



Regione Toscana
Giunta Regionale

Piano Sanitario E Sociale
Integrato Regionale
2018-2020

Informativa preliminare al Consiglio Regionale
ai sensi dell'articolo 48 dello statuto regionale

Firenze, dicembre 2017

INDICE

1	ELEMENTI IDENTIFICATIVI DEL PIANO	3
2	PREMESSA	4
3	QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO-PROGRAMMATICO	6
3.1	Riferimenti normativi	6
3.2	Le relazioni con altri atti di programmazione	7
4	QUADRO CONOSCITIVO	10
4.1	La salute della Regione Toscana: il contesto economico e sociale	10
4.2	La popolazione Toscana	10
4.3	La salute della popolazione toscana	11
4.4	I determinanti di salute	13
4.5	Aree geografiche toscane e popolazioni svantaggiate	14
4.6	La salute del sistema socio sanitario regionale: risultati del ciclo di programmazione 2012-2016	15
5	OBIETTIVI GENERALI	21
5.1	PSSIR – Parole chiave	21
5.2	Dalle parole chiave alle scelte strategiche	22
A.	Da Rete a Permeabilità dei confini	22
□	<i>Gli obiettivi che fanno la differenza: ogni persona si sente a casa</i>	24
B.	Da Responsabilità a Partnership di sistema	25
□	<i>Gli obiettivi che fanno la differenza: ogni persona contribuisce al cambiamento</i>	26
C.	Da Sostenibilità a Valore	27
□	<i>Gli obiettivi che fanno la differenza: ogni persona conta</i>	27
5.3	Gli strumenti di Governance	28
6	RICOGNIZIONE DELLE RISORSE ATTIVABILI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO	31
6.1	Il contesto di riferimento nazionale per le risorse destinate alla spesa sanitaria e sociale	31
6.2	Quadro finanziario di riferimento pluriennale del Piano	31
7	INDICAZIONI VAS AI SENSI DELLA L.R. 10/2010	37
8	INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITA' DI CONFRONTO ESTERNO	37
8.1	La fase di ascolto	37
8.2	Le fasi successive	38
9	DEFINIZIONE DEL CRONOPROGRAMMA	39

1 ELEMENTI IDENTIFICATIVI DEL PIANO

DENOMINAZIONE

Piano Sanitario E Sociale Integrato Regionale 2018-2020

DURATA

2018 – 2020

RIFERIMENTI NORMATIVI

D.Lgs. 502/1992

D. Lgs. 229/1999

L. R. 40/2005

L. R. 41/2005

L.R. 29/2009

L.R. 21/2015

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI

PRS 2016-2020

Patto per la Salute 2014-2016

ASSESSORE COMPETENTE

Stefania Saccardi

DIREZIONE

Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

SETTORE COMPETENTE

Programmazione, Governo dell'innovazione tecnologica e Formazione

ALTRE STRUTTURE REGIONALI COINVOLTE

Tutti i settori della Direzione – Altre Direzioni

2 PREMESSA

I dati contenuti nei più recenti rapporti sullo stato socio-sanitario della popolazione toscana¹ restituiscono l'immagine di una Toscana che, nonostante il periodo di forti rivolgimenti del tessuto sociale ed economico collettivo, ha reagito con fierezza e si colloca ancora ai vertici nazionali nelle principali misure di benessere. Una regione che rispetto al quadro medio italiano risulta più dinamica, più longeva nell'aspettativa di vita, con minori povertà, con maggiori possibilità lavorative, con un sistema di protezione sociale e sanitario più solido, con una maggiore disponibilità di capitale sociale ed uno spirito partecipativo più consistente.

Questi risultati sono stati possibili anche perché il sistema sanitario toscano, che ha una solida tradizione di buoni risultati, è oggi costantemente impegnato nel mantenersi in grado di rispondere ai bisogni delle persone.

L'aspettativa di vita in Toscana cresce da oltre 30 anni più che altrove e le morti evitabili continuano a diminuire; questi fenomeni ci dicono che, in presenza di bassa natalità e con il recente rallentamento dei flussi migratori, è a rischio il ricambio generazionale e si rafforza il processo di invecchiamento: saremo quindi una regione sempre più anziana, nella quale cronicità e non autosufficienza andranno a crescere.

Le cure ospedaliere mostrano di essere efficaci e l'implementazione dei percorsi clinico assistenziali per le più importanti e diffuse malattie croniche ha dato risultati in termini di miglioramento degli esiti, continuità delle cure, educazione e partecipazione dei pazienti. La rete dell'emergenza territoriale ed ospedaliera è capillare e ha dimostrato tempestività ed efficacia degli interventi.

La Toscana è stata costantemente ai vertici negli ultimi anni nella capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza e le scelte politiche hanno mostrato generosità verso i cittadini, offrendo anche livelli ulteriori di assistenza.

Molti progressi sono stati fatti nella promozione di stili di vita più salutari. L'attenzione delle istituzioni e dei cittadini alle questioni ambientali si è dimostrata costantemente elevata.

Questi successi sono confortanti ma non consentono di abbassare il livello di attenzione perché stiamo affrontando sfide nuove e difficili e per il futuro servono visioni adeguatamente rinnovate.

Le famiglie - principale ambito di inclusione e cittadinanza, luogo primario delle relazioni e della cura, ed elemento fondante del welfare - stanno reggendo l'urto di una situazione sempre più complessa ma si sta riducendo la loro capacità di protezione e assistenza.

I confini mobili delle povertà, pur in un quadro assai migliore che nel resto d'Italia, interessano ormai molte categorie di cittadini e famiglie. I recenti miglioramenti del mercato del lavoro toscano e le misure messe in campo per combattere il disagio economico ed abitativo sono degli aspetti confortanti ma occorre un rilancio per affrontare in maniera decisa le situazioni di esclusione sociale create dalla crisi economica in atto.

Permangono variazioni geografiche nella pratica medica e un certo grado di dispersione delle attività della rete ospedaliera. Siamo davanti a reali pericoli quali il calo delle coperture vaccinali e a un nuovo aumento del consumo di tabacco e all'infittirsi di occasioni pericolose di consumo di alcol tra i ragazzi. Aumentano gli incidenti stradali con gravi conseguenze, dopo anni di mitigazione del fenomeno, forse uno dei pochi aspetti

¹ Fonte Agenzia Regionale Sanitaria - "Profilo Sociale Regionale" e "Lo stato di salute dei toscani e del servizio sanitario regionale"

favorevoli della pesante stagnazione economica del paese. Corriamo anche il rischio di non riuscire a fare quelle innovazioni e quegli investimenti che accrescono le opportunità di salute dei cittadini se non saremo particolarmente oculati nel perseguire politiche basate sull'evidenza di valore.

Al fine di mantenere un sistema sanitario universalistico, sembra quindi necessario governare al meglio il progresso tecnologico, con una visione della sanità orientata al soddisfacimento dei bisogni più che alla domanda di prestazioni sanitarie, attraverso una maggior attenzione all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Si impongono necessariamente, a tutti i livelli, principi e criteri idonei a coniugare la legittimità e la correttezza dell'allocazione delle risorse con l'efficacia delle politiche di intervento pubblico, l'efficienza nell'impiego delle risorse, l'economicità della gestione, l'eliminazione degli sprechi, percorso reso sempre più difficile oltre che dalle specificità economiche che connotano la sanità, dalle istanze etiche.

L'obiettivo primario della nostra Regione vuole essere quello di massimizzare le risorse per il bene di tutta la comunità in modo tale che nessuno sia escluso, discriminato o lasciato alla propria solitudine o fragilità. Per tale motivo il nostro sistema socio-politico sceglie di operare sulla cultura dei valori della comunanza e della solidarietà.

I processi di cambiamento strategico e organizzativo che hanno coinvolto il nostro sistema sociosanitario negli ultimi due anni, per quanto innovativi e rigorosi nelle fasi di progettazione delle scelte di fondo, possono entrare in conflitto con assetti fortemente consolidati generando fenomeni di resistenza. E' fondamentale pertanto accompagnare i processi di cambiamento coinvolgendo le comunità dei cittadini e dei professionisti. Il successo dei processi di rinnovamento è legato alla capacità di tradurre l'innovazione organizzativa in un nuovo patrimonio culturale di conoscenze e di competenze: è solo in tal modo che l'innovazione strategica e organizzativa possono produrre risultati in termini di creazione di valore.

A fronte di un contesto sociale dinamico e incerto, e di un sistema, come quello sociosanitario, complesso, anche i processi di programmazione e pianificazione devono adeguarsi, diventando essi stessi dinamici, flessibili e reticolari. Il piano che si intende proporre, infatti, non vuole essere una mera raccolta di progettualità singole che si ricompongono in un documento di intenti e valori, ma si concepisce come uno strumento in cui acquista una particolare rilevanza la capacità del sistema e degli attori di definire, in maniera integrata e coerente ai diversi livelli di governance, obiettivi e standard da raggiungere, individuando le priorità e traducendo le risorse in azioni.

La misurazione costante delle performance ha contribuito ad una solida crescita del sistema delle cure ma adesso occorre spostare il focus dai provider ai cittadini. E' fondamentale intervenire su come la gente interagisce con i servizi assistenziali e con i professionisti sanitari. La crescente disponibilità di fonti e di quantità di informazioni va utilizzata come una risorsa per aumentare la possibilità dei cittadini a gestire la loro salute, partecipare al sistema, essere anche più responsabili verso le risorse economiche e strumentali. Per farlo occorre abbattere le barriere linguistiche e migliorare il grado di alfabetizzazione sanitaria.

Occorre adesso spostare l'attenzione ai risultati di cosa produciamo in termini di benessere e qualità della vita, quanto ciò rende le persone in grado di vivere libere dalle sofferenze, migliorare il loro stato funzionale e la loro possibilità di una vita indipendente e dignitosa. Abbiamo le competenze, le reti di servizi, la maturità delle istituzioni e della società civile. Viviamo in Toscana, è un privilegio che sta a noi mantenere.

3 QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO-PROGRAMMATICO

3.1 Riferimenti normativi

Secondo il D.Lgs. 502/1992 (art. 1, comma 13), il Piano Sanitario Regionale rappresenta “il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale”.

“La programmazione in materia sanitaria e sociale della Regione assicura, in coerenza con gli strumenti della programmazione nazionale, lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale e persegue le finalità del sistema integrato di interventi e servizi sociali definito dalla L.R. 41/2005” (art. 8, L.R. 40/2005).

Il PSSIR “è lo strumento di programmazione intersettoriale con il quale la Regione, nell’ambito del programma regionale di sviluppo, definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale e i criteri per l’organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali integrati in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione” (art. 18, L.R. 40/2005).

Con la L.R. 15/2017 la Regione Toscana ha completato il processo di razionalizzazione e semplificazione introdotto dal modello di programmazione definito dalla LR 1/2015.

Il PRS 2016-2020 ha previsto che per la legislatura corrente le politiche contenute nel Piano di indirizzo integrato per le politiche sull’immigrazione e il Piano per lo sport confluiscono nel nuovo PSSIR.

Il Piano di indirizzo integrato per le politiche sull’immigrazione trova riferimento nella LR 29/2009 “Norme per l’accoglienza, l’integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana”, all’interno della quale sono definiti indirizzi ed obiettivi con riferimento alle seguenti politiche di intervento a favore dei cittadini stranieri:

- a) accesso al sistema integrato per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale;
- b) diritto alla salute con particolare riferimento ai soggetti vulnerabili;
- d) interventi per i minori non accompagnati;
- e) interventi contro la tratta e lo sfruttamento;
- f) interventi a favore dei detenuti.

Analogamente, confluiscono nel nuovo PSSIR i contenuti previsti dalla L.R. 21/2015 “Promozione della cultura e della pratica delle attività sportive e ludico-motorie-ricreative e modalità di affidamento degli impianti sportivi” all’art. 4 (Piano per lo sport):

Il piano per lo sport individua gli obiettivi, le tipologie di intervento e i relativi criteri generali per la loro attuazione, in coerenza con il programma regionale di sviluppo, ai sensi dell’articolo 10 della legge regionale 7 gennaio 2015, n. 1 (Disposizioni in materia di programmazione economica e finanziaria regionale e relative procedure contabili. Modifiche alla l.r. 20/2008) e nell’ambito delle risorse definite con legge di bilancio. Il piano definisce in particolare:

- a) indirizzi per il raccordo con la programmazione degli enti locali, in coerenza con l’articolo 5 della l.r. 1/2015, favorendo il concorso degli altri soggetti istituzionali e la partecipazione dei soggetti dell’associazionismo sportivo;
- b) indirizzi e criteri per la definizione del fabbisogno di spazi, impianti ed attrezzature;
- c) indirizzi e criteri per gli interventi di sostegno finanziario all’impiantistica sportiva, destinati agli enti locali, ad altri enti pubblici, nonché ai soggetti previsti dall’articolo 90, comma 17, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato “legge finanziaria 2003”);

- d) indirizzi e criteri per gli interventi di sostegno finanziario alle manifestazioni sportive, destinati ai soggetti di cui alla lettera c);
- e) indirizzi e criteri per la definizione di strategie coordinate con gli enti locali per l'adeguamento e l'abbattimento delle barriere architettoniche del sistema di spazi, impianti ed attrezzature;
- f) indirizzi e criteri di sostenibilità ambientale degli interventi di infrastrutturazione e di ottimizzazione delle condizioni di gestione;
- g) indirizzi e criteri per la promozione di specifiche attività formative, di aggiornamento e di perfezionamento degli operatori dell'area dei servizi alla persona e degli addetti alla gestione delle strutture e degli impianti sportivi;
- h) indirizzi e criteri per la redazione, l'individuazione ed il finanziamento dei progetti di attività a carattere regionale;
- i) indirizzi per l'attività fisica per i diversamente abili;
- l) indirizzi e criteri per lo sviluppo di sinergie con altri piani o programmi regionali.

Lo strumento attuativo delle politiche socio-sanitarie al momento in vigore è il PSSIR 2012-2015; pertanto, anche sulla base di quanto riportato in premessa e dei nuovi bisogni emersi, si rende necessaria la definizione di un nuovo Piano per il periodo 2018/2020, proseguendo in continuità con il processo iniziato, nella precedente programmazione, con il rafforzamento dei diritti di cittadinanza sociale.

3.2 Le relazioni con altri atti di programmazione

Ad oggi il Piano Sanitario nazionale (PSN) vigente resta quello approvato con il DPR 7 aprile 2006 (PSN 2006-2008) in quanto l'iter del PSN 2011-2013, approvato in via preliminare dal Consiglio dei ministri il 21 gennaio 2011, dopo l'acquisizione dell'intesa espressa dalla Conferenza Unificata il 22 settembre 2011 e l'espressione del parere, in data 8 novembre 2011, anche della XII Commissione permanente della Camera dei Deputati, non si è completato con l'approvazione definitiva del Consiglio dei ministri e l'adozione del successivo decreto del Presidente della Repubblica.

Pertanto, a livello nazionale, uno strumento di coordinamento delle politiche sanitarie è rappresentato dal Patto per la Salute, un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. I punti principali del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, siglato il 10 luglio 2014, sono i seguenti:

- rendere il sistema sanitario sostenibile di fronte alle nuove sfide - l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata;
- garantire a tutti l'accesso alle cure, ai farmaci e uno standard qualitativo di assistenza;
- aggiornare i Lea anche rispetto a nuove cure più efficaci e inserendo tutte le malattie rare;
- porre il malato al centro: l'umanizzazione delle cure come fulcro del nuovo Patto;
- riorganizzare gli ospedali, potenziando la medicina del territorio creando una rete d'assistenza molto più efficiente e capillare e rafforzando il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

In riferimento al Programma Regionale di Sviluppo 2016-2020 (PRS), il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) sviluppa le linee di indirizzo delle politiche integrate

socio sanitarie ivi contenute, comprese quelle in materia di sicurezza e salute del lavoro, delle politiche per la promozione della cultura e della pratica sportiva e delle politiche per l'accoglienza, la tutela e l'integrazione partecipe dei cittadini stranieri. Le strategie del PRS sono attuate anche tramite piani o programmi di carattere settoriale o intersettoriale (art.10 L.R. 1/2015).

L'Area che nel PRS riguarda Diritti di cittadinanza e coesione sociale è declinata nelle seguenti politiche:

1. Politiche integrate socio sanitarie, che realizzano priorità strategiche riconducibili ai seguenti progetti regionali:

- Politiche per il mare, per l'Elba e l'Arcipelago Toscano
- Politiche per la montagna e per le aree interne
- Ricerca, sviluppo e innovazione
- Giovanisi
- Lotta alla povertà e inclusione sociale, con i seguenti obiettivi:
 - Sostenere i soggetti più deboli per l'inserimento e il reinserimento lavorativo.
 - Rafforzare la rete di protezione sociale.
 - Migliorare le condizioni di vita e di lavoro per le persone svantaggiate e con disagio impegnate nell'attività agricole (agricoltura sociale) ed offrire nuove opportunità di reddito all'agricoltore.
 - Attenuare le condizioni di disagio delle persone e delle famiglie.
- Tutela dei diritti civili e sociali, con i seguenti obiettivi:
 - Sviluppo di interventi e strumenti a sostegno della disabilità.
 - Sostegno al mondo della non autosufficienza.
 - Prevenzione e riduzione delle dipendenze patologiche e tutela della salute mentale.
 - Potenziamento del sistema degli interventi delle politiche sociali.
 - Tutelare i diritti dei consumatori e attivare politiche di genere.
 - Promuovere un approfondimento, inizialmente definito e circoscritto ad ambiti specifici, finalizzato a estendere le tutele, allargare la platea degli attori impegnati, assumere le comunità di appartenenza come riferimento, in una logica di co-progettazione e co-produzione delle risposte con gli stakeholder toscani".
- Riforma e tutela della qualità sanitaria, con i seguenti obiettivi:
 - Aumentare la partecipazione dei cittadini e dei professionisti.
 - Superare le criticità nella gestione delle liste d'attesa.
 - Garantire la qualità di assistenza ai cittadini e favorire la sostenibilità del sistema.
 - Implementare un sistema reticolare dell'assistenza clinico sanitaria finalizzato a integrare tra loro la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza urgenza e le reti socio-sanitarie territoriale e di prevenzione.
 - Promuovere l'utilizzo dell'Health Technology Assessment come strumento di lavoro e di governo.
 - Incrementare la capacità di ricerca del Servizio Sanitario Regionale per migliorarne la capacità di diagnosi, assistenza e cura.
 - Implementare le azioni e gli interventi previsti dal Piano regionale Prevenzione.
 - Sviluppare gli interventi per la ulteriore riduzione complessiva degli infortuni sul lavoro.

- 2. Politiche per la promozione della cultura e della pratica dell'attività sportiva e motorio ricreativa**, finalizzate alla integrazione delle azioni con gli interventi legati alle politiche sanitarie, educative, formative, culturali e ambientali al fine di promuovere lo sport e l'attività motorio ricreativa sul territorio toscano al fine di :
- garantire la pari possibilità di accesso per tutti alla pratica sportiva e motorio ricreativa quale diritto di ogni cittadino toscano;
 - la promozione della salute attraverso la pratica delle attività sportive e motorio ricreative;
 - la promozione della integrazione sociale quale elemento fondamentale per lo sviluppo del welfare regionale.
- 3. Politiche per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri**, orientando gli interventi allo sviluppo di un sistema integrato di opportunità e servizi per favorire l'inclusione linguistico-culturale e socio-economica dei cittadini presenti sul territorio, mirando soprattutto a garantire l'omogeneità e la qualificazione dell'offerta formativa per l'apprendimento della lingua italiana e a promuovere lo sviluppo di percorsi di sostegno socio-lavorativo. Si intende inoltre proseguire l'attività di promozione dell'accesso ai servizi al fine di facilitare e qualificare i percorsi di inclusione attraverso l'organizzazione di un sistema integrato di servizi territoriali (lavoro, integrazione, alloggio, salute e istruzione).

Nel PRS 2016-2020 è sottolineato il fatto che nella precedente legislatura l'approvazione del PSSIR è avvenuta soltanto alla fine del 2014, e che pertanto numerose indicazioni in questo contenute sono da ritenersi tuttora confermate. Inoltre viene precisato che il nuovo PSSIR potrà concentrare l'attenzione su alcuni temi di particolare rilevanza e da sviluppare soprattutto sugli interventi indicati nel Progetto Regionale dedicato a "Riforma e sviluppo della qualità sanitaria".

La programmazione regionale segue una logica integrata tra le singole politiche settoriali. Questo richiede il coinvolgimento e il supporto delle relative strutture direzionali. L'integrazione e l'interdipendenza rendono ancora più stringente l'esigenza di una identificazione chiara del PSSIR, pur tuttavia nel contesto tracciato dal PRS, così che gli obiettivi generali e le strategie possano essere implementati considerando anche gli obiettivi di altre politiche settoriali contenute in altri "strumenti", attraverso un processo di reciproco adattamento.

Nella proposta del PSSIR il sistema sociale e sanitario deve trovare un frame, un inquadramento delle idee, che rimarchi alcune nuove tendenze, ma anche necessità:

- ✓ per quanto riguarda il ruolo della pubblica amministrazione, da government a governance;
- ✓ per quanto riguarda la programmazione, da gerarchia a negoziazione tra attori della rete;
- ✓ per quanto riguarda le risorse finanziarie, da gestione della spesa a creazione di valore.

In questa direzione il PSSIR cercherà di orientare il posizionamento del sistema di welfare toscano individuando i bisogni ai quali dare risposta, definendo quali di essi siano prioritari, ricomponendo le risposte attraverso strumenti di connessione e integrazione, creando nuovo valore nella rete e riprogettando gli interventi e i servizi a partire dai bisogni prioritari che sono stati individuati.

4 QUADRO CONOSCITIVO

4.1 La salute della Regione Toscana: il contesto economico e sociale

Nel confronto nazionale la Toscana non è una regione povera. Non lo è per il livello del reddito disponibile goduto dalle famiglie, che risulta essere maggiore di quello italiano e di molte regioni del centro nord; non lo è per la distribuzione del tenore di vita, che è più omogenea che altrove; non lo è, infine, per la dotazione, la qualità e l'accesso ai servizi sociali e sanitari, che fanno del *welfare* toscano un modello di riferimento per il contesto nazionale ed internazionale. Nel tempo si è consolidata la coesione sociale, anche per la presenza di un diffuso mondo del volontariato, delle cooperative, delle associazioni, a fianco delle istituzioni per rispondere ai bisogni della collettività.

Sotto il profilo economico, nel 2016 l'economia toscana è tornata a crescere, segnando un aumento di circa un punto percentuale del Prodotto Interno Lordo. Una ripresa ancora insufficiente a superare la prolungata crisi economica iniziata nel 2008 che ha interessato non diversi paesi internazionali.

I riflessi della crisi si avvertono anche nelle fragilità del mercato del lavoro e delle famiglie. Cresce il fenomeno della disoccupazione, nel 2016 vi sono 75 mila unità in più rispetto al 2008, con un tasso al 9,5%. In particolare, aumenta di 14 punti la disoccupazione giovanile. La "questione giovanile" culmina nei NEET (not engaged in education, employment or training) pari al 20% della popolazione degli under 30, che si trovano in condizione di disoccupazione (45% del totale) e inattività (55%).

La povertà relativa, ossia la quota di famiglie che hanno una condizione economica inferiore a quella necessaria per accedere agli stili di vita prevalenti, è cresciuta dal 2008 al 2014 dal 9,2 per cento all'11,6 per cento. La povertà assoluta, che indica le famiglie che vivono sotto il minimo vitale, è salita invece nel medesimo periodo dall'1,6 per cento al 3,3 per cento. Nel 2016 erano povere in senso assoluto in Toscana circa 54 mila famiglie e 139 mila individui: nel 2008 lo erano circa 25 mila famiglie e 52 mila individui.

L'aumento della povertà è stato più rilevante, tra le famiglie con più componenti e tra quelle in cui sono presenti minori, all'interno delle quali, più probabilmente, sono presenti componenti in età da lavoro. In generale la crisi ha aumentato la povertà e la disuguaglianza producendo significative divergenze nei tenori di vita fra i lavoratori e i pensionati e, all'interno della categoria dei lavoratori, fra le generazioni più giovani e quelle presenti nel mercato del lavoro da più tempo. La crisi ha fatto emergere, quindi, nuovi rischi sociali, che si sono sommati ad altri già esistenti, come quelli legati alle dinamiche demografiche. In seguito all'invecchiamento della popolazione e al contestuale calo della natalità la società toscana è oggi composta sempre di più da anziani e sempre meno da giovani.

4.2 La popolazione Toscana

Una popolazione anziana, dove non si arresta il calo delle nascite

La popolazione toscana al 1° gennaio 2016 ammonta a 3.744.398 persone (-8.256 unità dal 2015), il 52% donne. È una delle popolazioni più anziane in Italia, dopo Liguria, Friuli V.G. e Molise, quasi 1 milione di persone hanno più di 64 anni (25%) e quasi 500 mila meno di 15 (13%). Ogni 2 giovani con meno di 15 anni si contano circa 4 anziani (3 a livello nazionale). Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è ben evidenziato anche dalla quota degli ultra74enni, pari al 13% della popolazione (492 mila persone) e destinato ad aumentare ancora nei prossimi anni.

Continuano a diminuire le nascite, nel 2016 sono nati poco più di 27mila bambini, 7,2 ogni 1.000 abitanti (7,8 nel 2014 in Toscana), valore inferiore a quello nazionale (8 x1.000). La

natalità dal 2004 è in calo, in tutto il paese; anche tra le donne straniere ha visto realizzarsi una leggera flessione nell'ultimo triennio anche se i parti nel 2016 sono nuovamente in aumento (7.900 parti), raggiungendo il 28,9% del totale.

Gli stranieri residenti

Gli stranieri residenti in Toscana nel 2016 sono circa 400 mila, di cui il 54% donne, e sono raddoppiati nell'arco di un decennio. Negli ultimi anni si assiste ad una diminuzione dei flussi migratori, ovvero si stabilizzano le comunità straniere già presenti da tempo sul territorio regionale ma diminuisce l'attrattività per i nuovi arrivi, anche per il calo di appeal lavorativo). Se questa dinamica si consolidasse negli anni a venire sarebbe a rischio una quota importante di ricambio generazionale e di ringiovanimento della società toscana. La presenza straniera in Toscana è circa il 2% più alta della media nazionale, la nostra regione attira circa l'8% degli stranieri residenti in Italia, che risiedono principalmente nei centri urbani di Prato, Firenze, Arezzo, Empoli e Pisa, nella provincia tra Siena, Livorno e Grosseto (colline metallifere in particolare) e vicino a distretti industriali o manifatturieri: Piana di Lucca, Valdarno, Casentino e Valdarno inferiore. Gli immigrati sono molto più giovani rispetto agli italiani: il 62% ha meno di 40 anni e solo il 4,2% ha più di 65 anni. I principali paesi di provenienza sono la Romania (21%), Albania (17%) e Cina (12%).

Le famiglie

Le dinamiche demografiche associate ai cambiamenti culturali e negli stili di vita stanno modificando anche le strutture e le reti familiari. Secondo i dati dell'ultimo censimento, in Toscana il 32% delle famiglie è composto da una sola persona, il 22,2% da una coppia senza figli, il 31,1% da una coppia con figli, il 9,8% da un genitore solo con figli. La famiglia "tipica" composta da una coppia di coniugi con due figli non è più così comune. Mentre aumentano le famiglie *single*, soprattutto composte da anziani, e quelle con due componenti, senza figli. La famiglia rischia di perdere il ruolo di ammortizzatore sociale che l'ha da sempre contraddistinta nel sistema di *welfare* mediterraneo.

4.3 La salute della popolazione toscana

Tra le regioni più longeve, ma arretra la speranza di vita

La Toscana è tra le regioni italiane con la mortalità più bassa, 814 decessi ogni 100mila abitanti (853 in Italia). Circa due terzi dei decessi sono dovuti a tumori e malattie circolatorie, i progressi nella cura di queste patologie hanno quindi contribuito alla progressiva diminuzione della mortalità generale, in particolare in Toscana, dove i tassi di mortalità sono più bassi della media italiana. Ogni 100 mila toscani muoiono mediamente 268 persone per malattie dell'apparato circolatorio (286 in Italia) e 242 per tumori (251 in Italia). La Toscana è inoltre tra le regioni con i valori più bassi di mortalità evitabile. Sono circa 6mila le morti che si potrebbero evitare ogni anno con azioni efficaci di prevenzione primaria, diagnosi precoce, igiene e assistenza sanitaria, pari a 166 decessi ogni 100mila abitanti (186 in Italia) (fonte: Istat 2013). Nel 2015 c'è stato un notevole aumento dei decessi: +9,3% rispetto al 2014 in Toscana, con incrementi evidenti nei mesi invernali ed estivi (in Italia l'aumento è stato dell'8,2%). In totale i decessi toscani sono stati circa 45mila. Nel 2015 arretra la speranza di vita, pur mantenendosi tra le regioni italiane più longeve, in Toscana scende a 81,2 anni per gli uomini e 85,6 per le donne (stima provvisoria ISTAT).

Donne più longeve degli uomini ma in condizioni di salute peggiori

La speranza di vita alla nascita sancisce un netto vantaggio per le donne, che in Toscana, rispetto agli uomini, sono più virtuose: fumano meno (17% vs 28%), non eccedono con

l'alcol (20% vs 38% alcol fuori pasto), consumano più frutta e verdura e più raramente sono in sovrappeso o obese (37% vs 54%), anche se mediamente sono più sedentarie degli uomini (39% vs 33%). Le differenze di genere per gli stili di vita a rischio, soprattutto per il fumo, si stanno però progressivamente annullando tra i giovani. Dal 2012 i tumori sono, per la prima volta, la prima causa di morte tra gli uomini (polmone e colon retto in testa), mentre permangono al primo posto le malattie circolatorie per le donne, che inoltre muoiono più frequentemente degli uomini per malattie del sistema nervoso, meno per cause accidentali. Per quanto riguarda i principali problemi di salute, le donne hanno meno problematiche relative al sistema cardio-circolatorio: meno infarti (171 vs 374 x 100 mila), ictus (219 vs 297 x 100 mila) e scompenso cardiaco (prevalenza: 18 vs 23 x1.000). Meno frequente anche il diabete (prevalenza 66 vs 79 x1.000), mentre è doppio l'uso di farmaci antidepressivi (13 vs 6 x1.000). Infine, frattura di femore e osteoporosi sono due problemi di salute caratteristici del genere femminile.

Gli anziani toscani più in salute, ma percepiscono un lieve peggioramento della propria salute

Migliora lo stato di salute e quindi anche l'aspettativa di vita a 65 anni: quasi 23 anni per le femmine e quasi 20 per i maschi. Crescono gli anziani soli (circa 240.000), in parte a testimonianza del buon livello di salute e autonomia, in parte sintomo di un presente rischio di isolamento sociale. In Toscana un anziano su tre (43% degli uomini e 28% delle donne) dichiara di stare bene o molto bene. La percezione dell'essere in buona salute in Toscana è più alta che in Italia (35% vs 32%), ma, mentre il dato italiano resta sostanzialmente stabile, il trend toscano è in diminuzione negli ultimi due anni (-3% circa) (Istat 2013). Inferiori alla media nazionale gli anziani che hanno 3 o più malattie croniche (28% vs 33%). Le malattie croniche di lunga durata colpiscono il 54% degli anziani toscani (57% in Italia), ma solo il 16% riporta limitazioni quotidiane gravi causate da problemi di salute. Le malattie del cuore (8% degli anziani toscani, 9% in Italia) e la bronchite cronico ostruttiva (11% vs 12%) sono in diminuzione, mentre aumentano diabete (17% vs 18%) ed ipertensione (45% vs 50%). Con l'invecchiamento della popolazione e, al contempo, la presenza sempre più frequente di nuclei unipersonali, crescono i bisogni sanitari e sociali. In Toscana erano presenti oltre 86mila anziani non autosufficienti nel 2014, di cui circa 10mila assistiti in residenze socio sanitarie. Proiettando questi numeri nel futuro, in base all'evoluzione demografica della struttura della popolazione toscana, e assumendo che ogni anno guadagnato in termini di speranza di vita sia speso, mediamente, per metà in buona salute, è previsto fra dieci anni (2025) un aumento di circa il 15 per cento della platea di ultra 65enni (99 mila) non autosufficienti in Toscana. Aumento che sarà del 21 per cento (105 mila) fra quindici anni (2030).

Tumori e malattie croniche in media, ma attenzione all'invecchiamento

Ogni anno si diagnosticano circa 26mila nuovi tumori in Toscana (esclusi i tumori cutanei): circa 770 casi ogni 100mila uomini e 660 ogni 100mila donne. I tumori più frequenti tra gli uomini colpiscono il colon-retto (120 x 100 mila), prostata (119) e polmone (102), tra le donne mammella (177 x 100 mila), colon-retto (89) e polmone (51). I toscani in vita con una diagnosi di tumore maligno sono circa 184 mila (4.600 ogni 100mila uomini e 5.300 ogni 100mila donne).

Escludendo i tumori, i malati cronici in Toscana sono circa 1 milione e 400mila, pari al 38% della popolazione e in linea con la media italiana (Istat 2015). Circa 570 mila toscani sono ipertesi (15% della popolazione), 561 mila affetti da artrosi/artrite (15%), 253 mila da osteoporosi (7%), 181 mila da bronchite cronico ostruttiva (5%), 170mila i diabetici (5%), 147mila affetti da malattie del cuore (4%). In assenza di azioni di prevenzione il numero di

malati cronici in Toscana è destinato ad aumentare in conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione.

4.4 I determinanti di salute

Diminuiscono i fumatori, ma attenzione ai giovani

L'abitudine al fumo in Toscana negli ultimi 30 anni è in diminuzione, come in Italia, ma nella nostra regione i fumatori sono più della media nazionale. Nel 2015 i fumatori toscani over 14 anni erano il 20,5% (tra gli uomini il 23,4%, tra le donne il 17,9%) della popolazione generale circa un punto percentuale in più della media nazionale (fonte: Indagine Multiscopo ISTAT 2013). La diminuzione più marcata, che determina la riduzione generale, è tra gli uomini (nel 1980 il 52% degli uomini toscani fumava), mentre la percentuale di donne fumatrici è più stabile, avendo storicamente valori più bassi (il 19% fumava nel 1980).

In Toscana, nel 2015, la quota più alta di fumatori è nella fascia di età 35-49 anni (28,8%), superiore rispetto alla media nazionale (24,85). In particolare è quella dove si registra la differenza maggiore rispetto all'Italia tra le donne (+8%). In generale l'abitudine al fumo è ancora più diffusa tra le persone con livelli d'istruzione più bassi e maggiori difficoltà economiche.

L'abitudine al fumo tra gli adolescenti, pur in riduzione dal 2011, è estesa: il 22% dei 14-19enni fuma, il 24% tra le ragazze e il 21% tra i ragazzi (fonte: Indagine EDIT 2015).

Consumi di alcol più alti della media, stabili i comportamenti a rischio tra i giovani

La Toscana è la prima regione italiana per consumo medio quotidiano di alcol (grammi giornalieri), in entrambi i generi. La bevanda alcolica più diffusa è ancora il vino, in diminuzione però, seguito dalla birra. Il consumo di alcolici fuori dai pasti interessa poco più di un quarto della popolazione generale, come in Italia (fonte: ISTAT) ma risulta in aumento soprattutto tra i giovani.

I *binge-drinkers*, consumatori di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione, rappresentano il 6% dei toscani ed il 7% degli italiani. Il fenomeno è più diffuso tra i giovani (16% dei 18-34enni) e i maschi (9% contro il 3% tra le donne). Tra gli adolescenti toscani (14-19enni) i consumi eccedentari di alcol interessano una quota significativa che arriva al 50% per le ubriacature, dato stabile negli ultimi 5 anni. Anche in questa fascia d'età il fenomeno interessa più i maschi rispetto alle femmine.

Molti i sedentari, dieta e peso sotto osservazione

L'attività fisica, anche se moderata e non praticata a livello agonistico, svolge un'azione di prevenzione sulla insorgenza di alcuni tra i disturbi e le malattie oggi più frequenti: diabete di tipo 2, malattie cardiocircolatorie (infarto, miocardico, ictus, insufficienza cardiaca), tumori.

I toscani praticano sport con più regolarità rispetto all'Italia, il 31,7% è tuttavia totalmente sedentario. Come nel resto d'Italia la sedentarietà è più diffusa tra le donne (35,3%) rispetto agli uomini (27,9%) (fonte: ISTAT 2015). Un toscano su tre quindi non fa alcuna attività sportiva.

Per quanto riguarda le abitudini alimentari, si fanno ancora sentire gli effetti della crisi economica sui consumi, in riduzione (fonte: ISTAT 2013). La flessione si osserva per quasi tutti gli alimenti, con le sole eccezioni di dolci/snack salati (probabilmente per il basso costo), e pane, pasta, riso, latte e legumi (alla base della dieta quotidiana e poco costosi rispetto ad altre categorie).

Tra i bambini toscani di 8-9 anni il sovrappeso (21,4%) è in linea rispetto al dato nazionale (21,3%) mentre l'obesità (5,5%) è da anni meno diffusa rispetto all'Italia (9,3%) (fonte:

Indagine Okkio alla Salute 2016). Attenzione agli adulti, dove quasi una persona su due è almeno in sovrappeso, dato comunque in linea con la media italiana. Gli adulti toscani in sovrappeso sono il 35,7%, gli obesi il 9,5% (fonte: ISTAT 2015).

Consumo di sostanze costante, ma aumenta la varietà e la facilità nel procurarsele

Il consumo di sostanze tra i giovani è in lieve crescita. Nel 2015 un terzo dei toscani delle scuole superiori ha dichiarato di aver fatto uso di sostanze nell'anno (36% dei maschi, 27% delle femmine), mentre il 22% ne fa un uso più frequente (almeno una volta nell'ultimo mese) (fonte: Indagine EDIT 2015). I consumi sono in linea o al di sotto della media italiana per cocaina, stimolanti, allucinogeni ed eroina, lievemente al di sopra per la cannabis.

Il quadro delle conseguenze sanitarie nella popolazione generale è piuttosto stabile. Tra gli utenti in carico ai Servizi per le tossicodipendenze (SERT), 16 mila nel 2015 (di cui 4mila nuovi) aumenta l'età media, sia tra quelli già in carico (da 28 a circa 37 anni) che tra i nuovi (da 27 a circa 33). Diminuisce l'eroina (da 90% a 65%), in aumento cocaina (da 6% a 17%) e cannabinoidi (da 2% a 16%) come sostanza principale.

Seconda regione in Italia per numero di incidenti stradali e feriti

La Toscana è al secondo posto per numero di incidenti stradali rispetto alla popolazione, seconda solo alla Liguria. Nel 2015 sono stati circa 16mila, 423,6 ogni 100mila abitanti. La nostra regione purtroppo si colloca al secondo posto anche per numero di feriti, 21mila, 560 ogni 100mila abitanti (407 in Italia), mentre scendiamo al settimo posto per numero di decessi, 247 nel 2015, 6,6 ogni 100mila abitanti (5,7 in Italia). Nel 2015 circa 52mila toscani, principalmente giovani tra i 15 e i 20 anni, sono andati al Pronto Soccorso per traumi a seguito di un incidente stradale (+45% rispetto al 2014), in un caso su cinque si trattava di eventi gravi (codici triage giallo o rosso).

4.5 Aree geografiche toscane e popolazioni svantaggiate

Stranieri: la crisi si sente, la gravidanza è l'anello di congiunzione tra migranti e SSR

Gli studenti provenienti da famiglie immigrate sono 52mila (13% del totale), 68 mila sommando i servizi per l'infanzia. Migliora l'inserimento scolastico, ma restano le criticità: tasso di accoglienza dei servizi per l'infanzia minore di quello italiano (1/10 vs 1/3 tra gli italiani), tasso di scolarizzazione secondaria dei 20-24enni pari al 38% (metà di quello italiano), esiti negativi doppi degli italiani, ritardo scolastico. Preoccupano i giovani tra i 15-29enni: il 30% è fuori dal percorso educativo-formativo e privo di occupazione (19% tra gli italiani), percentuale in netta crescita rispetto al 2008. L'utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione straniera residente è cresciuto e, per alcuni aspetti, migliorato nel tempo.

La mortalità è in diminuzione grazie a un maggiore coinvolgimento degli stranieri nell'attività di prevenzione e cura. L'ospedalizzazione è minore di quella degli italiani: 162 ricoveri ogni 1.000 uomini (300 tra gli italiani) e 134 ogni 1.000 donne (230 tra le italiane) nel 2015. Principalmente sono ricoveri per parto o condizioni legate alla gravidanza (41% del totale vs 13% tra gli italiani). I parti da donne straniere, raddoppiati dal 2001, sono stati 7.616 nel 2015 (27% dei totali), ma diminuiti nell'ultimo triennio (-11% dal 2012), come tra le italiane. Le straniere sono seguite prevalentemente da consultori (65% vs 16% delle italiane, seguite da ginecologo privato nel 72% dei casi). L'accesso all'assistenza migliora, ma ancora il 10% effettua la prima visita in gravidanza dopo la 12a settimana (3% tra le italiane), il 13% esegue meno di 3 ecografie (5% tra le italiane).

Giovani e minori: attenzione a scuola, inserimento lavorativo e problematiche familiari

I minori in Toscana sono circa 572 mila (15% della popolazione), i giovani 18-29enni 400mila (11%). Il 42% dei 25-34enni vive in casa dei genitori, nonostante 1 su 2 abbia un lavoro. Questo ritardo incide sulla costruzione di un proprio nucleo familiare e ritarda l'età alla genitorialità, contribuendo al processo di invecchiamento della popolazione. I livelli di istruzione e di abbandono scolastico (14%) sono uguali o inferiori alla media italiana, ma peggiora il ritardo scolastico sul ciclo regolare (15% degli alunni totali non è in pari, 30% della scuola secondaria di II grado). Le famiglie hanno più difficoltà e c'è un leggero aumento delle problematiche familiari anche in relazione ai casi di devianza registrata dalle autorità amministrative e giudiziarie.

Disabilità: migliorare l'inserimento e l'accessibilità

Le indennità di accompagnamento agli invalidi erogate dall'INPS ammontano a 100mila, di cui l'80% ad anziani. I bambini con disabilità inseriti nel sistema educativo e scolastico nel 2015-'16 sono più di 12mila, nelle scuole primarie e secondarie sono circa il 3% degli iscritti, in crescita, ma 4 su 10 non hanno a disposizione un posto di sostegno. Gli iscritti al collocamento mirato presso i centri per l'impiego nel 2014 sono 36 mila, in aumento dai 31mila del 2008, gli avviamenti annuali però diminuiscono da 2.600 a 1.500, risentendo probabilmente della crisi economica. In generale gli inserimenti sono 4 ogni 100 iscritti, quota molto bassa che evidenzia la difficoltà del mercato lavorativo nell'accogliere questi lavoratori.

Aree fragili e diseguaglianze: criticità di accesso ai servizi e azioni di prevenzione primaria

Anche se il sistema socio sanitario toscano, come tutti i sistemi sanitari universalistici, rappresenta la maggiore garanzia di equità sul versante del finanziamento e dell'accesso ai servizi, nella fase matura del suo sviluppo sta registrando un allargamento del gap di salute tra differenti gruppi socio-economici. L'impatto stimato del basso livello di istruzione in Toscana in un anno è tra i 70 e i 110 decessi per 100mila persone. Le diseguaglianze tendono a concentrarsi anche geograficamente. Recentemente nuove classificazioni hanno individuato le c.d. "aree fragili" (zone interne con processi di spopolamento, molti anziani, patrimonio immobiliare di basso valore, limitate presenze turistiche, basso reddito e scarse attività produttive) che in Toscana ritroviamo lungo l'arco appenninico e nella parte centro-meridionale (Val di Cecina interna, Colline metallifere, campagna grossetana). Queste aree sono svantaggiate sul versante dell'equità di accesso ai servizi, ma presentano anche peculiarità di salute: una maggiore mortalità maschile (+6% della media regionale), gran parte della quale per cause evitabili, riconducibili ad azioni di prevenzione primaria (nel lungo periodo il 60% di queste morti potrebbe essere evitato). In queste zone si rilevano difficoltà di accesso ai servizi, con accessi alle prestazioni ambulatoriali da parte degli anziani residenti minori della media regionale, in particolare per la diagnostica strumentale.

4.6 La salute del sistema socio sanitario regionale: risultati del ciclo di programmazione 2012-2016

Una delle regioni con i migliori risultati di performance del sistema sociosanitario

Dalla griglia LEA adottata dal Ministero della Salute per valutare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza nelle regioni emerge che, a livello nazionale, la Regione Toscana nel quinquennio 2010-2015 ha registrato performance positive e miglioramenti costanti; dal 2013 al 2016 è al primo posto nella classifica ministeriale. Il bersaglio 2016 della

Toscana, che sintetizza la valutazione della performance di circa 500 indicatori mostra risultati complessivamente molto positivi ed in costante miglioramento. Nel 2016, infatti, la Regione è migliorata in più del 52% degli indicatori misurati.

In considerazione delle buone performance che il sistema sociosanitario ha raggiunto negli anni ed il nuovo assetto istituzionale, la Regione si è posta come obiettivo prioritario quello di garantire una maggior integrazione del sistema a tutti i livelli di *governance*. In questo senso, obiettivo finale è quello di assicurare una sostanziale equità nelle prestazioni in termini di accesso, qualità ed appropriatezza. Tale garanzia è stata alla base delle azioni che il sistema ha messo in atto con l'obiettivo di riduzione della variabilità geografica.

La percentuale degli indicatori migliorati in trend e con bassa variabilità è passata dal 39% nel 2014, al 47% nel 2015 fino ad arrivare al 52% nel 2016. Tale percentuale mostra quindi come il sistema si stia muovendo non solo verso una migliore qualità del servizio, testimoniata dal miglioramento degli indicatori in trend, ma anche verso una maggiore garanzia di equità, testimoniata dalla bassa variabilità mostrata dagli stessi indicatori. D'altra parte, però, la percentuale di indicatori molto critici nel 2016 si attesta intorno all'11%. Per questo gruppo di indicatori la variabilità bassa ed il trend in peggioramento testimonia un allontanamento dagli obiettivi e un appiattimento delle aziende e del sistema stesso su performance potenzialmente critiche.

Il diritto di vivere in salute e sicurezza: aumentano l'efficacia e l'efficienza delle attività della Prevenzione e sicurezza, ma diminuiscono le coperture vaccinali

Nonostante il costante impegno regionale nella promozione della profilassi vaccinale, negli ultimi anni si è assistito a un calo generalizzato delle coperture. In Toscana, tra le diverse vaccinazioni che hanno registrato un grande calo c'è quella antinfluenzale per gli over sessantacinquenni, scesa di più di cinque punti percentuali e attestata poco sopra il 54%, molto al di sotto dell'obiettivo regionale del 75%. Più contenuti invece sono stati i cali nelle vaccinazioni effettuate ai bambini al compimento del 24esimo mese di vita. I tre programmi di screening oncologici (mammografico, cervice e colon-retto) hanno mantenuto ottimi livelli di adesione ed estensione, tra i più alti a livello nazionale, ed in qualche caso hanno fatto registrare sensibili miglioramenti tra il 2012 e il 2016 (ad esempio l'estensione allo screening coloretale).

Così come da *mission* dei dipartimenti aziendali della prevenzione, la valutazione e l'efficacia dei controlli ufficiali e gli audit svolti sugli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale hanno fatto registrare un trend tendenzialmente stabile tra il 2013 e il 2016 e dei valori ampiamente superiori allo standard richiesto.

Il nuovo sistema ospedaliero regionale integrato: migliora l'appropriatezza e la soddisfazione dei pazienti per il ricovero, ma aumenta sensibilmente l'accesso al Pronto Soccorso

La Regione Toscana registra un lieve decremento nel tasso di ospedalizzazione che nel 2016 risulta di 127.32 ricoveri ogni 1000 residenti, in avvicinamento al target previsto di 120 ricoveri per 1.000 residenti fissato nella DGR 1235/2012. L'ospedale si è quindi trasformato gradualmente da un luogo di risposta a qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria ad un riferimento ad alto livello tecnologico in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti e complessi

La riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero è determinato sostanzialmente da un utilizzo più appropriato delle risorse. Tutti gli indicatori, infatti, di appropriatezza medica e chirurgica riguardanti il setting ospedaliero hanno registrato un sostanziale miglioramento fra il quinquennio 2010-2015. A fronte di una maggiore appropriatezza del ricovero, si registra, invece, un leggero incremento del ricorso al pronto soccorso. Il tasso di accessi totali per qualsiasi codice colore al Pronto Soccorso, infatti, passa da 356.49 accessi nel

2014 a 363,93 accessi totali ogni 1.000 residenti nel 2016. Aumenta anche dal 2014 al 2016 la percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa, che si attesta intorno al 9.3%.

Dal 2013 al 2016 si osserva, inoltre, una riduzione progressiva del ricorso al ricovero ospedaliero per lo svolgimento di accertamenti diagnostici, derivante dallo spostamento di tali prestazioni nel setting ambulatoriale. La maggiore integrazione funzionale si è tradotta anche in un ulteriore aumento della soddisfazione dei pazienti ricoverati, che aveva già fatto registrare risultati molto positivi. Dal confronto tra l'indagine sull'esperienza degli utenti dei servizi di ricovero del 2013-2014 e del 2015-2016, effettuata dal laboratorio MeS, è possibile rilevare miglioramenti nella soddisfazione dei pazienti per l'assistenza ricevuta durante il ricovero, per il lavoro di squadra degli operatori ospedalieri e per presentazione del percorso ricevuta all'ammissione.

I tempi di attesa migliorano, ma rimangono una criticità

Le liste d'attesa rientrano tra le sette azioni prioritarie per il sistema socio-sanitario nel 2014 (DGR 75/2014). Dai dati emerge che la percentuale di prime visite specialistiche erogate entro 15 giorni dalla data di primo contatto, sul totale delle prime visite erogate, è aumentata di circa 2 punti percentuali dal 2014 al 2015, passando da 47.32 a 49.09, e facendo registrare una riduzione della variabilità tra aziende. La Regione Toscana presenta inoltre tempi di attesa superiori a quelli di tutte le altre regioni per quanto riguarda la presa in carico del paziente oncologico.

L'andamento registrato relativo ai tempi di permanenza in Pronto Soccorso mostra alcune criticità. Nel 2015, la percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore è diminuita dal 2012 al 2015, passando dal 92.53% al 85.12%. Allo stesso modo, sono in leggera riduzione le percentuali di codici gialli visitati entro 30 minuti e verdi entro 1 ora rispetto al 2010

La qualità dell'assistenza: migliora la risposta al bisogno acuto e il rischio clinico, ma rimane stabile la percentuale di parti cesarei

Gli indicatori di qualità dell'assistenza registrano miglioramenti significativi fra il 2012 al 2016. Infatti, gli interventi di frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento minore o uguale a due giorni sono aumentati, passando da 75.76% al 79.55%. È stato registrato un rilevante aumento dal 72.38% al 74.32% per gli interventi di prostatectomia transuretrale, tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido ed una degenza in ospedale più breve, che si traduce anche in un minor assorbimento di risorse. Anche gli indicatori di monitoraggio della sicurezza del paziente utilizzati dal centro gestione rischio clinico (GRC) della Regione Toscana registrano valori positivi a conferma della scelta dell'investimento in questo ambito e nella formazione continua dei professionisti. Rimane stabile, invece, la percentuale di parti cesarei depurati, ovvero che considera le donne primipare, parto non gemellare e a termine tra la 37esima e la 42esima settimana con bambino in posizione vertice. Tale indicatore si attesta intorno al 19.7%, valore superiore a quello indicato a livello internazionale dall'OMS (15%).

Cure primarie e sanità di iniziativa: migliorano gli esiti delle principali malattie croniche, ma rimangono stabili gli indicatori di processo

La Regione Toscana ha puntato negli ultimi anni su un modello fortemente innovativo dell'assistenza che potenzia il ruolo delle cure primarie, valorizza la necessità del lavoro in equipe e assegna all'utente, consapevole e informato, un ruolo attivo nell'alleanza terapeutica e preventiva.

Per quanto riguarda i servizi relativi alla presa in carico dei pazienti cronici, la regione ha puntato nel 2013 sull'estensione del chronic care model, favorendo un'azione proattiva dei professionisti sanitari nella prevenzione e cura delle patologie croniche. In termini di estensione, circa il 60% della popolazione è assistita da medici che aderiscono alla sanità di iniziativa. Tale modalità di organizzazione dei percorsi assistenziali rivolti alla cronicità ed incentrati sul chronic care model, ha mostrato sostanzialmente risultati nettamente positivi in termini di *outcome*. Tra i risultati conseguiti di maggior rilievo, si evidenzia una riduzione dal 2012 al 2016 del 25.13% del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 1000 abitanti (passa da 195 a 146), oltre che riduzioni del 22% e del 25% dal 2013 ad oggi, rispettivamente dei tassi di ospedalizzazione per diabete globale e BPCO. Rispetto ai percorsi assistenziali delle principali patologie croniche, il sistema di monitoraggio di ARS, però, rivela la necessità di una maggiore attenzione alla qualità di processo dell'assistenza. I principali indicatori di percorso delle patologie croniche considerate, infatti, rimangono stabili nel triennio.

L'assistenza farmaceutica: aumenta il consumo di farmaci non coperti da brevetto, ma rimane alto il consumo di alcune categorie e la spesa territoriale

La Toscana registra livelli medio-alti di consumo di antibiotici sul territorio e di antidepressivi ma con performance in miglioramento. La regione è riuscita a incrementare dal 57.5 nel 2010 al 81.7 nel 2015 la percentuale di molecole consumate non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza in rapporto ai farmaci complessivamente erogati, riducendo la spesa farmaceutica territoriale. Nel 2016 la percentuale è rimasta stabile (80,5%). Tale risultato è rilevante in quanto permette alla regione Toscana di aumentare le risorse impiegabili nella copertura della spesa ospedaliera, che ha registrato in tutto il territorio italiano un'enorme crescita a causa dell'immissione in commercio di nuove terapie innovative ad altissimo costo. È tuttavia da sottolineare che la spesa farmaceutica territoriale è superiore alla media delle regioni che si confrontano nel network del sistema di valutazione della Scuola Superiore Sant'Anna. Segnale che vi sono ancora margini di recupero su questo versante.

Il diritto alla casa

La casa è un diritto e un bene primario a cui è sempre più difficile accedere; la recente crisi economica ha ampliato il numero di coloro che non sono in grado di soddisfare autonomamente questo bisogno.

Con il PSSIR 2012-2015, la Regione Toscana aveva assunto tra le sue priorità quella di garantire il diritto alla casa dei suoi cittadini con interventi diversificati e riguardanti diversi aspetti connessi alla rimozione di ostacoli che impediscono l'accesso ad un alloggio adeguato e al suo mantenimento.

Tra le iniziative poste in essere negli ultimi anni, c'è l'approvazione della normativa (legge n°13/2015) che ufficializza il ruolo delle Agenzie Sociali per la Casa quali soggetti giuridici privati, senza finalità di lucro, che operano per l'inserimento abitativo di individui e nuclei familiari svantaggiati non in grado di accedere alla locazione di alloggi alle condizioni di mercato. Sono aumentati gli alloggi di edilizia sociale destinati alle fasce più deboli della popolazione: gli ERP nel 2015 hanno raggiunto un totale di 49.528 unità immobiliari.

La Regione ha inoltre approvato la sottoscrizione di quote del Fondo Housing Toscano per 5 milioni di euro al fine di incrementare l'offerta di alloggi sociali per la locazione a canone calmierato e la vendita a prezzi convenzionati (decreto dirigenziale n°4702/2014). Nel 2015 gli alloggi di edilizia sociale realizzati attraverso il FHT sono stati 352. Tra il 2012 e il 2015 il numero di unità immobiliari assegnati alle famiglie in graduatoria è stato di 1.400.

Una politica abitativa di supporto alla domiciliarità

La Regione Toscana, in questi anni, ha sostenuto le famiglie con il Fondo di sostegno alla locazione e con il fondo sfratti. Nel quadriennio 2012-2015 sono stati erogati oltre 74 milioni di euro per il contributo affitto e le famiglie che hanno beneficiato dell'intervento sino al 2014 (ultimo dato disponibile) sono oltre 62 mila. La soddisfazione di domande rispetto al numero totale di domande presentate ad inizio periodo è di circa l'85%.

Inoltre il Fondo sfratti ha consentito di evitare le esecuzioni di sfratti per oltre 2300 nuclei familiari, con un finanziamento annuale di 4 milioni di euro. Il numero dei beneficiari è aumentato negli anni: da 461 nel 2012 a 731 nel 2014 (il dato 2015 è ancora parziale).

A tali misure si è affiancato il programma GiovaniSì, che prevede azioni rivolte a favorire l'autonomia abitativa dei giovani dal nucleo familiare e che si struttura in 6 macro-aree (tirocini, casa, servizio civile, fare impresa, lavoro, studio e formazione). Tra il 2012 e il 2015 il programma ha finanziato 5314 domande (solo nell'ultimo anno 1.476). Complessivamente, nel 2015, il numero di famiglie che ha beneficiato di misure di sostegno all'affitto è stato di 23.013 (+1,9% rispetto al 2012).

Violenza di genere

Le donne che si rivolgono ai Centri Antiviolenza della Toscana rimangono numerose; negli ultimi dodici mesi il numero di nuove utenti dei centri è rimasto sostanzialmente invariato rispetto all'annualità precedente, nonostante la chiusura di alcuni sportelli di ascolto territoriali (in particolare a Prato e Firenze); dal 1° Luglio 2014 al 30 Giugno 2015 le donne che si sono rivolte per la prima volta ad un Centro sono state 2.597. Le donne straniere sono quasi un terzo del totale; di queste il 28,3% ha meno di 29 anni e soli il 31,2% ha 40 o più anni. Le italiane si concentrano prevalentemente tra i 30 ed i 49 anni (67,6%). Le donne sposate italiane che si sono rivolte ai centri sono il 41,2% contro il 55,5% di donne straniere.

Gli accessi con Codice Rosa di donne adulte dal 1° gennaio 2013 al 30 giugno 2015 sono stati 5.228, di cui 2.257 negli ultimi dodici mesi. Gli accessi di minorenni di sesso femminile sono stati 557 (116 nell' AOU Meyer), di cui 256 nell'ultimo anno. Dall'incrocio tra genere ed età, si rileva che circa un terzo degli accessi di minorenni di sesso femminile sono riferiti a giovani donne tra i 15 (età da cui convenzionalmente si comincia a parlare di violenza di genere) e i 18 anni.

Il tipo di violenza subita maggiormente riguarda i maltrattamenti (94,7% adulti e 82,1% minori), poi gli abusi (17,9% minori, 3,7% adulti) e infine lo stalking (1,6% adulti). Dal punto di vista della cittadinanza, gli stranieri rappresentano quasi un terzo degli accessi totali (adulti 32,2%, minori 30,6%).

La tabella seguente mostra una sintetica analisi SWOT del sistema regionale socio-sanitario utile a leggere il contesto attuale e affrontare la programmazione futura.

<u>Punti di Forza</u>	<u>Punti di Debolezza</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Costante miglioramento dei già buoni livelli medi di salute per i toscani, migliori rispetto ad altre realtà regionali in termini di aspettativa di vita e mortalità per alcune condizioni. 2. Il sistema sociosanitario regionale ha registrato continui miglioramenti nel corso degli ultimi anni, mantenendo nel triennio 2014-2016 il primato nel di raggiungimento e garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza secondo i dati del Ministero della Salute. 3. Migliora l'appropriatezza e la qualità delle cure in ambito sanitario: la Toscana si è una delle regioni con il più basso tasso di ospedalizzazione. Ciò a significare non solo un appropriato ricorso al setting ospedaliero, ma anche una presa in carico territoriale di qualità e tempestiva. 4. Migliorano gli esiti in termini di mortalità per alcune patologie croniche selezionate anche grazie al modello di presa in carico della sanità di iniziativa ed ad un maggior coinvolgimento dei pazienti nei processi di cura e autocura. 5. A fronte di una riduzione delle risorse da parte del livello nazionale, la Regione Toscana è riuscita a mantenere e valorizzare programmi di sostegno alla casa e alla famiglia. 6. Visione integrata dell'individuo nella rete di supporto familiare e non, con l'istituzione di percorsi e interventi di sostegno agli anziani e alle famiglie fragili (ad esempio Pronto Badante). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nonostante il SSR rappresenti la maggiore garanzia di equità sul versante del finanziamento e dell'accesso ai servizi, si registrano ancora disuguaglianze sia in termini di salute sia di accesso ai servizi tra gruppi differenti per condizioni socio-economiche. 2. Il governo dei tempi di attesa e in alcuni casi le reti tempo dipendenti registrano difficoltà nel governo, generando un disallineamento nei tempi tra la domanda di salute e la risposta di presa in carico. In particolare si segnalano, tempi di attesa più lunghi rispetto ad alcune regioni su alcuni interventi di chirurgia oncologica. 3. La spesa farmaceutica registra un aumento nel corso degli ultimi anni, con valori superiori alla media di alcune regioni. Superiore anche il consumo di antibiotici, sia tra gli adulti che tra i bambini, e di antidepressivi. 4. Si registra nel corso dell'ultimo triennio un sensibile aumento sia della percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa, sia del ricorso al Pronto Soccorso. 5. Nonostante il costante impegno regionale, si è assistito ad un calo generalizzato delle coperture vaccinali, registrato anche a livello nazionale. 6. Alcuni percorsi di tipo sociale e sociosanitario mostrano ancora un ritardo nelle dinamiche di monitoraggio e valutazione dei risultati e degli impatti, in ogni caso legato anche alla complessità di standardizzazione di tali percorsi.
<u>Opportunità</u>	<u>Rischi</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. La gestione integrata e partecipata dei problemi di salute sul territorio attraverso il ruolo centrale delle zone-distretto e delle Società della Salute ha consentito di creare un sistema articolato di servizi, percorsi e professionisti in grado di incidere in maniera sostanziale nelle condizioni di benessere delle persone e delle loro famiglie. 2. L'innovazione tecnologica del sistema ha visto, negli ultimi anni, lo sviluppo e l'implementazione della Carta sanitaria e del Fascicolo Sanitario Elettronico, oltre che lo sviluppo di processi strutturati di HTA. 3. I modelli di cura per la cronicità e la fragilità hanno permesso di indirizzare verso un'alleanza terapeutica e preventiva in cui non solo i pazienti, ma anche tutti i cittadini, hanno un ruolo attivo e di autocura. La loro partecipazione innovativa nei processi di assistenza e cura può migliorare la capacità di risposta dei servizi e consentire un invecchiamento attivo della popolazione. 4. L'accorpamento in tre aziende sanitarie locali, la costituzione di un unico ente per i servizi tecnico amministrativi per tutte le aziende, la revisione delle zone-distretto e la definizione dei dipartimenti interaziendali può garantire una maggiore integrazione del sistema ai diversi livelli di governance, sia regionale che locale. 5. L'attivazione di percorsi di assistenza intermedia, sia residenziale che domiciliare, possono da una parte favorire i percorsi di dimissioni per pazienti complessi e dall'altra ridurre eventuali ricoveri inappropriati. Sono inoltre di supporto alle famiglie ed ai caregiver. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le nuove dinamiche demografiche e sociali in atto rappresentano uno dei maggiori rischi per la garanzia del sistema: si registra un progressivo invecchiamento della popolazione, un aumento delle famiglie unipersonali, un aumento degli anziani non autosufficienti e un progressivo calo delle nascite. In tale contesto di fragilità, è possibile che si registri anche una riduzione del ruolo di supporto familiare nel sistema di welfare. 2. Si rileva ancora una frammentarietà in alcuni percorsi e servizi di presa in carico della complessità e fragilità, con il rischio di non realizzare pienamente la presa in carico, di eventuali duplicazioni o mancanza di certezza per il paziente ed il caregiver. 3. La progressiva e sostanziale riduzione degli stanziamenti nazionali relativi al supporto e assistenza sociale rappresentano una criticità da affrontare, non solo per gli specifici percorsi di presa in carico sociale, ma anche per tutto il sistema sanitario. 4. La programmazione, pianificazione e organizzazione dei sistemi di welfare ed in generale del sistema sanitario è spesso legati a vecchi standard e principi procedurali, rischiando di perdere la sua natura di progettualità continua ed innovativa e di rimanere decontestualizzata. 5. L'aumento della prevalenza e incidenza di condizioni oncologiche e complesse e il contestuale sviluppo di farmaci innovativi efficaci, rischia di rendere il sistema di governance della farmaceutica fragile, se non governato e gestito in maniera coerente ed univoca.

5 OBIETTIVI GENERALI

5.1 PSSIR – Parole chiave

Intervenire a supporto della persona e della comunità di cui essa è espressione e rappresentazione, necessita di una risposta multidimensionale capace di cogliere la complessità di un bisogno che può essere soddisfatto appieno solo con una visione olistica in cui più professionisti e più istituzioni operano in modo interdipendente in una logica di **rete**.

Tale complessità origina e si nutre della relazione circolare esistente tra il contesto in cui la persona vive, definito dalle sue dimensioni storiche, culturali, infrastrutturali ed economiche, e i suoi bisogni che evolvono in una prospettiva di ciclo di vita. In questo contesto di complessità e interdipendenza, le istituzioni, i professionisti, gli individui, le comunità e le aziende, sostenuti da una visione comune e condivisa, devono essere in grado di superare logiche esclusivamente interventistiche e riparatorie a favore di altre capaci di prospettiva e di investimento progettuale. Agire in modo **responsabile** per garantire il proprio benessere ed il benessere di chi ci circonda ed assumersi le **responsabilità** nel modo in cui le risorse del sistema sono allocate ed utilizzate è un principio che questo piano vuole valorizzare.

Una sfida che tutti i sistemi socio-sanitari devono affrontare, in un contesto di risorse scarse e bisogni crescenti è quindi quella di riuscire a perdurare nel tempo cercando soluzioni appropriate, definendo in modo equo le priorità ed introducendo innovazioni tecnologiche e/o organizzative che possano garantire la **sostenibilità** del sistema.

Pertanto le parole chiave che ispirano e sottendono l'impianto progettuale delle iniziative previste per il periodo 2018-2020 sono tre: **rete, responsabilità e sostenibilità**.

La costruzione e lo sviluppo di **reti** si pongono quale possibile risposta alla necessità di cogliere ed accogliere la complessità del sistema. La rete si configura come un modello organizzativo che prevede l'utilizzo di meccanismi di coordinamento tra attori sociali che, pur mantenendo gradi di autonomia e discrezionalità nella propria azione, nelle loro relazioni rinunciano all'opportunismo - trasformandolo in opportunità - grazie alla mutualità e alla fiducia reciproca (Granovetter, 1985; Powell, 1990).

La necessità di instaurare relazioni adeguate e funzionali agli obiettivi comporta la capacità di abitare consapevolmente le zone di confine promuovendo forme di partecipazione e integrazioni responsabili.

Partendo dalla consapevolezza di una inadeguatezza di vecchi modelli di gestione e programmazione, che si sono caratterizzati per difficoltà di coordinamento, il sistema socio sanitario si affida quindi a reti di esperti, a gruppi coordinati di leader, per gestire le responsabilità comuni e allineare le loro diverse capacità e organizzazioni.

Trovare reti non è difficile: le persone tendono a parlarsi. La sfida del Piano è definire e organizzare reti in grado di governare, di allineare cioè le organizzazioni e le forze per fini collettivi: una "governance" unica alternativa al tradizionale "governo".

Responsabilità, o per usare un termine inglese *accountability*, è la parola chiave che evidenzia la necessità di rispondere, rendere conto delle conseguenze che le proprie scelte ed il proprio operato può determinare nei confronti di risorse e persone che sono state affidate. Rendere conto in modo trasparente per costruire una società equa, coesa ed inclusiva. Di fatto nei sistemi pubblici la trasparenza, che spesso avviene con la pubblicazione degli atti, delle scelte effettuate e dei risultati ottenuti, a vari livelli,

costituisce una leva determinante per aumentare la responsabilizzazione di coloro che gestiscono la cosa pubblica (Bovens 2005; Bovens 2007; Pollitt, 2003). Rendere trasparenti le scelte ed i risultati ottenuti è anche un modo per rendere consapevoli e partecipi i vari soggetti coinvolti nel sistema. Poiché i risultati di salute e benessere possono essere raggiunti grazie all'azione congiunta e coerente di più soggetti, la responsabilità è una responsabilità condivisa da tutti gli attori. Questa co-responsabilità è spesso stata tradotta come de-responsabilità dei vari soggetti. In questo Piano "tutti" equivale a ciascun soggetto che partecipa alla creazione del valore pertanto tutti ovvero ciascun soggetto è responsabile dell'esito finale del sistema socio-sanitario. In questo senso la sfida del Piano è quella di promuovere il senso di responsabilità di tutti gli attori del sistema socio-sanitario che in modo diretto o indiretto ne influenzano gli esiti.

La **Sostenibilità** è uno degli obiettivi finali di molti sistemi sanitari (Arah et al 2003; Arah et al, 2006; Harry et al. 2017). La sostenibilità è intesa come la garanzia di perdurare nel tempo massimizzando l'utilità delle risorse impiegate. Sostenibilità non è intesa quindi solo come utilizzo efficiente delle risorse nei vincoli previsti ma, come nel concetto di economicità delle aziende, la capacità di rispondere ai bisogni degli utenti in modo efficiente ed efficace (Airoldi, Brunetti, Coda 2011). Tale concetto, applicato ad un livello di sistema, come il sistema socio-sanitario, vuol dire massimizzare il valore espresso per il bene di tutta la comunità; riorganizzare i servizi in modo da garantire una risposta adeguata ai bisogni espressi, ordinando le azioni da realizzare secondo priorità. Seguire il principio della sostenibilità vuol dire anche disinvestire nei servizi e tecnologie che non portano valore aggiunto e, se necessario, effettuare le scelte nell'allocazione delle risorse fra servizi o strutture che massimizzano il valore per la collettività. La sfida del Piano è di promuovere quindi le strategie che supportino la sostenibilità dell'intero sistema e promuovere azioni e strategie volte a definire le priorità (dove investire e dove disinvestire) in modo partecipato.

5.2 Dalle parole chiave alle scelte strategiche

A. Da Rete a Permeabilità dei confini

Seconda la definizione dell'OMS (1998), la rete è raggruppamento di individui, organizzazioni o istituzioni organizzate su base non-gerarchica intorno a problemi o obiettivi comuni, che sono alimentate in modo proattivo e fondate su impegno (commitment) e fiducia (trust). In questo senso, le reti rappresentano modelli di governo imperniati sulla risoluzione di questioni che non possono essere risolte, o non possono esserlo con facilità, da singole organizzazioni (Agranoff R. e McGuire M., 2001).

Nel concetto di rete così come nel suo attuarsi, i diversi processi necessitano di una permeabilità dei confini che riconosca nell'abbattimento delle barriere lo strumento in grado di promuovere l'identificazione di risposte quanto più esaurienti ed esaustive possibili.

L'obiettivo è quello di superare le barriere che separano la sanità dall'ambiente, dalla cultura, dall'urbanistica, dai trasporti, dalla scuola, i medici di famiglia dagli ospedali, la salute fisica da quella mentale, l'assistenza sanitaria da quella sociale.

Si tratta di costruire un nuovo approccio alla governance, focalizzato in particolare sulla salute piuttosto che sulle singole organizzazioni, in cui la vera sfida è la capacità di gestire la complessità dell'interconnettività, mettendo la complessità della politica sanitaria a

diretto contatto con la complessità di altri settori politici e assicurando il coordinamento tra una varietà di persone e organizzazioni con interessi, approcci e definizioni di base diversi.

Il rafforzamento della capacità di inclusione sociale del sistema regionale deve avvenire grazie ad un sistema di governance integrata sul territorio, in grado di coinvolgere soggetti pubblici e privati in un nuovo modello di coesione sociale, finalizzato non solo all'erogazione di servizi pubblici ma anche a costruire condizioni di contesto per la promozione delle capacità dell'individuo e la sua emancipazione da situazioni di povertà e marginalità.

Il concetto di rete è necessariamente connesso con la dimensione dell'integrazione. In questo senso, se molto è già stato fatto in termini di integrazione orizzontale, a partire dalla riorganizzazione delle aziende sanitarie locali e delle zone-distretto, altrettanto rimane da fare in termini di integrazione verticale. E' proprio su questa dimensione dell'integrazione, quella verticale, che il presente piano intende focalizzarsi, sviluppando il concetto di rete e di percorso, che hanno come comune denominatore il punto di vista del paziente, al di là di confini organizzativi e gestionali. Nel farlo, la modalità di presa in carico diviene incentrata sulla comunità, contraddistinguendo un percorso di inclusione e partecipazione, da un semplice percorso fatto di singole prestazioni e assistenzialismo.

Tale sfida deve aver luogo in tutti gli ambiti del sistema sociosanitario, a partire dal territorio, dove la pluralità di professionisti e servizi può dare luogo a frammentarietà e dispersione per l'assistito e la famiglia.

Territorio significa potenziare le cure primarie, la sanità territoriale e i servizi sociosanitari e sociali locali al fine di intercettare i bisogni tramite interventi proattivi e precoci con particolare attenzione ai minori e agli adolescenti, agli anziani vulnerabili e fragili, ai soggetti con patologie croniche, alle famiglie multiproblematiche (servizi sociali, giustizia minorile, scuola, consultori), agli immigrati, ai soggetti che attraversano particolari fasi di vita e ai malati cronici. Medicina di gruppo, sanità di iniziativa, Case della Salute, Società della Salute, enti locali e terzo settore, insieme ai Dipartimenti Ospedalieri e alle attività di specialistica e diagnostica devono, nel rinnovato sistema regionale, promuovere una visione integrata del sistema salute attraverso l'ottica dei percorsi assistenziali in cui ciascuno si posiziona non tanto sulla base dei confini organizzativi o di detenzione delle risorse, quanto piuttosto sulla base dei bisogni di cura e assistenziali dei pazienti ed utenti dei servizi. Gli enti locali, che condividono la responsabilità della programmazione, devono promuovere e monitorare sul raggiungimento dei risultati e la coerenza degli obiettivi. In questo senso il rinnovato ruolo degli enti locali nella programmazione dei servizi (inserito nelle leggi di modifica della legge 40 e 41 del 2005) costituisce uno strumento di garanzia per la rappresentazione delle domande territoriali e per la responsabilizzazione nelle scelte. In sostanza un rafforzamento della comunità e gli enti locali sulla base di un sistema di governance basato sulle reti e sull'integrazione.

Territorio sono anche gli ospedali che devono essere integrati all'interno di una rete di servizi e assistenza. Gli ospedali dovranno sempre più essere integrati in rete, con bacini di utenza che garantiscano casistiche adeguate alle prestazioni offerte. Nella rete vanno valorizzate le specificità di tutti gli ospedali, dai più piccoli ai più grandi. Ci sono forme di innovazione organizzativa e tecnologica che permettono di riorganizzare le attività e le cure in maniera più efficiente e sostenibile. Le recenti linee guida per il riordino della rete ospedaliera, in applicazione del Decreto ministeriale 70/2015, prevedono una serie di interventi che tuttavia non incidono in modo strutturale sull'organizzazione, dal momento

che già da tempo la nostra Regione ha adottato questo modello.

➤ **Gli obiettivi che fanno la differenza: ogni persona si sente a casa**

Casa non è solo il domicilio, ma il contesto quotidiano fatto di spazi, tempi, relazioni e conoscenze. Sviluppare interventi per far rimanere le persone nell'ambiente originario di vita, se lo desiderano, costruendo risposte di cura in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, che coinvolge la rete parentale, informale, del privato sociale e della comunità. L'obiettivo in questo senso prevede:

- Rafforzare la rete di emergenza socio sanitaria attraverso un sistema in rete più capillare, sempre efficace e tempestiva;
- Rafforzare la continuità assistenziale attraverso percorsi assistenziali di continuità integrati tra ospedale e territorio e rafforzamento dell'offerta di prossimità per la persona con bisogni speciali (anziana non autosufficiente, disabile, ecc.) con riferimento allo sviluppo e potenziamento delle cure intermedie, sia di tipo residenziale che domiciliare;
- Dare certezza, orientamento e supporto ai caregiver e alle famiglie del supporto domiciliare per gli anziani fragili, anche attraverso il progetto Pronto Badante;
- Innovare i modelli di assistenza e cura in prossimità della persona, anche attraverso una nuova vision della Casa della Salute che abbatta i confini sia tra professionisti che si trovano a lavorare nello stesso ambiente attraverso una collaborazione strutturata e formalizzata di gruppi multiprofessionali, sia tra la popolazione ed il sistema sanitario e sociosanitario, quale punto di orientamento e riferimento per i percorsi di promozione della salute, integrazione socio sanitarie e presa in carico della cronicità;
- Implementare la nuova Medicina d'iniziativa e Chronic Care Model, che, in questa prospettiva, supera le "barriere" legate al singola patologia attraverso la presa in carico del paziente complesso.

Migliorare la salute dei gruppi vulnerabili e isolati, sviluppando strategie poliedriche per affrontare efficacemente i problemi di salute insieme ai problemi di occupazione, alloggio, reddito e altri problemi legati alla povertà, anche quella estrema, specialmente per le persone vulnerabili. L'obiettivo in questo senso prevede:

- Definire politiche per il benessere della comunità locale: reti di promozione sociale; promozione di opportunità rivolte alle giovani generazioni; costruzione e potenziamento delle economie solidali e; promozione della comunità del benessere e della felicità;
- Rafforzare l'articolazione dell'offerta di prossimità per le persone disabili attraverso lo sviluppo di piani assistenziali e di cura attraverso gli interventi legati al Dopo di Noi e Vita Indipendente;
- Sviluppare politiche di intervento a favore dei cittadini stranieri, in termini di accesso al sistema e di diritto alla salute in particolare per soggetti vulnerabili e minori non accompagnati;
- Contrastare le dipendenze, con particolare riferimento al gioco d'azzardo patologico.

B. Da Responsabilità a Partnership di sistema

Edgar Cahn, il fondatore del concetto della co-produzione, citato più volte nel manifesto della new economy foundation (NEF) sostiene che, in generale, si dovrebbe investire molto di più in quello che è il cuore economia ossia la famiglia, il vicinato e la comunità. E' il cuore dell'economia che produce giustizia, sicurezza, democrazia, assistenza ed amore (Cahn, 2008).

Il concetto di co-produzione supporta il principio ampio di responsabilità di tutti ovvero di ciascun soggetto. Per essere efficace ed apportare un beneficio sostanziale la coproduzione significa:

- Offrire opportunità di crescita in cui le persone sia considerati come un valore (asset) e non come un peso.
- Investire in strategie che sviluppano l'intelligenza emotiva delle comunità locali.
- Investire nelle relazioni come mezzo per trasferire conoscenza e competenze invece che basarsi esclusivamente ai professionisti.
- Ridurre la distinzione fra produttore e utilizzatore dei servizi ridisegnando il servizio in modo che le persone possano esserne parte; essere al contempo produttore e utilizzatore del servizio rende l'azione più efficace sia in termini di risultato che di sostenibilità.
- Stimolare le aziende a diventare catalizzatori e facilitatori della produzione di salute invece che soli produttori.
- Promuovere l'autonomia e la produzione dei servizi da parte degli utenti.
- Evidenziare e promuovere la reciprocità e mutualità della coproduzione.

La ricerca di una responsabilità di ognuno avviene attraverso alcune trasformazioni o partnership.

Partnership con le persone: sono una componente essenziale dei sistemi di salute nel loro molteplice ruolo di pazienti, consumatori con aspettative crescenti. Sono co-produttori di salute - attraverso il ricorso ai servizi, la *compliance* ai trattamenti, i comportamenti e gli stili di vita - nonché valutatori e contribuenti e, quindi, in ultima istanza, finanziatori del sistema sociosanitario. Il servizio sociosanitario è fatto di persone, dalle persone e per le persone pertanto è necessario passare da modelli di cure in cui le persone sono visti come pazienti ed utenti, ad una logica in cui le persone sono co-produttori di servizi socio-sanitari. E' quindi necessario trovare alleanze: attraverso una maggiore informazione e formazione nell'uso dei servizi per la sicurezza individuale e dell'intera collettività - si pensi ad esempio al self management, alle coperture vaccinali, all'appropriato uso degli antibiotici o delle prescrizioni di esami e farmaci e così via; attraverso l'attivazione di canali di socializzazione fra persone con bisogni simili e con le diverse figure del sistema sociale e sanitario usando le nuove frontiere della tecnologia; attraverso un diverso ruolo delle persone nel sistema socio-sanitario, un ruolo da co-protagonista nelle scelte per la collettività e nel disegno dei nuovi percorsi. Diversi sono gli esempi di sperimentazioni efficaci in cui gli utenti si sono trasformati in coproduttori di salute e socialità, fra questi ad esempio le azioni e progetti rivolti al coinvolgimento di vari segmenti della popolazione nell'attività fisica adattata (Stuart, Benvenuti et al. 2009; Hicks, Benvenuti et al 2012), il progetto BeFood (Nutri et al. 2016) e la promozione del self management nella cronicità (Murante et al. 2017). Da questo punto di vista le nuove tecnologie dell'informazione ed in generale l'innovazione può rafforzare questo nuovo ruolo più consapevole e partecipe delle persone all'interno del sistema socio-sanitario.

Partnership con le aziende: occorre condividere e rischiare insieme per il successo in termini di salute, stimolando in modo programmato azioni e strategie che coinvolgano le aziende o associazioni profit e/o non profit disposte a rischiare per i risultati sociali o di salute ottenuti. Per questo motivo, la partnership di sistema va intesa come alleanza virtuosa tra istituzioni locali, amministrazioni sanitarie, associazioni, volontariato e privato sociale. Per poter esprimere al meglio il valore per il sistema è necessario non solo una responsabilizzazione sulle azioni ma anche un coordinamento, superando le criticità emerse dal primo rapporto dell'Osservatorio Sociale Regionale nel 2017 su "Il terzo settore in Toscana". Il sistema socio-sanitario ha il compito non solo di produrre servizi ma anche di facilitare la partecipazione attiva (coproduzione) di altri soggetti promuovendo anche partnership win-win con aziende private.

Il PSSIR considera l'evoluzione di queste tendenze come un'opportunità di risposta più consapevole che, attraverso la partecipazione di tutti gli attori coinvolti, può riuscire a definire obiettivi ed azioni capaci di fornire soluzioni per nuovi rischi sociali e orientare, le politiche regionali.

➤ **Gli obiettivi che fanno la differenza: ogni persona contribuisce al cambiamento**

Formare le persone, e con loro i caregiver e le famiglie, alla propria cura anche attraverso la promozione della corretta comunicazione rivolta alle persone, sostenendole affinché possano gestire autonomamente la propria salute:

- ✓ Sviluppare la capacità di "autogestione delle patologie croniche", sulla base di un sistema di formazione "peer to peer", valorizzando il ruolo delle associazioni;
- ✓ Dare sostegno delle competenze genitoriali, anche al fine di valorizzare e sostenere il ruolo essenziale delle famiglie nella formazione e cura della persona durante tutto l'arco della vita, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale;
- ✓ Investire in prevenzione con particolare riguardo alla riduzione dei fattori di rischio per le patologie croniche ad alto impatto sul sistema in termini di salute e di costi sanitari (malattie cardiovascolari, diabete, tumori);
- ✓ Favorire politiche vaccinali che promuovano l'informazione e l'adesione all'offerta di vaccinazione.

Sostenere la co-produzione di salute attraverso il coinvolgimento sistematico della comunità, rafforzando la partnership con le organizzazioni del volontariato e del terzo settore:

- ✓ Promuovere e sviluppare la pratica sportiva come modalità di prevenzione dei rischi per la salute e come strumento di inclusione sociale. Promozione e sostegno a specifiche attività rivolte alla popolazione anziana, ai bambini e alle giovani generazioni, anche attraverso il coordinamento delle politiche sportive con quelle socio-sanitarie, educative e culturali;
- ✓ Sviluppare percorsi integrati di accompagnamento e inserimento socio-lavorativo per persone vulnerabili.

C. Da Sostenibilità a Valore

Le strategie volte a supportare la sostenibilità partono sicuramente da un'attenta allocazione delle risorse attraverso l'efficienza nell'impiego delle risorse, l'eliminazione degli sprechi e la valutazione del valore prodotto in termini di benefici.

In questo Piano, il termine valore va inteso nella quadrupla accezione di valore individuale (personal value), allocazione delle risorse (allocative value), valore prodotto (technical value) e valore sociale (social value) (Gray 2016):

- Valore della persona ("*Personal Value*"), inteso come piena possibilità per ogni singola persona di sviluppare capacità (fisica, cognitiva, emotiva, sociale) e di realizzare il proprio piano di vita, legato alla promozione del "miglior stato di salute possibile". Monitora quanto il servizio offerto riesca a rispondere alle esigenze dell'utente in quanto "persona", protagonista del servizio e soggetto centrale nel processo di cura ed assistenza;
- Valore allocativo ("*Allocative Value*"), che mira a verificare quanto le scelte allocative di risorse, in termini strutturali e organizzativi, rispondano ai bisogni della popolazione;
- Valore tecnico ("*Technical Value*"), che misura la capacità di evitare sprechi, di garantire servizi appropriati e di qualità e di massimizzare i risultati rispetto alle risorse impiegate;
- Valore sociale ("*Social Value*"), che misura la capacità di aver attivato in modo virtuoso il coinvolgimento e la partnership con le persone, gli utenti e la comunità in cui il sistema opera.

Questa visione di valore estesa implica:

- un cambio di paradigma per i professionisti che sono chiamati non più e non solo a ragionare sui propri casi ma a ragionare in termini di popolazione;
- una diversa considerazione delle preferenze degli utenti, con un maggior focus sul concetto di valore personale e valore sociale;
- una (ri)scoperta dei valori relativi alla sfera delle relazioni interpersonali possibili e alla loro qualità.

Il valore può quindi essere visto come la risultante finale di un coerente processo di scelte di diverso livello e contenuto (strategiche, gestionali e organizzative).

In questa prospettiva il nuovo Piano, sulla base dei risultati conseguiti e delle evidenze che emergono dal confronto intrapreso, intende garantire una risposta adeguata ai bisogni espressi, ordinando le azioni da realizzare secondo priorità, tenendo conto della qualità da garantire. Ritiene fondamentale una politica di trasparenza, di informazione e comunicazione significative, basata su chiare evidenze capaci di permettere una valutazione corretta delle scelte del sistema e comprensibili per la comunità.

- **Gli obiettivi che fanno la differenza: ogni persona conta**

Accogliere e valorizzare le differenze per non lasciare "indietro" nessuno:

- ✓ Migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria, affrontando le disuguaglianze nello stato di salute;

- ✓ Predisporre servizi sanitari domiciliari e di sensibilizzazione per raggiungere gruppi specifici di soggetti;
- ✓ Consolidare la rete per promuovere attività di prevenzione della violenza di genere e garantire adeguata accoglienza, protezione, solidarietà, sostegno e soccorso alle vittime, indipendentemente dal loro stato civile o dalla loro cittadinanza;
- ✓ Migliorare la consapevolezza generale dei bisogni di gruppi particolari (attraverso la ricerca e l'impegno);
- ✓ Garantire un approccio integrato alla cura delle persone anziane, fornendo indicazioni sugli approcci appropriati per rilevare e gestire precocemente il declino di capacità fisiche e mentali, migliorare la nutrizione e incoraggiare l'esercizio fisico.

Garantire equità di accesso a cure appropriate su tutto il territorio toscano, riducendo la variabilità:

- ✓ Sviluppare soluzioni per l'abbattimento delle Liste di attesa, anche attraverso politiche intese a ridurre il consumismo e a ricondurre le attese dei cittadini all'evidenza scientifica;
- ✓ Sviluppare nuovi strumenti di gestione del rischio clinico, con particolare riferimento alla formazione in simulazione.
- ✓ Sviluppare modelli organizzativi volti a ottimizzare il coordinamento e l'integrazione dei percorsi di cura oncologici, riabilitativi e di cure palliative, sulla base dei bisogni espressi dai cittadini.
- ✓ Sostenere la cultura della donazione e l'etica dei trapianti, specie con interventi mirati alla formazione e alla sensibilizzazione.

5.3 Gli strumenti di Governance

Per ottenere i risultati non si può prescindere da un sistema di strumenti di governo che aiutino ad orientare la rotta e supportino i vari soggetti del sistema (regione, aziende, aree vaste e professionisti) nel perseguimento degli obiettivi proposti, migliorando le basi del processo decisionale utilizzando strategie alla base del buon governo: responsabilità, trasparenza, partecipazione e integrità.

In questa ottica la regione Toscana ha da diversi anni investito e con questo piano conferma il ruolo e l'importanza di questi strumenti che nel loro complesso formano la governance del sistema sanitario e socio-sanitario toscano ma propone come sfide del prossimo quinquennio:

- ✓ Renderli maggiormente coerenti fra loro e con la riorganizzazione operata dalla riforma sanitaria per misurare e quindi valutare sempre più il valore pubblico creato;
- ✓ Rafforzarne il ruolo a livello regionale per garantire omogeneità di approccio e contribuire alla creazione di valore sociale.

A questo proposito il Piano 2018-2020 promuoverà lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi che promuovano un modello di governance territoriale «integrante» in cui il luogo dove lavorano in gruppo i medici di famiglia si estenda ad altri professionisti e viceversa l'ospedale possa includere nel suo staff MMG e altri operatori di comunità, in una reciprocità in cui le associazioni di volontariato possano a loro volta promuovere l'*empowerment* dei pazienti e della comunità, mettendo in contatto i servizi sanitari e sociali con gruppi di popolazione difficili da raggiungere. Analogamente le cure domiciliari si possono avvalere di nuovi modelli condivisi tra servizi sociali e sociosanitari.

In questo contesto si colloca anche l'obiettivo di una evoluzione del concetto di rete clinica, come rafforzamento della dimensione meta-aziendale attraverso un ulteriore potenziamento della governance della rete, in cui si possa anche individuare nei piccoli ospedali un ruolo nelle reti di patologia.

A. **Infrastruttura tecnologica di supporto**

In questo ambito, emerge l'esigenza di concentrarsi su quei sistemi chiave che come un "connettivo elettronico" consentono alle diverse parti di un servizio di lavorare insieme.

Pertanto, sarà prioritario procedere con l'evoluzione dell'attuale Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), rendendolo reale strumento a supporto del processo di cura; ridefinire la rete per le prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali al fine di avvicinare la prenotazione al medico prescrittore ("*Dove si prescrive si prenota*"); definire strategie per garantire informazioni alla portata di tutti i cittadini, anche attraverso l'introduzione di tecnologie di uso comune - come lo smartphone - che possano ridurre le distanze fisiche nello scambio di informazioni fra professionisti e fra professionisti ed utenti, formando il nostro personale in modo che sia in grado di sostenere coloro che non sono in grado o non vogliono utilizzare le nuove tecnologie.

B. **Sostegno all'eccellenza**

Si conferma il modello di governo delle tecnologie e degli investimenti, attraverso la gestione del processo di introduzione delle tecnologie innovative all'interno del SSR per non rischiare di tenere fuori le innovazioni di alto valore (cioè veramente utili) attraverso lo sviluppo di valutazioni tecniche.

L'obiettivo è quello di passare da un approccio di valutazione per singola tecnologia ad un approccio di percorso clinico su una sequenza di utilizzo per una serie di tecnologie alternative, in particolare per patologie croniche e per il supporto all'adozione di comportamenti idonei a favorire un invecchiamento sano e attivo.

L'ulteriore sfida è quella di favorire la diffusione e l'utilizzo dei risultati di R&S che operano nel settore, valutando gli aspetti positivi di ricadute sul sistema non solo sanitario.

C. **Formazione**

Per quanto riguarda la formazione, innovazioni che potrebbero essere introdotte anche nel nostro sistema riguardano l'interprofessional education (IPE) ovvero la formazione interprofessionale, considerato un obiettivo prioritario dall'O.M.S. Nelle Linee-Guida dell'OMS del 2013 si suggeriva la predisposizione di sedi che permettessero lo svolgimento di programmi interprofessionali sia a livello di scuole di specializzazione e sia per gli studenti del corso di laurea. In particolare, la Raccomandazione 9 mira ad incrementare un coordinamento tra addetti alla formazione che garantisca l'effettiva collaborazione interprofessionale. Lo stesso documento sottolinea come, a livello internazionale, evidenze scientifiche abbiano mostrato l'impatto positivo dell'IPE sulla formazione di base del personale sanitario. Anche se, complessivamente, le evidenze non sono solide l'OMS evidenzia l'importanza che i programmi formativi siano improntati alla multidisciplinarietà ed al conseguimento di competenze più ampie di quelle tradizionalmente ricondotte alla specifica branca della medicina praticata, tanto per gli studenti, tanto per il post-lauream. La formazione costituisce pertanto il luogo in cui creare la rete attraverso la promozione di eventi formativi che superino le mura ospedaliere verso una

formazione interprofessionale che crea le basi per un'effettiva collaborazione fra le diverse figure professionali.

La formazione inoltre rappresenta il principale strumento per veicolare i vecchi e *nuovi valori* del servizio socio-sanitario regionale attraverso modelli formativi che includano competenze non cliniche (vedi canmeds) ma anche che premiano il merito nella logica che «si forma laddove si cura meglio e si fa la ricerca migliore» e lo strumento per perseguire la responsabilità, attraverso i nuovi modelli organizzativi ma anche attraverso un diverso skill mix dei professionisti.

D. Ricerca

Con questo Piano si vuole valorizzare il ruolo di supporto al sistema regionale per la ricerca e la sperimentazione clinica, con i seguenti obiettivi: Investire in una ricerca di qualità, dotare la programmazione regionale di procedure e sistemi di gestione innovativi al fine di rafforzarne il ruolo e al fine mettere in rete risorse e competenze; realizzare una gestione integrata informatizzata delle attività di sperimentazione clinica svolte nelle strutture del servizio sanitario regionale, attraverso l'utilizzazione di una piattaforma informatica gestionale unica e integrata a livello regionale; realizzare un Centro di medicina di precisione che favorisca la crescita delle eccellenze del territorio e supporti la nascita di progetti innovativi di R&S e l'attrazione di investimenti; proseguire nel supporto all'attività dei ricercatori, per la gestione dei relativi programmi, dei diritti di proprietà intellettuale e il trasferimento e valorizzazione dei risultati.

E. Valutazione

La valutazione ed i suoi meccanismi (il sistema di valutazione della performance integrato con il sistema di accreditamento ed il sistema degli obiettivi) sono divenuti strumenti di base del sistema sanitario toscano. Il sistema socio sanitario si valuta e viene valutato per responsabilizzare le aziende sanitarie, gli enti locali, i professionisti, i cittadini sugli obiettivi raggiunti e da raggiungere.

Le scelte strategiche del presente piano comportano un cambiamento di paradigma da parte dei sistemi di valutazione che devono superare i vincoli dei modelli organizzativi per evidenziare il valore aggiunto prodotto dalla rete dei professionisti, delle aziende ed associazioni e promuovere la responsabilizzazione congiunta di più soggetti nel raggiungere il valore complessivo, implementando anche sistemi di valutazione del case-mix territoriale per una migliore programmazione ed organizzazione dei servizi.

Per riuscire a misurare il valore creato dai vari soggetti del sistema è necessario mettere in campo nuovi strumenti, strumenti in cui il cittadino e gli utenti siano i principali valutatori dei servizi attraverso la propria esperienza (PREMS) e soprattutto attraverso la valutazione degli esiti ottenuti dai trattamenti/programmi/servizi offerti dal sistema (PROMS).

6 RICOGNIZIONE DELLE RISORSE ATTIVABILI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO

6.1 Il contesto di riferimento nazionale per le risorse destinate alla spesa sanitaria e sociale

Il contesto economico finanziario in cui si colloca il PSSIR in corso di elaborazione ha visto il fondo sanitario regionale (FSR) in moderata crescita negli anni 2016 e 2017, crescita che, stando a quanto previsto nella legge di bilancio 2018 (poi parzialmente modificata dal D.L. n. 50/2017), dovrebbe continuare, sia pure a tassi contenuti, anche negli anni 2018 e 2019, dato che in tali anni è prevista, a normativa vigente, una crescita del fondo sanitario nazionale (FSN).

Il FSN è passato da euro 111.000 mln del 2016 ad euro 112.640 nel 2017 e dovrebbe attestarsi ad euro 113.596 mln nel 2018 e ad euro 115.000 mln nel 2019; non si hanno ancora riferimenti certi per il 2020.

Ovviamente, poiché la ripartizione tra le Regioni del FSN viene decisa anno per anno (e, di solito, solo ad anno inoltrato o verso la fine di quest'ultimo), non vi è alcuna garanzia che ad incrementi del FSN corrisponda un incremento proporzionale della quota che sarà attribuita alla Regione Toscana, ma è ragionevole attendersi, sulla base dell'esperienza degli anni passati, che ciò avvenga.

Inoltre, non è detto che ad incrementi nominali della quota di FSR attribuita alla Regione corrisponda un incremento in termini reali, ossia in termini di beni e servizi acquistabili dalla Regione stessa: l'incremento del FSN nazionale, infatti, è destinato a finanziare anche i maggiori costi derivanti dal rinnovo dei CCNL del personale dipendente e delle Convenzioni Uniche Nazionali.

Pertanto, poiché dopo oltre otto anni di blocco di tali contratti è probabile che a breve vengano sottoscritti i nuovi CCNL, i maggiori costi per il SSN ed i singoli SSR da essi derivanti potrebbero superare l'incremento del FSN, per cui le risorse disponibili per l'acquisto di beni e servizi diversi dai servizi del personale beneficiario dei rinnovi dei CCNL potrebbero essere addirittura inferiori a quelle degli anni precedenti.

Se poi si punta l'attenzione sulle risorse disponibili per l'assistenza sociale, le prospettive sono ancora più preoccupanti, tenuto conto del fatto che negli ultimi anni tali risorse, assieme a tutte le altre risorse a disposizione delle Regioni per funzioni diverse dalla gestione dell'assistenza sanitaria, hanno subito continue contrazioni.

6.2 Quadro finanziario di riferimento pluriennale del Piano

La ricognizione delle risorse attivabili per l'attuazione del piano è effettuata sulla base degli stanziamenti previsti nel bilancio di previsione finanziario 2018-2020 della regione Toscana, approvato con L.R. n. 79 del 27/12/2017. Le risorse dettagliate nella tabella sottostante ed articolate per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020 sono quelle destinate all'attuazione degli obiettivi previsti nel Piano.

Missione	Programma	Titolo	Fonte Finanziamento	2018	2019	2020
1:Servizi istituzionali, generali e di gestione	02:Segreteria generale	1:Spese correnti	FONDO SANITARIO	54.500,00	53.000,00	53.000,00
		1:Spese correnti Totale		54.500,00	53.000,00	53.000,00
	02:Segreteria generale Totale			54.500,00	53.000,00	53.000,00
1:Servizi istituzionali, generali e di gestione Totale				54.500,00	53.000,00	53.000,00
5:Tutela e valorizzazione dei beni e delle attività culturali	02:Attività culturali e interventi diversi nel settore culturale	1:Spese correnti	FONDI REGIONALI	4.560,00	0,00	0,00
		1:Spese correnti Totale		4.560,00	0,00	0,00
	02:Attività culturali e interventi diversi nel settore culturale Totale			4.560,00	0,00	0,00
5:Tutela e valorizzazione dei beni e delle attività culturali Totale				4.560,00	0,00	0,00
6:Politiche giovanili, sport e tempo libero	01:Sport e tempo libero	1:Spese correnti	FONDO SANITARIO	61.000,00	61.000,00	61.000,00
			FONDI REGIONALI	2.180.000,00	0,00	0,00
		1:Spese correnti Totale			2.241.000,00	61.000,00
	01:Sport e tempo libero Totale			2.241.000,00	61.000,00	61.000,00
	02:Giovani	1:Spese correnti	FONDI REGIONALI	150.000,00	0,00	0,00
		1:Spese correnti Totale			150.000,00	0,00
02:Giovani Totale			150.000,00	0,00	0,00	
6:Politiche giovanili, sport e tempo libero Totale				2.391.000,00	61.000,00	61.000,00
12:Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	01:Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	1:Spese correnti	FONDO SANITARIO	100.500,00	100.500,00	100.500,00
			FONDI REGIONALI	760.000,00	0,00	0,00
		1:Spese correnti Totale			860.500,00	100.500,00

01: Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido Totale			860.500,00	100.500,00	100.500,00
02: Interventi per la disabilità	1: Spese correnti	REGIONALI RIGIDE	542.600,00	522.600,00	507.600,00
		FONDI STATALI	212.952,00	0,00	0,00
	1: Spese correnti Totale		755.552,00	522.600,00	507.600,00
	2: Spese in conto capitale	FONDI REGIONALI	1.000.000,00	0,00	0,00
2: Spese in conto capitale Totale			1.000.000,00	0,00	0,00
02: Interventi per la disabilità Totale			1.755.552,00	522.600,00	507.600,00
04: Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale	1: Spese correnti	FONDI UE 2014-2020	35.492,61	0,00	0,00
	1: Spese correnti	FONDI REGIONALI STATALI	200.000,00	0,00	0,00
	1: Spese correnti	COFINANZIAMENTO U.E.	35.426,29	0,00	0,00
	1: Spese correnti Totale		270.918,90	0,00	0,00
04: Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale Totale			270.918,90	0,00	0,00
05: Interventi per le famiglie	1: Spese correnti	FONDI REGIONALI	6.580.000,00	1.030.500,00	0,00
	1: Spese correnti Totale		6.580.000,00	1.030.500,00	0,00
05: Interventi per le famiglie Totale			6.580.000,00	1.030.500,00	0,00
07: Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali	1: Spese correnti	FONDI REGIONALI	6.164.200,00	50.000,00	0,00
	1: Spese correnti Totale		6.164.200,00	50.000,00	0,00
	2: Spese in conto capitale	FONDI REGIONALI	1.300.000,00	0,00	0,00
	2: Spese in conto capitale Totale		1.300.000,00	0,00	0,00

07: Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali Totale				7.464.200,00	50.000,00	0,00
08: Cooperazione e associazionismo	1: Spese correnti	FONDI REGIONALI	350.000,00	85.000,00	0,00	
	1: Spese correnti Totale		350.000,00	85.000,00	0,00	
08: Cooperazione e associazionismo Totale				350.000,00	85.000,00	0,00
10: Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia (solo per le Regioni)	1: Spese correnti	FSE 2014-2020 RECUPERO ANTICIPAZIONE REGIONE	404.470,00	642.202,26	0,00	
		U.E. FSE 2014-2020 STATO FSE 2014-2020	16.537.667,51	20.532.793,92	5.532.684,80	
		REGIONE FSE 2014-2020	11.360.939,65	14.106.618,79	3.801.296,99	
		REGIONE FSE 2014-2020	4.772.254,24	5.783.985,48	1.731.387,81	
	1: Spese correnti Totale		33.075.331,40	41.065.600,45	11.065.369,60	
	2: Spese in conto capitale	REGIONE FESR 2014-2020	2.718.654,23	1.566.512,92	269.089,06	
		UE FESR 2014-2020 STATO FESR 2014-2020	9.062.179,10	5.221.709,76	896.963,53	
REGIONE FESR 2014-2020		6.343.524,99	3.655.196,81	627.874,47		
2: Spese in conto capitale Totale		18.124.358,32	10.443.419,49	1.793.927,06		
10: Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia (solo per le Regioni) Totale				51.199.689,72	51.509.019,94	12.859.296,66
12: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia Totale				68.480.860,62	53.297.619,94	13.467.396,66
13: Tutela della salute	01: Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA	1: Spese correnti	FONDO SANITARIO	6.815.808.930,84	6.876.226.025,81	6.873.099.020,23

		FONDI ENTI SETTORE PUBBLICO	3.999,00	0,00	0,00
		ALTRE VINCOLATE	70.000,00	0,00	0,00
		FONDI REGIONALI	1.000.000,00	0,00	0,00
	1:Spese correnti Totale		6.816.882.929,84	6.876.226.025,81	6.873.099.020,23
01:Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA Totale			6.816.882.929,84	6.876.226.025,81	6.873.099.020,23
02:Servizio sanitario regionale - finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA	1:Spese correnti	FONDO SANITARIO	920.000,00	920.000,00	750.000,00
	1:Spese correnti Totale		920.000,00	920.000,00	750.000,00
02:Servizio sanitario regionale - finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA Totale			920.000,00	920.000,00	750.000,00
05:Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari	2:Spese in conto capitale	FONDO SANITARIO	2.931.005,00	3.831.005,00	2.181.005,00
	2:Spese in conto capitale Totale		2.931.005,00	3.831.005,00	2.181.005,00
05:Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari Totale			2.931.005,00	3.831.005,00	2.181.005,00
07:Ulteriori spese in materia sanitaria	1:Spese correnti	FONDO SANITARIO	22.865.086,90	1.105.048,54	3.589.800,58
		FONDI UE 2014-2020	6.614,62	0,00	0,00
		ALTRE VINCOLATE STATALI	70.000,00	70.000,00	70.000,00
		COFINANZIAMENTO U.E.	4.489,02	0,00	0,00
		BASSANINI	0,00	0,00	9.000.000,00

		1:Spese correnti Totale		22.946.190,54	1.175.048,54	12.659.800,58
	2:Spese in conto capitale	FONDO SANITARIO		0,00	2.570.000,00	0,00
		FONDI REGIONALI		1.500.000,00	0,00	0,00
		2:Spese in conto capitale Totale		1.500.000,00	2.570.000,00	0,00
	07:Ulteriori spese in materia sanitaria Totale			24.446.190,54	3.745.048,54	12.659.800,58
	08:Politica regionale unitaria per la tutela della salute (solo per le Regioni)	2:Spese in conto capitale	F.A.S. 2007-2013	123.760,00	0,00	0,00
		2:Spese in conto capitale Totale		123.760,00	0,00	0,00
	08:Politica regionale unitaria per la tutela della salute (solo per le Regioni) Totale			123.760,00	0,00	0,00
13:Tutela della salute Totale				6.845.303.885,38	6.884.722.079,35	6.888.689.825,81
14:Sviluppo economico e competitività	03:Ricerca e innovazione	1:Spese correnti	FONDO SANITARIO	13.900.000,00	10.500.000,00	10.500.000,00
		1:Spese correnti Totale		13.900.000,00	10.500.000,00	10.500.000,00
	03:Ricerca e innovazione Totale			13.900.000,00	10.500.000,00	10.500.000,00
14:Sviluppo economico e competitività Totale				13.900.000,00	10.500.000,00	10.500.000,00
Totale complessivo				6.930.134.806,00	6.948.633.699,29	6.912.771.222,47

7 INDICAZIONI VAS AI SENSI DELLA L.R. 10/2010

Il nuovo Piano non è “quadro di riferimento per progetti” ai sensi della LR 10/10, ovvero non contiene scelte circa gli assetti infrastrutturali dei poli ospedalieri toscani e quindi non è quadro di riferimento programmatico/pianificatorio per progetti o interventi che potrebbero avere ricadute sul territorio, sull'ambiente e sul paesaggio. Inoltre l'assenza di una programmazione di tipo infrastrutturale è confermata dalla strategia di piano, contenuta nell'informativa e declinata in parole chiave/obiettivi. Pertanto il Piano non ricade nel campo di applicazione della normativa sulla VAS e non è soggetto a verifica di assoggettabilità ai sensi dell'art. 5, comma 3, lett. C) della Legge Regionale 10/2010.

8 INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITA' DI CONFRONTO ESTERNO

8.1 La fase di ascolto

Nei mesi di ottobre e novembre 2017 è stato avviato un percorso di ascolto dei cittadini, dei professionisti 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.

Sono stati organizzati una serie di incontri, in collaborazione con i Direttori della Programmazione, durante i quali, dopo aver illustrato ai partecipanti finalità e obiettivi, è stato presentato loro il quadro conoscitivo contenuto nel presente documento.

All'ascolto dei diversi contributi offerti dai partecipanti in riferimento ai bisogni di salute e ad eventuali proposte è stato poi dedicato gran parte del tempo a disposizione.

I contributi dei partecipanti alla fase di ascolto:

- *l'organizzazione del Sistema*, in termini di maggior integrazione necessaria tra le componenti sociale e sanitaria del Sistema, tra le varie professioni coinvolte, , rispetto all'area della Salute Mentale e, infine, nei termini dell'impatto riscontrato a seguito della riorganizzazione del SST;
- la difficoltà rispetto alla fase di *accesso ai servizi* sanitari e sociali, con particolare attenzione al tema delle liste d'attesa ed alla definizione del ruolo del medico di medicina generale come riferimento territoriale stabile nel percorso dei pazienti;
- *la comunicazione*, in relazione alla capacità del Sistema di raggiungere i propri interlocutori attraverso i linguaggi e modalità appropriate, per facilitare la conoscenza dei servizi offerti, ma anche rispetto alla modalità di comunicazione interna ai professionisti del Sistema;
- le problematiche inerenti la *disabilità, la non autosufficienza*;
- la necessità di ripensare un modello di presa in cura in grado di affrontare la *malattia cronica* ed intercettarne in maniera precoce i bisogni, quando possibile;
- il tema del *fine vita* e della necessità di promuovere un dibattito culturale;
- *la prevenzione*, come area da sviluppare non soltanto nelle sue componenti sanitarie, ma soprattutto in quelle sociali e integrate con le altre dimensioni della sfera di vita umana;
- la necessità di promuovere iniziative finalizzate alla *salute* dei gruppi di lavoro e dei singoli professionisti negli specifici contesti organizzativi.

8.2 Le fasi successive

In concomitanza con le successive fasi di stesura della proposta di Piano e della approvazione finale della proposta al CR, sono previsti:

1. Una seconda fase di ascolto con il proseguimento e l'estensione del confronto con i cittadini, i professionisti, con le associazioni del volontariato e col terzo settore;
2. Confronti con i soggetti della concertazione, ai sensi dell'art.3 della L.R: 1/2015;
3. Confronto con Conferenza regionale dei sindaci ai fini dell'acquisizione del parere, ai sensi dell'art. 11 della L.R. 40/20059.

In particolare, al fine di garantire la partecipazione alla programmazione dei soggetti di cui all'art. 15 della L.R. 40/2005 e delle Università (art.13 della L.R. 40/2005) sono previste modalità di partecipazione online e di incontri pubblici anche a carattere territoriale.

L'intero processo sarà accompagnato da una grafica che lo caratterizza e da un claim da individuare e al tempo stesso sarà possibile declinare le proprie idee inviandole ad un apposito indirizzo mail.

Il percorso prevede incontri sul territorio con gli stake-holder al fine di poter raccogliere contributi per la costruzione del Piano ed un incontro regionale in occasione della manifestazione "*Sanità di tutti*" che riporta ad un tavolo di discussione quanto emerso dai tavoli provinciali.

Gli incontri potrebbero essere strutturati per singola provincia di ogni area vasta. Il lavoro si svolgerà attraverso la discussione di temi in tavoli di lavoro composti da 15/20 persone, coordinati da un esperto del tema trattato e supportati da un facilitatore.

Sarà inoltre avviato un confronto con le professioni sanitarie attraverso specifici incontri Seminariali.

9 DEFINIZIONE DEL CRONOPROGRAMMA

Anno		2017			2018								
Mese		10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
FASE	AZIONE												
A INFORMATIVA	1.1: fase di ascolto dei cittadini e delle associazioni												
	1.2: fase di ascolto dei professionisti												
	1.3: esame CD			14 dic									
	1.4: adozione GR e trasmissione al CR per indirizzi (previsti entro gennaio)			28 dic									
B PROPOSTA DI PIANO	2.1: seconda fase di ascolto e partecipazione												
	2.2: invio al NURV del documento												
	2.3: validazione NURV												
	2.4: esame CD												
	2.5: concertazione												
C PROPOSTA FINALE	3.1: esame Giunta regionale												
	3.2: esame ed approvazione del consiglio regionale												
D AVVIO OPERATIVITA'	4.1 comunicazione e diffusione												

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