativi	SI	Minori. Disabili gravi. Anziani non autosufficienti	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente

		Centri residenziali e semiresidenziali: Centri Antiviolenza, Centri di Accoglienza Vittime di Tratta	SI	Vittime di Violenza e stalking Vittime di tratta Famiglie Minori	Comuni Zone Distretto	SdsS, ASL, consultori principali, Associazioni, Province	Consolidamento rete esistente
		Centri di Accoglienza per gravi marginalità		Senza dimora	Comuni Zone Distretto	SdS, Comuni, Associazioni	Consolidamento rete esistente
		Residenze per anziani	SI	Ultra 65enni	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Residenze sociosanitarie per non autosufficienti	SI	Ultra 65enni non autosufficienti Disabili gravi	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Strutture per disabili privi di sostegno familiare	SI	Disabili gravi soli	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
MISURE DI INCLUSIO-NE SOCIALE / SOSTEGNO AL REDDITO	**INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE L'INCLUSIONE E L'AUTONOMIA**	Trasporto per fruire dei dell'assistenza sociosanitari e socio riabilitativa (Disabili gravi Anziani NA)	SI	Disabili gravi Anziani Non Autosufficienti	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Misure di sostegno al reddito per il contrasto della povertà	NO	Persone e nuclei al di sotto della soglia di povertà assoluta	Comuni Zone Distretto	SdS, Comuni, Associazioni	Consolidamento rete esistente
		Misure di microcredito o prestito d'onore	NO	Persone e famiglie in stato di vulnerabilità sociale	Comuni Zone Distretto	SdS, Comuni, Associazioni,banche	Consolidamento rete esistente
		Funzioni sociali per la casa		Persone e nuclei a basso reddito e con problemi alloggiativi	Comuni Zone Distretto	Comuni, SdS, Associazioni	Consolidamento rete esistente

MACRO LIVELLI TRASVERSALI E OBIETTIVI DI SERVIZIO							
Macro Livello	**Obiettivi di Servizio**	**Linee di Intervento**	**Condivisione con Sistema Sanitario**	**Target di Riferimento**	**Livello Ottimale**	**Enti Coinvolti**	**Livelli a Tendere**
INFRASTRUTTURA	**SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE**	Cartella Sociale	SI	Popolazione che accede al sistema dei servizi sociali	Zonale	Comuni SdS	Cartella Sociale Digitale 80% della popolazione in carico
		Sistema dell'interoperabilità:a livello locale l'integrazione della cartelle sociale con altri strumenti gestionali al fine di costituire il quadro conoscitivo locale sugli utenti, l'offerta, la spesa a livello locale e regionale la costituzione dei basamenti informativi sull'offerta e sui livello di servizio al fine di fornire il supporto alle decisioni di programmazione e il supporto alla valutazione delle politiche. La costituzione dei basamenti è realizzata attraverso le infrastrutture di cooperazione applicativa e la definizione di standard informativi (rfc)	SI		Regionale; Zone distretto		Interoperabilità: - I° biennio: costituzione dei basamenti informativi integrati su minori, senza fissa dimora, soggetti in situazione marginalità estrema - II° triennio: costituzione dei basamenti informativi integrati su tutte le aree di intervento

10.5 Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana e le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena

(Articolo 1, comma 1, decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419")

La regione Toscana e le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena, sedi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, preso atto dell'avvenuta applicazione in Toscana di quanto previsto in materia di istituzione delle aziende ospedaliero-universitarie dal decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), confermano quanto previsto dal Protocollo d'intesa, approvato con delibera della Giunta regionale 1020/2008 nell'ambito del Piano sanitario regionale 2008-2010, come previsto dalle disposizioni di cui all'allegato 5 del Piano medesimo, ed i principi in esso contenuti.

La Giunta Regionale, entro 180 giorni dall'approvazione del presente Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, definisce il testo del nuovo protocollo d'intesa tra Regione Toscana ed Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena, dandone comunicazione alla Commissione Consiliare competente.

11 APPENDICE

11.1 Individuazione delle modalità di confronto esterno

La fase di ascolto

Nei mesi di marzo-aprile 2011 si è avviato un percorso di Ascolto dei cittadini, degli operatori sanitari, dei volontari e di tutti coloro che hanno voluto dare un contributo alla individuazione dei bisogni di salute ed alla costruzione di un piano condiviso e partecipato.
Il percorso, denominato "Partecipa al Piano", è stato caratterizzato da una serie di incontri sul territorio regionale organizzati in collaborazione con ANCI, UNCEM, UPI e Federsanità. E' stata inoltre realizzata, nel sito istituzionale della Regione Toscana, una pagina Web dedicata (/partecipaalpiano). Dal sito è possibile scaricare un modulo organizzato per aree di intervento (integrazione, rete degli ospedali, organizzazione, precedente programmazione, ecc.) e declinare le proprie idee inviandole ad un apposito indirizzo mail (pianosanitariosociale@regione.toscana.it). E' prevista anche la pubblicazione dei contributi più rilevanti sulle pagine del "sole 24 ore sanità - toscana" e sul sito regionale.
Molteplici sono stati i temi trattati, dalla prevenzione alla cura e all'assistenza. Si è discusso dell'organizzazione del sistema, in particolare dell'integrazione sociosanitaria, di una regia unitaria degli interventi sul territorio, del ruolo del medico di medicina generale, del miglioramento della fase di accesso ai servizi sanitari e sociali con particolare attenzione alle liste d'attesa e alla necessità di una maggiore umanizzazione nelle relazioni fra operatori sanitari e utenti. Altri temi strategici sono stati la continuità ospedale territorio, i percorsi assistenziali, l'assistenza domiciliare, la salute mentale, le problematiche inerenti la disabilità e la non autosufficienza.
In ambito sociale si è discusso di " emergenza" abitativa e di residenze sociali, del ruolo della famiglia e dell'alleanza tra famiglia e servizi, della socializzazione come risposta al disagio, della cultura dei valori, degli adolescenti nella società e nella scuola e dei servizi sociali per i cassaintegrati. Altri argomenti di rilievo sono stati la violenza di genere e sui minori e i relativi centri antiviolenza.
Il tema della prevenzione è stato affrontato sotto vari aspetti: dall'alimentazione, agli stili di vita, agli incidenti stradali ed in particolare sono state discusse le politiche e gli interventi quali l'uso di testimonial per promuovere comportamenti corretti.

E' stato inoltre avviato un confronto con le professioni sanitarie attraverso specifici incontri seminariali organizzati dal Consiglio Sanitario Regionale e dalla DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale.

Le fasi successive

In concomitanza con le successive fasi di stesura della proposta di Piano e della approvazione finale della proposta al CR, sono stati nuovamente incontrati i soggetti organizzatori della fase di ascolto e svolti confronti, oltre a quelli istituzionali con i soggetti della concertazione, con le Aziende sanitarie, con i professionisti e le loro associazioni, con il Consiglio Sanitario Regionale per il parere previsto dalla LR 40/2005 e con l'Università. E' inoltre proseguito il confronto con i cittadini, i professionisti, con le associazioni del volontariato e col terzo settore.
Il confronto di concertazione istituzionale, per la materia trattata, si è svolto attraverso la Conferenza Regionale delle Società della Salute di cui alla LR 40/2005, art. 11. Tale confronto si è sviluppato in più incontri di approfondimento ed ha portato ad integrare nel documento di piano nella sua versione finale, uno specifico paragrafo sulla governance istituzionale.
Per quanto attiene il confronto col Tavolo Generale le osservazioni presentate sono state in gran parte recepite integrando, articolando e migliorando i contenuti già presenti.

11.2 Definizione del cronogramma di elaborazione del Piano

Mese/anno 2011		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FASE	**AZIONE**												
A ASCOLTO	**1.1: fase di ascolto dei cittadini e delle associazioni**												
	1.1: fase di ascolto dei professionisti												
A INFORMATIVA	**1.2: esame CTD**						**16/6**						
	1.2: adozione GR e trasmissione al CR per indirizzi (entro settembre)							**4/7**					
	1.2: Esame in CR									**29/9**			
B PROPOSTA DI PIANO	**2.1: seconda fase di ascolto**												
	2.2: esame NURV proposta di piano										**Entro ottobre**		
	2.4: esame CTD											**Entro il 10/11**	
	2.3: partecipazione, Concertazione											**Entro il 15/12**	
C PROPOSTA FINALE	**3.1: esame Giunta Regionale**											**Entro 20 dicembre**	
	3.2: esame ed approvazione del Consiglio Regionale												**Entro il 31/12**
D Avvio operatività	**4.1 comunicazione e diffusione**												**Gen 2012**

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

NB:
Nella Informativa preliminare, approvata dalla Giunta Regionale il 4 luglio 2011, il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale era stato dichiarato soggetto alla procedura di verifica di assoggettabilità in quanto, ad una prima verifica degli uffici, non risultavano ancora sufficientemente approfonditi i contenuti che avrebbero potuto richiedere una verifica da parte degli organismi ambientali. La previsione della verifica di assoggettabilità rappresentava quindi una cautela per l'amministrazione nei confronti della normativa vigente.
La programmazione dei lavori del Consiglio Regionale, e la decisione di portare a settembre l'analisi del documento preliminare del PSSIR, ha consentito di precisare meglio quei contenuti che potevano presentare criticità rispetto alla necessità di una Valutazione Ambientale Strategica.
Dall'approfondimento è risultata superflua, la prospettata procedura di verifica di assoggettabilità alla VAS.

Il Cronoprogramma qui sopra differisce pertanto da quello inserito nella Informativa prelimiare non soltanto per i tempi previsti a luglio, ma anche per la procedura adottata.

B SEZIONE VALUTATIVA

1 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. E' 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, con particolare riferimento ai nuovi Piani di legislatura in corso di elaborazione (per la maggioranza dei quali è presente al momento l'informativa al Consiglio, cui è stato fatto riferimento nell'analisi).

Elenco dei Piani e Programmi considerati nell'analisi di coerenza del PSSIR:

DENOMINAZIONE PIANO	**FASE PROGRAMMAZIONE DI RIFERIMENTO**
COERENZA ESTERNA VERTICALE	
Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015	Approvato dal Consiglio Regionale il 29/06/2011 con Risoluzione n°49
Piano di Indirizzo Territoriale	Approvato dal Consiglio regionale il 24 luglio 2007 con delibera n. 72. Implementato con disciplina paesaggistica informativa preliminare del 27/06/2011 (Decisione n°14)
COERENZA ESTERNA ORIZZONTALE	
Piano di Indirizzo Generale Integrato	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 25/10/2011
Piano regionale per la promozione della cultura e della pratica delle attività motorie, ricreative e sportive	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale l'8/9 – novembre 2011
Piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale l'8/9 – novembre 2011
Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 18/10/2011
Piano regionale per la cittadinanza di genere	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale l'8/9 – novembre 2011
Piano Integrato delle Attività Internazionali	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 25/10/2011
Piano Ambientale ed Energetico Regionale	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 14/9/2011
Piano Regionale Integrato delle Infrastrutture e della Mobilità	Informativa preliminare adottata dalla Giunta Regionale il 21/11/2011
Piano Regionale Agricolo e Forestale	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 20/7/2011
Programma regionale per la promozione e lo sviluppo dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale 2012-2015	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 13/9/2011

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

1.1 Coerenza esterna verticale con PRS e PIT

Analisi di coerenza del PSSIR con il Programma Regionale di Sviluppo (PRS) 2011-2015

Il Programma di Governo 2010-2015 e il PRS 2011-2015 puntano alla ripresa di un percorso di sviluppo sostenibile quale condizione per mantenere alto il livello di coesione sociale che caratterizza la nostra regione. Allo stesso tempo, all'interno del PRS 2011-2015, il principio ispiratore 7 "Garantire una adeguata protezione individuale ed un'elevata coesione sociale" delinea gli indirizzi primari per lo sviluppo delle linee programmatiche dell'area diritti di cittadinanza e coesione sociale, attraverso la realizzazione di un sistema di protezione individuale di elevata qualità e di tutela delle fasce più deboli. In tale area si ritrovano poi le linee di indirizzo per le politiche integrate socio sanitarie.

Il PSSIR è lo strumento programmatico che specifica e definisce le politiche settoriali a partire dagli indirizzi del PRS.

Il PSSIR si collega direttamente ai seguenti PIS, di cui costituisce la cornice programmatica di riferimento:

- Abitare sociale in Toscana, cui si collegano le azioni relative al Diritto alla casa, per quanto attiene lo sviluppo dell'edilizia sociale al fine di incrementare l'offerta di alloggi destinati alle fasce più deboli della popolazione, la individuazione di risposte non convenzionali al disagio abitativo a fronte della crescente differenziazione della domanda, l'adeguamento degli standard qualitativi dell'edilizia residenziale e sociale alla luce delle innovazioni nel processo edilizio in termini di sostenibilità ambientale e di comfort abitativo, le diverse forme di sostegno alla locazione per soggetti deboli che si devono rivolgere al mercato, anche attraverso lo sviluppo del sistema delle agenzie sociali per la casa.

- Distretto per le scienze della vita, cui si collegano in particolare le politiche e gli interventi in materia di ricerca e innovazione allo scopo di favorire l'integrazione e le collaborazioni tra le imprese e la rete delle eccellenze presenti nel sistema della ricerca (università, CNR, altri istituti e Servizio Sanitario Regionale), nonché gli interventi in materia di relazioni internazionali anche al fine di attrarre nuovi investimenti produttivi e di ricerca.

e sviluppa il raccordo con i PIS:

- Giovani sì, cui si collegano le misure per l'incremento dell'accesso al servizio civile volontario, in contesti di forte impatto sociale, nonché gli interventi di sostegno in tema di politiche abitative rivolte in modo specifico ai giovani, per permettere loro di uscire dal nucleo familiare attraverso contributi per l'affitto e misure di accompagnamento per l'acquisto della prima casa

- Progetto integrato di sviluppo dell'area pratese, cui si collegano gli interventi in tema di prevenzione, di inclusione e coesione sociale, interventi di contrasto all'emergenza alloggiativa, interventi diretti al miglioramento dell'accesso della popolazione immigrata ai servizi pubblici, interventi tesi a favorire l'integrazione tra giovani italiani e stranieri, nonché interventi inerenti l'area della vulnerabilità sociale.

Rispetto alle tematiche trasversali individuate nel PRS, il PSSIR sviluppa quanto previsto relativamente alle politiche in materia di sicurezza e salute del lavoro, e individua collegamenti diretti rispetto alle politiche per la sicurezza stradale. Necessari collegamenti si realizzano anche con il percorso di riforma istituzionale (funzioni fondamentali dei comuni, tra le quali vi è la funzione sociale), con il federalismo fiscale (patto di stabilità, sistema di welfare e coesione sociale), con le politiche integrate a favore dei territori montani (accesso ai servizi da favorire).

Tuttavia, sarebbe limitante vedere il PSSIR semplicemente quale attuazione di quelle parti del PRS più specificamente dedicate. E' invece da riconoscere l'allineamento dei principi del PSSIR, e della concretizzazione dei suoi obiettivi nel sistema socio sanitario toscano, con la declinazione dei principi ispiratori del PRS fra i quali si sottolineano:

- Promuovere uno sviluppo sostenibile e rinnovabile
- Realizzare una visione territoriale integrata
- Perseguire l'eccellenza qualitativa della scuola, il rilancio del sistema universitario e il rafforzamento del sistema della formazione continua
- Favorire il dinamismo e l'emancipazione dei giovani, delle donne e delle famiglie, anche tramite azioni di contrasto all'esclusione sociale
- Realizzare un'amministrazione pubblica focalizzata sui risultati, trasparente e responsabile nei confronti dei cittadini e delle imprese, e che incoraggi l'impegno e premi il merito
- Svolgere un ruolo da protagonista nel federalismo solidale e nel progresso civile e sociale dell'Italia

Rispetto alle linee di indirizzo per la programmazione regionale contenute nel PRS si richiamano poi linee ricomprese in tutte e quattro le aree tematiche e le diverse politiche.

Analisi di coerenza del PSSIR con Piano di Indirizzo Territoriale (PIT)

La Legge Regionale n.1 del 2005 "Norme per il governo del territorio" affida agli strumenti della pianificazione territoriale e agli atti del governo del territorio, sia la tutela e la riproducibilità funzionale delle risorse naturali, ambientali e paesaggistiche, sia la definizione dei parametri di sostenibilità per i fattori culturali, sociali ed economici dello sviluppo.

PSSIR	**PIT**							
Obiettivi Generali	1° metaobiettivo: integrare e qualificare la Toscana come "città policentrica"					2° metaobiettivo: sviluppare e consolidare la presenza industriale	3° metaobiettivo: patrimonio territoriale della Toscana	
	Potenziare l'accoglienza della città toscana	Offrire accoglienza organizzata e di qualità per l'alta formazione e la ricerca	Sviluppare la mobilità intra e inter-regionale	Sostenere la qualità della e nella città toscana	Attivare la città come modalità di Governance integrata a scala regionale		Tutelare il valore del patrimonio collinare della Toscana	Tutelare il valore del patrimonio costiero della Toscana
Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	↑	-	-	↑	↑	-	-	-
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	-	-	↑	-	-	-	↑	↑
Aumentare l'equità	↑	-	↑	↑	↑	-	↑	↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	-	-	↑	↑	-	-	-
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	-	↑	-	↑	↑	↑	-	-
Scelte Strategiche								
La coesione sociale	↑	-	↑	↑	↑	-	↑	↑
La salute in tutte le politiche	-	-	↑	↑	↑	-	↑↑	↑↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑↑	↑↑
Innovazione e ricerca	-	↑↑		↑	↑	↑	-	-
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	-	-

1.2 Coerenza esterna orizzontale

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano di indirizzo generale integrato (PIGI)

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIGI						
PSSIR	**PIANO DI INDIRIZZO GENERALE INTEGRATO**					
Obiettivi Generali	Promuovere i percorsi di sviluppo personale, culturale e formativo dei cittadini, attraverso l'offerta di opportunità educative e la crescita qualitativa del sistema scolastico toscano, nel quadro di un approccio integrato per l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita	Promuovere e sostenere l'accesso ad un'offerta formativa di alto valore per la qualificazione professionale dei giovani, secondo una logica di integrazione fra scuola, formazione, Università e mondo del lavoro	Sostenere le strategie di sviluppo dei territori e dei loro processi di innovazione, attraverso un'offerta formativa di elevata qualità, capace di valorizzare le eccellenze e rispondente alle esigenze del mercato del lavoro	Promuovere la creazione di lavoro qualificato e ridurre la precarietà	Sviluppare il sistema regionale delle competenze e dell' orientamento	Promuovere politiche di mobilità transnazionale e di cooperazione a supporto della formazione e della occupabilità
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑↑	↑↑	↑	↑	↑	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑	↑	↑↑	↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Scelte Strategiche						
La coesione sociale	↑↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
La salute in tutte le politiche	↑↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano regionale per la promozione della cultura e della pratica delle attività motorie, ricreative e sportive

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA CULTURA E DELLA PRATICA DELLE ATTIVITÀ MOTORIE, RICREATIVE E SPORTIVE			
PSSIR	**PIANO REGIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA CULTURA E DELLA PRATICA DELLE ATTIVITÀ MOTORIE, RICREATIVE E SPORTIVE**		
Obiettivi Generali	Pari possibilità di accesso per tutti alla pratica sportiva e motorio-ricreativa quale diritto inalienabile di ogni cittadino toscano	Promozione della salute attraverso la pratica delle attività sportive e motorio - ricreative	Promozione dell'integrazione sociale quale elemento fondamentale per lo sviluppo del welfare regionale
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑↑	↑↑	↑↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑↑	↑↑	↑↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑↑	↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	↑
Scelte Strategiche			
La coesione sociale	↑↑	↑↑	↑↑
La salute in tutte le politiche	↑↑	↑↑	↑↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIANO DI INDIRIZZO INTEGRATO PER LE POLITICHE SULL'IMMIGRAZIONE			
PSSIR	**PIANO DI INDIRIZZO INTEGRATO PER LE POLITICHE SULL'IMMIGRAZIONE**		
Obiettivi Generali	Rappresentanza e partecipazione alla vita pubblica dei cittadini stranieri	Qualificazione di una rete di servizi informativi rivolti ai cittadini stranieri collegata a una rete di servizi di tutela e di contrasto e rimozione degli episodi di discriminazione	Diffusione di opportunità di apprendimento della lingua italiana nella prospettiva della promozione di una "cittadinanza attiva" intesa come appartenenza piena e consapevole del cittadino straniero alla vita della comunità
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑↑	↑↑	↑↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑↑	↑↑	↑↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑↑	↑↑	↑↑
Scelte Strategiche			
La coesione sociale	↑↑	↑↑	↑↑
La salute in tutte le politiche	↑↑	↑↑	↑↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑↑	↑↑	↑↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIANO DI INDIRIZZO PER LA TUTELA E LA DIFESA DEI CONSUMATORI E DEGLI UTENTI					
PSSIR	**PIANO DI INDIRIZZO PER LA TUTELA E LA DIFESA DEI CONSUMATORI E DEGLI UTENTI**				
Obiettivi Generali	Qualificare il ruolo del Comitato Regionale Consumatori Utenti nella sua funzione di organo di consultazione della Regione Toscana attraverso procedure e modalità organizzative che ne garantiscono l'effettivo coinvolgimento nella definizione della normativa regionale	Assicurare un ruolo delle rappresentanze dei consumatori utenti coerente con la normativa nazionale nella nuova disciplina dei servizi pubblici locali ed in linea con le esigenze dei mercati in evoluzione	Offrire il necessario supporto agli sportelli Prontoconsumatore per garantire standard di assistenza di maggiore qualità su tutto il territorio regionale	Promuovere l'educazione al consumo prioritariamente nei confronti delle nuove generazioni, con iniziative nelle scuole, con particolare riferimento alle politiche regionali che promuovono corretti stili di vita, anche in una logica di prevenzione di futuri problemi di salute	Promuovere un sistema di tutela e informazione tale da garantire al cittadino, ed in particolare alle fasce meno protette della popolazione, l'esercizio del diritto di scelta in modo consapevole, anche rispetto alle opportunità offerte dall'economia sostenibile e solidale
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑	↑	↑	↑↑	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑	↑	↑↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Scelte Strategiche					
La coesione sociale	↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑
La salute in tutte le politiche	↑	↑	↑	↑	↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑	↑	↑

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIANO DI INDIRIZZO PER LA TUTELA E LA DIFESA DEI CONSUMATORI E DEGLI UTENTI					
PSSIR	**PIANO DI INDIRIZZO PER LA TUTELA E LA DIFESA DEI CONSUMATORI E DEGLI UTENTI**				
Obiettivi Generali	Qualificare il ruolo del Comitato Regionale Consumatori Utenti nella sua funzione di organo di consultazione della Regione Toscana attraverso procedure e modalità organizzative che ne garantiscono l'effettivo coinvolgimento nella definizione della normativa regionale	Assicurare un ruolo delle rappresentanze dei consumatori utenti coerente con la normativa nazionale nella nuova disciplina dei servizi pubblici locali ed in linea con le esigenze dei mercati in evoluzione	Offrire il necessario supporto agli sportelli Prontoconsumatore per garantire standard di assistenza di maggiore qualità su tutto il territorio regionale	Promuovere l'educazione al consumo prioritariamente nei confronti delle nuove generazioni, con iniziative nelle scuole, con particolare riferimento alle politiche regionali che promuovono corretti stili di vita, anche in una logica di prevenzione di futuri problemi di salute	Promuovere un sistema di tutela e informazione tale da garantire al cittadino, ed in particolare alle fasce meno protette della popolazione, l'esercizio del diritto di scelta in modo consapevole, anche rispetto alle opportunità offerte dall'economia sostenibile e solidale
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑↑	↑↑	↑	↑↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano regionale per la cittadinanza di genere

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE PER LA CITTADINANZA DI GENERE				
PSSIR	**PIANO REGIONALE PER LA CITTADINANZA DI GENERE**			
Obiettivi Generali	Contribuire ad eliminare gli stereotipi associati al genere promuovendo e valorizzando altresì la condizione femminile e diffondendo il principio di pari opportunità fra donna e uomo, con particolare riferimento alle giovani generazioni	Costruire un sistema di azioni specificatamente volte alla conciliazione vita-lavoro attraverso iniziative a carattere innovativo, valorizzando le esigenze che emergono dal territorio ed affidando a tal fine alle province un ruolo di promozione e coordinamento	Sostenere l'imprenditorialità e le professionalità femminili contribuendo alla promozione dell'uguale indipendenza economica fra donne ed uomini prevedendo anche priorità per le giovani generazioni e continuità con i percorsi formativi già sperimentati	Integrare le politiche per la cittadinanza di genere, oltre che negli strumenti normativi e nelle attività di programmazione, attraverso il coordinamento delle competenze delle strutture interne e l'integrazione di risorse proprie con altre risorse (comunitarie, nazionali, locali ecc) e la definizione del bilancio di genere e sua promozione ai sensi dell'art. 13 della l.r.16/2009
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑↑	↑	↑↑	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑↑	↑↑	↑↑	↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑↑	↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑	↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑↑	↑	↑
Scelte Strategiche				
La coesione sociale	↑↑	↑↑	↑↑	↑
La salute in tutte le politiche	↑↑	↑	↑	↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑	↑
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano integrato per le attività internazionali (PIAI)

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIAI							
PSSIR	**PIANO INTEGRATO PER LE ATTIVITA' INTERNAZIONALI**						
Obiettivi Generali	Sviluppare e sostenere la creazione di un 'Sistema Toscano delle Attività Internazionali, finalizzato a promuovere e realizzare una azione internazionale integrata fondata sui principi della cooperazione solidale e dell'internazionalizzazione responsabile	Qualificare la partecipazione della Toscana alle reti e alle associazioni europee e internazionali fra attori dello sviluppo e dell'internazionalizzazione quali strutture portanti e strumenti privilegiati dell'azione internazionale della Toscana	Integrare e rendere sinergiche e coerenti le azioni della Regione a livello internazionale anche in caso di emergenze umanitarie	Rafforzare la coerenza degli indirizzi per la nuova programmazione delle politiche di cooperazione territoriale per il periodo 2014-2020 con gli obiettivi e le strategie della proiezione internazionale della Toscana e favorire l'assunzione della dimensione della "cooperazione d'area vasta o macro regionale , come una prospettiva innovativa di interesse per la proiezione internazionale della Toscana	Perseguire il sostegno delle comunità dei toscani all'estero anche attraverso la valorizzazione del loro patrimonio di esperienze e relazioni come contributo essenziale per costruire una strategia per la proiezione internazionale della Toscana nei paesi ove esse sono presenti ed attive	Accrescere il ruolo della Toscana come " laboratorio" sui temi della lotta alla pena di morte e la promozione dei diritti umani attraverso il coinvolgimento del mondo della scuola e delle organizzazioni. della società civile che operano in questo ambito	Sviluppare la coerenza e il coordinamento con gli obiettivi delle politiche regionali per l'immigrazione , con particolare riferimento agli interventi a favore delle comunità di immigrati e alle attività di cooperazione nei paesi di provenienza delle comunità residenti in Toscana
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑	↑↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑	↑↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Scelte Strategiche	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
La coesione sociale	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑	↑↑
La salute in tutte le politiche	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIAI							
PSSIR	**PIANO INTEGRATO PER LE ATTIVITA' INTERNAZIONALI**						
Obiettivi Generali	Sviluppare e sostenere la creazione di un 'Sistema Toscano delle Attività Internazionali, finalizzato a promuovere e realizzare una azione internazionale integrata fondata sui principi della cooperazione solidale e dell'internazionalizzazione responsabile	Qualificare la partecipazione della Toscana alle reti e alle associazioni europee e internazionali fra attori dello sviluppo e dell'internazionalizzazione quali strutture portanti e strumenti privilegiati dell'azione internazionale della Toscana	Integrare e rendere sinergiche e coerenti le azioni della Regione a livello internazionale anche in caso di emergenze umanitarie	Rafforzare la coerenza degli indirizzi per la nuova programmazione delle politiche di cooperazione territoriale per il periodo 2014-2020 con gli obiettivi e le strategie della proiezione internazionale della Toscana e favorire l'assunzione della dimensione della "cooperazione d'area vasta o macro regionale , come una prospettiva innovativa di interesse per la proiezione internazionale della Toscana	Perseguire il sostegno delle comunità dei toscani all'estero anche attraverso la valorizzazione del loro patrimonio di esperienze e relazioni come contributo essenziale per costruire una strategia per la proiezione internazionale della Toscana nei paesi ove esse sono presenti ed attive	Accrescere il ruolo della Toscana come " laboratorio" sui temi della lotta alla pena di morte e la promozione dei diritti umani attraverso il coinvolgimento del mondo della scuola e delle organizzazioni. della società civile che operano in questo ambito	Sviluppare la coerenza e il coordinamento con gli obiettivi delle politiche regionali per l'immigrazione , con particolare riferimento agli interventi a favore delle comunità di immigrati e alle attività di cooperazione nei paesi di provenienza delle comunità residenti in Toscana
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano Ambientale ed Energetico Regionale (PAER)

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PAER						
PAER		**PSSIR**				
Aree di azione	**Obiettivi Generali**	Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	Mettere al centro la Persona nella sua complessità	Aumentare l'equità	Perseguire efficacia e appropriatezza come valore del sistema	Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi
Energia e camb. climatici	Gas Serra	↑↑	↑	-	-	-
	Consumi Energetici	↑	↑	-	-	-
	Fonti Rinnovabili	↑	↑	-	-	-
Natura e Biodiversità	Aree Protette	↑	↑	↑	-	-
	Biodiversità	↑	↑	↑	-	-
	Fascia Costiera	↑	↑	↑	-	-
	Rischio Idraulico	↑	↑	↑	-	-
	Rischio Sismico	↑	↑	↑	-	-
	Opere Infrastrutturali	↑	↑	↑	-	↑
Ambiente, salute e qualità della vita	Inquinamento atmosferico	↑↑	↑	↑	-	-
	Acque Interne	↑↑	↑	↑	-	-
	Inquinamento Acust/Elettr.	↑↑	↑	↑	-	-
	Incidente Rilevante	↑↑	↑	↑	-	↑
Risorse naturali e rifiuti	Produzione Rifiuti	↑	↑	↑	-	-
	Risorsa Idrica	↑↑	↑	↑	-	-
	Bonifica Siti Inquinati	↑↑	↑	↑	-	-
Obiettivi trasversali	Quadri Conoscitivi	↑	↑	↑	↑	↑
	Ricerca e Innovazione	↑	↑	↑	↑	↑
	Comunicazione e Educ. Ambientale	↑↑	↑	↑	↑	↑
	Buone Prassi	↑	↑	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano Regionale Integrato Infrastrutture e Mobilità (PRIIM)

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PRIIM					
PSSIR	**PIANO REGIONALE INTEGRATO INFRASTRUTTURE E MOBILITA'**				
Obiettivi Generali	Realizzare le grandi opere per la mobilità di interesse nazionale e regionale	Qualificare il sistema dei servizi di trasporto pubblico	Sviluppare azioni per la mobilità sostenibile e per il miglioramento dei livelli di sicurezza stradale e ferroviaria	Interventi per lo sviluppo della piattaforma logistica toscana	Azioni trasversali per l'informazione e comunicazione, ricerca e innovazione, sistemi di trasporto intelligenti
Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	-	-	↑↑	-	-
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	-	↑	↑↑	-	↑
Aumentare l'equità	↑	↑	↑↑	↑	↑
Perseguire efficacia e appropriatezza come valore del sistema	-	-	↑	↑	-
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	-	-	↑
Scelte Strategiche		-			
La coesione sociale	-	↑	↑	-	↑
La salute in tutte le politiche	↑	↑	↑↑	-	↑
Qualità e sicurezza	-	-	↑↑	-	-
Innovazione e ricerca	-	-	↑	↑	↑
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano Regionale Agricolo e Forestale (PRAF)

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PRAF			
PSSIR	**PIANO REGIONALE AGRICOLO E FORESTALE**		
Obiettivi Generali	Miglioramento della competitività del sistema agricolo, forestale, agroalimentare e del settore ittico mediante l'ammodernamento, l'innovazione e le politiche per le filiere e le infrastrutture	Valorizzazione degli usi sostenibili del territorio rurale e conservazione della biodiversità	Valorizzazione del patrimonio agricolo forestale regionale
Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	↑	↑↑	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑	↑	↑
Aumentare l'equità	↑	↑	↑
Perseguire efficacia e appropriatezza come valore del sistema	-	-	-
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	-
Scelte Strategiche			
La coesione sociale	-	↑	-
La salute in tutte le politiche	↑	↑↑	↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	-
Innovazione e ricerca	↑	↑	-
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	-	-

Analisi di coerenza del PSSIR con il Programma regionale per la promozione e lo sviluppo dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale 2012-2015

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA REGIONALE PER LA PROMOZIONE E LO SVILUPPO DELL'AMMINISTRAZIONE ELETTRONICA E DELLA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA NEL SISTEMA REGIONALE 2012-2015							
PSSIR	**PROGRAMMA REGIONALE PER LA PROMOZIONE E LO SVILUPPO DELL'AMMINISTRAZIONE ELETTRONICA E DELLA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA NEL SISTEMA REGIONALE 2012-2015**						
Obiettivi Generali	miglioramento dell'accessibilità territoriale tramite le infrastrutture materiali e immateriali e alla riduzione del digital divide garantendo l'accesso alla rete e ai suoi servizi					garantire un rapporto più diretto e immediato di cittadini e imprese con una PA efficiente che, grazie a un capillare utilizzo delle tecnologie, assicura la semplificazione di procedure, abbatte i tempi di attesa e riduce i costi di funzionamento	
	infrastrutturare il territorio toscano con copertura in banda larga per il miglioramento dell'attrattività delle aree e lo sviluppo della competitività delle imprese	attivare e gestire il nuovo Centro Servizi Regionale TIX 2.0 (Consorzio Hyper TIX) con fornitura di infrastruttura e piattaforma condivise su cui il mondo sanitario toscano e la PA toscana hanno la possibilità di appoggiare, in un'ottica di raggiungimento di economie di scala, i propri servizi destinati agli utenti (cloud computing)	ampliare e potenziare le competenze digitali di tutti i cittadini toscani, indipendentemente da età, grado di istruzione e reddito	attivare i servizi di connettività diffusa e infomobilità per la promozione del turismo, del commercio e la valorizzazione dei beni culturali	attivare e potenziare i servizi volti all'inclusione dell'innovazione tecnologica in varie importanti tematiche, tra cui sanità, scuola e didattica, formazione on line di tipo professionale ('life long learning')	concorrere, attraverso l'innovazione tecnologica e il consolidamento del sistema Cancelleria Telematica, alla riduzione dei tempi di gestione dei processi ai livelli minimi imposti dai vincoli procedurali e assicurare il miglioramento della qualità del servizio di amministrazione della giustizia degli uffici giudiziari del territorio toscano	attivare servizi di gestione via web delle pratiche relative all'insediamento e all'esercizio delle attività produttive e rendere operativi strumenti organizzativi di livello regionale (banca dati dei procedimenti e servizi di assistenza e supporto) per l'operatività telematica dei SUAP in attuazione di quanto previsto dalla L.R. 40/2009 e dal D.P.R. 160/2010
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	-	↑	-	-	↑	-	-
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	-	↑↑	-	-	-	-	-
Aumentare l'equità	↑	↑	↑	-	↑	-	-
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑↑	-	-	-	-	-
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑↑	↑	-	↑	-	-
Scelte Strategiche							
La coesione sociale	-	-	-	-	-	-	-
La salute in tutte le politiche	-	↑↑	-	-	↑	-	-
Qualità e sicurezza	↑	↑↑	-	-	-	-	-
Innovazione e ricerca	-	↑	-	-	↑	-	-
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	-	-	-	-	↑	-	-

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA REGIONALE PER LA PROMOZIONE E LO SVILUPPO DELL'AMMINISTRAZIONE ELETTRONICA E DELLA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA NEL SISTEMA REGIONALE 2012-2015					
PSSIR	**PROGRAMMA REGIONALE PER LA PROMOZIONE E LO SVILUPPO DELL'AMMINISTRAZIONE ELETTRONICA E DELLA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA NEL SISTEMA REGIONALE 2012-2015**				
Obiettivi Generali	rapporto PA - utenti più semplice, accessibile e veloce grazie alle tecnologie e in stretta coerenza con quanto previsto a riguardo nel PIS Semplificazione proposto dal PRS 2011-2015			promozione, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, dell'integrazione del patrimonio informativo della PA e sulla ricomposizione delle informazioni	
	procedere alla completa dematerializzazione delle procedure di comunicazione di cittadini e imprese con la PA (sistemi di invio e ricezione di documenti e istanze)	garantire l'accesso sicuro e unificato di cittadini e imprese ai servizi per mezzo della carta sanitaria elettronica	garantire il funzionamento a regime di infrastrutture di servizio strategiche per lo sviluppo dell'amministrazione digitale, quali le piattaforme per l'e-procurement, per la fatturazione elettronica e per i pagamenti on line	attivare un sistema unitario per la gestione dei dati tributari e catastali (Sistema unitario catasto, fiscalità e territorio) che opera in un'ottica di integrazione del patrimonio informativo della PA ed è finalizzato a supportare la lotta contro l'evasione fiscale	garantire il diritto alla detenzione delle informazioni da parte di cittadini e imprese attraverso la ricomposizione dei dati in fascicoli elettronici (es. sanitario, sociale, tributario, scolastico e in generale formativo)
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	-	↑	-	-	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	-	↑	-	-	↑
Aumentare l'equità	-	-	-	-	-
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	-	↑	-	-	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	↑	-	↑
Scelte Strategiche					
La coesione sociale	-	-	-	-	-
La salute in tutte le politiche	-	↑	-	-	-
Qualità e sicurezza	-	↑	-	-	-
Innovazione e ricerca	↑	↑	-	-	-
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	-	↑

2 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 in azioni e risultati attesi rispetto alla modifica prevista nel valore degli indicatori – coerenza interna orizzontale.

2.1 Coerenza interna verticale

Il Consiglio Regionale, nell'esame della proposta preliminare del Piano, condividendo le linee ivi sviluppate, non ha ritenuto di dover indicare ulteriori indirizzi.
L'analisi di coerenza verticale si limita quindi ad esporre, nell'ambito dello scenario della salute in toscana, i livelli di coerenza tra obiettivi generali e specifici, illustrati nel primo capitolo del Piano e successivamente articolati e precisati in ulteriori obiettivi (generali o specifici o semplici obiettivi di settore) negli specifici capitoli e paragrafi relativi alle singole tematiche.

Tabella di riepilogo della coerenza interna verticale

Scenari	Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Livello di coerenza
Variazione della struttura demografica. Aumento delle patologie croniche. Disagio sociale. Rendono necessario ripensare l'approccio ai problemi socio sanitari passando dall'attesa all'iniziativa	**Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema**	1 - Individuare e realizzare, con il coinvolgimento di più attori non solo istituzionali, a partire dalla SdS, programmi specifici sugli stili di vita ritenuti prioritari come il fumo, l' attività fisica, l'alimentazione, con particolare riferimento alla piramide alimentare della Toscana	**alto**
		2 - Incentivare un atteggiamento proattivo del Dipartimento di Prevenzione con funzione di supporto e non solo di vigilanza, semplificato e sburocratizzato	**medio**
	Mettere al centro la Persona nella sua complessità	3 - Favorire lo sviluppo della sanità di iniziativa superando il concetto di assistenza per singola patologia, attivandolo anche per le problematiche inerenti salute mentale e dipendenze	**alto**
		4 - Proseguire la riorganizzazione della rete delle cure primarie, garantendone capillarità, visibilità e capacità di presa in carico, anche attraverso l'innovazione tecnologica, la multidisciplinarità e l'integrazione con la specialistica ospedaliera	**alto**
		5 – Favorire la multidisciplinarietà come elemento caratterizzante i modelli organizzativi ospedalieri affermando il principio della integrazione funzionale delle competenze intorno alla persona (modello ospedale per intensità di cura)	**alto**

		6 - Accompagnare i servizi istituzionali e il terzo settore al rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali e allo sviluppo di nuove competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili nel campo sociale e socio-sanitario (Sociale di Iniziativa)	**alto**
Disomogeneità nella distribuzione dei servizi e nell'accesso da parte delle differenti fasce sociali. Rendono necessario ridisegnare il sistema verso maggiore equità, sicurezza, innovazione e solidarietà.	**Mettere al centro la Persona nella sua complessità**	7 – Rafforzare la tutela dei minori attraverso la promozione dell'affidamento familiare	**alto**
		8 – Organizzare e diffondere il pronto intervento sociale	
		9 – Promuovere la realizzazione di azioni specifiche tese all'emersione dei fenomeni della violenza di genere e della tratta	**alto**
	Aumentare l'equità	10 - Aumentare il coinvolgimento di tutte le energie presenti nel contesto territoriale al fine di ricomporre relazioni fondamentali e passare dal concetto di individuo isolato a quello di comunità partecipe	**medio**
		11 - Intervenire su una variabilità di sistema presente anche nella nostra Regione, che sta alla base di una buona parte delle differenze fra i servizi offerti, della garanzia di acceso, dello stesso livello di qualità e sicurezza garantiti	**alto**
		12 – Sviluppare l'edilizia sociale e diversificare l'offerta di accesso all'alloggio sociale	**alto**
	Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema anche attraverso innovazione e ricerca	13 - Garantire che, all'interno dei contesti strutturali, ogni intervento ed ogni processo venga effettuato con i massimi livelli di professionalità, nella maggior sicurezza possibile, nel rispetto dei criteri di qualità, di appropriatezza e di accreditamento	**medio**
		14 - Rivisitare il ruolo dei moduli assistenziali previsti dalla normativa, con rafforzamento dei percorsi domiciliari e diurni e dei progetti di autonomia di vita dei cittadini Nell'intero arco di vita superando la visione dei target demografici	**medio**
		15 - Realizzare una alleanza che coinvolga le istituzioni, i professionisti, attraverso un uso appropriato delle risorse, sino ai cittadini stessi nel diritto/dovere di accedere al sistema non solo come individui, ma come parte di una comunità	**alto**
		16 - Rimodulare la produzione delle prestazioni sulla base della valutazione della tipologia e dei volumi di attività basandosi sui principi di qualità e sicurezza.	**alto**
	Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	17 - Ridefinire i punti di accesso ai servizi, con l'obiettivo della semplificazione dei percorsi di presa in carico e la riduzione dei tempi di erogazione dell'assistenza	**alto**

		18 - Confermare la centralità dell'Area Vasta, all'interno della quale devono essere trovate le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti e alla quale compete la pianificazione della produzione ospedaliera complessiva e la gestione dei percorsi integrati interaziendali	**medio**

2.2 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 attesi. Per questo il quadro riportato copre solo in piccola parte il dispiegarsi delle tematiche comprese nel piano, non potendo addentrarsi nella miriade di interventi previsti nei capitoli del piano.
Per quanto riguarda gli indicatori di risultato ed i valori degli stessi, attuali e attesi, si ricorda che la Regione Toscana, in relazione alle attività del servizio sanitario, ha scelto da anni di dotarsi di un sistema multidimensionale per la valutazione dei risultati in sanità. In attuazione del Piano 2008 – 2010 il sistema di valutazione si è poi esteso agli ambiti socio sanitari e al sistema delle Società della Salute.Il sistema è stato inoltre oggetto di brevettazione congiunta Scuola Superiore S. Anna e Regione Toscana (brevetto numero 0001358839).
Gli indicatori previsti dal sistema di valutazione sono elaborati sulla base del patrimonio informativo alimentato da molteplici fonti informative, ossia dai dati che provengono dalle indagini sistematiche realizzate con i cittadini e con gli operatori delle Aziende Sanitarie e dai flussi regionali D.O.C. Essi costituiscono inoltre il basamento per la costruzione degli ulteriori indicatori previsti e utilizzati a livello nazionale e, a livello regionale, per l'elaborazione del Profilo di salute e della Relazione sanitaria. Ulteriori fonti a disposizione sono l'insieme dei registri di patologia gestiti da ARS Registro AIDS – HIV, Registro Medullolesi, da quelli gestiti in collaborazione tra ARS e Ospedale Meyer, Archivio Nati Pretermine e Archivio Trasport-) dal Registro di Mortalità Regionale gestito dall'Istituto di Prevenzione Oncologica (ISPO), dal Registro Tumori gestito dell"Istituto Tumori Toscano, dal Registro delle Malformazioni Congenite gestito dalla Fondazione Monasterio.

Dal momento che i suddetti strumenti di valutazione risultano sufficientemente idonei a garantire il monitoraggio dei risultati del sistema sanitario regionale, ai vari livelli di attività, e tenuto altresì contro del fatto che essi sono non solo costantemente aggiornati dai soggetti che li gestiscono (Laboratorio MeS, Agenzia Regionale di Sanità, DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale), ma anche pubblicati con modalità che ne garantiscono la trasparenza e l'accessibilità, si è ritenuto di non individuare ulteriori indicatori per la valutazione delle azioni di piano, rimandandone il monitoraggio ai suddetti strumenti, come delineati nell'ultima parte della presente Sezione.

Per maggiore chiarezza è stato riportato nella tabella, a fianco della descrizione dell'indicatore, il codice o i codici dei medesimi indicatori come organizzati nel sistema di valutazione delle performance in tutti i casi in cui l'indicatore segnalato sia già presente nel sistema, negli altri casi l'implementazione degli stessi avverrà nel corso dell'attuazione del Piano. Per i valori attuali/valori attesi è generalmente segnalata nell'apposita colonna soltanto 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.
In fondo alla Sezione Valutativa è riportata la tabella con i valori disponibili, per gli indicatori già rilevati, riferiti al triennio 2008-2010.

Rispetto al primo e più potente indicatore sullo stato di salute ripreso dal Programma Regionale di Sviluppo, la "speranza di vita alla nascita", esso non è stato riportato nella tabella della coerenza interna orizzontale non potendosi collegare singolarmente a nessun obiettivo generale né specifico del Piano e neppure esclusivamente agli effetti del solo Sistema socio sanitario. Lo si ritrova comunque valorizzato nella tabella finale di cui al paragrafo precedente.

L'obiettivo prioritario del presente piano per l'ambito sociale, come già evidenziato nel paragrafo 2.1.4.1 L'individuazione e la definizione dei LEP nella rete dei servizi integrati, è di qualificare e sviluppare il sistema di welfare toscano, in particolare per quanto riguarda l' efficacia degli interventi, valutata sulla capacità di risposta ai bisogni dei cittadini e l' equilibrio territoriale dell'offerta.
Gli effetti attesi sono individuabili principalmente in relazione alla diffusione più uniforme possibile dei livelli organizzativo/prestazionali relativi all'accesso, alla valutazione, alla predisposizione del percorso assistenziale personalizzato e alla presa in carico attraverso la presenza in tutte le Zone/S.d.S. 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.

Per realizzare tali obiettivi è prevista, in collaborazione con Irpet, Università Toscane ed altri istituti di ricerca, l'attivazione di percorsi di valutazione degli esiti assistenziali e degli effetti delle politiche sociali adottate in Toscana, con la finalità di consolidare i punti di forza e porre in essere azioni correttive dei punti di debolezza.

Obiettivi specifici	**Azioni**	**Risultati attesi/indicatori di risultato**	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
1 - Individuare e realizzare, con il coinvolgimento di più attori non solo istituzionali, a partire dalla SdS, programmi specifici sugli stili di vita ritenuti prioritari come il fumo, l' attività fisica, l'alimentazione, con particolare riferimento alla piramide alimentare della Toscana	2.1.2 Gli stili di vita e la salute	Indicatori relativi allo stato di salute della popolazione Indicatori derivanti dal sistema di sorveglianza PASSI (B2)	Riduzione della mortalità relativa agli indicatori di esito: Mortalità nel primo anno di vita Mortalità per tumori Mortalità per malattie circolatorie Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL) Riduzione del 2% di fumatori età 14-30 anni, e non incremento quota binge drinking 14-30. Aumento 5% dei ragazzi (5 – 15 aa) che svolgono attività fisica almeno 1h giorno * 5gg/settimana

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
2 - Incentivare un atteggiamento proattivo del Dipartimento di Prevenzione con funzione di supporto e non solo di vigilanza, semplificato e sburocratizzato	2.1.3 Il diritto di vivere in salute e sicurezza	Indicatori relativi a: - Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione e sanità pubblica veterinaria (F16) - Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione sui luoghi di lavoro (F15) - Copertura Vaccinale (B7)	Miglioramento efficienza ed efficacia delle attività della prevenzione
3 - Favorire lo sviluppo della sanità iniziativa superando il concetto di assistenza per singola patologia, attivandolo anche per le problematiche inerenti salute mentale e dipendenze	2.2.1 La sanità d'iniziativa: dall'attesa alla ricerca attiva	Efficacia assistenziale delle patologie croniche: Tassi di ospedalizzazione (C11a) Screening oncologici (B5) N° ricoveri di pazienti in carico ai servizi di salute mentale (C15)	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per patologie individuate Incremento dell'estensione e adesione per screening oncologici Riduzione dell'incidenza di ricovero fra i pazienti in carico ai servizi di salute mentale Riduzione dei ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche
4 - Proseguire la riorganizzazione della rete delle cure primarie, garantendone capillarità, visibilità e capacità di presa in carico, anche attraverso l'innovazione tecnologica, la multidisciplinarità e l'integrazione con la specialistica ospedaliera	2.3.6 La risposta territoriale ai bisogni: le cure primarie sanitarie e sociali 7.3 Telemedicina e teleassistenza	Appropriatezza ed efficienza prescrittiva farmaceutica (C9, F12) Soddisfazione del cittadino sui servizi del territorio (D15a) Indicatori di funzionalità ospedaliera e di integrazione ospedale territorio (C8, B13) Carta sanitaria e fascicolo sanitario elettronico (B8)	Aumento dell'appropriatezza ed efficienza Incremento del livello di soddisfazione (80%) e riduzione della % di cittadini insoddisfatti Miglioramento dei valori indice di presa in carico Carta sanitaria attivata da almeno l'80% dei cittadini

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
5 – Favorire la multidisciplinarietà come elemento caratterizzante i modelli organizzativi ospedalieri affermando il principio della integrazione funzionale delle competenze intorno alla persona	2.3.3.1 Il nuovo sistema ospedaliero regionale integrato	Appropriatezza medica e chirurgica (C4 e C14) Soddisfazione pazienti ricoverati (D17 e B10) Indicatori di funzionalità ospedaliera e di integrazione ospedale territorio (C8, B13)	Migliorare l'appropriatezza Aumentare i livelli di soddisfazione dei pazienti (80%) Miglioramento dei valori indice di presa in carico
6 - Accompagnare i servizi istituzionali e il terzo settore al rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali e allo sviluppo di nuove competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili nel campo sociale e socio-sanitario (Sociale di Iniziativa)	2.1.7.2 La promozione e il rafforzamento delle reti sociali: il sociale di iniziativa 2.2.4.2 Sostegno al reinserimento	Numero di progetti sperimentali basati su ascolto e partecipazione di soggetti vulnerabili Numero di soggetti per i quali è stato attivato un percorso di reinserimento/Zone socio sanitarie sulle quali insistono istituti penitenziari	Attivazione di almeno 2 progetti sperimentali 700 detenuti / Zone socio sanitarie sulle quali insistono istituti penitenziari
7 - Rafforzare la tutela dei minori attraverso la promozione dell'affidamento familiare	2.2.3.1 Tutela dei bambini e adolescenti	Rapporto tra numero di affidi familiari e numero di utenti accolti in struttura residenziale	Portare il valore attuale di 1,8 a 2 (per ogni bambino accolto in struttura residenziale ve ne sono 2 in affidamento)
8 - Organizzare e diffondere il Pronto intervento sociale	2.3.2.3 Il pronto intervento sociale	Numero di servizi di pronto intervento sociale / SdS	1 servizio di pronto intervento sociale/ sds
9 - Promuovere la realizzazione di azioni specifiche tese alla emersione dei fenomeni della violenza di genere e della tratta	2.2.3.7 Violenza di genere 2.2.3.8 Tratta	Numero di azioni attivate sulla violenza di genere/Zona distretto Numero di interventi a sostegno delle persone vittime di violenza di genere/Zona distretto	Incremento delle azioni attivate Incremento degli interventi

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
10 - Aumentare il coinvolgimento di tutte le energie presenti nel contesto territoriale al fine di ricomporre relazioni fondamentali e passare dal concetto di individuo isolato a quello di comunità partecipe	2.1.2.1 La cura delle relazioni e la partecipazione attiva	Progetti orientati al "mix sociale", a favorire le relazioni umane, sociali e lo scambio mutualistico di servizi Numero di giovani coinvolti nel servizio civile	Aumento progetti orientati al "mix sociale" Incremento del numero di giovani coinvolti nel servizio civile
11 - Intervenire su una variabilità di sistema presente anche nella nostra Regione, che sta alla base di una buona parte delle differenze fra i servizi offerti, della garanzia di acceso, dello stesso livello di qualità e sicurezza garantiti	8. La Governance del sistema	Utilizzo sistema integrato di valutazione MeS Relazione Sanitaria ARS	Diminuzione della variabilità aziendale negli indicatori strutturali, di processo e di esito
12 - Sviluppare l'edilizia sociale e diversificare l'offerta di accesso all'alloggio sociale	2.1.5.2 Sviluppo dell'edilizia sociale 2.3.6.8.2. L'intervento nel mercato degli affitti	Numero degli alloggi recuperati o realizzati Numero di famiglie interessate da misure di sostegno all'affitto	Incremento del numero degli alloggi recuperati o realizzati Incremento del numero di famiglie interessate da misure di sostegno all'affitto

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
13 - Garantire che, all'interno dei contesti strutturali, ogni intervento ed ogni processo venga effettuato con i massimi livelli di professionalità, nella maggior sicurezza possibile, nel rispetto dei criteri di qualità, di appropriatezza e di accreditamento	2.3.3.1 Il nuovo sistema ospedaliero regionale integrato 3.1 il rischio clinico	Tasso di ospedalizzazione (C1) Percentuale ricoveri DH medico con finalità diagnostica (C14.2) Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg per stessa MDC (C5.1) Indice di diffusione degli Audit (C6.2.1) Indice di diffusione di rassegne di mortalità e morbilità (C6.2.2) Sepsi post operatoria per chirurgia d'elezione (C6.4.1) Livello di diffusione delle buone pratiche (C6.5) Capacità di controllo delle cadute (C6.6) Equità sostanziale e programmazione di Area Vasta (nuovo indicatore in corso di definizione)	Riduzione T.O. Riduzione ricoveri DH a finalità diagnostica Riduzione ricoveri ripetuti Incremento attività di Audit Aumento diffusione rassegne Diminuzione sepsi post operatoria Aumento livello buone pratiche Aumento capacità di controllo delle cadute Riduzione della variabilità non giustificata e conseguente miglioramento dell'appropriatezza
14 - Rivisitare il ruolo dei moduli assistenziali previsti dalla normativa, con rafforzamento dei percorsi domiciliari e diurni e dei progetti di autonomia di vita dei cittadini Nell'intero arco di vita superando la visione dei target demografici	2.3.6.1 la continuità assistenziale attraverso i percorsi integrati 2.3.6.3.La disabilità	Progetti di Vita indipendente	Incremento del numero degli interventi / progetti

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	Valore attuale/valore atteso
15 - Realizzare una alleanza che coinvolga le istituzioni, i professionisti, attraverso un uso appropriato delle risorse, sino ai cittadini stessi nel diritto/dovere di accedere al sistema non solo come individui, ma come parte di una comunità	2.3.3.2 Allineare la domanda con la capacità di risposta	Tempi di attesa per visite specialistiche (B20) Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica strumentale (B21) Tasso di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche (C13) Tasso di prestazioni RMN muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni) (C13.2.2.1)	Riduzione tempi di attesa prestazioni diagnostiche e specialistiche Aumento appropriatezza delle prescrizioni
16 - Rimodulare la produzione delle prestazioni sulla base della valutazione della tipologia e dei volumi di attività basandosi sui principi di qualità e sicurezza	3.1 rischio clinico 2.3.3 La risposta al bisogno acuto	Indice di diffusione degli Audit (C6.2.1) Indice di diffusione di rassegne di mortalità e morbilità (C6.2.2) Livello di diffusione delle buone pratiche (C 6.5) Capacità di controllo delle cadute (C6.6) Sepsi post operatoria per chirurgia d'elezione (C 6.4.1) Appropriatezza medica e chirurgica (C4, C14) Indicatori di qualità di processo e di esito (C5a e C5b)	Incremento attività di Audit Aumento diffusione rassegne Diminuzione sepsi post operatoria Incremento appropriatezza Miglioramento qualitativo dei processi e degli esiti

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	Valore attuale/valore atteso
17 - Ridefinire i punti di accesso ai servizi, con l'obiettivo della semplificazione dei percorsi di presa in carico e la riduzione dei tempi di erogazione dell'assistenza	2.3.6. la risposta territoriale ai bisogni 6.4 semplificazione dei percorsi	Indice di soddisfazione utenti (D15) Indicatori di performance SdS (in via di definizione)	Incremento della soddisfazione degli utenti (almeno 80%) Miglioramento dei percorsi di presa in carico
18 - Confermare la centralità dell'Area Vasta, all'interno della quale devono essere trovate le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti e alla quale compete la pianificazione della produzione ospedaliera complessiva e la gestione dei percorsi integrati interaziendali	6.1 Un modello istituzionale organico per la Toscana 6.3.L'organizzazione della rete dei servizi e degli attori del sistema	Appropriatezza chirurgica (C4) Tasso di ospedalizzazione (C1) Equità sostanziale e programmazione di Area Vasta (nuovo indicatore)	Miglioramento livello di appropriatezza degli interventi chirurgici Riduzione T.O. Riduzione della variabilità non giustificata e conseguente miglioramento dell'appropriatezza

3 Analisi di fattibilità finanziaria

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA - SANITARIO

Fonti finanziarie		2012	2013	2014	2015
Fondo sanitario	corrente	6.653.482.642,44	6.690.309.743,62	6.786.670.000,00	6.786.670.000,00
	investimento	5.767.357,56	1.174.384,71	0,00	0,00
Risorse regionali	corrente	26.159.675,92	21.336.289,48	26.159.675,92	26.159.675,92
	investimento	209.690.640,40	176.765.640,40	101.690.640,40	0,00
Concessione di anticipazioni	investimento	150.000.000,00	150.000.000,00	50.000.000,00	0,00
Fondi Statali	corrente	123.501,00	0,00	0,00	0,00
Risorse UE - F.A.S. 2007/2013	investimento	2.240.837,00	1.240.837,00	0,00	0,00
Cofin. UE-Stato FESR 2007/2013	investimento	3.838.207,56	0,00	0,00	0,00
TOTALI		**7.051.302.861,88**	**7.040.826.895,21**	**6.964.520.316,32**	**6.812.829.675,92**

Costi		2012	2013	2014	2015
Fondo indistinto Aziende sanitarie	corrente	6.346.077.305,95	6.384.040.278,80	6.479.264.663,51	6.479.264.663,51
Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ARS - ISPO - Fondazione Monasterio	corrente	121.160.000,00	121.160.000,00	121.160.000,00	121.160.000,00
Fondi finalizzati destinati alle Aziende Sanitarie	corrente	83.382.800,00	82.246.928,33	83.382.800,00	83.382.800,00
	corrente	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00
	corrente	123.501,00	0,00	0,00	0,00
	investimento	358.000.000,00	325.250.000,00	150.000.000,00	0,00
Accentrata	corrente	30.862.536,49	30.862.536,49	30.862.536,49	30.862.536,49
	corrente	17.994.675,92	13.171.289,48	17.994.675,92	17.994.675,92
	investimento	5.767.357,56	1.174.384,71	0,00	0,00
	investimento	2.240.837,00	1.240.837,00	0,00	0,00
	investimento	3.838.207,56	0,00	0,00	0,00
	investimento	1.690.640,40	1.515.640,40	1.690.640,40	0,00
Non Autosufficienza	corrente	72.000.000,00	72.000.000,00	72.000.000,00	72.000.000,00

	corrente	8.000.000,00	8.000.000,00	8.000.000,00	8.000.000,00
TOTALI		**7.051.302.861,88**	**7.040.826.895,21**	**6.964.520.316,32**	**6.812.829.675,92**

Fattibilità finanziaria	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA - SOCIALE

Fonti finanziarie		**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Risorse regionali	corrente	47.772.829,82	14.972.829,82	14.972.829,82	14.972.829,82
	investimento	93.037.872,72	90.037.872,72	0,00	0,00
Fondo sanitario	corrente	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00
Cofinanziamento UE-Stato FESR 2007-2013	investimento	2.995.020,25	3.054.920,63	0,00	0,00
TOTALI		**145.805.722,79**	**110.065.623,17**	**16.972.829,82**	**16.972.829,82**

Costi		**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Cooperazione internazionale	corrente	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Servizio civile regionale	corrente	16.800.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00
Azioni sociali rivolte all'accessibilità dei servizi, trasporti e mobilità, progetti di iniziativa regionale, e interventi specifici	corrente	1.082.829,82	1.082.829,82	1.082.829,82	1.082.829,82
	investimento	2.437.872,72	2.437.872,72	0,00	0,00
Sostegno alla locazione abitativa, alla costruzione, acquisto e ristrutturazione edilizia	corrente	10.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00
	investimento	85.300.000,00	85.300.000,00	0,00	0,00
Investimenti in ambito sociale	investimento	8.295.020,25	5.354.920,63	0,00	0,00
Azioni di base dei servizi sociali - Trasferimenti per il sostegno del sistema ordinario dei servizi sociali	corrente	21.300.000,00	8.300.000,00	8.300.000,00	8.300.000,00
TOTALI		**145.805.722,79**	**110.065.623,17**	**16.972.829,82**	**16.972.829,82**
Fattibilità finanziaria		**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

4 Valutazione degli effetti attesi

La valutazione degli effetti attesi del Piano riguarda tutte le dimensioni di analisi: ambientale, sociale economica e territoriale.
Il piano infatti non è stato assoggettato a VAS né a verifica di assoggettabilità in quanto non rientra nelle fattispecie di cui all'art.5, comma 2 e comma 3 lettera c) della LR 10/2010.

La Valutazione degli Effetti Attesi di Piani e Programmi sugli Obiettivi delle Politiche Regionali

Piano Sanitario e Sociale Integrato regionale

24 ottobre 2011

PREMESSA

1.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE AMBIENTALE

2.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE ECONOMICA

3.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE TERRITORIALE

4.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE SOCIALE

QUADRO DI SINTESI

ALLEGATO: MATRICE DI VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DEL PIANO

1.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE AMBIENTALE
Parte descrittiva

Da un punto di vista ambientale, i potenziali 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, in termini di monitoraggio e di contributo alla riduzione delle ripercussioni negative sulla salute (in particolare, inquinamento acustico ed atmosferico) legate ai principali determinanti ambientali, ed al contenimento del consumo di nuovo suolo, dovuto all'assenza di previsioni di nuove strutture ospedaliere ed alla priorità strategica di riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi sanitari esistenti.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato afferma il "diritto di vivere in salute e sicurezza", confermando l'integrazione delle politiche sanitarie e ambientali: tale obiettivo era già presente sia nella precedente programmazione sanitaria (Piano Sanitario Regionale 2008-2010), sia nella precedente programmazione ambientale (Piano Regionale di Azione Ambientale 2007-2010. Tale integrazione è individuata anche negli indirizzi di legislatura delle Politiche in materia ambientale presenti nella proposta di Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015.
Il percorso di integrazione è stato avviato con la decisione della Giunta Regionale n. 10 del settembre 2006; da allora, nell'ambito della tematica ambiente e salute sono sempre stati più numerosi gli eventi per i quali le Direzioni generali competenti in materia sanitaria ed ambientale hanno condiviso percorsi comuni (ad esempio indagine epidemiologica sulla geotermia, studi per gli inceneritori, monitoraggio sul radon, controllo ufficiale sui regolamenti REACH - Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals - e CLP - Classification, Labelling and Packaging). Il progetto regionale ambiente e salute, è anche uno dei 49 progetti individuati nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2010-2012, approvato con la DGRT n. 1176 nel dicembre 2010. In particolare, il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 esplicita alcune aree di intervento, trasversali tra ambiente e salute, definendo azioni di prevenzione degli infortuni stradali domestici e lavorativi; la prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici.
Con la scelta strategica "la salute in tutte le politiche", il Piano Sanitario e Sociale Integrato conferma e rafforza il ruolo complessivo di una politica per la salute non affidata esclusivamente al sistema sanitario, basata sull'integrazione ed il coordinamento di questo sistema con gli altri sistemi di governo regionale del territorio, nonché in direzione di una forte integrazione degli interventi sui determinanti ambientali della salute.
In considerazione dell'evoluzione del contesto socio-economico, il Piano ritiene necessario un cambiamento del sistema sanitario regionale al fine di accelerare ulteriormente l'integrazione dell'azione dei diversi soggetti sanitari e non sanitari che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute in un contesto dove il contrasto alle disuguaglianze, causate anche dai determinati ambientali, si conferma uno degli elementi principali del presente piano socio-sanitario. Per dare attuazione a quanto sopra si ritiene necessario adottare una strategia regionale in tema di ambiente e salute che, attraverso l'attuazione di una serie di azioni, permetta al sistema regionale di migliorare il coordinamento e l'integrazione tra le politiche e le azioni regionali in campo ambientale e sanitario al fine di ottenere una maggiore tutela della salute della popolazione della Toscana e un ambiente di maggiore qualità, in coerenza anche con gli attuali indirizzi del Piano Ambientale ed Energetico Regionale (PAER).
L'attuale Piano riconferma poi l'attenzione verso i determinanti ambientali che incidono negativamente sulla salute pubblica, con particolare riferimento agli inquinanti atmosferici, al rumore, alle radiazioni elettromagnetiche e ionizzanti[24]. Nel Piano viene infatti più volte fatto riferimento, come indicazione

[24]Una serie di rapporti OMS (1997-2008) hanno dimostrato come circa un quarto del carico globale di malattia e più di un terzo di quello infantile sono dovuti a fattori ambientali modifica bili. Queste analisi hanno valutato sistematicamente come e quanto i rischi ambientali impattino in maniera differenziata per aree geografiche su differenti malattie. Secondo l'approccio adottato dall'OMS del global burden of disease sono stati attribuiti ai fattori ambientali modificabili un 24% di carico di malattia (anni di vita in salute persi) e un 23% di tutte le morti (mortalità prematura). Fra i bambini di età compresa tra 0-14 anni di età la proporzione di morti attribuiti all'ambiente arriva al 36%. Nonostante le incertezze nelle stime quantitative, tali dati risultano indicativi di quali e quanti aspetti siano da ritenersi all'origine di una quota di malattia prevenibile con interventi specifici. Secondo l'approccio adottato dall'OMS del *global burden of disease* sono stati attribuiti ai fattori ambientali modificabili un 24% di carico di malattia (anni di vita in salute persi) e un 23% di tutte le morti (mortalità prematura). Fra i bambini di età compresa tra 0-14 anni di età la proporzione di morti attribuiti all'ambiente arriva al 36%. Nonostante le incertezze nelle stime quantitative, tali dati risultano indicativi di quali e

generale, all'importanza di mettere in atto azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale. 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.
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 il Centro per lo Studio e la Prevenzione 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.
Più specificatamente le strategie delineate dal Piano con riferimento al "diritto di vivere in salute e sicurezza" nell'ambiente riguardano:

1- Elaborazione ed attuazione di una strategia regionale su ambiente e salute che consenta l'interpretazione del contesto ambientale, sanitario ed organizzativo territoriale, l'individuazione della missione regionale e dei soggetti locali coinvolti nell'attuazione delle strategie, l'identificazione delle priorità di intervento e del percorso di attuazione e di monitoraggio delle azioni.
2- Percorso di condivisione delle modalità di prevenzione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente-salute correlate con gli enti locali (Comuni, Province, Comunità montane).
3- Supporto alle politiche ambientali regionali in materia di inquinamento atmosferico, inquinamento acustico, inquinamento elettromagnetico, radiazioni ionizzanti, radon, amianto, fitosanitari, tutela delle acque interne con particolare riferimento alle acque destinate al consumo umano e prevenzione degli incidenti rilevanti nelle industrie che trattano materiali di particolare rischio.
4- Attuazione di azioni riguardanti la sicurezza chimica, l'esposizione ad agenti chimici, anche presenti in alimenti, e l'igiene degli ambienti confinati (progetto INDOOR).
5- Migliorare la sostenibilità ambientale delle strutture del sistema sanitario regionale, attraverso l'elaborazione di linee guida regionali sulle buone pratiche di sostenibilità ambientale.
Da tutto ciò si può desumere, in generale, che gli effetti attesi di natura ambientale legati a tali azioni, con ripercussioni positive, intercettano in modo diffuso e trasversale tutti i macro obiettivi del modello di valutazione degli effetti attesi, anche se principalmente si farà riferimento al macro obiettivo "Tutela dell'ambiente e della salute".

Il nuovo Piano si pone in continuità con il processo di "de-ospedalizzazione" che ha caratterizzato il sistema sanitario nell'ultimo decennio. Infatti, 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. La ridefinizione dell'offerta ospedaliera nel suo complesso delineata dal Piano, è dunque finalizzata a ridurre la frammentazione, superare le dispersioni e le ridondanze oggi non più sostenibili, migliorando al tempo stesso la qualità e la sicurezza delle risposte assistenziali.

Da queste considerazioni e dal fatto che non sono previste nuove strutture ospedaliere, è possibile sottolineare il contenimento di nuovo consumo di suolo che viene ancor più rafforzato dalle indicazioni del Piano in merito alla completezza della dotazione infrastrutturale esistente.

Inoltre, la riorganizzazione delle strutture sanitarie esistenti, attraverso interventi appropriati sulle strutture stesse, potranno determinare miglioramenti relativi ai consumi, in particolare al contenimento dei consumi di carattere energetico e all'attivazione di fonti rinnovabili. Potrebbe poi risultare significativo

---

quanti aspetti siano da ritenersi all'origine di una quota di malattia prevenibile con interventi specifici.
In tal senso la tutela del suolo delle acque e dell'aria, le politiche di smaltimento dei rifiuti, la prevenzione dalla esposizione ai rumori alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, la qualità degli interventi in edilizia costituiscono opportunità di sviluppo delle politiche intersettoriali e di possibile integrazione tra gli obiettivi di salute e la "green economy".

anche il contributo relativo al miglioramento della gestione dei rifiuti urbani e speciali prodotti dalle strutture sanitarie.

Il quadro attuale degli standard qualitativi nel settore dell'edilizia residenziale sociale, vista anche la vetustà dei fabbricati, registra un livello non soddisfacente, sia dal punto di vista del comfort abitativo, non sempre all'altezza dei requisiti aggiornati, sia da quello della sostenibilità ambientale.
Le tematiche della qualità ambientale degli spazi abitativi, dell'assenza di sostanze inquinanti, del contenimento dei consumi energetici dei fabbricati con la conseguente riduzione delle emissioni di gas in atmosfera assumono quindi una crescente rilevanza anche all'interno del Piano. Il Piano infatti si prefigge di innalzare gli standards qualitativi sia edilizi che urbani dell'edilizia residenziale sociale, sia dal punto di vista del comfort abitativo che della sostenibilità ambientale, attraverso:

- implementazione del sistema con norme tecniche alla luce degli attuali processi costruttivi, degli aggiornati requisiti prestazionali di legge, nonché degli indirizzi regionali in materia di edilizia sostenibile;
- adeguamento del sistema dei costi riconoscibili, per costruire un quadro di riferimento tecnico-economico più puntualmente aderente agli scenari attuali, pur nel mantenimento della necessaria azione di controllo dei costi e di calmieramento del mercato;
- incentivazione di programmi di riqualificazione e riuso del costruito riportando il tema dell'abitare sociale all'interno del sistema città, in cui deve rappresentare una componente significativa, in coerenza con i principi di gestione e pianificazione del territorio improntati alla sostenibilità ambientale ed insediativa, ed alla limitazione del consumo di suolo, concorrendo altresì al recupero della funzione residenziale dei centri storici ed alla conservazione della loro identità.

Infine, il Piano riconferma lo sviluppo dei servizi di telecomunicazione in grado di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e ai servizi diagnostici presenti sul territorio riducendo gli spostamenti degli utenti: considerando la potenziale mobilità evitata grazie all'accesso via internet a tutti i livelli, si può prevedere un contributo positivo in termini di riduzione di CO2 ed altre emissioni inquinanti in atmosfera nonché dei consumi di carburante.

2.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE ECONOMICA
Parte descrittiva

Alle politiche sociali e sanitarie sono riconosciute importanti implicazioni di natura economica. In un'ottica di breve periodo, queste si concretano esclusivamente nell'attivazione in termini di produzione e di occupazione attribuibile alla spesa sanitaria corrente e per investimenti, mentre nel lungo periodo le dinamiche di interrelazione tra i diversi ambiti si fanno più complesse e interessanti. Per quanto attiene alla sfera sanitaria portiamo ad esempio la relazione causale tra grado di salute dei cittadini, loro percezione del rischio e crescita, così come quella tra livello e qualificazione della spesa sanitaria e crescita, mediante l'innesco di processi di innovazione tecnologica. Si tratta, in sostanza, di due potenziali canali di attivazione di crescita strutturale: uno che a che fare con la produttività degli individui e con le scelte private di investimento, l'altro che riguarda le peculiarità del settore sanità in termini di contenuto tecnologico dei processi produttivi.
Proprio in merito a questi temi si è sviluppata larga parte dei contributi nell'ambito della letteratura economica ed è anche in relazione a questi che l'intervento pubblico in sanità trova giustificazione. Sebbene i servizi sanitari non rientrino infatti nella categoria dei beni pubblici, data la loro esclusività e rivalità nel consumo, sono supposti generare esternalità di diverso tipo, non solo legate al livello di salute della popolazione ma anche, appunto, a livello economico.
La riduzione del numero e del rischio di contrarre malattie e l'aumento dell'aspettativa di vita, comportano in effetti sia un incremento della produttività media della forza lavoro impiegata in ciascun settore, che passa per l'aumento delle ore retribuite effettivamente lavorate, sia un possibile aumento dell'investimento privato, di natura materiale o in capitale conoscitivo, che passa per la percezione di un orizzonte di vita mediamente più lungo[25]. In questo senso la spesa sanitaria contribuisce a diffondere senso di sicurezza nella popolazione. Il dibattito su questo punto è aperto: se la percezione del rischio malattia influisce negativamente sulla crescita, l'intervento pubblico trova un'ulteriore giustificazione oltre a quella che gli deriva, ad esempio dal fallimento del mercato assicurativo per asimmetria informativa (fenomeni di selezione avversa e azzardo morale)[26]. Più in generale, si configura un caso nel quale l'esternalità (economica) che deriva dal consumo e dalla produzione di servizi sanitari e l'estensione della meritorietà del bene sanità alla dimensione economica rendono necessario un intervento pubblico di stampo paternalistico[27]. Se il legame tra sicurezza sanitaria, salute dei cittadini e crescita non è invece riscontrabile allora viene meno la giustificazione "sociale", ovvero legata alle esternalità dell'intervento pubblico. Questo però non si può ritenere influisca sull'opportunità di un intervento ma presumibilmente sulla sua dimensione e sul suo grado di universalità[28].
Fino a qui le determinanti sanitarie della crescita di lungo periodo legate alla produttività del lavoro e alla domanda di beni d'investimento. Esiste però, come accennato, un altro tipo di esternalità legate alla spesa sanitaria, più propriamente di natura tecnologica. Gran parte della spesa per investimenti in sanità va in fatti a finanziare l'acquisto di beni materiali che incorporano un alto contenuto tecnologico e che sono prodotti da settori fortemente innovativi; questo si traduce in un aumento della produttività dei lavoratori direttamente impiegati nel settore sanitario e non (nella misura in cui le dinamiche di apprendimento e le tecnologie

[25] A questo proposito è bene però sottolineare che una riduzione del rischio di affrontare spese "catastrofiche" per servizi di natura sanitaria non necessariamente può tradursi in un aumento della spesa per investimenti produttivi ma può essere anche associata ad un aumento dei consumi, ovvero a una riduzione del saggio di risparmio medio.

[26] L'asimmetria informativa è un problema tipico del mercato assicurativo sanitario ed è legata alla non completa osservabilità dell'effettivo rischio di malattia o di danno fisico associato all'assicurato (selezione avversa) e del comportamento dello stesso a seguito della stipula del contratto assicurativo (azzardo morale). In estrema sintesi questo comporta un'offerta assicurativa in grado di coprire solo una parte dei soggetti oppure solo una parte del rischio degli stessi.

[27] Questo va a necessariamente anche a beneficio degli individui che, pur valutando correttamente i benefici privati del consumo del bene non possono essere soddisfatti dal mercato a causa della presenza di asimmetrie informative.

[28] Un esempio classico è quello del modello americano fondato sugli istituti del *medicare* e *medicaid*, contrapposto al modello universalistico comune agli stati europei.

sviluppate trovano applicazione in altri settori e nella misura in cui il sistema produttivo regionale è in grado di accogliere questi settori).
Un effetto economico riscontrabile invece principalmente, ma non esclusivamente, con riferimento alle politiche sociali, è quello della più equa distribuzione del reddito. Contribuiscono al raggiungimento di questo obiettivo le misure che perseguono l'inclusione sociale per le fasce più svantaggiate della popolazione così come quelle che sono volte alla riduzione del rischio degli stessi soggetti di affrontare spese catastrofiche di natura sanitaria. Mentre però risulta di immediata comprensione e identificazione il legame tra equità e grado di coesione sociale all'interno del territorio regionale, meno scontato è l'effetto di quest'ultimo sulla crescita di lungo periodo.
In ultima istanza e soprattutto in ambito sanitario, è possibile riscontrare un effetto economico positivo degli interventi volti al recupero dell'efficienza. Questo non solo nella misura in cui liberano risorse, ma anche nella misura in cui si sostanziano in processi di ri-organizzazione delle strutture e, in generale, dell'offerta dei servizi, implicando una qualificazione della forza lavoro impiegata.

Coerentemente con queste premesse abbiamo identificato come interessate dal Piano Integrato Sanitario e Sociale Regionale le seguenti variabili del modello di valutazione degli effetti attesi:

- *Solidità della crescita economica, in termini di:*
  - *Generazione di reddito*
  - *Promozione dell'Innovazione*

- *Equilibrio del mercato del lavoro, in termini di:*
  - *Incremento del tasso di occupazione*
  - *Innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione*

- *Coesione sociale, in termini di:*
  - *Equità redistributiva e incidenza dei fenomeni di povertà.*

Sono da ritenersi rilevanti e positivi gli effetti riscontrati in ordine a tutti gli obiettivi sopra elencati e significativi e positivi quelli di innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione relativi alle misure volte all'efficientamento della spesa sanitaria.

Effetti rilevanti positivi

- *Solidità della crescita ed equilibrio del mercato del lavoro.*

Generazione di reddito, Incremento tasso di occupazione: l'attivazione intersettoriale della spesa.

Un primo effetto trasversale a tutte le misure previste dal PISSR che hanno contropartita finanziaria è quello sulla crescita di breve periodo del valore aggiunto e dell'occupazione regionale. Il canale di trasmissione è di tipo keynesiano, ovvero interessa esclusivamente la domanda di beni e servizi sia finali che intermedi. A questo proposito, una valutazione di tipo Input-Output degli effetti può realisticamente interessare solo la componente sanitaria del piano, sia in ragione della dimensione complessiva delle risorse destinate sia considerato il carattere di trasferimento di gran parte degli importi stanziati dalle misure previste il sociale.

La spesa pubblica sanitaria, che riveste una quota importante della spesa sanitaria *tout-court* (circa l'80%)[29], genera effetti di tipo diretto (attiva valore aggiunto e occupazione nei settori a cui è rivolta), di tipo indiretto (i settori a cui è rivolta a loro volta attivano domanda di beni intermedi) e di tipo indotto (relativi all'incremento di domanda di beni di consumo e di investimento degli individui, conseguenti all'aumento di reddito generato dalla domanda pubblica). Questi effetti sono attribuibili sia alla spesa sanitaria corrente della pubblica amministrazione che a quella per investimenti, pur con le dovute differenze in merito alla loro dimensione e alla loro composizione in termini settoriali e geografici. Il primo capitolo di spesa, quella corrente, è chiaramente il più corposo e copre circa il 95% della spesa totale (6,76 miliardi di euro medi annui nel triennio 2012-2014); a questo si aggiunge un 5% della spesa per investimenti (322 milioni di euro medi annui). La capacità di attivazione della spesa pubblica sanitaria è rappresentata sinteticamente dal moltiplicatore di spesa, una misura della variazione di ciascuna delle variabili di interesse (ad esempio Pil, Import, Occupazione) che fa seguito ad un incremento della domanda finale pari a 100 euro. Il moltiplicatore relativo al prodotto interno lordo è stimato essere oltre il 103%[30], un valore significativamente alto e ascrivibile al carattere fortemente locale della spesa pubblica sanitaria, indirizzata soprattutto all'acquisto di servizi non importabili.

	Impatto spesa pubblica sanitaria su economia toscana	Rapporti di attivazione della spesa sanitaria pubblica*
	Milioni di euro	Valori x 100 euro
Pil	6.967,64	103,3
Import Rdi	1.440,88	21,3
Import Estero	1.041,76	15,4
Ula (unità)	126.499,93	18,7**

Fonte: Irpet
* Indica gli euro del valore della produzione attivata nel sistema o fuori regione tramite le importazioni.
**Indica le Unità di Lavoro Annuali a tempo pieno attivate ogni milione di euro di spesa

Le stime di Irpet indicano che gran parte di questo effetto è veicolato dallo stesso settore sanitario (Sanità e altri servizi sociali); 100 euro di spesa infatti determinano un incremento del valore aggiunto del settore pari a 62 euro (ed è quindi più della metà dell'incremento complessivo, pari a 103,3 euro) al quale si associa un incremento della domanda che il settore rivolge al resto del sistema economico in termini di beni intermedi pari a 60 euro, per un valore del moltiplicatore settoriale della produzione del 122%. La tabella seguente riporta, per i settori che registrano le maggiori variazioni, la composizione degli impatti in termini di contributo al Pil e contributo alla domanda per consumi intermedi. La domanda della PA interessa direttamente, se pur in misura minore, anche i settori dell'Informatica, del commercio, dei servizi immobiliari, e degli "altri servizi"[31]. Un quadro analogo emerge dall'analisi degli effetti della spesa pubblica sull'occupazione regionale: l'occupazione attivata è pari a circa 19 unità di lavoro annuali (126.500 ULA medie annue) per milione di euro di spesa, delle quali il 60% è attribuibile al settore sanitario.

Moltiplicatori su produzione settoriale della spesa sanitaria della PA
(Euro di produzione attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Produzione	di cui Valore aggiunto	di cui Costi intermedi

[29] Cfr Irpet (a cura di) "Il sistema sanitario regionale: un attore importante del sistema economico toscano", in Relazione Sanitaria Regionale, o Rosignoli S., "Effetti della spesa sanitaria regionale sull'economica toscana", Paper per Convegno AIES 2007, Firenze.

[30] Più limitato invece il livello di attivazione del PIL da parte della spesa sanitaria privata (80%), la cui domanda viene soddisfatta in misura maggiore tramite importazioni extra regionali (probabilmente in seguito alla maggiore incidenza della spesa chimico farmaceutica sul totale). L'attivazione del PIL dell'intera spesa sanitaria (consumi sanitari della PA, consumi sanitari delle famiglie e investimenti del settore sanitario) nel sistema equivale a 96,5% (100 euro spesi o investiti in sanità generano 96,5 euro di PIL nel sistema economico regionale).

[31] Tra i quali i servizi alle famiglie e lo smaltimento di rifiuti solidi, acque di scarico.

Sanità	122	62	60
Informatica	13	8	5
Commercio	12	7	5
Altri servizi	7	4	3
Servizi imm/noleggio	6	5	1

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

La spesa pubblica corrente in sanità attiva anche valore aggiunto e occupazione fuori dalla regione, ovvero, in altri termini, parte della domanda della pubblica amministrazione viene soddisfatta mediante importazioni. I settori maggiormente interessati sono quelli della chimica farmaceutica, alimentare, dei trasporti,, dell'elettronica e dell'informatica, così come riassunto dalla tabella seguente.

Moltiplicatori su import settoriale della spesa sanitaria della PA

(Euro di importazioni attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Import
Chimica	13
Alimentare	4
Trasporti	3
Elettronica	2
Informatica	2

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

Una minor capacità di attivazione è invece attribuita alla spesa per investimenti (che copre l'1,5% degli investimenti regionali complessivi[32]): il moltiplicatore è in questo caso pari al 49% per quanto riguarda il Pil e al 70% per quanto riguarda le importazioni (39% e 31% rispettivamente per le importazioni dal resto del paese e dal resto del mondo) mentre le unità di lavoro attivate sono 8,6 per milione di euro investito.

	Impatto spesa pubblica sanitaria su economia toscana	Rapporti di attivazione della spesa sanitaria pubblica*
	Milioni di euro	Valori x 100 euro
Pil	156,79	49
Import Rdi	124,31	39
Import Estero	100,80	31
Ula (unità)	2.790,92	8,7

L'elasticità del Pil totale rispetto agli investimenti è invece pari a 0.001, ovvero ad una variazione percentuale degli investimenti del 10% corrisponderebbe una variazione del Pil del solo 0.01%.

Il PISSR destina agli investimenti in ambito sanitario 322,5 milioni di euro medi annui, dei quali la quasi totalità (99%) è rivolta a strutture e tecnologie sanitarie; delle somme restanti la maggior parte va, nel triennio 2012-2014, all'organizzazione del sistema sanitario.

Nella tabella seguente proponiamo ancora una volta la specificazione settoriale degli effetti della spesa; si noti come tra i settori maggiormente coinvolti (in termini di produzione) dagli investimenti sanitari toscani compaiano adesso quello delle costruzioni (il quale assorbe anche la maggior parte degli effetti in termini occupazionali), dei trasporti e delle altre attività manifatturiere (individuate soprattutto in mobili e arredi).

Moltiplicatori su produzione settoriale degli investimenti in sanità.

(Euro di produzione attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria.

	Produzione	di cui Valore aggiunto	di cui Costi intermedi
Costruzioni	25	11	14
Commercio	15	9	6

[32] Stime Irpet 2007.

Informatica	9	5	4
Altre manifatture	7	2	5
Trasporti	6	3	3

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

Guardando invece ai settori attivati all'estero spicca il dato relativo ai macchinari e le attrezzature di elettronica (30% il moltiplicatore della produzione settoriale fuori regione), ai mezzi di trasporto.

Moltiplicatori su import settoriale degli investimenti in sanità.
(Euro di importazioni attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Import
Elettronica	30
Mezzi di trasporto	7
Altre manifatture	6
Metallurgia	5
Meccanica	5

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

In merito a queste tipologie di effetti il PISSR interviene nella misura in cui assicura un livello di spesa corrente e di investimento crescente rispetto a quella degli anni precedenti. In regione infatti della dinamica positiva dell'entità spesa (ma non della sua composizione in corrente e di investimento), si rilevano significative differenze con riferimento al precedente periodo di programmazione, si tratta di circa 400 milioni medi annui in termini di impatto sul valore aggiunto regionale e di circa 11.300 unità di lavoro medie annue in termini di impatto sull'occupazione regionale a fronte di un aumento della spesa di circa il 10% (12% negli investimenti e 9,5% nelle partite correnti).

Salute, capitale umano e crescita di lungo periodo.

La salute è una importante forma di capitale umano alla quale in letteratura economica si fa generalmente riferimento utilizzando il concetto di *health capital*. Questo è largamente identificato come fattore determinante della crescita di lungo periodo. In primo luogo l'HC agisce nei confronti della produttività degli individui rafforzandone le loro capacità fisiche e mentali indipendentemente dalla loro qualificazione (*high* o *low skilled*). Si tratta in quel caso di un effetto di natura diretta della salute sull'output di un sistema economico.
A questo canale se ne aggiungono altri, potenziali, di natura indiretta; ad esempio miglioramenti della salute possono fornire un incentivo all'investimento in capitale umano (ovvero alla spesa privata in istruzione) data la possibilità di ammortizzarli su un orizzonte di vita più lungo, possono inoltre migliorare il rendimento della spesa in istruzione considerato che studenti dotati di maggior salute sperimentano un minor assenteismo e maggiori capacità cognitive; un'aspettativa di vita più elevata può poi fornire un incentivo al risparmio, determinando così un aumento degli investimenti e del capitale fisico per lavoratore; lo stesso aumento del capitale fisico può passare infine dall'aumento della sua produttività marginale in ragione dell'aumento della disponibilità di lavoro associata ad una maggior salute dei lavoratori oppure da un aumento degli investimenti diretti esteri (Alsan, Bloom, Canning, 2006)[33].
Gli studi in merito si distinguono tra microeconomici, ovvero diretti ad identificare il contributo di un aumento della salute sulla produttività del lavoro (salario) e macroeconomici, ovvero diretti ad identificare la relazione tra stock di HC e differenziali di reddito pro-capite dei sistemi economici.
Le stime di natura microeconomica hanno stabilito, oltre ogni ragionevole dubbio, la relazione positiva e significativa tra condizione di salute individuale e risultati economici individuali. In merito a questo punto è

[33] Alsan, M, Bloom David E. and David Canning (2006), *The Effect of Population Health on Foreign Direct Investment Inflows to Low and Middle-Income Countries*, World Develpoment, 34, 613-630.

possibile distinguere a grandi linee i lavori che hanno studiato l'impatto in termini di benefici di lungo periodo su produttività e capitale umano degli interventi volti a condizionare lo sviluppo dei bambini in tenera età, dai lavori che invece si sono concentrati sull'effetto in termini di reddito individuale della malattia intesa in senso generico, si tratta, in quest'ultimo caso, del cosiddetto approccio *cost-of-illness*[34].

Più controversa è invece la questione macroeconomica relativa al contributo delle condizioni di salute della popolazione (generalmente approssimate da una misura dell'aspettativa di vita o del tasso di sopravvivenza) alle differenze nel reddito pro-capite tra regioni. In considerazione infatti della natura multidimensionale del concetto di capitale umano, nell'ambito del quale si fa confluire l'HC insieme ad esempio al capitale conoscitivo/esperienziale a quello educazionale (tutte variabili che presentano un possibile alto grado di correlazione[35]), l'approccio aggregato dei lavori macroeconomici, che pur, in principio, è necessario per cogliere gli effetti di equilibrio economico generale e l'effetto in termini di esternalità di un aumento dell'HC[36], risente spesso di problemi di specificazione del modello da stimare. Bloom, Canning e Sevilla (2004)[37] stimano una funzione di produzione aggregata nella quale l'*health capital* compare assieme alle altre componenti del capitale sociale, al capitale fisico, al lavoro, ad una misura della *total factor productivity*; i loro risultati quantificano in un 4% (2,8% nel lavoro successivo di Bloom, Canning (2005)[38]) l'aumento nell'output associato all'aumento di un anno dell'aspettativa di vita media; ricorrendo ad un approccio di calibrazione Weil (2006)[39] identifica invece in un 1,68 l'elasticità della produttività del lavoro rispetto al tasso di sopravvivenza[40].

Il contributo di Acemoglu, Johnson (2006)[41] va invece in direzione opposta; gli autori non riscontrano l'esistenza di una relazione statisticamente significativa tra l'aumento dell'aspettativa di vita e il PIL, su un campione di 59 stati, osservati a partire dal 1940. I risultati della loro analisi sono, in effetti, coerenti con la teoria della crescita neoclassica che prende in considerazione oltre all'effetto positivo sul reddito pro-capite che deriva da un incremento della produttività del lavoro, anche quello negativo associato ad un incremento della popolazione e amplificato a sua volta da una bassa elasticità di altri fattori produttivi, quale ad esempio, la terra. Le stime presentano un alto livello di variabilità, e, in conseguenza di questo fatto, la letteratura non è concorde nel riconoscere all'*health capital* e alla spesa sanitaria un ruolo di traino alla crescita di lungo periodo del prodotto interno lordo dei sistemi economici. La solidità dei risultati riscontrati nell'ambito degli studi microeconomici, è però sufficiente a concludere che l'insieme delle misure previste dal PISSR possa generare effetti rilevanti e positivi sulla capacità di reddito dei singoli soggetti economici.

---

[34] Si vedano a questo proposito:

Strauss, J., Duncan, Thomas (1998), *Health, Nutrition and Economic Development*, Journal of Economic Literature, June, Vol. XXXVI, pp. 766-817;

Behrman, Jere, R., Mark R. Rozensweig (2004), *The Returns to Birthweight*, Review of Economics and Statistics, 86:2, May, 586-601;

Bleakley, H. (2009), *Disease and Development: Evidence from Hookworm Eradication in the American South*, in *Health and Growth* (2009) a cura di Spence, M., Maureen, A. Lewis, Commission on Ghrowth and Development.

Miguel, Edward, Micheal Kremer (2004); *Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities*, Econometrica, Vol. 72, 1, 159-217.

Schultz, T. Paul, (2002), *Wage Gains Associated with Height as a Form of Health Human Capital*, The American Economic Review, 92(2), May, 348-353.

Sala-i-Martin, Xavier (2005), On the Health-Poverty Trap, in: Lopez-Cassanovas, G., Rivera, B., L., Currais, eds. Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications, Cambridge, MA, MIT Press;

[35] Ad esempio, sistemi economici caratterizzati da un'alta aspettativa di vita hanno in genere anche una forza lavoro mediamente più anziana, dotata quindi di un maggior capitale esperenziale.

[36] Ovvero l'effetto sulla collettività in termini, ad esempio, di aumento generalizzato della produttività del lavoro, attribuibile al miglioramento della condizione di salute di un singolo individuo.

[37] Bloom, David E., David Canning, Jaypee Sevilla (2004), *The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach*, World Development XXXII, 1-13.

[38] Bloom, David E., David Canning (2005), *Health and economic growth: reconciling the micro and macro evidence*, working paper, Harvard School of Public Health.

[39] Weil, D. (2006), *Accounting for the Effect of Health on Economic Growth*, NBER working paper no 1145.

[40] All'aumentare dell'1% del tasso di sopravvivenza si verifica, in media, un aumento dell'1,68% della produttività del lavoro.

[41] Acemoglu, D., Simon Johnson (2006), *Disease and Development: The Effect of Life Expentancy on Economic Growth*, NBER working paper no 12269.

Innovazione.

Il contributo del PISSR all'innovazione è da intendersi su più fronti e si inscrive in una tradizione piuttosto consolidata della Regione Toscana. Con riferimento al tema della *ricerca*, negli anni passati le azioni intraprese hanno contribuito in misura significativa a dar vita a politiche di eccellenza fondate principalmente sulla collaborazione tra enti, imprese operanti nel settore e aziende ospedaliere. Si è trattato in particolare delle politiche per l'integrazione tra pratica clinica e ricerca universitaria nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie, per lo sviluppo della rete dell'Istituto Toscano Tumori, della rete regionale della ricerca mediante la costituzione dell'Ufficio Regionale Valorizzazione Ricerca (UVAR), del sostegno allo sviluppo del Polo d'Innovazione nelle Scienze della Vita, del finanziamento di progetti di ricerca industriale e sviluppo sperimentale congiunti tra imprese e organismi di ricerca (in tema di ricerca e sviluppo di prodotti farmaceutici, biotecnologici, medicinali, diagnostici). Anche alla luce delle esperienze passate il PISSR 20012-205 individua una serie di criticità che tuttora permangono, prevalentemente a livello di interazione tra i diversi attori coinvolti nello sviluppo della ricerca in ambito sanitario sul territorio regionale. A questo proposito e coerentemente con quanto affermato nella parte descrittiva di questo rapporto in tema di esternalità positive di natura tecnologica e conoscitiva, riteniamo che le intenzioni del programmatore, soprattutto rivolte al raggiungimento di una dimensione della rete regionale delle collaborazioni sufficiente a proiettare il sistema regionale nell'ambito della competizione globale, siano di particolare rilevanza ed efficacia in merito alla crescita economica di lungo periodo e alla creazione di nuovi posti di lavoro. La valorizzazione e il coordinamento delle eccellenze del territorio, il loro coinvolgimento in progetti di sviluppo tecnologico in ottica di filiera sono a questo proposito viste come la precondizione per l'attrazione di nuovi investimenti produttivi e di ricerca e di sviluppo e per il rafforzamento di alleanze stabili con l'industria farmaceutica, biotecnologica, biomedicale.
Sempre in tema di innovazione sono da ritenersi positivi e significativi sulla crescita gli effetti delle misure volte allo sviluppo del sistema informativo e delle tecnologie telematiche, con particolare riferimento al rafforzamento delle componenti tecnologiche infrastrutturali ovvero alla diffusione di infrastrutture di banda larga, all'adozione di standard tecnologici informativi, per la sicurezza dei dati, per l'autenticazione, l'accesso e la firma digitale, la conservazione a norma della documentazione digitale da parte delle Aziende/Enti. A questo proposito è da sottolineare il ruolo di coordinamento svolto dagli Estav. La difficoltà delle economie regionali a reagire alla globalizzazione va letta anche alla luce di una mancata prontezza delle imprese nell'operare cambiamenti coordinati di capitale fisico, umano e organizzativo; questo principalmente a causa dell'estrema frammentazione del sistema produttivo e del troppo lento adattamento alla "rivoluzione" delle ICT. In relazione a queste criticità il settore pubblico può e deve svolgere un ruolo di traino non solo sostenendo con la sua domanda i settori produttori di servizi avanzati ma anche contribuendo a mettere a punto modelli organizzativi esportabili ad altri settori. Il carattere marcatamente aziendale dei soggetti preposti all'erogazione di servizi sanitari e l'importanza del settore sanitario nell'economia regionale in termini di addetti e di valore aggiunto rende quindi particolarmente virtuosa l'adozione di strategie di innalzamento dell'intensità tecnologica, sia nel prodotto sia nella gestione aziendale.

▪*Coesione sociale*

Equità redistributiva e incidenza dei fenomeni di povertà.

All'obiettivo di coesione sociale mediante il raggiungimento di una maggior equità nella distribuzione dei redditi, nonché di una minore incidenza della povertà, contribuiscono sia le politiche del PISSR di stampo puramente sociale che quelle in ambito sanitario.
Per le prime la relazione causale risulta di immediata comprensione giacché è nell'oggetto stesso delle singole misure del PISSR che si riscontra l'obiettivo di ridurre il fenomeno dell'emarginazione sociale connessa alle difficoltà di tipo economico. Facciamo qui riferimento in particolare alle misure di individuazione di strumenti e risorse per il sostegno agli affitti, di promozione di nuove politiche sociali abitative, di sviluppo dell'edilizia sociale, di individuazione di dispositivi di natura educativa o di natura finanziaria, come il microcredito, per contrastare il sovraindebitamento delle famiglie.

Per le seconde il legame è perlopiù di tipo indiretto ma non per questo meno stringente. La spesa sanitaria delle famiglie infatti, che va a soddisfare una domanda non coperta dal Servizio Sanitario nazionale[42], è una delle determinanti più significative dell'impoverimento della popolazione.
Un modo di guardare al problema è quello di studiare l'incidenza delle cosiddette "spese catastrofiche", ovvero spese di cura che eccedono il 40% della capacità di spesa delle famiglie. Una parte della popolazione, prevalentemente concentrata nel primo quintile della distribuzione per reddito, è costretta all'impoverimento in relazione al manifestarsi di queste necessità; si tratta dei nuclei familiari che vanno a comporre un nucleo cosiddetto di "iniquità manifesta". Insieme a questi ultimi vanno però considerati i nuclei che rinunciano a quelle prestazioni che si rivelerebbero appunto di natura catastrofica sul bilancio familiare (la rinuncia è spesso di prestazioni rivolte ai componenti più anziani della famiglia, in modo da preservare quelle rivolte ai bambini o ai più giovani); questi vanno a comporre il nucleo, ben più ampio dell'"iniquità latente".
La distribuzione per quintili delle famiglie italiane soggette a spese catastrofiche evidenzia una persistenza del fenomeno anche tra fasce della popolazione riconducibili alla classe media. Si va da un 13,6% delle famiglie che appartengono al primo quintile a valori che oscillano tra l'1,4% e il 2,5% nei quintili superiori[43]. Per quanto riguarda invece le tipologie familiari, è tra le famiglie più numerose (coppie con 3 e più figli) ma anche tra quelle più anziane (persone sole o coppie con componenti di età superiore ai 65 anni) che si registra l'incidenza maggiore delle spese catastrofiche.

Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche. Incidenza secondo la tipologia familiare. Italia, 2007.

	2007		
Tipologia Familiare	**poveri**	**impoveriti**	**catastrofici**
Persona sola con meno di 35 anni	2,7%	0,0%	0,7%
Persona sola con 35-64 anni	4,2%	0,7%	1,4%
Persona sola con 65 anni e più	12,0%	2,6%	7,8%
Coppia senza figli senza membri anziani	4,2%	0,4%	1,7%
Coppia senza figli con un componente con 65 anni e più	6,5%	1,6%	2,9%
Coppia senza figli con entrambi i componenti con 65 anni e più	15,2%	2,6%	6,9%
Coppia con 1 figlio	10,6%	1,2%	2,8%
Coppia con 2 figli	14,0%	1,4%	3,7%
Coppia con 3 e più figli	22,8%	1,5%	8,8%
Monogenitore	11,3%	1,0%	3,1%
Altre tipologie	18,0%	1,6%	5,4%
Totale	**11,1%**	**1,4%**	**4,2%**

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT, Rapporto Sanità CEIS 2009.

Tra le motivazioni che spingono le famiglie all'abbandono della prestazione sanitaria prevale quella economica; per tutti i sottogruppi considerati nella tabella seguente si riscontra infatti una percentuale almeno doppia di famiglie che rinunciano per motivi economici più che per la lunghezza delle liste di attesa.

Rinuncia di almeno un adulto a prestazioni sanitarie per file di attesa e motivi economici, distribuzione delle famiglie per tipologia familiare- Italia 2007.

	Per file di attesa		Per motivi economici	
Tipologia Familiare	**Specialistica**	**Dentistica**	**Specialistica**	**Dentistica**
Persona sola con meno di 35 anni	2,02%	0,51%	2,38%	6,82%
Persona sola con 35-64 anni	1,70%	0,33%	3,39%	8,07%

[42] Si fa riferimento sia alla spesa totalmente privata sia alle forme di compartecipazione alle prestazioni comunque erogate dal Servizio Sanitario.
[43] Rapporto Sanità (2009), CEIS, Fondazione Economia Tor Vergata.

Persona sola con 65 anni e più	2,51%	1,18%	4,38%	5,64%
Coppia senza figli senza membri anziani	2,65%	1,60%	3,37%	7,42%
Coppia senza figli con un componente con 65 anni e più	2,70%	2,04%	4,31%	8,27%
Coppia senza figli con entrambi i componenti con 65 anni e più	2,58%	1,57%	4,56%	6,40%
Coppia con 1 figlio	2,54%	1,37%	4,46%	8,94%
Coppia con 2 figli	3,27%	1,70%	6,51%	11,84%
Coppia con 3 figli	2,12%	1,92%	9,14%	16,66%
Altra tipologia con almeno un componente con 65 anni e più o un minore	3,35%	0,92%	7,36%	13,47%
Altra tipologia senza componenti anziani o mino	2,61%	1,93%	6,77%	11,89%
Totale	**2,63%**	**0,30%**	**5,06%**	**9,26%**

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT, Rapporto Sanità CEIS 2009.

Le famiglie più povere inoltre, che presentano alti tassi di incidenza dei fenomeni di abbandono, pari al 15,72% per le prestazioni dentistiche, al10,5% per quelle specialistiche, rivolgono la maggior parte della loro spesa out of pocket all'acquisto di medicinali. Coerentemente con questo dato la spesa in medicinali risulta essere anche il maggior determinante dell'iniquità da spesa catastrofica tra le famiglie più povere. Le cose cambiano all'aumentare del reddito: per i quintili superiori al primo ai farmaci si aggiungono visite specialistiche ed odontoiatriche come potenziali cause di impoverimento.

Composizione del consumo sanitario out of pocket, famiglie povere. Italia, 2007.

Spesa	
Ospedaliera	0,3%
Visite	10,2%
Dentista	7,4%
Ausiliari	0,8%
Analisi	6,4%
Apparecchi	3,8%
Termali	0,0%
Farmaceutica	70,0%
Disabilità	1,0%
Totale	100,0%

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT, Rapporto Sanità CEIS 2009.

Il dato regionale mette in evidenza il buon posizionamento della regione Toscana che presenta un'incidenza del fenomeno povertà superiore solo a quella del Veneto, una seppur positiva, moderata tendenza all'impoverimento (dato 2007) e una bassa incidenza delle spese catastrofiche (2,6%)[44].

Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche. Incidenza secondo la regione di residenza. Italia, 2007.

	2007		
Tipologia Familiare	**Povertà**	**Impoverimento**	**Catastroficità**
Italia	**11,1%**	**1,3%**	**4,2%**
Piemonte e Valle d'Aosta	6,6%	0,9%	4,1%
Lombardia	4,8%	0,5%	3,5%

[44] Sulla base dei dati qui presentati è possibile riscontrare una chiara correlazione positiva tra incidenza delle spese catastrofiche e impoverimento delle famiglie, questa correlazione scompare però una volta che si consideri l'impoverimento in relazione alle distinte soglie regionali piuttosto che alla soglia nazionale. In quel caso inoltre la Toscana andrebbe a posizionarsi in una fascia intermedia di regioni (insieme a Liguria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Umbria) con bassa catastroficità e media percentuale di impoverimento, distinte dalle regioni apparentemente più efficaci nella protezione delle famiglie , ovvero Marche, Lazio, Emilia Romagna, Veneto.

Trentino A.A.	5,2%	0,7%	3,5%
Veneto	3,3%	0,9%	2,2%
Friuli Venezia G.	6,6%	0,7%	2,7%
Liguria	9,5%	1,2%	2,7%
Emilia Romagna	6,2%	0,7%	2,6%
Toscana	**4,0%**	**0,6%**	**2,6%**
Umbria	7,3%	1,1%	3,6%
Marche	6,3%	0,9%	2,3%
Lazio	7,9%	0,6%	2,0%
Abruzzo	13,3%	1,6%	3,7%
Molise	13,6%	2,4%	7,7%
Campania	21,3%	2,1%	5,0%
Puglia	20,2%	2,3%	6,3%
Basilicata	26,3%	1,8%	9,0%
Calabria	22,9%	3,3%	9,1%
Sicilia	27,6%	2,9%	8,9%
Sardegna	22,9%	2,4%	6,0%

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT, Rapporto Sanità CEIS 2009.

Politiche sanitarie efficaci nel ridurre la diseguaglianza tra i cittadini dovrebbero quindi agire nel senso di una limitazione del ricorso alle spese out of pocket e in misura maggiore per le tipologie familiari più soggette al rischio di impoverimento per spese catastrofiche. L'opera di contenimento di questo tipo di spesa passa innanzitutto per un'attenta modulazione dell'erogazione dei servizi sanitari sia sul piano territoriale che su quello della tipologia dei soggetti, in modo che l'offerta pubblica sia in grado di cogliere le esigenze specifiche delle categorie più deboli specialmente in ordine alla riduzione del rischio di indigenza associato alla spesa sanitaria. Un'altra dimensione dell'intervento pubblico è invece quella che coinvolge la qualificazione della domanda e la prevenzione. In questo senso è di particolare importanza che il sistema sanitario regionale adotti un atteggiamento proattivo nei confronti dei soggetti più deboli e, nello stesso tempo, che vengano adottate misure volte all'incremento dell'informazione a disposizione degli stessi e della loro accessibilità ai servizi erogabili.
In merito a tutti questi aspetti rileviamo come rilevanti e positivi gli effetti attesi delle misure previste dal PISSR 2012-2015; ci riferiamo in particolare alla segmentazione dell'utenza in cluster sulla base di comportamenti affini (ai fini di analisi e di predisposizione di adeguate strategie di comunicazione) e, soprattutto, alle misure di sanità d'iniziativa che comprendono azioni in tema di screening (neonatali, oncologici) e in tema di capacità di intervento tempestivo sulle dipendenze e sulle malattie mentali. Altro capitolo di massima importanza, in ragione di una specifica criticità della Toscana connessa alla sua struttura demografica, è quello degli interventi di natura sia sanitaria che sociale tesi ad evitare l'intensificarsi di fenomeni di non autosufficienza tra gli anziani. Come evidenziato è nell'ambito di questa categoria di soggetti, oltre a quella delle famiglie numerose, che si concentra infatti il più alto rischio di incorrere in spese catastrofiche e le previsioni demografiche per la Toscana sono di aumento della quota della popolazione di età superiore ai 50 anni.

	Quota su totale popolazione		
Classe di età	2009	2014	Diff.
0-15	12,3%	12,3%	0,0%
15-35	20,0%	20,9%	0,9%
35-50	23,3%	23,7%	0,5%
50-65	20,1%	19,7%	-0,4%
65-80	16,8%	16,3%	-0,5%
80+	7,5%	7,1%	-0,3%

Fonte: Regione Toscana

In ultima analisi l'attenzione del PISSR nei confronti dell'appropriatezza della spesa sanitaria (intesa in tutte le sue declinazioni: farmaceutica, diagnostica) e il conseguente risparmio di risorse, sono da intendersi come

estremamente positivi in ordine alla garanzia di un servizio efficiente e capillare soprattutto nei confronti delle fasce più deboli o potenzialmente deboli della popolazione. A sostegno di questa conclusione portiamo il dato toscano della distribuzione della spesa sanitaria delle famiglie e della PA per decili di reddito.

Spesa sanitaria per decili di reddito disponibile netto, % su totale, 2006, Toscana.

	decili di reddito									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Spesa sanitaria della PA	9,9%	10,0%	10,5%	10,4%	10,1%	10,3%	10,0%	9,8%	9,4%	9,6%
Spesa sanitaria delle famiglie	7,2%	7,3%	6,7%	7,5%	9,1%	9,1%	10,8%	11,0%	13,5%	17,9%

Fonte: Elaborazioni Irpet.

Dall'osservazione del dato emerge chiaramente come la spesa pubblica, che pur si distribuisce in maniera abbastanza uniforme in base al reddito operi in senso compensativo soprattutto nei confronti della domanda privata delle famiglie appartenenti ai primi decili di reddito.

Effetti significativi positivi

▪*Equilibrio del mercato del lavoro.*

Innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione.

Non solo le politiche dirette all'innovazione in termini di sostegno alla ricerca e all'implementazione di soluzioni produttive ad alto contenuto tecnologico generano ricadute positive sul profilo qualitativo dell'occupazione. Effetti significativi e positivi possono essere riscontrati anche in relazione alle misure volte al recupero di efficienza, delle quali non valutiamo in questa sede l'effettiva efficacia in merito alla riduzione dei costi per la pubblica amministrazione. La principale differenza tra le due tipologie di interventi è che ai primi può essere ragionevolmente associata una maggior estensione degli effetti di spillover sull'occupazione di altri settori. L'intento di procedere ad un riordino volto all'efficientamento ella spesa in coerenza col principio di appropriatezza (che prevede l'erogazione dell'assistenza necessaria ottimizzando l'impiego delle risorse finanziarie tecnologiche e umane) nasce, ancor prima della precedente programmazione, dall'esigenza di contemperare la dinamica crescente del fabbisogno sanitario (dovuta all'invecchiamento della popolazione, alla necessità di potenziare l'acceso ai servizi sanitari per alcune fasce di popolazione ma anche al progresso scientifico e alle innovazioni di "prodotto" che rendono sempre più costosi procedure, medicinali e strumenti) e il carattere sempre più stringente dei vincoli di finanza pubblica che interessa tutte le amministrazioni. Gran parte del recupero di efficienza passa per il consolidamento dell'attenzione all'appropriatezza della spesa farmaceutica, di quella per diagnostica strumentale (soprattutto per immagini) e di quella per dispositivi medici[45], a questo si aggiungono le misure del piano di natura più propriamente organizzativa. In tutti questi casi il perseguimento della strategia di sostenibilità del sistema sanitario passa innanzitutto per una crescente responsabilizzazione degli operatori del settore, che, laddove non si traduca in un accostamento di mansioni , risulta essere una possibile determinante della loro qualificazione professionale.
Un altro importante contributo all'innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione viene dalle misure in ambito di formazione professionale previste dal PISSR, ad esempio quelle volte all'organizzazione del

[45] Una valutazione della capacità delle misure associate a queste obiettivi di liberare risorse per la pubblica amministrazione non è nello scopo di questo lavoro

sistema di formazione sanitaria regionale (Educazione Continua in Medicina), quelle relative allo sviluppo di competenze specifiche in sanità, quelle di formazione del personale coinvolto nella gestione del rischio clinico, di formazione continua in materia di comunicazione dei rischi, di formazione professionale di alto livello di medici e personale sanitario sulla medicina complementare, di formazione degli operatori dei servizi pubblici sui temi dell'intercultura e sugli aspetti normativi che delineano la condizione giuridica del cittadino straniero.

3.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE TERRITORIALE
Parte descrittiva

L'impatto producibile dal Piano Sanitario e Sociale Integrato sulla dimensione territoriale può ritenersi complessivamente significativo: gli interventi e gli strumenti previsti per migliorare l'offerta territoriale sanitaria regionale 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 sociale e di salute che è andato affermandosi in Toscana negli ultimi anni è basato sulla responsabilizzazione dell'intera comunità, sulla partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati, sul coinvolgimento di istituzioni e cittadini nelle decisioni, sostenendo azioni sociali ed educative i cui effetti mettano insieme cittadini e istituzioni attorno agli obiettivi comuni della salute e dell'inclusione sociale. All'interno di questo quadro, il sistema socio-sanitario svolge azioni di promozione della salute e di orientamento della domanda ed azioni di sviluppo e razionalizzazione della offerta dei servizi. Queste ultime, grazie anche all'evoluzione delle tecnologie e delle pratiche assistenziali, hanno portato alla trasformazione dei servizi presenti sul territorio toscano. Nello stesso tempo si è assistito alla crescita di varie tipologie di strutture territoriali (ad esempio, strutture a carattere residenziale e semiresidenziale) che comunque impattano sul territorio con modalità assai diverse dal passato, creando così non più e non solo un centro di salute unico ed attrattore di istanze anche di tipo sociale, bensì una rete di piccole e medie strutture funzionali alle esigenze di una popolazione che ha bisogno ,tra le tante cose, di una collocazione abitativa più compatibile anche alle diverse necessità socio-sanitarie.
Il raggiungimento della configurazione a rete a cui si è appena accennato con alcune esemplificazioni, 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.

Il Piano determina possibili effetti di entità rilevante e significativa (e di segno atteso positivo) su alcune variabili del modello di valutazione, in termini di possibili effetti significativi, sui seguenti due macro obiettivi:
1. Efficienza del sistema insediativo;
2. Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio;
3. Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche;
4. Minimizzazione del consumo di suolo;
5. Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche.

Effetti rilevanti

Efficienza del sistema insediativo
Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio

A livello generale, un'importante scelta della Regione Toscana degli ultimi anni è stata quella di creare le opportune condizioni strutturali finalizzate a favorire le sinergie di rete, la cooperazione piuttosto che la competizione fra produttori interni, così come accade in altri sistemi sanitari. In tale contesto, con il Piano Sanitario e Sociale Integrato è stata ribadita e promossa l'integrazione nel momento del passaggio fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale e viceversa ovvero il "fare rete fra ospedale e territorio", così come particolare attenzione è stata rivolta alla realizzazione ed al continuo miglioramento della rete dell'emergenza.
La nascita e 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. In Regione Toscana la struttura del servizio sanitario è quindi costituita da un complesso sistema a rete, con una pluralità di nodi interconnessi tra loro che il Piano intende ulteriormente consolidare.

La creazione delle Società della Salute (SdS) e degli Enti di Supporto Tecnico-amministrativo di Area Vasta (Estav), entità entrambe riconfermate dal Piano, ha certamente dato nuovo impulso al panorama istituzionale e strumentale del sistema sanitario. Le prime presentano, tra le altre, potenzialità ai fini della ricomposizione del sistema sanitario con il sociale e i secondi permettono 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. Per il prossimo quinquennio il Piano dovrà 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. 41/05.
Il Piano delinea inoltre una prima 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 situazione di grave disagio socio-abitativo. Si aumentano così le possibilità di accesso all'alloggio, favorendo maggiore coesione sociale.

Il progetto speciale di interesse regionale ripreso dal Piano denominato "Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero", prevede azioni di sviluppo correlate ad un percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso, l'integrazione del servizio di emergenza territoriale 118 con revisione della diffusione e articolazione dei punti di emergenza territoriale, l'ottimizzazione e messa a regime del servizio regionale di elisoccorso, il consolidamento dell'assetto organizzativo di Trauma Center e rete per soccorso, trattamento, gestione e trasporto per trauma e

patologie complesse, in scala di area vasta. Tale progetto, quindi, può contribuire efficacemente anche ad assicurare risposte al bisogno di emergenza che siano omogenee, appropriate ed efficaci a scala territoriale.

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.

L'offerta delle aziende socio-sanitarie deve in primo luogo rispondere al principio secondo cui 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 propone e ribadisce tra gli obiettivi del Piano Sanitario e Sociale Integrato, la 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.
Con il Piano, si riconferma l'azione di coordinamento dei servizi territoriali: l'offerta integrata dei servizi sul territorio, superando visioni parziali, rappresenta un obiettivo del Piano che completa un complesso normativo toscano che, già in passato, ha dedicato 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 base a 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.

Anche a causa del continuo aumento della mobilità, il PSR propone l'incremento della capacità di analisi rispetto agli scenari futuri, al fine di prevedere i rischi sulla salute che possono derivare dalle scelte economiche e di governo del territorio e di realizzare gli opportuni interventi, cercando così di migliorare l'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.

Il patrimonio delle Aziende sanitarie è costituito da una complessità di beni: architettonici, artistici, storici, documentari e librari, scientifici. Questo patrimonio è stato da sempre fortemente soggetto al rischio di perdite e dispersioni a causa di vicende storiche, politiche e amministrative, e delle conseguenti modifiche che nel corso del tempo hanno interessato gli assetti dell'organizzazione sociale

e sanitaria. E' emersa di conseguenza la necessità di porre particolare attenzione agli aspetti di salvaguardia dei patrimoni culturali delle Aziende sanitarie. A tale proposito, il Piano delinea una strategia che; a breve termine è finalizzata ad alimentare l'inventario regionale della strumentaria medica di valore storico ed a incentivare progettazioni specifiche delle Aziende Sanitarie volte alla valorizzazione delle loro realtà locali; a medio termine intende incentivare le collaborazioni tra le Aziende e le altre istituzioni (università, ARS, Comuni) in merito alle biblioteche di uso corrente; a lungo termine intende promuovere l'attivazione di procedure di valorizzazione, oltre che di tutela, dei beni storici.

5.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE SOCIALE
Parte descrittiva

Gli effetti attesi sulla dimensione sociale rientrano nel campo di azione diretta del Piano, che persegue i propri obiettivi in un'ottica strettamente integrata di tipo socio sanitario. Per questo motivo, sebbene il Piano operi in favore della quasi totalità degli obiettivi strategici, così come definiti dal manuale di valutazione integrata, questa sezione ne prenderà in considerazione sob alcune misure specifiche, e in particolare quelli in grado di generare effetti significativi e rilevanti di esclusivo interesse della dimensione sociale stessa. Il contributo del piano in merito al raggiungimento dell'obiettivo strategico di *contrasto all'esclusione sociale e alla povertà* è stato, ad esempio, valutato come positivo e rilevante nell'ambito dell'analisi degli effetti sulla dimensione economica e con riferimento all'obiettivo specifico di *coesione sociale*. In quel contesto si è infatti sottolineato il contributo delle misure volte a contenere il disagio socio-economico e quello abitativo. Lo stesso si dica per il contributo delle misure riconducibili al potenziamento dell'offerta formativa e di qualificazione professionale, individuate come in grado di favorire *l'innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione*.
In questa sede si riconoscono dunque i seguenti effetti **significativi e positivi**:

▪*Contrasto all'esclusione sociale e alla povertà.*

Integrazione della popolazione immigrata.

Contribuiscono alla realizzazione di effetti attesi di questo tipo le misure volte ad agevolare la crescita delle opportunità di apprendimento della lingua italiana in favore della popolazione straniera adulta, nonché quelle rivolte all'adeguamento dei servizi pubblici ai rapporti con un'utenza pluriculturale attraverso la qualificazione dei servizi di interpretariato e mediazione culturale. Queste ultime si rivelano di particolare importanza in merito alla garanzia di equità del diritto di accesso ed utilizzo dei servizi sanitari, in considerazione della carenza di informazione e educazione alla salute che caratterizza gran parte della popolazione immigrata. In particolare il Piano prevede la sperimentazione della figura dell'educatore sanitario di comunità, nonché la strutturazione e la formalizzazione a livello locale o di area vasta, di rapporti di collaborazione tra ASL/USL, Enti Locali e altre strutture di accoglienza e organizzazioni del privato sociale per integrare i percorsi di accoglienza sociale, economica e giuridica del titolare o richiedente protezione internazionale e interventi sanitari. Un ultimo riferimento va al tema della tratta, altro fenomeno che riguarda in larga parte la popolazione immigrata; in relazione a questo specifico tema il Piano si inscrive nella tradizione regionale di lotta alla criminalità organizzata (progetti "Rete regionale d'intervento sociale nella prostituzione e nella tratta di esseri umani", "Oltre il confine", "Nuove Orme", "Con-Trat-To (Contro la tratta in Toscana)") promuovendo la creazione di un sistema di governance che assuma la programmazione e il monitoraggio degli interventi.

▪*Sostegno alle pari opportunità di genere.*

Organizzazione dei tempi e distribuzione dei carichi familiari, attenuazione delle disparità nel mercato del lavoro e lotta alla segregazione occupazionale.

Contribuiscono al raggiungimento di questo obiettivo le misure che hanno ad oggetto il sostegno alle famiglie nei momenti di difficoltà e disagio connessi all'assunzione di specifici compiti di cura nei confronti di minori, disabili e anziani, citiamo a questo proposito l'approvazione del "Sistema integrato di servizi per le famiglie e per gli assistenti familiari". Sia gli interventi di natura ricognitiva, ovvero di acquisizione di informazioni sulla numerosità e lo stato di necessità delle famiglie, sia quelli di sostegno tramite agevolazioni tariffarie e/o erogazione dei contributi vanno nella direzione di alleggerire quella parte del carico familiare che ricade, ove presente, in misura maggiore sulla componente femminile del nucleo familiare, riducendone così anche le condizioni di svantaggio in termini di offerta di lavoro. Nello stesso senso operano anche le misure specifiche al tema della non autosufficienza degli anziani: sanità di iniziativa, contrasto alla sedentarietà e prevenzione delle cadute, promozione delle azioni di aiuto e di sorveglianza attiva della persona anziana fragile.

QUADRO DI SINTESI

Punti di forza e punti di debolezza tra gli effetti significativi e rilevanti

Punti di debolezza Fattori di Criticità (Tra gli effetti rilevanti) **Ambiente** Effetti e azioni ……..…….. **Economia** Effetti e azioni ……..…….. **Territorio** Effetti e azioni **Salute** Effetti e azioni ……..…….. **Sociale** Effetti e azioni ……..…….. 	**Punti di forza Potenzialità sinergiche** (Tra gli effetti rilevanti) **Ambiente** Effetti e azioni ……..…….. **Economia** Effetti e azioni o Effetti del miglior stato di salute della popolazione sulla capacità produttiva del sistema. o Effetti della spesa sanitaria in termini di sostegno a settori produttivi ad alto contenuto tecnologico, innovazione. o Effetti di promozione di innovazione delle misure volte a sostenere e coordinare la ricerca in ambito sanitario sul territorio regionale. o Effetti della sanità di iniziativa e degli interventi sulla qualità e l'appropriatezza del SSR sulla minore necessità di ricorrere a spese sanitarie private, contenendo fenomeni di iniquità. o Effetti della sociale di iniziativa, delle misure di contrasto al disagio abitativo. **Territorio** Effetti e azioni - Individuazione dell'Area Vasta come livello ottimale di programmazione territoriale che integra e rafforza quello regionale. - Sviluppo reticolare, coordinazione e integrazione dell'assistenza e dei percorsi sanitari e socio-sanitari, che sono sempre più relazionati con il territorio. **Salute** Effetti e azioni ……..…….. **Sociale** Effetti e azioni ……..……..
Punti di debolezza Minori (Tra gli effetti significativi) **Ambiente** Effetti e azioni ……..…….. 	**Punti di forza Minori** (Tra gli effetti significativi) **Ambiente** Effetti e azioni o Miglioramento dell'integrazione fra le politiche socio-sanitarie ed ambientali, in termini di monitoraggio e di contributo alla riduzione delle ripercussioni negative sulla salute legate ai principali determinanti ambientali. o Contenimento del consumo di nuovo suolo, dovuto all'assenza di previsioni di

Economia Effetti e azioni ……..……. **Territorio** Effetti e azioni o Rischio di una proliferazione di strutture socio-assistenziali senza una corretta programmazione che tenga maggiormente presente i bisogni della popolazione anche in riferimento alla distribuzione territoriale. **Salute** Effetti e azioni ……..……. **Sociale** Effetti e azioni ……..……..……..	nuove strutture ospedaliere ed alla priorità strategica di riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi sanitari esistenti. **Economia** Effetti e azioni o Effetti dell'efficientamento della spesa sanitaria sulle variabili macroeconomiche. o Effetti delle misure di formazione e qualificazione professionale in ambito sociale e sanitario. **Territorio** Effetti e azioni o Possibilità di potenziare l'integrazione delle politiche socio-sanitarie con quelle ambientali e territoriali. o Opportunità di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano problemi di inclusione sociale. o Potenziamento delle attività di ricerca, formazione ed informazione tra il o sevizio socio-sanitario ed altri enti e strutture che operano sul territorio. o Considerazione del le scelte strategiche di sviluppo locale del territorio. o Valorizzazione del patrimonio storico-artistico delle aziende sanitarie. **Salute** Effetti e azioni ……..……. **Sociale** Effetti e azioni o Sostegno alle pari opportunità di genere mediante riduzione del carico familiare in termini di assistenza di anziani, disabili, bambini, per le famiglie più deboli e numerose:Sistema integrato di servizi per le famiglie, misure di contrasto alla non-autosufficienza degli anziani.

Allegato

MATRICE DI VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DEL PIANO

LEGENDA	
Effetti di direzione incerta	Nessun effetto
Effetti rilevanti negativi	Effetti rilevanti positivi
Effetti significativi negativi	Effetti significativi positivi

	OBIETTIVI GENERALI del Piano				
EFFETTI ATTESI	Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	Mettere al centro la Persona nella sua complessità	Aumentare l'equità	Perseguire efficacia e appropriatezza come valore del sistema	Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi
EFFETTI AMBIENTALI					
Riduzione Emissioni di CO2					
Efficienza energetica e sviluppo energie rinnovabili					
Riduzione dell'inquinamento atmosferico					
Riduzione dell'inquinamento acustico					
Contenimento superfici artificializzate					
Ottimizzazione gestione dei rifiuti					
Diminuzione del carico organico e tutela delle acque interne e costiere					
Tutela della risorsa idrica					
Riduzione del consumo idrico					
Salvaguardia della biodiversità terrestre e marina					
Riduzione del rischio idrogeologico					
Salvaguardia delle coste					
Riduzione del rischio sismico					
EFFETTI ECONOMICI					
A.1 - Incremento PIL					
A.2 - Innovazione					
A.3 - Saldo commerciale					
B.1 - Equa distribuzione del reddito					
C.1 - Sostenibilità finanziaria					
C.2 - Miglioramento conti pubblici					
D.1 - Incremento tasso di occupazione					
D.2 - Innalzamento profilo qualitativo occupazione					
EFFETTI TERRITORIALI					

LEGENDA	
Effetti di direzione incerta	Nessun effetto

A.1 - Minimizzazione del consumo di suolo					
A.2 - Tutela della risorsa idrica					
B.3 - Protezione dei sistemi urbani e degli insediamenti					
B.4 - Efficienza del sistema insediativo					
B.5 - Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio					
B.6 – Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche					
C.7 - Efficienza delle reti infrastrutturali					
C.8 - Efficienza delle reti tecnologiche					
D.9 - Tutela e valorizzazione del territorio agricolo					
D.10 - Mantenimento della popolazione residente e delle attività con funzione di presidio attivo del territorio					
EFFETTI SOCIALI					
A.1 - Fruibilità degli spazi urbani e dei trasporti					
A.2 - Fruibilità dei propri spazi di vita					
A.3 - Autonomia personale dei soggetti non autosufficienti					
B.1 - (Miglioramento degli) indicatori demografici e var. composizione nuclei familiari					
B.2 - Qualità della vita familiare					
B.3 - Condizione giovanile e disagio dei minori					
B.4 - Fruibilità degli spazi urbani e attività sociali da parte di minori e famiglie					
C.1 - Disagio socio economico					
C.2 - Disagio abitativo					
C.3 - Integrazione della popolazione immigrata					
C.4 - Condizione socio economica dei soggetti del disagio sociale					
D.1 - Partecipazione e sviluppo della rete di offerta					
E.1 - Sviluppo dell'offerta educativa e formativa lungo l'arco della vita					
E.2 - Sostegno alla qualità del lavoro					
F.1 - Domanda culturale e sportiva per tutte le fasce di utenza					
F.2 - Promozione attività culturali e sportive rivolte a diffondere le espressioni della cultura e arte correlate con il patrimonio culturale dei territori					
G.1 - Organizzazione tempi e distribuzione dei carichi familiari					
G.2 - Differenze di genere nei livelli di istruzione e negli indirizzi di studio					
G.3 - Disparità nel mercato del lavoro e segregazione occupazionale					

5 Sistema di monitoraggio

Ricordato che la Regione dispone già da tempo di un sistema articolato di rilevazione dati, di strumenti e indicatori per il monitoraggio delle attività sanitarie e sociali, come riportato al paragrafo 2.2 sulla coerenza interna orizzontale, per il monitoraggio del Presente piano si farà riferimento agli strumenti citati, non valutando utile, né economicamente sostenibile, aggiungere nuovi strumenti, anche in considerazione dell'evoluzione cui gli strumenti esistenti sono soggetti e ricordando che gli stessi verranno adeguati, rispetto ad oggi, alle esigenze programmatiche del presente piano.

Per il monitoraggio si farà riferimento in particolare ai seguenti strumenti,:

La Relazione Sanitaria Regionale, di cui all'art. 20 della l.r. 40/2005, e il Profilo di salute, curati dall'Agenzia Regionale Sanitaria e dalla DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale, periodicamente traccia un quadro sia della salute che dei servizi sanitari a livello regionale con riferimenti al sistema economico e produttivo curati da Irpet e alla qualità dell'ambiente cuati da Arpat. 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 è legato al sistema incentivante per la direzione aziendale (DGR 398/2011).
In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie della Regione Toscana e dal sistema sociosanitario nel suo complesso sono analizzati secondo sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario e rappresentati mediante un "bersaglio" con 5 fasce di valutazione e sei settori rappresentativi delle sei dimensioni.

Le dimensioni della valutazione sono:

- **La valutazione dei livelli di salute della popolazione (A)**

Pur sapendo che questa tipologia di valori,quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi spesso è determinato dalle scelte gestionali effettuate nel passato, gli indicatori presenti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari.

- **La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B)**

Le aziende sanitarie toscane rispondono non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, operando in squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutta la popolazione. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.

- **La valutazione socio-sanitaria (C)**

In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, che per le attività del territorio e della prevenzione.

•La valutazione esterna (D)

In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini e gli utenti danno dei servizi sanitari aziendali che utilizzano. Il giudizio del cittadino/utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere articolato nel dettaglio, cogliendo tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, tiene conto della sua esperienza.

•La valutazione interna (E)

In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

•La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico finanziaria (F)

In questa dimensione viene considerata la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. Sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili, quali il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo…) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna…).

Il Sistema di Monitoraggio delle Politiche Sociali

La valutazione delle politiche sociali, intese come contributo alla determinazione dello stato di salute della persona, della famiglia e quindi della società in una ottica di integrazione con le politiche sanitarie, richiede una riprogettazione complessiva del suo sistema di monitoraggio.

A tale scopo nel presente piano si è previsto uno specifico intervento sul tema del sistema informativo del sociale finalizzato alla creazione e aggiornamento continuo delle basi di dati relative ai diversi fenomeni di rilevanza sociale (minori, immigrazione, violenza di genere, supporto alle famiglie, ecc..) e agli assetti organizzativi che consentono una risposta professionale e strutturale (residenziale, semiresidenziale, domiciliare, contributi economici, ecc..) ai bisogni delle persone e delle famiglie.
Il sistema di monitoraggio regionale delle politiche sociali si pone, in considerazione della diversa articolazione organizzativa sui territori e dei diversi livelli di responsabilità e competenza tra i diversi soggetti che concorrono alla erogazione delle prestazioni, come un sistema di secondo livello. Infatti tale sistema di appoggia sui sistemi di monitoraggio dei livelli di programmazione locale assicurati dalle Società della Salute o dalle Zone nell'ambito dei programmi integrati di salute.
La rilevazione degli esiti dei programmi locali, il sistema di basi di dati regionali e le relative elaborazioni, affiancano ed integrano all'interno di un sistema unitario, le seguenti fonti informative:

a) **l'indagine censuaria annuale** di rilevazione della spesa sociale effettuata in collaborazione fra ISTAT e Regione;
b) il **programma di valutazione e monitoraggio dei Piani Integrati di Salute** realizzato in collaborazione con il Laboratorio MeS – Management e Sanità – della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;

c) la **relazione sociale regionale** di cui all'art. 42 della l.r. 41/05;
d) la **relazione sullo stato di salute** di cui all'articolo 20, comma 1, lettera e), della L.R. n. 40/2005 che la Società della Salute, ove costituita, o la conferenza zonale dei sindaci redige annualmente;
e) il basamento informativo afferente gli **Osservatori Sociali provinciali**.

La costruzione di un sistema di monitoraggio di valutazione strategica delle politiche sociali al fine di conoscere: l'evoluzione dei fenomeni, lo stato e i livelli dei servizi assicurati e l'efficacia delle politiche locali e regionali prevede le seguenti dimensioni:

- **La valutazione dei livelli di salute della popolazione**

Ad integrazione della dimensione prevista per gli aspetti sanitari sarà effettuata l'analisi e la valutazione degli obiettivi attraverso i relativi indicatori previsti all'interno della programmazione territoriale (Profili di Salute)

- **La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie di sistema**

In considerazione del fatto che il sistema sociale si presenta con forti elementi di variabilità organizzativa, e anche di forte differenziazione in relazione ai livelli delle prestazioni offerti, elemento determinante della politica regionale è costituto dal promuovere e dal creare le condizioni utili a ridurre tali elementi al fine i garantire livelli minimi essenziali delle prestazioni sociali.
A tale scopo nel presente piano sono stati introdotti i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) sociali. Una dimensione della valutazione sarà quindi quella di monitorare la diffusione progressiva su tutto il territorio regionale di condizioni organizzative minime tese ad assicurare adeguati livelli di prestazioni, definiti nel presente piano, riducendo le diversità e innalzando la qualità della risposta.

- **La valutazione delle risposte ai bisogni sociali in una logica di sistema**

In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di risposta del sistema sociale nel suo complesso, attraverso la valutazione dei risultati della programmazione territoriale (PIS) in una logica comparativa. Analisi finalizzata anche alla determinazione e valutazione dei bisogni e relativi costi standard in stretta collaborazione con il sistema dei comuni. In tale dimensione sarà valutata complessivamente anche la capacità organizzativa di risposta dei territori. includendo in questo, anche l'offerta di servizi da parte del privato sociale.

- **La valutazione esterna**

In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini danno dei servizi sociali che utilizzano, con particolare riferimento a quanto definito capitolo 4 "Il patto con i cittadini", del presente Piano. Inoltre sarà oggetto del nuovo sistema di monitoraggio la valutazione dell'adozione e dell'efficacia della "Carta dei servizi" da parte dei livelli organizzativi presenti sui territori.

Il nuovo sistema di monitoraggio prevede una sua progressiva implementazione nel corso del 2012.

Indicatori di risultato – valori rilevati

Nel 2008 (ultimo anno disponibile), la speranza di vita alla nascita[1] dei toscani ha raggiunto 79,6 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne.

[1] La speranza di vita alla nascita indica il numero di anni che in media si aspetta di vivere una generazione di nati in uno specifico anno di calendario.

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2010 Regione Toscana	valore 2005 2007	valore 2006 2008	
STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)				
A1	**Mortalità Infantile**			
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	2,77	2,70	
A2	**Mortalità tumori**	168,97	166,01	
A3	**Mortalità per malattie circolatorie**	172,11	166,40	
A5	**Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)**	3614,50	3557,30	
Codice indicatore	**Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2010 Regione Toscana**	**valore 2008**	**valore 2009**	**valore 2010**
B2	**Stili di vita (PASSI)**			
B2.1	**Attività fisica**			
B2.1.1	Percentuale di sedentari	26,03	26,03	28,67
B2.1.2	Percentuale di persone sedentarie consigliati dal medico di fare attività fisica	30,44	30,44	31,80
B2.2	**Situazione nutrizionale**			
B2.2.1	Percentuale di persone obese	9,84	9,84	8,05
B2.2.2	% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	55,26	55,26	47,99
B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica	41,72	41,72	39,20
B2.3	**Consumo di alcol**			
B2.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto	10,79	10,79	-
B2.3.2	Percentuale di binge e fuori pasto consigliati dal medico di bere meno	5,42	5,42	-
B2.4	**Abitudine al Fumo**			
B2.4.1	Percentuale di fumatori	29,20	29,20	30,38
B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare	54,93	54,93	28,93
B5	**Estensione ed adesione allo screening**			
B5.1	**Screening Mammografico**			
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico			96,15
B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico	69,10	70,50	72,65

B5.2	**Screening cervice uterina**			
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	99,38	97,92	99,66
B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	54,40	54,90	54,71
B5.3	**Screening colorettale**			
B5.3.1	Estensione corretta dello screening colorettale	69,38	69,38	81,88
B5.3.2	Adesione corretta dello screening colorettale	50,90	53,00	51,18
B7	**Copertura vaccinale**			
B7.1	Copertura per vaccino MPR	92,36	92,56	92,04
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale	69,47	71,11	68,76
B7.3	*Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)*			25,08
B13	**Continuità assistenziale: percorso materno infantile***			31,44
B20	**Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali prenotate entro 15 giorni**			36,00
B21	**Percentuale di esami diagnostici prenotati entro 30 giorni**			61,00
C1	**Capacità di governo della domanda**			
C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	151,18	147,43	145,46
C14	**Appropriatezza medica**			
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010)		255,68	250,49
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010)	43,25	43,58	44,33
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010)		19,93	20,20
C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010)		3,33	3,14
C4	**Appropriatezza chirurgica**			
C4.1	***% DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)***			
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	22,69	17,43	16,02
C4.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital	15,95	15,90	15,88
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	51,39	53,21	55,48
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010)		58,90	54,87
C5a	**Qualità di processo**			
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	44,82	51,65	55,08
C5.12	*% fratture femore operate sulle fratture diagnosticate*		88,76	90,08
C5.3	% prostatectomie transuretrali	55,92	57,03	61,73
C5.7	% di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)	65,93	62,47	64,20
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive		27,78	33,84
C5.10	*% resezioni programmate al colon in laparoscopia*		29,30	32,03
C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	67,71	72,46	82,11
C5b	**Qualità di esito**			
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC	5,83	5,47	4,92

C5.1.1	*% ricoveri ripetuti medici entro 30 giorni con stessa MDC*	5,32	5,19	4,70
C5.1.2	*% ricoveri ripetuti chirurgici entro 30 giorni con stessa MDC*	1,18	1,27	1,20
C6	**Rischio clinico e sicurezza del paziente**			
C6.2.1	Indice di diffusione degli audit			2,49
C6.2.2	Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità			4,13
C6.4	***Sicurezza del paziente***			
C6.4.1	*Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione*	2,63	2,86	2,95
C6.4.2	*Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità*	1,02	0,57	0,59
C6.4.3	*Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica*	2,17	1,96	2,28
C6.5	Livello di diffusione delle buone pratiche			1,68
C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		7,52	10,78
C8a	**Integrazione ospedale-territorio**			
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg per residenza		0,96	0,93
C8a.3	*Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)*	3,56		
C8a.11	*Indice di Ritenzione al SERT*			
C8a.12	*Tasso di dimissioni con attivazione di assistenza domiciliare integrata per 100.000 residenti*		18,83	23,19
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione polmonite		97,24	94,82
C8a.19	**Pediatria di base**			
C8a.19.1	*Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)*	52,98	38,96	44,41
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti	210,29	170,36	183,01
C9	**Appropriatezza prescrittiva farmaceutica territoriale**			
C9.6.1	**Statine (Ipolipemizzanti)**			
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine		37,99	40,16
C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione		70,10	83,62
C9.2	% di abbandoni di pazienti in terapia con statine	21,29	16,28	15,29
C9.6.2	**Antiipertensivi**			
C9.3	Incidenza dei sartani (Antiipertensivi)			41,87
C9.7	**Gastrointestinali**			
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)			24,29
C9.8	**Antimicrobici**			
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici		23,43	22,89
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili		27,18	27,56
C9.9	**Sistema nervoso**			
C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)			48,27
C9.9.1.1	% di abbandoni di pazienti in terapia con antidepressivi		29,20	27,92
C9.11	*% pazienti aderenti alla terapia con antidepressivi*			27,57
C9.5	Consumo di altri antidepressivi (Antidepressivi)			11,63

C11a	**Efficacia assistenziale delle patologie croniche**			
C11a.1	***Scompenso***			
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)		193,95	188,95
C11a.1.2	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio	51,60	53,60	56,00
C11a.1.3	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con ACEinibitore - sartani	58,90	58,00	58,40
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con beta-bloccante	34,80	36,80	39,60
C11a.1.5	*Prevalenza scompenso*	21,20	18,40	
C11a.2	***Diabete***			
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)		21,11	21,44
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	60,30	62,80	66,80
C11a.2.3	% residenti con Diabete con almeno un esame della Retina	29,90	31,00	31,30
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti		36,95	41,29
C11a.2.4.1	*Tasso di rivascolarizzazione nei pazienti diabetici per 100.000 residenti*		844,11	879,89
C11a.2.4.2	*Percentuale di rivascolarizzazione nei pazienti diabetici*		63,15	66,16
C11a.2.5	*Prevalenza diabete*	54,50	58,60	
C11a.3	***BPCO***			
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)		59,37	50,90
C11a.5	***Ictus***			
C11a.5.1	% residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	60,20	60,00	61,70
C11a.5.2	*Prevalenza ictus*	13,40	11,90	
C11a.6	***Ipertensione***			
C11a.6.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico	48,20	49,70	51,70
C11a.6.2	*Prevalenza ipertensione*	40,50	40,80	
C13	**Tasso di prestazioni ambulatoriale e diagnostiche**			
C13.1	*Tasso di prestazioni ambulatoriali*	2876,51	2902,69	2982,02
C13.2	**Tasso di prestazioni diagnostica per immagini**			
C13.2.1	Tasso di prestazioni TAC std per 1.000 residenti	56,94	55,96	59,61
C13.2.2	Tasso di prestazioni RMN std per 1.000 residenti	59,61	60,32	71,35
C13.2.2.1	*Tasso di prestazioni RMN muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)*			23,71
C13.2.3	*Tasso di prestazioni Ecocolordoppler std per 1.000 residenti*	61,98	62,22	63,85
C13.2.4	*Tasso grezzo di prestazioni Ecografia*	244,50	246,39	249,25
C13.2.5	*Tasso grezzo di prestazioni RX Tradizionale*	465,60	458,09	454,44
C15	**Salute Mentale**			
C8a.13	% ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche	15,62	13,96	13,39

C8a.13.1	*% ricoveri ripetuti entro 1 anno di pazienti maggiorenni per patologie psichiatriche corretto*	27,16	25,98	25,35
C8a.13.2	% ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	7,73	7,07	7,00
C8a.5	*Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti maggiorenni*	299,59	299,73	280,94
C8a.5.1	*Tasso di ricovero per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni*		62,44	57,81
C8a.5.2	*Tasso di ricovero per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni*		73,86	72,39
C8a.5.3	*Tasso di ricovero per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni*		28,03	24,36
C8a.5.4	*Tasso di ricovero per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni*		13,79	13,10
C8a.5.5	*Tasso di ricovero per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni*		22,36	19,94
C8a.5.6	*Tasso di ricovero per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni*		31,58	30,04
C8a.6	*% di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche, per residenti*	2,60	2,81	2,85
C8a.7	*Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti minorenni*	101,94	111,31	124,03
C8a.14	*Utenti minorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale*	58,65	55,62	
C8a.15	*Nuovi utenti minorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale*	17,87	14,88	
C8a.16	*Utenti maggiorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale*	20,75	19,97	
C8a.17	*Nuovi utenti maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale*	6,88	6,07	
D15a	**Soddisfazione utenti Distretto***	67,63		64,33
D17	**Soddisfazione percorso materno infantile***			58,39
F10	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	219,15	214,09	214,12
F10.2	*Spesa farmaceutica ospedaliera*		42,08	54,83
F12a	**Efficienza prescrittiva farmaceutica territoriale**			
F12a.14	%molecole a brevetto scaduto		56,09	59,68
F12a.15.1	**Statine (Ipolipemizzanti)**			
F12a.2	% di statine a brevetto scaduto	47,08	48,08	50,92
F12a.15.2	**Antiipertensivi**			
F12a.3	% di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)	81,76	94,72	94,72
F12a.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antiipertensivi)	58,10	65,87	80,59
F12a.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)	54,09	85,22	84,33
F12a.11	% Losartan sui sartani non associati		17,03	18,40
F12a.12	% Losartan sui sartani associati		16,93	16,92
F12a.16	**Gastrointestinali**			
F12a.1	% di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto (Antiacidi)	79,76	82,30	84,06

F12a.17	**Antimicrobici**			
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)	32,13	33,48	34,64
F12a.13	Antibiotici: costo medio per confezione		8,92	8,28
F12a.18	**Sistema nervoso**			
F12a.5	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto (Antidepressivi)	87,00	85,58	84,32
F12a.10	% di altri antidepressivi a brevetto scaduto (Antidepressivi)		84,99	79,95
F15	**Efficienza ed Efficacia dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro (PISLL)**			
F15.1	**Copertura del territorio**			
F15.1.4	*Copertura del territorio riferita all'attività di formazione per 1.000 occupati*	6,14	4,62	4,75
F15.1.6	Copertura del territorio riferita ai cantieri edili diversi ispezionati	119,90	114,78	111,17
F15.1.7	*Copertura del territorio riferita ai prodotti finiti 25-26-72*			1,08
F15.1.8	Copertura del territorio riferita al numero aziende agricole controllate			150,14
F15.2	***Efficienza***			
F15.2.2	*Efficienza riferita alle ore di formazione per utenti esterni*	19,30	13,75	14,81
F15.2.4	Efficienza riferita ai Prodotti finiti 25-26-27-72			44,03
F15.2.5	*Efficienza riferita al numero di prescrizioni*			11,19
F15.3	***Risultato***			
F15.3.1	Risultato riferito al Tasso di infortuni standardizzato			32,17
F15.3.3	*Risultato riferito al numero di prescrizioni*			29,88
F15.4	***Flussi***			
F15.4.1	Puntualità rispetto ai flussi		8,33	2,78
F15.4.2	Qualità dei dati rispetto ai flussi			
F16	**Efficienza ed efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN)**			
F16.1	***Flussi informativi***			
F16.1.1	Flussi in ritardo	4,44	0,37	4,82
F16.1.2	Flussi con mosulistica non conforme	0,11		2,01
F16.1.3	Qualità dei dati	0,05	1,82	3,70
F16.2	***Nutrizione***			95,54
F16.2.1	*% Piani nutrizionali completati su previsti*			94,24
F16.2.2	*% Liste di riscontro compilate sui piani nazionali validati*			96,84
F16.3	***Sicurezza Alimentare e Piani Residui***			
F16.3.1	Campioni eseguiti per i piani PNAA e PNR	103,01	101,53	103,47
F16.3.2	Rispetto della programmazione per i piani PNAA e PNR		91,50	96,09
F16.4	***Categorizzazione (Copertura del Territorio)***			
F16.4.1	Numero di Imprese Alimentari Fascia 1			100,00
F16.4.2	Numero di Imprese Alimentari Fascia 2			24,30
F16.5	***Efficienza produttiva***			

F16.5.1	Efficienza produttiva prodotto finito 49		39,16	38,81
F16.5.2	Efficienza produttiva prodotto finito 4		5,67	7,07
F16.5.3	Efficienza produttiva prodotto finito 43		19,38	21,60
F16.6	***Efficacia organizzativa***			
F16.6.1	Non conformità certificazione ISO 9001 : 2000			100,00
F16.6.2	Effettuazione verifiche interne SGQ			95,83
F16.7	***Check-list BND di Teramo***			
F16.7.1	Check-list bovini			8,05
F16.7.2	Check-list ovicaprini			3,80
F16.7.3	Check-list suini			1,56
F16.8	***Farmacosorveglianza***			
F16.8.1	Ingrossi			96,15
F16.8.2	Farmacie		31,00	32,79
	in corsivo li indicatori non di valutazione			
	* Risposte "Ottima" e "Buona", oppure "Moltissimo" e "Molto"			
	**espresso come valutazione in scala tra 0 e 5 in cui 0 corrisponde ad una performance molto scarsa e 5 ad una performance ottima			