ALLEGATO A

Piano
Sanitario e Sociale Integrato Regionale
2012 – 2015

Per una sanità pubblica, di qualità, accessibile a tutti

Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015

Sommario

A - SEZIONE CONTENUTISTICA 4
1.1. Riferimenti normativo-programmatici 4
1.2. Quadro Contestuale 4
1.3. Quadro Conoscitivo 5
1.4. Risultati del ciclo di programmazione precedente 10
1.5. Per una sanità pubblica, di qualità, accessibile a tutti 15
1.6. Gli obiettivi generali 26
1.7. Gli obiettivi specifici 26
2. La piramide della salute: le azioni 28
2.1. La prevenzione, la promozione della salute e dei diritti di cittadinanza: la salute in tutte le politiche 30
2.1.1. Gli stili di vita e la salute 34
2.1.2. Il diritto di vivere in salute e sicurezza 42
Salute e ambiente 42
2.1.3. I diritti di cittadinanza 60
2.1.4. Il diritto alla casa 65
2.1.5. Il diritto di crescere in salute 69
2.1.6. Il contrasto alla fragilità e alle disuguaglianze 80
2.1.7. Botteghe della Salute 86
2.2. L'emersione del disagio sociale e la graduale perdita della salute 88
2.2.1. La sanità d'iniziativa: dall'attesa alla ricerca attiva 88
2.2.2. L'accesso ai servizi della popolazione immigrata 105
2.2.3. Il sostegno alle persone e alle famiglie 108
2.2.4. Le risposte alla condizione carceraria 130
2.3. Prendersi cura 137
2.3.1. Garantire la continuità attraverso i percorsi integrati 137
2.3.2. La risposta all'emergenza 144
2.3.3. La risposta al bisogno acuto 152
2.3.4. Curare la persona e non la malattia 173
2.3.5. Prendersi cura del dolore 184
2.3.6. La risposta territoriale ai bisogni: le cure primarie sanitarie e sociali 188
2.3.7. La punta della piramide 228
3. QUALITA' , SICUREZZA E APPROPRIATEZZA 233
3.1. Il rischio clinico 233
3.1.1. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza 238
3.1.2. L'emergenza intraospedaliera 239
3.2. L'appropriatezza nell'uso delle risorse 240
3.2.1. L'appropriatezza sul Farmaco 241
3.2.2. L'appropriatezza sulla Diagnostica 243
3.2.3. L'appropriatezza sui Dispositivi 245
3.2.4. L'appropriatezza sulla Genetica 247
3.2.5. L'appropriatezza sulle Medicine complementari e non convenzionali 249
3.3. Il sistema di autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento 252
3.3.1. Sanitario 252
3.3.2. Sociale 253
4. IL PATTO CON I CITTADINI 255
4.1. Una comunicazione aperta e accessibile 255
4.1.1. Modelli informativi orientati all'utenza: dalla comunicazione di base alle sperimentazioni sul web 256
4.2. Le indagini di soddisfazione e l'analisi dei cluster a supporto dell'equità 260
4.3. Gli strumenti della partecipazione: dalla carta dei servizi ai comitati 262

4.4. Salute e la medicina di genere 265
4.5. La tutela della Privacy 266
5. IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI 268
5.1. I nuovi ruoli 268
5.2. Il personale convenzionato 271
5.3. La salute organizzativa 274
5.4. Il disagio lavorativo dei professionisti della sanità 276
6. GOVERNANCE ISTITUZIONALE E ASSETTI ORGANIZZATIVI 277
6.1. La *Governance* Istituzionale 277
6.2. La coerenza programmatica: dal PSSIR al Piano di Area Vasta al PAL/PAO al Piano Integrato di Salute 279
6.3. L'organizzazione della rete dei servizi e gli attori del sistema 281
6.3.1. Area Vasta, Integrazione dei servizi socio-sanitari e socio assistenziali, ESTAR 281
6.3.2. La rete del Welfare della Toscana: il ruolo degli Enti Locali, le Organizzazioni Sindacali e il Terzo Settore 288
6.3.3. Gli Istituti Scientifici 294
6.3.4. Gli altri soggetti 296
6.3.5. Il governo delle specificità geografiche: aree insulari e montane 299
6.3.6. Il ruolo delle farmacie aperte al pubblico nel territorio 302
7. INNOVAZIONE, RICERCA E FORMAZIONE 303
7.1. Ricerca 303
7.2. Telemedicina e teleassistenza 310
7.3. Sistema informativo e tecnologie informatiche 312
7.3.1. La Carta Sanitaria Elettronica 319
7.3.2. Il sistema informativo della Prevenzione 321
7.3.3. Il sistema informativo sociale 322
7.4. La formazione in sanità 324
7.4.1 La formazione continua in sanità (ECM) 324
7.4.2. La formazione di competenze specifiche 326
7.4.3. Le sfide del futuro: la formazione di alta specializzazione e di eccellenza 327
7.4.4. E-Learning - Formazione a distanza - F@D 327
7.4.5. I percorsi formativi dei professionisti del sociale e del socio-sanitario 328
7.5. Le Università 330
7.5.1. Il ruolo delle Università Toscane nella formazione in campo socio-sanitario 330
7.5.2. I rapporti Sistema Socio-Sanitario-Università nel campo dell'attività assistenziale 330
7.5.3. Modelli avanzati di integrazione a valenza regionale tra Università e Sistema Socio-Sanitario nel campo della formazione, ricerca scientifica ed assistenza 330
7.5.4. Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa 331
7.5.5. Museo della Medicina e dell'Assistenza 332
7.6. Relazioni internazionali 333
7.6.1. Internazionalizzazione del sistema socio-sanitario 333
7.6.2. Rapporti con l'Unione Europea 334
7.6.3. Rapporti con l'Organizzazione Mondiale della Sanità 335
7.6.4. Progetto Mattone internazionale 335
7.7. Cooperazione Sanitaria Internazionale 336
8. SISTEMA DI GOVERNANCE REGIONALE 338
8.1. IL GOVERNO CLINICO 340
8.1.1. Strumenti, responsabilità, finalità 340
8.1.2. Il Consiglio Sanitario Regionale 340
8.1.3. Il Centro Regionale Sangue 343
8.1.4. Organizzazione Toscana Trapianti 346
8.1.5. La bioetica in Toscana 348
8.2. LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI 351
8.2.1. La relazione sanitaria regionale e aziendale e la relazione sociale regionale 351
8.2.2. La valutazione dei processi e degli esiti 351
8.2.4. Gli effetti attesi e la valutazione di risultato delle politiche sociali 356
8.2.5. L'Osservatorio Sociale Regionale 356
9. LE RISORSE 360
9.1. Assetti economici 360
9.1.1. Il Fondo Sanitario Regionale 360

9.1.2. Il Fondo Sociale Regionale ... 362
9.1.3. Criteri di ripartizione economica ... 363
9.1.4. Il Finanziamento Ordinario alle Sds/Zone distretto per il mantenimento e il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali ... 367
9.1.5. Il Fondo di Solidarietà Interistituzionale ... 368
9.1.6. Il sistema tariffario ... 371
9.1.7. I controlli regionali sui bilanci e sulla gestione delle Aziende Sanitarie ... 372
9.1.8. Il controllo di gestione a livello Regionale ... 373
9.1.9. Amministrazione e controllo della sanità toscana: gli scenari futuri ... 374
9.2. Valutazione, programmazione, adeguamento e innovazione tecnologico-strutturale ... 376
9.2.1. La valutazione tecnologico-strutturale in sanità ... 376
9.2.2. Programmazione, obiettivi ed azioni per la realizzazione degli investimenti in sanità ... 379
9.3. Patrimonio storico artistico ... 384
9.4. Quadro finanziario di riferimento pluriennale ... 385
10. ALLEGATI ... 391
10.1. I livelli essenziali di assistenza e i pesi per classe di età ... 391
10.2. Lo sviluppo organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione ... 393
10.3. Orientamenti generali per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali ... 396
10.4. Il Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali e i livelli essenziali delle prestazioni sociali ... 400
10.5. Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana e le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena ... 405
11. APPENDICE ... 406
11.1. Individuazione delle modalità di confronto esterno ... 406
11.2 Definizione del cronogramma di elaborazione del Piano ... 408
B - SEZIONE VALUTATIVA ... 409
1. Valutazione di coerenza esterna ... 409
1.1. Coerenza esterna verticale con PRS e PIT ... 410
1.2. Coerenza esterna orizzontale ... 413
2. Valutazione di coerenza interna ... 426
2.1. Coerenza interna verticale ... 426
2.2. Coerenza interna orizzontale ... 428
3. Analisi di fattibilità finanziaria ... 437
4. Valutazione degli effetti attesi ... 441
5. Sistema di monitoraggio ... 468
GLOSSARIO degli acronimi presenti nel Piano ... 482

A - SEZIONE CONTENUTISTICA

PSSIR 2012 - 2015: difendere un patrimonio e accogliere una sfida

1.1. Riferimenti normativo-programmatici

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale costituisce lo strumento della programmazione regionale in materia sanitaria, socio sanitaria e sociale, ai sensi degli articoli 18 della legge regionale 24 febbraio 2005, 40 (Disciplina del Servizio Sanitario Regionale) e 27 della legge regionale 24 febbraio 2005, 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), come modificati dalla l.r. 60 del 10 novembre 2008 e dalla l.r. 83 del 28 dicembre 2009.
Assolve la funzione, prevista dal d.lgs. 502/1992 (art. 1, comma 13), di "piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale".
In riferimento al Programma regionale di Sviluppo 2011-2015, il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale sviluppa le linee di indirizzo delle politiche integrate socio sanitarie ivi contenute, comprese quelle in materia di sicurezza e salute del lavoro.

1.2. Quadro Contestuale

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

nella società civile, fornendo un numero crescente di prestazioni e attività, con risultati misurabili sulla salute dei cittadini.
Riconoscere i risultati conseguiti è importante nei confronti dei professionisti che contribuiscono al loro raggiungimento ed è fondamentale per avere il punto di partenza per il lavoro da compiere nei prossimi anni. Riconoscere i risultati è anche importante per confrontarsi con i cittadini, per condividere le opportunità di miglioramento, di cambiamento, le sfide di un mondo che può e deve evolversi.
La finalità è infatti la costruzione di un'alleanza di intenti che consenta nei fatti di produrre salute.
Se da un lato si registra una riduzione significativa delle risorse a disposizione, assolutamente inadeguate rispetto all'aumento altrettanto significativo dei bisogni, dall'altro è necessario che il sistema socio sanitario toscano con tutta la collettività abbia la capacità di rimettersi in discussione, partendo da alcuni elementi irrinunciabili:

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

1.3. Quadro Conoscitivo

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

Si fuma di meno, ma si comincia prima
Secondo l'indagine Multiscopo Istat del 2011, in Toscana la proporzione di fumatori è superiore alla media nazionale, mentre il consumo medio di sigarette risulta essere più basso. La quota di fumatori lievemente si differenzia, in Toscana ed in Italia, per classe sociale di appartenenza: nel genere maschile troviamo la maggiore percentuale di fumatori nella classe sociale bassa, mentre per le donne la proporzione maggiore di fumatrici si trova nella classe sociale medio-alta.
Alcol: un modello di consumo toscano
Sempre secondo l'indagine Multiscopo Istat del 2011, i toscani che hanno consumato almeno una bevanda alcolica sono stati l'82,3% degli uomini e il 54% delle donne, in linea con il dato nazionale. Rispetto al modello tipico dell'area mediterranea del bere ai pasti, tra gli adolescenti si sta diffondendo un modello di consumo tipico delle aree nord europee con grandi quantità di alcol consumate in poche occasioni, prevalentemente durante il fine settimana.
Più sedentari…
I dati Istat più recenti (anno 2011) che riguardano la popolazione toscana a partire da 3 anni di età, indicano che solo il 23,5% pratica con continuità uno sport (il 22% in Italia), mentre l' 8,5% ha dichiarato di svolgerlo saltuariamente.
… e in sovrappeso
Il sovrappeso in Toscana interessa maggiormente la popolazione maschile, mentre l'obesità è analogamente rappresentata nei due generi.
Tra i bambini le più recenti indagini rilevano un trend in diminuzione che vede scendere dal 33,4 del 2006, al 31,4 del 2008, al 28% del 2010 la percentuale di sovrappeso globale (sovrappeso + obesità) in questa popolazione. In entrambi i generi nei soggetti con livello di istruzione familiare

basso l'obesità è maggiormente diffusa. Nel genere femminile, la condizione di sottopeso presenta percentuali più alte nei soggetti con livello di istruzione familiare maggiore.

La struttura demografica e l'accesso ai servizi

Più difficoltà economiche

La crisi economica globale iniziata nel 2008 ha evidenziato un tendenziale impoverimento di alcune fasce della popolazione toscana, acuendo il processo di erosione della base sociale del welfare (le famiglie, indebolite fortemente nelle loro tradizionali funzioni redistributive nei confronti dei soggetti più deboli: bambini e anziani) e facendo emergere l'esistenza di nuove forme di povertà prima sconosciute di tante persone e di intere famiglie che vivono o che transitano nei nostri territori. Nel 2011 la Toscana aveva perso rispetto al 2008 il 3% del reddito disponibile per abitante rispetto alla media italiana che si assestava sul -1,2%[1] , e sempre nel 2011, il 5,2% delle famiglie residenti in Toscana risultava in condizione di povertà relativa (il dato nazionale arriva al 11,1%)[2]. Un fenomeno che pur essendo maggiormente diffuso tra le regioni del Mezzogiorno, inizia a diffondersi con una certa gravità anche nel territorio toscano. L'impoverimento complessivo della società rischia di determinare un minore ricorso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini toscani.

I problemi sul lavoro

Anche in Toscana la crisi ha una forte caratterizzazione generazionale. In aumento la quota di disoccupazione giovanile, che raddoppia rispetto alla fase precedente la crisi: se misurata con riferimento alla popolazione in età compresa fra i 15 ed i 24 anni passa dal 15% al 30%, mentre raggiunge la cifra del 20% -aumentando di dieci punti- considerando i residenti con meno di 29 anni. In questa fascia d'età crescono anche i cosiddetti NEET (i giovani che non studiano e non lavorano), che salgono nel 2011 al 17% e appaiono in aumento a partire dal 2009, quando costituivano il 13%. Tra questi prevalgono gli inattivi senza esperienze di lavoro e le donne, con una quota più accentuata delle straniere. La debolezza del quadro economico aumenta il rischio che la disoccupazione assuma una natura strutturale. In effetti, la nuova fase recessiva della congiuntura economica si accompagna ad una riduzione delle probabilità di uscita dalla disoccupazione. L'analisi delle matrici di transizione tra stati occupazionali mostra, infatti, che la percentuale di disoccupati che a un anno di distanza è ancora in cerca di impiego, oppure inattivo, è passata dal 62% al 66% negli ultimi cinque anni[3].

L'emergenza abitativa

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

L'età che avanza

Nel 2010, la speranza di vita alla nascita (4) dei toscani ha raggiunto 79,99 anni per gli uomini e 84,72 anni per le donne, con un indice di vecchiaia (5) pari a 186,0 che rappresenta il valore più alto dopo la Liguria ed il Friuli Venezia Giulia. La quota degli ultrasettantaquattrenni rappresenta il

1 Indagine sui consumi delle famiglie – Istat anno 2012

2 Report sulla povertà delle famiglie – Istat anno 2012

3 Rapoirto sul mercato del lavoro Anno 2012 Sintesi - Irpet

4 La speranza di vita alla nascita indica il numero di anni che in media si aspetta di vivere una generazione di nati in uno specifico anno di calendario.

5 L'indice di vecchiaia è rappresentato dal numero di anziani oltre i 64 anni per 100 giovani di età inferiore ai 14 anni.

12,2% del totale della popolazione (449.074 persone) e nei prossimi dieci anni si prevede che il numero di anziani (ultrasessantacinquenni) residenti in Regione aumenterà di circa il 10%.

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

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

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

Più neonati da donne straniere
I residenti in Toscana al 1 gennaio 2010 erano 3.667.780, di cui 1.759.289 maschi (48,0%) e 1.908.491 femmine (52,0%). Rispetto all'anno del censimento (2001), la popolazione toscana è cresciuta complessivamente di circa 170.738 unità (+4,9%), con un aumento lievemente più marcato per i maschi (5,1%) che per le femmine (4,7%). I tassi di natalità[6] mostrano da alcuni anni una tendenza all'aumento, determinato però prevalentemente dalle nascite di bambini da madre di cittadinanza non italiana (16,7% del totale dei nati in Toscana nel 2011, fonte: Istat). Nel 2011 il tasso toscano (8,7 per 1000 abitanti) permane comunque più basso dei valori medi nazionali (9,5). Questi fenomeni demografici determinano, in Toscana, come nel resto della nostra penisola, un saldo naturale[7] negativo. In particolare, nel 2011, la differenza tra nascite e decessi è stata pari a 10.119 soggetti. Ciononostante, come già accennato, la popolazione della Toscana continua a crescere, e questo è possibile grazie al saldo migratorio[8] positivo e numericamente più elevato (+15.630 soggetti) rispetto al saldo naturale anche se nell'ultimo anno questo saldo si è praticamente dimezzato, evidenziando la necessità di politiche più efficaci a supporto della natalità. La riconosciuta necessità di politiche più efficaci a sostegno della natalità, rappresenta una priorità di carattere strategico e una assunzione di responsabilità non più rinviabile, anche in considerazione degli indicatori che collocano la Regione Toscana tra le regioni a più elevata attesa di vita e al di sotto degli indici medi di fertilità. Molteplici sono le misure da adottare o da rafforzare e le risorse da destinare per rendere il Piano più coraggioso e incisivo sotto questo profilo.

Più regolari ma il lavoro non basta per tutti
In particolare, a partire dal 2003, a seguito della regolarizzazione di molti stranieri avvenuta in applicazione di normative nazionali, tale crescita è di tipo esponenziale. Gli stranieri regolarmente residenti in Toscana al 1/1/2011 risultano essere 322.811 e la loro presenza sul territorio è molto disomogenea, essendo più consistente in alcuni territori (Prato, Empoli, Firenze, Siena e Arezzo).

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

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

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

Come è noto, per avere un quadro complessivo del fenomeno, insieme agli stranieri residenti bisogna considerare le presenze regolari non residenti (con permesso di soggiorno), e le irregolari. Queste, secondo le stime riguardanti la popolazione straniera proveniente dai cosiddetti "paesi a forte pressione migratoria", ammontavano a 60.000 unità all'1/1/2009, rappresentando il 17,4% del totale degli stranieri presenti provenienti da tali paesi (regolari non residenti: 8,4%, irregolari: 9,0%).
Il territorio toscano si conferma come uno dei più attrattivi per la forza lavoro straniera. Infatti il tasso di disoccupazione della popolazione straniera residente in Toscana era nel 2009 del 10,5% a fronte di un dato nazionale dell'11,2 (per la popolazione toscana il tasso di disoccupazione era del 5,7). Si registra comunque un trend di peggioramento della situazione del mercato del lavoro a partire dall'ultimo trimestre del 2008.

Lo stato di salute della popolazione

Mortalità in calo
Relativamente alla mortalità dal confronto con i dati italiani riferiti al 2009[9], si rileva che, dopo aggiustamento per età, i tassi di mortalità generale della Toscana sono inferiori ai valori medi nazionali in entrambi i sessi (maschi: - 3.6%; femmine: -2,7%) e che, in particolare per i maschi, solo il valore dell'Emilia Romagna è migliore di quello toscano.
Sia quella prematura degli adulti
L'analisi della mortalità "prematura"[10] riveste una notevole importanza per orientare la programmazione regionale in ambito socio-sanitario, perché può essere in buona parte evitata sia mediante interventi di prevenzione efficaci sia attraverso cure appropriate e tempestive. Il tasso di mortalità prematura standardizzato per età per 100.000 residenti era nel triennio 1988-1990 rispettivamente di 352,1 per i maschi e 162,7 per le femmine: 20 anni dopo il tasso di abbassa notevolmente passando rispettivamente a 188,2 per i maschi e 111,7 per le femmine.

Che quella alla nascita
Per quanto riguarda la mortalità infantile, infine, il tasso dell'ultimo triennio (2008-2010) in Toscana è dimezzato rispetto alla metà degli anni '90 passando da 5,5 per 1.000 nati vivi nel triennio 1995-97 a 2,77 nel 2008- 2010. Il dato toscano è inferiore al dato medio nazionale e si colloca inoltre tra i valori più bassi tra quelli osservati a livello internazionale, confermando l'eccellente livello raggiunto dall'assistenza sanitaria in campo materno-infantile.

L'incremento delle malattie croniche
La Toscana si trova oggi in piena quarta fase di transizione epidemiologica, propria delle regioni a più alto sviluppo socio-economico e dotate dei più efficienti sistemi sanitari pubblici ("*age of delayed degenerative diseases*"[11]) caratterizzata da elevati e crescenti livelli di longevità e di prevalenza delle comuni condizioni croniche, spesso esito di eventi acuti ai quali si sopravvive sempre più frequentemente. Sebbene, secondo l'indagine Multiscopo Istat 2009[12], nella nostra Regione la prevalenza standardizzata per età di diabete mellito, ipertensione arteriosa e broncopneumopatia cronica ostruttiva risulti inferiore ai livelli medi nazionali, i dati forniti da Macro[13] e da HealthSearch[14] rivelano trend in moderato ma continuo aumento. La maggiore

9 Osservasalute anno 2012
10 La mortalità prematura è rappresentata convenzionalmente dai decessi che avvengono prima dei 65 anni di età.
11 Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. Milbank Q 1986;64:355–91.
12 Le prevalenze calcolate su dati Multiscopo sono standardizzate con la popolazione italiana del 2001. Le prevalenze calcolate sui flussi toscani (uso farmaci, MaCro) sono standardizzate utilizzando la popolazione toscana del 2006.
13 una banca dati ARS sulle malattie croniche calcolati sulla base dei dati forniti dal Sistema Informativo Sanitario Regionale.
14 (una banca dati alimentata da circa mille medici di medicina generale).

vulnerabilità nell'esposizione ai fattori di rischio delle malattie croniche delle persone appartenenti alle classi sociali più disagiate è causa dell'aumento del rischio di queste patologie.

Meno ricoveri

In Toscana, nell'ultimo decennio, i tassi di ricovero hanno presentato in entrambi i generi una progressiva riduzione, più accentuata dopo il 2002 arrivando nel 2011 a 121,9 * 1000 residenti nei maschi e 131,3 nelle femmine (totale 125,9). Per il 2012 stimando un ricorso ai ricoveri extra regionali pari a quello avvenuto nel 2011 il tasso complessivo di ospedalizzazione si riduce ulteriormente passando a 123. Secondo il Ministero della Salute, i tassi di ospedalizzazione standardizzati per età e distinti per regione, mostrano che la Toscana, dopo il Veneto, presenta il valore più basso tra le regioni italiane. Questo risultato è stato ottenuto grazie alla riduzione dei ricoveri inutili e ai ricoveri ripetuti per le stesse problematiche in tempi ravvicinati, ossia grazie ad un miglioramento della qualità dei servizi erogati. In tal senso va tenuto conto della progressiva riduzione dei posti letto in dotazione e delle modificazioni dei settings assistenziali che hanno orientato il ricovero ordinario verso forme più leggere quali il DH (day-hospital) e i Ds (day-surgery e day-service).

Variabilità degli indicatori di salute

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

Le disequità del sistema

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

Minori a rischio

L'incremento delle separazioni dei coniugi ed il conseguente disgregarsi della rete familiare, che circonda il minore, hanno fatto sì che il numero di nuclei familiari con figli minori che ricorrono ad attività di mediazione familiare e cioè di supporto alla coppia in fase di separazione, ove questa sia già avvenuta, sia passata nel triennio 2007-2009, da 697 a 710 unità (+1,9%). Ogni anno, nel medesimo periodo, viene mediamente coinvolto, in questo tipo di attività, meno di un nucleo familiare (0,5) ogni 1.000 nuclei familiari residenti sul territorio regionale .

A causa di situazioni multi-problematiche che vivono i nuclei familiari, sempre più si ricorre a forme di sostegno alle responsabilità familiari: nel corso del triennio 2007-2009 i minori in affidamento part-time sono passati dai 175 del 2007, ai 203 del 2008 e ai 223 del 2009 con un incremento percentuale pari al 27,4% e il tasso medio annuo sulla popolazione residente è di 0,2 nuovi affidati ogni 1.000 minori residenti.

Risulta inoltre significativa la crescita del numero dei bambini e ragazzi che frequentano le strutture semiresidenziali, in controtendenza con quanto accadeva negli anni precedenti in cui la maggioranza dei minori veniva accolta nelle strutture residenziali. Il numero dei bambini e dei ragazzi presenti nelle strutture semiresidenziali è passato dai 740 del 2007 ai 1.204 del 2009 con

un incremento di circa il 39%; piuttosto elevata rimane l'incidenza dei minori stranieri sul totale delle presenze che nel 2009 è pari al 31,3%.

Lavoro e donna: un connubio difficile
I tassi di occupazione femminile variano molto in base al ruolo in famiglia delle donne: se si considerano le donne tra 25 e 44 anni si passa dall'81% delle single al 74,8% delle coppie senza figli, al 52,9% delle coppie con figli. Inoltre, quasi una donna su cinque al momento della nascita del figlio lascia o perde il lavoro. La situazione è in peggioramento soprattutto per le single. Il carico di lavoro familiare per le donne occupate è molto elevato e poco distribuito all'interno della coppia. Il 71% del lavoro familiare della coppia senza figli è infatti a carico della donna nel caso in cui la donna lavori[15].

Violenza sulle donne: un fenomeno in aumento
Aumentano le donne che si rivolgono ai Centri Antiviolenza della Toscana, ma continua ad essere bassa la percentuale di quelle che decidono di denunciare gli abusi subiti. Dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2012, cinquemilasettecentoventitre[16] donne si sono rivolte alle strutture che in Toscana svolgono attività di Centro antiviolenza. Un trend in aumento: si va dai 1.761 casi del 2009-2010 ai 2.033 dell'ultima annualità considerata (2011-2012).

1.4. Risultati del ciclo di programmazione precedente

Il Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010

Per poter monitorare la capacità del sistema sociosanitario toscano di perseguire gli obiettivi della programmazione e di realizzare le azioni previste al fine di migliorare lo stato di salute dei cittadini, è stato individuato un set di indicatori di sintesi ripresi dal "Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana", progettato in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, mediante il quale la Regione Toscana ha potuto orientare e governare il sistema al fine di garantire al cittadino valore e qualità dei servizi rispetto alle risorse utilizzate.
Il sistema, basato su oltre 300 indicatori di valutazione, è strutturato in modo da monitorare le dimensioni più significative in sanità, quali la qualità, la soddisfazione degli utenti e degli operatori, e la sicurezza del paziente. Grazie a questo monitoraggio la regione Toscana può oggi dimostrare di avere conseguito un miglioramento negli ultimi tre anni su oltre il 60% degli indicatori monitorati.

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

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

- *Umanizzazione dei servizi*

Considerando i risultati di output conseguiti si evidenziano, oltre ai miglioramenti in termini di equità, significativi passi avanti nell'umanizzazione dei servizi erogati.
I cittadini infatti dichiarano che la capacità di gestione del dolore, che soprattutto nei servizi di pronto soccorso risultava essere un punto di grande debolezza, dal 2008 al 2010 ha avuto un

[15] Istat, Rilevazione continua sulle forze di lavoro - 2009
[16] Si tratta di accessi e quindi di singole donne: una donna viene contata solo al momento dell'accesso: se rimane in carico al centro, non risulta tra le nuove utenti dell'anno successivo.

miglioramento passando da un grado di soddisfazione di 2.41 a 2.57 su 5, così come il livello di soddisfazione complessivo per i servizi distrettuali, che passa da 3.44 a 3.50.

- *Partiamo dalla salute*

Sul versante della Sanità Pubblica, i Dipartimenti della Prevenzione e i medici di famiglia si sono impegnati ad orientare la popolazione alla consapevolezza e all'applicazione di corretti stili di vita. Il lavoro è stato agevolato dallo sviluppo di una base informativa, soprattutto di tipo epidemiologico, sullo stato di salute della popolazione toscana, sui suoi determinanti ma anche grazie alla realizzazione di interventi concepiti e realizzati con la metodologia dell'*Evidence Based Prevention* nell'ambito dell'attuazione regionale del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012.
Molto è stato fatto anche sul versante della sicurezza sui luoghi di lavoro dove, mediante l'implementazione della rete della prevenzione e l'integrazione con gli altri settori sanitari, è stato conseguito, da un lato un calo costante degli infortuni sul lavoro e, dall'altro, un aumento di denunce di malattia professionale. E' importante evidenziare che le azioni effettuate su questi percorsi hanno interessato molti attori e coinvolto vari settori, andando oltre i classici confini dei servizi sociali e sanitari. Questo ha consentito di consolidare i risultati a livello territoriale attraverso alleanze interistituzionali possibili nel nuovo contesto organizzativo proposto nella nostra Regione: la Società della Salute.

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

Il PSR 2008-2010 ha visto i suoi principi ispiratori nella riconferma dell'orientamento verso l'ospedale per intensità di cura, nell'appropriatezza, qualità, produttività (piena utilizzazione delle risorse), iniziativa (tutoraggio clinico e assistenziale). Sono attualmente presenti nel territorio regionale esperienze avanzate di aree di degenza multidisciplinare, sia in ambito medico che chirurgico, che consentono un utilizzo flessibile dei posti letto in relazione alla domanda effettiva e quindi ai reali bisogni dei pazienti. Il ridisegno dei modelli organizzativi ha inoltre consentito lo sviluppo di esperienze avanzate di assistenza infermieristica personalizzata e di esperienze avanzate di assistenza psicologica ospedaliera. (N.B.- il PSR 2008-2010 conteneva la novità della previsione della struttura di psicologia ospedaliera nei Presidi ospedalieri delle ASL).
Il processo chirurgico è stato oggetto di interventi specifici che hanno posto l'accento sulla necessità di separare funzionalmente il percorso di chirurgia programmata da quello in urgenza e sulla possibilità di pianificare l'utilizzo delle sale operatorie e delle aree di degenza con criteri differenziati in base alla priorità di accesso, superando i vincoli di una assegnazione rigida delle risorse alle singole articolazioni organizzative specialistiche.
Questo nuovo modello ha consentito di riorganizzare le risposte dell'ospedale prioritariamente verso le patologie acute.
Si registra complessivamente una riduzione della degenza dal 2011 al 2012 pari a 98.756 giornate così come una riduzione delle giornate di degenza preoperatoria per interventi chirurgici programmati (da 0,72 a 0,69).
La maggiore efficienza ospedaliera non ha determinato una riduzione della qualità dei servizi di ricovero, anzi si registra un miglioramento negli indicatori specifici: le fratture di femore operate entro due giorni sono passate da 60% a 71%. Nei servizi di ricovero ospedaliero grande attenzione hanno avuto le pratiche e gli interventi per garantire la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico: l'indice di richieste di risarcimento è diminuito del 14% e la mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità si è ridotta di oltre il 6%.
La tenuta economico – finanziaria del sistema da un lato e il miglioramento della qualità dei servizi dall'altro sono stati quindi ottenuti grazie ad un insieme di azioni che hanno permesso di rendere più coerente l'offerta dei servizi nei *setting* assistenziali più adeguati.

- *Il territorio: più iniziativa e meno attesa*

In questi anni ha preso avvio il grande progetto della "sanità d'iniziativa", particolarmente orientato ad un approccio proattivo e preventivo a livello territoriale dei malati cronici.
Il problema di un diverso modo di affrontare e gestire il tema della cronicità, vera sfida del sistema sanitario e sociosanitario dei paesi occidentali, ha determinato la scelta di puntare su un modello fortemente innovativo dell'assistenza che potenzia il ruolo delle cure primarie, valorizza la necessità del lavoro in equipe (moduli) e assegna al cittadino, consapevole e informato, un ruolo attivo nell'alleanza terapeutica e preventiva propria dei servizi e dei professionisti sanitari.

L'attivazione di moduli in tutti i territori della Regione ha raggiunto un livello di copertura della popolazione assistita dai MMG oramai pari a circa 40% dei residenti (127 moduli, circa 976 MMG per 1.265.000 cittadini).
I moduli hanno avviato la presa in carico dei pazienti con diabete e scompenso cardiaco e, da aprile 2011, dei pazienti con pregresso ictus/TIA o affetti da BPCO.
Presso tutti i moduli è stata posta particolare attenzione al counseling individuale e di gruppo, finalizzato all'aumento della consapevolezza e all'autocura del paziente.
Anche sul piano degli esiti si cominciano già a misurare i primi risultati incoraggianti: l'ospedalizzazione evitabile per scompenso e BPCO si è ridotta rispettivamente del 2,28% e 14,27%, e si registra un miglioramento netto negli indicatori di processo, tra i quali un aumento di oltre il 10% di pazienti diabetici con almeno una misurazione di emoglobina glicata.
Fa parte della sanità d'iniziativa anche il progetto Attività Fisica Adattata. Unico nel panorama italiano, il progetto AFA prevede l'attivazione di percorsi di attività fisica per persone con oltre 65 anni affetti da patologie croniche. In questi anni sono stati attivati sul territorio regionale più di 2500 corsi, grazie al lavoro di squadra realizzato dalle Società della Salute con gli enti locali, le associazioni, la collettività.

- *Un forte impegno sulla non autosufficienza*

E' nel settore della non autosufficienza dove, per prima, si è resa concreta l'integrazione socio-sanitaria: nel 2008 è stato istituito il Fondo per la non autosufficienza, approvato il progetto e definite le regole di accesso, gli attori del sistema, i principi fondamentali e gli strumenti per la presa in carico dell'anziano (Piano Assistenza Personalizzato). Il percorso è stato accompagnato da un'ampia attività di comunicazione verso l'utenza (attraverso l'apertura di 254 Punti Insieme) nonché da una intensa formazione degli operatori coinvolti. Le segnalazioni di bisogni sociosanitari effettuate ai Punti Insieme nel 2010 sono state 34.332 di cui 29.208 sono state valutate dalla Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) e hanno portato alla stesura di un Piano Assistenziale Personalizzato, mentre le altre 5.124 hanno avuto risposte di carattere o solo sociale o solo sanitario.
Sono stati organizzati servizi, in parte innovativi come l'assegno per gli assistenti familiari e i caregiver (oltre 5.000 interventi nel 2010); tali servizi hanno consentito un forte incoraggiamento per le famiglie ad accudire la persona non autosufficiente al proprio domicilio. In crescita anche l'assistenza attraverso i Centri diurni (+ 10% nel 2010).

- *Informazioni per la salute: la Carta Sanitaria*

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

- sono stati attivati 200 punti di attivazione presso le Aziende sanitarie
- sono stati formati 600 operatori di sportello e 300 formatori aziendali
- sono state distribuite circa 3.600.000 C.S., coprendo tutta la popolazione toscana.
- 1 toscano su 4 ha attivato la Carta e il Fascicolo

Attraverso la C.S. si accede ai propri dati di anagrafe sanitaria, Pronto Soccorso, referti di laboratorio analisi, esenzioni per patologia, scheda di dimissione ospedaliera e farmaci

Il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-10

La salvaguardia dei diritti di cittadinanza, l'estensione del livello di copertura dei servizi ed una maggiore equità del sistema erano gli obiettivi primari del PISR 2007-2010. Nell'ambito della promozione e difesa dei diritti di cittadinanza hanno assunto carattere fondamentale tutte le azioni volte *all'individuazione di livelli base di cittadinanza sociale territorialmente omogenei e riconosciuti, all'eliminazione di tutte le forme di discriminazione per favorire l'inclusione sociale, alla costruzione di una società solidale e coesa.*

I risultati raggiunti lasciano spazio ad ulteriori sforzi finalizzati ad innalzare il livello di adeguatezza delle risposte ai bisogni e ad eliminare le disparità ancora esistenti tra i territori.

- *Individuazione di livelli base di cittadinanza sociale*

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

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

Al fine di garantire il principio costituzionale di uguale dignità sociale di tutti i cittadini, la Regione ha seguito percorsi politici ed operativi a favore delle persone che, per motivi diversi, sono a maggiore rischio di esclusione sociale. Sono state attuate specifiche azioni volte all'inserimento sociale dei cittadini immigrati e dei gruppi vittime di discriminazioni, al rafforzamento della capacità di azione delle persone vittime di violenza, al re-inserimento lavorativo e sociale di ex detenuti. Inoltre è importante sottolineare il rafforzamento degli interventi di assistenza immediata e globale fornita in modo coordinato, multidisciplinare e professionale alle persone vittime di discriminazione e violenza, alla sensibilizzazione dei cittadini e dell'opinione pubblica sui temi relativi all'esclusione sociale, nonché allo sviluppo del welfare abitativo attraverso una politica sociale ed urbana della casa intesa come fattore di coesione sociale e di sviluppo sostenibile dei diversi territori della Toscana. Tali azioni con la finalità del soddisfacimento dei bisogni minimi essenziali delle famiglie meno abbienti, agendo sia sul versante dell'offerta di abitazioni in affitto regolato a vari livelli (libero, concordato, calmierato), sia sul versante del sostegno al reddito per l'accesso al mercato privato (adeguamento della consistenza e delle modalità di ripartizione del Fondo nazionale ex legge 431/1998), allo scopo di ricostruire le basi per una forte azione di recupero, riqualificazione e rilancio dell'edilizia residenziale sociale pubblica, a fronte di un'emergenza abitativa sempre più grave.

- *Costruzione di una società solidale e coesa*

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

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

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

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

Politiche per i giovani: la Regione ha investito energie e risorse per assegnare alle politiche giovanili un forte ruolo di innovazione sia all'interno degli interventi sociali ed educativi sia rispetto alle politiche per lo sviluppo della cittadinanza attiva e responsabile. Sono stati finanziati progetti per circa Euro 17.250.000; circa un terzo dei progetti era improntato a sviluppare la partecipazione e la socializzazione, il 17% a promuovere il protagonismo ed il 13% la creatività. Grande rilievo ha assunto il servizio civile la cui attività si è divisa in due grossi filoni: il Servizio Civile Nazionale (SCN) ed il Servizio Civile Regionale (SCR). Entrambi hanno visto un grosso incremento e sviluppo tra il 2007 e il 2010: il SCN ha finanziato 205 progetti per 1938 giovani beneficiari. Il SCR ha visto nel 2009 l'approvazione del primo bando con 300 giovani ammessi ad attività di supporto al sistema sanitario per l'attivazione della Carta sanitaria per un impegno finanziario di euro 2.000.000,00. Nel 2010 è stato emanato un bando che finanzia 530 giovani per un impegno finanziario di euro 3.000.000,00.
Valorizzazione della sussidiarietà orizzontale: secondo i dati riferibili al settembre 2009, sono complessivamente 2.669 le associazioni di volontariato iscritte nei registri regionale e provinciali e questo fa sì che il volontariato si confermi come il soggetto maggiormente presente sul territorio toscano tra quelli del Terzo Settore; il tasso di crescita del settore è stato inoltre costante negli anni, attestandosi attorno al 2-3% annuo circa. Inoltre sia l'associazionismo di promozione sociale sia la cooperazione sociale hanno assunto sempre maggiore rilevanza sul territorio della regione Toscana.
Sviluppo di politiche per il contrasto al disagio abitativo: l'attività regionale si è rivolta principalmente al rilancio delle agenzie per l'alloggio sociale che, in un momento di crisi economica quale quello che ha caratterizzato gli anni di vigenza del PISR 2007-2010, hanno rappresentato un "cuscinetto" per tutte le situazioni non affrontabili con le misure di intervento tradizionali, con particolare riferimento alle persone a rischio di perdita casa. Sono stati messi in campo interventi per euro 3.500.000 con 968 beneficiari totali e la realizzazione di 31 alloggi provvisori.
Percorsi di qualità: è stata definita dettagliatamente la disciplina relativa all'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato, definendo i requisiti strutturali, professionali, organizzativi e di qualità richiesti alle strutture per ottenere prima l'autorizzazione al funzionamento e poi l'accreditamento. Si è sperimentata l'adozione della Carta dei Servizi in sei zone distretto. E' stato elaborato, attraverso un'ampia fase di confronto e condivisione con i soggetti istituzionali coinvolti e con organizzazioni sindacali e rappresentative dell'utenza, un atto di indirizzo che definisce e dettaglia i criteri fissati dalla normativa (DGR 385/2009) riguardante la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni.

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

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

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

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

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) ha subito negli ultimi 4 anni un decremento costante con un taglio del 60% circa. Avendo mantenuto più o meno costante l'ammontare del

Fondo Regionale di Assistenza Sociale (FRAS) e, con una misura straordinaria nell'anno 2009, la Regione è riuscita in questi anni a far ricadere sulle Zone distretto una percentuale di taglio inferiore a quella del FNPS; per tutte le Zone distretto, infatti, la percentuale di riduzione dal 2007 al 2010 è stata di circa il 44,50%.
Oltre al finanziamento ordinario, particolare importanza ha rivestito il Fondo di Solidarietà Interistituzionale (articolo 46 l.r.. 41/2005) attribuito ai Comuni che hanno avanzato istanza motivata alla Regione Toscana al fine di venire incontro a situazioni di carattere non programmabile e di difficile sostenibilità economica a livello locale.
La Regione è intervenuta in maniera consistente anche con il programma degli investimenti: sono stati sottoscritti due accordi di programma, uno nel 2008 e l'altro nel 2010, con un impegno regionale finanziario di euro 19.404.500 nel 2008 su una richiesta complessiva di euro 80.337.352 ed euro 12.449.000 nel 2010 su una richiesta complessiva di euro 46.798.185. Il programma degli investimenti ha rappresentato un forte volano economico - finanziario ed un interessante processo di riqualificazione delle strutture pubbliche a carattere sociale per attività giornaliere o per permanenza residenziale.
La maggior parte dei progetti di questo ultimo accordo di programma risultano già conclusi.

1.5. Per una sanità pubblica, di qualità, accessibile a tutti

Dall'anno 2008 conviviamo con una crisi economico-finanziaria che, per intensità e durata, assume una dimensione sistemica che tende a privare di prospettive le giovani generazioni, deprimendo il desiderio del futuro nella nostra comunità; l'economia nazionale, per le sue esigenze di ripresa e sviluppo, ha chiesto in questi anni un significativo contribuito alle risorse finanziarie programmate per i sistemi di welfare, in particolare per la sanità.
La sanità toscana, consapevole del carattere strutturale di questa crisi e convinta che la qualità, e l'efficacia, delle cure, di norma, correlano con i minori costi di produzione, ha affrontato la sfida con una straordinaria iniziativa di riorganizzazione del sistema avviando, con la DGR 1235 del 28 dicembre 2012, un percorso di attualizzazione del profilo dei propri servizi, alla luce delle migliori evidenze ed esperienze, nazionali ed internazionali.
La maggiore efficienza attesa consentirà di sostenere il maggior carico di malattia, e di bisogno di cure che la crisi e la transizione epidemiologica e demografica determinano in una società come quella toscana, sempre più anziana, anche in ragione dei successi ottenuti sulle cause di malattia e morte nelle fasce di età giovanili e adulte.
Il contributo alla longevità e alla vita in salute è stato stimato per i determinanti della salute conosciuti, pari al 10-15% per il settore prettamente sanitario, tra il 20 e il 30% per il patrimonio genetico, circa il 20% per l'ecosistema, mentre l'influenza dei fattori socioeconomici, di gran lunga la più importante, è stata valutata, da più autori, tra il 40 e il 50%.
E' evidenza che la malattia non si distribuisce nella nostra società secondo criteri casuali, ma incide in specifici profili sociali, in particolare caratterizzati per reddito e cultura; perseguire il diritto, fondamentale, alla salute e al benessere dei nostri cittadini, pone sulla Rappresentanza politica il dovere, e la responsabilità, di promuovere e assicurare, non solo il miglior accesso alle cure, quanto la più favorevole appartenenza, e la minor esposizione, ai fattori, condizioni, determinanti di salute e malattia, ormai patrimonio della conoscenza sanitaria.
La copertura socio-sanitaria universale si conferma per la Regione Toscana il modo migliore per cementare i guadagni sociali e di salute ottenuti, tra i più elevati nel confronto nazionale e internazionale; i principi di universalismo e di solidarietà propri del Sistema Socio Sanitario Toscano rappresentano un potente equalizzatore sociale e la massima espressione di giustizia sociale. L'universalismo, consente pari qualità delle cure a tutti coloro che ne hanno bisogno. La solidarietà così pensata, promuove sensibilità e vicinanza per chi ha più bisogno di servizi e cure, di norma quei cittadini più lontani per espressione del proprio bisogno o per percezione dello stesso. Pari approccio deve, contestualmente, essere mantenuto e perseguito nell'ambito dei servizi sociali.

Una crescente e diversa domanda di salute

Gli anziani in Toscana in questi ultimi anni sono aumentati sia in proporzione che in valore assoluto; per molti autori l'invecchiamento della popolazione è causa, e ancora più lo sarà nei prossimi anni, della possibile crisi finanziaria del sistema di welfare per la crescita conseguente delle patologie croniche e della loro necessità di cura e di assistenza. Si rileva al contempo che l'evidenza non supporta questo presupposto, almeno nello specifico della spesa sanitaria; uno *study case* dell'OMS, recentemente pubblicato, ha calcolato le variazioni di spesa annua procapite per la salute connesse con l'invecchiamento in cinque paesi europei nel periodo 2010-2060, dimostrando che "i previsti aumenti di spesa sanitaria associata all'invecchiamento sono modesti" . Nello specifico del nostro Paese, una indagine condotta da Agenas sui dati forniti dall'Indagine Multiscopo Istat, nel periodo 1993 - 2011, "…non evidenzia una crescita importante di soggetti anziani bisognosi di assistenza medica, ma fondamentalmente una stazionarietà o una leggerissima crescita" . Entrambi gli studi convergono sulla stessa riflessione : "… il contributo alla crescita della spesa sanitaria nei prossimi anni non sembra sia primariamente attribuibile all'invecchiamento, benché gli anziani siano i principali consumatori di assistenza, quanto al progresso e allo sviluppo tecnologico che introduce procedure diagnostiche e terapeutiche sempre più costose. Diversa valutazione afferisce al problema socio-assistenziale che registrerà sicuramente una crescita dei costi della popolazione anziana.
Contestualmente i servizi sanitari si ridisegnano e configurano assumendo diverse modalità di cura e/o diagnosi in funzione delle nuove conoscenze e disponibilità tecnologiche sui problemi di salute che la ricerca scientifica rende disponibili e della possibile diversa distribuzione sia delle nuove, che delle confermate, conoscenze nell'area delle competenze professionali sanitarie, cresciuta in dimensione, per l'ingresso di nuove professioni ed in qualità, per gli ulteriori livelli di formazione previsti.
Nella società moderna la salute si struttura tendenzialmente come una costruzione culturale, superando i confini specifici della riduzione classificatoria per patologia, riflette i profondi mutamenti socioeconomici intervenuti nel nostro Paese negli ultimi decenni che hanno modificato in modo sostanziale le condizioni di vita e di lavoro, e i relativi fattori di rischio, trasformando sostanzialmente la percezione del concetto di "benessere e salute" e, soprattutto, attenuando fino quasi a cancellare le misure della normalità biologica della salute costruite negli anni precedenti.
All'inizio del 1900 in Italia più del 70% dei lavoratori era occupato in agricoltura, i restanti erano equamente suddivisi tra industria e servizi.
Dopo la Seconda guerra mondiale, il boom industriale ha visto aumentare l'occupazione nel settore secondario (fino al 45% del totale) con spostamento di molta manodopera da quello agricolo. Alla fine del secolo si è invece andato progressivamente consolidando il trend verso l'occupazione nel terziario a scapito degli altri due settori. Secondo i dati ISTAT del 2011 essa ora risulta pari al 67,8% nei servizi, al 28,5% nell'industria (edilizia inclusa) e al 3,7% in agricoltura.
Si è assistito ad una progressiva riduzione dei tradizionali fattori di rischio occupazionale di tipo biologico e chimico fisico, contro un crescente aumento dei fattori di rischio di carattere psicosociale, condizionati dalle mutate forme di organizzazione del lavoro. Ciò determina una sempre maggiore rilevanza del carico mentale del lavoro e delle modalità di rapporto e relazione interpersonale.
La transizione demografica, con il superamento della piramide delle età, e la transizione epidemiologica, con il passaggio, quale causa prevalente di malattia, dalle patologie infettive alle patologie croniche, e i relativi modelli di organizzazione delle cure, delle organizzazione per patologie acute al chronic care model, dalla sanità di attesa alla sanità di iniziativa, si rilevano risposte, efficienti per le specifiche quote di bisogno a cui sono rivolte, ma, oggi siamo consapevoli, che sono parziali nel tradurre interamente la complessità della domanda di salute che si rivolge oggi ai nostri servizi.
L'inappropriatezza delle cure, espressa in letteratura come eccesso di prestazioni non immediatamente finalizzate alla diagnosi, o terapia, di malattia, esprime la nostra incapacità di contenere e comprendere quota parte della domanda di salute che, anche per le sue nuove caratteristiche, non trova ascolto e riscontro nell'attuale organizzazione delle cure.

La variabilità dell'offerta sanitaria come risposta per l'appropriatezza delle cure: a ciascuno secondo il suo bisogno

La politica di governo del diritto alla salute, partecipata al livello della Comunità di riferimento, interviene programmaticamente sui determinanti che ne condizionano la responsabilità sullo stato di salute e dei relativi bisogni della propria popolazione. Il sistema nel suo complesso sinergicamente, per i riconosciuti bisogni di salute, organizza i servizi del Sistema socio sanitario; proseguono nel ridisegno della loro organizzazione, in coerenza con i nuovo bisogni di salute.
Ciò impone di definire alcuni principi di riferimento che supportino coerentemente le scelte strategiche e gli obiettivi della programmazione socio-sanitaria quali:

1. *La coesione sociale.* Esistono sempre più robuste evidenze che dimostrano che quanto maggiore è il dislivello socio-economico tra gruppi di popolazione all'interno di una società tanto più accentuati sono i danni per la salute per l'intera popolazione, registrando livelli maggiori di malessere sociale (più disagio mentale, più gravidanze in adolescenti, minore rendimento scolastico dei bambini) e di mortalità. E' necessario allora intervenire attraverso il coinvolgimento di tutte le energie, interne ed esterne al sistema, presenti nel contesto territoriale e in grado di ricomporre quelle relazioni fondamentali per passare dal concetto di individuo isolato a quello di comunità partecipe, dalla situazione di solitudine alle relazioni di sostegno e, se necessario, di aiuto.
2. *La salute in tutte le politiche.* Gli effetti degli stili di vita sullo stato di salute della popolazione sono tanto straordinari quanto inequivocabili, ma ritenere che l'aderenza a un determinato stile di vita sia nient'altro che il frutto della libera e consapevole scelta dell'individuo è la semplificazione di un problema molto complesso. Vi è un generale consenso[17] sul fatto che una promozione della salute "efficace" richiede diversi ambiti d'intervento e il coinvolgimento di molteplici livelli di responsabilità, tenendo conto delle peculiarità delle diverse caratteristiche sociali dei cittadini (cluster). La strategia è quella della "salute in tutte le politiche": urbanistiche e ambientali, del welfare, della viabilità e del trasporto, del commercio e della grande distribuzione, della scuola, della cultura e dello sport. E' una prospettiva che richiede il concorso attivo di molteplici attori: il governo centrale e regionale, le amministrazioni locali.

3. *La sanità d'iniziativa centrata sulla persona.* Viene confermata e rafforzata per i risultati di cura ed equità organizzativa introdotti con il precedente P.S.R 2008-2010. La gestione delle patologie croniche richiede un approccio basato sulla prevenzione, la proattività, il supporto all'autocura, la multidisciplinarità, il ricorso alle risorse della comunità. In tal senso il Sistema socio-sanitario toscano ha avviato negli ultimi anni l'implementazione della sanità d'iniziativa, secondo il modello dell'expanded chronic care model, per la gestione di 5 patologie croniche. L'esperienza ha evidenziato che tale modello, basato sull'applicazione di percorsi assistenziali per patologia, risulta efficace nella gestione di singole malattie: Nel continuare a garantire tali percorsi specifici, essa deve evolversi ulteriormente per gestire in maniera appropriata la multimorbosità – condizione frequente nel campo delle malattie croniche. Ciò richiede di integrare ed innovare il modello della sanità d'iniziativa disegnando gli interventi sulle persone, in modo da affrontare in modo più corretto ed efficace la complessità prodotta dalla presenza di malattie multiple. Allo stesso tempo, un approccio orientato alla persona, permette di comprendere ed affrontare le condizioni economiche, sociali e familiari che condizionano in larga parte l'insorgenza e l'aggravamento delle malattie , rendendo in questo modo più equa la loro gestione.

4. *La medicina personalizzata e la personalizzazione delle cure.* La sfida dei prossimi anni sarà rappresentata dallo sforzo di garantire ad ognuno servizi e cure basati sul proprio profilo di salute, tenendo conto della variabilità individuale nel rapporto fra struttura genetica, fattori ambientali, stile di vita, genere e storia dell'individuo.

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

La salute è il risultato di un percorso, ove cultura, ambiente, organizzazione sociale, ed in ultimo, le caratteristiche biologiche individuali e il genere rappresentano dimensioni variabili tra loro interagenti. L'epigenetica, branca della biologia che studia le interazioni causali fra i geni e il loro prodotto cellulare e pone in essere il fenotipo, apre orizzonti di significatività a condizioni e patologie che ritenevamo non comprensibili con i soli strumenti conoscitivi del riduzionismo biologico. Le malattie acute e croniche e la conseguente risposta alle cure, ha evoluzioni diverse nei due generi, per questo occorrono studi e approcci adeguati. Le malattie croniche per anni confinate nel dominio della socializzazione, piuttosto che nell'interesse del pensiero medico, rappresentano il nuovo paradigma della particolarità delle relazioni tra ambiente socio culturale e soggettività biologica.

Ad oggi questo nuovo modo di fare medicina si è sviluppato soprattutto in campo oncologico, portando ad un ripensamento degli approcci diagnostico-terapeutici in quasi tutti i tumori, cui è seguito nelle realtà più avanzate un ripensamento anche dell'organizzazione delle cure. come testimonia il successo delle breast unit, incentrato sul dialogo costante tra diverse professionalità che si confrontano su ogni singolo paziente cui propongono percorsi condivisi.

Tale approccio sarà sviluppato con l'istituzione di altre organizzazioni funzionali dedicate, tra cui le patologie croniche, in cui i servizi sanitari devono accompagnare gli individui per un grande numero di anni.

La questione della personalizzazione delle cure sarà proposta anche attraverso un cambiamento di approccio nella metodologia di effettuazione degli screening. Per portare avanti queste tematiche occorrerà implementare tutte le reti connesse, ad esempio ampliare la rete della biologia molecolare, a supporto dei processi di cura e mettere in rete i gruppi di studio già presenti in Regione per formare quella "massa critica" indispensabile.

5. *Equità delle cure e cittadino*. Occorre differenziare l'offerta di cure e calibrare le modalità di erogazione dei servizi in base alle caratteristiche del soggetto che ne ha bisogno, tenendo conto che il profilo dell'utente può variare per età, grado di formazione e situazione socio-economica, in modo da far incontrare ad ogni profilo di utente la rete di assistenza in grado di prenderlo in carico. Infatti sulla base della letteratura disponibile in materia, possono identificarsi diverse tipologie di utenti che necessitano di livelli diversi di servizio pubblico e di integrazione con altri servizi; ciò significa nel contempo garantire l'equità del sistema. Per realizzare tale obiettivo sarà necessario un impegno rilevante e diffuso per informare ed educare i cittadini a gestire la malattia, ad interagire con i servizi per migliorarli e ridurne l'inappropriatezza. In tal senso l'utilizzo delle tecnologie a nostra disposizione può aiutare ad effettuare questo salto di qualità evitando che il cittadino sia considerato mero consumatore passivo di servizi.

6. *Crisi economica e salute: una nuova sfida per la sanità*. L'Italia, insieme ad altri Paesi occidentali sta attraversando la crisi più grave dal dopoguerra ad oggi, una crisi che è stata prima finanziaria poi economica e ora anche sociale. Una vasta letteratura scientifica conferma che i periodi di crisi economica hanno un impatto prevalentemente negativo sulla salute e sulle disuguaglianze della salute.

   Una crisi che colpisce la crescita economica e il lavoro influenza innanzitutto il principale fattore di rischio materiale per la salute, che è il reddito necessario per garantire le condizioni di vita che la persona ritiene necessarie per una vita sana. La crisi degli ultimi cinque anni sta modificando in profondità i modelli di consumo; la riduzione di comportamenti salubri e, in minor misura, del ricorso all'assistenza sanitaria specialistica rappresentano, per quanto di nostro specifico interesse, gli esiti più significativi.

   Le famiglie, per far fronte alle difficoltà economiche, riducono la quantità e/o la qualità dei prodotti alimentari acquistati: tale comportamento è divenuto particolarmente frequente nell'ultimo anno e coinvolge ormai il 62,3 per cento delle famiglie, con un aumento di quasi nove punti percentuali nell'arco di soli dodici mesi. In particolare, continua a crescere in modo consistente la quota di individui che dichiarano di non potersi permettere un pasto adeguato (cioè con proteine della carne, del pesce o equivalente vegetariano) almeno ogni due giorni (16,6 per cento), quota triplicata in due anni.* L'Organizzazione Mondiale della Sanità estende

il concetto di benessere allo stile di vita e globalmente alla sfera psicosociale di ogni individuo definendo lo stato nutrizionale come: livello di energia e nutrienti introdotti per …permettere all'individuo .. un adeguato livello di attività fisica e lo stato di salute nel lungo termine consentendo la possibilità di svolgere le attività economicamente necessarie e socialmente desiderabili. Lo stato nutrizionale e lo stato di salute sono in relazione biunivoca; lo scadimento dello stato nutrizionale può favorire l'insorgenza di malattia così come una malattia può essere responsabile di uno scadimento dello stato nutrizionale. L'assunto vale per tutte le fasi della vita ma evidenzia peculiari aspetti e criticità nelle fasce di inizio e fine vita. Le ricerche hanno messo in luce come la crisi stia colpendo le famiglie tanto da costringerle a ridurre le spese sanitarie, persino quando si tratta dei bambini, e limitandole allo stretto necessario. Gli anziani che, secondo Istat-Rapporto Annuale2013, riducono quantità e qualità degli acquisti per prodotti alimentari salgono di 12 punti percentuali (60,4 per cento nel 2012). La crisi, peraltro, non colpisce in modo omogeneo, scarica gran parte dei costi su un numero ridotto di persone e tende a colpire coloro che già erano svantaggiati o che, comunque, avevano beneficiato meno dello sviluppo economico degli ultimi anni. L'esistenza e la quantificazione di soggetti deboli, su cui potrebbe ricadere gran parte del prezzo della crisi, è al centro dell'attenzione del sistema sociosanitario toscano per disegnare, con adeguati sistemi di rilevazione e monitoraggio, innovative politiche di intervento; nel settore sanitario gli effetti sulla salute e le potenzialità delle politiche per la sua tutela saranno pensate in modo specifico estendendo le potenzialità di intervento della sanità di iniziativa, in funzione della popolazione maggiormente a rischio, concentrando su queste energie e risorse. I sistemi sanitari possono contribuire sul fronte della mitigazione degli effetti, intervenendo con misure specifiche e sfruttando le grandissime potenzialità di un sistema di servizi capillare e diffuso. Attrezzare il sistema sanitario con interventi idonei ad alleviare l'impatto della disoccupazione e dell'incertezza, con particolare attenzione a chi vive già in condizioni precarie, rappresenta un punto fermo della politica sanitaria regionale. Le Cure primarie, in particolare la Medicina generale e la Pediatria di famiglia, rappresentano risorse generose di conoscenza delle storia di vita e del contesto socioeconomico nel quale queste si svolgono; a loro è attribuito il ruolo primario di sentinelle attive e propositori di specifici progetti di salute per coloro che sperimentano in questi anni condizioni di deprivazione, anche per lo stato nutrizionale, con effetti sulle condizioni di salute. Con specifici atti della Giunta regionale, nell'ambito di vigenza dell'attuale Piano sociosanitario, si interverrà al fine di:

- assicurare, e promuovere, per i nuovi nati in condizioni familiari di particolare criticità un contesto di crescita e sviluppo positivo, sia per le necessità relative allo stato nutrizionale che per l'accesso ai servizi sanitari e socioeducativi necessari, anche impegnando con strumenti, quali il Bilancio di salute, la comunità istituzionale di riferimento ad un ruolo di sussidiarietà e attiva solidarietà. In tal senso il consultorio familiare, a livello territoriale, ha da sempre avuto un controllo efficace sulla crescita della persona; dal bambino, alla bambina, all'adolescente, alla persona adulta. E' in grado, se dotato di tutte le su componenti professionali, di affrontare le problematiche relative alla crescita, all'educazione, alla sessualità, alla contraccezione, alla maternità cosciente e responsabile, alle problematiche della sfera femminile, con possibilità di evidenziare efficacemente situazioni di disagio. Per questo, onde rispondere alle esigenze soprattutto di famiglie e soggetti più fragili, occorre una presenza capillare nel territorio.;
- definire nuove progettualità di attenzione sanitaria e di iniziativa, anche sociale, per le famiglie in difficoltà economica, in particolare con conviventi anziani, per assicurare un corretto introito nutrizionale;
- confermare, ed estendere, condizioni di facilitazione per l'accesso ai servizi sanitari specialistici per i cittadini in condizione, effettiva o potenziale, di deprivazione materiale:
- introdurre, con le organizzazioni del privato sociale, modalità innovative di intervento, in particolare in tema di nutrizione, anche al fine di realizzare un sistema professionale i cui modelli logistico-organizzativi permettano di recuperare in sicurezza il trasferimento delle eccedenze tra imprese alimentari ed organizzazioni.

**Istat-RAPPORTO ANNUALE2013-La situazione del Paese*

7. *Nuove modalità di offerta delle prestazioni specialistiche diagnostico-strumentali*. La riduzione delle Liste di attesa per le attività di specialistica e diagnostica strumentale e la garanzia della loro qualità, rappresenta uno dei temi altamente sensibile per la credibilità di un Sistema Sanitario nel patto di salute con il cittadino nel difficile equilibrio tra un bisogno e l'erogazione di una prestazione. In tal senso il rapporto da sempre perseguito tra la domanda e l'offerta delle prestazioni, la appropriatezza delle stesse e i diversi interessi dei professionisti, richiedono un ulteriore sforzo di efficienza organizzativa del sistema pubblico. Punto di partenza di questo nuovo impegno va centrato, come elemento ineludibile, nel rafforzamento delle attività di monitoraggio delle prestazioni per tipologia e branca di attività personalizzando lo stesso per singola Azienda Sanitaria, per standard migliorativi tra le Aziende e per carico di lavoro delle strumentazioni diagnostiche a partire da quelle che richiedono un rigoroso rapporto tra costo elevato e numero di prestazioni effettuate. Tendenzialmente questo monitoraggio dovrà avere una cadenza mensile con l'individuazione per ogni Azienda delle buone pratiche e/o delle aree di miglioramento. Da tale monitoraggio, quale azione di governo dell'assessorato, reso pubblico e condiviso con le Aziende, i professionisti e le organizzazioni sindacali, potranno essere valutati gli opportuni processi generali di miglioramento quali quantitativo delle prestazioni nelle Aziende. L'ulteriore efficientamento organizzativo del sistema dell'offerta pubblica e del suo potenziamento nelle aziende sanitarie locali, teso all'abbattimento delle liste di attesa, e a seguito della valutazione sul monitoraggio, compresa l'appropriatezza delle prestazioni erogate, in stretto rapporto con tale valutazione, potranno essere concertate, se necessario, sperimentazioni di nuove opportunità anche considerando la massiccia offerta diperstazioni out off pocket da parte dei soggetti privati e attività di ampliamento delle opportunità che prevedano l'integrazione dell'offerta pubblica con quella del volontariato e del privato. Tali sperimentazioni, vincolanti nell'esito, dovranno prevedere comunque un percorso condiviso che preveda il governo del sistema pubblico, anche utilizzando il sistema unico aziendale dei CUP.

8. *Qualità e sicurezza.* Negli ultimi 30 anni la realtà ospedaliera è radicalmente cambiata in quantità e qualità. La tensione verso l'efficienza e l'introduzione di fondamentali innovazioni tecnologiche hanno prodotto il dimezzamento del numero degli ospedali, dei posti letto e delle giornate di degenza. La sfida futura consiste nella certezza che, all'interno dei contesti strutturali, ogni intervento ed ogni processo vengano effettuati con i massimi livelli di professionalità, nella maggior sicurezza possibile, nel rispetto dei criteri di qualità e di accreditamento riconosciuti a livello internazionale.

9. *Sviluppo delle professioni e le motivazioni professionali.* La qualità dei servizi socio-sanitari non può prescindere dalla qualità dei professionisti e dei risultati del loro lavoro. La formazione del personale costituisce pertanto un elemento chiave per il raggiungimento degli obiettivi del sistema socio-sanitario ed è compito del sistema offrire opportunità formative evolute, che garantiscano la crescita del personale rispetto ai progressi scientifici, all'innovazione tecnologica ed al mutamento costante dei modelli organizzativi ed operativi. La formazione costituisce, inoltre, la base per la programmazione di efficaci percorsi di sviluppo professionale e di valorizzazione delle risorse umane, in connessione con gli strumenti di valutazione individuale e del sistema.

10. *Innovazione e ricerca.* Con "La ricerca e l'innovazione in materia di salute costituiscono strumenti fondamentali per garantire la migliore possibile risposta ai bisogni del cittadino, sia in termini di risultati di salute che di sostenibilità per il sistema, ma sono anche canali importanti di promozione e sviluppo economico del sistema. In tal senso, se da un lato lo sviluppo della ricerca clinica rimane un principio ed un impegno imprescindibile, dall'altro occorre sviluppare la collaborazione tra i vari attori dell'innovazione e del trasferimento tecnologico (Sistema sanitario, Università, industria) ed investire sulla valorizzazione e sulla tutela dei risultati della ricerca. Con particolare riferimento all'Università, occorre inoltre irrobustire il sistema di coordinamento tra Atenei al fine di massimizzare le eccellenze di ricerca ed i relativi risultati come ricchezza dell'intero sistema rispetto alle risorse investite. Inoltre, l'introduzione di tecnologie innovative di monitoraggio e assistenza (tra cui la

telemedicina) costituiranno un importante strumento di miglioramento della presa in carico dei cittadini e di sviluppo delle imprese collegate presenti sul territorio regionale.

11. *La organizzazione accessibile e dalla parte del cittadino.*

    La centralità dell'utente nel sistema sanitario è un principio universale riconosciuto. Con il cittadino è necessario un nuovo rapporto non autoreferenziale dove la dimensione del servizio deve andare oltre la qualità scientifica e professionale per puntare invece ad aspetti che siano percepibili e valutabili, quali la tempestività, la semplicità delle procedure di accesso sia sanitarie che amministrative, la completezza delle informazioni, l'orientamento e l'accoglienza, il comfort, la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento sanitario.

12. *Dall'aziendalizzazione della sanità alla creazione di un "sistema salute".* L'introduzione di logiche e di strumenti economici in sanità in Italia ha portato negli anni ad indubbi vantaggi ma ha di fatto spinto verso una logica di competizione e di mercato, che non ha sempre favorito la creazione di meccanismi di cooperazione: l'aziendalizzazione è infatti un approccio logico che richiede a ogni istituto, quindi anche alle aziende sanitarie, di perseguire le proprie finalità singole. Occorre con forza oggi sviluppare un sistema sanitario regionale, armonico e unitario, in cui le Aziende perseguano obiettivi comuni di salute, anche attraverso la modifica dei meccanismi di finanziamento attualmente utilizzati e una spinta all'uso di modelli organizzativi sovra-aziendali sia tra i diversi snodi ospedalieri che tra tutti i livelli di cura (prevenzione, territorio, acuto, riabilitazione), in cui si mettano al primo posto gli esiti sulla salute e non i volumi prestazionali. In questo ambito si inserisce il benessere delle organizzazioni e degli operatori, tema a noi caro al punto di averlo posto all'attenzione delle altre realtà regionali nell'ambito della discussione con il Governo per l'approvazione del nuovo Patto per la Salute.

13. *La rete territoriale.* Il tema "territorio", come dimensione e luogo originario della salute e della malattia, ha ormai da anni una propria centralità nella letteratura di riferimento e nel dibattito politico istituzionale senza peraltro trovare una traduzione in modelli stabilmente strutturati, capaci di rappresentare scenari di orientamento sicuro per l'organizzazione delle competenze, non solo professionali, presenti. Nella visione toscana il territorio diviene il luogo della ricomposizione culturale e professionale tra la medicina specialistica e la medicina generale; luogo della traslazione della conoscenza per la continuità dei saperi e laboratorio sia di ipotesi ricerca che di ricerca applicata, luogo della promozione della salute e prevenzione e cura della malattia. La rete dei servizi territoriali si alimenta in coerenza con i processi innovativi introdotti negli scorsi anni di un ampio sistema di relazioni che ne fanno il fulcro della assistenza e della cultura della salute. Ciò risulta vero e per certi versi fondante laddove il contesto socio-economico viene segnato da una crisi che si prospetta di lungo periodo ed in grado di modificare nel profondo la società toscana. Una rinnovata e condivisa alleanza prima di tutto culturale, quindi operativa, tra gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie risulta fondamentale. In questi anni è cresciuta tra gli amministratori della nostra regione una competenza in ambito socio sanitario e specificamente sanitario che rappresenta un valore aggiunto del SST. Per ciò l'alleanza deve concorrere a definire un patto di mutua solidarietà e fiducia che può costituire uno degli elementi, non esclusivo, della tenuta sociale delle nostre popolazioni e della tenuta del sistema salute e dei servizi ad esso connessi. Ciò richiede che la gestione del territorio diventi sempre più strutturata ed in grado di trovare un giusto equilibrio tra risorse e bisogni delle popolazioni.

    L'evoluzione della rete territoriale deve portare alcuni risultati fondanti che possono essere così riassunti:

    - la capacità di esprimere una nuova e rivisitata governance in grado di coniugare in maniera stringente il bisogno di salute espresso dai territori attraverso i profili di salute, gli obiettivi specifici con la definizione sulla base di scale di priorità, la ottimale allocazione delle risorse in un sistema dinamico e vincolante;

- la capacità di lettura a livello territoriale dei fenomeni epidemiologici comprendendone la dimensione temporale e di proiezione strategica in grado di supportare in termini di bisogno di servizi le scelte secondo logiche rigorose di programmazione di breve, medio e lungo periodo. Ci si riferisce alla necessità di fare rientrare all'interno di questa logica ogni scelta di previsione ed implementazione di servizi, quali ad esempio le strutture residenziali, le case della salute, le cure intermedie od i servizi di salute mentale ecc. e di come tali scelte si collocano in un contesto di dimensione sovra-zonale e regionale. Questa ultima parte inquadrata come governance di II° livello;

- la rivisitazione della organizzazione dei distretti e della prevenzione ripensandoli alla luce di scelte di semplificazione dei processi assistenziali (porte di accesso multi-focali), di una massiccia introduzione di nuovi strumenti di supporto alla comunicazione e per l'assistenza, di adesione per la prevenzione ad un sistema di de-materializzazione dei processi nell'interesse degli utenti. Ma ancora alla luce della introduzione del nuovo modello di assistenza imperniata sulle Case della salute e le AFT dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con un radicale ripensamento del luogo concettuale ancorché fisico dove i diversi professionisti svolgono il loro lavoro e una relativa destrutturazione/ricomposizione dei loro rapporti e delle loro relazioni;

- la rivisitazione delle norme regionali e del sistema organizzativo dei servizi per la non autosufficienza e la disabilità previa attenta verifica di quanto fatto fino ad oggi. Esiste una stretta correlazione tra povertà, non autosufficienza e disabilità: una correlazione che aumenta con l'incedere della crisi, ma che può essere contrastata in presenza di servizi e di interventi pubblici, capaci di soddisfare i bisogni delle famiglie. Anche recenti indagini su non autosufficienza e deprivazione economica confermano che "L'unico strumento di contrasto è la presenza di servizi pubblici". Risulta evidente, sulla scorta delle importanti innovazioni introdotte negli scorsi anni, la necessità di promuovere salvaguardando gli elementi di garanzia per i pazienti e per i lavoratori, un sistema più flessibile per servizi offerti, più libera scelta del cittadino consapevole della qualità degli erogatori, meno burocratico, in grado di effettuare un monitoraggio continuo, trasparente ed usufruibile dagli utenti e dai familiari, in grado di organizzare i controlli anche sulla base della "analisi del rischio" UVM, semplificate nella organizzazione e non necessariamente pensate come struttura centralizzata ma come funzione integrata della AFT e della Casa della salute. In tale contesto il Piano ridefinirà le modalità di riparto delle risorse regionali attraverso la definizione di nuovi criteri più aderenti alla epidemiologia del bisogno;

Sarà posta attenzione:

- alla tutela, alla promozione dei diritti e delle pari opportunità, al raggiungimento della piena inclusione sociale e della costruzione di una "società per tutti", attraverso la rimozione delle cause che impediscono o limitano l'accessibilità ai diversi ambiti della vita delle persone;
- a promuovere e sostenere l'inclusione delle persone con disabilità, alla promozione dell'accessibilità per tutti, alla partecipazione attiva nello sviluppo sociale nonché a diffondere una nuova cultura della disabilità, fondata sul riconoscimento della pari dignità e delle pari opportunità per tutti;
- ad assicurare il raccordo e la concertazione con le Organizzazioni Sindacali Confederali, di categoria e degli anziani e con le organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità e con le formazioni della cittadinanza attiva per la promozione e il coordinamento di interventi in favore delle persone con disabilità;
- a meglio definire il ruolo di programmazione, controllo e coordinamento delle zone distretto in modo particolare per quanto attiene AFT e Case della Salute. Inoltre deve essere promossa la diffusione dei punti prelievo sul territorio.

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, a parità di risorse, nella nuova organizzazione del territorio, ed in questo contesto di crisi socio-economica, costituiscono le figure centrali dell'assistenza. E' intento del Piano, costruire un processo che definisca ruolo e funzioni di una nuova figura professionale, non esclusiva dell'assistenza, che si discosta progressivamente per cultura sanitaria, capacità di essere inserito nei processi di innovazione assistenziale e tecnologica dalla figura del medico di famiglia attuale salvaguardandone il ruolo di prossimità verso il cittadino e di supporto sanitario e non solo verso le famiglie. Risulta evidente che gli obiettivi già indicati quali: l'aumento dell'assistenza domiciliare, il completo dispiegamento della sanità di iniziativa, il dispiegamento diffuso di tutte le tecnologie di supporto ecc. costituiscono gli elementi portanti del Piano. In tal senso risulta determinante che i percorsi centrati più sul cittadino e meno sulla singola patologia debbano intercettare in maniera flessibile la rete ospedaliera nei suoi vari snodi come successivamente descritta. Ne deriva la necessità di determinare un grande investimento nella formazione di tutti i professionisti operanti sul territorio tra cui va menzionata quella rivolta alla componente professionale infermieristica componente che all'interno dei percorsi andrà implementata e riequilibrata rispetto alla componente medica come risposta alla organizzazione richiesta dalla Sanità di iniziativa e dalla conoscenza delle dinamiche delle professioni dei paesi con sistemi sanitari evoluti come il nostro.

Dalla premessa prima riferita e dagli atti approvati dalla Giunta regionale sul finire del 2012, dei primi mesi del 2013 e di quelli in via di definizione, risultano centrali le AFT e le Case della Salute. Le AFT organizzazioni funzionali vedranno nel corso della vigenza del Piano, la loro progressiva implementazione e messa a regime. Le Case della salute saranno il supporto fisico, non esclusivo, affinché l'assistenza trovi una risposta multidisciplinare e multiprofessionale organizzata e di facile accesso da parte del cittadino. Nella nostra visione il lavoro in rete dei professionisti con una organizzazione funzionale tarata a livello regionale su circa 120 AFT con obiettivi valorizzati, budget definito, costituisce la migliore risposta alla realizzazione degli scopi delineati. Riteniamo peraltro che la dimensione territoriale che stiamo costruendo, che risponde al bisogno espresso o non espresso di circa 20.000-30.000 cittadini, vada a costituire la sede dove si conciliano parti della organizzazione distrettuale. Si ritiene ad esempio che l'UVM possa essere funzione diretta, così come la proiezione delle diverse professionalità o la prevenzione primaria o secondaria che venga discussa, adeguata e resa prossimale tenendo conto che della presenza fisica di tanti cittadini che gravitano intorno a questo organizzazione.

Particolare attenzione sarà posta alla cura e alle prospettive di salute dei nostri bambini. All'interno delle AFT la Regione Toscana, ad invarianza di risorse, vuole chiamare ad un ulteriore salto di qualità l'altra componente delle cure di base: i pediatri di libera scelta. Si vuole definire un sostanziale ripensamento della qualità e della quantità dei bilanci di salute effettuati sui bambini, evitando una loro cristallizzazione nel tempo ed introducendo elementi di flessibilità legati alle conoscenze scientifiche, alle conoscenze epidemiologiche dei territori, ai risultati conseguiti. Si ritiene inoltre di costruire con i genitori una nuova cultura della prevenzione del "futuro adulto" che attraverso la mediazione professionale del pediatra si vada a definire utilizzando strumenti tecnico-scientifici, il "Profilo di Salute" del bambino. Le conoscenze della componente genetica genitoriale, la conoscenza del contesto sociale della famiglia, la fenomenologia della clinica, dovranno consentire di far crescere al meglio il bambino/ragazzo fino alla età adulta mirando le attività preventive su tale profilo. L'intervento mira anche ad includere la salute delle nuove comunità presenti sul nostro territorio, al fine di sviluppare la futura comunità toscana. L'adulto sarà "consegnato" al medico di medicina generale con un vero progetto di salute personalizzato.

14. *La rete ospedaliera.* Il rinnovamento e le trasformazioni organizzative dei sistemi sanitari sono posti da tutti i paesi industrializzati come elementi fondamentali per raggiungere obiettivi complessi ed apparentemente contraddittori: efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità e libertà di scelta. Da un recente studio effettuato da AGENAS sulla distribuzione dei Presidi ospedalieri nelle singole regioni, come indicatore di una rete

più efficiente e meno dispersa, la Toscana risulta con una buona performance, anche se con margini di miglioramento. Inoltre, nel corso degli anni si è passati da una riduzione dell'attività nelle specialità di base ad un aumento relativo delle attività di alta specialità, a garanzia di un effettivo incremento delle funzioni più proprie degli ospedali per acuti. Emerge quindi un buono stato della rete ospedaliera se ci si confronta con le altre regioni italiane. Oltre ad essere tra le regioni particolarmente virtuose, la Toscana presenta ottimi indicatori di stato di salute e di esito delle cure, come si rileva da tutti i rapporti di confronto pubblicati in merito, presentandosi come un sistema in grado rispondere ai bisogni dei cittadini.

L'introduzione nel 2012 di politiche sanitarie nazionali di spending review fondate su tagli lineari ha tuttavia cambiato lo scenario di riferimento e impone anche alla Toscana un ripensamento profondo della maggior parte dei servizi, per non cadere nella logica tipica dei tagli lineari, che penalizzano proprio le regioni e le strutture che hanno già compiuto grandi sforzi di miglioramento dell'efficienza come peraltro riportato nel Rapporto Oasi 2012.

L'unico modo per conseguire benefici apprezzabili in termini di efficienza, qualità e appropriatezza dei servizi, diventa la ricerca di innovazioni di prodotto e di processo, cioè di soluzioni che garantiscano una maggiore integrazione delle risorse, degli interventi, delle professionalità, delle unità organizzative e delle stesse Aziende sanitarie, che trasformino la crisi attuale in una reale opportunità di cambiamento. A livello ospedaliero, la letteratura riporta quale azione di sicura evidenza di miglioramento la creazione di reti ospedaliere, unitamente allo sviluppo di metodologie nuove quali l'introduzione di modelli assistenziali basati sulla logica di presa in carico del paziente, la reingegnerizzazione dei flussi di beni e pazienti, la riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura, la creazione di forme di associazionismo territoriale e di integrazione ospedale-territorio, tutti già avviati in Toscana.

Nella nostra Regione il tema del riordino della rete ospedaliera, con riferimento sia alle strutture pubbliche che al privato accreditato, diventa perciò centrale e ciò si sostanzia con l'emanazione di una serie di atti in materia di programmazione sanitaria.

Sulla spinta di tali necessità, la Regione si muove chiedendo un "pensiero e una visione che traguardino verso azioni di sistema e non si limitino a specifici ambiti funzionali e organizzativi aziendali".

Sulla riorganizzazione ospedaliera, il livello regionale deve garantire indirizzi sulla progettazione e agevolarne in ogni modo lo sviluppo, lasciandone l'implementazione e la contestualizzazione alle aziende ed ai professionisti direttamente coinvolti nei processi operativi aziendali.

I concetti guida da seguire nel riordino della rete ospedaliera:

- che non sia verticale e gerarchica (come la rete hub e spoke, cioè centro e periferia) ma orizzontale e funzionale;
- che sia organizzata in maniera da superare le barriere tra le aziende e tra i livelli di cura (prevenzione, territorio, emergenza-urgenza e acuto, riabilitazione, etc);
- che esistano e siano previste reti cliniche laddove ci siano evidenze che ne dimostrino il valore per migliorare le cure (ad esempio la rete ictus, traumi, ortopedia, etc);
- che le alte specialità siano interconnesse e abbiano luoghi propri e dedicati di integrazione e momenti di confronto sugli esiti delle cure;
- che gli ospedali di piccole dimensioni, come parte della rete, abbiano ognuno una propria vocazione, in relazione a quanto già esprimono e alle esigenze del sistema nel suo complesso, garantendo anche la funzione di pronto soccorso;
- che si persegua lo sviluppo delle professioni e si predisponga un sistema di valutazione per far emergere il merito e le competenze;
- che sia supportata da un sistema informativo ben strutturato e che i dati prodotti siano di libero accesso per gli utenti;
- che alcuni ospedali e singole strutture si proiettino sullo scenario europeo;

- che siano superate le barriere di accesso alle cure per i cittadini, soprattutto per ciò che riguarda i tempi di attesa per le patologie e condizioni cliniche per le quali l'efficacia dell'intervento è tempo correlata, come ad esempio l'oncologia;
- che la valutazione degli esiti abbia un ruolo centrale;
- che si garantisca la necessaria concentrazione degli interventi la cui qualità dipende dal numero degli stessi;
- che la rete ospedaliera tenga conto per il suo dimensionamento di un indice di occupazione dei posti letto non inferiore al 75%;
- che si consegua lo spostamento delle attività specialistiche di base dalle AA.OO.UU. alle strutture ospedaliere delle aziende territoriali.

15. *I Servizi Sociali*. Le dinamiche di finanza pubblica ed il sostegno dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Il sistema regionale di welfare toscano intende valorizzare la centralità della persona e dell'intervento che su di essa si realizza attraverso la metodologia dei piani personalizzati di intervento e della valutazione professionale del bisogno. Nell'arco di vigenza del Piano dovranno essere perseguiti, definendo priorità e scelte nella destinazione delle risorse, in ciascun ambito territoriale gli interventi ed i servizi così come previsti e definiti per ciascuna area dal Titolo V, Capo I della l.r. 41/2005. Il Piano delinea inoltre una prima configurazione dei Livelli delle Prestazioni sociali regionali (di seguito chiamati LEP); tale configurazione costituisce il quadro riassuntivo degli obiettivi dei servizi sociali sul territorio, tesi a consolidare e possibilmente ampliare la consistenza e la qualità delle risposte presenti. Con la definizione dei LEP si stabiliscono pertanto gli obiettivi di servizio, le linee di intervento e i possibili beneficiari.

    Se da un lato si opera, pertanto, un'azione di "affievolimento" di alcuni obiettivi di complessa raggiungibilità a causa del quadro di finanza pubblica così come si sta delineando, in particolare per quanto riguarda le risorse destinate al welfare, (ad es. trend decrescente risorse nazionali) dall'altro si individuano i servizi obbligatoriamente da raggiungere tendendo ad investire su un "welfare generativo" che sappia promuovere relazione, ascolto, aggregazione e partecipazione e quindi generare iniziative capaci di prevenire stati gravi di bisogni, sociali, sociosanitari e sanitari, oltre a sostenere nuovi soggetti collettivi di protezione. In questa direzione, il servizio di welfare di comunità, lavorando sulla definizione dei nuovi bisogni insieme con chi li sperimenta, può diventare un vero e proprio laboratorio di nuova cittadinanza sociale, capace di rinnovare ed ampliare il capitale sociale della Toscana.

    In questo quadro si intendono garantire i trasferimenti ordinari alle Sds/Zone distretto per il mantenimento ed il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali in particolare per l'attuazione degli obiettivi di servizio correlati ai Livelli Essenziali di Prestazione di assistenza sociale mediante una quota non inferiore all'85% del totale (nel testo attuale è indicata all'80%) comprendendo il fondo di solidarietà interistituzionale per sostenere le SdS/zone distretto per interventi urgenti non programmabili che creano squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni tramite una quota non inferiore al 10%. Pare opportuno inoltre prevedere l'utilizzo delle risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque non inferiore al 10% del totale relativamente agli interventi di interesse regionale che assumono valenza di strumenti di qualificazione del sistema e di progressiva attuazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni, di sperimentazione di azioni trasversali e di interventi conseguenti ad obblighi di legge. Per quanto riguarda il Fondo Sociale regionale nel primo anno di vigenza del presente PSSIR saranno individuati con atto della Giunta regionale nuovi criteri di assegnazione delle risorse al territorio in grado di cogliere la dinamica dei fenomeni sociali con particolare attenzione ai seguenti indicatori, per poter delineare un sistema di riparto quanto più in linea con i bisogni emergenti dal territorio: popolazione per fasce omogenee di età, disoccupazione, immigrazione, redditi dei singoli e/o famiglie, povertà e altri indicatori che saranno ritenuti confacenti agli obiettivi. Tali criteri saranno utilizzati fino all'entrata in vigore del sistema dei

fabbisogni e costi standard nella funzione fondamentale "Assistenza Sociale" attualmente in fase di definizione da parte del Governo.

1.6. Gli obiettivi generali

Le sfide che ci presenta il futuro spingono il sistema verso la condivisione di scelte strategiche prioritarie capaci di segnare il passo al cambiamento di scenario fondamentale per la sostenibilità e lo sviluppo del sistema stesso.
Gli obiettivi generali, all'interno dei quali convogliare le energie e le risorse dell'intero sistema per i prossimi anni, vengono definiti in termini volutamente ampi così da potersi poi articolare negli specifici settori di intervento.
Si tratta di obiettivi di principio che attraversano in modo trasversale le aree del sistema socio sanitario e che verranno ricondotti nei diversi capitoli del Piano a più determinati obiettivi generali e specifici.
Obiettivi generali che vengono sintetizzati nei seguenti punti:

- *perseguire la salute come risorsa e non come problema:* risorsa per l'individuo nella scelta di stili di vita più sani, per la comunità nella creazione di un ambiente di vita e di lavoro più salubre, di un contesto sociale ricco di opportunità soprattutto per le persone più svantaggiate, per il sistema regionale in toto nell'individuare direttrici di sviluppo innovative ed economicamente rilevanti. Risorsa per la comunità da tutelare attraverso l'impegno per un ambiente sano che pensi alle attuali e alle future generazioni.
- *mettere al centro la persona nella sua complessità*: le trasformazioni sociali ed epidemiologiche degli ultimi anni hanno reso la domanda di salute sempre più complessa e difficile da inquadrare in un ambito preciso. Produrre risposte risolutive è possibile soltanto attraverso il coordinamento di tutti gli interventi necessari e la partecipazione di tutti gli attori coinvolti, in un sistema a rete aperto e flessibile, che metta al centro la persona e non la sommatoria dei suoi problemi, superando logiche professionali e "locali" e trovando soluzioni più attente al reale vissuto della persona interessata
- *aumentare l'equità*: le diseguaglianze socio-economiche nella società hanno prodotto diseguaglianze nella salute che la Toscana intende contrastare attraverso la sanità d'iniziativa e lo sviluppo sempre più marcato di servizi proattivi. Diventa anche inevitabile *intervenire su una variabilità di sistema* presente anche nella nostra Regione, che sta alla base di una buona parte delle differenze fra i servizi offerti, della garanzia di acceso, dello stesso livello di qualità e sicurezza garantiti
- *perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema*: per rispondere alla crescita esponenziale della domanda di salute evidenziata negli ultimi anni, diventa fondamentale che un Sistema Sociale e Sanitario efficace e sostenibile persegua l'erogazione di prestazioni efficaci e appropriate, in contesti in cui la sicurezza possa essere assicurata, attraverso la ricerca continua della qualità dei servizi forniti, un patto con i professionisti, una informazione trasparente con i cittadini, alleanze interistituzionali sulle politiche di intervento
- *semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi*: mettere la persona al centro significa agevolare il percorso dell'individuo attraverso scelte innovative tese a semplificare l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari, anche in collaborazione con gli uffici relazioni Pubbliche e del Difensore Civico.

1.7. Gli obiettivi specifici

Le direttrici strategiche consentono di tradurre gli obiettivi generali del PISSR in obiettivi specifici, ancora di carattere trasversale che, a loro volta, si traducono in ulteriori obiettivi, proposte attuative ed organizzative nei capitoli centrali del documento. Il PISSR si sviluppa in tutte le fasi del percorso di salute dei cittadini nel contesto dei servizi sociali, sanitari e delle comunità locali, e

individua per ogni momento e contesto le criticità presenti, gli obiettivi specifici e le scelte strategiche da mettere in atto per superarle.

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

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

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

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

* Dall'obiettivo Mettere al centro la Persona nella sua complessità, ovvero vedere la Persona nella sua dimensione e relazione familiare, nella particolare fase della sua storia di vita, derivano:

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

* Dall'obiettivo Aumentare l'equità, derivano:

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

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

- garantire che, all'interno dei contesti strutturali, ogni intervento ed ogni processo venga effettuato con i massimi livelli di professionalità, nella maggior sicurezza possibile, nel rispetto dei criteri di qualità, di appropriatezza e di accreditamento

- rivisitare il ruolo dei moduli assistenziali previsti dalla normativa, con rafforzamento dei percorsi domiciliari e diurni e dei progetti di autonomia di vita dei cittadini nell'intero arco di vita superando la visione dei target demografici
- realizzare una alleanza che coinvolga le istituzioni, i professionisti, attraverso un uso appropriato delle risorse, sino ai cittadini stessi nel diritto/dovere di accedere al sistema non solo come individui, ma come parte di una comunità
- rimodulare la produzione delle prestazioni sulla base della valutazione della tipologia e dei volumi di attività basandosi sui principi di qualità e sicurezza.

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

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

2. La piramide della salute: le azioni

Questo Piano vuole ricondurre le azioni del sistema socio-sanitario all'evoluzione del rischio e del bisogno di salute, cercando così di segnare una svolta verso un approccio focalizzato sulla persona (*person-focused*) anzichè sulla malattia (*disease-focused*) e di evolvere i servizi in rapporto alle nuove conoscenze organizzative, tecniche e professionali.
Il presente Piano svilupperà quindi gli obiettivi di salute lungo una piramide ideale, partendo dalle persone "sane", rappresentate nella base della piramide che vorremmo sempre più larga, passando poi a coloro che si trovano in condizioni di fragilità e disagio, con perdita di salute sempre più forte via via che ci si allontana dalla base, fino ad un vertice formato da chi si rivolge ai servizi per un problema che ha minato il suo benessere e può incidere sulla sua autonomia e cambiare le aspettative di vita.

La base della piramide: la prevenzione, la promozione della salute e dei diritti di cittadinanza.

La salute è un valore da garantire attraverso politiche sociali, sanitarie e ambientali, a livello regionale e locale, che supportino anche corrette scelte personali.
E' in questo capitolo che si tratterà delle azioni anche sui determinanti di salute detti "non sanitari" (ambiente, status sociale, cultura). E' il capitolo che conterrà le proposte, rivolte a più attori, per migliorare il contesto di vita e supportare i cittadini nelle scelte individuali, ma soprattutto sarà il capitolo destinato a fornire alle persone tutti gli strumenti possibili per fare ogni giorno le scelte giuste per la propria salute.

Il secondo livello della piramide: dall'emersione del disagio sociale alla graduale perdita della salute
I principali obiettivi di questo capitolo convergeranno sulla necessità di dare risposte rapide a persone che, per tanti motivi non sempre sanitari, rischiano di perdere la loro salute. A questo riguardo sono necessarie le sinergie di tutto il territorio di cui deve farsi promotrice anche la Società della Salute/Zona distretto.
Risposte rapide ed organizzate attraverso scelte innovative quali l'attivazione del sociale di iniziativa, che, superando il concetto di assistenza residuale, si integri col sanitario di iniziativa, attraverso la multiprofessionalità che presuppone una collaborazione paritetica tra professioni sanitarie e sociali per garantire un'assistenza adeguata ai malati all'interno della propria casa, lo sviluppo di alleanze interprofessionali per costruire percorsi continui sia all'interno del territorio che, se necessari, fin dentro l'ospedale.

La parte acuta della Piramide: prendersi cura

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

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

I programmi degli organismi internazionali del settore salute, in primis l'OMS con il Programma Health 2020, danno indicazioni per definire scelte di sanità pubblica con un approccio strategico quanto più possibile sistemico ed "intersettoriale", basato sul principio della "Salute in tutte le politiche". Tale strategia è stata confermata nella Conferenza sulla promozione della salute di Helsinki, nel Giugno 2013, le cui conclusioni sono centrare sul fatto che le nuove sfide e le minacce per la salute globale, non possono essere affrontate soltanto dal settore sanitario, ma sono necessari l'impegno e il coinvolgimento attivo di altri settori come l'urbanistica, l'istruzione, l'agricoltura, il commercio, l'economia, l'ambiente e la collaborazione del settore privato e della società civile. Queste indicazioni sono riprese e sviluppate anche nella programmazione comunitaria "Salute per la crescita - Programma UE 2014-2020" che fra gli obiettivi individua, al fine di prevenire le malattie e promuovere la buona salute, la diffusione e promozione di buone pratiche convalidate sotto il profilo dei costi per affrontare i principali fattori di rischio per la salute (tabagismo, obesità, consumo rischioso/dannoso di alcol).
I "determinanti di salute" rappresentano quei fattori che influenzano la salute delle singole persone e delle popolazioni. Il loro studio consente di analizzare, e se possibile modificare, gli elementi che incidono sull'insorgenza e l'evoluzione delle malattie. I determinanti di salute più prossimi all'individuo sono rappresentati dalle sue caratteristiche biologiche determinate da base genetica, come il sesso e l'età, e non sono modificabili. Molti altri determinanti di salute, tuttavia, sono fattori suscettibili di essere modificati e corretti con l'ausilio di tecniche specifiche di Evidence-Based Practice(di seguito EBP). Tra questi lo stile di vita dell'individuo, che comprende abitudini quali il consumo di tabacco, di alcol, la pratica dell'attività fisica, i comportamenti alimentari e sessuali. Allontanandoci progressivamente dall'individuo, nell'influenzare lo stato di salute agiscono fattori quali le reti familiari o sociali, fattori legati all'ambiente di vita e di lavoro (istruzione, reddito, servizi sanitari e sociali, condizioni igieniche, abitazione, trasporti, traffico, alimentazione), e le condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali in cui gli individui e le comunità vivono.
Dal 2008, anno in cui l'apposita commissione sui determinanti sociali (*Commission on Social Determinants of Health*), pubblicò il rapporto su come i fattori relazionali agiscano sulla salute della popolazione, l'OMS ha definito raccomandazioni, indicazioni, promosso azioni e delineato vere e proprie politiche di contrasto da mettere in campo da parte delle istituzioni pubbliche, in grado di agire sui dieci determinanti individuati:

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

Negli stati membri dell'Unione Europea, si è aperta una discussione su come mettere in atto le raccomandazioni e indicazioni dell'OMS e definire politiche in grado di agire sui filoni riguardanti: la moderazione della stratificazione sociale; la promozione della mobilità sociale; la protezione e la promozione dell'inclusione sociale; la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio; la riduzione della vulnerabilità della salute. Con il presente Piano la Toscana intende, nell'ottica di una ulteriore integrazione tra politiche sociali e sanitarie, introdurre e valorizzare i determinanti sociali e le relative connesse politiche e azioni, a partire dal tema principe delle diseguaglianze nella salute con l'obiettivo di accrescere e favorire l'equità tra i singoli cittadini e tra i ceti sociali.
La ricerca scientifica ha dimostrato come gli stili di vita giochino un ruolo sempre più rilevante nel determinare la mortalità e le morbosità premature. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), stima che oltre il 70% della mortalità sia ascrivibile a comportamenti errati; pertanto, nella nostra

Regione come nel nostro Paese, gli stili di vita non corretti rappresentano sempre di più una delle nuove sfide da affrontare per i servizi sanitari e sociali.
Più di un terzo dei decessi nel mondo possono essere attribuiti a pochi fattori di rischio; nei Paesi ad alto reddito, quelli più importanti sono associati alle malattie croniche, come cardiopatie e tumori[18]. In Italia è stato stimato dall'OMS che l'ipertensione, il consumo di tabacco, l'ipercolesterolemia e l'eccesso di peso rappresentano i quattro fattori di rischio a cui risultano attribuibili le percentuali maggiori di decessi (all'ipertensione, ad esempio, è attribuibile il 21,7% dei decessi, al tabacco il 18,8%) seguiti dall'inattività fisica, la scarsa assunzione di frutta e verdura, i comportamenti sessuali a rischio il consumo rischioso/dannoso di alcol. Se consideriamo l'impatto sulla salute della popolazione in base al *DALY* (*Disability-Adjusted Life Year)*, che si basa sugli anni di vita persi per morte prematura e gli anni di vita vissuti in condizioni di scarsa salute o disabilità, ritroviamo il consumo di tabacco e l'ipertensione come fattori di rischio principali, seguiti sostanzialmente dagli altri già citati, in ordine di importanza differente, e l'uso di droghe illegali. Sempre secondo valutazioni stilate dall'OMS, in Italia, nove delle prime dieci cause di decesso sono attribuibili a malattie non trasmissibili, e tra queste sono comprese tre forme di tumore. In ordine decrescente di percentuale sul totale dei decessi troviamo: cardiopatie ischemiche (16,3% del totale dei decessi), malattie cerebrovascolari (12,1%), tumori di trachea, bronchi e polmoni (5,6%), cardiopatia ipertensiva (3,6%), bronco pneumopatie croniche ostruttive (3,5%), diabete mellito (3,4%), tumori del colon-retto (3,1%), infezioni del tratto respiratorio inferiore (2,6%), morbo di Alzheimer ed altre forme di demenza (2,4%), tumore della mammella (2,0%). Misurando l'impatto delle malattie secondo il DALY, anche in questo caso, in Italia troviamo, in ordine diverso, alcune delle stesse malattie croniche (cardiopatie ischemiche, malattie cerebrovascolari, morbo di Alzheimer ed altre forme di demenza, diabete mellito, tumori di trachea, bronchi e polmoni), a cui si aggiungono il disordine depressivo unipolare (la patologia a cui si attribuisce la percentuale maggiore di DALYs, il 6,8%), la perdita di udito ad insorgenza nell'adulto, i disordini alcol-correlati, gli incidenti stradali, l'osteoartrite[19].
Partendo quindi dall'analisi epidemiologica della situazione attuale ed in particolare dei principali determinanti di salute e tenendo conto delle esperienze in atto valutate secondo i criteri dell'*Evidence Based Prevention* (EBP), si delineano le scelte strategiche da sviluppare nei prossimi anni. Rafforzando la modalità di lavoro sistemico e in rete, stimolando, da un lato, la responsabilità individuale dei cittadini *(empowerment*) e, dall'altro, la responsabilità delle istituzioni e degli altri *stakeholder nell'indirizzare le azioni* a facilitare l'adozione di stili di vita sani ottimizzando anche le risorse e le competenze locali.
Uno sviluppo urbano che tenga conto dei determinanti della salute è di fondamentale importanza, e i sindaci e le autorità locali hanno un ruolo sempre più importante nella promozione della salute e del benessere. La partecipazione, la responsabilizzazione e meccanismi di finanziamento sostenibile potenziano gli effetti di programmi locali di questo tipo.
A tal fine i Piani territoriali diventano gli strumenti di risposta indispensabili in una visione unitaria delle esigenze territoriali, delle risorse disponibili, delle priorità definite e delle azioni congiunte; tale visione unitaria riguarda anche la promozione della salute e la risposta ai problemi delle diseguaglianze di salute nei territori.
Un ulteriore elemento di sviluppo del presente Piano, connesso alla salute dei cittadini, è rappresentato dalla interazione tra la salute e l'ambiente inteso come il territorio toscano e le attività che su di esso vengono svolte. Una serie di rapporti OMS (1997-2008) hanno dimostrato come circa un quarto del carico globale di malattia e più di un terzo di quello infantile sono dovuti a fattori ambientali modificabili. Queste analisi hanno valutato sistematicamente come e quanto i rischi ambientali impattino in maniera differenziata per aree geografiche su differenti malattie.
Secondo l'approccio adottato dall'OMS del *global burden of disease* sono stati attribuiti ai fattori ambientali modificabili un 24% di carico di malattia (anni di vita in salute persi) e un 23% di tutte le morti (mortalità prematura). Fra i bambini di età compresa tra 0-14 anni di età la proporzione di

[18] *WHO. Global Health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization , 2009.*
[19] *WHO. The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. World Health Organization, 2005.*

morti attribuiti all'ambiente arriva al 36%. Nonostante le incertezze nelle stime quantitative, tali dati risultano indicativi di quali e quanti aspetti siano da ritenersi all'origine di una quota di malattia prevenibile con interventi specifici.
In tal senso la tutela del suolo, delle acque e dell'aria, le politiche di prevenzione della produzione e di smaltimento dei rifiuti, la prevenzione dall'esposizione ai rumori, alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, le politiche sulla sicurezza chimica, la qualità degli interventi in edilizia costituiscono opportunità di sviluppo delle politiche intersettoriali e di possibile integrazione tra gli obiettivi di salute e la "green economy".
Il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 esplicita alcune aree di intervento coerenti con questi obiettivi e rafforzate con il presente Piano, definendo anche azioni di prevenzione degli infortuni stradali domestici e lavorativi, la prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici, l'esecuzione di *screening* oncologici e la prevenzione di recidive e disabilità.
In conclusione risulta prioritario assicurare alle prossime generazioni l'opportunità di crescere in buona salute, attraverso una strategia ed azioni sui determinati economici e sociali coinvolgendo tutti i settori della società nell'ottica della "salute in tutte le politiche".

Gli psicologi, per le specifiche competenze specialistiche, possono partecipare ai progetti che prevedono attività di prevenzione e promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro.

L'alleanza con la scuola

Per fornire ai bambini e ai ragazzi le competenze necessarie ad una crescita libera, ma anche le opportunità per sperimentare e mantenere comportamenti salutari, è necessaria una vera e propria alleanza con il mondo della scuola basata su un nuovo approccio: non più interventi informativi ma azioni e strumenti didattici innovativi che favoriscano il protagonismo degli insegnanti e dei ragazzi. Si tratta di competenze sociali relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le varie situazioni; di rapportarsi con autostima a se tessi, con fiducia agli altri e alla più ampia comunità (dalla famiglia, alla scuola, al gruppo degli amici…).
L'intervento dell'esperto che adotta capacità comunicative convenzionali di tipo informativo che tendono ad esaurirsi in una o più sessioni non risultano efficaci per la scuola ed in particolare per i ragazzi che assumono un ruolo passivo e non da protagonisti. L'organizzazione "scuola" deve essere considerata come un sistema vivo e dinamico, parte integrante del territorio al quale appartiene.
Dal 2007 è attivo un protocollo d'intesa, che viene periodicamente rinnovato tra Regione Toscana e Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana su interventi che assicurano un successo formativo per i ragazzi e strumenti che permettano loro di promuovere scelte consapevoli, stili di vita sani e accrescere la loro responsabilità nell'autotutela.

Questa collaborazione si articola per stadi di sviluppo strettamente connessi tra loro e strutturati in un sistema circolare con effetto "a cascata": sensibilizzazione degli organi principali dell'istituzione scolastica su *Life-SKills education e Peer education;* formazione di base dei docenti sulle metodologie sopradette; informazione-formazione dei genitori; formazione di studenti e futuri *peer educator;* attività dei *peer* con i coetanei, formazione di II livello di insegnanti e studenti dove vengono trattati temi specifici di salute: affettività,alimentazione, disagio, dipendenza, la sicurezza stradale, gli stili di vita al fine di costruire interventi sulla base di specifici bisogni della scuola.
L'Unione Internazionale di Promozione e Educazione alla Salute (IUHPE[20]), sulla base delle migliori ricerche, evidenze e buone pratiche disponibili ha dettato 6 elementi essenziali per una scuola che promuove salute.
Si conferma pertanto l'importanza di programmare interventi in ambito scolastico nel rispetto delle metodologie e delle consolidate politiche regionali di promozione alla salute sopradescritte.
In un'ottica di implementazione e consolidamento delle attività realizzate con la scuola si prevede di realizzare un percorso formativo sulla *life – skills* education e la peer education rivolta agli

[20] Verso una scuola che promuove salute : linee guida per la promozione della salute nelle scuole, 2 versione del docuemnto "Protocolli e linee guida per le scuole che promuovono salute" (IUHPE, marzo 2011).

operatori delle Aziende sanitarie che si occupano di promozione della salute, al fine di costituire una equipe di formatori, a disposizione del sistema sanitario toscano, per progettare e lavorare con gli insegnati e gli studenti. Il percorso formativo sarà organizzato in collaborazione con il Centro di documentazione regionale sulla salute istituito dalla Giunta con Delibera n. 29 del 2009.

La collaborazione con l'OMS

L'Accordo Quadro, siglato con Delibera di Giunta Regionale n.102 del 19 febbraio 2013 tra la Regione Toscana e l'Ufficio Europeo dell'OMS, costituisce un interessante esempio di protocollo di collaborazione che l'OMS ha stipulato con un livello istituzionale sub-nazionale. Ciò consente all'OMS di avere un osservatorio privilegiato, un laboratorio sperimentale di studio e di validazione di indicatori d'impatto per quanto concerne le politiche di promozione della salute; mentre per la Regione Toscana costituisce la prima cornice organica nella quale condurre programmi e iniziative di promozione della salute in diretto rapporto con l'OMS.
Tale Accordo di collaborazione, è da intendersi un documento rinnovabile, estendibile e modificabile sulla base delle esigenze delle politiche regionali.

La collaborazione si prefigge le seguenti finalità:

- promuovere attività di ricerca, formazione e sviluppo di politiche nel campo dei determinanti economici, sociali, ambientali della salute con un'attenzione specifica al livello di governance sub-nazionale/regionale
- aumentare ad un livello di governance nazionale e sub nazionale la capacità di formulare, implementare, monitorare e valutare l'efficacia delle strategie di investimento per la salute elaborate per intervenire sui determinanti sociali della salute e per combattere le diseguaglianze di salute
- in quest'area disciplinare complessa, valutare e sviluppare know-how che sia di supporto alle regioni nonchè identificare modalità efficaci di creazione di sinergie nella promozione della salute della popolazione, salute intesa come risorsa unica e speciale di uno sviluppo economico, sociale ed umano che sia caratterizzato da sostenibilità ed equità
- organizzare attività formative (scuole di alta formazione; corsi; seminari…) e scambi di know-how specifici sul tema della promozione della salute, comprese visite studio o periodi di internship presso le sedi dell'OMS Europa, in base ai propri ambiti lavorativi e aree d'interesse e competenza, rivolto a: policy-makers e professionisti che lavorano a livello principalmente sub nazionale; operatori della Regione Toscana, delle Aziende Sanitarie toscane e delle Società della Salute; giovani universitari toscani interessati alle tematiche correlate alla promozione della salute
- costituire una realtà formativa stabile che veda la Regione Toscana quale luogo strategico di riferimento per una formazione di alto livello per le politiche della salute, luogo privilegiato per conferenze internazionali dell'OMS, seminari scientifici e tecnici, corsi residenziali e altri eventi atti a favorire la circolazione di informazioni ed esperienze tra diversi paesi, professioni e discipline scientifiche
- mettere le conoscenze, le esperienze ed i risultati acquisiti dalla Regione Toscana a disposizione e al servizio delle comunità, dei paesi e delle regioni europee
- utilizzare tale esperienza per rafforzare e rilanciare la Rete europea OMS delle Regioni che promuovono Salute (RHN) e il ruolo dell'Ufficio Europeo per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo all'interno del processo che condurrà l'OMS Ufficio Regionale per l'Europa all'adozione di una nuova Politica Europea per la Salute da parte degli Stati Membri della Regione europea dell'OMS
- ospitare in Toscana eventi internazionali dell'OMS, seminari scientifici e tecnici e altri eventi atti a favorire la circolazione di informazioni ed esperienze tra diversi paesi, professioni e discipline scientifiche."

2.1.1. Gli stili di vita e la salute

Il contesto

I principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative (fumo, alcol, inattività fisica, obesità, ecc.) si distribuiscono in maniera diversa nella popolazione e sono molto più diffusi tra le persone appartenenti alle classi socio-economiche più basse, che hanno una mortalità e una morbosità molto maggiori rispetto a chi è socialmente ed economicamente più agiato. Centrale è l'idea che investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche può migliorare la qualità della vita e il benessere sia a livello individuale che sociale. L'intervento sugli stili di vita rimanda non solo ad azioni centrate sulla responsabilità individuale nelle scelte degli stili di vita, ma anche alla relazione tra questi e responsabilità "collettive", quali ad esempio le scelte politiche relative all'organizzazione dei centri urbani e della mobilità (vedi relazione fra sedentarietà, obesità e possibilità di spostarsi a piedi o con mezzi non motorizzati per le attività quotidiane).

Con DPCM del 4 maggio 2007 è stato adottato il programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", il programma è stato recepito dalla regione Toscana con la DGR 800/2008. Una strategia globale che, promuove la salute come bene pubblico, attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli individui secondo un approccio intersettoriale e trasversale ai fattori di rischio. Tali azioni consentono di agire anche sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condizionano l'insorgenza delle malattie croniche, secondo i principi della "Health in all policies". Tale approccio è sostenuto anche dal "Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020", approvato dall'OMS.

Il programma regionale consolida anche il Sistema di sorveglianza in Sanità Pubblica sugli stili di vita costruito in Toscana (EDIT, HBSC, Okkio alla Salute, PASSI) e istituisce l'Osservatorio regionale sugli stili di vita.

Obiettivi

- favorire stili di vita salutari durante tutto l'arco della vita del cittadino attraverso azioni efficaci e convenienti – per costi accettabilità culturale – eque e sostenibili
- sviluppare l'empowerment nel cittadino e nella comunità ("acquisizione e controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la propria salute")
- costruire ambienti e situazioni che facilitano le scelte di salute, nell'ottica della "Salute in tutte le politiche"

Azioni

Le azioni di prevenzione e promozione della salute devono essere indirizzate dalle *best practice* nazionali ed internazionali, basate sui principi di EBP e rispondere alle necessità territoriali.

E' necessario agire con un approccio integrato che affronti i determinanti in modo complessivo attraverso le seguenti azioni.

- Allargare la comunità dei "cittadini esperti", alleati nel cambiamento, informati ed in grado di informare, coinvolti nelle decisioni, mirando al coinvolgimento dei gruppi a basso reddito e/o basso livello d'istruzione, attraverso una medicina di comunità che deve essere preventiva e personalizzata
- Sviluppare la cultura della multidisciplinarietà e intersettorialità della componente socio-sanitaria al fine di aumentare le capacità di integrazione nei processi di pianificazione territoriale e di ridurre le disuguaglianze
- Sostenere il ruolo dei territori che definiscono le strategie e attivano le azioni più incisive sugli stili di vita in grado di coniugare la progettualità regionale con le peculiarità locali in termini di risorse e di bisogni, stimolando le responsabilità degli individui e delle forze sociali e stakeholder presenti sul territorio.
- Favorire l'integrazione dei soggetti pubblici che possono garantire "la salute in tutte le politiche"
- Promuovere la consapevolezza che la salute é caratterizzata da interdipendenza e multifattorialità:

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

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

Focalizzando i quattro maggiori determinanti di salute, universalmente riconosciuti come causa principale per l'insorgenza delle malattie cronico-degenerative, e cioè la scorretta alimentazione, l'inattività fisica, l'abuso di alcol e l'abitudine al fumo di tabacco, attraverso l'analisi in EBP, si individuano le seguenti azioni specifiche (sempre mantenendo l'ottica di un approccio integrato).

Per un'alimentazione salutare
La più recente dichiarazione sull'alimentazione dell'OMS (Vienna il 4-5 Luglio 2013) parte da una constatazione condivisa: dieta e stile di vita influenzano lo stato di salute e, laddove scorretti, sono in grado di determinare importanti patologie che devono essere contrastate e individua alcune priorità: indirizzare i bambini a consumare meno cibi ricchi di grassi, zucchero e sale, incoraggiare maggiormente l'attività fisica, monitorare il sovrappeso e l'obesità tra le diverse fasce di popolazione, favorire scelte alimentari più sane attraverso mezzi quali innovazioni nell'etichettatura, nuove politiche dei prezzi, e promozione di filiere alimentari più brevi per avvantaggiare cibi locali sostenibili e accessibili.
Importante riferimento per le strategie sulla corretta alimentazione sono i principi contenuti nella Piramide Alimentare Toscana (PAT) che indica la necessità di ridurre l'eccesso di introito calorico, di consumo di grassi saturi e trans a favore dei mono e polinsaturi, del sale e degli zuccheri semplici, suggerisce un consumo preferenziale di frutta e verdura - fresca, locale e di stagione - con abbondanza di cereali e legumi re un deciso contenimento di prodotti animali e del consumo di dolci e bibite zuccherate. La PAT riporta indicazioni coerenti con altre politiche regionali, come quelle per l'ambiente, l'agricoltura, lo sviluppo economico, il turismo e la cultura, in accordo alle raccomandazioni internazionali della "salute in tutte le politiche".
Le alleanze interistituzionali e con le associazioni di impresa: attualmente le prove sull'efficacia delle campagne di comunicazione (opuscoli informativi etc.), gli interventi nelle scuole, nei luoghi di vita e di lavoro sono ancora piuttosto limitate, mentre gli interventi che privilegiano indirizzi normativi, accordi e alleanze con categorie della produzione e distribuzione, sembrano incidere di più su alcuni singoli e specifici obiettivi. In Toscana abbiamo alcune positive esperienze di accordi con le associazioni di categoria dei produttori e del commercio per favorire maggiore disponibilità, a prezzi contenuti, di alimenti secondo i principi della PAT ("Fare la spesa e guadagnare salute" "Pranzo sano fuori casa"). Sono stati stipulati accordi con enti pubblici per aumentare la presenza di cibi sani a scuola e nelle immediate vicinanze delle scuole (macchine distributrici, bar e alimentari di zona, capitolati di appalto di mense) e alleanze con gruppi specifici del volontariato laico e religioso (Banco alimentare, Caritas, ecc.) per raggiungere i gruppi più svantaggiati.
E' necessario inoltre l'allargamento della rete distributiva dei prodotti senza glutine e degli aproteici.
E' inoltre importante aumentare l'informazione ed educare al consumo consapevole la popolazione generale attraverso la diffusione di semplici e scientificamente affidabili contenuti nutrizionali, accreditati da istituzioni regionali competenti. Tale obiettivo può essere raggiunto sia mediante l'attivazione di counselling nutrizionali sia mediante progetti di educazione alla preparazione di

pasti salutari (corsi di cucina) nella popolazione sana e nei gruppi a rischio. Nell'ambito di tali azioni la Regione Toscana si adopererà per favorire una informazione corretta presso soggetti pubblici e privati al fine di garantire salute nei confronti di persone affette da celiachia, da intolleranze ed allergie. Attraverso forme di collaborazione con le associazioni di imprese, con le scuole - in particolare con quelle alberghiere per favorire lo sviluppo di percorsi di formazione specifica per necessità alimentari particolari - e con le ASL, dovrà essere sviluppata una rete di servizi tali da garantire un approccio consapevole nei confronti delle patologie sopra citate al fine di ridurre le complicanze in una dieta non corretta e favorire una maggiore socializzazione.

Per favorire l'attività fisica

Una rilevate documentazione scientifica dimostra l'importanza dell'attività fisica e sportiva nell'arco dell'intera vita nell'assicurare longevità in buona salute. Le persone attive, indipendentemente dall'età, hanno una mortalità inferiore del 30% rispetto ai sedentari. Evidenze scienfiche recenti dimostrano che l'inattività fisica ha un costo dall'1 al 2,6% della spesa sanitaria globale. Negli ultimi anni sono sempre più numerosi i risultati degli studi che dimostrano come una appropriata attività fisica favorisce anche il benessere, la salute mentale e la qualità della vita, oltre a prevenire malattie croniche invalidanti, con effetto evidente a tutte le età. La" Carta di Toronto per l'attività fisica " evidenzia che le comunità che offrono opportunità accessibili nei diversi contesti di vita e di lavoro possono ottenere una serie di benefici in termini di salute, coesione sociale e sostenibilità ambientale (GAPA, 2010. *Global Advocacy for physical activity*). In Toscana i principi della " La carta Etica dello sport " rappresentano un importante riferimento.

Sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee guida "Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica elaborate dal NIEbP - Network Italiano Evidence based Prevention, si prevedono le seguenti azioni:

- Creare spazi e tempi idonei ed in sicurezza per offrire più opportunità di svolgere attività fisica a scuola; favorire programmi di attività fisica e sportiva che privilegino gli aspetti del divertimento e riducano le dieguaglianze;
- facilitare il contatto con operatori sportivi di varie discipline e l'accessibilità a servizi sportivi;
- supportare politiche di mobilità che favoriscono gli spostamenti a piedi, l'uso della bicicletta e l'attività fisica nel tempo libero in sicurezza (piste ciclabili, percorsi protetti per tragitto casa-scuola, aree verdi accessibili, aree attrezzate e protette per attività fisica);
- diffondere messaggi su attività fisica e uso di spostamenti a piedi;
- rendere più accessibili le infrastrutture per svolgere attività fisica a tutte le età migliorando l'offerta (orari, prezzi, discipline); attivare relazioni con associazionismo sportivo e volontariato, con particolare attenzione alle categorie socialmente svantaggiate; facilitare l'organizzazione di appropriate attività motorie anche per soggetti fragili (gruppi di cammino, passeggiate e visite guidate a piedi); incrementare le conoscenze dell'efficacia dei vari tipi di AFA per istruttori e operatori di palestre e discipline sportive;
- ridurre i soggetti inattivi attraverso percorsi di individuazione dei soggetti sedentari, counselling da parte di MMG e PLS e prescrizione della attività fisica in collaborazione tra MMG, PLS e medici dello sport; promozione del percorso dell'Attività Fisica Adattata (AFA), promozione della prescrizione dell'esercizio fisico (PEF);
- divulgare e applicare i principi della "Carta Etica dello Sport" della Regione Toscana;
- prevenzione e contrasto del doping.

Liberi dal fumo

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

Le strategie generali di contrasto al fumo, ribadite dall'OMS nei più recenti documenti, raccomandano di utilizzare un approccio globale e multisettoriale, che comprende azioni di tipo

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

- limitare l'accesso dei minori al fumo: interventi intensi di comunità con rilevante mobilitazione e interventi multicomponenti hanno qualche efficacia; interventi restrittivi sulle vendite ai minori da parte dei commercianti;
- ridurre l'iniziazione al fumo: perseguire a livello nazionale l'aumento del prezzo del tabacco che rappresenta un forte disincentivo per giovani ed adulti e per l'intera popolazione per iniziare a fumare (ma anche aiutare a smettere); impostare efficaci campagne sui mass media, implementate con altri interventi di comunità (prezzi, educazione a scuola, campagne di educazione di popolazione);
- sostenere i Centri antifumo delle Aziende Sanitarie quali servizi di II livello per la cessazione dell'uso;
- sviluppare interventi di informazione multicomponenti nell'aiutare la popolazione a smettere di fumare, anche con nuovi mezzi di comunicazione (internet, telefonia mobile, social network, ecc.);
- aumentare attività di counselling, colloqui motivazionali da parte del MMG e PLS;
- ridurre l'esposizione al fumo passivo;
- diminuire il fumo in ambienti di lavoro.

La consapevolezza dei rischi legati al consumo di alcol

Il consumo di alcol costituisce uno dei più importanti fattori di rischio evitabili ed è causa principale o concomitante di numerose patologie (gastroenterologiche, cardiovascolari, polmonari, tumorali, dello scheletro e muscolari, danni immunologici e prenatali) e, in quanto sostanza psicotropa, di incidentalità stradale, domestica e lavorativa, nonché di disagi familiari, omicidi e violenze di vario genere.

Sia il consumo giornaliero non moderato di alcol (oltre 10 g di alcol al giorno per la donna adulta e oltre 20 g per l'uomo adulto), sia quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinkin*g) possono causare problemi di salute o aggravarli e accrescere il rischio di danni per chi beve e per altre persone (danni a terzi). In circostanze particolari, tra cui la guida o lo svolgimento di attività lavorative, anche un consumo di alcol a basso rischio può provocare gravi danni.

La coesistenza attuale in Toscana di pattern di consumo mediterranei – bere a tavola vino con moderazione, frutto di una millenaria tradizione vitivinicola che contribuisce in maniera rilevante all'economia agricola e turistica regionale - con i nuovi omologati internazionali – bere eccessivo e binge drinKing, preferendo l'alta gradazione al gusto, soprattutto nei giovani, in occasioni socializzanti e nel week end - rende necessario applicare interventi di prevenzione efficaci specifici per ciascun modello.

Come è stato fatto con la Piramide alimentare toscana – PAT per l'alimentazione, sono necessarie politiche integrate intersettoriali innovative, che consentono interventi che assicurino il giusto equilibrio tra rispetto delle tradizioni culturali ed enogastronomiche, sostegno all'economia regionale e contenimento dei danni sanitari e sociali da alcol, considerando anche l'impatto che le pressioni commerciali hanno nell'indurre certi comportamenti riducendo al minimo.

A differenza del fumo e dell'attività fisica, le evidenze di efficacia della prevenzione dei danni da alcol rilevate in esperienze di aree extramediterranee non sono perciò immediatamente assimilabili

al contesto toscano. D'altra parte un recente studio toscano, citato nella letteratura europea delle politiche efficaci per prevenire i danni da alcol, ha evidenziato come in Italia ed in Toscana il consumo di alcol è fortemente diminuito a partire dagli anni '70, in totale assenza di politiche ed interventi di prevenzione, segnalando che nelle aree mediterranee, almeno per gli attuali adulti, altri determinanti dei comportamenti alcolici sono in gioco e che il bere è parte del modello alimentare. Al contrario, i consumi alcolici dei giovani italiani e toscani, per quanto ancora temperati dalle influenze mediterranee, assomigliano già oggi a quelli dei coetanei europei ed anglosassoni, con il bere alcolici nel week-end in occasioni socializzanti, alla ricerca dell'effetto neurotropo piuttosto che del gusto. E' perciò plausibile che, diversamente dagli adulti, gli interventi efficaci evidenziati dalle revisioni internazionali di *Ebp* lo siano anche per i ragazzi toscani. Per questi motivi, per la Toscana si offre l'opportunità unica nel panorama internazionale, di avviare politiche di prevenzione alcologiche calibrate sui due modelli prevalenti (adulti-alimentare; giovani-comportamentale). Vista la lunga esperienza della Regione Toscana in campo nazionale e internazionale in merito alle politiche sull'alcol attraverso le azioni del CAR Toscano e dell'ARS (vedi progetto europeo PHEPA e progetto AMPHORA), e viste queste specificità sui pattern di consumo toscani, è realizzabile un'iniziativa di prevenzione alcologica innovativa ed esemplare, mirata a politiche regionali integrate trasversali, che salvaguardi i valori vinicoli tradizionali, minimizzando il rischio di danni alla salute. Pertanto devono essere attivati interventi efficaci per ridurre il consumo di alcol nella popolazione generale adulta, secondo i principi della Piramide alimentare toscana, insieme ad un'intensa azione di rinforzo di azioni efficaci sui giovani, soprattutto per la prevenzione dei danni acuti da alcol, incidenti stradali per primi ("Scandinavi sulle strade – Mediterranei a tavola").
Pur con queste attenzioni e in linea con le principali evidenze che emergono dalla letteratura internazionale – prevalentemente anglosassone, le strategie volte a ridurre i danni da alcol nel nostro sistema devono riguardare i seguenti settori in maniera integrata: alla guida, sul lavoro, nelle donne, nei giovani, negli anziani, nella comunità.
In particolare si rendono necessarie azioni di:

- informazione e formazione in ambiente socio-sanitario: dall'indagine Passi – Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia del 2009 emerge che in Toscana, in linea con la media nazionale, solo il 14% degli operatori del SSN chiede agli utenti informazioni sul consumo di alcol e solo il 6% dei consumatori a rischio riceve l'indicazione di diminuire le quantità di alcol assunte. In tal senso è importante garantire un'idonea e costante formazione rivolta a tutti gli operatori secondo il modello IPIB - Identificazione Precoce e Intervento Breve - promossa a livello internazionale dall'OMS e dalla Commissione Europea (Progetto EIBI e Progetto PHEPA) e diffusa in Italia dall'ISS e dal CAR Toscana;
- informazione e formazione nelle scuole: la scuola si conferma un contesto fondamentale per azioni di promozione della salute che devono vedere il coinvolgimento non più solo dei giovani, ma anche degli adulti, in particolare insegnanti e genitori, secondo il modello delle life skills (vedi par. 2.1.5.3);
- collaborazione e integrazione con il mondo del volontariato e del Terzo Settore;
- accordo con la grande distribuzione, associazionismo sportivo-culturale, bar, discoteche, per favorire l'uso di bevande analcoliche, in particolare verso la popolazione giovanile;
- consolidamento del progetto regionale "Divertimento sicuro" con i giovani in ambito scolastico, extrascolastico e nei luoghi del divertimento giovanile.

2.1.1.1. La cura delle relazioni e la partecipazione attiva

Contesto
La crisi economica e sociale ha aggravato e reso manifesto un fenomeno in corso da almeno venti anni: l'erosione del ceto medio e lo sviluppo di nuove vulnerabilità sociali. L'allargamento delle vulnerabilità sociali è un fenomeno composito che si innesta in alcune grandi transizioni delle nostre società (invecchiamento della popolazione, frammentazione delle famiglie, precarizzazione della condizione di vita-lavoro…) ed allarga e ristruttura l'area del disagio. Le conseguenze dell"erosione del ceto medio e della crescita delle nuove vulnerabilità sono particolarmente ampie

e acute (sulla vita e la salute delle persone, sul tessuto economico e sociale, ma anche sul terreno della partecipazione sociale e politica e della democrazia). La configurazione dei servizi di welfare che abbiamo conosciuto a partire dagli anni '70 non sembra più adeguata a leggere e gestire i nuovi problemi che attraversano i cittadini e non può più contare su un consenso sociale diffuso, mentre sta crescendo l'adesione verso ipotesi di «smantellamento» (con la ripresa dell'antico codice della beneficenza). Le difficoltà di questi servizi non dipendono da un loro cattivo funzionamento (in alcuni casi pur evidente), ma soprattutto dalla trasformazione del loro oggetto di lavoro: se la società cambia tumultuosamente, i servizi di welfare, occupandosi dei problemi che le persone incontrano nel vivere sociale, sono chiamati a modificare in profondità il loro modo di lavorare. Il welfare sembra così giunto a un punto di non ritorno: o si riprogetta insieme ai cittadini ricostruendo un senso condiviso (un con-senso) o rischia di erogare «prodotti di nicchia», un «lusso» riservato a chi ha le competenze (a volte la sfrontatezza) per accedervi, o a chi rientra nelle categorie previste dal mandato istituzionale.
La trasformazione epocale che stiamo attraversando segnala un'emergenza che si propone come terreno particolarmente adatto allo sviluppo di nuove sinergie tra politiche e servizi di welfare da una parte e lavoro socio-politico di comunità dall'altra. In questo contesto si inserisce la costruzione partecipata/condivisa dei Piani Integrati di Salute.
Nei momenti di confronto, propedeutici anche alla costituzione dei Piani Integrati di Salute, non possono mancare le associazioni, sia quelle rappresentative dei malati che quelle così dette di promozione sociale.

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

Obiettivo
Accompagnare i servizi istituzionali coinvolgendo, coordinando e sostenendo la realtà delle reti associative, il volontariato familiare e il terzo settore presenti sul territorio nel rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali e allo sviluppo di nuove competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili nel campo sociale e socio-sanitario (Sociale di Iniziativa).

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

2.1.1.2. Un consumo consapevole

Contesto
Ci sono sempre maggiori condizionamenti da parte della società consumistica sia diretti, con azioni persuasive, che indiretti, attraverso l'imposizione di modelli e stili di vita, che possono portare nel tempo od al peggioramento delle condizioni economico sociali o a stati patologici di origine psico sociale.

Il sovraindebitamento delle famiglie generato anche dall'induzione al consumo e all'utilizzo del credito per sostenere il consumo, la diffusione del gioco d'azzardo legalizzato all'apparente portata di tutti, modelli di vita e modi di essere imposti agli adolescenti che inducono agli eccessi (alcol, fumo, droga, cibo, sesso), l'uso compulsivo di nuove tecnologie, sono fattori che portano ad uno sgretolamento sociale e alla perdita del controllo da parte degli individui.
Si generano così dipendenze o situazioni di estrema crisi economica cui difficilmente lo stato sociale può far fronte.

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

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

Azioni
- informazione alle famiglie
- formazione agli insegnanti
- educazione ai giovani

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

2.1.1.3. Vivere bene in famiglia e nel contesto socio-relazionale

Contesto
La crescita dell'attenzione al mondo dell'infanzia e dell'adolescenza, alle problematiche specifiche, ai diritti, ha senza dubbio contribuito negli ultimi decenni nel nostro Paese, come in generale nel mondo occidentale, ad aumentare l'insieme dei dati statistici disponibili. E tuttavia anche in un sistema di raccolta dei dati sui minori piuttosto evoluto come quello toscano, a fronte di serie storiche che guardano direttamente ai bambini e ai ragazzi e che raccontano molto delle situazioni dell'agio, mancano indicatori riferiti all'agio e agli aspetti della vita quotidiana utili a liberare finalmente la condizione dell'infanzia da quella visione circoscritta all'interno della dimensione privata familiare e a scongiurare il rischio di invisibilità delle nuove generazioni collegato anche (ma non solo) alla perdita di peso di queste fasce nella composizione della popolazione.
Nasce da qui l'esigenza di iniziare ad indagare a fianco della dimensione della protezione e della *provision* quella del benessere e della partecipazione: si tratta del resto di situazioni collegate là dove il raggiungimento del benessere per l'infanzia e l'adolescenza richiede non solo tutela e protezione ma anche l'attuazione di pratiche partecipative e di coinvolgimento che sono trasversali all'affermazione di tutti i diritti.
Oltre alla famiglia, andranno considerati quali ambiti di intervento privilegiati il contesto scolastico e formativo e l'associazionismo sportivo: le azioni che si riusciranno a veicolare in tali realtà, siano esse di sensibilizzazione alle tematiche che portano il "punto di vista" dei bambini e dei ragazzi, o di realizzazione di occasioni e opportunità di partecipazione e crescita, o ancora di formazione degli operatori scolastici, assumeranno una valenza preventiva utile all'affermazione del diritto al benessere, alle opportunità di crescita in ambienti sani e stimolanti e allo sviluppo di relazioni significative in famiglia e tra pari.

Obiettivi

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

Tali obiettivi si raggiungono attraverso i seguenti interventi:

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

2.1.2. Il diritto di vivere in salute e sicurezza

Salute e ambiente

Contesto

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

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

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

In coerenza con gli articoli 9 e 11 della legge regionale 19 settembre 2013, n. 51 (Norme per la prevenzione e bonifica dell'ambiente dai pericoli derivanti dall'amianto e promozione del risparmio energetico, della bioedilizia e delle energie alternative), il Piano regionale di tutela dall'amianto viene redatto di concerto dalle Direzioni generali competenti e individua al suo interno le risorse da destinare alla sua attuazione.

Le sfide

L'evoluzione del contesto socio-economico internazionale rende necessario un cambiamento che acceleri l'integrazione delle azioni dei diversi soggetti sanitari e non sanitari che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute in un contesto dove il contrasto alle disuguaglianze, causate anche dai determinati ambientali, si conferma uno degli elementi principali del presente Piano socio-sanitario.

I sistemi di monitoraggio ambientale sviluppati negli anni nella nostra regione i cui risultati sono riportati periodicamente sui rapporti sullo stato dell'ambiente regionali e di ARPAT, mostrano che l'esposizione stimata annua della popolazione a NO2, PM10 e a ozono è migliorata ma permane in alcuni casi superiore ai valori di riferimento indicati a livello europeo e dalla OMS per la protezione della salute, in particolare nelle aree urbane in collegamento al traffico. Anche il rumore permane un fattore di esposizione e di disturbo per la popolazione residente in ambito urbano ed in prossimità di infrastrutture di trasporto.

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

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

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

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

Anche il clima e le sue variabili (temperatura, umidità, vento, luce, etc.) rappresentano elementi essenziali nel determinare le condizioni di salute-benessere degli esseri umani, influenzando in via diretta o indiretta fisiologia, metabolismo, umore e favorendo così la comparsa o il riacutizzarsi di disturbi-danni come il colpo di calore, congelamenti, danni da esposizione alla radiazione ultravioletta, infarto del miocardio, allergie, asma.

Specifiche forme di collaborazione saranno messe in atto con il Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia dell'Università di Firenze, sviluppando le azioni necessarie alla realizzazione di servizi informativi biometereologici per il trasferimento ai diversi utenti e l'applicazione operativa secondo modalità adatte alle specifiche esigenze di ognuno: le professioni sanitarie (medici di medicina generale e pediatri, etc.) la popolazione nel suo complesso e in funzione dei livelli di rischio specifici per categorie definite (anziani, bambini, lavoratori, migranti, etc.), il livello organizzativo (Aziende, Zone socio-sanitarie, etc.).

Dovrà essere considerata inoltre la necessità di fronteggiare le sfide presentate dalla carenza delle risorse naturali, dal deterioramento dei sistemi ambientali e dei cambiamenti climatici. A tale scopo la sostenibilità ambientale dovrà essere uno dei criteri principali nella scelta delle priorità.

Per dare attuazione a quanto sopra descritto è necessario adottare una strategia regionale per ottenere una maggiore tutela della salute della popolazione della Toscana in tema di ambiente e salute attraverso il miglioramento del coordinamento e dell'integrazione tra le politiche e le azioni regionali in campo ambientale, agricolo e sanitario, e l'individuazione di modalità condivise con gli enti locali (Comuni, Province, Comunità montane) per la prevenzione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente-salute correlate.

Obiettivi

A) Condivisione degli obiettivi regionali in materia ambientale individuati nel Piano Ambientale ed Energetico Regionale (PAER).
B) Migliorare l'integrazione tra le politiche e le azioni regionali in campo ambientale e sanitario al fine di ottenere una maggiore tutela della salute della popolazione della Toscana.
C) Migliorare la capacità di lettura e di valutazione del contesto ambientale e dell'impatto di tale contesto sulla salute della popolazione.
D) Rafforzare la capacità di programmazione in tema di ambiente e salute.
E) Rafforzare i processi riguardanti la programmazione integrata sui controlli ufficiali ambientali e sanitari.
F) Privilegiare la prevenzione primaria quale strumento di tutela della salute e dell'ambiente e quindi garantire l'apporto qualificato delle strutture del Dipartimento di prevenzione nelle valutazioni strategiche a supporto degli amministratori (nella pianificazione urbanistica e nei programmi relativi alla gestione di rifiuti, acque, traffico, energia, impianti produttivi, etc.).

Azioni

A.1.1- Supporto al raggiungimento degli obiettivi individuati dalle politiche ambientali regionali in materia di inquinamento atmosferico e dell'aria *indoor*, inquinamento acustico, inquinamento elettromagnetico, radiazioni ionizzanti, radon, amianto, fitosanitari, tutela delle acque interne con particolare riferimento alle acque destinate al consumo umano e prevenzione degli incidenti rilevanti nelle industrie che trattano materiali di particolare rischio.
A.1.2- Migliorare la sostenibilità ambientale delle strutture del sistema sanitario regionale, attraverso l'elaborazione di linee guida regionali sulle buone pratiche di sostenibilità ambientale e individuare forme di coordinamento tra Enti e strutture deputati alla tutela dell'Ambiente e quelli del SSR come il Dipartimento della Prevenzione (per le competenze dal punto di vista sanitario) al fine di garantire l'apporto qualificato delle strutture sanitaria nelle valutazioni strategiche a supporto degli amministratori (nella pianificazione urbanistica e nei programmi relativi alla gestione di rifiuti, acque, traffico, energia, impianti produttivi etc.).
A.1.3- Elaborazione e promozione di linee di indirizzo per l'adeguamento dei regolamenti edilizi comunali ai principi della sostenibilità ambientale e della prevenzione all'esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.
B.1- Elaborazione ed attuazione di una strategia regionale su ambiente e salute che consenta di migliorare il coordinamento istituzionale ed organizzativo territoriale, l'individuazione della missione regionale e dei soggetti locali coinvolti nell'attuazione delle strategie, l'identificazione delle priorità

di intervento e del percorso di attuazione e di monitoraggio delle azioni. Tale strategia può essere attuata anche attraverso le seguenti azioni:

B.1.1- costituzione di una cabina di regia Tecnica Regionale capace di rappresentare e raccordare/coordinare le politiche regionali dei vari Assessorati coinvolti, in particolare :

- Ambiente e Energia
- Diritto alla Salute
- Agricoltura
- Infrastrutture e Mobilità
- Cultura, Turismo e Commercio

Favorendo, innanzitutto, la condivisione di scelte di tutela e prevenzione primaria, nonché ulteriormente sviluppando l'orientamento e l'offerta turistica correlata ad un ambiente salubre e, ad un'economia eco - sostenibile in coerenza con le premesse di questo Piano (par. 1.5.2) là dove si afferma che la salute deve essere ricercata "in tutte le politiche";

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

B.1.3- elaborazione di un piano di comunicazione integrato regionale per la tematica di ambiente e salute, con particolare riferimento alle comunicazioni correlate ai sistemi di monitoraggio ambientale, anche con il contributo delle Università e informare i cittadini e gli amministratori in merito alle evidenze scientifiche sulle cause di cancro e delle malattie cronico-degenerative legate all'industria, al traffico, all'alimentazione e ad altri fattori ambientali con rischio riconosciuti;

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

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

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

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

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

D.1 – Elaborare indicazioni operative per il rafforzamento della programmazione in tema di ambiente e salute.

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

F.1 - Avviare una prima progettazione di applicazione di una economia eco-sostenibile sul territorio della Valdichiana, territorio già ipotizzato dall'OMS Europa come possibile territorio per una progettualità di Green Economy.

Sulla base delle determinazioni del competente settore regionale sarà promossa l'attivazione di reti dei medici sentinella anche con compiti di "mediatori dei conflitti ambiente-salute correlati", punto di raccordo tra la popolazione e le istituzioni.

2.1.2.2. La sicurezza e la salute sul posto di lavoro

Contesto

Nell'ultimo decennio, in concomitanza con la progressiva applicazione delle normative europee, si è assistito ad un costante calo degli infortuni, in particolare di quelli mortali, con aumento di quelli stradali in itinere. I comparti più a rischio rimangono l'edilizia (in particolare le cadute dall'alto durante l'esecuzione di lavori sulle coperture che nell'ultimo decennio hanno rappresentato in media il 56 % degli infortuni mortali del comparto) e l'agricoltura (dove il 9% degli infortuni vede coinvolto il trattore, per arrivare al valore di 35% nella casistica degli infortuni mortali).Da segnalare la circostanza per cui, a fronte di un calo consistente e sistematico degli infortuni accaduti a lavoratori di sesso maschile, per la componente femminile detto calo è iniziato solo nel

2008 e avviene ad un ritmo più contenuto; nel valutare la diminuzione degli infortuni sul lavoro occorre tener conto che l'occupazione è diminuita e il lavoro sommerso è aumentato, soprattutto per le donne.

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

Obiettivi

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

A) realizzare un basamento informativo per semplificare la raccolta dati e gli adempimenti richiesti ai cittadini ed alle imprese al fine di una puntuale programmazione delle azioni
B) rafforzare l'efficienza del sistema aumentando le sinergie tra i dipartimenti della Prevenzione, anche con soluzioni organizzative di Area Vasta e con i professionisti esterni al Dipartimento, i soggetti della prevenzione aziendale, il sistema delle tutele e con altre Istituzioni regionali e nazionali del settore
C) superare le disuguaglianze di salute, tenendo conto anche delle differenze tra donne e uomini, garantendo l'omogeneità degli interventi - in termini di copertura del territorio e di metodologia di intervento, dimensionando l'offerta in relazione alle necessità ed alle caratteristiche dei destinatari, garantendo percorsi che facilitino il rispetto delle norme da parte dei soggetti più deboli
D) migliorare l'efficacia degli interventi, implementando azioni di vigilanza, promozione e prevenzione con approccio proattivo, ivi comprese le azioni per la crescita della qualità del lavoro attraverso l'uso mirato di tecniche di EBP di depotenziamento di comportamenti lavorativi a rischio;
E) sviluppare la capacità di concertare la programmazione tra Istituzioni per massimizzare e rafforzare l'attività di vigilanza, nonché più in generale garantire l'integrazione delle politiche regionali

Azioni

A.1 Con l'intento di potenziare e ricondurre ad unità i flussi ed i sistemi informativi necessari al monitoraggio e successiva programmazione degli interventi, con il consolidamento del CeRIMP - Centro Regionale di Riferimento per gli Infortuni e le Malattie Professionali, che gestisce un osservatorio congiunto con INAIL. La programmazione delle attività non può prescindere dal consolidamento di un sistema di conoscenza dei fenomeni e di sorveglianza fortemente basato sullo studio epidemiologico e sulla sinergia tra INAIL e le ASL. Per questo CeRIMP deve trovare una sua stabile strutturazione, al fine di supportare ed orientare il sistema, anche attraverso la realizzazione del SIRP (sistema informativo regionale della prevenzione sui luoghi di lavoro).

A.2 Il realizzando sistema informativo fornirà anche servizi telematici al cittadino, alle imprese, alle associazioni e patronati, beneficiando di strumenti di semplificazione amministrativa e sburocratizzazione dei processi gestionali. Tra i primi moduli messi in produzione, vi è quello relativo alla trasmissione telematica delle notifiche preliminari di cui all'articolo 99 del d.lgs. 81/2008. Si tratta di un progetto realizzato in collaborazione con l'Osservatorio Regionale dei Contratti Pubblici, INAIL, Direzione Regionale del Lavoro, INPS, Enti bilaterali del comparto edilizia. Il progetto di realizzazione del SISPC, include anche la realizzazione di un sistema per la comunicazione on-line da parte dei committenti privati e pubblici delle notifiche preliminari con relativa geo-referenziazione del cantiere. Il sistema coinvolge tutti i cittadini italiani e stranieri

come potenziali committenti di opere edili da realizzare nel territorio della regione toscana. Il Sistema Informativo del Dipartimento della Prevenzione si farà carico della comunicazione on-line unica acquisendo a proprio carico la trasmissione a tutti i soggetti interessati o portatori di interesse sopra citati perché la norma individua le AUSL e la DTL (Direzione Territoriale del Lavoro) come destinatarie del flusso informativo per tutte le notifiche dei cantieri. In particolare le Casse Edili, in virtù di quanto stabilito dal Contratto Nazionale di Lavoro Edilizia Industria, dovranno poter costituire una banca dati per la gestione delle notifiche con particolare riferimento alla congruità contributiva e al Durc (Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva).

B.1 La razionalizzazione dell'offerta si realizza con funzioni specialistiche e/o trasversali a livello sovra aziendale o di Area Vasta, con la valorizzazione della multi professionalità, pur nella semplificazione amministrativa. Altre soluzioni passano attraverso la creazione di network aziendali e la messa a regime di poli che forniscono prestazioni specialistiche di secondo e terzo livello, quali il centro di riferimento per la patologia da amianto dell'AOU Senese, il polo per lo studio del disadattamento lavorativo presso l'AOU Pisana, il centro relativo alle attività florovivaistiche della Azienda USL 3 di Pistoia, l'osservatorio regionale sullo stress lavoro-correlato del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali.

C.1.1 Si sviluppano gli interventi attraverso piani mirati di prevenzione, con priorità per le azioni rivolte al settore edile, agricolo e forestale, ai comparti con particolare pericolosità delle lavorazioni e con utilizzo di macchine ed impianti complessi, e ai settori con esposizione ad agenti di rischio fisico, chimico o biologico, utilizzando approcci calibrati per le diverse tipologie di lavoro, di lavoratori, di lavoratrici (es. migranti, prevenzione in ottica di genere). Un'attenzione particolare è rivolta ai rischi da radiazioni ionizzanti in ambito sanitario, sia per la popolazione che per i lavoratori ed i pazienti, con l'impegno per la Regione Toscana ad adottare ulteriori misure di controllo e monitoraggio per garantire l'attendibilità dei dati dosimetrici, la loro raccolta, elaborazione e rendicontazione. Anche gli ambienti confinati e il mondo degli appalti sono aree di particolare attenzione. Per la prevenzione dell'esposizione agli agenti chimici e la relativa gestione del rischio si sviluppa l'applicazione dei regolamenti REACH e CLP.
C.1.2 l'omogeneizzazione delle procedure passa attraverso un sistema di monitoraggio con indicatori di processo e di esito. Per questo si prosegue con la metodologia dei Prodotti Finiti, e con l'elaborazione di indicatori per misurare costi e benefici, anche economici, derivanti dall'investimento in prevenzione.
C.2 L'obiettivo di contenere le diseguaglianze nella prevenzione collettiva passa attraverso percorsi che facilitino il rispetto delle norme da parte delle fasce più deboli. In particolare:

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

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

- **D.1.1.** Le iniziative di prevenzione nel campo delle malattie professionali devono essere orientate verso il controllo delle esposizioni ai fattori di rischio. Per questo occorre rilanciare l'attività d'igiene industriale ed individuare nei Dipartimenti di Prevenzione funzioni specializzate a livello di area vasta.

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

- **D.2.1** In coerenza con lo scenario e con le indicazioni provenienti dal livello nazionale, prioritario è il tema delle malattie professionali, che sono in crescita sebbene ancora sottonotificate. E' perciò necessario sviluppare la ricerca attiva delle patologie lavoro-correlate, neoplastiche e non, e attivare il raccordo tra dati sanitari e occupazionali. Per questo occorre sviluppare i rapporti con INPS e con tutti i soggetti del sistema, compresi i medici competenti, i medici di medicina generale ed i professionisti in genere, in collaborazione con le parti sociali e con i patronati, con il coordinamento della Regione. Per il settore agricolo è utile valorizzare anche le funzioni del centro di riferimento per il florovivaismo.
- **D.2.2** Tra i rischi emergenti vi sono i problemi ergonomici e lo stress lavoro-correlato, acuito dalla crescente precarizzazione dei rapporti di lavoro. Per l'ergonomia verrà favorita la creazione di un network regionale di supporto tecnico-scientifico a tutte i Servizi PISLL toscani. Per lo stress da lavoro occorre definire linee di indirizzo per le aziende private e pubbliche per l'esecuzione di una corretta valutazione del rischio stress-lavoro-correlato, ed affinare le capacità diagnostiche sui casi di patologie stress lavoro correlate, a supporto dei servizi pubblici di prevenzione, con il consolidamento di un centro di riferimento regionale di terzo livello (Polo per lo studio del disadattamento lavorativo), che affianchi e lavori in rete con l'osservatorio regionale sullo stress lavoro-correlato e le strategie per lo sviluppo del potenziale umano del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali. Il Polo, in collegamento con i Servizi territoriali, si occuperà prioritariamente dell'attività di valutazione del danno correlato allo stress lavorativo, fornirà indicazioni da diffondere ai medici competenti su criteri e strumenti da utilizzare per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria e contribuirà alla creazione di un osservatorio sui rischi e danni collegati allo stress lavoro correlato.
- **D.2.3** Un comparto meritevole della massima attenzione è l'edilizia, con lavorazioni con elevati indici infortunistici, anche se in diminuzione per la riduzione delle ore lavorate a causa della crisi economica. Per la prevenzione degli infortuni si punta ai controlli ispettivi in cantiere, alla formazione e all'assistenza tecnica e procedurale nei confronti dei lavoratori, delle imprese e dei tecnici. Sono incentivate forme di attività di vigilanza congiunta con altri soggetti titolari di funzioni di controllo (DRL, INAIL, INPS e VVFF), la diffusione delle "buone pratiche" e la promozione dello sviluppo di soluzioni tecnologiche innovative per il miglioramento della sicurezza nei cantieri edili e nelle grandi opere infrastrutturali. A livello regionale, visti i positivi risultati conseguiti, resta prioritario applicare il modello adottato per la realizzazione della TAV e della variante di valico autostradale ad altre opere in corso od in progettazione (nodo ferroviario fiorentino, ampliamento terza corsia A1 ed A11, realizzazione prosecuzione autostrada A12), anche valorizzando il sistema informativo sul modello del sistema Monitor e sviluppando il modello di coordinamento nazionale dei servizi di vigilanza che si occupano di grandi opere infrastrutturali.

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

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

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

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

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

2.1.2.3. La sicurezza stradale

Contesto

Gli incidenti stradali rappresentano la seconda causa di morte per i ragazzi di età compresa tra 5 e 29 anni, e la terza causa di morte per le persone di età compresa tra 30 e 44 anni, uccidendo ogni anno nel mondo 1,2 milioni di persone e ferendo oltre 50 milioni di individui (Fonte: World Health Organization - WHO). E' inoltre stimato che, il costo sociale dell'infortunistica stradale, sia compreso tra l'1% ed il 2% del prodotto interno lordo (PIL) di ciascun paese. Sulla base dei dati ISTAT/ACI, in Italia, sono stati registrati nel 2011 oltre 205 mila sinistri con almeno un ferito (corrispondenti ad una media giornaliera di 563 incidenti), che hanno causato il decesso di circa 3.860 persone ed il ferimento di oltre 292 mila individui.

Nello stesso anno la Toscana, con 18.672 incidenti stradali, ha contribuito per il 9,1% di tutti i sinistri avvenuti sul territorio nazionale. Le conseguenze dei sinistri occorsi hanno comportato il ferimento di 24. 876 persone ed il decesso di 265 individui. L'analisi dei rapporti di mortalità (RM = numero di morti ogni 1.000 incidenti) e di quelli di lesività (RL = numero di feriti ogni 1.000 incidenti), indica che la Toscana presenta valori rispettivamente di 14,2 e 1.332,3 contro il 18,8 e 1.420,1 nazionali, dunque è possibile affermare che, se la Regione da un lato si colloca ai primissimi posti in Italia per numero di incidenti rilevati, dall'altro, in termini di gravità, si distingue come una delle più sicure, poiché le conseguenze dei sinistri sono tra le meno gravi. Il quadro epidemiologico ottenuto sulla base dei dati ISTAT elaborati da ARS, mostra che nel 2010, in Toscana, il 20% dei deceduti in incidenti stradali appartiene alla categoria dei pedoni, di cui le donne anziane rappresentano la quota più importante. Pedoni e ciclisti sono infatti i più coinvolti in incidenti, ma sono i giovani e gli anziani a subire gli infortuni più gravi. Il numero maggiore di morti e di feriti in ogni fascia d'età sono maschi. Il 78% degli incidenti avviene sulle strade urbane ma i più gravi sulle strade di grande comunicazione. Il maggior numero di incidenti e anche quelli più gravi si verificano nelle notti del weekend (domenica inclusa) e nei mesi estivi. La categoria di veicoli più coinvolta è l'auto (65,4%), seguita dai motocicli e dai ciclomotori. L'indice di mortalità evidenzia che la bicicletta è il mezzo più pericoloso, seguita dal motociclo.

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

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

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

Obiettivi

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

Azioni

Le raccomandazioni internazionali fanno riferimento ad interventi che non provengono (od hanno come oggetto) il solo versante di salute e l'ambito sanitario ma che fanno riferimento anche agli ambiti della viabilità\circolazione dei mezzi, a quello dei dispositivi di sicurezza, a quello dei controlli e dei divieti.

Quelle che fino ad oggi sembrano mostrare maggiore impatto nella riduzione della mortalità e incidentalità stradale nei giovani sono:

● l'introduzione di patente progressiva nei giovani sotto i 19 anni

● incentivi all'acquisto e campagne di promozione, interventi di educazione dei genitori per i seggiolini dei bambini

● controllo della circolazione e del traffico attraverso l'introduzione di videocamere ai semafori

● aumento dei controlli da parte delle forze dell'ordine sui conducenti di mezzi per accertare il loro stato alcol emico

• l'aumento del prezzo degli alcolici

● leggi sull'età minima legale per comprare alcolici, restrizioni sulla densità dei punti vendita con supporto di campagne mediatiche, sono efficaci nel ridurre gli Incidenti Stradali alcol correlati; la riduzione del livello alcolemico per poter guidare; efficaci sembrano anche le leggi restrittive sull'alcolemia per i neopatentati (zero alcol), la sospensione amministrativa della patente in caso di positività all'etilometro, l'uso di sistemi automatici bloccanti l'accensione del motore con il respiro del guidatore

Pertanto le azioni che si intendono promuovere in raccordo con le azioni previste dall'Osservatorio regionale sulla sicurezza stradale in Toscana (LR 19/2011) sono:

- attuazione degli eventuali ulteriori programmi annuali del Piano Nazionale Sicurezza Stradale (PNSS) in fase di revisione da parte del MIT;
- conclusione dei progetti finanziati nell'ambito del 3° Programma attuativo del PNSS ed attuazione dei progetti finanziati nell'ambito del 4°-5° Programma annuale del PNSS;
- conclusione dei progetti finanziati nell'ambito dell'azione regionale per la sicurezza stradale di cui alla DGR n. 1056/2010 e definizione della graduatoria per l'avvio dell'ulteriore azione regionale di cui alla DGR n. 274/2013;
- conclusione del progetto del Centro di Monitoraggio Regionale della Sicurezza Stradale in fase di realizzazione;
- prosecuzione del progetto relativo al Sistema Integrato Regionale della Sicurezza Stradale (SIRSS) per l'anno 2013 mediante convenzione di cui alla DGR n. 116/2013;
- Piano Regionale Integrato Infrastrutture e Mobilità (PRIIM) approvato dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 18 del 12 febbraio 2014 (definisce in maniera integrata le politiche in materia di mobilità, infrastrutture e trasporti);
- programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari in Toscana" – (D.G.R. n. 800/2008);
- Piano Regionale della Prevenzione 2011-2013 - progetti finalizzati al contrasto dell'abuso dell'alcol e degli incidenti stradali (Divertirsi Guadagnando Salute e Insieme per la Sicurezza);

- Scuole Promotrici di Salute - interventi su insegnati e studenti sulla sicurezza stradale previsti nei programmi di peer education nell'ambito del progetto realizzato in collaborazione con la Direzione scolastica regionale;
- alleanze e Accordi tra istituzioni locali, Forze dell'Ordine, Autorità giudiziarie, servizi pubblici deputati associazionismo e Terzo Settore, gestori dei locali del divertimento per condividere e realizzare interventi di contrasto all'uso e abuso di alcol e droghe prima di mettersi alla guida, e per promuovere lo svolgimento di attività di volontariato nei settori dell'assistenza sociale e socio-sanitaria per i soggetti ai quali è stata concessa la commutazione della pena in prestazioni non retribuite a favore della collettività ai sensi del d. lgs 285/1992;
- consolidamento del ruolo delle Commissioni Mediche Locali attraverso procedure tese a monitorare e confrontare i giudizi medico legali di idoneità alla guida.

2.1.2.4. Le vaccinazioni e la prevenzione delle malattie trasmissibili

Contesto

La Regione Toscana, da anni impegnata nella promozione della profilassi vaccinale, prosegue la "*mission*" sulla comunicazione e sull'offerta delle vaccinazioni attraverso le direttive regionali in materia di vaccinazioni approvate con DGR n. 448 del 2010 ed aggiornate con DGR 678/2012 e 1252/2012. Il Calendario, costantemente aggiornato, considera molti aspetti: l'evoluzione tecnologica, la situazione epidemiologica regionale e nazionale, nonché la realtà organizzativa regionale della Sanità pubblica; si avvale della stretta collaborazione dei Pediatri di Famiglia (PdF) e dei Medici di Medicina Generale (MMG). L'ultimo aggiornamento del calendario regionale delle vaccinazioni, ha previsto l'allargamento delle età dei soggetti a cui offrire la vaccinazione: dalla nascita alla fanciullezza, all'adolescenza, all'adulto, fino all'anziano.

Mediante gli interventi e le strategie vaccinali, periodicamente rivisitati anche con il contributo della "Commissione regionale per le strategie vaccinali", si conferma il livello di eccellenza raggiunto in Toscana nel campo delle vaccinazioni dell'infanzia; l'adozione di un calendario regionale ha infatti permesso di ottenere elevate coperture vaccinali a 24 mesi di età, superiori per tutti i vaccini ai valori di copertura medi nazionali e sostanzialmente omogenee su tutto il territorio toscano, sia per le vaccinazioni "obbligatorie" (coperture al 2012 antipolio/DTP ≥ 95%, Epatite B ≥ 95%) che per quelle raccomandate di più recente introduzione (coperture al 2012 Hib11 ≥ 94 %, MPR ≥ 91%, meningococco C/ 9%, pneumococco > 91%).

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

La Regione Toscana ha avviato, nel 2008, una campagna di vaccinazione contro il virus del papilloma umano (HPV) responsabile, ogni anno, di circa 215 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina. Nel 2008 la vaccinazione è stata offerta attivamente e gratuitamente alle dodicenni (coorte del 1997) e in regime di gratuità su richiesta dei genitori alle adolescenti nate nel 1996. A partire dal gennaio 2009 l'offerta gratuita della vaccinazione è stata allargata alle ragazze dal tredicesimo al sedicesimo anno di età. Dal luglio 2012 la vaccinazione anti HPV viene offerta gratuitamente fino al limite del 18° compleanno per l'inizio del ciclo vaccinale. Per quanto riguarda la copertura vaccinale raggiunta nelle ragazze nate nel 2000, al 31/12/2012 risultavano vaccinate l' 85,7% con una dose, l' 83,0% con due ed il 77,2.

La vaccinazione antinfluenzale viene offerta gratuitamente ai soggetti a rischio, individuati ogni anno dalla Circolare del Ministero della Salute. I medici di medicina generale ed i pediatri di famiglia, rappresentano un punto di forza del sistema poiché erogano oltre l'80% delle vaccinazioni somministrate nella Regione Toscana, svolgendo così un ruolo fondamentale per la promozione e l'esecuzione diretta della vaccinazione ai propri assistiti. Tuttavia, questa modalità organizzativa rappresenta, relativamente al ritorno ed alla registrazione dei dati, una criticità da cui deriva con probabilità una rilevante sottostima delle vaccinazioni realmente erogate a livello aziendale.

Nonostante i risultati soddisfacenti raggiunti nel corso della campagna vaccinale 2011-2012 nei soggetti ultra65enni (67,8%) non risultano raggiunti su tutto il territorio regionale gli obiettivi del programma di vaccinazione per l'influenza che prevedono un livello di copertura minimo per tutti i g ruppi target pari al 75%.
I servizi vaccinali hanno ottenuto notevoli risultati, tuttavia è ancora migliorabile la capacità di ottenere un'adesione consapevole ai programmi di vaccinazione attraverso un aumento della qualità dei servizi tramite specifici percorsi formativi, potenziando i servizi ISP dei Dipartimenti di Prevenzione perché attivino ambulatori per le vaccinazioni degli adulti e garantiscano l'ottimale coordinamento di tutte le campagne di vaccinazione per il raggiungimento degli obiettivi regionali di copertura vaccinale stabiliti. L'avvio della AFT porterà un'ulteriore implementazione dell'attività vaccinale da parte dei medici di famiglia.

Obiettivi
- sviluppare le attività di sorveglianza epidemiologica delle malattie suscettibili di vaccinazione
- raggiungimento degli obiettivi di copertura stabiliti dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale e dal Piano Nazionale Eliminazione morbillo e rosolia
- miglioramento delle coperture per le vaccinazioni raccomandate nelle categorie a rischio
- aumento dell'adesione consapevole alla vaccinazione, con particolare riferimento agli operatori sanitari

Azioni
- aggiornamento del Piano Regionale delle Vaccinazioni
- approvazione linee di indirizzo sul Consenso informato in ambito vaccinale
- verifica dell'informatizzazione delle anagrafi vaccinali (in particolare per la vaccinazione antinfluenzale) e miglioramento sorveglianza eventi avversi a vaccinazione
- attivazione del percorso di miglioramento della qualità dei servizi, mediante l'elaborazione di linee guida e la formazione degli operatori sanitari
- coinvolgimento dei MMG e dei PLS

Profilassi del viaggiatore internazionale
La tutela della salute del viaggiatore internazionale rappresenta un'altra priorità per la Sanità pubblica, in quanto i sempre più frequenti spostamenti verso i Paesi in via di sviluppo, in cui è maggiore il rischio di contrarre malattie trasmissibili, possono determinare il rischio di contagio e la conseguente diffusione di vecchie e nuove patologie. Il problema riguarda anche i cittadini italiani che scelgono mete esotiche per le loro vacanze e/o impegnati in attività lavorative e in progetti di cooperazione e di sviluppo. Alla luce di una presenza sempre più consistente di residenti in toscana di origine extracomunitaria che si trovano a viaggiare per riunirsi a parenti ed amici, si rende altresì indispensabile favorire il loro accesso agli ambulatori della Medicina dei Viaggiatori presenti in ogni AA. SS. LL., anche tramite la mediazione linguistico-culturale.

Azioni
- Definizione e condivisione delle procedure per la realizzazione del coordinamento della rete regionale per la prevenzione dei rischi sanitari dei viaggiatori internazionali

La sorveglianza delle malattie trasmissibili non prevenibili con vaccinazione

a) Controllo della tubercolosi

L'andamento delle notifiche dei casi di tubercolosi nella Regione Toscana si è mantenuto tendenzialmente costante nel corso degli ultimi dieci anni. A partire dal 2007, si registra un significativo aumento della proporzione dei casi segnalati riferiti alla popolazione straniera che è passata dal 17,6% nel 1994, al 56,8% nel 2011. Quasi la totalità dei casi notificati riferiti a soggetti nati all'estero, proviene da paesi a forte pressione migratoria. Rispetto al protocollo regionale risulta opportuno prevedere la corretta applicazione dello stesso soprattutto in tema di visite di primo accesso e di presa in carico complessiva del migrante. Tendenzialmente in aumento risulta inoltre il numero di focolai epidemici di

tubercolosi registrati nel corso degli ultimi anni prevalentemente nell'ambito familiare e, in alcuni casi, in quello scolastico.

Azioni

- azioni di aggiornamento del documento di linee guida e del protocollo regionale per il controllo della tubercolosi
- definizione delle modalità operative di intervento per il miglioramento della sorveglianza dei casi, (con particolare riferimento alla notifica da parte dei laboratori) e della farmacoresistenza
- aggiornamento del protocollo per il monitoraggio degli esiti del trattamento.

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

Nel contesto nazionale, la Toscana si colloca per tasso di incidenza (2,7 per 10000 abitanti) al quarto posto tra le regioni italiane.

Dall'inizio dell'epidemia al 2011 in Toscana sono stati diagnosticati 4.326 casi di AIDS di cui il 90% residente in toscana. I soggetti residenti in Toscana con diagnosi di AIDS risultano essere, per lo stesso periodo 4.141. I casi pediatrici (età alla diagnosi inferiore a 13 anni) risultavano 48, di questi 47 registrati prima del 2001 e 1 nel 2011. L'incidenza nei maschi è maggiore rispetto alle femmine (rapporto maschi/femmine nel 2011 è di 9,5).

L'età mediana alla diagnosi dei casi è in aumento sia per i maschi (45 anni) che per le femmine (41 anni). Dal 2010 in Regione Toscana è attivo il sistema di sorveglianza delle nuove infezioni da HIV (Delibera della Giunta regionale n. 473 del 31-03-2010 "Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Avvio del sistema e affidamento della gestione all'Agenzia regionale di sanità della Toscana") e prevede la notifica delle nuove diagnosi di HIV a partire dal 2009. In 3 anni di sorveglianza sono state notificate in Toscana 847 nuove diagnosi di infezione da HIV di cui 773 (91,3%) relative a cittadini residenti in regione. Considerando anche le notifiche dei residenti toscani avvenute in altre regioni (17 casi), il tasso di incidenza è pari a 7,0 casi ogni 100.000 residenti.

Va evidenziato che la modalità di trasmissione del virus HIV ha subito un'inversione di tendenza in quanto il maggior numero di infezioni non avviene più, come agli inizi, a causa della tossicodipendenza, ma è attribuibile alla trasmissione sessuale, soprattutto eterosessuale. L'analisi dei dati evidenzia che più del 60% di coloro che hanno contratto il virus attraverso rapporti eterosessuali, viene a conoscenza dell'infezione solo al momento della diagnosi di AIDS, dato, questo, che esprime la scarsa consapevolezza della possibilità di contagio da parte della popolazione.

Obiettivi

Dal presente quadro epidemiologico, deriva pertanto la necessità di migliorare sia l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione nei confronti dell'infezione da HIV che l'accesso all'esecuzione del test.

Azioni

- implementazione del Registro Regionale AIDS e del sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV
- attività di informazione, educazione sessuale e sensibilizzazione della popolazione nei confronti dell'infezione da HIV gestiti dall'Agenzia regionale di sanità
- incentivazione all'uso del test e facilitazione dell'accesso all'esecuzione

c) Le malattie trasmesse da vettori

Negli ultimi anni, fattori molteplici (globalizzazione, cambiamenti climatici, flussi migratori di alcune specie di uccelli, ecc.) hanno favorito l'introduzione di nuovi vettori nel nostro Paese che hanno portato all'aumento delle segnalazione di casi importati ed autoctoni di alcune Arbovirosi molto diffuse nel mondo tra cui Dengue, febbre Chikungunya, malattia di West Nile. Obiettivo è ridurre l'incidenza e limitare i focolai di malattie trasmissibili non prevenibili con vaccinazione.

Azioni

La situazione epidemiologica richiede l'adozione di specifiche misure quali:

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

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

d) Il monitoraggio delle malattie trasmissibili

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

Nell'ambito del Nuovo sistema Informativo Sanitario (NSIS), la Regione Toscana ha sperimentato il nuovo sistema di notifica nazionale delle malattie trasmissibili basato sulla segnalazione dei casi tramite la piattaforma web realizzata dal Ministero della Salute che rende disponibili, in tempo reale, a tutti gli utenti certificati, le notifiche inserite nella procedura che però non è mai entrato in uso.

Sulla base dell'esperienza acquisita, nell'ambito del progetto "Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva (SISPC)" si intende sviluppare una piattaforma autonoma su confluiranno i dati derivanti dal sistema routinario di notifica, dai sistemi di sorveglianza dedicati e dal sistema di sorveglianza delle zoonosi. Particolare attenzione dovrà essere riservata alle patologie oggetto di specifici protocolli, periodicamente aggiornati, e sottoposte a sorveglianza speciale (tubercolosi, legionellosi, paralisi flaccide, influenza, meningiti batteriche, tossinfezioni alimentari, AIDS, HIV). La piattaforma dovrà prevedere la segnalazione dei casi al solo sospetto, l'immediata visibilità delle segnalazioni a tutti gli utenti certificati, l'attivazione di sistemi di allerta per particolari patologie e la validazione delle malattie in base a criteri clinici, di laboratorio ed epidemiologici secondo la classificazione di caso possibile, probabile, confermato.

e) le tossinfezioni

- dall'anno 2002 il Centro di riferimento regionale per le tossinfezioni alimentari (CeRRTA) raccoglie e analizza i dati sulle malattie trasmesse da alimenti (MTA) nella Regione Toscana
- l'ambito entro il quale si ritrova la maggior frequenza di episodi di MTA è quello familiare (47,1 %) seguito da episodi in esercizi pubblici (40,9%) e nelle mense (mense scolastiche e altro tipo di mensa) (5,9 %)

L'implementazione di questo sistema di sorveglianza facilita la gestione del problema in quanto definisce la grandezza dell'impatto ed il trend di malattie sulle quali si può agire, identifica le epidemie su cui intraprendere misure di controllo e le fonti verso cui indirizzare le misure di prevenzione. Il Centro di Riferimento regionale, con la collaborazione delle articolazioni organizzative competenti in materia di sicurezza alimentare, dovrà assicurare l'aggiornamento delle procedure per la corretta gestione delle indagini e per il controllo delle malattie trasmesse da alimenti.

Obiettivo è il controllo delle malattie trasmesse da alimenti con una riduzione dell'incidenza di queste patologie

Azioni

- Implementare il sistema di sorveglianza del Centro di Riferimento Regionale

- Controllo della ristorazione pubblica e comunitaria ed in particolare delle mense scolastiche
- Informazione alla popolazione sui rischi legati alla conservazione degli alimenti

2.1.2.5. Salute e sicurezza nei luoghi di vita

Gli ambienti di vita comprendono abitazioni, uffici, strutture comunitarie, luoghi e locali destinati ad attività ricreative, mezzi di trasporto pubblici e privati dove la popolazione italiana trascorre circa il 60% del suo tempo, e sono oggetto di interesse per la sanità pubblica, in particolare tra questi gli ambienti scolastici.
Particolarmente da considerare sono i cosiddetti ambienti "indoor" il cui inquinamento influisce anche sull'insalubrità dell'ambiente esterno. L'inquinamento e, più in generale, la non ottimale qualità dell'aria interna sono ritenuti responsabili di effetti negativi sul benessere degli occupanti quali: percezione di cattivi odori, sensazione di vago malessere o di disagio, irritazione degli occhi, della cute, delle mucose delle vie aeree, sindromi correlate quali la Sick Building Sindrome (SBS - sindrome dell'edificio malato) fino ad arrivare a vere e proprie malattie acute, subacute o croniche.
Da considerare poi di particolare importanza la componente infortunistica nei luoghi di vita, che attira meno attenzione mediatica, ma risulta altrettanto importante come quantità ed effetti a breve e a lungo termine di quella nei luoghi di lavoro. Il fenomeno degli incidenti domestici, secondo un'indagine ISPESL, è aumentato progressivamente negli anni: in Toscana, secondo l'indagine Multiscopo realizzata dall'Istat, le persone che nel 2011 sono incorse in un infortunio in casa sono state circa 180.000: 132.340 femmine (73% del totale) e 49.027 maschi. Nel 2010 sono invece decedute a causa di incidenti domestici 162 persone. Gli anziani sono più a rischio di incorrere in incidenti domestici e subiscono le conseguenze più gravi (l'80% circa dei deceduti per infortunio domestico ha, infatti, un'età maggiore o uguale a 70 anni), seguono i bambini da 0 a 5 anni.

La casa stessa oppure luoghi di ricreazione quali palestre e piscine rappresentano un'importante sede di infortuni soprattutto per categorie di soggetti a rischio quali bambini e anziani.
Infine l'utilizzo quotidiano di oggetti e prodotti di cui non spesso sottovalutiamo le potenzialità di pericolo per la nostra salute, quali prodotti cosmetici, detersivi, giocattoli, suppellettili etc, che spesso arrivano da mercati emergenti e con standard qualitativi molto più bassi impongono di indirizzare la capacità di controllo dei servizi di igiene pubblica verso strade nuove che però hanno basamenti informativi ancora molto carenti.

Obiettivi
- miglioramento della sicurezza delle abitazioni attraverso la prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico, con particolare riferimento agli incidenti connessi ad aspetti strutturali/impiantistici.
- sensibilizzazione dei Comuni per l'adeguamento dei regolamenti edilizi.
- migliorare il livello di sicurezza e salubrità degli ambienti di vita, con particolare riferimento al miglioramento della qualità delle caratteristiche microclimatiche e dei materiali di costruzione e arredo degli ambienti
- promozione della cultura della sicurezza e della salute in ambito scolastico sportivo e del tempo libero (in mare, in montagna).

Strategie
- Studio Indoor: prosecuzione del Progetto iniziato nel 2001 al fine di disporre del monitoraggio di una serie di dati orientativi sulle caratteristiche microclimatiche degli ambienti confinati. Formare competenze e mettere in rete le conoscenze acquisite.
- Ridurre gli incidenti domestici attraverso azioni di sensibilizzazione degli utenti, dei professionisti e degli Enti locali, chiamati all'adozione di regolamenti edilizi, che elevino i requisiti di sicurezza delle strutture edilizie e degli impianti, ed attraverso attività di assistenza

più qualificate, con il coinvolgimento delle parti sociali nell'individuazione di soluzioni a specifici rischi e di buone prassi.
- Sensibilizzare la popolazione scolastica sulla cultura della sicurezza attraverso attività informative e formative realizzate secondo metodologie aventi evidenze di efficacia.
- Sorveglianza in ambienti di vita: si individuano quali attività di vigilanza prioritaria quelle relativa alle palestre ed alle piscine
- Sorveglianza su cosmetici ed attività di estetica, tatuaggio e piercing in base alla l.r. 28/2004, anche integrata con i controlli di cui al reg. REACH e CLP

Igiene urbana
La presenza di una consistente popolazione di animali d'affezione , rappresenta un fattore sociosanitario rilevante della nostra società. Evidenti le implicazioni sociali e sanitarie della presenza di animali in ambito familiare: le morsicature, in media 3000 ogni anno sono l'evento più frequente, ma non possono essere trascurate, a livello di rischio potenziale, alcune patologie a carattere zoonosico, ad esempio la Leishmaniosi.
Il randagismo rappresenta quindi un fenomeno da tenere sotto stretto controllo. Ogni anno, nel territorio della Regione Toscana, vengono recuperati circa seimila cani vaganti, che grazie al microchip vengono restituiti nel settanta per cento dei casi al proprietario. I restanti sono in larga parte affidati a nuovi proprietari, grazie ad un sistema efficiente meno di cinquecento cani ogni anno restano nei canili, un numero basso, se confrontato con la realtà di altre Regioni, ma non meno significativo, che indica che ancora ci sono margini di miglioramento.
In questo contesto la Regione Toscana ha dato regole precise con la l.r. 59/2009, regole innovative che debbo trovare applicazione e condivisione con cittadini e parti sociali, dove è centrale il ruolo del Servizio Sanitario Regionale, in rapporto operativo con Enti e con il Volontariato.

Obiettivi:
- sviluppo del Sistema Informativo, monitoraggio e valutazione del rischio di morsicature ed aggressioni
- applicazione della l.r. 59/2009, con azioni di indirizzo e formazione dei soggetti istituzionali

Azioni:
- Approvazione linee guida operative sulla l.r. 59/2009 e formazione degli operatori
- Implementazione del sistema informativo

2.1.2.6. La sicurezza alimentare e la veterinaria

Contesto
Il modello di sicurezza alimentare introdotto con il Regolamento CE 178/2002, rappresenta un vero e proprio processo di riorganizzazione della normativa comunitaria in materia ed è destinato a tutti gli attori delle filiere alimentari che in qualche modo possono avere un'influenza sulla sicurezza degli alimenti, ivi compresi gli operatori del controllo ufficiale. Il controllo ufficiale è stato normato dal Reg. CE 882/2004 ed ha come obiettivi la verifica della conformità alla legislazione volta, segnatamente, a:
- prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, siano essi rischi diretti o veicolati dall'ambiente;
- garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti e tutelare gli interessi dei consumatori, comprese l'etichettatura dei mangimi e degli alimenti e altre forme di informazione dei consumatori.

In questo scenario, la responsabilità primaria è in carico alle imprese alimentari, mentre, al servizio pubblico, in qualità di "Autorità Competente", spetta la verifica del rispetto delle disposizioni da parte degli operatori della filiera alimentare, attraverso l'implementazione di un sistema di controllo

ufficiale. Tale attività rientra tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) garantiti ai cittadini dal servizio sanitario nazionale.
Lo sviluppo di un armonico sistema di controlli ufficiali assicura infatti ai consumatori, un valido e trasparente livello di sicurezza degli alimenti ed alle imprese la garanzia di uniformità nei rapporti con le autorità sanitarie competenti.

Obiettivi
Il controllo ufficiale dovrà basarsi oltre che sulla verifica degli adempimenti alle norme, anche sulla valutazione delle azioni messe in atto dalle imprese del settore alimentare affinché siano sufficienti al raggiungimento del livello di sicurezza atteso.
Ciò richiede da parte del sistema sanitario regionale di continuare il percorso di adeguamento avviato negli anni precedenti, mirato non solo alla riorganizzazione delle attività di controllo ufficiale, ma anche ad una ridefinizione degli assetti delle stesse Autorità Competenti preposte allo svolgimento dei controlli, che devono dunque "adeguare" i propri strumenti gestionali e operativi a quanto richiesto dalle prescrizioni emanate in ambito comunitario come ad esempio in termini di qualificazione del personale, di formazione, di risorse e infrastrutture, di capacità di cooperazione e coordinamento e di risposta alle emergenze, di programmazione, rendicontazione e monitoraggio delle attività di controllo ufficiale.
Per quanto sopra i principi fondamentali adottati dal Sistema Sanitario regionale sono:
- mettere il consumatore al primo posto
- apertura e trasparenza
- indipendenza
- garantire il rispetto delle norme cogenti
- controllo ufficiale basato sulle evidenze.

Azioni
Per la realizzazione degli obiettivi sopra descritti si individuano quali azioni prioritarie:
- Sorveglianza epidemiologica delle malattie correlate con l'alimentazione ed igiene degli alimenti
- Salute animale, prevenzione delle zoonosi, benessere animale e sorveglianza dei farmaci ad uso veterinario
- Adeguamento ai criteri di funzionamento e miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente regionale e delle Autorità Competenti Territoriali;
- Mantenimento della certificazione ISO 9001 delle Autorità Competenti Territoriali in attesa dell'ottenimento dell'Accreditamento istituzionale da parte delle stesse e sviluppo del sistema di Audit dell'Autorità Compente regionale e delle Autorità Competenti territoriali;
- Sviluppo del SISPC per l'ambito inerente la sicurezza alimentare all'interno del percorso di informatizzazione dei Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende USL della Toscana;
- Promozione dello snellimento delle procedure di comunicazione con tutte le parti interessate e favorire la dematerializzazione della documentazione;
- Sviluppo del Sistema Integrato dei Laboratori della Regione Toscana (vedi punto 2.1.2.7).

Obiettivi Igiene degli Alimenti
In relazione agli obiettivi trasversali sopra descritti si riportano gi obiettivi specifici per l'ambito relativo all'igiene degli alimenti:
- assicurare un livello elevato di salute pubblica e di salute degli alimenti mediante sistemi di sorveglianza di rischi fisici, chimici e biologici
- promuovere un sistema a rete delle Autorità competenti del controllo ufficiale che favorisca la diffusione delle buone pratiche professionali
- promuovere l'eticità nelle pratiche commerciali
- Promuovere ed assicurare un'adeguata e corretta comunicazione ed informazione del rischio, e diffondere le buone pratiche igieniche a tutte le parti interessate con particolare riferimento ai consumatori

Per conseguire tali obbiettivi generali si promuovono le seguenti azioni:

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

Obiettivi Igiene zootecnica e delle produzioni primarie

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

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

Per la realizzazione degli obiettivi sopra descritti si individuano quali azioni prioritarie:

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

Obiettivi Sanità Animale e prevenzione delle zoonosi

In relazione agli obiettivi trasversali descritti nella scheda generale riguardante la sicurezza alimentare si riportano i seguenti obiettivi specifici:

- assicurare un livello elevato di salute pubblica e di salute degli alimenti mediante sistemi di sorveglianza di rischi fisici, chimici e biologici;

- promuovere la salute degli animali per la prevenzione/riduzione dell'incidenza delle malattie degli animali e sostenere in tal modo l'allevamento e l'economia rurale;
- promuovere ed assicurare un'adeguata e corretta comunicazione ed informazione del rischio, e diffondere le buone pratiche igieniche a tutte le parti interessate con particolare riferimento ai consumatori.

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

2.1.2.7. Il sistema integrato dei laboratori per la prevenzione

Il sistema integrato dei laboratori per la prevenzione

Contesto
La decisione della Giunta regionale n. 10 dell'11/09/2006, ha indicato con forza la promozione di un percorso di integrazione tra le politiche ambientali e le Politiche per il diritto alla salute. Nella decisione si dispone, tra l'altro, di predisporre un piano operativo che abbia come obiettivo la realizzazione di un modello organizzativo razionale ed efficiente per la gestione integrata delle strutture e delle risorse di ARPAT, e aziende USL per la tutela della salute in relazione alle problematiche ambientali. Il percorso di integrazione ha coinvolto successivamente l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana (IZSLT) nell'ambito del Sistema integrato dei laboratori della Toscana (DGRT 839/2008, DGRT 932/2008 e DGRT 26/2010).

In considerazione dell'evoluzione del contesto socio-economico internazionale, si è reso necessario imprimere un'accelerazione delle azioni di integrazione tra i diversi soggetti che si occupano delle competenze laboratoristiche che ha trovato espressione prima nella l.r. 81/2012 e poi nella D.G.R. 1235/2012.

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

Azioni
- sviluppare l'offerta analitica (prove accreditate, tempi di risposta, dinamicità dell'offerta), omogeneizzare i sistemi di qualità dei laboratori e sviluppare gli indicatori per il monitoraggio delle performance dei laboratori in collaborazione con il laboratorio MeS;
- sviluppare e migliorare il sistema regionale di trasporto dei campioni;
- realizzare il laboratorio unico regionale di sanità pubblica, attuando l'articolo 67, della l.r. 40/2005, come modificato dalla l.r. 81/2012 attraverso anche la formalizzazione della funzione interaziendale di coordinamento, in coerenza con le indicazioni del decreto dirigenziale n. 1687/2011, della DGR 1235/2012 e dell'art. 70 della l.r. 40/2005;

- sviluppare la rete dei laboratori dell'IZSLT al fine di migliorare e razionalizzare l'appropriatezza dell'offerta analitica a supporto delle attività di Prevenzione in Sanità pubblica Veterinaria, attraverso l'esecuzione dell'attività analitica e della sorveglianza epidemiologica, della ricerca, formazione e divulgazione e della gestione del sistema regionale dei trasporti dei campioni;
- supporto ai centri di riferimento regionali (CERERE e CERRTA) ed alla produzione primaria per il miglioramento della qualità dei prodotti delle filiere agro-zootecniche locali, in raccordo con la D.G. Competitività del sistema regionale e sviluppo delle competenze.

2.1.3. I diritti di cittadinanza

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

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

L'individuazione e la definizione dei Livelli delle prestazioni sociali regionali (LEP), in assenza di un quadro di riferimento a livello nazionale, si configura come un percorso sperimentale che potrà essere oggetto di sviluppo ed eventuale messa a regime nel corso dell'arco di vigenza del Piano mediante interventi di natura finanziaria, organizzativa e normativa, fermo restando che in ogni caso la strutturazione del Servizio sociale dovrà comprendere le funzioni del segretariato sociale, del pronto intervento sociale e dei punti per la presa in carico del cittadino.

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

A livello nazionale lo scenario di oggi si caratterizza per l'avvio di un percorso che sembra avere per esito finale l'eliminazione dei finanziamenti nazionali "di settore" di cui alla legge 328/2000 e per il ricorso alla metodologia dei fabbisogni e costi standard in ragione dell'introduzione del principio del federalismo municipale.

Questo quadro affievolisce l'attuazione di livelli essenziali di assistenza sociale intesi come diritti soggettivi e delinea un percorso incentrato sui livelli essenziali delle prestazioni declinati come obiettivi di servizio.

Obiettivo
Il presente Piano si pone come obiettivo strategico l'orientamento del proprio agire politico verso la coesione sociale, l'inclusione delle persone con fragilità, la garanzia dei diritti di cittadinanza. Il sistema regionale di welfare che si intende consolidare pone al centro la persona nella sua integralità, nell'insieme delle sue relazioni interfamiliari, comunitarie e nelle diverse fasi di transizione della storia di vita familiare attraverso la metodologia dei piani personalizzati di intervento e della valutazione professionale del bisogno. Dovranno essere perseguiti, in ciascun ambito territoriale, gli interventi ed i servizi così come previsti e definiti per ciascuna area di intervento dal Titolo V, Capo I della l.r. 41/2005. Il presente Piano delinea inoltre una prima configurazione dei Livelli delle Prestazioni sociali regionali (di seguito chiamati LEP); tale configurazione costituisce il quadro riassuntivo degli obiettivi dei servizi sociali sul territorio, tesi a consolidare e ampliare la consistenza e la qualità delle risposte presenti. Con la definizione dei LEP si stabiliscono pertanto gli obiettivi di servizio, le linee di intervento e i possibili beneficiari. L'applicazione dei LEP tiene conto di valori di riferimento da raggiungere, attraverso un principio di gradualità, anche in considerazione delle risorse complessive a disposizione. A tal proposito potrà essere avviata una ricognizione degli interventi in essere e degli eventuali livelli di avvicinamento ai livelli a tendere previsti nella tabella 10.4.

Attori
Per il pieno raggiungimento di tali obiettivi è essenziale investire su una forte alleanza istituzionale in grado di produrre un elemento pattizio tra Regione Toscana ed EE.LL. che garantisca i reciproci impegni al fine di consolidare i livelli di servizi ottenuti finora ed individuare gli elementi di crescita progressiva necessari per affrontare i nuovi bisogni di natura sociale e sociosanitaria. A tal fine sarà previsto uno specifico tavolo di confronto e concertazione con le OO.SS. Confederali.

2.1.3.2. Immigrazione: una società che cambia

Scenario
La l.r. 29/2009 "norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana" delinea un nuovo modello di *Governance* delle politiche dell'immigrazione dal quale consegue lo sviluppo di una cornice di riferimento comune alle azioni sviluppate nei diversi settori delle politiche territoriali quali il lavoro, l'istruzione, la formazione professionale, la sanità ecc. con un conseguente positivo riflesso sui percorsi di integrazione nei territori dei cittadini stranieri.
Lo sviluppo di una nuova visione delle politiche territoriali consente di promuovere forti opportunità di relazione tra le comunità straniere e la comunità territoriale in un processo dinamico di scambio e di reciprocità in grado di contribuire allo sviluppo di una comunità "plurale e coesa" basata sulla valorizzazione della presenza nei nostri territori di persone di diversa lingua, cultura e provenienza.
Il fenomeno immigrazione va letto nella dimensione familiare in modo da individuare il più giusto ed equo ambito di valutazione per la concessione dei diritti di cittadinanza per i suoi membri.

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

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

- promozione dei necessari adeguamenti della normativa statale finalizzati al riconoscimento al cittadino straniero della titolarità piena dei diritti politici con la possibilità di esercizio del diritto di voto, in coerenza con lo statuto della Regione Toscana e con la l.r. 29/2009 sull'immigrazione;
- promozione dell'associazionismo straniero, e della qualificazione e espansione nel territorio regionale di specifici contesti di partecipazione alla vita pubblica locale e alla *governance* delle politiche dell'immigrazione rappresentati dai Consigli e dalle Consulte degli Stranieri, promuovendone le finalità sociali e favorendone la diffusione attraverso il contatto con le consolidate reti associative e del volontariato delle famiglie native;
- coinvolgimento delle "seconde generazioni" di cittadini stranieri in grado di svolgere un ruolo di ponte tra le comunità straniere e le comunità autoctone. In tale ambito un'attenzione particolare verrà dedicata alla diffusione della conoscenza delle opportunità del servizio civile regionale aperto in Toscana anche ai giovani di cittadinanza non italiana;
- espansione dei diritti di cittadinanza attraverso il rafforzamento delle reti dei punti informativi impegnati nel sostegno in favore dei cittadini stranieri nelle procedure di rilascio e rinnovo dei titoli di soggiorno, nella prospettiva della promozione del pieno accesso alla globalità dei servizi territoriali e dei servizi di tutela e prevenzione e contrasto delle discriminazioni attraverso:
- qualificazione e rafforzamento di azioni di supporto alla rete dei punti informativi presenti nei territori in continuità con le esperienze sviluppate negli ultimi anni in collaborazione con ANCI Regionale quali i processi di formazione degli operatori, l' attività di consulenza giuridica specialistica nel diritto dell'immigrazione, la disponibilità in rete Internet di informazioni complete e aggiornate sulle procedure in materia di immigrazione garantita nell'ambito del progetto PAESI (Pubblica Amministrazione e Stranieri Immigrati) nato da una collaborazione della Regione con la Prefettura di Firenze e le Prefetture della Toscana;
- qualificazione di una rete territoriale di servizi di tutela e prevenzione e contrasto degli episodi di discriminazione, operanti nell'ambito degli enti locali e degli organismi del terzo settore, al fine di garantire il riconoscimento pieno dei diritti di uguaglianza in favore del cittadino straniero, in raccordo con l'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR) istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri in attuazione delle direttive comunitarie in materia per la promozione dei servizi di tutela e contrasto degli episodi di discriminazione.

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

2.1.3.3. Benessere e libertà spirituale della persona

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

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

2.1.3.4. Contrasto alle forme di discriminazione

Contesto
La Regione Toscana si è posta in prima linea in materia di discriminazioni emanando due norme:
1) La legge regionale 2 aprile 2009, n. 16 (Cittadinanza di genere) che attua appieno titolo l'art. 4, comma 1, lettera f), dello Statuto Regionale per la valorizzazione delle differenze di genere nel rispetto degli indirizzi comunitari e nazionali. Partendo dal presupposto che le discriminazioni nascono da stereotipi culturali ben radicati nella società, uno degli obiettivi della legge è proprio quello di eliminare gli stereotipi associati al genere, come ad esempio quello che vede la donna come il principale soggetto addetto al lavoro di cura.
   A tal fine la Regione Toscana, con la l.r. 16/2009 ha avviato un percorso che individua da un lato, interventi legati alla conciliazione vita-lavoro, dall'altro, interventi volti a favorire l'equa distribuzione delle responsabilità familiari uomo-donna tramite azioni di formazione nelle scuole nonché la valorizzazione della figura femminile tramite azioni di diffusione e conoscenza del principio di parità uomo-donna.
2) La Toscana è stata anche la prima regione ad approvare, nel novembre 2004, una legge contro le discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere (l.r. 63/2004).
   Le priorità individuate dalla task force creata durante l'VIII Legislatura presso l'Assessorato Regionale alle Riforme Istituzionali ed Enti Locali puntavano su tematiche trasversali quali lavoro, formazione, salute, politiche sociali, cultura al fine di tradurre in attività di governo concreta i principi sanciti nella legge regionale al fine di garantire i diritti della comunità LGBT e delle persone intersessuali.

Obiettivi
Considerato che persiste ancora nella nostra società una cultura di discriminazione ai danni delle persone omosessuali e transessuali, caratterizzata da fenomeni omo e transfobici, atti di bullismo, violenza, prevaricazione e odio, la Regione Toscana nelle azioni del presente Piano perseguirà lo sviluppo dell'Osservatorio permanente su tali fenomeni, attivato con deliberazione di GRT n. 883/2009. Obiettivo dell'osservatorio sarà quello, attraverso il censimento e monitoraggio dei casi di discriminazione in Toscana e lo studio del fenomeno, la realizzazione e la verifica periodica dello stato di attuazione delle politiche sancite nella l.r. 63/2004.
Il lavoro dell'osservatorio costituirà inoltre il basamento conoscitivo per l'avvio di azioni affinché le libertà individuali, i diritti umani e civili siano riconosciuti, promossi e garantiti senza discriminazioni fondate sull'orientamento sessuale, sull'identità di genere e sulle differenze nello sviluppo sessuale.
Essendo necessario però definire strumenti efficaci per l'affermazione dei diritti di piena cittadinanza e dignità delle persone omosessuali e transessuali partendo dalla sensibilizzazione del valore della differenza, dell'integrazione e della solidarietà, saranno promosse ulteriori azioni specifiche contro l'omo-transfobia, per il rispetto delle differenze e il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro delle persone omosessuali e transessuali, attraverso l'attuazione di quanto previsto dalla l. r. 63/2004 artt.10 e 11.

Particolare attenzione verrà posta ai diritti umani delle persone nate con differenze nello sviluppo sessuale (intersex/dsd), attraverso attività di monitoraggio della situazione in Toscana, di sensibilizzazione per combattere discriminazioni e pregiudizi, e di promozione di corsi di formazione e aggiornamento per gli operatori socio-sanitari per impedire pratiche biomediche scientificamente ed eticamente inappropriate.

Verrà rafforzato un percorso, in collaborazione con la Direzione Scolastica Toscana, con lo scopo di supportare la scuola, attraverso degli indirizzi formulati in ambito del Tavolo Scuola-Regione, annualità 2011/2012 tesi al miglioramento degli apprendimenti che concorrono a sostenere il diritto alla cittadinanza attiva e consapevole, tramite un'offerta formativa coordinata dalle Istituzioni Scolastiche. La Regione Toscana vuole così contribuire a garantire alle giovani generazioni un reale esercizio del diritto alla cittadinanza. Un'educazione alla cittadinanza che viene intesa come concetto ampio da declinare in molteplici aspetti sui quali si propongono interventi educativi e formativi di grande attualità. Uno di questi interventi riguarda le attività di sensibilizzazione in materia di discriminazione per orientamento sessuale e per identità di genere.
La Regione Toscana proseguirà nell'impegno di dare supporto alla Rete RE.A.DY, una Rete nazionale per sviluppare azioni positive e diffondere buone prassi finalizzate al superamento di ogni discriminazione nei confronti delle persone lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e transgender, di cui è tra i soci fondatori, con l'obiettivo di valorizzare le esperienze già attuate e adoperarsi perché diventino patrimonio comune degli Amministratori pubblici locali e regionali italiani.

2.1.4. Il diritto alla casa

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

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

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

Per far fronte alle difficoltà di un numero crescente di cittadini ad inserirsi nel libero mercato degli affitti a cui le fasce sociali più deboli sono prevalentemente costrette a rivolgersi, ed alle difficoltà accessorie a cui si è accennato, si è diffusa tanto sul territorio nazionale che su quello regionale, analogamente ad altre esperienze europee, l'attività di "agenzie sociali per l'alloggio" o "agenzie sociali per la casa". Si tratta di strumenti che le pubbliche amministrazioni o gli organismi del terzo settore abitativo, anche in collaborazione tra loro, predispongono per aumentare l'offerta abitativa rivolta alle fasce deboli della popolazione italiana e immigrata.
Svolgono attività di facilitazione e intermediazione verso il mercato privato dell'affitto, offrendo prestazioni di accompagnamento all'utenza e di garanzia ai proprietari, nonché di integrazione economica intese a superare gli ostacoli – economici, di informazione, di rifiuto da parte del mercato – incontrati dalle fasce deboli o stigmatizzate della popolazione, ma anche attività di calmierazione del mercato immobiliare, soprattutto relativamente alla entità degli affitti.
Le Agenzie sociali per l'alloggio svolgono quindi un forte ruolo di prevenzione di situazioni di più grave disagio abitativo, e possono rappresentare un elemento di trasparenza e di equilibrio nel mercato delle locazioni oltre che al contenimento ed al contrasto della illegalità e del fenomeno della evasione fiscale.
Le principali linee di azione delle Agenzie sociali per l'alloggio sono:

- intermediazione verso il mercato privato dell'affitto, offrendo prestazioni di accompagnamento all'utenza e di garanzia ai proprietari, nonché di integrazione economica intese a superare gli ostacoli – economici, di informazione, di rifiuto da parte del mercato – incontrati dalle fasce deboli o stigmatizzate della popolazione;
- gestione di fondi di garanzia destinati – sotto la forma di microcredito o di prestito - a sostenere i destinatari nei costi di accesso all'abitazione, nella temporanea incapacità di sostenere il canone, nella garanzia verso la proprietà per eventuali stati di insolvenza o danni all'alloggio, nella prevenzione del rischio di sfratto;
- mediazione linguistico-culturale, mediazione territoriale, sostegno legale in particolare in favore di cittadini immigrati o provenienti da situazioni di grave marginalità
- acquisizione o gestione di patrimonio proprio e di terzi di alloggi da destinare all'affitto temporaneo o permanente a canone calmierato, all'emergenza abitativa, a residenza comunitaria.

Sviluppatesi in Toscana a partire dalla metà degli anni 90', anche su spinta della Regione, queste hanno avuto nuovo slancio delle loro attività a partire dalla fine del 2008, anno in cui la Regione, assieme agli EELL a cui afferivano le "Agenzie Sociali per la Casa" allora esistenti, hanno dato avvio ad un progetto globale finanziato tramite bando anche dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che ha messo in rete tutte le agenzie esistenti, permettendo loro di lavorare insieme e di scambiarsi le reciproche conoscenze, ma soprattutto in meno di 3 anni ha portato alla realizzazione/ristrutturazione di numerose unità abitative ed all'accompagnamento nella ricerca dell'alloggio di oltre mille famiglie con il reperimento di un numero consistente di alloggi ad affitto calmierato.
Tutto ciò rende necessario, attraverso una attenta verifica dei risultati positivi e dei limiti riscontrati, la messa a regime con una formula univoca ed ufficiale, del sistema delle "Agenzie Sociali per la Casa", che hanno dimostrato di poter lavorare anche in tempo di crisi come sistema di reperimento degli alloggi. L'affiancamento allo strumento degli E.R.P. di altre strutture con altri obbiettivi, modalità ed ambiti di intervento, è ancor più giustificato dall'interesse dimostrato dagli EELL nella promozione e nella formazione di nuove "Agenzie Sociali per la Casa" che vanno pertanto crescendo di numero e di attività su tutto il territorio regionale.

Obiettivi

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

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

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

2.1.4.2. Sviluppo dell'edilizia sociale

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

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

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

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

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

2.1.4.3. Modelli abitativi non convenzionali

Contesto
I nuovi scenari della "questione abitativa" sono caratterizzati da una crescita della domanda abitativa non solo in termini quantitativi, ma anche in termini di diversa e plurale articolazione del

bisogno. Da un lato la situazione sociale, economica, demografica, in continuo e veloce mutamento, con crescente frammentazione sociale, nuovi bisogni e nuove povertà; le rigidità del mercato immobiliare dall'altro, necessitano di risposte adeguate anche attraverso la creazione di scenari innovativi. Modelli abitativi nuovi (come il *cohousing*) e procedure di realizzazione e di accesso basate sulla partecipazione dei destinatari (come l'autorecupero e l'autocostruzione) possono efficacemente integrare l'offerta convenzionale, così come la realizzazione di alloggi temporanei può svolgere un ruolo decisivo nella prevenzione di situazione di grave disagio socioabitativo.
Si aumentano così le possibilità di accesso all'alloggio, favorendo, secondo le più moderne definizioni di *social housing*, maggiore coesione sociale.

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

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

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

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

Obiettivo
Innalzare gli standards qualitativi sia edilizi che urbani dell'edilizia residenziale sociale, sia dal punto di vista del comfort abitativo che della sostenibilità ambientale, fondamentale anche per la riduzione dei consumi e delle utenze da parte dei consegnatari.

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

2.1.5. Il diritto di crescere in salute

2.1.5.1. Percorso materno infantile

Il contesto

Le dichiarazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità sulla base di un' accurata analisi dei dati epidemiologici esistenti a livello internazionale evidenziano: la salute materno-infantile è un tema di enorme importanza sanitaria e richiede investimenti, progetti, energie e un grande impegno.
In Toscana molto è già stato fatto per garantire sicurezza e qualità delle prestazioni nonché continuità dell'assistenza sanitaria nel rispetto della fisiologia e dello stato complessivo di salute della donna e del bambino. I dati lo dimostrano, con un calo progressivo della mortalità infantile alla nascita che, partendo da un valore comunque buono del 2008 (0,27) ha raggiunto nel 2010 risultati ragguardevoli a livello internazionale (0,21).
La gravidanza, il parto e i primi anni della vita costituiscono tappe fondamentali nello sviluppo umano e pertanto diventa fondamentale implementare tutte quelli azioni rivolte a promuovere la salute della coppia madre-bambino oltre a diminuire la morbi mortalità materno infantile. La salute delle donne e dei bambini rappresentano aree di intervento privilegiate anche per l'alto valore aggiunto associato alla realizzazione di efficaci programmi di prevenzione e di promozione della salute basati sull'offerta attiva e sulle modalità dell'empowerment perchè coinvolgono l'intera comunità.
Si tratta di pensare ad un continuum di azioni, che accompagnino la donna e il proprio figlio durante questo percorso. Infatti l'attenzione alla salute materno infantile non si esaurisce nei primissimi anni della vita del bambino ma continua negli anni dell'infanzia e dell'adolescenza.
Crescita e sviluppo sono tutelati dal proprio Pediatra di Famiglia che diventa punto di riferimento per la famiglia e interfaccia con gli altri livelli assistenziali qualora si verificasse la necessità. I Pediatri di famiglia seguono il bambino dalla nascita all'adolescenza garantendo controlli periodici programmati (bilanci di salute) e una presa in carico globale del proprio assistito.

Sfida

I mutamenti sociali e culturali degli ultimi decenni hanno determinato profondi cambiamenti nella struttura della famiglia: sono progressivamente cambiate le aspettative e i comportamenti delle coppie e delle donne anche rispetto alla procreazione, alla maternità e alla paternità, con un innalzamento della età media delle donne alla prima gravidanza.
La presenza numerosa di donne immigrate, che spesso vivono in una condizione di isolamento e di marginalità, ma che relativamente al percorso nascita accedono numerose ai servizi consultoriali determina uno scenario diverso con il quale confrontarsi e verso il quale riorganizzare i servizi.
Rispetto alle donne immigrate occorre inoltre tenere conto delle seguenti criticità:

- situazioni di irregolarità amministrativa (donne prive di permesso di soggiorno)
- insufficiente conoscenza, da parte degli operatori sanitari, della cultura di riferimento del gruppo sociale a cui le donne appartengono e del bisogno di salute espresso o non espresso,
- problemi linguistici,
- scarsa conoscenza epidemiologica delle popolazioni di origine
- scarsa conoscenza da parte delle immigrate dei servizi e delle modalità di accesso ai servizi.

La gravidanza è un evento fisiologico

Gravidanza, parto e allattamento rappresentano situazioni delicate e particolari nella vita di una donna, ma, come ricorda anche l'OMS, solo in rari casi, patologiche.
L'assistenza, sia in termini di diagnosi che di trattamenti, deve quindi essere modulata nel rispetto della natura fisiologica di questi eventi e deve saper cogliere ed individuare tempestivamente i fattori di rischio e ove presente la patologia, senza portare ad una medicalizzazione impropria della gravidanza e della nascita.

Azioni strategiche

- occorre sensibilizzare verso una genitorialità responsabile e favorire percorsi di sostegno all'autonomia e alla consapevolezza delle scelte delle donne attraverso il potenziamento della rete dei Consultori familiari all'interno della rete dei servizi dedicati al Percorso Nascita ed in particolare alle attività dei Corsi di accompagnamento alla nascita
- una corretta organizzazione delle attività di sostegno alla maternità con appropriati controlli ed ove necessario adeguati interventi in gravidanza e nel puerperio, migliora il livello di salute materna e neonatale e riveste una importante rilevanza sociale. Essa deve prevedere la possibilità di raggiungere tutta la popolazione interessata, non solo quella che ne fa richiesta, poiché frequentemente l'utenza più bisognosa, per motivi sociali e/o culturali presenta difficoltà di accesso attraverso l'offerta attiva di interventi dalla consultazione prenatale al sostegno in puerperio
- con questa finalità, nella gestione della fisiologia della gravidanza, l'ostetrica costituisce il punto di riferimento territoriale per la donna e, allo stesso tempo, può garantire la continuità verso il momento del parto in ospedale attraverso tutti gli strumenti possibili, tecnici ed organizzativi. L'attuale legislazione individua l'ostetrica come figura competente ad assistere la donna in tutte le situazioni di fisiologia del percorso nascita (DM 740/1994, legge 42/1999, legge 251/2000, DGRT 555/1994, DLgs 206/2007): naturalmente attraverso un lavoro di equipe multi professionale, con ruoli definiti entro protocolli condivisi in collaborazione con il ginecologo, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali che costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza
- alla luce della più recente letteratura e delle sperimentazioni attivate si riconosce pertanto anche la necessità di curare costantemente l'aggiornamento del protocollo assistenziale per la gravidanza fisiologica sotto il profilo degli accertamenti previsti. In questo ambito si inserisce l'attenzione all'offerta attiva della valutazione di rischio che consente di selezionare le gravidanze a basso rischio da quelle ad alto rischio di anomalie cromosomiche, preeclampsia, prematurità, ritardo di crescita intrauterino, diabete gestazionale, ecc. in modo da inviarle più appropriatamente a percorsi di diagnostica prenatale e di assistenza per gravidanza a rischio.
- Si ritiene necessario porre attenzione anche alle condizioni di rischio psico-sociale che necessitano di una azione di supporto come per la gravidanza in minorenni, in donne dipendenti da sostanze, in donne con problematiche psichiche preesistenti alla gravidanza e/o concomitanti.
- L'offerta di tali test deve essere governata nell'ambito di programmi regionali che ne garantiscano qualità, equità di accesso e specifico monitoraggio.

  Di fondamentale importanza sono le indicazioni tese a favorire l'adozione di corretti stili di vita da parte delle donne in gravidanza (astinenza da bevande alcoliche e fumo, specifica alimentazione e movimento) attraverso l'estensione al Consultorio del Progetto PASSI e l'attivazione di specifici percorsi assistenziali come quello ad esempio per donne tabagiste in gravidanza
- L'incontro degli operatori sanitari con le donne e le problematiche che ne derivano sia in termini clinico-relazionali che di necessità di riorganizzazione dei servizi, costituisce una dimensione di evidente importanza; particolare attenzione dovrà pertanto essere prestata alla formazione all'intercultura degli operatori sanitari
- Rafforzamento della presenza del mediatore linguistico-culturale.

Le medicine complementari a favore della gravidanza fisiologica

Già con il PSR 2008-2010 era previsto l'uso delle medicine complementari nell'ambito del percorso nascita, volto alla promozione della gravidanza e del parto fisiologico.

Anche la Conferenza Stato-Regioni nel programma per il parto sicuro (2010), articolato in dieci indirizzi d'azione, prevede l'attività formativa in tema di metodiche (farmacologiche e non), di controllo del dolore, con carattere di multidisciplinarietà.

Su questa linea il Consiglio sanitario regionale, con il parere n. 54 del 03.06.2014, ha approvato il documento "Modalità di controllo del dolore durante il travaglio ed il parto" il quale prevede il ricorso anche a tecniche non farmacologiche e alle medicine complementari, la diffusione di una adeguata informazione, il supporto delle donne che scelgono di utilizzare queste tecniche e la

garanzia che le stesse, laddove vengono praticate, siano disponibili h 24. Tali tecniche non farmacologiche sono gestite dalle ostetriche opportunamente formate.
Infatti l'utilizzo di sistemi di cura non invasivi e privi di effetti collaterali, permette di ridurre i consumi farmacologici in gravidanza, senza trascurare le frequenti disfunzionalità ad espressione sintomatica, non necessariamente inquadrabili come patologiche, ma che possono condizionare il benessere delle gestanti.

Azioni strategiche
Le azioni su cui concentrare l'attenzione nei prossimi anni sono pertanto:
- formazione e coinvolgimento attivo dei professionisti sull'uso di MTC e omeopatia all'interno del percorso fisiologico della nascita, attraverso la definizione di protocolli condivisi;
- realizzazione di un progetto di studio che ha lo scopo di verificare i risultati in termini di efficacia e gradimento su:
- favorire l'ottimizzazione del parto
- indurre il rilassamento della donna
- contenere il dolore durante il parto
- permettere l'assistenza al *post partum* e al puerperio
- sostenere l'allattamento al seno

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

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

Promozione allattamento al seno

La Regione Toscana ha una lunga ed importante tradizione su questa pratica che rappresenta un grande investimento di salute a costo 0 ed una grande occasione per rimodulare i servizi sanitari nel senso della formazione comune, della collaborazione tra discipline diverse e della continuità ospedale-territorio.

La Regione Toscana tra le prime in Italia ha attivato un Osservatorio Regionale per l'Allattamento al seno che ha consentito di attuare una serie di interventi con importanti risultati. Sono stati offerti programmi formativi a tutte le figure professionali coinvolte, è stata attivata una rete di referenti aziendali e oggi 7 dei 22 ospedali italiani riconosciuti dall'Unicef come "Ospedali Amici dei Bambini" sono toscani.

Occorre pertanto riproporre con evidenza l'impegno della nostra regione sul tema per assicurare continuità alle iniziative intraprese ed in particolare:

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

Un'esperienza innovativa di lavoro nelle quattro direzioni descritte è rappresentata in Toscana dal Centro nascita Margherita all'interno dell'AOU di Careggi, struttura dedicata al parto naturale attiva dal 2007. Alla luce dei risultati raggiunti fino ad oggi, che ne hanno fatto un riferimento a livello nazionale per il parto fisiologico, il Centro rappresenta un patrimonio da tutelare ed implementare.

2.1.5.1.1. La salute riproduttiva

Contesto

Dal principio costituzionale della salute come diritto non si può scindere quello del diritto ad una *"salute riproduttiva"*.

Da anni la Regione Toscana antesignana tra tutte della legge 40/2004 ha dimostrato di tutelare questo intangibile diritto di un superamento della difficoltà a procreare; infatti, ha da sempre garantito assistenza alle coppie desiderose di prole offrendo servizi e tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) anche II e III° Livello in ambito pubblico o convenzionato quando ancora nelle altre regioni l'offerta era quasi esclusivamente in ambito privato.

Con delibere "ad hoc" attraverso una collegialità con i gruppi di PMA, insieme ai nostri referenti della Regione ha affrontato in maniera pragmatica con tavoli di lavoro numerosi aspetti pre e post normativa; inoltre è stata tra le prime nel 2000 a tariffare con un nomenclatore regionale le diverse tecniche di PMA.

Più recentemente con la delibera di Giunta regionale 11/2010, la Regione Toscana da "Indicazioni per il miglioramento del percorso di procreazione medicalmente assistita". In questo atto vengono fornite direttive che riguardano più aspetti della materia allo scopo di valorizzare tutte le varie componenti del sistema. Si occupa di formazione agli operatori e informazione-educazione ai cittadini, del ruolo dell'andrologo, dell'individuazione di esami diagnostici di massima per la coppia e dei test genetici. Tra l'altro già in questa delibera, prima regione italiana, a seguito della sentenza 151/2009, si davano orientamenti sulla diagnosi genetica pre-impianto. Con DGR 23/2012 sono state date ulteriori indicazioni per il percorso assistenziale delle coppie infertili e sulla formazione per gli operatori ed è stato attribuito il ruolo di centro di riferimento per il coordinamento delle attività in materia al centro PMA della USL 12.

Attualmente è attivo un tavolo di lavoro per il maggior coinvolgimento sui temi dell'infertilità dei medici di medicina generale e dei Consultori familiari.

- I dati del registro PMA presentati dal Ministro della Salute (2011) dimostrano che stanno aumentando, rispetto agli altri anni, le coppie che si sottopongono ai trattamenti di fecondazione assistita; inoltre, però, è in aumento anche l'età media delle donne, un fattore che incide negativamente sui risultati delle tecniche stesse e anche il numero dei cicli di

trattamento effettuato da pazienti con età superiore ai 40 anni (uno su quattro), segno di un procrastinare sempre più nel tempo la maternità. I dati della toscana mostrano una erogazione di 2.204 cicli per le tecniche di I° livello e 6.513 di II° e III° livello. La variabile legata alla provenienza dei pazienti mostra che 5.154 pazienti, il 53.1% è di pazienti di provenienza regionale, mentre il 46.9% è rappresentato dai fuori regione.

Obiettivi

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

Azioni

- creare una maggiore consapevolezza, mediante campagne informative rivolte alla popolazione, sulle cause di infertilità, sull'importanza dell'età riproduttiva delle donne e sulla prevenzione maschile e femminile
- sviluppare progetti educativo-informativo che promuovano la cultura della prevenzione dell'infertilità ed in particolare il concetto che la salute riproduttiva è un bene momentaneo da preservare e tutelare dai fattori di rischio (MST, Fumo, tossicità) anche attraverso l'adozione di stili di vita salutari
- coinvolgere maggiormente, in un ottica di prevenzione e ottimizzazione del percorso delle coppie infertili, tutte le componenti del sistema, quali Medici di Medicina Generale, Consultori, Centri di PMA e Università
- perseguire la massima efficacia e sicurezza delle tecniche di PMA anche mediante lo sviluppo delle attività del centro di riferimento costituito presso l'Azienda USL 12 di Viareggio
- sviluppo della rete dei centri PMA.
- Promuovere azione formative finalizzate alla prevenzione dell'infertilkità maschile e femminile

2.1.5.2. La rete dei consultori: il sostegno alle donne, alla genitorialità, alle famiglie.

Contesto

Tra le azioni qualificanti del Consultorio si colloca fin dal suo nascere l'assunzione delle tematiche legate alla salute della donna nell'arco dell'intera vita e dei soggetti in età evolutiva e adolescenziale; in senso più ampio, all'assistenza psicologica e sociale dei singoli, della coppia e delle famiglie.
Quale elemento particolarmente significativo del processo di riqualificazione dei servizi consultoriali di questi ultimi anni si colloca l'apertura alle nuove problematiche della vita delle famiglie, con particolare riferimento alla coppia, in cui si intersecano profondamente anche altri fenomeni sociali e culturali tra i quali l'immigrazione, per cui molte richieste di aiuto provengono da donne immigrate che mettono insieme, nella loro condizione di vita spesso difficile dal punto di vista economico, una condizione relazionale e affettiva molto problematica. Le progettualità e le sperimentazioni finora svolte insieme all'analisi dei dati desunti dai flussi consultoriali e dall'Osservatorio Sociale regionale, evidenziano:

- l'attenzione particolare da rivolgere, anche in un'ottica di tutela della salute globale in una società che cambia, alla salute della donna all'interno delle relazioni sociali e familiari, alle attività di supporto alla gravidanza, con estensione degli interventi *pre* e *post partum*, alla prevenzione dell'IVG e all'educazione alla procreazione responsabile, alle azioni di contrasto alla violenza sulle donne;
- l'attenzione da dedicare ai più giovani, oggi utenza multiproblematica dei consultori;

- lo sviluppo di iniziative di tutela delle diversità di orientamento sessuale e contrasto all'omofobia;
- la necessità di sostenere la genitorialità, tenendo presente i cambiamenti del ciclo di vita della famiglia, i nuovi assetti familiari ed i mutati modelli culturali e la coerenza con i contesti e i luoghi educativi;
- la necessità di implementare i flussi informativi consultoriali in rete, ai fini di una migliore programmazione ed integrazione di servizi e di interventi mirati;
- la necessità di azioni formative e organizzative atte a riqualificare e valorizzare il lavoro territoriale anche favorendo il lavoro in equipe;
- l'opportunità di integrazione e collaborazione attraverso percorsi specifici con le attività ospedaliere;
- la possibilità di interscambio con personale ospedaliero al fine di una reciproca "formazione sul campo".

Obiettivo
Favorire l´accesso ai servizi, in condizione di equità, alle diverse categorie di soggetti (minori, immigrati, ecc.) e facilitarne i percorsi di salute, attraverso la formalizzazione di protocolli operativi tra i diversi servizi coinvolti con interventi mirati, che coinvolgano il terzo settore.

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

Scelte strategiche
Formalizzare i percorsi di salute che attraversano il consultorio, attraverso le seguenti strategie:
- Implementare la componente professionale del Consultorio anche con figure nuove quali educatore e/o pedagogista (vedi nota n. 29), mediatore familiare, andrologo e potenziare i servizi di mediazione interculturale e di consultazione psicologica, con la finalità di accentuare la funzione dell'ascolto, dell'informazione e del sostegno, rinsaldando la rete dei servizi;
- prendere in carico il disagio delle donne, il disagio familiare, sociale, le difficoltà affettive, favorendo interventi innovativi ed efficaci di prevenzione e cura;
- garantire l'attività di almeno un consultorio principale per zona, assicurando al suo interno la presenza dell'equipe multi professionale;
- favorire il raggiungimento della copertura informativa dei flussi e implementare le forme di comunicazione in funzione dei destinatari dei servizi, affiancando ai consueti canali (interventi nelle scuole, tecniche di peer education, diffusione di depliants informativi) anche strumenti informativi non convenzionali (internet e social network);
- promuovere la genitorialità non solo attraverso i percorsi già esistenti ma anche predisponendo attività volte a rispondere a particolari condizioni, quali le difficoltà procreative, sostenendo sia la scelta di ricorrere alla PMA, sia quella dell'adozione.

✓ ***IVG***

In merito all'interruzione volontaria di gravidanza è da segnalare in positivo la riduzione, in questi anni di applicazione della legge 194/1978, del ricorso all'IVG; i dati confermano la riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza fra le cittadine italiane in controtendenza invece il fenomeno fra le donne immigrate.
Di conseguenza risulta necessario:
- potenziare l'informazione e la formazione, con particolare riferimento alle donne straniere. In questo senso sono da incoraggiare tutti gli apporti informativi e educativi del SSR;
- garantire la piena applicazione della legge 194 implementando le informazioni sul percorso dell'IVG e le attività di sostegno psicologico e sociale nella fase pre e post IVG, oltre che il ricorso al Consultorio nel post IVG per favorire la scelta contraccettiva;
- prevedere il monitoraggio degli interventi e l'utilizzo del ricorso alla IVG farmacologica (Ru486);

- garantire a tutte le donne della Regione Toscana pari opportunità, in relazione al fenomeno del crescente numero dei medici che manifestano l'obiezione di coscienza. Ogni azienda dovrà garantire la possibilità di scelta individuale garantendo figure professionali mediche non obiettori di coscienza nel rispetto del diritto alla salute della donna quale benessere fisico, psichico e sociale. Saranno, inoltre, riprese le esperienze significative a garanzia della possibilità di scelta individuale della donna, nel rispetto del diritto alla salute della stessa, attuate in tal senso a livello territoriale dalle Aziende sanitarie locali;
- fornire alle donne gli strumenti per la scelta consapevole dei medici cui affidarsi.

✓ ***Violenza di genere,consultori e codice rosa***

Programmare, per le donne vittime di violenza, percorsi di continuità tra l'attività del Codice Rosa nel pronto soccorso, rivolta alle situazioni di violenza, in particolare di genere, con quella del Consultorio, per accompagnare più efficacemente la donna nel percorso di reinserimento familiare e sociale.

✓ ***Un nuovo Consultorio Giovani***

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

Parallelamente quindi e riprendendo quanto già espresso nei precedenti PSR occorre rivalutare il ruolo dei Consultori giovani assicurando sedi idonee e la presenza di operatori (medici, psicologi, educatori e/o pedagogisti[21] , etc.) capaci di relazione interattiva e di comunicazione con gli adolescenti e con i giovani, per svolgere un'adeguata funzione di ascolto e di informazione volta a favorire e sostenere i processi di crescita e di consapevolezza e per favorire, dove necessario, l'individuazione dei potenziali rischi sociali e sanitari su cui è possibile intervenire precocemente, tenendo conto dell'esigenza di focalizzare l'attenzione su temi come la sessualità responsabile, il rispetto dei diversi orientamenti sessuali, le malattie a trasmissione sessuale e la salute riproduttiva.

Al fine di realizzare pienamente la legge regionale 15 novembre 2004, n. 63 (Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere) particolare attenzione dovrà, inoltre, essere data alle tematiche inerenti le identità di genere e l'intersessualità per contrastare i ricorrenti fenomeni omo e transfobici e diffondere la cultura antidiscriminatoria e la valorizzazione delle libertà individuali. Per dare adeguate risposte alle complessità inerenti le persone preadolescenti, adolescenti e giovani è necessario assicurare nei consultori l'apporto di tutte le competenze necessarie.
L'esperienza di consultazione con gli adolescenti, nei vari ambiti dove è possibile incontrarli, ha messo in rilievo l'importanza di trovare modalità integrate che delineino percorsi fruibili per gli adolescenti predisponendo e mantenendo costante la rete fra tutti coloro che stanno intorno agli adolescenti (servizi, risorse territoriali, scuole, associazionismo, famiglie) e percorsi per gli adolescenti ed i giovani (educativi, di promozione del benessere, di prevenzione del disagio, di accoglimento e presa in carico) il più possibile pertinenti e fruibili.
In questo senso, riveste particolare importanza:
- la promozione attiva del servizio, facendolo entrare nella scuola e nei contesti di aggregazione e socializzazione giovanile

[21] In rapporto alla qualifica richiesta per i servizi correlati e in base alle relative scelte di natura organizzativa.

- lo sviluppo di progetti e di azioni di sistema che supportino la costruzione e la cura delle reti di tutela, di sostegno e di relazione, l'integrazione fra le varie componenti (istituzioni, servizi socio-sanitari, scuole, enti pubblici e privati, associazionismo, ecc.) e l'indispensabile rete territoriale, garantendo la continuità dei riferimenti e dei percorsi.

✓ ***Mediazione familiare***

Con successivi atti della Giunta regionale saranno definiti percorsi di formazione richiesti agli operatori per svolgere servizi di mediazione familiare e altri servizi nell'ambito del sistema socio-sanitario, nel rispetto della normativa statale ivi compresa la legge 4 del 2013.

2.1.5.3. I giovani protagonisti del proprio futuro

Contesto

E' riconosciuto che uno dei principali fattori che favorisce la scelta di comportamenti pericolosi per la salute dei giovani riguarda la sfera emotiva.

Lo studio Edit (2011) evidenzia che il 17,5% del campione intervistato (4.829 studenti toscani tra i 14 e i 19 anni) dichiara di soffrire di un elevato grado di "*Distress psicologico*" concetto definito aspecifico che include: la tristezza, la frustrazione, l'ansietà, risposte negative e distruttive alle avversità della vita (disturbi alimentari, abitudine al fumo di tabacco, abuso di alcol e di sostanze psicotrope, difficoltà relazionali e affettive).
Sempre lo studio Edit sopracitato evidenzia che il 95% dei ragazzi intervistati ha rapporti "Molto buoni" o "abbastanza buoni" con i coetanei.
La centralità dei coetanei viene confermata, anche, da altre ricerche: lo studio HBSC (a.s.2005-2006) e lo studio HBSC 2009/2010. Entrambe le ricerche dimostrano come i ragazzi, nella fascia compresa fra gli 11 e i 15 anni, prediligano i rapporti fra coetanei che divengono la principale fonte di informazione, anche in materia di salute.
Questi dati confermano l'importanza dei pari dove i pari, cioè i coetanei, rappresentano i punti di riferimento "naturali" in presenza di dubbi riguardanti la sfera comportamentale oltre ad essere una metodologia essenziale per introdurre informazioni e favorire atteggiamenti che promuovano la salute.

A tal fine la Regione Toscana intende implementare e consolidare tutte quelle azioni che prevedono l'utilizzo delle metodologie educative, riconosciute da tempo da parte dell'OMS[22] basate su modelli didattici attivi e partecipativi, quali l'educazione delle competenze per la vita (*Life skills education*) e l'educazione tra pari (*peer education*), che, sulla base di evidenze scientifiche, hanno dimostrata efficacia nel favorire lo sviluppo e l'espressione delle abilità cognitive, emotive, relazionali di base di ogni individuo per migliorare e consolidare il proprio stato di benessere.
Un cittadino informato sulla negatività di certi comportamenti per la propria salute non è sufficiente per indirizzare e, sopratutto, mantenere abitudini salutari. Occorre, anche, che sia consapevole che il proprio benessere psico – fisico ha una rilevanza sociale. Impatta sul proprio ambiente di vita e di lavoro e sulle altre persone con cui interagisce. Quindi occorre costruire una etica della responsabilità fra i cittadini, a partire della giovani generazioni, per consentire di assicurarci migliori standard di vita.
I programmi regionali di promozione della salute realizzati negli anni di vigenza del vecchio piano hanno cercato di tradurre in pratica le indicazioni OMS, con l'obbiettivo di promuovere il benessere dei giovani adottando l'idea che il concetto di salute sia molto più ampio rispetto a quello che lo associa alla mera assenza di malattia. Ovvero si identifica con quello di uno stato fisico, mentale e sociale che consenta ad ognuno di vivere in armonia con se stesso e con l'ambiente che lo circonda in modo consapevole e responsabile.

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

Il progetto regionale "Di Testa mia" (dal 2008 al 2010) ha dimostrato quanto siano più efficaci gli interventi in cui i destinatari sono coinvolti in tutte le fasi di realizzazione, dalla progettazione all'attuazione, oltre ad evidenziare che la salute, intesa come sviluppo di competenze per la vita attraverso un processo di educazione tra pari, sia direttamente connessa con la possibilità di partecipare attivamente alle politiche.
Per rendere maggiormente partecipi i giovani alle scelte a alle azioni promosse dalle istituzioni è tuttavia necessario agire per colmare la distanza esistenze tra questi due mondi, implementando le occasioni di dialogo.

Per rendere maggiormente partecipi i giovani alle scelte a alle azioni promosse dalle istituzioni è tuttavia necessario agire per colmare la distanza esistenze tra questi due mondi implementando le occasioni di dialogo
E' stata evidenziata, anche dagli stessi operatori socio–sanitari una scarsa percezione delle azioni previste e rivolte dalle istituzioni nei loro confronti in ambito socio-sanitario, e che di conseguenza molti di loro non si rivolgono ai servizi esistenti per risolvere i problemi.
Ciò fa pensare che la modalità di comunicare con i giovani utilizzata dalla Regione Toscana non è abbastanza efficace.

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

Obiettivo

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

Azioni

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

I futuri interventi regionali dovranno fondarsi sulle indicazioni dell'OMS che raccomandano modalità progettuali che vedano l'integrazione fra le varie componenti (istituzioni, servizi socio-sanitari, scuole, enti pubblici e privati, associazionismo) e che promuovano le competenze (Skills), la partecipazione attiva, ed il protagonismo dei giovani con il loro coinvolgimento diretto in merito all'individuazione ed alla, messa in atto di strategie ed interventi per favorire scelte consapevoli nell'ambito della salute individuale e collettiva.

Al fine di poter supportare, indirizzare, programmare, pianificare gli interventi rivolti al mondo giovanile si ritiene opportuno istituire un Centro Regionale per la salute dei giovani dove si

garantisce una partecipazione attiva degli stessi, avvalendosi anche della Associazione "Ditestamia *health Promoting Guys*".

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

- stabilire intese con attori significativi della comunità dove si interviene (associazioni sportive, ricreative, palestre, parrocchie, ecc.)
- coinvolgere persone che per le proprie competenze socio-professionali (allenatore, animatore, educatore, e/o pedagogista (vedi nota n. 29) ecc.) possono svolgere un ruolo di facilitazione e mediazione nel veicolare messaggi positivi formandole, ove necessario, secondo la metodologia della peer education, in collaborazione con il Centro regionale di documentazione per la salute istituito con DGR 29/2009
- coinvolgere le rappresentanze giovanili presenti negli ambiti territoriali interessati dall'attività di programmazione dei piani integrati di salute (PIS)
- attivare percorsi di apprendimento attivo e partecipativo basati sull'utilizzo della metodologia *life skills education* e *peer education*, e condividere approcci metodologici e strumenti
- realizzare attività formative di tipo didattico esperienziale su comunicazione, ascolto, relazione, accoglienza, ecc. rivolte ad operatori e/o altre figure significative (operatori di strada) con supporto di operatori di area socio sanitaria formati
- coinvolgere studenti *peer educator (*vedi paragrafo 2.1 La prevenzione, la promozione della salute e dei diritti di cittadinanza: la salute in tutte le politiche – alleanza con la scuola) disposti ad assumere un ruolo attivo nella realizzazione di iniziative di promozione della salute con e per i propri coetanei all'interno dei contesti di aggregazione sopra individuati
- progettare e realizzare azioni che vedano protagonisti peer e coetanei nei diversi contesti di riferimento
- realizzare programmi di comunicazione sul web, creare un luogo virtuale dove i ragazzi nel completo anonimato possano esprimersi e parlare liberamente senza nessun pregiudizio o discriminazione dall'altra parte, dove c'è un gruppo di esperti e ragazzi coetanei adeguatamente formati
- promuovere progetti che prevedono: l'inserimento dei contenuti e delle attività svolte dai servizi sanitari (Centri consulenza giovani) nei luoghi che sono già frequentati dai ragazzi, sfruttando la rete dei centri già presenti (centri giovani comunali, associazioni); sperimentare aperture in fasce orarie notturne e nei fine settimana
- promuovere un progetto di interesse regionale che preveda azioni rivolte ai giovani secondo le aree di intervento prioritarie definite dal Dipartimento della Gioventù
- promuovere progetti, previsti nell'Accordo con il Dipartimento della Gioventù, inerenti la creatività, le arti e mestieri della tradizione culturale locale e la promozione della cultura della legalità
- promuovere azioni per il servizio civile regionale.

2.1.5.4. La prevenzione delle dipendenze

Contesto

E' statisticamente dimostrato che l'adolescenza identifica il periodo della vita in cui la persona è più a rischio rispetto all'assunzione di sostanze psicoattive; tale fase, collocandosi tra l'infanzia e l'età adulta, rappresenta il delicato periodo di transizione e di cambiamento durante il quale la persona è impegnata a costruire la propria personalità, attraverso l'esplorazione del mondo esterno e il progressivo distacco dall'ambito familiare, per cui può accadere, per motivazioni diverse, che l'adolescente guardi alle sostanze come strumento idoneo a ridurre le tappe verso lo status di adulto, a superare le difficoltà e le ansie della crescita e a proporre al mondo esterno la propria presunta emancipazione.

Obiettivo

Rivolgere gli interventi di prevenzione in particolare agli adolescenti, essendo gli stessi i soggetti più a rischio, per evitare il loro primo, e più pericoloso, contatto con le droghe legali (alcol e tabacco) e illegali.

Azioni

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

2.1.6. Il contrasto alla fragilità e alle disuguaglianze

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

2.1.6.1. Disuguaglianze e disequità: strategie e azioni

Contesto

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

- capacità e funzionamenti tali per cui non sono nelle condizioni di adottare quei corretti stili di vita che consentirebbero loro di esercitare comportamenti tesi alla risoluzione dei loro disagi sociali o problemi di salute e d'altra parte, per intraprendere o modificare uno stile di vita sono necessarie risorse, motivazioni ed energie che il sistema dei servizi deve potere e sapere offrire in modo efficace. L'adozione e il mantenimento di uno stile di vita "non corretto" può rappresentare la risposta di adattamento delle persone ad una situazione permanente di stress. Dal punto di vista sociale si rilevano alert quali la fuoriuscita dai percorsi educativi, e l'assistenzialismo passivo; dal punto di vista della salute, invece, quando le persone di bassa posizione sociale sperimentano più di altri condizioni di sofferenza psicologa cronica, e vi si adattano, si rilevano comportamenti compensativi come il fumo o l'alcol, la sedentarietà o una dieta squilibrata, alcuni dei quali possono generare dipendenza. Queste condizioni si traducono in una frammentazione del tessuto sociale e in un danno per la salute con ricadute per il sistema cardiovascolare, metabolico, immunitario, la salute mentale e, in generale, con una diminuita capacità di fronteggiamento degli eventi della propria vita e di resistenza alle malattie
- *all'influenza delle esperienze della vita*. Le disuguaglianze possono essere determinate non solo dalla posizione sociale adulta ma anche dalle *fratture* verificatesi nell'arco della vita delle persone (lutti, separazioni, perdita del lavoro o dell'abitazione), dalle esperienze accumulate nella fase di sviluppo (come l'istruzione e l'esperienza scolastica) e dalle condizioni di salute alla nascita, che sono a sua volta influenzate dalle condizioni sociali della famiglia di origine. Il basso peso alla nascita – principale indicatore di sofferenza nella maturazione del feto in gravidanza, che ricorre con maggiore frequenza tra i figli di madri meno istruite e di madri straniere immigrate da paesi poveri – aumenta la probabilità che nella vita adulta si sviluppino patologie cardiovascolari e diabete[23];
- *una limitazione dell'accesso alle opportunità di prevenzione*. Questo aspetto riconduce ad una capacità del sistema dei servizi di saper raggiungere i destinatari delle informazioni con mezzi

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

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

Sfide

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

- il contesto socio-economico che contribuisce a determinare – soprattutto in questa fase di crisi globale – una distribuzione diseguale delle risorse ed una difficoltà o impossibilità delle persone ad esercitare il proprio *empowerment.* In tal modo le disuguaglianze si manifestano con sempre maggiore evidenza nel sistema di accesso/utilizzo dei servizi e delle prestazioni (sia sociali che sanitarie)
- l'ambiente, le esperienze e il contesto di vita delle persone sono direttamente proporzionali all'esposizione a fattori di vulnerabilità e di rischio sociale e/o di salute, ma soprattutto, alla capacità di autodeterminazione degli individui e della conseguente possibilità di cogliere sintomi o di affrontare situazioni di disagio
- assicurare l'accessibilità all'informazione all'universo dei cittadini e sviluppare interventi di promozione della salute che siano concretamente in grado di raggiungere e dialogare con tutti i cittadini e le famiglie anche là dove esse studiano, abitano e lavorano, è la sfida che più di altre potrà produrre risultati in termini di prevenzione.

Strategie

- la coesione sociale fa bene alla salute
  La crescita economica e del capitale sociale sono pre-condizioni per un migliore stato di salute, anche se è noto che i benefici a livello di popolazione si riducono quando la distribuzione del reddito è molto diseguale. Laddove esiste un elevato livello di divisione sociale, questi fattori non sembrano peraltro essere sufficienti a garantire un progresso degli indicatori sociali e sanitari. Diventa così fondamentale lavorare per promuovere e sostenere una solidarietà sociale che si propone la tutela e la garanzia dei diritti e l'assunzione delle responsabilità dei cittadini.
- riorganizzare il sistema dei servizi contro la disequità
  Non sono soltanto le condizioni di carattere strutturale o macrosocioeconomico a determinare le disuguaglianze nell'esigibilità dei diritti, ma anche l'organizzazione del sistema dei servizi. Talvolta, l'organizzazione – nella sua complessità – non riesce a modificarsi rapidamente a fronte dei cambiamenti sociali e epidemiologici: una maggiore flessibilità, una migliore conoscenza del territorio, una più puntuale capacità di raccogliere dati certi, un'impostazione che richiami costantemente la necessità e l'utilità del confronto sono gli elementi sui quali focalizzare Non sono soltanto le condizioni di carattere strutturale o macrosocioeconomico a determinare le l'attenzione per sviluppare il nuovo sistema dei servizi.
- l'analisi dei cluster a supporto dell'equità .
  Affinché gli obiettivi regionali volti alla promozione di un corretto stile di vita siano condivisi e perseguiti in modo efficace dai cittadini è fondamentale orientare i meccanismi di informazione e comunicazione dell'offerta in base alle diverse capacità e necessità della persona. Con questa finalità l'analisi dei cluster si pone come uno strumento adeguato per comprendere le modalità e individuare gli strumenti più adeguati con cui rispondere ai bisogni dei cittadini, tenendo conto di come cambia il bisogno in base alle caratteristiche della popolazione, realizzando una mediazione tra esigenze di standardizzazione e bisogno di personalizzazione.

La segmentazione dell'utenza (*cluster*) è un processo di aggregazione dei cittadini/utenti sulla base di comportamenti affini. I principali criteri di aggregazione sono demografici (età, sesso, dimensione del nucleo familiare, reddito, raggruppamento etnico, ecc), psicografici (stile di vita, personalità), o legati ai comportamenti specifici (intensità d'uso dei servizi, livello di fedeltà).
Nel 2009 il Laboratorio MeS ha effettuato uno studio sui cluster nell'ambito dell'indagine sui Servizi Distrettuali, realizzata nell'anno 2008. L'obiettivo dell'analisi era quello di comprendere se e come il livello di soddisfazione dei cittadini era influenzato dalle caratteristiche socio demografiche degli utenti.
I risultati dello studio mostrano che è possibile identificare 4 cluster ben definiti. I dati emersi possono inoltre essere da un lato un elemento su cui realizzare una valutazione delle scelte effettuate e dall'altro un punto di partenza utile per delineare alcune strategie specifiche e mirate, a seconda del target a cui sono indirizzate.
Alla luce di queste evidenze pertanto, per i servizi territoriali i dati fanno riflettere sulla opportunità di personalizzazione dei servizi e sulla individuazione di strategie di comunicazione più efficaci tenendo conto del bisogno specifico del cittadino target.

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

Contesto
La crisi economica e sociale ha aggravato e reso manifesto un fenomeno in corso da almeno venti anni: l'erosione del ceto medio e lo sviluppo di nuove vulnerabilità sociali. L'allargamento delle vulnerabilità sociali è un fenomeno composito che si innesta in alcune grandi transizioni delle nostre società (invecchiamento della popolazione, frammentazione delle famiglie, precarizzazione della condizione di vita-lavoro) ed allarga e ristruttura l'area del disagio. La crescita delle nuove vulnerabilità è particolarmente ampia ed acuta in particolare sulla vita e la salute delle persone, sul tessuto economico e sociale, ma anche sul terreno della partecipazione sociale. Le difficoltà di questi servizi non dipendono da un loro cattivo funzionamento, ma soprattutto dalla trasformazione del loro oggetto di lavoro: se la società cambia tumultuosamente, i servizi di welfare, occupandosi dei problemi che le persone incontrano nel vivere sociale, sono chiamati a modificare in profondità il loro modo di lavorare per non rischiare di erogare prestazioni riservate a chi ha le competenze per accedervi.

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

Obiettivo
Accompagnare i servizi istituzionali e il terzo settore al rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali e allo sviluppo di nuove competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili nel campo sociale e socio-sanitario introducendo pertanto un nuovo percorso individuabile come "Sociale di Iniziativa". I progetti attivati nel sociale di iniziativa avranno carattere sperimentale e una volta verificatane la validità saranno inseriti nella programmazione di Piano. L'attivazione del sociale d'iniziativa che deve integrarsi col sanitario d'iniziativa attraverso la multiprofessionalità che presuppone una stretta collaborazione tra professioni sanitarie e professione sociale.

Strategie

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

2.1.6.3 Agricoltura sociale

In attuazione anche di quanto previsto dalla legge regionale 26 febbraio 2010, n. 24 (Disposizioni in materia di agricoltura sociale), si prevede di promuovere la sinergia fra il mondo agricolo regionale ed il sistema regionale dei servizi sociali, al fine di utilizzare al meglio le opportunità offerte dall'agricoltura sociale per ampliare le azioni volte a favorire l'integrazione e l'inclusione delle fasce deboli e/o marginali della popolazione toscana. A tale scopo si prevede di realizzare una maggiore integrazione tra i vari uffici regionali competenti, nonché di sensibilizzare maggiormente il territorio rispetto alle informazioni sulle attività esistenti e sui risultati ottenuti per favorire un maggior utilizzo delle attività di agricoltura sociale già presenti, con relativa diffusione e implementazione delle buone pratiche.

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

Contesto

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

Obiettivo

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

sociale attraverso la qualificazione nei servizi pubblici dei servizi di interpretariato e mediazione culturale, lo sviluppo di processi costanti di formazione degli operatori, la valorizzazione della lingua e cultura di origine dei cittadini stranieri.

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

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

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

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

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

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

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

2.1.6.5 Azioni innovative per la promozione dell'inclusione sociale e il contrasto alla marginalità in un contesto di sicurezza integrata e riqualificazione urbana

Contesto
Com'è noto, le nostre città sono al centro di profonde trasformazioni; sono cambiate o stanno cambiando volto; cambiano le allocazioni delle funzioni, si creano nuove infrastrutture, nascono nuove e diverse periferie, muta il rapporto tra centro e periferia, nascono nuovi bisogni. La popolazione è cambiata, stanno prevalendo le eterogeneità, le diversità, emergono in modo più pressante i problemi dell'integrazione legati a nuove o vecchie emarginazioni; processi che hanno precisi riflessi anche sull'uso delle città e dei loro spazi, influenzandone decisamente gli equilibri di sicurezza. In un contesto sociale reso ancor più problematico dalla attuale crisi economica, se da

un lato risulta imprescindibile occuparsi dei problemi di sicurezza-reale e percepita- attraverso una azione di governo che miri alla tutela dell'integrità dei cittadini e alla promozione di un uso corretto degli spazi cittadini comuni, (anche attraverso opportune azioni di riqualificazione urbana), dall'altro non può venir meno l'azione di tutela dei diritti dei più deboli ed emarginati e l'intervento che miri all'inclusione e al recupero sociale dei soggetti svantaggiati.

Sfide

Contemperare le diverse esigenze di garantire sicurezza alla cittadinanza e tutelare e promuovere i diritti delle fasce più deboli ed emarginate appare possibile soltanto attraverso la promozione di politiche innovative che comprendano da un lato azioni di squisita matrice sociale, dall'altro interventi relativi all'uso degli spazi e del territorio, in un'ottica globale di riqualificazione delle modalità di fruizione degli spazi urbani.

Azioni

La Regione Toscana, che affronta il tema della sicurezza urbana in un'ottica integrata comprendente sia l'aspetto del controllo sia quello della prevenzione, è interessata a promuovere interventi ed azioni innovative e in questo contesto si inserisce l'accordo firmato con Ferrovie dello Stato per sviluppare azioni di sostegno sociale all'interno delle Stazioni Toscane. In base a questo accordo saranno individuati degli spazi interni alle stazioni e non più utilizzati da riqualificare per attivare degli help center, veri e propri presidi sociali con funzioni di prima assistenza e soprattutto di orientamento per le marginalità che gravitano attorno al mondo delle stazioni: senza fissa dimora, rom, soggetti con problemi di dipendenza, ecc.. Nel testo dell'accordo sono individuate come stazioni presso le quali gli interventi si attiveranno in prima battuta quelle di Firenze Rifredi, Firenze Campo di Marte, Pisa, Livorno, Viareggio, Pistoia e Prato. Altre città potranno poi essere inserite nel progetto quadro regionale. Questo intervento si configura soltanto come il primo dei possibili sviluppi della collaborazione tra Regione Toscana e Ferrovie dello Stato, che potrebbe poi proseguire con interventi di altro tipo, riguardanti l'allestimento di veri e propri centri di accoglienza in locali non utilizzati ed esterni alle stazioni, così come la riqualificazione delle stazioni dismesse e il loro utilizzo come centri di aggregazione e di animazione turistica e culturale.

2.1.7. Botteghe della Salute

Contesto
La necessità di promuovere un progetto per la definizione delle *Botteghe della Salute* nasce dalla situazione attuale dove, alla difficile congiuntura economica ed alla conseguente scarsità di risorse, si associa un rischio di ridimensionamento dei servizi. Una diminuzione che è particolarmente sentita in quelle comunità in cui l'accesso è più complesso, ma essenziale per garantire che le persone possano mantenere standard di vita adeguati in situazioni di marginalità territoriale. Il contesto di servizi per i cittadini delle zone marginali e montane risulta ancor più difficoltoso in una situazione in cui vengono colpiti altri capisaldi fondamentali per consentire la permanenza nelle zone marginali, come la scuola, il trasporto pubblico locale ed i servizi postali per i quali si profila un taglio continuo di sportelli soprattutto nelle piccole frazioni.
Il contenitore che consente l'attuazione tecnica della progettualità collegata alle Botteghe della Salute è l'"*Accordo di collaborazione tra Regione Toscana e Unione Nazionale Comuni Enti Montani (UNCEM) Toscana e Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) Toscana finalizzato al coordinamento delle attività a supporto della popolazione delle aree montane e svantaggiate".*

Obiettivi
La Bottega della Salute si configura come un *servizio di prossimità* che ha lo scopo di rendere più accessibile la rete dei servizi pubblici (servizi sanitari e sociali, ed altri servizi di pubblica utilità come i servizi INPS e quelli postali) ai cittadini che vivono in zone particolarmente disagiate.
Si connotano pertanto come un servizio gratuito che si rivolge a tutti i cittadini, con un'attenzione particolare a quelli che sono i soggetti più fragili e vulnerabili (anziani e persone disabili). È un servizio pubblico a supporto delle popolazioni nelle zone montane e più periferiche (Isole e periferie delle grandi città) con l'obiettivo di consentir loro di poter usufruire, direttamente o attraverso un accesso assistito, di una vasta gamma di servizi on line, che i vari Enti mettono a disposizione.
Nel primo periodo di vigenza del presente Piano, gli obiettivi specifici sono:

1. La redazione e l'implementazione di microprogetti relativi a Botteghe della Salute le cui caratteristiche saranno determinate dall'attività di mappatura territoriale e dalla successiva progettazione che coinvolgerà i diversi attori dei territori coinvolti.
2. La sperimentazione delle diverse modalità gestionali (dirette, indirette e miste) tenendo conto delle caratteristiche dei servizi offerti e delle risorse attivabili presso ciascuna Bottega.
3. La strutturazione di servizi che siano rispondenti alle esigenze delle popolazioni locali ed in particolar modo alle situazioni più fragili e vulnerabili e che rispondano a criteri di flessibilità e di efficacia.
4. La collocazione delle Botteghe in uno spazio dedicato, accessibile e riconoscibile e con un orario di apertura adeguato ai bisogni rilevati in quel determinato territorio.

Azioni
È un servizio che, sulla base delle esigenze della comunità locale, con personale qualificato e i giovani del Servizio Civile opportunamente formati, sviluppa una serie di azioni e può fornire:
● Informazione, orientamento ed accompagnamento, come ad esempio:
  - Informazione per le persone disabili e per gli anziani;
  - Informazione e accompagnamento ai servizi di tutela del consumatore;
  - Informazione e promozione delle azioni della difesa civica;
  - Informazione e orientamento di carattere generale, sui diversi servizi pubblici.
● Prestazioni erogate direttamente o tramite un uso assistito, come ad esempio:
  - Misurazione della pressione, del glucosio, del colesterolo e dei trigliceridi;
  - Prenotazioni e refertazioni sanitarie;
  - Appuntamenti con Assistenti Sociali per prestazioni specifiche;
  - Assistenza per i servizi postali e per servizi INPS online.

- Servizi a domicilio o presso la comunità, a sostegno delle persone più fragili e vulnerabili, come ad esempio:
    - La consegna della spesa e dei farmaci;
    - Il trasporto sociale;
    - La sorveglianza attiva e l'animazione comunitaria.

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

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

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

Nei precedenti cicli di programmazione regionale molti sono stati i programmi attivati per individuare precocemente un problema, peraltro con ottimi risultati in termine di guadagno di anni di vita in salute e con una riduzione del rischio di malattia.
La sfida di oggi è trasformare un sistema sanitario "reattivo", che si muove solo di fronte a una domanda, in un sistema socio-sanitario "proattivo", che cerca le persone attivamente e in modo diverso a seconda del loro contesto socioculturale: una delle leve del cambiamento da utilizzare nei prossimi anni per ridurre il divario interno alla popolazione in ogni età della vita.

2.2.1.1. Gli screening neonatali

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

- estensione dello *screening* delle malattie metaboliche ereditarie (DGR 800/2004)
- *screening* della cataratta congenita (DGR 596/2005)
- *screening* uditivo neonatale (DGR 365/2007)

Si rende necessario, sulla base del monitoraggio dei risultati delle azioni intraprese, procedere ad una implementazione di tali interventi al fine di assicurarne qualità e appropriatezza nonché garantirne l'equità di accesso e la coerenza con i controlli periodici programmati nei bilanci di salute con i Pediatri di Famiglia.
Occorre prestare particolare attenzione allo screening delle malattie metaboliche ereditarie. La Regione Toscana è stata la prima ad abbracciare il progetto di screening neonatale allargato in tandem massa (LC-MS/MS) presso l'AOU Meyer. Il progetto, partito sperimentalmente nel 2002, è stato esteso a tutto il territorio regionale con la delibera n. 800/2004. Dal 1 gennaio 2010 il bacino di utenza comprende anche la Regione Umbria. E' pertanto opportuno un costante monitoraggio al fine di supportare le azioni finalizzate ad assicurare percorsi e procedure appropriate, stabilendo i ruoli e le responsabilità di tutti gli "attori" e i centri coinvolti, dalla nascita al primo spot di sangue, alla conferma diagnostica, alla presa in carico del paziente e della famiglia, alla definizione del percorso terapeutico e del *follow-up*.
Sarà opportuno valutare l'avvio sul territorio regionale di ulteriori screening neonatali alla luce delle indicazioni OMS e/o della letteratura scientifica più recente.

2.2.1.2. La salute orale

Contesto
L'auspicato obiettivo OMS di eliminare la carie dentaria in ambito europeo per il 90% dei bambini di 5-6 anni entro il 2020 non è stato ancora raggiunto e probabilmente non lo sarà completamente nei prossimi anni, i principali indicatori epidemiologici indicano comunque una progressiva diminuzione della carie.
Il dato è confermato anche dalle recenti indagini epidemiologiche svolte in Toscana che evidenziano comunque il perdurare di una elevata incidenza della patologia odontoiatrica.

Obiettivi
La sfida per un SSR deve essere quella di promuovere la realizzazione di un sistema di prevenzione e cure odontoiatriche superando le difficoltà di accesso incontrate da una parte crescente della popolazione.
Il bisogno di salute orale aumenta in relazione alla fragilità sociale, all'aumentata longevità, all'aumentato peso delle patologie cronico degenerative e dei relativi fattori di rischio (quali dieta, fumo, alcol, igiene, stress) e nelle situazioni di maggior esposizione (età evolutiva, gravidanza, disabilità).
Tale bisogno aumenta inoltre in conseguenza della forte connotazione privata dell'assistenza odontoiatrica che pone una barriera economica al proprio accesso.

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

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

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

Contesto
La Regione Toscana ha, da anni, scelto di privilegiare il tema della prevenzione primaria e secondaria in oncologia diffondendo questo impegno a tutto il sistema regionale. Gli effetti di questa scelta sono tangibili: nelle aree in cui il programma di *screening* del colon-retto è attivo da molti anni si osserva una riduzione di mortalità causa specifica, analogamente, la riduzione di mortalità per tumore della mammella osservata nell'ultimo ventennio è legata ad una forte

complementarietà tra diagnosi precoce e trattamenti efficaci. Gli *screening* oncologici per il tumore della mammella, del colon-retto e del collo dell'utero sono attivi sul territorio regionale ormai da molti anni. I dati 2012 di estensione e adesione confermano buoni risultati (*screening* mammografico: estensione 102,0%, adesione 72,6%; *screening* colo-rettale: estensione 91,8%, adesione 51,5%; *screening* cervice uterina: estensione 102,9%, adesione 56%) e posizionano la Toscana tra le prime regioni italiane insieme alla Emilia-Romagna, Umbria e Valle d'Aosta.

La Regione Toscana ha individuato nell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica – ISPO la struttura di riferimento per la pianificazione, la programmazione e il controllo degli interventi di prevenzione oncologica sul territorio regionale.
ISPO esercita il ruolo di indirizzo, coordinamento, promozione e monitoraggio delle azioni per il raggiungimento degli obiettivi secondo logiche di HTA. Esso si configura come struttura in grado di gestire la razionalizzazione dei percorsi e la centralizzazione della lettura dei test di *screening* e di triage in sinergia e in collaborazione con le Aziende USL. In questo ambito le Aziende USL sono chiamate ad assicurare ogni fase del percorso di *screening* in accordo con i principi di equità di accesso e di erogazione di buona qualità tecnico-professionale. In particolare, per quanto attiene all'equità di accesso, decisiva è la partecipazione e la collaborazione al percorso della sanità di iniziativa, dei territori e delle associazioni di volontariato. Particolarmente rilevanti le sinergie da attivare con le Aziende Ospedaliere Universitarie per l'alta specializzazione.

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

Obiettivo
Per garantire, per i tre *screening* raccomandati, l'erogazione dell'intero percorso dall'invito fino alla eventuale indicazione al trattamento con buoni livelli di qualità monitorabili è necessario che lo *screening* oncologico sia inteso come percorso razionale. La standardizzazione del percorso, peraltro in linea con le indicazioni del Piano nazionale di prevenzione 2010-2012, deve assicurare una redistribuzione delle azioni e delle risorse con garanzia di percorsi equi ed omogenei. Ricondurre le attività di prevenzione spontanea all'interno dei programmi di *screening* organizzato risponde a questi criteri garantendo al contempo appropriatezza delle prestazioni per gli utenti asintomatici e riduzione delle liste di attesa all'interno dei servizi diagnostici a cui accedono cittadini con sintomi che necessitano di risposte immediate ed esaustive.
L'impegno dei prossimi anni è quello di perseguire omogeneità del percorso, qualità dell'offerta e promozione della ricerca nel campo della prevenzione oncologica attraverso un processo di centralizzazione che permetta di cogliere, tra gli altri, i seguenti obiettivi specifici:

- l'applicazione di una metodologia standardizzata per la rilevazione delle criticità, dei bisogni e per la proposta di soluzioni migliorative
- l'introduzione di tecnologie validate che permettano ampie economie di scala
- il recupero e l'impiego dedicato di risorse
- l'elaborazione, l'adozione e il monitoraggio di protocolli condivisi
- la creazione di infrastrutture informatiche integrate

- la valutazione epidemiologica attraverso l'utilizzo di strumenti sistematizzati e controllati per la rilevazione fra cui i registri tumori e il registro di mortalità
- la *governance* delle pratiche spontanee di diagnosi precoce per il tumore della mammella, della cervice uterina e della prostata
- il sostegno alla ricerca applicata, nell'ottica dell'*Health Tecnhology Assessment (*HTA), di nuovi programmi di *screening* (polmone, prostata)
- il passaggio senza soluzione di continuità tra percorso di *screening* oncologico e percorso di cura
- la definizione e la strutturazione del percorso dell'alto rischio genetico.

Azioni
Benché molte delle macro-azioni necessarie per declinare gli obiettivi dati siano già contenute nel Piano regionale di prevenzione 2010-2012 è fondamentale sottolineare quelle che ne costituiscono l'asse portante ovvero:
- la centralizzazione della lettura dei test di screening per il tumore della cervice, della mammella (una lettura) e del colon-retto con predisposizione di una infrastruttura informatica comune atta a velocizzare le tempistiche e a garantire una sicurezza adeguata in termini di tracciabilità del dato e di rischio clinico;
- l'ampliamento alle fasce di età (45-49 anni e ≥70 anni) dello screening mammografico attraverso una analisi per attività con adeguata valutazione delle risorse umane e tecnologiche impiegate;
- il recupero delle popolazioni fragili (migranti) con accessi adeguati alle specifiche culturali di origine;
- l'introduzione del test HPV come test di screening primario con una analisi accurata delle attività per la valutazione dell'entità delle risorse risparmiate e recuperate all'interno dello screening citologico e dei costi relativi;
- la valutazione, elaborazione e adozione di protocolli organizzativi, diagnostici e di follow up in una logica di appropriatezza e di non dispersione di risorse e senza sovrapposizioni;
- disponibilità di flusso screening regionale adeguato agli obiettivi;
- la regolamentazione e il contenimento dell'uso spontaneo del PSA come test di diagnosi precoce specie per quanto riguarda le fasce di popolazione anziana (> 70 anni);
- la prosecuzione e il sostegno dell'esperienza (studi ITALUNG e ERSPC) di valutazione di nuovi programmi di screening (Polmone, Prostata);
- l'avvio di uno studio randomizzato controllato per soggetti a rischio elevato di cancro polmonare (forti fumatori e ex esposti ad amianto) finalizzato alla definizione di linee guida, di criteri di screening selettivo e di follow up dei soggetti positivi;
- l'effettuazione ove necessario di studi focalizzati, nell'ottica della medicina personalizzata su base territoriale.

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

2.2.1.4. Assistenza domiciliare

Contesto
Nel mutato scenario epidemiologico, con l'inversione della piramide demografica ed i crescenti problemi di invecchiamento degli individui, della famiglia e delle popolazioni, sono radicalmente mutate le necessità assistenziali e conseguentemente il profilo dei percorsi assistenziali necessari. L'incidenza crescente di patologie croniche ed invalidanti e della non autosufficienza ma non solo, richiedono modalità assistenziali più prossime al cittadino e in grado di assicurare, quando occorra, cure a domicilio, tali da garantire appropriatezza, efficacia ed umanizzazione delle cure, e ridurre allo stesso tempo l'uso improprio dell'ospedale.

Sfida
Costruire una rete di assistenza e cure domiciliari adeguate alle necessità ed ai bisogni del cittadino nella sede più idonea, privilegiando l'intervento al domicilio e assicurando risposte diversificate e finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita nel contesto naturale di vita.

Obiettivi
Ridefinire i percorsi assistenziali in applicazione della DGR n.1235/2012 e rivedere procedure e flussi inerenti l'assistenza domiciliare così da tracciare tutte le attività di assistenza domicilare attraverso l'introduzione di uno strumento valutativo unico, da applicare a tutta la casistica, compresa quella che non ha accesso attraverso l'UVM, anche nell'ottica di quanto previsto dal DM 17/12/2008 e sue successive modifiche. Aumentare nel corso della vigenza del Piano del 15% l'assistenza anche attraverso l'uso degli strumenti tecnologici a supporto della continuità delle cure.

Azioni
- potenziare l'assistenza domiciliare, come ambito fondamentale di cura, intervento ed assistenza alla persona, in un'ottica di sistema;
- fornire la conoscenza dei diversificati meccanismi di attivazione di assistenza e cura domiciliare, alla luce anche dei recenti cambiamenti nell'organizzazione ed evoluzione della rete territoriale dei servizi (AFT e CdS, oltre agli Enti Locali, alle Aziende sanitarie ecc.);
- favorire la formazione integrata degli operatori della rete, presenti nei diversi setting assistenziali, nonchè l'aggiornamento delle competenze previste dai diversi profili professionali.
- Il potenziamento delle risorse destinate alla colonscopia di approfondimento, al fine di garantire la piena copertura su tutto il territorio dei soggetti positivi al test di screening (FOPT).

2.2.1.5. La cronicità: dalla patologia all'individuo

Contesto
Il problema di un diverso modo di affrontare e gestire il tema della cronicità, vera sfida del sistema sanitario e sociosanitario dei paesi occidentali, ha determinato la scelta di puntare su un modello fortemente innovativo dell'assistenza che punti sulla prevenzione primaria, intesa come abbattimento dei fattori di rischio in ambienti di vita e di lavoro e che potenzi il ruolo delle cure primarie, valorizzi la necessità del lavoro in equipe e assegni al cittadino, consapevole e informato, un ruolo attivo nell'alleanza terapeutica e preventiva propria dei servizi e professionisti sanitari.
Con deliberazione n. 716 del 3 agosto 2009 e seguenti (PSR 2008-2010, punto 4.3.1. Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale), la Regione Toscana ha definito le modalità di attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale, indicata come obiettivo strategico dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010, sulla base del modello di riferimento indicato dallo stesso PSR, costituito dall'*Expanded Chronic Care Model*.
Ad oggi il 40% dei cittadini toscani è iscritto presso un MMG che fa parte di uno dei 127 moduli multiprofessionali delle cure primarie attivati per la gestione dei pazienti con patologie croniche. I moduli lavorano attraverso la presa in carico di assistiti che presentano una o più diagnosi di malattia cronica. I pazienti sono seguiti e assistiti dai "Moduli" di cure primarie, costituiti da MMG, infermieri, OSS. Collaborano con i moduli gli specialisti di riferimento ed altre figure professionali, come dietisti, fisioterapisti e psicologi. Ogni modulo è coordinato da un MMG. I medici di comunità delle aziende USL supportano i moduli dal punto di vista organizzativo.
I moduli assicurano i controlli, le visite programmate e l'attività di supporto al self management del paziente, nell'ambito dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali specifici per patologia pubblicati nel 2009 e successivamente aggiornati in ogni azienda USL. I moduli hanno avviato la loro attività nel 2010 sui PDTA del Diabete e Scompenso Cardiaco, estendendo poi la presa in carico anche sui PDTA relativi a BPCO e Ictus/TIA.

Il progetto è stato supportato e accompagnato da una intensa attività di formazione sia multiprofessionale che rivolta alle singole categorie di professionisti coinvolti. Nella nuova organizzazione territoriale introdotta con l'accordo integrativo regionale per la medicina generale i moduli di sanità di iniziativa progressivamente si identificheranno con le aggregazioni funzionali territoriali (AFT).

I percorsi sui quali quindi è stata avviata la progettazione sono stati orientati, per motivi di fattibilità e di intesa con la medicina generale, sulle singole patologie; nella fase di avvio infatti è stato valutato che la costruzione di un nuovo modello di presa in carico e di una realtà organizzativa completamente nuova fossero più opportunamente sviluppabili su percorsi mirati a singole patologie.
In base alla DGRT 1235/2012, la copertura della Sanità d'Iniziativa sarà estesa con incrementi annuali del 20% annuo fino ad arrivare a regime alla fine del 2015.
Il modello dovrà essere contestualizzato alla nuova realtà organizzativa dell'assistenza territoriale prevista dall'ACN della Medicina Generale, dall'AIR di cui alla DGRT 1231/2012, nonché dal d.l. 158/2012 convertito in legge legge 189/2012, che prevedono la realizzazione delle AFT e delle UCCP.
Evolvendo dal "Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale (PSR 2008-2010, par. 4.3.1)" che contemplava l'attivazione di cinque PDTA, la DGRT 1235/2012 prevede la "revisione dei percorsi assistenziali nell'ottica della presa in carico integrata del paziente affetto da patologie croniche". In coerenza con questo, il team assistenziale prenderà in carico i pazienti cronici secondo il grado di complessità, attraverso l'ottimizzazione dei percorsi individuali, che dovranno essere calibrati sulla base della stadiazione del rischio, in modo da rispondere al reale bisogno di prevenzione e all'intervento terapeutico individuale del paziente. Ciò consentirà di liberare capacità assistenziali da dedicare a coloro che meno usufruiscono delle prestazioni assistenziali, perché non deambulanti e/o dipendenti da un supporto d'organo o non in grado di essere trasportati negli ambulatori dei MMG, ma che possono comunque trarre beneficio dall'applicazione di un modello proattivo di prevenzione delle ricadute e delle ospedalizzazioni ripetute che va oltre l'approccio terapeutico tradizionale, anche attraverso un sistema di cure intermedie in ammissione e dimissione.

Sfida
Le malattie cardiovascolari sono la più importante causa di morte e cronicità nel mondo occidentale; sia una migliore gestione dei percorsi diagnostici terapeutici sia, soprattutto, una maggiore attenzione alle azioni di prevenzione e modifica, secondo metodologie strutturate di supporto al self management ed *empowerment* del cittadino, dei determinanti trasversali delle malattie cardiovascolari (fumo, dieta, attività fisica, alcol ...), rappresentano l'ambito più indicato per spostare il focus dalla malattia all'individuo.
Scelta di un algoritmo di stima del rischio cardiovascolare negli assistiti ipertesi e la definizione di una strategia di valutazione del rischio cardiovascolare e la definizione di un PTDA integrato per la gestione dell'assistito ad alto rischio cardiovascolare.
E' quindi adesso possibile superare l'approccio utilizzato in prima fase dal progetto della Sanità di Iniziativa del PSR 2008-2010, mettendo al centro del sistema di attenzione e cura delle Cure Primarie il "rischio cardiovascolare" (CV), in quanto vero tracciante della condizione di rischio di cronicità e driver naturale per il recupero di un forte ruolo delle prevenzione primaria e secondaria (evoluzione e complicanze anche a lungo termine).

Obiettivo
Con queste premesse, nell'ottica di una sanità d'iniziativa in continuità col PSR 2008-2010, è necessario introdurre e connotare le azioni procedendo ad un superamento del modello organizzativo per moduli traslandolo sulle AFT e dei PDTA per patologie specifiche.
I team di cure primarie devono diventare un vero "*hub*" per un approccio di iniziativa e di coordinamento dei percorsi correlati ai diversi profili di rischio e necessari ad assicurare un'assistenza centrata sulla persona e fortemente integrata, con l'obiettivo finale di migliorare l'efficienza del sistema, gli *outcome* di salute, la qualità delle cure e la soddisfazione dei cittadini.

Le strategie

Il sistema sanitario regionale conferma perciò i moduli della Sanità di Iniziativa che progressivamente si identificheranno con le AFT, come la formulazione organizzativa multiprofessionale di riferimento per lo sviluppo e l'evoluzione delle Cure Primarie, con l'intento di estendere la copertura a tutta la popolazione toscana e quindi coinvolgere tutti i MMG della Regione nel percorso di riconfigurazione delle modalità di erogazione delle cure e dell'assistenza a livello territoriale. Particolare rilevanza assumerà, in vigenza di Piano, la capacità di assicurare la messa a disposizione delle risorse infermieristiche e figure sanitarie non mediche necessarie a sostenere le attività dei moduli nonché a riorientare le prestazioni specialistiche mediche in attività di consulenza e supporto diretto nell'ambito dei team delle cure primarie anche attraverso l'erogazione di prestazioni progressivamente sempre più vicine ed integrate con le AFT.

La teleassistenza - Con questa prospettiva sarà necessario garantire la possibilità di disporre di strumentazioni e attrezzature biomediche di primo livello presso le sedi delle cure primarie così da poter rendere semplificato il percorso di *follow up* dei cittadini presi in carico e assicurare al team multiprofessionale una dotazione minima per una diversa gestione dell'assistenza.

Il cittadino non dovrà più muoversi per prenotare, effettuare prestazioni e ritirare esami ma dovrà poter contare su una organizzazione che metta a disposizione un team multiprofessionale, sedi, ambulatori medici, attrezzature, strumenti di collegamento e informazione, adeguati a questa sfida; le Case della Salute rappresenteranno il modello di riferimento per lo sviluppo e la diffusione territoriale della sanità di iniziativa.

L'integrazione con il livello specialistico - L'apporto della medicina specialistica nell'ambito dei PDTA avverrà attraverso un coordinamento professionale unitario tra medicina specialistica ambulatoriale convenzionata e medicina specialistica della dipendenza. Il coordinamento dei percorsi da parte delle cure primarie, centrate sulla persona e sulla popolazione, è inoltre una risposta alle disuguaglianze che si nascondono nel sistema attuale: il rinvio ai livelli specialistici ha rappresentato un problema maggiore per la popolazione più socialmente svantaggiata che, concentrando la maggior parte della morbosità, viene più frequentemente riferita a specialisti diversi e subisce così maggiormente il rischio della scarsa integrazione tra professionisti, gli effetti avversi delle molteplici terapie e la spesa aggiuntiva dovuta al frequente ricorso a specialisti esterni al servizio sanitario regionale.

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

Le azioni

- revisionare il progetto regionale superando l'attuale approccio per e l'organizzazione dei moduli
- adeguare il sistema di valutazione delle perfomance e del sistema incentivante correlato
- consolidare le azioni di formazione multiprofessionale, mirate all'acquisizione della metodologia di lavoro in team e degli strumenti di revisioni sistematica, clinica ed organizzativa, avvalendosi anche della professionalità dello psicologo a supporto del team, dei risultati
- avviare un programma regionale per la standardizzazione del supporto al *self-managent* riferito alla diffusione dei programmi di formazione del "paziente esperto"
- definire gli standard minimi organizzativi, funzionali e strumentali per la gestione dei percorsi

per la cronicità nelle sedi delle cure primarie
- estendere progressivamente a tutti i cittadini toscani la presa in carico da parte dei team della Sanità di Iniziativa
- implementare campagne di comunicazione e informazione della popolazione sul tema della cronicità e degli stili di vita
- sviluppare progressivamente obiettivi assistenziali e organizzativi aggiuntivi per i team in linea con la nuova strutturazione delle cure primarie a livello territoriale

2.2.1.6. Intervenire precocemente sulle dipendenze

Contesto

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

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

Obiettivi

- ridurre le disparità di accesso dovute alle disuguaglianze sociali
- ridurre il consumo delle sostanze legali (alcol e tabacco), delle sostanze illegali e delle dipendenze senza sostanze (in particolare il Gioco d'Azzardo Patologico)

Azioni

- rendere più facili le scelte salutari;
- responsabilizzare i cittadini e le varie istituzioni verso un fenomeno spesso sottovalutato ma che investe strati sempre più vasti di popolazione, in particolare quella adolescenziale e giovanile;
- raggiungere la popolazione target prima che l'eventuale consumo di sostanze diventi problematico con conseguenze dannose per la salute;
- attivare percorsi di prevenzione, in grado di prevenire ed intercettare il disagio giovanile e che vedano come protagonista privilegiato il mondo dell'adolescente e delle sue relazioni significative, finalizzati a mettere in campo competenze specifiche di ascolto e di osservazione, capacità comunicative e relazionali ma anche ad "attivare" conoscenze e competenze, secondo la metodologia delle "*life skills*", approfondire i meccanismi che regolano il funzionamento del cervello rispetto in particolare alle emozioni e sperimentare relazioni di appartenenza nei vari ambiti di vita (scuola, tempo libero, lavoro, famiglia, sport), indispensabili perché possa svilupparsi quella gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base necessaria ad una crescita equilibrata ed alla capacità di fare scelte consapevoli;
- garantire l'accesso immediato (senza soglie di ingresso) alle persone che richiedono aiuto;
- diversificare i luoghi di cura (e di ascolto) per quei consumatori di sostanze illegali che non accettano di essere presi in carico dai servizi preposti, prevedendo in particolare anche accessi diversificati per le persone con problemi di tabagismo, alcol e gioco d'azzardo patologico;
- collaborare con i medici "di fiducia" (sia MMG che specialisti esterni) garantendo continuità assistenziale, maggiore flessibilità in relazione agli impegni lavorativi e familiari e contribuendo alla "normalizzazione" dei percorsi di cura dei pazienti affetti da dipendenza da sostanze (eroina in particolare);
- creare le condizioni perché i soggetti in stato di bisogno e le loro famiglie attuino scelte responsabili per la tutela della propria salute e la prevenzione delle malattie;

- realizzare iniziative differenziate e mirate a seconda dei luoghi e delle persone cui sono dirette (la scuola, i luoghi di lavoro, gli adulti di riferimento, la discoteca, i pub, i gruppi informali, la strada, i raduni musicali, etc.) in quanto la scarsa percezione dei rischi connessi all'utilizzo delle sostanze da parte dei consumatori rende necessario un nuovo impegno in iniziative di comunicazione e informazione capillari.

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

Contesto

Nel tempo la nostra Regione si è posta di fronte al fenomeno delle dipendenze, dei nuovi e diversi stili di consumo e dei conseguenti processi di marginalizzazione con un'ottica di ricerca e studio imprescindibili per affrontare fenomeni caratterizzati da un complesso intreccio di fattori: ambientali e individuali, sanitari, psicologici, sociali e culturali. Gli interventi di bassa soglia rispondono proprio a questa esigenza, poiché si basano sul presupposto di favorire al massimo l'accesso dell'utenza ai Servizi socio-sanitari pubblici e privati, attraverso azioni di prossimità, riduzione del danno, mediazione, pronto intervento sociale e sanitario nei luoghi caratterizzati da forte marginalità e ad alto rischio per la salute psico-fisica delle persone. Tali interventi, infatti, sono caratterizzati dalla rinuncia a porre rigide soglie di ingresso ai servizi offerti, sia dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, invio da altri servizi ecc.) sia dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obblighi di intervista, richiesta di motivazioni al contatto ecc.). Essi si rivolgono a persone che consumano sostanze ed alcol che non hanno contatti con i Servizi, che hanno interrotto le relazioni con le reti di socializzazione primarie e secondarie (famiglia, amici, gruppi di pari ecc.), con perdita transitoria dell'abitazione e delle risorse economiche, persone dedite alla prostituzione e soggette a sfruttamento e tratta, persone che hanno visto fallire il loro progetto migratorio, soggetti HIV positivi o in AIDS. Gli interventi di bassa soglia, inoltre, possono rivolgersi anche a consumatori in carico ai Servizi pubblici dedicati (SER.T.), ma che continuano a consumare sostanze da strada e alcol, a giovani consumatori che frequentano i luoghi del divertimento e dell'intrattenimento notturno (rave party, festival musicali, pub, disco-bar) e che non riconoscono i servizi socio-sanitari istituzionali come un punto di riferimento in grado di rispondere ai propri bisogni. L'attenzione della Regione Toscana verso l'approccio di bassa soglia è dimostrata, tra l'altro, dal *"Protocollo di intesa per interventi di prevenzione e riduzione del danno in favore di persone tossico/alcoldipendenti a forte marginalità sociale"* siglato insieme al C.T.C.A. (Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza) e le Società della Salute di Firenze, Pisa e Livorno, protocollo finalizzato a garantire maggiore stabilità e continuità agli interventi di bassa soglia e riduzione del danno storicamente operativi nelle province di Firenze, Pisa e Livorno.

Obiettivi

- avvicinare l'utenza tossico-alcoldipendente a forte marginalità sociale ai servizi pubblici e del privato sociale
- prevenire i rischi e i danni legati al consumo di sostanze legali(alcol e tabacco) e illegali

Azioni

- fornire sostegno e forte impulso programmatico a progettualità regionali ormai "storiche" quali i Centri fissi a bassa soglia (Drp In), le Unità mobili in contesti di marginalità estrema, le Unità mobili/postazioni attrezzate nei grandi eventi di aggregazione giovanile (rave party, festival musicali), e nei contesti più routinari del divertimento giovanile (disco-bar, pub);
- tradurre tali progettualità in azioni e programmi stabili in quanto di comprovata efficacia;
- impegnare la Giunta regionale a stabilizzare gli interventi attivi nei territori di Firenze, Pisa e Livorno e a definire linee di indirizzo e standard organizzativi e assistenziali appropriati, unitamente alla loro valorizzazione economica, per l'estensione degli stessi sull'intero territorio regionale, in collaborazione con gli Enti Locali e la loro rappresentanza (ANCI Toscana), le Aziende USL attraverso i competenti servizi (Dipartimenti delle Dipendenze, SERT), il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza – Sezione Toscana (CTCA),

secondo i contributi tecnici che emergeranno dal tavolo regionale sulle tossicodipendenze ad alta marginalità attivato dal Protocollo di cui sopra.

2.2.1.7. Riconoscere il disagio per prevenire la malattia mentale

Contesto

Studi su dati a livello europeo[24] stimano che circa il 27% dei cittadini degli stati membri sperimentino, in un anno, almeno una forma di disagio mentale; i disturbi comportamentali sono in aumento soprattutto in infanzia ed adolescenza così come sono in aumento i disturbi psichici in età geriatrica, preoccupante è l'incidenza del suicidio fra le cause di morte. E' in crescita il bisogno da parte di soggetti che presentano sintomi di disturbi emotivi comuni (ansia,depressione, sindromi subcliniche); secondo l'0MS questi disturbi causano il più alto tasso di disabilità misurata in DALY's, la sola depressione rappresenterà dal 2020 una delle cause maggiori di disabilità. In Italia lo studio ESEMED-WMH[25] ha mostrato che il 7,2% dei maschi ed il 14,9% delle femmine (totale 11,2%) hanno sofferto, in qualche momento della propria vita, di un disturbo affettivo.

E' necessario incrementare la rilevazione dei fenomeni della violenza e della pericolosità ai fini di valutare interventi adeguati di sostegno alle vittime e trattamento per gli autori di violenza in collaborazione con i Centri del Terzo Settore.

Le situazioni di disagio psicosociale contribuiscono all'insorgenza della malattia mentale.

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

E' necessario riconoscere ed accogliere le problematiche adolescenziali. Studi clinici sull'adolescenza pongono l'accento sulla prospettiva evolutiva di questa fase della vita e la definiscono anche come un'età critica in cui possono emergere aspetti di disagio psicologico, disturbo psicopatologico e di disadattamento sociale. Diversi studi dimostrano che oggi l'uso di sostanze d'abuso tra i giovani è il più forte fattore di rischio per sviluppare disturbi mentali di diversa gravità e durata, inclusi disturbi gravi e persistenti. I giovani che soffrono di disturbi mentali comuni o gravi sono inoltre maggiormente vulnerabili rispetto allo sviluppo di una dipendenza da sostanze. E' importante costruire un percorso educativo socio sanitario, che metta in grado i vari contesti di condividere il riconoscimento precoce e l'accompagnamento verso i servizi, a seconda dei bisogni e del grado di disagio presentato, all'interno di una rete tra scuola, servizi socio-sanitari e famiglie.

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

Per i giovani il passaggio dalla scuola dell'obbligo all'università o al lavoro rappresenta una delle tappe evolutive di maggiore rilevanza: qualcuno può manifestare difficoltà di vario grado ad adeguarsi, sino a manifestare una vera e propria sofferenza psichica. Anche la genitorialità rappresenta una sfida per il soggetto, nello specifico per la donna la gravidanza costituisce una fase critica della vita, ricca di innumerevoli potenzialità evolutive ma allo stesso tempo aperta a rischi che non vanno sottovalutati, è importante che venga posta attenzione alle situazioni di difficoltà psichica e socio-economica. Si richiama a tal proposito quanto previsto nel paragrafo "Sostegno alla famiglia e alla genitorialità e la rete dei consultori" del presente Piano.

Gli anziani sono potenzialmente esposti a fattori di rischio per la salute psichica; l'isolamento, la solitudine e la scarsa attività, spesso uniti a problemi fisici possono determinare condizioni di

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

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

sofferenza psichica rilevante. Inoltre gli anziani possono soffrire di sintomi psichici derivanti da patologie quali quelle neurodegenerative. In Toscana gli anziani sono i più alti consumatori di farmaci antidepressivi, l'analisi PASSI ha altresì sottolineato che i sintomi della depressione risultano più frequenti in alcune categorie tra cui gli anziani e i soggetti con patologie croniche.
Altri eventi quali la disoccupazione e la precarietà possono rendere il soggetto più vulnerabile e sottoposto a condizioni di disagio psichico; le condizioni socio-economiche rappresentano infatti determinanti fondamentali della salute. La relazione tra disagio socio-economico e problemi mentali è biunivoca; molti studi a livello internazionale hanno confermato l'esistenza di una associazione tra classi sociali svantaggiate e maggiore prevalenza dei disturbi psichiatrici trattati nei servizi specialistici. Di recente lo studio PASSI ha rilevato, per quanto riguarda la depressione, sintomi più frequenti in alcune categorie di soggetti tra cui coloro che hanno una bassa istruzione, che non lavorano regolarmente e che hanno grosse difficoltà economiche.
La condizione di migrante e in particolar modo quella di rifugiato, espongono il soggetto ad alcuni fattori stressogeni legati a: lingua, regole sociali nuove, possibile perdita di status sociale, separazioni, scarso supporto sociale e solitudine, basso livello socio-economico, distanza culturale dal paese d'arrivo, conflitti identitari, difficoltà di inclusione sociale, emarginazione e discriminazione. Questi fattori rendono il soggetto migrante maggiormente vulnerabile per lo sviluppo di disagi psichici e forme di disturbo mentale, così come l'aver vissuto esperienze traumatiche estreme pre-migratorie, migratorie e post-migratorie.
Anche i figli di immigrati, sebbene nati in Italia, possono presentare alcune specificità e fattori di rischio per la salute mentale relativi alla doppia appartenenza culturale, alla distanza sociale, alla discriminazione e al basso livello socio-economico.

Sfida
Diventa indispensabile trovare nuovi approcci, più proattivi degli attuali, capaci di intercettare il bisogno e di riorganizzare i servizi in modo adeguato alla domanda, favorendo anche un maggiore coordinamento fra i servizi sanitari e tra questi e quelli sociali.

Obiettivi
- Intercettare il disagio psichico tramite interventi proattivi e precoci con particolare attenzione ai minori, agli adolescenti, agli anziani, alle famiglie multiproblematiche, agli immigrati e ai soggetti che attraversano particolari fasi di vita;
- garantire il riconoscimento precoce, la diagnosi e il trattamento tempestivo ed efficace di disturbi comuni come la depressione e l'ansia;
- individuare precocemente i disturbi psicotici e neuropsichici;
- promuovere la partecipazione attiva degli utenti e dei loro familiari alla programmazione e valutazione dei servizi attraverso loro rappresentanze;
- promuovere la collaborazione tra servizi di salute mentale infanzia adolescenza, servizi consultoriali e servizi sociali per valutare la possibile implementazione di esperienze quali: la *home visiting,* da parte di figure come la Doula (assistente domiciliare di comunità), la promozione dell'attaccamento sicuro e la peer education per favorire lo sviluppo di reti sociali per giovani e contrastare il bullismo;
- coinvolgere i pediatri di libera scelta nell'individuazione precoce del disturbo e nel percorso assistenziale.

Azioni
- estensione della cultura della prevenzione a tutta la rete dei servizi di salute mentale in modo da riorientare i servizi alla presenza articolata nella comunità, nei luoghi abituali di vita e di lavoro, alla collaborazione con i Medici delle cure primarie (Medici di medicina generale e i Peditari di famiglia) e all'intervento precoce e proattivo, in coerenza con quanto disposto dalla DGR 1235/2012 che sottolinea il ruolo fondamentale delle cure primarie nella rete di assistenza
- favorire la disseminazione di conoscenze sui sintomi prodromici nelle Unità Funzionali Salute mentale infanzia adolescenza, Salute mentale adulti, fra i PLS, i MMG, nei Consultori

- favorire la creazione di centri di ascolto con l'obiettivo primario di fornire supporto psico-sociale a quelle persone che incontrano notevoli difficoltà di accesso o reinserimento nel mondo del lavoro, puntando sulla socialità, l'affettività, la costruzione di reti
- potenziare e monitorare i programmi di *screening* per la valutazione dello sviluppo della comunicazione e della relazione in età pediatrica
- elaborare linee guida con identificazione di funzioni e ruoli dei servizi sanitari, sociali, educativi e di giustizia minorile, e modalità di raccordo tra gli stessi, per l'individuazione precoce del disagio/disturbo con particolare attenzione ai minori e agli adolescenti
- favorire un percorso di promozione di "salute mentale di comunità", nella quale i servizi pubblici (AUSL e Comune), privati (Terzo Settore), Associazioni di migranti e altre associazioni di volontariato, rafforzano le proprie competenze e partecipano attivamente per accogliere le situazioni di disagio psicologico.

Il Centro di Ascolto Regionale per il "progetto Montagna in Salute"

Il progetto "Montagna in Salute" è un progetto sperimentale che si colloca nell'ambito di un programma di prevenzione del disagio sociale, con particolare attenzione al fenomeno del suicidio. E' attivo ufficialmente da luglio 2009 a seguito della firma del protocollo d'intesa tra UNCEM Toscana, Regione Toscana, e le SdS del Casentino, Colline Metallifere e Amiata Grossetana (DGR 461/2009).

I comportamenti suicidari rappresentano un problema significativo di salute pubblica dei paesi sviluppati. Nonostante attualmente in Toscana si osservi una diminuzione del tasso di suicidio, passando da un tasso di mortalità per questa causa, negli ultimi 10aa da 9 su 100.000 abitanti nel 1998 (314 suicidi) a 6,8 nel 2008 (263 suicidi), nelle aree montane della Regione si evidenzia comunque un tasso maggiore del fenomeno rispetto alle altre zone, quali ad es. zona socio-sanitaria Amiata Grossetana (17,5 su 100.000 abitanti), zona socio-sanitaria Colline Metallifere (12,4 su 100.000 abitanti), zona socio-sanitaria del Casentino (7,5 su 100.000 abitanti).

Il progetto si focalizza sui principali fattori di rischio presenti nelle aree montane (isolamento sociale, alcol, violenze su donne e minori), allo scopo di programmare azioni di intervento, per ridurre le criticità del fenomeno e contribuire al miglioramento della qualità della vita dei cittadini dei comuni montani.

Risale al novembre 2011 l'attivazione di un Numero Verde per la prevenzione del suicidio, attraverso il Centro di Ascolto Regionale, rivolto in una prima fase sperimentale ai cittadini delle tre SdS montane, come previsto dalla DGR 59/2011.

L'attività telefonica è gestita da operatori telefonici con competenze di *counseling* e psicologi con funzioni di counseling e supporto psicologico, che lavorano in rete con gli operatori dei servizi sociosanitari dei territori coinvolti; l'obiettivo principale è aiutare il cittadino ad accedere ai servizi sociosanitari per inserirsi nel percorso adeguato. Tale attività permetterà inoltre la rilevazione di dati che contribuiranno all'analisi del fenomeno del disagio e della fruibilità dell'accesso ai Servizi sociosanitari nelle aree montane.

La sperimentazione ha permesso di mettere a punto un modello di accoglienza e di assistenza da applicare progressivamente agli altri territori toscani.

Percorsi integrati tra servizi di salute mentale e le cure primarie

Al fine di garantire il riconoscimento precoce dei disturbi mentali, un'efficace presa in carico e quindi un più appropriato uso dei farmaci antidepressivi è necessario prevedere adeguate modalità di integrazione stabile e continuativa tra i Dipartimenti di Salute Mentale, la medicina generale ed i pediatri di libera scelta, che anche a seguito dell'adozione della DGR 1235/2012, rivestono un ruolo fondamentale nella rete di assistenza. In particolare si vuole favorire la diagnosi e il trattamento tempestivo ed efficace dei disturbi così detti comuni, come la depressione e l'ansia. Questi disturbi hanno un'alta prevalenza nella popolazione mentre l'offerta per il loro trattamento non risulta sempre appropriata. Si intende inoltre favorire il riconoscimento ed il trattamento precoce dei disturbi psicotici e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici in età evolutiva con particolare attenzione allo spettro autistico.

Forme di collaborazione attiva nelle cure primarie possono inoltre consentire di affrontare con maggiore appropriatezza le problematiche degli anziani affetti da disturbi cognitivi.

Azioni

- definire e attuare linee di indirizzo per la gestione integrata tra medicina generale e DSM della depressione e dei disturbi d'ansia, per il riconoscimento precoce dell'esordio psicotico e la gestione appropriata delle terapie farmacologiche;
- implementare interventi graduali (stepped care) integrati nelle cure primarie per la cura della depressione e dei disturbi d'ansia prevedendo diverse tipologie di trattamento, alternative o integrative rispetto al farmaco, in relazione alla gravità della sintomatologia quali gli interventi psicoeducativi e psicosociali, la biblioterapia e l'auto-aiuto supportato e favorendo altresì l'attivazione di psicoterapie di gruppo e brevi per le quali sussistono, in base alla letteratura scientifica, prove di indiscutibile efficacia (Evidence based Therapies); monitorare l'andamento clinico del paziente ed i risultati;
- favorire la collaborazione tra DSM e MMG per garantire l'accesso a percorsi diagnostici e terapeutici appropriati per tutte le patologie somatiche.

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

Contesto

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

La prevalenza di fragilità è stimata nella popolazione ultrasentacinquenne Toscana intorno al 9% (studio InChianti). La prevalenza aumenta rapidamente con l'età ed è maggiore nel sesso femminile.

Convincenti evidenze scientifiche pubblicate indicano che la fragilità non è una condizione immodificabile ma spesso reversibile tramite opportuni interventi multidimensionali. Risulta inoltre provata l'efficacia degli interventi finalizzati a promuovere l'attività fisica. La Regione Toscana ha ormai da tempo consolidate politiche di intervento a sostegno della popolazione anziana fragile supportate da un cospicuo quadro normativo di riferimento.

La legge regionale 24 febbraio 2005 n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" all' articolo 54 sancisce la necessità, da parte della Regione Toscana, di promuovere interventi di politica sociale, finalizzati alla salvaguardia della salute e dell'integrità psicofisica delle persone anziane.

Il Piano Sanitario Regionale 2008/2010 al par. 5.6.2.4 prevedeva "interventi a favore degli anziani a rischio (fragili)" ed al punto 6.2 l' "Attivazione di interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana" con la finalità di migliorare la qualità di vita attraverso una rete di sorveglianza attiva sul territorio e con l'obiettivo specifico di difendere l'anziano dalle emergenze climatiche.

Il Piano Integrato Sociale Regionale 2007/2010 ugualmente si era posto, tra gli obiettivi prioritari nel triennio, la promozione della salute degli anziani, sul presupposto che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione ampliasse la domanda proveniente dal sociale e richiedesse

l'assunzione di politiche integrate che assicurassero il miglioramento complessivo della qualità della vita per la persona anziana.
Già a partire dal 2006, il servizio della "Sorveglianza attiva" è esteso per tutto l'arco dell'anno ed in tutte le Zone-Distretto del territorio toscano garantendo la presa in carico della persona anziana fragile, con modalità ed interventi calibrati e progettati localmente. Nel 2010 sono stati più di 440.000 gli anziani inseriti in sorveglianza attiva.
L'organizzazione del servizio di sorveglianza attiva, si rivolge prevalentemente alle seguenti tipologie di persone:

- maschi/femmine, > 75 anni anche se non si esclude la possibilità di poter prendere in considerazione persone anziane a partire dai 65 anni;
- persone che vivono sole o anche in coppia con il coniuge (o con un congiunto anziano o con handicap);
- persone prive di sostegno familiare e solidale (rete amicale, volontariato, ecc.);
- persone segnalate per problemi di salute;
- persone fragili.

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

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

Obiettivo generale è quella di incentivare interventi che vadano nel senso della permanenza negli ambienti familiari, di modelli innovativi di domiciliarità e convivenza che consentano di sostenere la perdita progressiva o traumatica di ambiti di autonomia ed anche l'incidenza delle disabilità correlate all'età. Tali modelli saranno basati sulla gradualità degli interventi e delle risorse partendo dalla condivisa classificazione dei bisogni e dal costo attribuito in maniera obiettivo e aggiornata a ciascuno di di essi.

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

- promozione e garanzia di libertà personale ed autonomia
- costi contenuti, permettendo la conduzione di una vita dignitosa
- elevati livelli di socializzazione e creazione di reti di solidarietà sia all'interno del centro che verso la collettività esterna
- assenza di barriere architettonica

- ottima accessibilità ai servizi ed alla infrastrutture esterne

La prospettiva è che il Centro Sociale possa assumere anche la connotazione di un centro di studio, di ricerca e di formazione nell'ambito della qualità della vita degli anziani, rappresentando un modello di riferimento e fornendo indicazioni provenienti da un'esperienza concreta sviluppata in Toscana per praticare soluzioni assistenziali differenti, meno costose e socialmente più gradite agli anziani.
La Regione Toscana si impegna a sperimentare, nell'arco di vigenza del presente PSSIR, ove possibile, strutture analoghe anche utilizzando immobili dismessi, in accordo con gli altri soggetti pubblici proprietari degli immobili.

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

Obiettivi
- promuovere le azioni di identificazione e valutazione degli anziani fragili a tutti i livelli del sistema socio-sanitario e le azioni di promozione della salute, di cura e di aiuto mirate alla prevenzione della disabilità in questo gruppo ad alto rischio
- avviare o consolidare azioni di prevenzione della fragilità anche sulla base dei pareri espressi dal CSR, sostenere interventi di sostegno degli anziani fragili attraverso una capillare e continua rete di servizi a domicilio anche in sinergia con il volontariato locale
- Promuovere la diffusione delle esperienze di residenzialità sociale solidale integrata nella comunità locale (condomini solidali e/o gruppi appartamento) anche con il coinvolgimento organico del terzo settore
- Promuovere nell'ambito della qualificazione delle azioni di sostegno alla domiciliarità l'offerta integrata di servizi a livello territoriale la scelta è quella di organizzare coinvolgendo anche le strutture residenziali (RSA) l'offerta di assistenza domiciliare e gli eventuali ricoveri di sollievo. La dislocazione delle strutture sul territorio fiorentino permette di ipotizzare una presenza diffusa sul territorio in grado di ottimizzare la risposta di presa in carico totale degli anziani fragili. Il servizio socio sanitario territoriale presidia i percorsi di continuità assistenziale, il controllo delle prestazioni di assistenza domiciliare erogate nel territorio si attua per tanto un decentramento dell'offerta che insieme al integrazione delle risorse favoriscono la crescita complessiva della qualità.

Strategie
• identificazione proattiva degli anziani fragili a tutti i livelli del sistema socio-sanitario; Iidentificare e valutare gli anziani fragili in modo proattivo con programmi di *screening* e di valutazione multidimensionale dei positivi è di fondamentale importanza per il raggiungimento dell'obiettivo. Per l'identificazione saranno utilizzate le occasioni di contatto tra gli anziani e i servizi
sanitari e sociali (medicina generale, moduli della sanità d'iniziativa, Punti Insieme, ospedale, ecc.).
La sinergia delle diverse modalità ed occasioni di intercettazione dell'anziano fragile sarà possibile utilizzando come comune definizione operativa quanto proposto dal CSR con parere 18/2011. Le informazioni raccolte sono condivise con opportuni strumenti informatici tra tutti gli operatori del Servizio Sanitario.

• valutazione e trattamento
I protocolli di valutazione e trattamento devono essere omogenei e condivisi a livello regionale tra tutti gli operatori sulla base di linee guida, come quelle relative al parere del Consiglio Sanitario Regionale 47/2012. Date le dimensioni epidemiologiche del problema gli interventi saranno centrati sulle Cure Primarie, Medicina Generale, attività distrettuali e con il sostegno della medicina specialistica.

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

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

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

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

• l'attuazione di azioni di "Sorveglianza attiva della persona anziana fragile", al fine di attivare adeguati interventi, preventivi ed assistenziali, per prevenire gravi danni alla salute delle categorie più esposte ed, in particolare, delle persone anziane, impone interventi integrati socio-sanitari attraverso l'integrazione tra i servizi territoriali sanitari, sociosanitari e socio assistenziali, la diffusione di esperienze di condomini solidali, il rafforzamento delle reti locali del Terzo settore,

mediante la messa a disposizione di strutture e dirisorse aggiuntive, rese disponibili dai Comuni, dalle Società della Salute, dagli altri Enti locali e dalla Regione.

• sviluppare la collaborazione tra Regione Toscana e Organizzazioni Sindacali dei Pensionati della Toscana (SPI - CGIL, FNP - CISL, UILP – UIL) e le Confederazioni regionali CGIL, CISL, UIL come da protocollo d'Intesa di cui alla DGR 526/ 2011 per la promozione e la divulgazione agli anziani toscani dell'informazione e delle buone prassi individuate, sostenendo le azioni necessarie a supportare l'invecchiamento attivo della popolazione e a prevenire la non autosufficienza e la fragilità.

• sviluppare l'intesa collaborativa convenuta con i Sindacati Pensionati del lavoro Autonomo (coordinati nel CUPLA) e delle loro Organizzazioni di riferimento.

2.2.1.9. L'Attività Fisica Adattata

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

2.2.2. L'accesso ai servizi della popolazione immigrata

Contesto

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

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

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

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

L'analisi dell'offerta dei servizi sanitari nel territorio toscano (ci si riferisce in particolare alla ricerca "Immigrati e salute. Percorsi di integrazione sociale" commissionata dalla Regione Toscana al Laboratorio MeS e all'Università di Firenze) ha fatto emergere una forte disomogeneità e varietà di approcci caratterizzata, però, da un lato, da una discreta attenzione agli aspetti dell'informazione e della mediazione culturale e, dall'altro, dall'assenza di responsabili diretti aziendali, dalla scarsa attenzione alla formazione degli operatori, da una limitata partecipazione ai progetti mirati ed dalla necessità del recupero del ruolo di coordinamento della Regione Toscana.

Sfide

In questo quadro merita particolare attenzione lo straniero temporaneamente presente (STP), che ha ulteriori difficoltà di approccio al sistema salute stante le condizioni di deprivazione e disagio sociale .

La deliberazione del Consiglio regionale 16 febbraio 2005, n. 22, che individuava nei MMG e Pls le figure di riferimento per l'assistenza sanitaria di base agli STP, ha avuto, quale risultato, la regolamentazione e la organizzazione del sistema di accesso per gli STP. Sono state evidenziate peraltro, alcune criticità rispetto all'effettivo accesso ai servizi. Tale carenza potrà essere affrontata attraverso una puntuale formazione/informazione diretta sia dell'utenza che alle figure professionali coinvolte.

Punto cardine delle politiche sanitarie per l'accesso ai servizi degli immigrati rimane, d'altro canto, il percorso materno infantile che permette di intercettare, attraverso la definizione e formalizzazione di appositi percorsi, un ampio numero di persone (vedi par. 2.1.5.1. "Percorso materno infantile"). Strettamente connessa a tale tema risulta la particolare attenzione che deve essere posta, da parte dei Servizi socio-sanitari, alla tutela della salute dei richiedenti/titolari di protezione internazionale, sia adulti che minori (rifugiati politici, titolari di protezione sussidiaria e umanitaria, richiedenti asilo). Tale necessità si basa sulle specifiche tutele giuridiche assicurate a questa fascia di popolazione, che in linea generale sanciscono parità di trattamento con i cittadini italiani rispetto all'assistenza sociale e sanitaria, comprese quella riabilitativa e protesica. Inoltre, essa deriva dalla pluralità di fattori di rischio per la salute fisica e mentale cui sono esposti i rifugiati in conseguenza degli eventi traumatici pre-migratori, migratori e post-migratori, così come delle condizioni ambientali e sociopolitiche dei contesti di provenienza, di transito e di arrivo.

Obiettivo

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

Azioni

Verso gli utenti: Oltre alle campagne informative sui diversi percorsi di cura e assistenza e sul corretto uso dei vari punti di accesso, il sistema sanitario deve orientare la propria azione verso apposite campagne di educazione alla salute che portino al coinvolgimento dei cittadini stranieri all'interno dei percorsi di prevenzione.

Sembra opportuno sperimentare la figura dell'educatore sanitario di comunità, con funzione di facilitazione e di avvicinamento ai servizi, coinvolgendo le comunità di stranieri presenti sul territorio. L'intervento favorirebbe una sanità d'iniziativa, di immigrati per immigrati, con evidenti benefici nell'*empowerment* di individui e comunità, rafforzando la loro competenza in materia di salute. Avrebbe inoltre lo scopo di favorire la comunicazione tra personale e pazienti, aumentando tra l'altro le conoscenze del personale riguardo agli aspetti culturali legati alla salute.

A partire dall'analisi delle determinanti di salute delle persone immigrate, si registra la necessità di intervenire sulle cause più frequenti di perdita della salute quasi sempre correlate con le condizioni di lavoro e di vita, generalmente più disagiate rispetto a quelle del resto della popolazione; oltre a ciò, particolare attenzione va dedicata alla prevenzione e alla cura delle patologie oncologiche e delle malattie infettive, in particolare TBC e HIV/AIDS, sia per gli stranieri provenienti da PSA che per quelli provenienti da PFPM.

Per quanto riguarda invece la tutela della salute riproduttiva, sono importanti interventi di prevenzione dell'IVG e di sostegno alla genitorialità anche attraverso il potenziamento dei servizi consultoriali, *pre* e *post partum*.

Rispetto, inoltre, ai titolari/richiedenti protezione internazionale l'azione strategica dovrà tendere a:

- strutturare e formalizzare, a livello locale o di Area Vasta, rapporti di collaborazione con gli Enti locali, con le strutture di accoglienza e con le altre organizzazioni del privato sociale, volti all'integrazione fra i percorsi di accoglienza sociale, economica e giuridica dei titolari e richiedenti protezione internazionale e gli interventi sanitari (certificazioni medico-legali, prevenzione individuale e collettiva e presa in carico terapeutica e/o riabilitativa), come fattore indispensabile di sostegno ai loro percorsi di autonomia e benessere;
- definire forme organizzative, processi e funzioni volti all'identificazione precoce dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità (vittime di tortura o di altre tipologie di violenza fisica o sessuale, minori non accompagnati, donne singole in stato di gravidanza, persone che necessitano di assistenza sanitaria o con disabilità, genitori singoli con figli minori, anziani) ed alla predisposizione degli opportuni e necessari interventi sociali e sanitari
- sperimentare modalità organizzative – anche intersettoriali con sinergie fra pubblico e privato sociale – e metodologie di intervento multidisciplinari capaci di rispondere alla complessità dei quadri clinici e delle specificità sociali, culturali e giuridiche di persone vittime di tortura e di violenza estrema di matrice politica, religiosa o etnica;

Verso gli operatori: il primo ambito di intervento è la costruzione di Linee guida regionali per la corretta applicazione della normativa vigente che renda omogenea la loro applicazione su tutto il territorio regionale ed, al contempo, fornisca una base di certezza per gli operatori del sistema. Ciò

correlato ad una apposita formazione che aiuti l'operatore ad identificare immediatamente la fattispecie di riferimento per fornire la corretta indicazione e generi percorsi di formazione indotta all'interno del sistema sanitario. Il secondo ambito è la ridefinizione e il miglioramento del "percorso STP" nell'ottica di riuscire ad intercettare il maggior numero di soggetti ed indicare una diversa modalità di intervento.
Infine, dal punto di vista del *sistema salute*, sarà opportuno potenziare i servizi di mediazione culturale, l'informazione e la comunicazione, interna ed esterna, individuare all'interno delle Aziende precise responsabilità ai vari livelli organizzativi.

2.2.3. Il sostegno alle persone e alle famiglie

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

2.2.3.1. Misure di sostegno per le famiglie - Interventi relativi alla Legge regionale 45/2013

Con la legge finanziaria per l'anno 2013 la Regione Toscana ha previsto misure economiche di sostegno destinate a persone in condizioni di particolare vulnerabilità ed alle famiglie che si trovano in situazioni di emergenza. Il perdurare e l'aggravarsi della crisi economica e sociale ha fatto ritenere necessari ulteriori interventi a favore delle famiglie toscane, tesi ad assicurare un sostegno concreto alle persone che vivono particolari situazioni personali o di disagio, suscettibili di aggravarne le difficoltà finanziarie. Per il triennio 2013-2015, pertanto, sono state individuate ulteriori risorse finanziarie per la messa a punto di un pacchetto di nuove misure di sostegno in favore di target selezionati di famiglie in situazioni di fragilità; la legge regionale 2 agosto 2013, n. 45 (Interventi di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione sociale e per il contrasto al disagio sociale) istituisce contributi per nuovi nati, adottati e collocati in affido preadottivo, per famiglie con disabili a carico e per nuclei familiari numerosi (con almeno 4 figli); la norma prevede che al contributo possano accedere i nuclei familiari con attestazione ISEE non superiore a 24.000 euro, quindi in condizioni oggettive di debolezza.
Si tratta di un intervento significativo nell'ambito delle politiche di sostegno della famiglia, che prevedendo l'esigibilità dei contributi finanziari per i soggetti in possesso dei requisiti previsti dalla legge stessa, introduce il riconoscimento di un diritto soggettivo e quindi di una posizione di vantaggio riconosciuta dalla norma, assicurando ai potenziali beneficiari una forma più intensa di protezione di un interesse individuale rispetto agli interventi ordinari in ambito di servizi sociali.
Di fatto, tale intervento può considerarsi un intervento prodromico, in assenza di un quadro di riferimento a livello nazionale, di definizione ed attuazione di un Livello Essenziale delle Prestazioni di assistenza sociale così come previsto dal punto 2.1.3.1 del presente piano.
Il Protocollo d'Intesa siglato il 23 luglio 2013 tra Regione Toscana e Organizzazioni Sindacali per la realizzazione di interventi di sostegno alle famiglie ed ai lavoratori in difficoltà , approvato con DGR 624/2013, ha anche previsto il finanziamento del Fondo per la non autosufficienza per un importo aggiuntivo di euro 5.000.000,00 con la finalità di potenziare le risposte in favore dei cittadini non autosufficienti, secondo parametri requisiti e tipologie di intervento previste dalla l.r. 66/2008. Tali risorse vanno ad aggiungersi a quelle già destinate alla Non autosufficienza, per le annualità 2013-2014-2015.

2.2.3.2. Tutela dei bambini e adolescenti

Contesto
Il riconoscimento della centralità dell'infanzia e dell'adolescenza tra le politiche di *welfare* rappresenta il punto d'arrivo del percorso decennale che ha accompagnato l'approvazione della *Convenzione Internazionale dei diritti del Fanciullo* del 1989 e che si è alimentato del dibattito culturale e pedagogico sviluppatosi parallelamente all'adozione delle leggi di ratifica. L'affermazione del concetto dei bambini come soggetti di diritto in forma non residuale rispetto agli adulti e ai genitori, disceso dalla *Convenzione*, ha aperto una stagione nella quale le spinte culturali più innovative si sono coniugare con norme specifiche: dalla legge 285 del 1997 fino alla legge 149 del 2001, passando per la 328 del 2000, norme cioè che non solo hanno sottolineato la necessità di considerare i bambini come cittadini, ma che hanno orientato il sistema dei servizi verso obiettivi di benessere sociale. Spetta alla legge 149/2001 il compito non semplice di indicare i percorsi per rendere esigibile il diritto di ogni minore ad una famiglia e il diritto ad instaurare relazioni significative, non solo familiari: all'ombra di tale norma, pur nelle croniche carenze dell'esigibilità dei diritti da subordinare alle disponibilità economiche, della mancata definizione dei livelli essenziali, e dell'approvazione del terzo *Piano d'azione nazionale sui minori* (dicembre 2010) senza finanziamenti correlati la Regione Toscana ha costruito i propri percorsi affinché si affermasse un *welfare* a misura di bambino sostenuto da una rete qualificata di servizi e di professionalità. Poche ma essenziali le tappe di questo progressivo avvicinamento ai bisogni di tutela e protezione dei cittadini minori di età:

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

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

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

D'altro canto se la perdita di vigore dell'affidamento familiare è questione che interessa tutto il territorio nazionale tra il 2007 e il 2008 (diminuzione del 9,5%), va anche rilevato come in Toscana l'indicatore "bambini in affidamento familiare ogni bambino accolto nei servizi residenziali" sia pari all'1,7 (dato 2009): tradotto alla luce dei percorsi di interventi individuati dalla legge 149 - che richiede ai servizi di privilegiare l'affidamento familiare rispetto all'accoglienza in struttura – questo dato ci dice che ad ogni bambino collocato in comunità residenziale corrispondono mediamente 1,7 bambini accolti in famiglie. Un rapporto percentuale che quindi rimane soddisfacente, soprattutto se confrontato alla media nazionale del 2008 che si attesta su un valore pari a 1 – ovvero di egual ricorso alle due diverse modalità di accoglienza -, ma che certo non conferma pienamente, se correlato ai *trend* evidenziati, la tenuta del sistema dei servizi di tutela e protezione su scelte dettate esclusivamente dall'adeguatezza degli interventi piuttosto che da contingenze collegate al progressivo restringimento del quadro generale delle risorse.

Anche le famiglie toscane, come accade a livello nazionale, hanno dimostrato nell'ultimo decennio una maggiore sensibilità alla tematica dei bambini abbandonati consentendo dal 1999 al 2009 l'incremento ed il "rinnovamento" della popolazione minorile regionale: "nuove" famiglie si sono formate intorno a "nuove" generazioni grazie alle adozioni nazionali ed internazionali che, nel periodo indicato, hanno visto l'ingresso nella nostra regione di 3.806 minori di cui 3.348, cioè l'88%, provenienti da un paese estero. I minori adottati sono in costante aumento dal 2002: da 241 a 456 (di cui 85% , minori provenienti da un paese estero); la stessa tendenza si registra riguardo alle coppie adottive: dalle 217 coppie del 2002 alle 375 del 2009.

Tenendo presente da un lato il percorso fatto in Regione per l'organizzazione dei servizi sui minori e la famiglia e dall'altro le evidenze dei fenomeni, non meno che i vincoli di finanza pubblica, è legittimo chiedersi, alla vigilia del nuovo ciclo di programmazione, da dove ripartire per sostenere lo sviluppo dei servizi locali dedicati alla cura, protezione e promozione dell'infanzia e dell'adolescenza; sviluppo che necessariamente dovrà avvenire nel più ampio sistema organico di risposte ai bisogni dei cittadini. L'individuazione degli obiettivi e delle azioni si innesca quindi sulle seguenti macro direttrici:

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

Obiettivi

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

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

Azioni

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

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

- al ricorso, sulla base dei bisogni personalizzati, di tutte le tipologie di affidamento previste dalla normativa
- alla diffusione e all'organizzazione omogenea su tutto il territorio regionale dei Centri per l'affido con funzioni di reperimento, informazione, formazione e sostegno alle famiglie affidatarie, garantendo l'impiego delle figure professionali adeguate, quali assistenti sociali, educatori e/o pedagogisti (vedi nota n. 29) e psicologi
- alla presa in carico del minore e della sua famiglia di origine attraverso un adeguato sostegno psicologico per la riduzione o la risoluzione delle problematiche che hanno determinato l'allontanamento, attraverso il coinvolgimento attivo e consapevole dei nuclei nel processo di tutela dei figli
- all'attivazione di un livello di coordinamento regionale sull'affido con l'obiettivo prioritario di promuovere uno spazio di confronto e condivisione tra le istituzioni e tra gli operatori, in grado anche di individuare gli aspetti più critici del percorso e di proporre soluzioni operative,

metodologiche e di raccordo istituzionale finalizzate alla migliore definizione delle competenze e delle responsabilità di ogni attore

- al sostegno alle famiglie affidatarie, rendendo omogenei i contributi e le modalità nei vari comuni, sostenendo la continuità dopo i 18 anni in particolare a beneficio dei ragazzi con disabilità
- alla valorizzazione delle associazioni familiari, riconoscendo il loro ruolo di risorsa attiva nelle politiche di promozione dell'affidamento e dell'accoglienza, attraverso lo sviluppo di un modello di corresponsabilità tra le reti di famiglie e il servizio sociale dell'ente pubblico, tale da:
  - attivare azioni di sensibilizzazione alla tematica attraverso le reti associative e i contatti con le famiglie, al fine di trasmettere il bagaglio di esperienze e di biografie individuali e di implementare la disponibilità delle famiglie affidatarie
  - realizzare forme di sostegno alle famiglie affidatarie con gruppi di incontro, auto-aiuto in collaborazioni con enti locali e sulla base di accordi e/o protocolli operativi
  - collaborare per il pieno sviluppo di una cultura dell'affido familiare come forma di solidarietà sociale e per la sensibilizzazione della comunità e della rete locale, individuando azioni strategiche su tematiche particolarmente delicate dell'affido, quali l'affido di adolescenti stranieri, l'affido di neonati e l'affido omoculturale.
  - individuare modalità di intervento che possano garantire omogeneità nell'erogazione dei supporti economici dei comuni nei confronti delle famiglie affidatarie prevedendo progetti di continuità assistenziale per minori che abbiano raggiunto la maggiore età, in particolare se disabili.

2) accogliere temporaneamente il minore in una struttura residenziale:

- quando si renda necessario proteggere i minori attraverso provvedimenti che ne dispongono l'allontanamento temporaneo dalla famiglia, il ricorso all'accoglienza in struttura residenziale, se l'affidamento familiare non è praticabile o se non ha dato gli esiti sperati, rimane una delle forme più incisive di tutela;
- promozione di un coordinamento di livello regionale tra i responsabili delle comunità operanti in Toscana, i servizi territoriali, anche con il coinvolgimento delle commissioni multidisciplinare, al fine di:
  - dettare linee di indirizzo per la definizione, in via generale, degli ambiti specifici di accoglienza delle comunità rispetto all'affidamento familiare, con particolare riguardo all'accoglienza di neonati, bambini e ragazzi abusati, adolescenti problematici, minori stranieri non accompagnati;
  - rafforzare l'integrazione tra comunità e servizi territoriali nel processo di recupero/rieducazione delle famiglie di origine, sostenendo l'affermazione di una cultura comune del lavoro con le famiglie multiproblematiche e rinforzando e sistematizzando il circuito comunicativo/esperenziale tra l'èquipe che agisce sul territorio con funzione di diagnosi e progettazione dell'intervento e l'èquipe della comunità;
  - condividere strumenti e metodologie di intervento in grado di contrastare il fenomeno della permanenza prolungata dei minori in struttura con particolare attenzione al lavoro di valutazione multidisciplinare sulle competenze genitoriali della famiglia d'origine che ai processi che determinano l'allontanamento e l'accoglienza in strutture;
  - rafforzare la dimensione di accoglienza, protezione e cura nelle strutture che si occupano di bambini e adolescenti con alle spalle percorsi fallimentari o traumatici di affidamento familiare e adozione, attraverso l'attivazione di percorsi formativi mirati al lavoro di comunità; definire modelli organizzativi e professionali di qualità orientati all'azione terapeutica e al recupero tempestivo del danno per le comunità residenziali che accolgono minori traumatizzati da esperienze di abuso e maltrattamento
  - individuare percorsi di autonomia successivi all'accoglienza in struttura residenziale rivolti al reinserimento dei giovani nella società (appartamenti orientati all'autonomia, sostegno a reti di famiglie solidali, il lavoro attraverso una rete di imprese inclusive ecc)
  - sostenere il processo di trasformazione e di innovazione delle comunità valutando sia l'adeguatezza delle tipologie che il loro corretto inserimento in una rete di servizi all'infanzia flessibili e articolati (rimando sezione accreditamento e sperimentazioni), anche

attraverso processi formativi in grado di realizzare una cultura condivisa dell'intervento residenziale sempre più personalizzante e sempre meno istituzionalizzante
- sviluppare l'attività di monitoraggio dell'accoglienza in struttura residenziale, sia sotto il profilo delle caratteristiche delle comunità che dell'approfondimento della situazione di ogni bambini e ragazzo, mirando alla realizzazione di banche dati che possano contribuire alle azioni di controllo, vigilanza ed opportunità di qualificazione in capo ai vari soggetti nonché a fornire applicativi gestionali che siano in grado di rispondere anche ai debiti informativi richiesti da istituzioni diverse
- promuovere una cultura della vigilanza non solo di carattere ispettivo (formale) ma con valore di accompagnamento verso la migliore attuazione del progetto personalizzato e di crescita delle funzioni educative e di accoglienza espresse dalle comunità e da tutti i soggetti della rete di tutela (sostanziale)
- concludere il percorso sperimentale sulla tipologia Casa famiglia multiutenza complementare

Quando si rende necessario garantire la protezione di urgenza

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

Il servizio di pronto intervento sociale si rivolge a minori:
- vittime di maltrattamento e/o abuso o in stato di abbandono, secondo quanto disposto dall'articolo 403 del Codice Civile e dalla legge 184/1983 e successive modifiche
- stranieri non accompagnati, ai sensi del DPCM n. 535 del 9 dicembre 1999
- interessati dall'applicazione di provvedimenti giudiziari improcrastinabili

Si richiedono pertanto modalità organizzative che nell'ambito dei servizi sociali, socio-sanitari, socio-educativi ed ospedalieri ed in collaborazione con le forze dell'ordine e l'autorità giudiziaria, garantiscano:
- l'individuazione e la condivisione dei fattori di gravità determinanti l'intervento e l'allontanamento in via d'urgenza e le relative prassi di raccordo per la segnalazione, la presa in carico e l'attivazione dell'intervento
- l'individuazione precoce delle situazioni di violenza assistita, che costituiscono fattore di rischio per evoluzioni psico-patologiche ed è correlata alla trasmissione intergenerazionale della violenza.
- forme di tutela e protezione adeguate, oltre che per i minori, anche per le donne sole con minori in situazioni di forte fragilità e a rischio di incolumità psico-fisica, sia sotto il profilo dell'accoglienza immediata in strutture di alta protezione che della definizione di percorsi personalizzati in grado di rispondere a problematiche composite e diversificate
- il superamento dello stato emergenza attraverso il lavoro di rete con i servizi e le istituzioni competenti
- la sperimentazione di forme di accoglienza breve per ragazzi sottoposti a procedimenti dell'autorità giudiziaria che necessitano di periodi di osservazione e di inserimenti di breve durata in comunità familiari.

La protezione e la tutela oltre le situazioni di urgenza

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

bisogni, ponendosi l'obiettivo primario dei bisogni riparativi del trauma del minore. Si dovrà quindi provvedere a:

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

Quando il minore trova una nuova famiglia

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

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

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

Tutela del neonato, prevenzione degli infanticidi e degli abbandoni traumatici alla nascita, diritto al parto in anonimato.

I servizi territoriali socio-assistenziali e sanitari, nonché i servizi ospedalieri, necessitano di modelli organizzativi e di indirizzi caratterizzati da un alto grado di integrazione e di competenze mirate quando si trovano a programmare ed erogare interventi di sostegno per gestanti e madri in gravi difficoltà che manifestano incertezze rispetto al riconoscimento del nascituro o che abbiano espresso la volontà di partorire in anonimato.

Il percorso regionale denominato "Mamma segreta", attivato durante la vigenza del precedente Piano Integrato Sociale, ha consentito di svolgere attività di sensibilizzazione e prima formazione tra gli operatori sociali e socio sanitari, stimolando anche l'attivazione tra i servizi territoriali e i consultori di progetti specifici orientati all'approccio integrato del fenomeno.

Gli obiettivi da perseguire rimangono legati alla diffusione omogenea sul territorio regionale di modalità operative, di presa in carico, di sostegno e accompagnamento così come individuato nelle Linee di indirizzo regionali:

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

Azione sistemica l'attuazione e diffusione della cartella sociale minori

La concreta attuazione dei diritti dei minori passa anche attraverso la disponibilità delle informazioni sui processi e fenomeni generali e sulle condizioni individuali con la conseguente articolazione:

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

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

2.2.3.3. Famiglie multiproblematiche

Contesto

Esistono in letteratura numerose definizioni di famiglia multiproblematica che connotano questi nuclei come realtà che, per i loro variegati e molteplici problemi, si trovano ad interfacciarsi a più riprese con gli interventi degli operatori sociali e socio-sanitari. Il tratto distintivo può individuarsi nella difficoltà o fragilità delle figure adulte che si ripercuote in modo più o meno drammatico sulle condizioni psicoevolutive dei figli. L'intervento dei servizi su queste famiglie è particolarmente difficile, soprattutto nella fase di individuazione dei rischi che rendono necessaria, nelle situazioni multiproblematiche l'integrazione tra i servizi e l'utilizzo di tutte le risorse presenti sul territorio.

Nel triennio 2007-2009 si è registrato un repentino aumento di interventi di supporto alle famiglie, relativi innanzitutto all'attivazione delle misure economiche per nuclei familiari con figli minori, i quali nel 2007 risultavano 9.770 e nel 2009 erano 10.776, ovvero il 10,3% in più (il tasso medio annuo, del triennio, è pari a 7,5 ogni 1.000 nuclei familiari residenti). In secondo luogo riguardano l'assistenza domiciliare effettuata da assistenti di base (assistenza domiciliare) e da educatori e/o pedagogisti (vedi nota n. 29) professionali nei confronti di 2.424 nuclei familiari nel 2007 e di 2.599 nel 2009. Il tasso medio annuo, del triennio 2007-2009, è pari a 1,9 nuclei familiari coinvolti ogni 1.000 nuclei familiari residenti. Dal confronto tra il 2009 e il 2010 si registra nello specifico dell'assistenza economica una flessione del 14% e dell'assistenza educativa domiciliare dell' 8%, mentre continua il trend in aumento dell'assistenza domiciliare (più 5,7% da 502 nuclei a 531 nuclei).

Che le famiglie toscane necessitino di misure di supporto nell'educazione dei figli, lo si ricava anche dall'indicatore dell'accoglienza in strutture semiresidenziali che, in controtendenza con il *trend* tradizionale, è in forte aumento: il numero dei bambini e dei ragazzi presenti nei centri diurni è passato dai 740 del 2007 ai 1.348 del 2009 con un incremento nell'intero periodo del 82,2% e un incremento rispetto al 2008 del 25,9%; piuttosto elevata rimane poi l'incidenza dei minori stranieri sul totale delle presenze che nel 2009 sono pari al 28,2%; (il tasso medio annuo risulta essere di 2 minori presenti nelle strutture semiresidenziali ogni 1.000 minori residenti). Nel 2010 vengono confermati i dati del 2009 infatti l'incremento percentuale è dello 0,5%, mentre se si considera il triennio 2008-2010 si registra un aumento del 26,5%, da imputare soprattutto all'incremento di minori italiani pari al 34,4% (quello degli stranieri soltanto del 10%). Nell'arco di vigenza del precedente Piano sociale regionale 2007-2010 sono stati sperimentate azioni incentrate sul sostegno alle famiglie in difficoltà che hanno sviluppato competenze specifiche e servizi dedicati per i quali sarà necessario valutare le possibilità di messa a regime all'interno del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

Obiettivi

Fornire sostegno alle famiglie in situazione di difficoltà socio-relazionale e con problematiche di natura complessa, per poter svolgere adeguatamente i propri compiti di cura ed educazione nei confronti dei figli, sostenendone quindi le responsabilità genitoriali al fine di:

- ridurre l'allontanamento dei minori, favorendo in particolare la permanenza in famiglia durante il primo anno di vita del figlio e ponendo particolare attenzione alle famiglie monogenitoriali, numerose e di recente costituzione;
- valutare il grado di possibilità di recupero delle competenze genitoriali;
- individuare tempestivamente le situazioni di conflittualità nella coppia distinguendole dalle situazioni di violenza e maltrattamento caratterizzate da non reciprocità e prevaricazione, isolando precocemente i segnali e i fattori di rischio connessi al maltrattamento, abuso, violenza in ambito familiare e violenza assistita da minori;
- implementare i servizi di sostegno alle famiglie con difficoltà nell'esercizio nella funzione genitoriale.

Azioni

- Promozione dell'integrazione nella gestione delle risorse umane attraverso lo strumento privilegiato delle équipe multiprofessionali da attivarsi sia nella fase di presa in carico precoce che nella fase di supporto e cura, anche con riferimento al percorso inerente il progetto regionale RISC *Personal-Lab.*

  Condivisione di linguaggi, paradigmi interpretativi e procedure:
  - valorizzando l'integrazione professionale con l'adozione di linee guida per orientare e migliorare il lavoro interprofessionale nella programmazione e nell'attuazione dei servizi di supporto e sostegno;
  - definendo una griglia di indicatori utili alla valutazione delle potenzialità e delle competenze genitoriali e procedendo alla revisione e all'aggiornamento degli indicatori sul maltrattamento e abuso dei minori;
  - utilizzando strumenti e metodologie mirate per la valutazione di efficacia degli interventi attivati, anche con riferimento al percorso inerente il progetto regionale RISC *Personal-Lab.*
- Prevenire i fattori di rischio o situazioni di violenza domestica conclamata attraverso una rilevazione che coinvolga i servizi ospedalieri e territoriali al fine di orientare le donne che presentano o riferiscono di situazioni di pericolo o di violenza verso i Centri antiviolenza.
- Favorire attraverso specifici protocolli di intesa, un rapporto costante con il mondo della scuola quale contesto privilegiato per l'individuazione precoce di segnali che possano indicare situazioni di disagio della famiglia attraverso i comportamenti dei bambini e degli adolescenti.
- Affermare la centralità del ruolo della famiglia per il bambino e l'importanza di adottare tutte le misure necessarie affinché questa, anche in contesti problematici e di crisi, possa svolgere la propria funzione; tra le molteplici forme e modalità di sostegno alle famiglie in difficoltà, si segnala il ricorso:

- all'affidamento part-time o diurno per il quale sarà necessaria un'azione preventiva di approfondimento e di conoscenza di tale strumento, con l'obiettivo di individuarne le peculiarità e diffondere sul territorio linguaggi e caratteristiche metodologiche comuni;
- all'accoglienza a ciclo diurno; si tratta di una misura in forte crescita negli ultimi anni che tuttavia necessita di un'azione da un lato conoscitiva e dall'altro di individuazione di metodologie di intervento omogenee e integrate con i progetti educativi rivolti dai servizi territoriali alle famiglie dei bambini e dei ragazzi.

Le équipe multiprofessionali sono attivate dal servizio sociale e dallo psicologo e debbono essere composte stabilmente, oltre che di assistenti sociali e psicologi, di educatori professionali e/o pedagogisti (vedi nota n. 29). Su casi specifici le competenze professionali debbono essere integrate attraverso l'apporto di operatori della Salute mentale – psichiatri, neuropsichiatri infantili, del SERT ecc.

Abitare solidale

Il progetto Abitare Solidale promuove una buona pratica che nasce direttamente dall'esperienza e dalle risorse del volontariato a integrazione e sostegno delle politiche abitative ufficiali portando a sintesi più istanze sociali e come incrociare la domanda di vari soggetti: anziani soli che vivono in case troppo grandi per le loro possibilità ed esigenze di vita e a rischio di perdita autosufficienza, famiglie con difficoltà a conciliare tempo degli affetti e del lavoro, la domanda di famiglie e singoli con ridotte risorse economiche e a rischio di nuove povertà e marginalità e donne vittime di violenza domestica alla ricerca di opportunità per un nuovo progetto di vita.
Gli obiettivi sono rafforzare la coesione sociale e il welfare di comunità sensibilizzando alle pratiche di mutuo aiuto e cittadinanza attiva e trasformare i destinatari individuati da semplici beneficiare a erogatori di servizi, integrando in una comune ridefinizione di figure professionali e sensibilità diverse come volontari, psicologi, consulenti legali, architetti, servizi sociali, politici.
L'obiettivo è quindi quello di moltiplicare l'efficacia delle risorse disponibili attraverso processi innovativi. A tal proposito, nell'arco di vigenza del presente Piano, saranno valorizzate le buone pratiche e le esperienze realizzate attraverso il confronto con gli Enti Locali e le parti sociali.

2.2.3.4. Dinamiche dei nuclei familiari

Contesto
Le relazioni familiari risultano profondamente mutate a seguito delle trasformazioni sociali e culturali degli ultimi decenni ed evidenziano nuove dinamiche intrafamiliari nelle quali si assiste ad una riduzione dei ruoli di genere, sia tra coniugi che tra genitori e figli. Di fronte al variegato panorama che caratterizza la dimensione familiare – da monogenitoriali, a numerose, ricostruite o straniere – è necessario intervenire secondo un quadro più complesso ed articolato di misure comunque fortemente caratterizzate dalla maggiore personalizzazione della proposta educativa.
Nel triennio 2007-2009 si è assistito ad una flessione dei nuclei familiari coinvolti in attività di mediazione familiare; dai 530 del 2007 ai 501 del 2009 (diminuzione pari al 5,5%). Il tasso medio annuo è pari a 0,4 nuclei familiari ogni 1.000 famiglie residenti. Nel 2010 si conferma questo trend: considerando il triennio 2008-2010 la diminuzione percentuale è del 29,3% (si passa infatti dai 475 nuclei coinvolti del 2008 ai 336 del 2010); confrontando le annualità 2009-2010 la diminuzione raggiunge il 34,7%. Il tasso medio annuo, 2008-2010 di nuclei coinvolti in mediazione familiare, risulta infatti inferiore a quello del triennio precedente essendo pari allo 0,3 per 1.000 famiglie residenti. Nell'arco di vigenza del precedente Piano sociale regionale 2007-2010 sono stati sperimentate progetti incentrati sull'attivazione di servizi di mediazione familiare che hanno sviluppato competenze specifiche e contesti dedicati e per i quali sarà necessario valutare le possibilità di messa a regime all'interno del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

Sfide

Gli interventi di supporto alla genitorialità si rendono indispensabili nel momento in cui si verificano eventi non prevedibili – ma sempre più frequenti – come la separazione o il divorzio che comportano senza dubbio un indebolimento delle potenzialità educative espresse dai genitori. Lo strumento individuato per fornire in tal senso risposte adeguate è la mediazione familiare, come anche gli altri interventi di aiuto alle famiglie separate e divorziate (terapia del divorzio, counselling, gruppi per persone separate o divorziate, gruppi di parola di figli di separati e divorziati, gruppi di nonni, incontri protetti), effettuati con l'obiettivo di affrontare e trattare in ambiti diversi da quello giudiziario i conflitti tra le persone e di assicurare il mantenimento delle funzioni genitoriali e dei legami familiari oltre la separazione e il divorzio.

Obiettivi

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

- servizio di mediazione familiare
- servizi incentrati sulla tematica della separazione e del post divorzio
- incontri protetti.
- la psicoterapia familiare e la psicoterapi di coppia;
- gli interventi di sostegno alla geniroeialità.

Azioni

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

- formazione dei mediatori familiari: formazione degli operatori cher svolgono servizi di mediazione familiare nell'ambito del sistema socio-sanitario, nel rispetto della normativa statale ivi compresa la legge n. 4 del 2013;
- individuazione di strumenti e prassi operative condivise tra territorio, avvocati, rappresentanti delle associazioni professionali iscritte presso il Ministero dello Sviluppo Economico ai sensi del comma 7 dell'articolo 2 della legge n. 4 del 2013 presenti al livello regionale e Tribunali;
- formazione congiunta mediatori/ avvocati/ operatori sociali.

Sperimentare forme flessibili per l'organizzazione degli incontri protetti.

Realizzare la mappatura organizzativa funzionale e di attività dei servizi di mediazione familiare e degli altri servizi di supporto alle famiglie separate e divorziate attivi sul territorio regionale anche gestiti da soggetti privati rispondenti ai requisiti di cui alla legge n. 4 del 2013 e del terzo settore, al fine di disporre di un adeguato quadro conoscitivo e di indirizzo

Promuovere la diffusione su tutto il territorio regionale di questi servizi anche attraverso incentivi per la creazione di nuovi centri e servizi là dove fossero mancanti o insufficienti, favorendone l'integrazione ed il raccordo.

Assicurare un'adeguata informazione alle coppie in merito all'esistenza e alle caratteristiche di questi servizi anche attraverso l'apertura di sportelli informativi all'interno dei servizi territoriali dei comuni che rappresentino un primo livello di acceso ai servizi.

Promuovere una cultura preventiva di gestione dei conflitti familiari attraverso l'organizzazione di campagne informative, pubblicazione attraverso il sito web della Regione Toscana di informazioni sulla mediazione familiare, sull'accesso ai centri e servizi esistenti e dei link ai siti delle Associazioni Professionali dei mediatori familiari.

2.2.3.4.1 Sostegno ai genitori separati in situazione di difficoltà

Contesto
L'indifferibile rilievo del ruolo materno e di quello paterno per la crescita psicofisica dei minori nelle diverse fasi della loro vita è essenziale e determinante per la concreta realizzazione di pari opportunità di diritti tra uomo e donna nonché per la tutela dei minori, che devono poter mantenere un rapporto significativo con entrambi i genitori anche dopo la loro separazione. Il consolidamento di tale principio è legato alla consapevolezza della situazione di estrema difficoltà economica e psicologica spesso sofferta dai padri a seguito di procedimenti di separazione. Gli esiti dei contenziosi familiari infatti, possono costituire il preludio a condizioni di precarietà economica tali da creare un impedimento al godimento del diritto al proprio ruolo genitoriale, così come per il minore a beneficiare della presenza di entrambi i genitori.

Obiettivi
Nell'ambito delle politiche sociali di contrasto dell'emergenza abitativa saranno programmate iniziative per assicurare forme di ospitalità, anche temporanea, a favore dei genitori separati in grave difficoltà economica, a seguito di pronuncia giudiziale comportante l'assegnazione della casa familiare all'altro coniuge.
Sarà promossa l'attivazione di presidi di consulenza e mediazione familiare, servizi informativi e di consulenza legale atti ad assicurare la piena conoscenza da parte del genitore dei diritti allo stesso riconosciuti dal diritto di famiglia in caso di separazione, finalizzati all'effettivo esercizio del ruolo genitoriale.

Azioni
In riferimento all'articolo 3 comma 1 della legge regionale 19 settembre 2013, n. 50 (Norme per il sostegno dei genitori separati in situazione di difficoltà) saranno attivati nel corso di vigenza del presente Piano azioni sperimentali volte a realizzare iniziative a favore dei genitori separati che si trovano in difficoltà economica ed abitativa, attraverso il reperimento di alloggi ed ospitalità temporanea attraverso lo strumento delle Agenzie Sociali per l'Alloggio, di cui al par. 2.1.4.1 del presente Piano, in progressiva crescita e sviluppo in tutto il territorio regionale. Tali soluzioni, si concretizzano sia nell'abbattimento di costi di accesso all'abitazione sia attraverso l'offerta di soluzioni abitative in affitto calmierato, anche con aspetti di residenza comunitaria.
Saranno, inoltre individuate azioni mirate alla tutela dei minori e dei genitori separati, attraverso la promozione di protocolli di intesa per la realizzazione di reti di assistenza sul territorio regionale, l'erogazione di servizi informativi, di consulenza e di supporto psicologico, la valorizzazione delle professionalità presenti nella rete dei consultori anche in funzione dell'erogazione dei predetti servizi, il concorso del terzo settore nella programmazione e attuazione degli interventi, nonché supportando le necessità psicologiche ed emotive dei genitori e dei figli fornendo momenti di sostegno per una corretta educazione al benessere psico-fisico e per la gestione equilibrata di eventuali problematiche relazionali.

2.2.3.5. Sistema integrato di servizi per le famiglie

Contesto
Il sostegno alla famiglia è regolamentato dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), dove in attuazione dei principi e delle finalità di cui agli articoli 3 e 4 dello Statuto regionale, sancisce, tra l'altro, la valorizzazione e il sostegno del ruolo essenziale delle famiglie nella formazione e cura della persona durante tutto l'arco della vita, la promozione del benessere e il perseguimento della coesione sociale. Sancisce inoltre il sostegno alle famiglie nei momenti di difficoltà e disagio connessi all'assunzione di specifici compiti di cura nei confronti di minori, disabili o anziani, il sostegno alla cooperazione e al mutuo aiuto delle famiglie e la valorizzazione del ruolo attivo delle famiglie.

Tra gli obiettivi del programma di governo regionale della legislatura 2010-2015 alla voce "Sostegno alle famiglie" è previsto il supporto alla gestione familiare della non-autosufficienza attraverso il sostegno economico e i servizi alle famiglie che non ricorrono a residenze socio-sanitarie per i propri parenti anziani (a maggior ragione se non autosufficienti), ma scelgono di assisterli a domicilio.
Le trasformazioni avvenute nell'organizzazione del mercato del lavoro e della famiglia unite all'invecchiamento della popolazione, hanno profondamente modificato l'organizzazione del lavoro di cura. E' evidente che le famiglie non sono più in grado di soddisfare al loro interno questo bisogno e quindi ricorrono prevalentemente ad operatori privati individuati all'interno di un settore dove tradizionalmente vi è una forte componente di lavoro sommerso. La peculiare tipologia di servizio presenta numerosi elementi di criticità: la reperibilità delle lavoratrici spesso affidata a canali informali, la qualificazione degli assistenti familiari quasi sempre non accertabile se non attraverso esperienza diretta, la difficoltà stessa delle famiglie nella gestione delle attività amministrative e burocratiche inerenti il rapporto di lavoro. Al 1° gennaio 2011 sono più di 872.000 (dati ISTAT) i cittadini toscani che hanno superato i 65 anni e sono stimate in 80.000 le persone non autosufficienti che hanno bisogno di attenzioni, cure e assistenza di cui 40.000 gravi, a fronte di una domanda sempre più in crescita, vi è una forte offerta (che viaggia sui canali informali) in termini di assistenti familiari sia conviventi sia a ore.
Si rende dunque necessario sviluppare politiche che consentano di promuovere sistemi integrati di welfare in grado di coniugare la domanda privata di servizi di cura con un'offerta di prestazioni qualificata e organizzata, per intervenire in maniera efficace nel rapporto tra famiglie, anziani non autosufficienti e assistenti familiari attraverso la realizzazione di *un sistema integrato di servizi* che possa garantire alle famiglie e agli assistenti familiari qualità dei servizi, facilitazioni, emersione dal lavoro nero e qualificazione. Proprio per realizzare questo sistema integrato di welfare, la Regione Toscana intende promuovere la realizzazione di azioni per la creazione di un sistema integrato di servizi sull'intero territorio regionale attraverso la valorizzazione dei servizi esistenti e la creazione e il potenziamento di nuovi sistemi di integrazione/interazione tra tutti i soggetti coinvolti.

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

Strategia: un sistema per l' assistenza familiare

- conoscenza e mappatura sul territorio toscano dei soggetti pubblici e privati che offrono servizi nell'ambito dell'assistenza familiare;
- creazione di un sistema integrato di servizi sull'intero territorio regionale per le famiglie e gli assistenti familiari per garantire qualità dei servizi, facilitazioni, emersione dal lavoro nero e qualificazione;
- migliorare l'efficacia dei servizi esistenti sui territori;
- sviluppare la rete di raccordo tra soggetti pubblici e privati sui servizi alla persona;
- validare nuove soluzioni organizzative per il mercato dei servizi di cura domiciliare in grado di

assicurare trasparenza e qualità sia sul versante della domanda che dell'offerta delle prestazioni;
- favorire la crescita professionale degli assistenti familiari con percorsi formativi adeguati.

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

Strategia: Sostegni economici alle famiglie in difficoltà

- conoscenza e mappatura delle famiglie numerose presenti sul territorio toscano attraverso il censimento assicurato dai Comuni;
- ricognizione e mappatura degli interventi in atto a favore delle famiglie attraverso apposita procedura on-line predisposta dalla Regione;
- sostegno economico a favore delle famiglie in difficoltà con particolare riguardo alle famiglie monogenitoriali, alle famiglie numerose (con quattro o più figli) attraverso agevolazioni tariffarie e/o erogazioni di contributi.

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

2.2.3.6. Povertà

Contesto

La qualità di una società è proporzionale al grado di crescita del *well-being* e delle capacità individuali generata dalla partecipazione delle persone alla vita sociale ed economica della comunità territoriale. La qualità sociale è intrinsecamente multidimensionale e dipende dall'interazione di quattro dimensioni: la sicurezza socio-economica e lavorativa, l'inclusione sociale, la coesione sociale e l'*empowerment* individuale (Barbera, Negri, 2008). A livello operativo un grado accettabile di qualità sociale discende dalla possibilità delle persone di trasformare i beni e i servizi in progetti di vita mirati a realizzare la loro autonomia e obiettivi dotati di valore. In quest'ottica diventa pertanto indispensabile creare le condizioni affinché le persone possano sviluppare sani stili di vita tesi ad acquisire competenze *elementari* (godere di buona salute, accrescere il proprio capitale umano, nutrirsi adeguatamente) e *complesse* (prendere parte alla vita della comunità, aumentare la propria autostima e progettualità).
La qualità sociale nelle sue quattro dimensioni chiama in causa tanto il profilo economico (mercato del lavoro, tessuto economico), quanto gli aspetti sociali (qualità delle abitazioni, istruzione e formazione, tempi e orari di vita e di lavoro, ambiente) e politici (partecipazione, dialogo interculturale, capacità di inclusione e coesione sociale). I processi che vengono chiamati in causa coinvolgono individui e attori collettivi, istanze formali e informali di organizzazione e partecipazione, nonché dinamiche tanto sistemiche quanto biografiche. Questa chiave di lettura richiede infatti un'attenta analisi della complessità del tessuto sociale necessaria quando si

vogliono organizzare risposte caratterizzate dalla flessibilità (organizzativa e di sistema), dalla tempestività (rispetto ai bisogni dei cittadini) e dall'appropriatezza.
Secondo il "Dossier 2010 sulle povertà in Toscana" al primo posto, fra le problematiche emerse, con un 31,7% dei casi, quelle che toccano il lavoro (disoccupazione, sottoccupazione, sfruttamento), seguono le povertà di risorse materiali (31,3%) e la salute (10,4%, dato in notevole aumento rispetto agli anni precedenti). Sfiora il 9% dei casi la problematica legata alla casa (con una incidenza legata agli sfratti che, in pratica, è raddoppiata salendo dal 10,1 al 18,4%).
Oggi, la crisi del mercato del lavoro e dei mercati finanziari, la progressiva individualizzazione, la maggiore flessibilità dei rapporti di coppia, il venir meno dei legami di prossimità delineano un nuovo scenario all'interno del quale l'indebolimento del legame tra lavoro e beni di cittadinanza porta a configurare nuove forme di povertà-con-lavoro (*working poor*) e situazioni di vulnerabilità sociale (donne sole con figli, sovraindebitamento, basso livello di istruzione nelle famiglie, etc.) che stanno progressivamente deteriorando il clima di coesione sociale che ha caratterizzato sino ad oggi il territorio toscano.
Infatti, tutte queste evidenze concorrano a configurare nuove fragilità non così gravi da determinare bisogni di carattere assistenziale, ma tali da poter compromettere i piani di vita e i livelli di benessere acquisiti dalle persone.

Obiettivi
Conoscere e affrontare le forme di fragilità e di vulnerabilità sociale con interventi istituzionali e organizzativi di riallineamento e di interdipendenze tra le varie aree di *policy* (sociale, sanità, pari opportunità, istruzione e formazione, ambiente, abitazione, etc.).
Obiettivi:
- sviluppare la conoscenza delle povertà e delle disuguaglianze in Toscana attraverso analisi e approfondimenti sulle condizioni di vita delle famiglie toscane;
- promuovere forme e modalità di integrazione/sostegno al reddito delle famiglie;
- favorire – in collaborazione con il settore delle politiche abitative – l'individuazione di strumenti e risorse per il sostegno agli affitti (agenzie per l'alloggio sociale);
- individuazione di dispositivi per contrastare il sovraindebitamento delle famiglie (educazione al consumo, a corretti stili di vita, microcredito, etc.);
- promuovere – in collaborazione con i settori delle pari opportunità e del lavoro – politiche e servizi per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro soprattutto in favore delle donne sole con figli;
- favorire lo sviluppo di capacità e competenze – in collaborazione con il settore formazione/lavoro – per le persone che vogliono rientrare nei circuiti formativi e/o per le persone che perdono il lavoro (riqualificazione professionale);
- sostenere attività di informazione e comunicazione – in collaborazione con il settore sanitario – sui corretti stili di vita nella salute;
- favorire la continuità della programmazione della legge regionale 25 giugno 2009, n. 32 (Interventi per combattere la povertà ed il disagio sociale attraverso la redistribuzione delle eccedenze alimentari) in vista di una modifica normativa tesa a semplificare procedure amministrative e a rafforzare e ampliare gli ambiti di intervento;
- sostenere con interventi mirati e concertati sul territorio eventuali emergenze sociali che possono determinarsi in relazione a situazioni di grave criticità al fine di assicurare la capacità di inclusione e il mantenimento della coesione sociale.

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

(*empowerment*) e individuare percorsi di accompagnamento e sostegno per le persone in condizioni di maggiore fragilità.

2.2.3.7. Contrasto al disagio abitativo

Contesto
La casa, per un insieme di fattori sociali ed economici, è tornata ad essere determinante nel rischio di povertà. Questo rischio si è esteso negli ultimi anni a fasce e figure sociali sino ora considerate al riparo da forme di disagio socio-abitativo.
In particolare negli ultimi tempi si è visto un incrementarsi della perdita dell'alloggio dovuto a costi dell'abitazione eccessivi rispetto al reddito percepito, ma soprattutto a causa di temporanee mancanze di questo per perdita momentanea del lavoro da parte di tutte le componenti familiari. Gli sfratti per morosità sono passati in pochi anni dal 30% del totale a oltre il 70%, mentre i casi di vendita all'asta di abitazioni per il mancato pagamento delle rate del mutuo sembrano in rapida crescita, anche se il dato è di difficile reperimento.
Al fine di superare tale problematicità, che porta molte famiglie alla perdita dell'alloggio, si è sperimentato con il progetto "Abitare il Mondo", svolto dalle "Agenzie Sociali per la Casa", l'opportunità di intervenire a favore dei nuclei in temporanea sofferenza economica con microcrediti, o nei casi più gravi con contributi, dedicati esclusivamente al pagamento degli affitti per le poche mensilità necessarie a superare il momento di crisi.
Anche tale attività si intende farla rientrare come fondamentale in quelle svolte dalle "Agenzie Sociali per la Casa", di cui nel precedente par. 2.1.4.1 si è specificamente parlato in merito alla loro ufficializzazione ed interazione nel sistema di welfare regionale, e a cui si rimanda per le specifiche del caso.

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

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

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

2.2.3.8. Violenza di genere

Contesto
Con la legge regionale 16 novembre 2007, n. 59 (Norme contro la violenza di genere) e con le Linee guida attuative, in Toscana sono stati individuati strumenti e modalità organizzative per realizzare un sistema di interventi per contrastare il fenomeno della violenza e alla luce delle esperienze e dei progetti realizzati sui territori negli ultimi anni ha individuato prassi innovative che comunque rispondono ad una filosofia degli interventi basata sull'integrazione dei ruoli e delle competenze, sul lavoro di rete, sui progetti personalizzati, sulla necessità di realizzare uno sforzo costante per far emergere il fenomeno e sulla formazione congiunta e costante degli operatori.
Nell'ambito dell'attuazione della l.r. 59/2007 è stata istituita un'apposita sezione sulla violenza nelle attività dell'Osservatorio sociale regionale e sono stati prodotti tre rapporti sulla violenza di genere in toscana (2009, 2010 e 2011) attraverso i quali è stato possibile monitorare le richieste di aiuto, in progressiva e costante crescita, delle donne vittime di violenza pervenute ai centri antiviolenza della toscana: nel 2008 il numero delle donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza è stato di 1.635, nell'annualità 2009/2010 di 1.761 e nel 2010/2011 di 1.882.
A conferma della trasversalità sociale del fenomeno, nel rapporto 2011 si rileva che le donne hanno un titolo di studio elevato (diploma e oltre), sono donne che lavorano (53%), sono donne tra i 30 e i 49 anni (60,9%), sono donne anche straniere che hanno meno di 40 anni (73,3%), sono coniugate (48,8%), sono donne che subiscono violenza fisica, psicologica ed economica dal proprio partner all'interno delle mura domestiche (61,8%), sono donne che ancora hanno molta difficoltà a sporgere denuncia (1 su 4) e quelle che maggiormente denunciano sono le vittime di *stalking* (45,2%).
La letteratura sul tema, rileva che i confini del fenomeno della *violenza* variano in relazione ai cambiamenti di carattere culturale, economico e sociale che avvengono all'interno delle nostre società. La "violenza contro le donne" e la "violenza di genere" sono riferite ad una vasta gamma di abusi commessi sulle donne che hanno origine nelle disuguaglianze di genere e nel diffuso stato di subordinazione delle donne nella società rispetto agli uomini*: la violenza di genere è qualsiasi azione di violenza fondata sull'appartenenza sessuale che comporta o potrebbe comportare per le donne che ne sono bersaglio danni o sofferenza di natura fisica, sessuale o psicologica, ivi compresa la minaccia di mettere in atto simili azioni, la costrizione, la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che in quella privata*.
Le vittime e i loro aggressori appartengono a tutte le classi sociali e a tutti i ceti economici. Secondo l'O.M.S., almeno una donna su cinque ha subito abusi fisici o sessuali nel corso della propria vita e gli aggressori risultano essere i familiari, i mariti e gli ex partner, seguiti dagli amici, vicini di casa, conoscenti stretti e colleghi di lavoro o di studio così come emerge, tra l'altro, anche dai dati dei rapporti dell'Osservatorio sociale regionale sulla violenza.
Tradizionalmente, ciò che accade all'interno della famiglia è stato considerato come una questione privata, ma proprio in questo contesto – quello familiare – si nasconde gran parte del sommerso della violenza (*violenza domestica*), un fenomeno che si presenta generalmente come una combinazione di violenza fisica, sessuale, psicologica ed economica che i dati toscani rilevano anche su una percentuale consistente di donne immigrate.
Numerosi sono gli organismi internazionali e i governi che sono intervenuti sul tema della violenza e della tutela delle vittime: il Consiglio d'Europa, il Parlamento Europeo e l'Organizzazione delle Nazioni Unite lo hanno reso oggetto di esplicite raccomandazioni e risoluzioni, le Nazioni Unite - in

una importante risoluzione adottata nel 1993 - hanno dichiarato l'urgenza di eliminare la violenza contro le donne – in quanto violazione fondamentale dei diritti umani – al fine di garantire loro la possibilità di godere del diritto alla libertà, alla sicurezza, all'uguaglianza, all'integrità e alla dignità. Il Consiglio d'Europa ha inoltre redatto la Convenzione di Istambul – finalizzata al contrasto della violenza di genere – che è stata ratificata dagli Stati membri, tra cui l'Italia, e che dal 1° Agosto 2014 non solo è giuridicamente vincolante, ma crea principi e modalità omogenee a livello di prevenzione, protezione, supporto e tutela giudiziaria delle vittime.

In sintesi:

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

Obiettivi

- migliorare la risposta di fronte alla violenza di genere in relazione a questo obiettivo, le azioni dovranno contribuire a far si che il fenomeno della violenza evolva in senso decrescente, attraverso il miglioramento e l'implementazione dei meccanismi di risposta, di intervento, di cura e di reinserimento delle vittime attraverso l'integrazione degli interventi sanitari e sociali, che potranno riguardare le violenze perpetrate nei confronti delle fasce di popolazione particolarmente a rischio (donne, minori, anziani, etc.) con attenzione alla valutazione della connessione tra violenza sulle donne e violenza assistita dai minori.
- migliorare e promuovere la conoscenza e l'emersione del fenomeno sul territorio toscano attraverso la collaborazione e il contributo di tutti i soggetti istituzionali e del privato sociale (Pronto Soccorso, consultori, Centri antiviolenza, servizi territoriali socio-sanitari, medici di base, FF.OO., Procure, etc.) che possono entrare in contatto con le vittime di violenza; tale obiettivo sarà realizzato anche in stretto rapporto con le attività dell'Osservatorio sociale regionale e il Codice Rosa;
- promuovere e sostenere azioni di sistema a livello regionale e reti di intervento territoriali attraverso cui i vari soggetti (EE.LL., Consultori, Pronto Soccorso, privato sociale, Procure, FF.OO., Centri antiviolenza ed Associazioni etc) assicurano l'assistenza e la protezione delle vittime;
- promuovere e sostenere attività di prevenzione, informazione e di sensibilizzazione sul fenomeno della violenza, anche in collaborazione con enti, istituzioni, associazioni, centri antiviolenza e privati;
- promuovere il cambiamento nel modello delle relazioni sociali: cittadinanza, autonomia ed *empowerment* (raccordo con l.r. 16/2009 sulla Cittadinanza di Genere);
- attuazione/implementazione della normativa e delle linee guida regionali sulla violenza e adeguamento dei Centri antiviolenza ai livelli organizzativi e funzionali in esse indicati.
- valorizzare di servizi pubblici e privati di riferimento per i maltrattanti;
- promuovere e sostenere attività di prevenzione ed interruzione della violenza non solo riferita alle vittime ma anche agli autori.

Azioni

- sicurezza: Coinvolgimento e collaborazione con le FF.OO.
- salute: Pronto Soccorso, Medici Legali, Specialisti, Medici di base, Pediatri, consultori (con particolare riferimento al sostegno psicologico con individuazione dei fattori protettivi della donna e del contesto e interventi di recupero psichico e cura del trauma), servizi sociali, associazioni di volontariato e centri antiviolenza sono gli attori chiamati a concorrere alla rilevazione, all'emersione e all'assistenza delle vittime di violenza. I centri antiviolenza concorrono con la loro specificità e le loro competenze alla costruzione di un sistema regionale integrato di risposte.
  In tale ambito sarà assicurata l'assistenza alle vittime di violenza che si presentano al pronto soccorso attraverso un percorso riservato di accoglienza che preveda l'erogazione di cure mediche e sostegno psicologico contestualmente all'avvio delle indagini delle forze dell'ordine per l'identificazione degli autori delle violenze nel rispetto della privacy dei pazienti (progetto "Codice rosa") in stretta collaborazione con i soggetti della rete territoriale che dovranno successivamente assicurare l'accoglienza, la presa in carico e la protezione delle vittime attivando percorsi di continuità tra l'attività del Codice Rosa e i consultori per il reinserimento familiare e sociale della donna. Sarà inoltre assicurata le rilevazione specialistica e medico legale della violenza.
- servizi sociali: assicurano appropriati percorsi di accoglienza e sostegno alle donne vittime di violenza di genere e ai minori e la presa in carico
- prevenzione e informazione: Sensibilizzazione e informazione diffusa
- istruzione: Collaborazione dei servizi socio-sanitari, delle Aziende sanitarie, delle Province, delle conferenze educative zonali con la scuola
- comunicazione: Attenzione al tema degli stereotipi nella comunicazione istituzionale e informazione mediatica, attività di formazione congiunta e integrata di tutti gli operatori che lavorano nei punti di accesso alla rete
- innovazione: Individuazione di innovative modalità organizzative territoriali finalizzate all'integrazione delle risorse e degli interventi
- formazione: sostenere e promuovere attività di formazione congiunta, anche attraverso attività di educazione ad una affettività e sessualità consapevole nel rispetto delle differenze all'interno degli istituti scolastici primari e secondari.
- coordinamento: Promuovere attraverso il ruolo assegnato alle province dalla l.r. 59/2007 il coordinamento, la collaborazione e la corresponsabilità dei e fra i differenti attori
- monitoraggio e valutazione delle azioni e degli interventi realizzati.

2.2.3.9. Tratta

Contesto

La definizione di tratta di esseri umani attualmente accreditata a livello mondiale è quella inserita nel Protocollo addizionale della Convenzione delle Nazioni Unite firmato a Palermo nel 2000 contro la criminalità organizzata, per prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, in particolare di donne e bambini: *"Tratta di persone indica il reclutamento, trasporto, trasferimento, l'ospitare o accogliere persone, tramite l'impiego o la minaccia di impiego della forza o di altre forme di coercizione, di rapimento, frode, inganno, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità o tramite il dare o ricevere somme di danaro o vantaggi per ottenere il consenso di una persona che ha autorità su un'altra a scopo di sfruttamento. Lo sfruttamento comprende, come minimo, lo sfruttamento della prostituzione altrui o altre forme di sfruttamento sessuale, il lavoro forzato o prestazioni forzate, schiavitù o pratiche analoghe, l'asservimento o il prelievo di organi"*.

La tratta di esseri umani si caratterizza come un fenomeno molto articolato, che racchiude in sé elementi di complessità e difficoltà legate all' individuazione di adeguati strumenti per l'*emersione* delle vittime.

Le riflessioni teoriche, delle scienze sociali, degli specialisti e degli operatori del settore su questo tema, sono attualmente tese a sciogliere e ad analizzare incertezze interpretative ed operative che riguardano sia la definizione che i modelli e le prassi di intervento.

Da anni la Regione Toscana è impegnata in interventi multisettoriali sul tema della tratta di esseri umani e dello sfruttamento: progetto "Rete regionale d'intervento sociale nella prostituzione e nella tratta di esseri umani"; interventi di ricerca-azione a livello locale (progetto "Contrasto fenomeno prostituzione minorile") in un'ottica di conoscenza e approfondimento del fenomeno. A livello interregionale-transnazionale, la Regione partecipa al progetto "Oltre il confine", nel quadro di un Protocollo di Intesa tra Italia e Romania relativo alla lotta contro il traffico di esseri umani con il fine di rafforzare i servizi e gli interventi di lotta alla tratta in Romania e in Italia; dal 2006 la Regione Toscana è ente proponente del progetto regionale "Nuove orme" finanziato sull'art. 13 della legge 228/2003 dal Dipartimento per Le Pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal 2011 titolare del progetto "Con-Trat-To (Contro la Tratta in Toscana)" attraverso il quale saranno messi a sistema tutti gli interventi di emersione, accoglienza e reinserimento delle vittime di tratta presenti sul territorio regionale (art. 13 della legge 228/2003 e d.lgs. 286/1998).
Con quest'ultima iniziativa è stato avviato un percorso teso a pianificare e coordinare sul territorio regionale azioni di prevenzione, contrasto al fenomeno della tratta di esseri umani e del traffico di migranti, con l'obiettivo di limitarne l'espansione e favorire l'emersione delle vittime in un'ottica di tutela dei loro diritti e di supporto ai percorsi di protezione sociale. Gli interventi si sono rivolti a persone straniere vittime di tratta o di sfruttamento nel mercato del sesso, del lavoro forzato, dell'accattonaggio e delle economie illegali attraverso l'attuazione di programmi individualizzati realizzati in stretta sinergia e integrazione con i servizi socio-sanitari territoriali.
Particolare attenzione è stata rivolta anche alla costruzione/promozione delle reti territoriali dei vari soggetti che sono chiamati a operare nell'ambito degli interventi a sostegno delle vittime di tratta. In tale contesto ha anche assunto particolare rilevanza la realizzazione di interventi di formazione congiunta in cui condividere metodologie e linguaggi, prassi operative e modalità organizzative.
Tutti questi interventi hanno contribuito a far emergere un numero sempre crescente di vittime e avviato il processo di costruzione di un sistema regionale sul traffico di esseri umani.

Sfide

L'esigenza di un maggiore coinvolgimento degli enti locali; la necessaria integrazione del sociale e del sanitario; una corretta informazione sul fenomeno della tratta anche per acquisire conoscenza e consapevolezza del fenomeno; la diffusione dei protocolli, e dunque delle reti territoriali partecipate dai vari soggetti che sono chiamati a svolgere un ruolo per il contrasto e l'emersione del fenomeno; la valorizzazione e la condivisione delle esperienze e delle metodologie di intervento realizzate; la costruzione di un sistema informativo a livello regionale; il collegamento e la collaborazione con le altre regioni (cosa imprescindibile per gli interventi di protezione insiti nella tratta) e con le attività promosse dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sono questioni che devono trovare risposte nella realizzazione di un sistema di *governance* regionale.
Assicurare la tutela dei diritti di *cittadinanza* alle vittime del traffico di esseri umani attraverso la costruzione di un sistema di *governance* sulla tratta che assuma a livello regionale la programmazione e il monitoraggio degli interventi e che sia fondato sulla valorizzazione del dialogo, sull'attivazione di relazioni sistematiche con le altre regioni, con il DPO, con gli operatori dei servizi socio-sanitari territoriali, le Province, il terzo settore, le FF.OO, le Procure, le Prefetture, le associazioni datoriali e le Direzioni Provinciali del lavoro al fine di garantire la condivisione di linguaggi, l'omogeneità e l'integrazione degli interventi e la promozione di un lavoro di rete territoriale.
Nel quadro della costruzione del sistema regionale sulla tratta e in relazione agli interventi che sinora si sono indirizzati alle vittime del traffico di esseri umani gli obiettivi saranno dunque strettamente connessi alle azioni e agli strumenti che si intendono realizzare avvalendosi un ufficio di coordinamento *ad hoc*.

Obiettivi

- informazione, comunicazione, sensibilizzazione
- prevenzione, Emersione, Accoglienza, Sostegno e reinserimento sociale e lavorativo
- sistema informativo regionale (osservatorio/raccolta dati)
- formazione: mirata, multi agenzia, inter-regionale

- promozione/implementazione reti territoriali (provinciali)
- implementazione/coinvolgimento "particolari soggetti" (sindacati, DPL, etc.)

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

Strumenti
- *Help line* nazionale (800 290 290)
- Progetti su bandi ministeriali
- Unità mobili e di contatto
- *drop-in* e sportelli di ascolto, valutazione e orientamento
- azioni per l'accoglienza in emergenza (case di fuga)
- interventi e percorsi di accoglienza (programmi e strutture *ad hoc*)
- mediazione culturale e sociale

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

2.2.3.9.1. Rom e Sinti

Contesto
Sulla base dei dati forniti dall'Osservatorio sulle popolazioni Rom e Sinte condotto dalla Fondazione Michelucci nel territorio toscano si registra una presenza di circa 2.700 persone presenti in contesti diversificati quali insediamenti ufficiali o riconosciuti, villaggi, aree private , insediamenti non autorizzati. Da rilevare la forte incidenza della presenza minorile all'interno della popolazione Rom, che ne rappresenta circa un terzo.
Da ricordare che in data 16 febbraio 2011 il Consiglio Regionale ha approvato una mozione che impegna la Giunta regionale ad attivare, in uno spirito di collaborazione istituzionale con tutti i comuni a partire da quelli che si trovano a fronteggiare direttamente il problema, ogni strumento utile a superare le attuali condizioni di pericolo e degrado ambientale in cui versano uomini, donne e bambini di etnia Rom soggiornanti nel territorio toscano.
Da ricordare anche che a seguito di Comunicazione della Commissione Europea del 5 Aprile 2011 il Governo ha provveduto a individuare nell'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR) istituito presso il Dipartimento per le Pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri , il Punto di Contatto Nazionale (PCN) per la promozione delle politiche nazionali in materia di inclusione dei Rom e ha provveduto inoltre ad approvare il documento "Strategia nazionale d'inclusione dei Rom, Sinti e dei Caminanti" trasmesso all'Unione Europea.

Obiettivi
Il processo di superamento dei "campi nomadi" che collocano le popolazioni Rom in una posizione di separatezza rispetto ai contesti ordinari di svolgimento della vita civile e la ricerca di soluzioni abitative diverse è da considerare una acquisizione della cultura amministrativa e sociale, anche se

le effettive realizzazioni sono rimaste limitate e non sono diventate prassi diffusa sul territorio; per questo il processo di superamento resta un fondamentale obiettivo da perseguire, tale da richiedere un forte coinvolgimento delle amministrazioni del territorio.
In linea con le indicazioni del documento "Strategia nazionale d'inclusione dei Rom, Sinti e Caminanti" occorre delineare metodologie nuove tese a superare la connotazione emergenziale dei tradizionali interventi nei confronti delle popolazioni Rom e Sinte in vista delle sviluppo di processi tesi a intervenire in maniera strutturata nei seguenti ambiti:

- Soluzioni abitative e accesso alla casa
- Istruzione
- Salute e Servizi Sociali
- Formazione e promozione dell'accesso al lavoro

Occorre peraltro rilevare che tra gli assi d'intervento indicati quello relativo alle soluzioni abitative riveste carattere di centralità e di pre-condizione rispetto alla riuscita degli interventi negli altri ambiti individuati.

Azioni
Nello sviluppo delle politiche essenziale rilievo riveste la disponibilità di un accurato sistema di rilevazione in grado di definire un quadro dinamico delle presenze di Rom e Sinti in grado di capirne in profondità le situazioni di vita in relazione alle condizioni abitative, ai contesti territoriali in cui sono inseriti, ai profili legati al mondo del lavoro e alla scolarizzazione, ai rapporti con le istituzioni locali e – se con una storia di migrazione – , alle situazioni di partenza, alla durata della permanenza nel territorio nazionale e locale. Solo un tipo di ricerca sul campo, rigorosa e che utilizza una pluralità di fonti (la conoscenza diretta dei rom e sinti di riferimento, la conoscenza dei luoghi di vita, l'analisi delle politiche locali, l'eventuale terzo settore coinvolto ecc.) può offrire un quadro su cui iniziare ad individuare le criticità (alte e medie) e le priorità sulle quali lavorare.
E' inoltre essenziale la costruzione di un livello di stabile coordinamento regionale degli interventi condotti nei diversi contesti territoriali per consentire una definizione delle priorità rispondente a dati obiettivi, uno sviluppo di positive sinergie e di modelli omogenei di azione.
Per quanto riguarda i percorsi di inserimento abitativo occorre pensare a una pluralità di interventi e di soluzioni quali: abitazioni ordinarie, alloggi sociali, aree attrezzate per residenza (villaggi, microaree), recupero di patrimonio dimesso, autocostruzione e autorecupero con tecnologie appropriate, sostegno e messa a norma di soluzioni autonomamente realizzate.
Nessuna di queste formule garantisce , di per sé, una modalità di "inserimento" socio-abitativo più valida di altri: non ci sono "modelli" definiti, ma occorre invece perseguire la strada della condivisione e del dialogo con ogni singola e differente realtà nell'ambito di un rapporto realmente dialogico.
La soluzione delle problematiche abitative costituisce un presupposto rilevante per il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione rom, che possono essere influenzate dai contesti di precarietà abitativa.

Nei percorsi di complessiva inclusione sociale occorre infine prevedere adeguati percorsi di accompagnamento da parte dell'ente pubblico alle famiglie, a cura di operatori di provata professionalità, che supportino con azioni di tutoraggio/supervisione presso un adeguato numero di nuclei, i processi di contrasto all'illegalità e di graduale inserimento scolastico, lavorativo e sociale sostenuto anche attraverso la collaborazione con i soggetti del terzo settore.

2.2.4. Le risposte alla condizione carceraria

Contesto

La Toscana è una regione ad alta incidenza penitenziaria, stante il numero di Istituti penitenziari presenti sul territorio. Vi si trovano infatti 18 strutture per detenuti adulti (12 Case Circondariali, 5 Case di Reclusione e 1 Ospedale Psichiatrico Giudiziario in via di superamento), e 2 strutture per detenuti minorenni (1 maschile ed 1 femminile). Gli Istituti penitenziari sono distribuiti sul territorio regionale nell'ambito di competenza di undici Aziende USL, interessando quindi la quasi totalità della Aziende sanitarie stesse (11 su 12), in ognuna di esse insistono da 1 a 3 istituti. Presso la Casa Circondariale di Pisa è presente, tra l'altro, il Centro Diagnostico Terapeutico (o Centro Clinico) in grado di accogliere detenuti per un totale di 68 posti. Per quanto riguarda il numero complessivo delle presenze, significativo è il dato riferito alla popolazione penitenziaria adulta a fronte di una capienza regolamentare teorica di 3289 posti, vi si trovano recluse, al 31 dicembre 2012, 4176 persone, delle quali solo 2659 con condanna definitiva e 28 minori. Il sovraffollamento degli Istituti richiede un'elevata attenzione da parte del servizio sanitario e rende più difficile la possibilità di creare un sistema di aiuto socio-sanitario delle persone detenute. A ciò si aggiunge la diversa destinazione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria Regionale della Toscana, di alcuni Istituti per detenuti adulti, in termini di tipologia di detenuti accolti, che impatta sulla possibilità di organizzare il territorio a creare progetti sociali di reinserimento, e la fatiscenza, in alcuni casi, delle strutture stesse, con presenza di impianti obsoleti.

Nel 2010, con lo scopo di cercare di tracciare le intese istituzionali sugli argomenti essenziali legati al carcere, la Regione ha firmato con il Ministero della Giustizia, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria ed il Centro per la Giustizia minorile, cinque Protocolli di Intesa (approvati dalla Giunta regionale con delibere 1153/2009 e 67/2010), al fine di razionalizzare l'attività di sostegno ed in attuazione del DPCM del 1° Aprile 2008, concernente "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" e del documento concernente "*Linee guida in materia di inclusione sociale a favore delle persone sottoposte a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria*", approvato il 19 Marzo 2008 dal Ministero della Giustizia e dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome.

Il passaggio delle competenze in materia di sanità penitenziaria, dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, è stato realizzato secondo quando previsto dal DPCM del 1° aprile 2008 mediante il trasferimento dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e delle funzioni sanitarie destinate a garantire i livelli essenziali di assistenza a favore delle persone detenute. Il confronto costante con le altre regioni ha favorito la condivisione delle problematiche legate al processo di trasferimento, anche attraverso la partecipazione ed il coordinamento dei gruppi tecnici interregionali nonché dei sottogruppi della Commissione Stato-Regioni/Conferenza Unificata. Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (punto 5.6.2.7 "La salute in carcere", punto 5.6.2.1 "Salute mentale in carcere e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario") e anche il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 (punti 6.7 "Gli interventi per le persone soggette a misure dell'autorità giudiziaria", 7.12 "La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze" – "Linee d'intervento in ambito penitenziario", 7.13 "La tutela della salute mentale", cap. 3 "Salute mentale e carcere", 7.16 "Il carcere e la salute") danno ampia testimonianza della forte volontà da parte della Regione Toscana di inserire a pieno titolo la salute in carcere nell'ambito della sanità regionale, nel rispetto della l.r. 64/05 che prima e unica in Italia stabilisce che il cittadino detenuto ha gli stessi diritti di salute di quello libero.

In Toscana, allo scopo di facilitare e sostenere il passaggio delle funzioni, sono stati istituiti progressivamente organismi e gruppi di supporto al coordinamento regionale in materia di sanità penitenziaria, (DGR 644/2010, DGR 213/2012). Sono stati finanziati interventi in materia di implementazione della strumentazione e delle attrezzature (DGR 1307/09) ed è stato assicurato l'acquisto di materassi destinati agli Istituti penitenziari posti sul territorio regionale (DGR 1112/2009) nonché il servizio per la loro sanificazione. Sono stati previsti incentivi per misure alternative alla detenzione, nell'ambito delle attività che interessano i SERT (DGR 848/2010), interventi per la prevenzione del disagio psichico e del rischio suicidario negli Istituti penitenziari della Toscana e nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino (di seguito OPG

vedasi DGR 583/2010) nonché interventi per la progettazione coordinata per la salute in carcere (DGR 805/2010 - linea progettuale n. 6).

Il personale - Per quanto riguarda il passaggio del personale sanitario transitato dal Ministero della Giustizia al SSN, è stata adottata dalla Giunta regionale la delibera n. 784 del 30 agosto 2010, avente per oggetto "Linee di indirizzo per la definizione dei rapporti di lavoro nel SSN del personale operante negli istituti penitenziari"; tale percorso, di rilevante complessità richiede specifiche interpretazioni di ordine giuridico ed amministrativo, finalizzate alla corretta applicazione dei rapporti di lavoro, al rispetto della normativa nazionale ed europea in materia di orario di lavoro, a garanzia della qualità della prestazione medica, nonché della prevenzione e sicurezza del lavoro.
Le 365 unità di operatori sanitari in servizio nel 2008, risultano aumentate del 29% passando così a 472 unità nel 2012, ma soprattutto è stato registrato un incremento del numero delle ore assicurate settimanalmente, che sono passate da 8.356 a 12.511 (+ 3.749 pari a + 49,7 %); in particolare per quanto riguarda le singole professionalità, nel periodo 2008-2012 sono state rilevate le seguenti variazioni:

- per quanto riguarda i medici si registra una sostanziale continuità nel numero dei professionisti e delle ore prestate;
- per quanto riguarda gli psicologi invece si rileva un aumento in termini di unità, perché passano da 25 a 31, con un sostanziale incremento delle ore settimanali prestate (+ 103 pari ad un incremento del 47 %);
- il settore infermieristico fa registrare l'incremento più marcato, infatti il numero dei professionisti passa da 149 a 219 unità (+ 70 pari ad un incremento del 47 %) ed il numero delle ore settimanali prestate passa da 3.961 a 7.321 (+ 3.360 pari a un incremento del 84,8 % circa);
- anche il personale tecnico risulta aumentato nel numero dei professionisti, che passano da 13 a 25 unità, con un incremento delle ore settimanali prestate (+ 133 pari ad un incremento del 55,5 %);
- il personale ausiliario risulta aumentato di 7 unità, passando da 8 a 15 professionisti, con un incremento sostanziale delle ore settimanali prestate (+ 520);
- il personale OSS risulta incrementato in termini di unità (+ 4) e di ore settimanali prestate (+ 119).

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

Le prestazioni specialistiche - In merito alla distribuzione delle prestazioni specialistiche, le informazioni rilevate dalla reportistica prevista dal monitoraggio dell'attuazione del DPCM 1° aprile 2008 consentono di esprimere osservazioni di tipo macroanalitico; l'implementazione del sistema informativo e l'introduzione della cartella socio-sanitaria informatizzata per la gestione dei pazienti detenuti, di prossima introduzione negli istituti della Toscana in attuazione della DGR 196/2011, potrà dare interpretazioni maggiormente articolate attraverso l'incrocio dei dati emergenti dagli effettivi servizi erogati, con quelli delle prescrizioni e dei relativi esiti diagnostici.
La reportistica disponibile relativa ai dati del 2012 , consente di osservare i valori relativi alle singole discipline specialistiche suddivise per istituto penitenziario, dalla quale emerge che la distribuzione di tali discipline risulta aumentata rispetto al 2008; le visite specialistiche erogate alla popolazione detenuta risultano assicurate con apporti professionali qualificati che garantiscono un'elevata copertura verso le discipline prevalenti di maggiore necessità, quali psichiatria, odontostomatologia, malattie infettive, dermatologia, cardiologa, otorinolaringoiatria, ortopedia e traumatologia, chirurgia; sono inoltre presenti radiodiagnostica, ostetricia e ginecologia, neurologia, urologia, medicina fisica e riabilitazione, chirurgia plastica, vascolare, endoscopica digestiva, neurochirurgia, pneumologia, oncologia, radioterapia e nefrologia. Inoltre, per alcuni ambiti specifici è stato introdotto da parte di alcune Aziende USL anche il servizio di telemedicina che, come ad esempio per il progetto avviato nell'ambito dell'Azienda USL 6 di Livorno, permette di

accedere a risorse mediche altamente specializzate, riducendo i tempi di attesa e consentendo di garantire la copertura del servizio dermatologico; grazie al nuovo collegamento tra la struttura penitenziaria elbana con l'ospedale di Livorno, possono essere garantite in tempo reale immagini ad alta risoluzione di presunti melanomi o altre lesioni o infezioni cutanee e repertarle senza ricorrere allo spostamento di professionisti o di detenuti.

I locali - Per quanto riguarda i locali ad uso sanitario, la Giunta regionale in data 13 dicembre 2010 ha recepito, con la delibera n. 1063, le comunicazioni del Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, relative agli ambienti adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile della Toscana. Detta delibera è stata trasmessa alle Aziende USL territorialmente competenti unitamente allo schema di convenzione approvato in Conferenza Unificata il 29 aprile 2009 (Rep. n. 29/CU), da utilizzare per la firma dei relativi accordi tra i Direttori Generali delle Aziende USL e i Direttori degli Istituti penitenziari. Dall'apposita ricognizione effettuata a livello regionale, risulta che il passaggio dei locali è stato regolarmente effettuato laddove ricorrono le condizioni di accettabilità di presa in carico degli stessi.
Alcune Aziende USL (2 Aziende su 11) non hanno potuto procedere alla stipula delle convenzioni per il passaggio dei locali, a causa delle condizioni dei locali stessi, che non sono a norma e versano in situazioni di pericolo sia per i pazienti/detenuti che per i lavoratori/sanitari. La messa a norma richiede interventi d'urgenza, di entità varia.
Pertanto, per gravi problemi legati alla sicurezza, non sono state stipulate le convenzioni relative al passaggio di locali in cui sono state riscontrate gravi condizioni strutturali ed impiantistiche; tali condizioni, di fatto non hanno consentito la presa in carico da parte di quattro Aziende USL.
Considerato che i locali sono ceduti in comodato gratuito alle Aziende USL dall'Amministrazione della Giustizia, che di fatto ne mantiene la titolarità, spettano ad essa i lavori straordinari per consentire l'idoneità degli stessi.
Per sopperire a tale criticità, è stato avviato a livello regionale (DGR 852/2011) il percorso istituzionale, in accordo con il PRAP, affinché le Az. USL eseguano i lavori essenziali, anticipando le spese, destinate ad essere successivamente reintegrata dal PRAP che si fa carico, come previsto dalla legge, dell'intervento.

Le attrezzature - Il passaggio delle attrezzature sanitarie, degli arredi e dei beni strumentali inerenti le attività sanitarie svolte negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile, risulta regolarmente effettuato da tutte le Aziende USL competenti territorialmente che hanno effettuato la verifica della strumentazione sanitaria trasferita, validato quella idonea, collaudato o certificato quella parzialmente idonea e invalidata quella da dismettere rimasta in carico all'Amministrazione Penitenziaria. Sulla base di tale verifica è stato realizzato il monitoraggio sullo stato effettivo di tali materiali, in considerazione del quale la Giunta regionale ha approvato la deliberazione 1307/2009, seguita dalla deliberazione 149/2010 e dal decreto dirigenziale 1443/2010, che hanno consentito, oltre a prendere atto del trasferimento ai sensi del DPCM 1° aprile 2008, anche di finanziare gli interventi a sanatoria sulla strumentazione sanitaria in questione da migliorare.

2.2.4.1. La salute in ambito penitenziario

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

L'indagine condotta nel 2012 dall'Agenzia regionale di sanità (ARS) è giunta alla seconda edizione e fornisce notizie sullo stato di salute di ben 3.329 detenuti adulti su un totale di 4.172 arruolati; rispetto alla rilevazione effettuata nel 2009, la copertura risulta aumentata di circa l'8% passando dal 71,6% al 79,8%. La coorte presa in esame risulta composta per il 96% di maschi (n. 3.211) e dal 3,5% da femmine (n. 118). I risultati offrono l'immagine di una popolazione giovane (età media 38 anni) composta per il 50% da stranieri; i dati mostrano anche che i detenuti adulti rimangono mediamente 18 ore al giorno all'interno di una cella e solo il 33,9% svolge attività manuali o lavorative durante la detenzione. Il 71,1% risulta affetto da almeno una patologia (73% nel 2009); le principali patologie rilevate risultano i disturbi di natura psichica (37,3%), gastrointestinale (14,4%) e le malattie infettive e parassitarie (11,1%) con un aumento, in quest'ultime, delle infezioni tubercolari.
Dal confronto con l'indagine del 2009, nel 2012 è emerso un aumento del 4,1% dei detenuti con disturbi psichici e, rispetto alle altre patologie psichiche, risulta fortemente aumentato il disturbo da dipendenza che è stato riscontrato nel 67,8% dei detenuti con almeno una diagnosi psichiatrica (38,3% nel 2009); continuano ad essere rilevanti anche i disturbi nevrotici spesso associati a reazioni di adattamento connesse con l'inserimento in ambiente penitenziario. A queste malattie vanno associati i numerosi tentati suicidi che rappresentano un'emergenza per il sistema penitenziario, nel corso del 2012, il 2% dei detenuti ha tentato il suicidio e il 7,6% ha messo in atto un gesto di autolesionismo, con uso prevalentemente di taglienti (68,9%) e con ingestione di corpi estranei (15,2%).
Allo scopo di garantire il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione detenuta negli Istituti penitenziari della Toscana si delineano scelte articolate su vari fronti, orientate in primo luogo attraverso un nuovo modello organizzativo di programmazione nell'ambito della sanità penitenziaria, basato sulla semplificazione degli organismi deputati alla gestione delle funzioni regionali e sul consolidamento della collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, nel rispetto di compiti e ruoli di ciascuna Istituzione, allo scopo di mettere a fattore comune le risorse e cogestire le problematiche emergenti.
Risulta inoltre indispensabile consolidare i livelli essenziali di assistenza che costituiscono i servizi sanitari erogabili all'interno dei Presidi sanitari territoriali penitenziari delle Aziende USL, introdurre i modelli organizzativi caratterizzanti il SSR, la formazione del personale l'accreditamento delle strutture, la garanzia del criterio di equità tra popolazione libera e ristretta attraverso il rispetto dei LEA e dell'accessibilità ai servizi del SSR.
La sfida più impegnativa è quella del governo dei determinanti di salute non sanitari all'interno degli Istituti penitenziari che passa inevitabilmente dalla risoluzione del problema del sovraffollamento e dall'adeguamento qualitativo e quantitativo degli Istituti penitenziari oltre che a rendere finalmente operativa la mission costituzionale della riabilitazione della pena.
Emerge inoltre la necessità di:

- prevenire e contrastare l'emergenza sanitaria per alto rischio di contagio da malattie infettive, presenza di stati di abuso e dipendenza da fumo e da sostanze stupefacenti, insorgenza di disturbi di natura psichica e nevrotica, assenza di stili di vita e di prevenzione finalizzati al mantenimento dello stato di salute
- superare l'OPG, come sancito dal decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 (Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, nonché dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 (Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), convertito, con modificazioni, dalla legge 30 marzo 2014, n. 81, mediante la realizzazione di tutti gli interventi ivi previsti, compresa l'individuazione di strutture ad esclusiva gestione sanitaria destinate ad accogliere i pazienti, con i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi definiti dal decreto del Ministro della salute 1° ottobre 2012 ai sensi del d.l. 211/2011; il superamento dell'OPG dovrà avvenire attraverso un percorso puntuale da condividere con l'amministrazione della giustizia e con il territorio in una logica incentrata sull'individuo e sulle sue potenzialità residue.

Obiettivi

- consolidamento integrazione tra Sistema sanitario regionale e Amministrazioni della Giustizia anche attraverso la maturazione di una diversa cultura condivisa all'interno del carcere
- applicazione all'interno delle strutture carcerarie del modello organizzativo territoriale in un ottica che garantisca ai pazienti reclusi gli stessi diritti di quelli liberi, in linea con la l.r. 64/2005
- classificazione dei Presidi Sanitari Territoriali Penitenziari e individuazione dei livelli essenziali di assistenza da erogare sulla base della loro classificazione
- attivazione e consolidamento di un sistema di monitoraggio sistematizzato, anche in considerazione del fatto che la sanità penitenziaria è stata inserita nei LEA
- conduzione e sostegno del piano per il superamento dell'OPG e per la riabilitazione psicosociale dei pazienti, attraverso un programma predisposto in attuazione della l. 9/2012 che preveda *step* procedurali condivisi con i Dipartimenti di salute mentale territoriali e con l'Amministrazione penitenziaria, garantendo ai pazienti percorsi definiti e personalizzati nonché un costante sostegno e monitoraggio anche quale garanzia del reinserimento sociale.

Azioni

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

Azioni caratterizzate da fattori organizzativi:

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

Azioni caratterizzate da fattori qualitativi:

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

- sviluppo dell'assistenza psicologica, con interventi specifici sul disagio psichico
- creazione di una rete d'informazione e sostegno in ambito carcerario
- intervento del Centro di gestione rischio clinico regionale anche all'interno del carcere, per approfondire gli eventi avversi che si verificano nelle strutture sanitarie delle carceri e individuare eventuali azioni di miglioramento della sicurezza dei pazienti
- introduzione della Carta dei servizi sanitari - adottata in tutte le Aziende sanitarie – anche all'interno del carcere
- introduzione della sanità di iniziativa all'interno degli Istituti penitenziari
- introduzione della telemedicina all'interno del carcere: tele-diagnosi, tele-assistenza, telesoccorso, video-tele-consulto
- predisposizione di linee guida per la gestione degli interventi di igiene ambientale per la sanificazione dei letti e di messa a norma degli impianti dei locali sanitari
- integrazione protocollo d'intesa per la realizzazione di interventi finalizzati alla MeSsa a norma degli impianti dei locali sanitari;
- definizione di set di indicatori di valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie relative alla tutela della salute delle persone detenute, sia a livello di Azienda che di singolo Istituto Penitenziario. Tale sistema consente di valutare la capacità del servizio sanitario toscano di erogare servizi appropriati, efficienti e di qualità alle persone detenute, in una logica di equità, consentendo dunque anche il confronto con i cittadini liberi. Gli indicatori MeS sono relativi a diverse aree, nella logica della multidimensionalità del sistema di valutazione, quali, tra le altre, Capacità di governo della domanda, Appropriatezza prescrittiva e diagnostica, Appropriatezza prescrittiva farmaceutica, Screening Oncologici, Screening Infettivologici, Gestione dell'emergenza, Salute mentale e dipendenze. Gli indicatori, calcolati annualmente, rappresenteranno strumenti di governance del sistema;
- avvio studio epidemiologico ARS sistematizzato attraverso indicatori significativi da condividere con le Aziende sanitarie;
- coordinamento e verifica del percorso regionale per il superamento dell'OPG di Montelupo Fiorentino, in stretta sinergia con le Aziende USL, le altre Regioni e l'Amministrazione Penitenziaria, mediante i seguenti interventi:
  - progetti individualizzati per la presa in carico dai servizi territoriali dei pazienti dimissibili residenti in Toscana;
  - rientro degli internati nelle Regioni di provenienza;
- completamento del percorso attuativo della legge 9/2012, art. 3 ter, diretto a:
  - effettuare attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione di percorsi terapeutici riabilitativi e a favorire l'adozione di misure alternative all'internamento;
  - disporre di strutture sanitarie modulari distinte tra loro e differenziate per intensità di cura, che consentano di accogliere per un periodo transitorio, i pazienti psichiatrici cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, tenendo conto delle necessità assistenziali, di riabilitazione psico-sociale e di sicurezza;
  - disporre di strutture intermedie destinate ad ospitare i pazienti dimissibili, pazienti autori di reato per i quali sia possibile attuare interventi con misure di sicurezza non detentive;
- attivazione di un percorso protetto per le detenute madri che tenga conto della situazione di fragilità di madre e figlio;
- introduzione misure dirette alla tutela della salute della popolazione detenuta femminile;
- prevenzione oncologica diretta alla popolazione detenuta adulta, attraverso gli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto, nell'ambito della rete oncologica della Regione Toscana;
- monitoraggio sulle attività di gestione delle problematiche derivanti dall'infezione da HIV e delle altre malattie infettive rilevanti in ambito penitenziario (interventi diagnostici e clinici, informazione e prevenzione);
- sviluppo delle sinergie dirette alla presa in carico delle problematiche di salute mentali della popolazione detenuta;
- integrazione con le attività sanitarie dirette alla presa in carico delle persone detenute con problemi di alcol e/o tossicodipendenza.

2.2.4.2. Sostegno al reinserimento

Sfide
Il recupero delle persone in esecuzione di pena considerate nella loro individualità rappresenta un impegno volto a completare le azioni a sostegno della popolazione ristretta ed a favorire il contenimento del fenomeno della criminalità. Viene pertanto rinnovata la volontà di favorire la collaborazione interistituzionale tra enti che hanno dichiarato la propria intenzione partecipativa negli appositi protocolli d'intesa con il Ministero della Giustizia e con i suoi uffici periferici nel Gennaio 2010 (DGR 1153/2009 e 67/2010).

Obiettivi
Il completamento e lo sviluppo dei seguenti interventi, costituisce un valido supporto per il miglioramento delle condizioni detentive e per reinserimento sociale delle persone detenute:

- superamento della fase sperimentale e la messa a regime delle figure educative sperimentali di "operatore-ponte" al fine di garantire al razionalizzazione delle risorse messe a disposizione dalla rete territoriale anche al fine di implementare il numero, la qualità ed i risultati dei percorsi sociali, formativi, culturali e lavorativi attualmente presenti
- un sistema di monitoraggio sistemico della spesa sociale carceraria degli EELL, corredata di un indice valutatorio delle azioni e dei risultati conseguiti
- tutela sociale dei figli delle madri detenute, attualmente vittime incolpevoli ed inconsapevoli, ma costrette a subire la detenzione al pari del loro genitore e di cui si vuole evitare tale situazione creando un luogo adatto alla loro vita.

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

- sostegno alle azioni di inserimento socio-lavorativo, formativo e/o culturale delle persone detenute ed ex-detenute
- messa a regime del Polo Universitario Penitenziario
- messa a regime di un sistema di monitoraggio delle presenze di minori soggetti a misure penali negli Istituti e nelle Comunità della Toscana e sugli altri indicatori sociali in ambito penitenziario da realizzarsi assieme al Centro per la Giustizia Minorile e al Centro regionale di documentazione su infanzia e adolescenza – osservatorio regionale minori
- realizzazione di misure finalizzate a garantire il recupero della cultura della legalità e ad accompagnare i percorsi di inclusione socio-lavorativa, quali il sostegno formativo, culturale, sociale e lavorativo adattato alle loro esigenze, per fascia di età e caratteristiche; inoltre su questo punto si vuole sottolineare l'orientamento fortemente educativo, incentrato sul recupero della legalità, che deve improntare tutte le azioni rivolte ai minori sottoposti a provvedimenti restrittivi, per cui si privilegia lo strumento della mediazione penale minorile con l'obiettivo di individuare soluzioni organizzative funzionali alla diffusione delle esperienze già presenti
- messa a regime della figura di "operatore-ponte" su un numero limitato di territori pilota sulla base di uno schema di inquadramento, funzionamento e gestione della figura concordato fra la Regione, le Province, i Comuni sede di carcere, ASL e gli uffici del Ministero della Giustizia.

2.3. Prendersi cura

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

2.3.1. Garantire la continuità attraverso i percorsi integrati

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

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

In questo contesto la figura del MMG assume un ruolo fondamentale.

2.3.1.1. La lotta ai tumori

Contesto
Il sistema a rete definito dall'ITT si è consolidato nel corso degli anni con la diffusione di un modello organizzativo comune (accoglienza, gruppi oncologici multidisciplinari) e di procedure condivise (raccomandazioni cliniche) con importanti risultati in termini di offerta omogenea e di qualità verificata con specifici indicatori di percorso assistenziale. Al fine di garantire un'adeguata ed omogenea assistenza psicologica ai pazienti oncologici appare opportuno promuovere una consensus conference per la definizione di protocolli operativi di tipo EBP a livello regionale. Nello stesso contesto si è sostenuto un forte impegno nel settore della ricerca oncologica con l'avvio della realizzazione di un laboratorio *core* dell'Istituto ed il finanziamento, con cadenza annuale, di progetti in questo settore Accanto ad interventi di valorizzazione della rete con diffusione territoriale dei servizi di oncologia si sono potenziate infrastrutture e services quali il Centro di Coordinamento delle Sperimentazioni Cliniche (con la prospettiva di creare una struttura per la fase I), il Centro di Ascolto Oncologico ed il collegamento settimanale in Multivideoconferenza dei professionisti di tutte le Aziende. In questa ottica viene riaffermato il ruolo dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica quale struttura di coordinamento degli interventi di

prevenzione e di riferimento per le azioni di valutazione epidemiologica e di sorveglianza connesse alla estensione regionale del Registro Tumori. L'insieme di queste azioni ha fatto crescere nel confronto nazionale il peso della Rete Toscana che ha ricevuto precisi riconoscimenti per quanto riguarda la sua istituzionalizzazione (Bocconi – Oasi) e la sua operatività (Piano oncologico Nazionale).

L'istituto Toscano Tumori intende, attraverso la piena valorizzazione del modello a rete, dare risposte alle domande più pressanti del paziente oncologico e della sua famiglia (sono nel posto giusto? Ci sono terapie più nuove? Sono coinvolti tutti gli specialisti?). La sfida che ITT coglie è quella di superare attraverso la rete le principali criticità dell'oncologia, quali le disequità negli accessi, l'inadeguata strutturazione della multidisciplinarietà, le incertezze (anche comunicative) sulla tempestività e appropriatezza, la sostenibilità economica, la frequente mancanza dell'innovazione nei percorsi garantiti, la discontinuità di cura.
I nostri impegni sono le "azioni" sui fattori di rischio (Prev. Primaria) sull'anticipazione della diagnosi (*Screening*), sull'omogeneità nella qualità delle cure, sull'appropriatezza scientifica e organizzativa, sulla continuità delle cure, sulla messa a disposizione in maniera gratuita dell'innovazione e delle eccellenze, quando necessarie, sulla disponibilità delle terapie complementari in particolare per il trattamento degli effetti avversi, secondo le indicazioni della letteratura internazionale.
Oggi il tema della rete oncologica è spesso abusato per individuare esperienze talvolta settoriali, volontarie, non istituzionalizzate. Si conferma la scelta dell'ITT che considera la rete un modello di relazione strutturata di un insieme articolato di istituzioni sempre più tra loro complementari in grado di produrre sinergie, condivisione della casistica, fruibilità collettiva dell'eccellenza con economie di scala a partire da masse critiche per l'alta specializzazione. Si apre una nuova fase in cui occorre strutturare maggiormente le collaborazioni interaziendali sia in ambito di Area vasta che regionale nella prospettiva di un dipartimento regionale per l'oncologia cui fare affluire direttamente le infrastrutture comuni ed in grado di governare con apposite procedure i percorsi di cura.

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

Azioni
Si intende procedere alla definizione, di concerto tra ITT e Aziende, di una griglia di unità di alta competenza secondo precisi criteri(soglie di casistica, expertise di professionisti, innovazione tecnologica) verso cui indirizzare la casistica oncologica rara e/o complessa. Questo progetto che nasce da precise indicazioni dell'ITT (Conferenza di Organizzazione) e della Regione Toscana (DGR 352/2010) deve vedere un momento di sintesi delle valutazioni dei clinici e del necessario superamento di alcune rigidità giuridico-amministrative e produrre la definizione di specifiche unità per singole patologie a partire da una analisi epidemiologica dell'esistente integrata dalla definizione di requisiti che siano garanzia di qualità. Ne scaturisce l'individuazione di strutture di dimensione di Area Vasta, o regionale o addirittura interregionale, che dovranno distribuirsi nei diversi nodi della rete attivando percorsi che hanno alla base specifiche sinergie interaziendali.

Questa prospettiva che passa attraverso il superamento di logiche di competitività tra Aziende dovrà essere sostenuta dalla piena condivisione del sistema e favorire la valorizzazione dei DRG di percorso ma soprattutto mettere in moto una nuova flessibilità e mobilità dei professionisti. Ad oggi è bene avviata la fase di metodologia generale per cui è possibile la definizione delle patologie oggetto di questa riorganizzazione.
Sul fronte delle facilitazioni di percorso per il paziente oncologico deve essere ragionevolmente attivato un sistema (P.O.R.T.A Prenotazione Oncologica e Raccordo Terapia Accertamenti) di prenotazione in grado di interfacciarsi direttamente con gli erogatori e di fornire all'utenza la prenotazione secondo criteri di necessità/urgenza/sequenza terapeutica condivisi con i curanti. Si intende togliere con questa modalità ogni carico burocratico/amministrativo al paziente e alla sua famiglia e ricondurre ad un'unica regia "intelligente" la definizione e la calendarizzazione degli approfondimenti diagnostici. Questa struttura arricchisce e carica di operatività le accoglienze oncologiche con specifici compiti di relazione con gli erogatori afferenti al percorso di cura. Nell'ottica di un costante adeguamento alla evoluzione tecnologica e di una coerente appropriatezza nell'utilizzo di tecnologie avanzate appare rilevante una programmazione di questa offerta che tenga conto di effettive necessità, indicazioni condivise e modalità di accesso governate. La collocazione della innovazione tecnologica in una dimensione regionale di cui è garante tecnico-scientifico l'ITT e che preveda una lista unica di prenotazione ed un accesso mediato dalle strutture oncologiche territoriali, sembra essere una prospettiva razionale anche nell'ottica di garanzie di qualità e di appropriatezza per i cittadini. Sono riconducibili ad analoghe motivazioni anche le azioni che mirano a mettere a disposizione alcune attività di alta specializzazione (chirurgia ricostruttiva, tipizzazione biomolecolare, etc…) per ambiti territoriali che superano la dimensione aziendale e possono prevedere la mobilità delle equipe o dei materiali biologici. Nell'ambito di una collocazione dell'ITT nel panorama internazionale dei più importanti centri oncologici occorre dare operatività all'ipotesi di collaborazione strutturata con centri internazionali di riferimento definendo alcune azioni (*trials* clinici, *second opinion*, etc;) che avviino concrete ricadute sul sistema toscano e sulla qualità dei percorsi di cura dei nostri cittadini. A partire da questa esperienza l'ITT deve partecipare alla rete dei centri di riferimento nazionali e internazionali cogliendo le opportunità che ne possono derivare sia nel campo della ricerca che nella diagnosi e cura.

2.3.1.2. Un esempio per tutti: il percorso dell'Ictus

Nei Paesi occidentali il 10-12 % dei decessi è attribuibile allo stroke o alle sue conseguenze. L'incidenza dello stroke, prevalentemente per la forma ischemica, è venuta diminuendo negli ultimi decenni, passando da 163/100.000 (1970-1979) a 94/100.000 (2000-2008). Tuttavia, poiché la probabilità di subire un insulto ischemico cerebrale raddoppia ogni dieci anni a partire da 55 anni, per il progressivo invecchiamento della popolazione dalla seconda decade del 2000 è attesa un'inversione di tendenza.
In Italia l'incidenza dello Stroke è di circa 180.000 casi/anno, dei quali 130.000 nuovi e 50.000 recidivanti. Fra i colpiti, entro un anno decede il 22% degli uomini ed il 25% delle donne. Il 3% della popolazione italiana attuale è sopravvissuto ad un'ischemia cerebrale, e di questa parte il 65% è gravato da esiti cronici e il 10% è disabile con necessità di assistenza continua o di istituzionalizzazione. Le stime di invecchiamento fanno ritenere che entro il 2030 la prevalenza raggiunga il 3,8% della popolazione generale (+128%).
In Regione Toscana le stime di incidenza ad oggi sono di 3500 nuovi casi all' anno, con 800 decessi. La prevalenza stimata è di 110.000 residenti che hanno sofferto di almeno un episodio ictale, 73.000 dei quali con esiti permanenti, tra cui 11.000 disabili.
In considerazione della variabilità di patologia ed esiti, è anche altamente variabile il costo di ciascun singolo caso. Stime nazionali relative al primo anno di sopravvivenza post-ictale , peraltro abbastanza sovrapponibili ad analoghe valutazioni di altri Paesi, indicano che ciascun sopravvissuto comporta un costo sanitario medio annuo di circa 12.000 euro ed un costo sociale medio di circa 8.000. Per le previsioni di crescita della popolazione a rischio ne è atteso il progressivo incremento.

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

- Fase della prevenzione
- Fase acuta pre-ospedaliera
- Fase acuta ospedaliera
- Fase post acuta territoriale
- Fase della cronicità
- Fase della riabilitazione.

La diffusione della malattia e i suoi esiti spesso pesanti sulla qualità della vita, sono legati a cause ormai note, ma non ancora adeguatamente trattate, in ognuna delle fasi del percorso. Diventa fondamentale identificare un percorso clinico per l'ictus, con il quale garantire un modello di presa in carico capace e specifico per affrontare con maggior incisività il decorso della malattia, rallentarne l'evoluzione e ridurre gli esiti.
La scelta concettuale del PSSIR tiene conto delle linee guida elaborate dal CSR e sottoposte a recentissima revisione (2013) e ben si adatta ad affrontare le sfide di questo percorso con strategie definite, inserite nelle varie fasi, condivise fra professionisti e all'interno dei contesti organizzativi previsti sia nell'ambito ospedaliero (ospedali per intensità di cura) che territoriale (Emergenza territoriale, Sanità d'iniziativa, Case della salute, Cure intermedie), come qui di seguito precisato.

Fase della prevenzione
Per l'identificazione e il trattamento dei fattori di rischio, il primo intervento deve sempre riguardare lo stile di vita, in particolare la dieta, il fumo, consumo rischioso/dannoso di alcol e l'attività fisica. Quindi tutte le azioni proposte nel par. 2.1 inerente agli stili di vita diventano fondamentali nella prevenzione primaria dell'ictus come delle altre patologie legate ad un alto rischio cardio e cerebro vascolare, alle quali spesso l'ictus è correlato.
Fondamentale è il trattamento ottimale del diabete, della dislipidemia, delle aritmie cardiache e, soprattutto, dell'ipertensione arteriosa che ancora risultano spesso sotto diagnosticati e sottotrattati. E' proprio in questa fase che la scelta della sanità di iniziativa è la risposta accreditata a livello internazionale che può meglio garantire il controllo della malattia.
Un altro momento significativo nel quale intervenire con prontezza corrisponde alla comparsa dei sintomi che possono identificare l'imminente insorgenza di un ictus cerebrale, in particolare l'Attacco Ischemico Transitorio (TIA) che predice un rischio elevato di rischio cerebrale nelle 48 ore successive. Il riconoscimento e l'avvio immediato verso il Pronto Soccorso dei pazienti nelle prime ore dall' ictus sono determinanti nel decorso successivo per la possibilità di intervento con terapie riperfusive che possono portare alla totale risoluzione del problema o alla riduzione delle conseguenze.
E' per questi motivi particolarmente necessaria la promozione di campagne informative specifiche per la popolazione generale e per i soggetti ad alto rischio, per il riconoscimento delle fasi iniziali dello stroke e la immediata attivazione dei soccorsi.

Fase acuta pre-ospedaliera
Senza soffermarsi in questo capitolo sulle attività dell'Emergenza Territoriale, sicuramente una stretta integrazione fra il 118 ed il Pronto Soccorso (par. 2.3.2), e tra il PS, Stroke Team e Stroke Unit/Area Stroke, con le caratteristiche descritte in seguito, sono premessa indispensabile sia per la corretta attribuzione dei pazienti elegibili per la trombolisi sia, più in generale, per la miglior gestione, fino dai primi momenti, dei pazienti vittime di ictus.

Fase acuta ospedaliera

I diversi livelli di assistenza, specificamente competenti per i diversi livelli di complessità, individuati in base ai bisogni assistenziali, che hanno introdotto nella nostra regione l'organizzazione dell' "Ospedale per Intensità di Cure", in accordo con i dati della letteratura, garantiscono efficaci ed efficienti cure al paziente con Ictus Cerebrale, presidiando tutto il percorso intra-ospedaliero.

Gli Ospedali, organizzati per Intensità di Cure, devono avere un percorso diagnostico-terapeutico che si basa su:

- Lo Stroke Team è un'articolazione funzionale interprofessionale – Medici, Infermieri, Tecnici della Riabilitazione – che impiega personale con formazione ed esperienza specifica. Opera di norma nel DEA e nelle diverse articolazioni ospedaliere ed ha il compito di coordinare e gestire le cure dei pazienti ad esso afferenti Il Team medico è interdisciplinare: Neurologo, Internista, Medico dell' Emergenza, Cardiologo, Fisiatra, Rianimatore. Qualora nel Presidio sia assente il Neurologo, la sua competenza può essere richiesta per via telematica. Questa aggregazione professionale accoglie il paziente nella fase acuta e seleziona i pazienti da avviare alla trombolisi, garantisce inoltre la correttezza assistenziale per tutto il percorso ospedaliero nei diversi gradi di complessità e tutela la prosecuzione dell' assistenza sul Territorio. L'assegnazione del paziente dal DEA, e di conseguenza la responsabilità primaria del percorso ospedaliero è della SOP di Neurologia o della Medicina Interna titolari della SDO secondo protocolli condivisi che considerino criteri di appropriatezza e comorbilità. Lo Stroke Team è presidio della correttezza assistenziale. Le Direzioni Aziendali organizzano a questo scopo le risorse disponibili.

- Stroke Unit/Stroke Area. E' un'area di degenza definita nel setting ad intensità, per l'assistenza del paziente con Ictus acuto, con alcuni letti monitorizzati e utilizzati in modo flessibile, sono cioè specificamente ma non esclusivamente dedicati così come l'equipe medico-infermieristica preposta. I criteri di accesso saranno definiti nel percorso Diagnostico Terapeutico Riabilitativo sull'ictus di cui ogni Azienda dovrà dotarsi. Nelle Aziende Ospedaliero/Universitarie può essere previsto, per finalità di ricerca, di didattica ed interventi di alta tecnologia e complessità, l'organizzazione di un setting assistenziale esclusivamente dedicato al percorso ictus in fase acuta.

L'arrivo del paziente con codice ictus in Pronto Soccorso (P.S.) mette in allarme lo Stroke Team e i Servizi diagnostici per la verifica e ulteriore definizione della diagnosti.

Lo Stroke Team decide l'eventuale elegibilità alla Trombolisi, che nei casi eligibili deve essere iniziata nel più breve tempo possibile.

Lo Stroke Team assume la tutela per tutto il percorso ospedaliero e decide l'assegnazione:

- Alla Struttura Ospedaliera Professionale (SOP) capace di gestire il percorso intraospedaliero dell'ictus (Neurologia, Medicina Interna);
- Ai livelli di assistenza adeguati alla gravità e complessità dell'ictus nei diversi stadi della sua evoluzione.

Ogni Azienda Sanitaria dovrà grantire la continuità delle cure verso il territorio individuando le strutture e i setting assistenziali in cui allocare in maniera appropriata i pazienti affetti da ictus che abbiano terminato il percorso in ospedale per acuti.

Fase post acuta territoriale

Alla dimissione ospedaliera il paziente viene accolto al domicilio o nelle cure intermedie, qualora invece esistano deficit neurologici verrà avviato alla rete delle cure riabilitative al fine di raggiungere il migliore recupero funzionale e ottenere il massimo dell'autonomia (par. 2.3.4.3).

Verrà inoltre garantito il supporto psicologico, il monitoraggio clinico per la prevenzione delle recidive ed infine il supporto sociale indispensabile per ridurre il disagio conseguente all'hadicap ed il carico assistenziale e psicologico delle famiglie.

Si tratta di un approccio continuativo che si attua attraverso il modello della Sanità di Iniziativa e attraverso l'inserimento in attività che pur non essendo sanitarie sono determinanti per riattivare la

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

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

- Organizzazione dell'assistenza in aree dedicate allo stroke attuabili in tutti i Presidi Ospedalieri, Stroke Unit/Strok Area.

- Organizzazione integrata in rete. Per la specifica articolazione in più processi sequenziali da tenersi necessariamente collegati tra di loro, la prevenzione e l'assistenza all'ictus cerebrale in una determinata area sociosanitaria e,nella fattispecie, nell'intero territorio regionale, devono essere organizzate in forma di sistema integrato, ovvero in un unico disegno in cui venga definito precisamente il ruolo delle varie strutture ospedaliere,in particolare per offrire una diagnostica ed una terapia interventistica intravascolare e chirurgica in relazione alla loro diversa complessità operativa, le diverse funzioni territoriali e i diversi operatori professionali, come indicato dalle linee guida regionali. Tali strutture e funzioni devono poter comunicare continuativamente ed in tempo reale tra di loro, in una operatività che utilizzi la moderna tecnologia telematica. In ciascuno dei nodi di questa rete deve essere identificato un team di dirigenti e professionisti dedicati alla implementazione ed al monitoraggio sia del funzionamento che dei risultati.

- Informazione degli utenti. Di estrema importanza è la informazione della popolazione che deve essere sistematica e continua, utilizzando mezzi efficaci di comunicazione sociale, centrata sui fattori che espongono al rischio di ictus e sulle modalità del loro controllo, sull'importanza degli episodi transitori (TIA) nonchè sui sintomi precoci il cui riconoscimento da parte del soggetto colpito è essenziale per non ritardare i tempi di arrivo in ospedale.

Altrettanto essenziale è la informazione adeguata degli amministratori e dei politici allo scopo di ottenerne la condivisione nei processi decisionali riguardanti l'implementazione, l'organizzazione ed il monitoraggio continuo del sistema integrato di assistenza e cura. La definizione di obiettivi specifici e relative azioni sarà descritta con atti successivi che individuino un percorso assistenziale che dettagli tempi, modalità, attori, standard organizzativi ed operativi e relativa verifica.

Fase della cronicità – CRONICITÀ POST - STROKE

I pazienti con deficit stabilizzati hanno necessità di interventi assistenziali utili a mantenere la massima autonomia possibile e per questo fine occorre riconoscere, trattare e, ove possibile, prevenire le cronicità post-ictali in conformità con le migliori prove di evidenza disponibili. Il riferimento scientifico principale è la Linea Guida "Diagnosi e Cura dell' Ictus" (2005, 2009,2013), adottata dalla regione Toscana nell' ambito del Sistema Nazionale Linee Guida, integrato dalle Linee Guida "Management of patients with stroke" SIGN (2010), "New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management" (2010)e "National clinical guideline for Stroke" Royal College of Physicians (2012).

- Criteri generali L'ictus, soprattutto nei pazienti anziani, si sovrappone ad altre situazioni comorbose. In tutti i pazienti, anche in età molto avanzata, dopo la stabilizzazione dalla fase acuta è necessario che un Team Multiprofessionale del settore delle Cure Primarie definisca e attui un Piano Assistenziale per il periodico controllo delle condizioni cardiocircolatorie e metaboliche, incluse le eventuali variazioni del peso, del trattamento farmacologico e di quello riabilitativo. Il team definisce un programma a lungo termine per la realizzazione autonoma delle attività quotidiane e mantiene una funzione di riferimento per i malati ed i familiari dei pazienti.

- Self Management (paziente esperto) Il Team Multiprofessionale attua interventi formativi ed informativi con cadenza periodica utili a migliorare la conoscenza della malattia ictus da parte dei pazienti e dei familiari, anche finalizzati a facilitare il reinserimento del paziente nell' ambiente sociale.
L'attività assistenziale deve includere l'intervento psicologico in tutte le fasi della malattia, finalizzato alla promozione di comportamenti utili a compensare i deficit.
Saranno garantiti i provvedimenti utili a: Nutrizione, Disturbi fasici, Disturbi cognitivi, Continenza, Spasticità, Sublussazione della spalla, Dolore Centrale, Depressione, Problemi visivi, Edemi delle estremità, Spossatezza, Apnee ostruttive, Decondizionamento cardio-vascolare.

Fase della riabilitazione
Deve essere trasversale a tutto il percorso e deve accompagnare il paziente fin dall'inizio della presa in carico e deve essere affidata a professionisti di settore adeguatamente formati e collegati tra loro nelle varie fasi e competenze per i quali si rimanda al cap. 2.3.4 di questo PSSIR.

Criteri per le Aziende
Ogni Azienda Sanitaria deve:
- Definire con un atto deliberativo il percorso diagnostico terapeutico assistenziale dello stroke. Il coordinamento del percorso intraospedaliero viene assegnato alla SOP di riferimento nell'ospedale (Neurologia o Medicina Interna);.
- Prevedere e assicurare le seguenti offerte assistenziali:
  1. Terapia fibrinolitica in fase acuta
  2. Stroke Unit/Strok Area
  3. Lo Stroke team.

2.3.1.3. La terapia iperbarica nella Regione Toscana -

La terapia iperbarica è una metodica consolidata, basata sulla somministrazione, attraverso le vie respiratorie, di Ossigeno puro oppure di miscele respiratorie con alte percentuali di Ossigeno, in ambienti ermeticamente chiusi (camere iperbariche) entro cui, con aria immessa dall'esterno, si aumenta la pressione ambiente.
Le camere iperbariche, con le quali si attua questa metodica, devono essere situate in centri che, nelle strutture pubbliche, afferiscono ai Dipartimenti d'Emergenza.
La mission dei Centri iperbarici deve:
- garantire le prestazioni di terapia iperbarica per tutte le patologie per le quali essa è considerata efficace;
- promuovere lo studio e la ricerca sull'efficacia della terapia ed aggiornare, previa approvazione del Consiglio Sanitario Regionale, l'elenco delle patologie per le quali è indicata sia come terapia essenziale, sia come terapia complementare.

2.3.2. La risposta all'emergenza

Il progetto speciale di interesse regionale "Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza–urgenza intra ed extra ospedaliero" (PSR 2005-2007) prevede azioni di sviluppo correlate ad un percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso, l'integrazione del servizio di emergenza territoriale 118 con revisione della diffusione e articolazione dei punti di emergenza territoriale, l'ottimizzazione e messa a regime del servizio regionale di elisoccorso, il consolidamento dell'assetto organizzativo di Trauma Center e rete per soccorso, trattamento, gestione e trasporto per trauma e patologie complesse, in scala di Area Vasta.
Le centrali uniche del 118 in conformità alla l.r. 81/2012 ed alle deliberazioni della Giunta regionale 754/2012 e 1235/2012, dovranno essere organizzate a livello con proiezioni locali funzionali alla gestione di tutto il sistema dei trasporti sanitari dell'emergenza urgenza, come indicato nella l.r. 70/2010.

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

Strategia
La gestione unificata a livello dipartimentale dell'emergenza/urgenza deve favorire un'omogeneizzazione del personale medico dal punto di vista giuridico contrattuale.
I DEU, ognuno dei quali dovrà avere una specifica e definita capacità di risposta, devono essere organizzati in rete interaziendale, in una dimensione di Area Vasta, con un coordinamento assicurato da un'unica Centrale Operativa.

Obiettivi
- Promuovere il percorso di appropriatezza per l'Emergenza-Urgenza:
    a) ricondurre il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza alla propria "*mission*" di risposta all'emergenza-urgenza e garantire, attraverso le sue varie articolazioni funzionali, il percorso più appropriato per il paziente
    b) diminuire i tempi di attesa intervenendo anche sulla gestione organizzativa dei percorsi dei codici di bassa priorità
    c) in riferimento a realtà ospedaliere in comuni montani, insulari o aree disagiate, diviene essenziale il potenziamento dei Pronto Soccorso e del sistema dell'emergenza urgenza in genere, soprattutto in relazione ai tempi di intervento, di inquadramento e stabilizzazione del paziente, che deve avvenire entro i tempi previsti dalle migliori evidenze in materia, per poi provvedere al trasporto nella struttura più idonea al trattamento dello stesso.
- Ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso:
    a) implementazione della rete di elisuperficie a supporto del servizio regionale di elisoccorso, tramite l'individuazione degli interventi da realizzare, rivolti agli ospedali posti in zone disagiate

b) standardizzazione del trattamento economico del personale sanitario operante nel servizio medesimo, fatti salvi gli accordi di equiparazione già in essere;
c) attuazione del protocollo regionale di attivazione del servizio, approvato con DGR 587/2008

- Migliorare l'efficacia della risposta dell'emergenza attraverso il monitoraggio dei dati e dei risultati attesi.

2.3.2.1. Emergenza/Urgenza Territoriale

Contesto

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

Le Centrali Operative svolgono le funzioni di ricezione della richiesta di intervento, di valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare, tramite appositi protocolli (*dispatch* regionale) e di attivazione e coordinamento del sistema territoriale 118.

Il sistema territoriale di soccorso, escluso le postazioni stagionali, costituito da 303 postazioni di emergenza, delle quali 132 presidiate da personale sanitario e 171 presidiate da soccorritori appartenenti alle Associazioni di Volontariato ed alla Croce Rossa Italiana, appositamente formati in conformità a quanto previsto dalla normativa regionale di riferimento, si articola su 4 livelli di risposta, diversificati ed integrabili:

- elisoccorso
- mezzi medicalizzati, ambulanze o automediche, complessivamente 108
- ambulanze infermieristiche, complessivamente 24
- ambulanze di primo soccorso con soccorritori volontari, complessivamente 171

L'integrazione strutturale delle Associazioni di Volontariato e della Croce Rossa Italiana nel sistema di emergenza urgenza garantisce pertanto un livello di capillarità e diffusione territoriale, unica nel contesto nazionale, potendo disporre a livello regionale di una postazione di emergenza territoriale con personale sanitario ogni circa 28.500 abitanti.

Il servizio regionale di elisoccorso, attivo dal 29 luglio 1999 si articola in 3 basi operative ubicate a Firenze (Ospedale Santa Maria Annunziata), Grosseto (Ospedale Misericordia) e Massa Carrara (Aeroporto Cinquale), coordinate dalla Centrale unica di riferimento regionale per il servizio di elisoccorso "Toscana Soccorso", nell'ambito della Centrale Operativa 118 di Firenze.

Le basi di Grosseto e Massa Carrara sono attive nell'arco delle 24 ore, mentre la base di Firenze è attiva durante l'orario diurno.

Tutte le basi regionali nelle quali, sulla base di una specifica convenzione fra la Regione Toscana ed il Soccorso Alpino e Speleologico Toscano (SAST), un tecnico di elisoccorso del SAST integra l'*equipe* sanitaria, garantiscono, oltre ad interventi HEMS (*Helicopter Emergency Medical Service*), anche interventi SAR (*Search and Rescue*) in zone montane impervie ed ambienti ostili. Le basi di Grosseto e Massa, che dispongono di un elicottero abilitato al sorvolo del mare e di personale sanitario appositamente formato, garantiscono anche interventi di soccorso a favore dei cittadini delle isole dell'Arcipelago toscano. In attuazione all'art. 42 del capitolato speciale di appalto del servizio regionale di elisoccorso, il sistema si avvale inoltre di un consulente aeronautico esterno per la verifica ed il controllo di qualità del servizio medesimo.

Tutte le centrali operative 118 sono organizzate in modo da poter rispondere in maniera uniforme a maxiemergenze ed eventi catastrofici, sia sul territorio regionale che su quello nazionale. Ogni centrale operativa 118 dispone di materiali, mezzi e personale adeguati per la costituzione di un Presidio Medico Avanzato di 1° livello in grado di essere pronto alla partenza entro 1 ora dall'attivazione, sia a livello locale che regionale e nazionale, con un'autonomia di 72 ore. La Regione Toscana dispone inoltre di un Presidio Medico Avanzato chirurgico, gestito dalla chirurgia d'urgenza dell'AOU di Pisa. Tali strutture sono attivabili anche da parte del Dipartimento nazionale di Protezione Civile.

Allo stato attuale il sistema toscano di emergenza urgenza territoriale 118 ha raggiunto un alto livello qualitativo, sia in termini di efficacia che di efficienza, tale da poter essere considerato un punto di eccellenza del S.S.R.
Tuttavia, sono emersi anche elementi di disomogeneità del sistema tali da indurre a riflessioni e rivisitazioni al fine di pervenire ad una maggiore flessibilità organizzativa che consenta il governo e la sostenibilità di un sistema così ricco, valorizzando comunque:

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

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

Obiettivi specifici:

- attivazione Centrali Operative 118 di Area Vasta
- uniformità ed omogeneità della lettura della richiesta di soccorso da parte di tutte le Centrali Operative 118 tramite l'utilizzo del *dispatch* regionale approvato con DGR 506/2012
- rivisitazione della rete 118 con maggiore flessibilità organizzativa tramite l'utilizzo di mezzi di soccorso diversificati ed integrabili
- riorganizzazione della rete delle postazioni di emergenza sanitaria territoriali presidiate da personale medico tramite la riconversione di parte della rete in postazioni BLSD (*Basic Life Support Defibrillation*), salvaguardando comunque le particolarità del territorio (insularità e zone montane) ed utilizzo del personale medico nell'ambito del Dipartimento di Emergenza Urgenza
- ottimizzazione ed omogeneizzazione del servizio regionale del soccorso pre-ospedaliero e del trasporto fra ospedali in rete
- aumento della risposta in emergenza con utilizzo del servizio di elisoccorso a favore dei cittadini toscani residenti nelle isole dell'Arcipelago toscano e delle zone montane ed in supporto agli ospedali posti in zone disagiate
- riduzione dei tempi di arrivo al Pronto Soccorso di cura dei pazienti con patologie tempo-dipendenti
- ottimizzazione dell'organizzazione delle Centrali Operative 118 in risposta ad eventi di maxiemergenza
- implementazione della rete dei radiocollegamenti del sistema di emergenza urgenza territoriale
- prevenzione della morte cardiaca improvvisa in ambito pre-ospedaliero.

Azioni:

- superamento degli attuali bacini di utenza delle Centrali Operative 118 di livello aziendale a favore di Area Vasta;
- implementazione dell'informatizzazione e dei collegamenti informativi delle Centrali Operative 118 e relativa omogeneizzazione sul territorio regionale anche in relazione all'attivazione del Numero Unico Europeo 112;
- verifica dell'adozione del dispatch regionale approvato con DGR 506/2012;
- riorganizzazione dei punti di emergenza territoriale tramite ridefinizione dei parametri di riferimento regionale per stabilire le necessità quali-quantitative dei diversi mezzi di soccorso, puntando sulla valorizzazione della figura professionale dell'infermiere nell'ambito della rete regionale di emergenza-urgenza. Il riordino della rete delle postazioni dovrà in particolare tenere conto della popolazione residente, delle caratteristiche territoriali - con

particolare attenzione per le zone disagiate, le aree montane ed insulari adottando specifici indici di correzione anche per quanto riguarda la loro valorizzazione - della distanz-a chilometrica dai presidi ospedalieri, della viabilità e dei tempi di percorrenza a prescindere dai confini provinciali e regionali;

- aumento delle automediche quali risposte territoriali in grado di sostituire più postazioni di emergenza sanitaria territoriale medicalizzate;
- completamento della rete di elisuperfici, abilitate all'attività sia diurna che notturna, a supporto degli ospedali posti in zone disagiate;
- revisione dei modelli organizzativi delle tre Basi di elisoccorso al fine di giungere ad un'uniformità regionale del servizio, anche tramite la standardizzazione del trattamento economico del personale sanitario operante nel servizio medesimo e la verifica dei criteri di attivazione degli interventi di elisoccorso in conformità al protocollo regionale approvato con DGR 587/2008;
- definizione di percorsi regionali clinico-terapeutici specifici per le patologie di maggiore criticità tempo-dipendenti (first quintet hour: arresto cardiocircolatorio, infarto acuto del miocardio, stroke, insufficienza respiratoria acuta e trauma);
- attivazione di specifici percorsi formativi e di aggiornamento per il trattamento delle patologie di maggior criticità tempo dipendente per il personale sanitario, medico ed infermieristico e tecnico sanitario di radiologia medica del Dipartimento di Emergenza Urgenza, privilegiando la metodica con "simulazione", sia per le componenti tecniche che per quelle non tecniche;
- realizzazione di una rete informatica e telefonica fra le centrali operative 118 che sia in grato di vicariare le funzioni di una centrale operativa che abbia temporaneamente o stabilmente perso la propria capacità di risposta;
- riorganizzazione della rete radio regionale dell'emergenza urgenza;
- diffusione di programmi formativi di defibrillazione precoce per il personale soccorritore volontario operante sui mezzi di soccorso del territorio ed implementazione della rete di ambulanze abilitate alla defibrillazione precoce.

2.3.2.2. Emergenza/Urgenza Ospedaliera

Contesto

Nel corso dell'applicazione dei due precedenti piani sanitari i Pronto Soccorso (PS) della Regione Toscana hanno avuto un forte impulso a ristrutturarsi e riorganizzarsi funzionalmente, gli organici sono stati potenziati, sono state create e/o potenziate zone ad hoc per il trattamento dei "codici minori", i servizi radiologici hanno assunto un dimensione "dedicata", è stata potenziata la funzione di accoglienza, sono migliorati i collegamenti informatici fra PS e i restanti servizi ed è stata avviata la sperimentazione del modello *See and Treat* a gestione infermieristica tutorata. I risultati ottenuti in termini di efficienza e soddisfazione degli utenti sono stati monitorati dalla Regione registrando dati nel complesso soddisfacenti.

Il continuo aumento degli accessi pone la necessità di proseguire le azioni di miglioramento avviate introducendo innovazioni organizzative e ridefinendo quale sia la risposta da affidare alla Medicina d'emergenza-urgenza ospedaliera.

Sfide

- collocare la Medicina d'emergenza-urgenza ospedaliera all'interno del sistema complessivo dell'Emergenza/Urgenza, riprecisandone la *mission* e ridefinendo i modelli organizzativi interni
- promuovere la piena integrazione del Medicina d'emergenza-urgenza ospedaliera con il personale dell'emergenza pre-ospedaliera a garanzia dei percorsi in emergenza tempo dipendenti, e con il resto dell'ospedale, in modo da facilitarne l'operatività, ragionando in termini di flusso del paziente

Strategie

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

- primo e rapido inquadramento diagnostico orientato alla identificazione delle condizioni cliniche che comportano rischio per la vita o per la funzione di un organo;
- adozione dei primi interventi terapeutici mirati in particolare alla stabilizzazione dei pazienti a rischio;
- attivazione dei percorsi assistenziali intraospedalieri (o di rete) per le situazioni di emergenza;
- selezione dei pazienti che necessitano ricovero con scelta del livello di intensità assistenziale;
- rinvio a domicilio con le indicazioni per la successiva presa in carico del paziente;
- gestione di pazienti fragili, portatori di patologie croniche e/o ad alto rischio, curati a domicilio, che necessitino di occasionali interventi diagnostici e/o terapeutici in ambiente ospedaliero, con identificazione rapida del percorso e assegnazione della struttura delegata al trattamento.

In quest'ottica va ridefinito e omogeneizzato a livello regionale il modello organizzativo della Medicina d'emergenza-urgenza ospedaliera in scala dipartimentale che, oltre al PS, nel quale vanno definiti e potenziati con il sistema 118 i percorsi "in rete" per l'emergenze tempo dipendenti e potenziati i percorsi per i codici a bassa priorità, deve avere le seguenti articolazioni:

a) Area Osservazione Breve Intensiva (OBI)

L'Osservazione Breve Intensiva -dove il termine 'intensiva' è riferito a meccanismi organizzativi e gestionali tempo dipendenti e non fa riferimento a requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici- è riservata a quei pazienti per i quali non è possibile prendere una decisione di esito (non ammissione o ricovero) nell'arco della prima fase di assistenza in PS e che necessitano pertanto di un periodo più lungo di valutazione per il raggiungimento della massima appropriatezza possibile nei ricoveri e nelle non ammissioni. Tale area deve essere collocata preferibilmente in uno spazio che sia sufficientemente appropriato alle necessità del paziente e attiguo al PS cui è funzionalmente collegata. L'attività di osservazione deve svolgersi separatamente per pediatria, psichiatria, ostetricia.

Funzioni:

- osservazione longitudinale clinico strumentale
- approfondimento diagnostico
- completamento e verifica della terapia di urgenza

Criteri di ammissione e gestione :

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

La permanenza dei pazienti in tale area non configura un ricovero e deve essere adeguatamente identificata nel flusso informativo regionale e non deve superare le 48 ore.

b) Area elevata intensità

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

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

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

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

Deve inoltre essere ulteriormente promossa la qualificazione e la motivazione delle professionalità medica ed infermieristica garantendo un'adeguata e omogenea formazione per il personale per tutte le fasi dell'emergenza sia pre che ospedaliera. In particolare è necessario assicurare l'aggiornamento sulle nuove esigenze di intervento sul piano diagnostico e terapeutico, le metodiche di simulazione rappresentano un nodo centrale per la formazione che deve essere garantita attraverso l'organizzazione di Area Vasta ed il coordinamento regionale in collaborazione con l'Università, per assicurare omogeneità di sistema. In particolare si dovrà porre attenzione allo sviluppo delle abilità non sufficientemente curate nella formazione di medici che ancora accedono ai servizi di Emergenza-Urgenza con specialità diverse dalla Medicina d'Emergenza-Urgenza.

E' necessario potenziare ed istituzionalizzare il nuovo ruolo infermieristico emerso negli ultimi anni caratterizzato dall'aumento dell'autonomia e responsabilità professionale. Il modello *See and Treat* andrà gradualmente esteso a tutti i Pronto Soccorso con un numero congruo di accessi, in modo da garantire progressivamente, nella fascia assistenziale a bassa intensità, una gestione prevalentemente infermieristica con una funzione medica di tutoring; per quanto riguarda il Triage, l'aggiornamento della metodica deve essere collegato alla nuova fase di riorganizzazione per percorsi omogenei in modo che da "distributore di priorità", possa diventare "motore organizzativo" dei percorsi.

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

Risultati attesi:

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

Il Codice Rosa

Contesto

La violenza nei confronti delle donne e dei minori, è un fenomeno che avviene soprattutto in ambito domestico e incide negativamente sullo stato psicofisico della vittima a breve e lungo termine."

Il Pronto Soccorso è il punto strategico per la presa in carico sanitaria e per l'avvio della presa incarico territoriale. Il numero delle vittime di violenza che vi si rivolgono al pronto soccorso è nettamente superiore a quello dei soggetti che si recano alla Polizia, ai Consultori e agli altri servizi territoriali. Le persone che si presentano nelle strutture di pronto soccorso hanno difficoltà a dichiarare la reale causa delle lesioni; dalle schede cliniche risulta spesso una generica definizione di "violenza da persona nota" e ciò non permette l'emersione della reale consistenza del fenomeno. Da queste rilevazioni deriva il progetto Codice Rosa, nato nell' Azienda USL 9 di Grosseto nel 2010 come esperienza sperimentale di sostegno alle vittime della violenza attraverso l'intervento coordinato di Azienda USL, Forze dell'Ordine, Procura della Repubblica con il coinvolgimento di altri soggetti territoriali, dai centri antiviolenza alla scuola. L'efficacia dell'esperienza grossetana ha trasformato il Codice Rosa in progetto regionale attualmente esteso a tutto il territorio toscano.

Il fenomeno della violenza che nasce e si sviluppa nei rapporti sociali e familiari richiede di essere affrontato risalendo all'origine del problema anche con interventi di prevenzione rivolti ai soggetti maltrattanti per aiutarli a diventare consapevoli e ad assumersi le proprie responsabilità partecipando a programmi di trattamento su base volontaria per prevenire future violenze. La cooperazione e il coordinamento tra i programmi di intervento rivolti agli uomini con quelli organizzati dalle Associazioni impegnate nella tutela delle donne, risulta indispensabile.

Obiettivo

Diffondere presso tutte le Aziende Sanitarie del territorio regionale il progetto regionale "Codice Rosa" che prevede la costituzione di gruppi operativi interforze composti da rappresentanti delle Aziende USL, Procura, Forze dell'Ordine, Comune, Centro Antiviolenza, Case Rifugio, ecc., in grado di garantire, attraverso procedure condivise, risposte efficaci alle situazioni emergenti.

Azioni

L'accoglienza, la cura e il sostegno alle vittime di violenza nell'ambito di una azione concordata con le forze dell'ordine e le strutture territoriali, allo scopo di favorire l'emersione del fenomeno delle violenze commesse nei confronti delle fasce deboli, la cui consistenza, in mancanza di interventi specifici, rimane confusa tra gli eventi che vengono dichiarati accidentali.

L'intervento congiunto tra il personale sanitario del pronto soccorso e quello delle Procure della Repubblica tramite gli uffici di polizia giudiziaria, permetterà di assicurare le cure nel massimo rispetto della tutela della privacy e della scelta sul tipo di percorso da seguire successivamente al momento di cura.

L'azione del gruppo interforze (Aziende USL, Procura, Forze dell'ordine), che opererà a livello locale attraverso procedure condivise, consentirà un corretto repertamento degli elementi di prova e la redazione di una nuova e più approfondita cartella clinica in grado di fornire dati utili anche all'Autorità Giudiziaria, contribuendo a garantire un contenimento dei tempi di indagine, inoltre il flusso informativo condiviso tra i soggetti istituzionali coinvolti nel progetto permetterà, anche nei casi di mancata successiva denuncia, di monitorare le situazioni a rischio.

Per il monitoraggio dell'attività, si prevede l'utilizzo d'indicatori che faranno riferimento a:

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

Il contesto di riferimento è prioritariamente quello ospedaliero, anche se la tutela della vittima successivamente al suo ingresso al pronto soccorso dovrà essere assicurata con il coinvolgimento delle strutture consultoriali e delle associazioni del privato sociale presenti a livello territoriale.

Si rende pertanto necessario assicurare il massimo raccordo/supporto/sinergie fra tutti i soggetti pubblici e del privato sociale che operano e lavorano per la prevenzione, il contrasto, la protezione e il sostegno alle vittime di violenza, anche tramite la realizzazione di iniziative formative congiunte, prevedendo lo sviluppo di sinergie tra le strutture della Giunta Regionale competenti in materia di sociale e di tutela della salute.
L'intervento congiunto del personale dei "gruppi operativi" avviene in locali del pronto soccorso appositamente dedicati ("*stanza rosa"),* nel massimo rispetto della tutela della privacy della vittima e della scelta del percorso di presa in carico in collaborazione con le strutture territoriali. L'utilizzo di una cartella clinica dettagliata e la condivisione di procedure operative, favoriscono il repertamento delle prove e il contenimento dei tempi d'indagine favorendo il monitoraggio delle situazioni a rischio. La raccolta e l'elaborazione a livello regionale dei dati di attività delle strutture di pronto soccorso e territoriali, permetterà di conoscere la reale consistenza del fenomeno.

2.3.2.3. Il pronto intervento sociale

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

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

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

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

2.3.3. La risposta al bisogno acuto

2.3.3.1. Rete ospedaliera: le prospettive di azione

Contesto
Il rinnovamento e le trasformazioni organizzative dei sistemi sanitari sono posti da tutti i paesi industrializzati come elementi fondamentali per raggiungere obiettivi complessi ed apparentemente contraddittori: efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità e libertà di scelta. Da un recente studio sulla distribuzione dei Presidi ospedalieri nelle singole regioni, come indicatore di una rete più efficiente e meno dispersa, la Toscana risulta con una buona performance, anche se con margini di miglioramento. Inoltre, nel corso degli anni si è passati da una riduzione dell'attività nelle specialità di base ad un aumento relativo delle attività di alta specialità, a garanzia di un effettivo incremento delle funzioni più proprie degli ospedali per acuti. Emerge quindi un buono stato della rete ospedaliera se ci si confronta con le altre regioni italiane. Oltre ad essere tra le regioni particolarmente virtuose, la Toscana presenta ottimi indicatori di stato di salute e di esito delle cure, come si rileva da tutti i rapporti di confronto pubblicati in merito, presentandosi come un sistema in grado rispondere ai bisogni dei cittadini.

Sfide
L'introduzione nel 2012 di politiche sanitarie nazionali di *spending review* fondate su tagli lineari ha tuttavia cambiato lo scenario di riferimento e impone anche alla Toscana un ripensamento profondo della maggior parte dei servizi, per non cadere nella logica tipica dei tagli lineari, che penalizzano proprio le regioni e le strutture che hanno già compiuto grandi sforzi di miglioramento dell'efficienza.
L'unico modo per conseguire benefici apprezzabili in termini di qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi, diventa allora la ricerca di innovazioni, cioè di soluzioni che garantiscano una maggiore integrazione delle risorse, degli interventi, delle professionalità, delle unità organizzative e delle stesse aziende sanitarie, che trasformino la crisi attuale in una reale opportunità di cambiamento.

Strategie
A livello di servizi sanitari, la letteratura riporta quale azione di sicura evidenza di miglioramento la creazione di reti ospedaliere, unitamente allo sviluppo di metodologie nuove quali l'introduzione di modelli assistenziali basati sulla logica di presa in carico del paziente, la reingegnerizzazione dei flussi di beni e di pazienti, la riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura, la creazione di forme di risposta territoriale e di integrazione ospedale-territorio, tutti peraltro già avviati in Toscana.
Il tema del passaggio ad un livello più evoluto nel riordino della rete ospedaliera, che abbia a riferimento sia le strutture pubbliche sia quelle del privato accreditato, diventa nella nostra Regione il tema centrale che dovrà sostanziarsi con l'emanazione di una serie di atti che ne diano attuazione.

Obiettivi
Si deve realizzare un significativo incremento dell'appropriatezza e un recupero dell'efficienza nell'utilizzo dei posti letto per acuti, realizzando una rete che si articoli su 3,15 posti letto per 1.000 abitanti, come definito dalla l.r. 81/2012, e con riferimento ad un tasso di ospedalizzazione di 120 ricoveri per 1.000 abitanti.
Sulla riorganizzazione ospedaliera, il livello regionale fornisce indirizzi sulla progettazione e ne agevola in ogni modo lo sviluppo, lasciandone l'implementazione e la contestualizzazione alle Aziende e ai soggetti direttamente coinvolti nei processi operativi aziendali, con particolare riguardo al coinvolgimento dei professionisti e della dirigenza medica e sanitaria in particolare.
Le strutture ospedaliere, organizzate in rete secondo un modello orizzontale e con una logica non gerarchica, devono trovare all'interno della rete stessa una propria specificità e ragione d'essere in

una logica cooperativa, avendo cura a che tutti gli snodi tendano al raggiungimento dell'obiettivo prioritario di presa in carico delle persone assistite.
Attraverso i Patti territoriali si garantisce lo sviluppo dei presidi piccoli che, con pari dignità, vanno a costituire parti essenziali, strutturalmente e professionalmente integrate nella più vasta rete regionale degli ospedali toscani.

I *concetti guida* per il riordino della rete ospedaliera.

Nel disegno della rete è importante considerare la distribuzione geografica dei servizi offerti, che deve essere tale da garantire a tutti i cittadini l'accesso alle strutture entro tempi di percorrenza definiti, in riferimento alle diverse attività consentite. La distribuzione geografica è uno dei criteri per la valutazione dell'equità nell'accesso ai servizi. E' evidente che, in questo contesto, dobbiamo prescindere dai meri confini provinciali e aziendali, introducendo elementi di programmazione e di rapporti tra aziende basati sui bisogni sanitari ed il migliore percorso del paziente, indipendentemente dai confini dell'azienda.

1. superare le barriere tra le aziende e tra i livelli di cura (prevenzione, territorio, emergenza-urgenza e acuto, riabilitazione, etc);
2. prevedere l'esistenza di reti cliniche dove ci siano evidenze che ne dimostrino il valore per migliorare le cure (ad esempio la rete ictus, traumi, ortopedia, etc);
3. interconnettere le alte specialità prevedendo luoghi propri e dedicati di integrazione e momenti di confronto sugli esiti delle cure;
4. collocare gli ospedali di piccole dimensioni, all'interno della rete, ognuno con una propria vocazione, in relazione a quanto già esprimono e alle esigenze del sistema nel suo complesso;
5. perseguire lo sviluppo delle professioni prevedendo un sistema di valutazione in grado di far emergere il merito e le competenze;
6. prevedere il supporto di un sistema informativo ben strutturato e che consenta l'accesso degli utenti ai dati prodotti;
7. sostenere la proiezione di alcuni ospedali e singole strutture sullo scenario europeo, in rapporto sinergico con il privato accreditato;
8. superare le barriere di accesso alle cure per i cittadini, soprattutto per i tempi di attesa, per le patologie e le condizioni cliniche per le quali l'efficacia dell'intervento è tempo correlata, come ad esempio l'oncologia;
9. porre al centro delle decisioni organizzative la valutazione degli esiti;
10. garantire la necessaria concentrazione degli interventi la cui qualità dipende dal numero degli stessi.
11. inquadramento del rapporto con i produttori ospedalieri privati quali parti integranti e integrate del sistema sanitario regionale.
12. garantire sinergie tra le specialistiche sia attraverso l'uso della telematica, sia attraverso un sistema di presa in carico che offra all'utente la possibilità del trasporto assistito presso la struttura ove la prestazione specialistica può essere offerta"

a) le tipologie di ospedale

Si individuano le caratteristiche delle tipologie di Ospedale quali riferimento cui le strutture ospedaliere dovranno, nel corso di vigenza del Piano, adeguare la propria organizzazione, fatte salve eventuali ulteriori indicazioni della normativa nazionale.
E' importante sottolineare, a costo di ripetersi, che non si tratta di individuare livelli gerarchici di assistenza ospedaliera, ma di creare presidi in grado di assicurare la presa in carico delle persone assistite secondo livelli di gravità e di bisogno differenziati. Nell'indicare le tipologie di Ospedale si utilizza la terminologia del livello nazionale.

L'ospedale di prossimità
Dotazione inferiore a 100 posti letto e popolazione di riferimento inferiore a 70.000 abitanti.
Tali ospedali costituiscono patrimonio della rete ospedaliera della Toscana e come tali vi si integrano per ruolo e funzioni. La loro appartenenza alla rete ospedaliera nel suo insieme ne

vincola lo sviluppo alla coerenza complessiva della stessa. In tale visione si prospetta e realizza un reale ruolo a garanzie delle cure dei cittadini e delle comunità di riferimento.
Il ruolo operativo degli ospedali di prossimità viene esplicitato attraverso la stipula dei Patti Territoriali che vengono sottoscritti tra la azienda sanitaria di riferimento e gli Enti Locali in cui tali ospedali operano.
I Patti territoriali devono essere coerenti con gli atti della programmazione regionale e pertanto, prima della sottoscrizione, i firmatari devono acquisire il parere di congruità da parte della Direzione Generale regionale. Analoga procedura deve essere garantita in caso di loro aggiornamento.
Gli ospedali di prossimità ed in particolare quelli situati in zone particolarmente disagiate dovranno prevedere una funzione di pronto soccorso organizzata sulle 24 ore ed in grado di assicurare le risposte sanitarie a problematiche di emergenza urgenza proprie della organizzazione di pronto soccorso.
Indipendentemente dalla numerosità degli accessi la funzione di pronto soccorso deve trovare nei Patti Territoriali tutti gli elementi di garanzia per l'assistito e della totale presa in carico dello stesso in relazione alla organizzazione della rete aziendale.

I Patti territoriali
I Patti territoriali sottoscritti a livello locale, costituiscono un primo risultato che mette in luce l'attenzione verso le comunità di riferimento. In tal senso il Protocollo di Intesa tra Regione e i Comuni toscani in cui è presente un ospedale di prossimità approvato con la delibera della Giunta regionale n. 817 dell' 8 ottobre 2013, costituisce la base per le ulteriori sottoscrizioni. La mancata stipulazione di specifici patti territoriali non inficia in alcun modo la partecipazione a pieno titolo degli ospedali di prossimità allo sviluppo della complessiva rete ospedaliera.

La lista a regime dei Patti comprende:
- Protocollo sulla nuova organizzazione dell'Ospedale di Prossimità di Abbadia S. Salvatore tra Regione Toscana, UNCEM Toscana, Azienda USL 7, Comune di Abbadia S. Salvatore.

- Patto territoriale Zona distretto Casentino;
- Patto territoriale Amiata Grossetana;
- Patto territoriale Colline Metallifere;
- Patto territoriale Colline dell'Albegna;
- Accordo tra RT e Conferenza dei Sindaci dell'Isola d'Elba in materia di sanità;
- Progetto di qualificazione e riorganizzazione dell'attività ospedaliera e territoriale della Montagna Pistoiese;
- Patto territoriale Zona Valdichiana Aretina;
- Patto territoriale Zona Valtiberina;
- Patto territoriale Politiche della salute Zona distretto Alta Val di Cecina;
- Patto territoriale della Lunigiana;
- Patto territoriale della Valle del Serchio.

Con tali Patti le Aziende USL e gli Enti Locali si impegnano a monitorare la loro attuazione attraverso puntuali momenti di verifica.
La Giunta regionale si impegna a favorire lo sviluppo del confronto tra la azienda USL 2 di Lucca e gli Enti Locali di riferimento al fine di addivenire anche nella Media Valle del Serchio ad uno specifico Patto Territoriale.
Inoltre nell'ambito della rete degli ospedali della Toscana, attesa anche la presenza di particolari situazioni, il Patto Territoriale può rappresentare lo strumento per definire il ruolo operativo anche di altre strutture ospedaliere

L'ospedale di base
Ospedali zonali da 70.000 a 150.000 abitanti come bacino effettivo di utenza e dotazione di posti letto superiore a 100.
Sono sedi di Pronto Soccorso autonomo con accessi tendenzialmente superiori a 20.000 per anno. Lo standard minimo delle funzioni operative da garantire è le seguenti: Medicina interna, Chirurgia generale, Cardiologia h24, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia e Neonatologia/Pediatria laddove è previsto il punto nascita, Oncologia secondo la programmazione regionale, Terapia sub-intensiva multidisciplinare, Radiologia, Laboratorio, Immuno-trasfusionale, Centro di Emodialisi, funzione di Endoscopia digestiva h12, Riabilitazione con letti codice 56 secondo la programmazione aziendale.

L'ospedale di I° livello
Con bacino di utenza tra 150.000 e 300.000 abitanti.
Sono strutture sede di DEA di I° livello con un numero di accessi per anno superiore a 45.000. dotate delle seguenti funzioni operative: medicina interna, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria/neonatologia, cardiologia con UTIC, pneumologia con servizio di broncoscopia (secondo bacini di utenza programmati), malattie infettive (secondo bacini di utenza programmati), neurologia e stroke area, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, Terapia Sub-intensiva multidisciplinare, Radiologia, Laboratorio, Immuno-trasfusionale, Nefrologia ed Emodialisi, gastroenterologia con endoscopia secondo bacini di utenza programmati, riabilitazione con letti codice 56 secondo la programmazione aziendale.
In aggiunta debbono essere previste in tale tipologia di ospedale anche l'Emodinamica e la Radiologia interventistica, salvo che non siano già presenti in altro presidio della rete ospedaliera provinciale in attuazione di specifiche scelte di programmazione di area vasta o regionali. In base ad accordi regionali e di programmazione di area vasta si potranno implementare ulteriori funzioni specialistiche negli ospedali di questa tipologia.

L'ospedale di II° livello
Ospedale di riferimento regionale o di area vasta, con almeno una struttura ogni 600.000/1.200.000 abitanti, sede di DEA di II°, si identificano di norma con le Aziende Ospedaliero-Universitarie. Tali ospedali sono dotati di tutte le strutture previste per quelli precedenti, cui si aggiungono tutte le strutture di alta specializzazione ed elevata complessità organizzativa identificate come discipline regionali.

b) Volumi ed esiti
Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori e siti delle cure.
Si definiscono per il periodo di validità del piano le seguenti soglie minime di attività:
- interventi chirurgici per tumore alla mammella: 100 primi interventi annui sui casi di tumore mammella incidenti per struttura complessa;
- by-pass aorto-coronarico: 200 interventi anno per by-pass aortocoronarico isolato per struttura complessa;
- angioplastica coronarica percutanea: 250 procedure per anno.

Ulteriori soglie saranno stabilite sulla base di quanto indicato dal piano nazionale esiti e dalle competenti strutture regionali, sulla base degli aggiornamenti prodotti dalla comunità scientifica. Le soglie identificate si applicano per tutti i soggetti pubblici e privati accreditati.

c) Reti cliniche ospedaliere

All'interno del ridisegno della rete ospedaliera appare indispensabile procedere all'implementazione di reti cliniche per particolari patologie al fine di integrare i livelli della rete ospedaliera fra di loro e con le reti dell'emergenza-urgenza e territoriale. Oltre alle reti cliniche già previste da atti normativi, si prevede l'implementazione delle seguenti:

- rete infarto
- rete ictus
- rete traumatologica
- rete materno-infantile
- rete diabetologica
- rete delle alte specialità.

La rete delle alte specialità deve tendere a garantire momenti di confronto ed interscambio al fine di produrre la circolarità delle innovazioni e delle competenze professionali e tecnologiche per proiettare le strutture che ne fanno parte sul livello europeo.

Preso atto dell'importante tradizione legata alla formazione in campo robotico sviluppatasi in questi anni in Regione Toscana, in particolare presso l'Azienda USL di Grosseto e le aziende ospedaliero universitarie, si intende sviluppare l'utilizzo di tale metodica con iniziative alla cui base vi siano progetti di ricerca in ambito nazionale ed internazionale, che possano esitare in ricadute cliniche.

Nello sviluppo del sistema e delle tecnologie in ambito sanitario saranno riconosciuti, con atti della Giunta, gli apporti rilevanti che potranno essere garantiti dalla Fondazione Tech-Care (*Tuscany Environment for Computerized Healt, Clinical Assessment, Research end Education*) per l'utilizzo delle tecnologie innovative e delle sue ricadute assistenziali. Per lo sviluppo delle attività formative, la Fondazione potrà beneficiare della collaborazione con Endocas, che ha ricevuto, primo ed unico centro in Italia, il prestigioso accreditamento quale *Focused Education Institute* per la Chirurgia Assistita al Computer, attribuita dall'American College of Surgeons.

d) la Rete ospedaliera Materno-Infantile

La Regione Toscana è fortemente impegnata nel mantenere e migliorare il sistema delle cure materno-infantili.

A tale proposito la DGR 444/2011 ha recepito le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" di cui all'Accordo del 15 dicembre 2010 tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province i Comuni e le Comunità montane.

Su questa base è necessario procedere alla ulteriore qualificazione assistenziale dei punti nascita attraverso l'adeguamento delle risorse strutturali, tecnologiche e di personale rispetto ai livelli di rischio che la gravidanza presenta e alle possibili complicanze per il nascituro che possano anche insorgere nel momento del parto. In questa ottica si inserisce la DGR 298/2012 che approva il documento "La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze", finalizzato a promuovere la riorganizzazione della rete pediatrica regionale nel suo complesso. Il documento ribadisce la necessità di puntare a una concentrazione degli eventi a più elevate esigenze assistenziali attraverso due modalità: la revisione dei punti nascita e l'efficienza dei sistemi di trasporto (sia neonatale che materno).

I dati epidemiologici consentono di evidenziare le priorità della programmazione sanitaria regionale relativamente all'ambito materno-infantile.

1. Miglioramento dell'appropriatezza e della sicurezza del percorso nascita attraverso l'articolazione dei punti nascita per livelli di intensità di cure.
   Questo obiettivo può essere perseguito attraverso il riordino della rete alla luce dei seguenti criteri:
   - elevata integrazione fra i vari nodi della rete che valorizzi le competenze e le specificità assistenziali di ciascun nodo

- la promozione di modalità organizzative che garantiscano il mantenimento nel tempo delle competenze correlate ai volumi effettivi di attività
- il rigoroso rispetto dei protocolli che garantiscano l'appropriato ricorso a ciascuno dei nodi della rete

Il rispetto della soglia minima di 1000 parti per anno da parte di ciascun punto nascita (escluse particolari situazioni geografiche) è funzionale a garantire condizioni adeguate di sicurezza per la mamma e per il bambino, nonché a favorire il mantenimento delle competenze da parte di ciascun professionista che opera nei punti nascita.

Pertanto, la riorganizzazione della rete neonatologica deve essere realizzata attraverso le seguenti azioni:

- nelle situazioni geografiche che lo consentano, i centri sotto-soglia devono essere accorpati con altri;
- laddove situazioni particolari non consentano questa concentrazione, devono essere ricercate differenti modalità organizzative che garantiscano il mantenimento di adeguati livelli di competenza attraverso la formazione e/o la mobilità dei professionisti: nella sede sotto soglia che non possa essere accorpata la presenza in servizio attivo e pronta disponibilità viene assicurata da parte dei professionisti dell'intera équipe, a rotazione;
- devono essere rigorosamente rispettati, quando appropriati, i protocolli per il trasporto protetto neonatale, per il trasporto in utero e per il "back transfert" sia materno, sia neonatale.

Laddove, per specificità territoriali, proseguano l'attività punti nascita con un numero di parti inferiore a 500/anno, le aziende USL provvederanno, al fine di garantire gli standard di sicurezza ad assicurare processi di formazione continua e di addestramento ai migliori livelli di qualità per il tramite di forme Dipartimentali aziendali.

2. Ulteriore miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo delle strutture di ricovero pediatriche.

l tasso di ricovero nella Regione Toscana nella fascia di età 0-14 anni si è progressivamente ridotto negli ultimi anni: da 11,4 ricoveri per 100 residenti nel 2010 è passato a 10,5 nel 2012. Tuttavia, permane una significativa variabilità intra-regionale: analizzando i dati a livello di aziende, si osserva, relativamente all'anno 2012, un range compreso fra 7,8 e 12,0. I dati elaborati dal MES, inoltre, evidenziano una progressiva riduzione dei tassi di ospedalizzazione in età pediatrica per patologie che dovrebbero essere ordinariamente trattate a domicilio. Il tasso di ospedalizzazione per asma in età compresa fra 2 e 17 anni si è ridotto da 45,6 ricoveri per 100.000 residenti nel 2010 a 25,5 nel 2012. Il tasso di ricoveri per gastroenterite al di sotto di 18 anni si è ridotto da 200,3 nel 2010 a 110,3 nel 2012.

Sia la riduzione della variabilità intra-regionale nei tassi di ospedalizzazione pediatrica, sia l'ulteriore miglioramento nella appropriatezza organizzativa della rete ospedaliera pediatrica regionale possono essere conseguiti attraverso due programmi che devono essere sviluppati e/o intensificati in maniera sincrona:

- realizzare l'integrazione dei Pediatri di famiglia nell'ambito della rete pediatrica di Area Vasta, attraverso la generalizzazione delle iniziative già avviate sperimentalmente nell'ambito della rete pediatrica: sportello ospedaliero per il Pediatra di famiglia; percorso concordato per le prestazioni diagnostiche urgenti; protocolli diagnostico-terapeutici condivisi fra Pediatri di famiglia e Pediatri ospedalieri.
- Rideterminare nell'ambito di ciascuna Area Vasta la composizione della rete pediatrica, favorendo la riconversione delle degenze pediatriche in attività di "day service", di osservazione temporanea e ambulatoriali, in modo da garantire l'integrazione fra "setting" ospedaliero ed extra-ospedaliero, nonchè una piena continuità delle cure.

3. Rispondere alla cronicità anche pediatrica.
   Le due azioni necessarie a questo fine sono di seguito indicate:
   - Sviluppare le cure domiciliari pediatriche che, per le patologie complesse, vedano nell'AOU Meyer il centro di riferimento e di raccordo della gestione del paziente.
   - Governare la transizione dall'età pediatrica all'età adulta per i pazienti cronici attraverso lo sviluppo di ambulatori di transizione condivisi dai pediatri e dai medici dell'adulto in particolare per le patologie per le quali sono più solide le prove in letteratura concernente i benefici di questo modello assistenziale: fibrosi cistica, diabete, cardiopatia

4. Ulteriore sviluppo della rete pediatrica regionale

- Superare gli attuali problemi che ancora non permettono di dare una risposta globale ai bisogni sanitari di tutti i cittadini toscani, valorizzando i benefici garantiti all'assistenza materno-infantile nella Regione Toscana dalla presenza dell' AOU Meyer quale centro regionale e nazionale di riferimento. Individuare, anche attraverso l'azione degli organismi di governo della rete pediatrica, apposite azioni che permettano al medesimo:
  - ✓ di concentrare l'attività sulla casistica di più elevata complessità chirurgica e medica , innalzando il livello di collaborazione ed integrazione con le altre strutture pediatriche e con i pediatri di famiglia, rafforzando l'attività di ricerca ed i suoi effetti positivi sulla qualità, sulla sicurezza e sull'appropriatezza delle cure;
  - ✓ di svolgere, in quanto punto di riferimento della rete pediatrica regionale, funzione di coordinamento delle attività di alta complessità regionale effettuate anche sugli altri presidi, promuovendo le forme di integrazione e di collaborazione interaziendali più opportune, che consentano l'incremento della casistica trattata in toscana.

Il rispetto dei diritti del bambino in ospedale

La Regione Toscana da anni dimostra una forte attenzione nei confronti delle tematiche di promozione della salute rivolte a bambini e adolescenti, nell'intento di garantire loro il diritto al più alto livello possibile di salute e l'accesso ai servizi sanitari, come sancito dalla Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo del 1989 ed, in particolare, dall'art. 24.

Con la DGR 511/2011 e la costituzione in Regione Toscana dell'Osservatorio per il rispetto dei diritti dei bambini in ospedale (DBH) ci si è proposti di intervenire con un approccio sinergico al tema del rispetto dei diritti del bambino negli ospedali del Sistema Sanitario Toscano, attraverso:

- l'adozione di una carta unica per il rispetto dei diritti del bambino in ospedale, utilizzabile da tutte le Pediatrie Toscane che sia in linea con i principi enunciati nella Convenzione sovramenzionata
- l'individuazione e l'utilizzo di un sistema di autovalutazione per la verifica e il monitoraggio del rispetto dei diritti del bambino all'interno del contesto ospedaliero
- l'implementazione e l'ampliamento delle attività di formazione correlate a tale ambito tematico con un approccio multidisciplinare

Si raccomanda, nello specifico, di sviluppare azioni sulla base delle indicazioni fornite dalle seguenti linee d'indirizzo:

- l'obbligatorietà del ricovero in area pediatrica tenendo conto delle differenti fasi di sviluppo psico-fisico del bambino
- la presenza costante accanto al bambino in ospedale di uno dei genitori o tutori
- la presenza al pronto soccorso di percorsi dedicati ai bambini
- l'esistenza di protocolli di cura tra ospedale e pediatra di famiglia, servizi territoriali e sociali e viceversa, al fine di favorire la tutela della continuità assistenziale e l'assistenza globale
- l'individuazione di un responsabile aziendale preposto alla verifica e al monitoraggio del rispetto dei diritti del bambino in ospedale
- l'esistenza di protocolli appropriati per la terapia del dolore
- il supporto psicologico nei reparti e negli ambulatori di pediatria
- una particolare attenzione da rivolgere agli aspetti legati all'umanizzazione e all'accoglienza nei percorsi di cura: ambiente psico-socio-fisico a misura di bambino
- una particolare attenzione da rivolgere agli aspetti multiculturali
- la prevenzione di ogni forma di discriminazione nei confronti del bambino e della sua famiglia

- il coinvolgimento del bambino e della sua famiglia all'interno dei processi terapeutici, tramite informazione e comunicazione adeguata da parte degli operatori, al fine di favorire processi di auto-determinazione nel paziente minore
- l'assicurazione della continuità delle relazioni e dello studio per il bambino ricoverato;
- la garanzia di protezione da ogni forma di violenza.

e) la Rete dei Servizi Diagnostici

La medicina di laboratorio è percorsa da forti spinte al cambiamento conseguenti all'evoluzione tecnologica e all'avanzamento delle conoscenze scientifiche ma, al tempo stesso, deve confrontarsi con l'inarrestabile aumento dei costi della sanità.

Il problema dei costi e le indicazioni legislative portano generalmente ad una riduzione delle strutture sanitarie e alla semplificazione delle aree di riferimento finalizzata sia alla gestione degli acquisti sia all'uso integrato delle strutture con un governo in rete dei servizi.

E' necessario pertanto attivare nel nostro SSR un processo di rimodellamento dell'attività dei servizi diagnostici di medicina di laboratorio che, nell'ambito della programmazione aziendale e di Area vasta, vada verso un sistema di laboratori pubblici integrato su scala di Area Vasta capace di assicurare al territorio un servizio più flessibile e di alta qualità, mediante una rete gestita di punti laboratorio che bilanci l'equità verso i pazienti, anche con nuovi punti di prelievo che garantiscano l'efficienza del servizio e la risposta in tempi certi, con l'eliminazione della duplicazione dei servizi, a partire da quelli ad alto investimento tecnologico.

Il servizio deve essere costruito intorno al paziente in modo integrato e deve essere improntato a principi di efficienza economica, efficacia diagnostica ed appropriatezza,
secondo i dettami della Medicina Basata sulle Prove (EBM), e garantire sia la facilità e l' equità di accesso alle prestazioni per i cittadini che la valorizzazione della competenza e della professionalità degli operatori.

Gli ambiti considerati nel processo di rimodellamento dell'attività dei servizi diagnostici dell'Area della Medicina di Laboratorio sono:

- Genetica Medica e Diagnostica genetica
- Patologia clinica e Biochimica Clinica
- Microbiologia e Virologia
- Anatomia Patologica
- Medicina Trasfusionale (per tutte le attività non ricomprese nella riorganizzazione regionale all'interno del Centro Regionale Sangue).

Il modello di riorganizzazione dei servizi diagnostici è quello delineato dalla DGR 313/2007 e dalla DGR 1235/2013.

La riorganizzazione delle aree di Patologia Clinica e Biochimica Clinica, Microbiologia e Virologia, deve realizzare un sistema di laboratori in rete di Area Vasta attraverso modelli dipartimentali aziendali ed interaziendali. Affinchè il processo di riorganizzazione sia completato è necessario rinnovare il ruolo e le responsabilità dei professionisti, prevedere flessibilità operativa ed articolare le attività in base ai volumi garantendo qualità e sicurezza. Alcune attività dovranno essere svolte a livello regionale ed interregionale (es. la genetica medica).

Sono coinvolti nella riorganizzazione laboratori sia pubblici che privati accreditati con riferimento anche alla ottimizzazione dei settori analitici presenti all'interno delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Un percorso simile di riorganizzazione riguarda anche le attività di Genetica medica. Il nuovo modello organizzativo proposto potenzia le fasi di consulenza genetica e di collaborazione con gli specialisti della malattia assicurando una visione multidisciplinare con il supporto dei Laboratori di Riferimento di Area Vasta, coordinando ed ottimizzando l'esecuzione della parte analitica.

Altra area interessata dalla riorganizzazione nell'ottica di una ottimizzazione dell' attività se pur con le specificità legate alla disciplina, è quella dell' Anatomia patologica. Il primo passo verso la centralizzazione delle funzioni nel loro complesso è la definizione delle attivita' essenziali e qualificanti per gli ospedali che necessitano della presenza del dirigente specialista e quindi la definizione delle attivita' produttive che possono essere delocalizzate con conseguente razionalizzazione delle risorse e uniformita' di erogazione delle prestazioni stesse.

Pre-requisito necessario per qualsiasi forma di organizzazione che preveda movimentazione di esami fra più strutture è la definizione di una architettura informatica in grado di consentire la comunicazione bidirezionale fra tutte le strutture della rete. La situazione ottimale a cui tendere sarà l'unificazione reale di tutti i sistemi informatici.

Obiettivi:

- Garantire accessibilità ed elevata qualità ai cittadini, eliminando fenomeni di variabilità di risposta
- Ottimizzare l'impiego della tecnologia strumentale e dei reagenti
- Favorire l'integrazione dei professionisti e la flessibilità organizzativa.

d) La Rete Oncologica, con l' Istituto Toscano Tumori (ITT)

Il sistema dovrà prevedere, per patologie complesse, infrequenti e rare, l'individuazione di nodi (struttura della rete oncologica regionale rappresentata dalle Aziende sanitarie, con requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, professionali tali da facilitare l'accesso del cittadino all'appropriato livello prestazionale necessario alla soddisfazione del bisogno).
All'interno dei nodi vi sono:

- Unità di competenza (UC): strutture di elevata specializzazione, con riconosciuta competenza per l'alta complessità (livello di collocazione: Area Vasta, Regionale, Inter-regionale), con requisiti di eccellenza che rappresentano il fulcro di un sistema a rete, in collegamento con le strutture equivalenti per la stessa disciplina a livello regionale e nazionale. Le UC hanno un ruolo strategico nell'impostazione dell'iter diagnostico e terapeutico che possono svolgere interamente o in collaborazione con più UA, pur mantenendo la regia dell'intero percorso.
- Unità associate (UA): nodi della rete che svolgono solo una parte del percorso (*staging*, diagnostica, terapia medica e radioterapica) definito dalle UC; contemplano un'equipe multidisciplinare comprendente l'oncologo medico, il radioterapista e lo specialista d'organo. Alcune UA possono essere semplicemente in grado di diagnosticare la patologia tumorale sia clinicamente sia con procedure bioptiche .

La rete oncologica regionale si articola nei poli oncologici che si identificano nelle Aree Vaste all'interno delle quali è prevista una articolazione dell'offerta dalle risposte di base all'alta specializzazione.
L'obiettivo dello sviluppo di questo sistema organizzativo è di dare a tutti i pazienti risposte qualificate e di alto livello scientifico, incrementando l'*outcome* a livello di eccellenza; al tempo stesso riorganizzare il sistema di erogazione delle cure oncologiche orientandolo, per le patologie tumorali complesse e rare, in strutture di competenza, con una ottimizzazione dei costi e degli investimenti.

2.3.3.2. Il nuovo sistema ospedaliero regionale integrato

Contesto:
Una parte rilevante delle risposte sanitarie trova la collocazione adeguata nell'ospedale, nel cui ambito vengono erogate prestazioni sempre più riconducibili ad un'alta complessità professionale, tecnologica ed organizzativa.
Il contesto di riferimento è caratterizzato da un costante incremento dell'età media della popolazione, con una rilevanza delle patologie cronico degenerative sempre più evidente ed una presenza via via maggiore di polipatologie. In proposito, non si possono ignorare altri fattori della crescente complessità del sistema, tra i quali lo sfumare dei confini disciplinari per patologia d'organo o per tecnologie, in relazione alla crescita delle conoscenze sui fattori causali e concausali delle malattie d'organo e di sistema e della loro evoluzione, la crescente diversificazione applicativa di tecnologie di elevata complessità con il prevalere della specificità dell'ambito applicativo rispetto a quello tecnologico: proprio l'evoluzione delle conoscenze e la crescente complessità delle tecnologie disponibili impongono nuovi approcci risultanti dalla convergenza delle diverse competenze sanitarie con il supporto di specifiche competenze tecnologiche. Per poter rispondere adeguatamente a questo profilo di domanda l'assetto organizzativo dovrà essere riletto in modo da realizzare un'offerta per le acuzie e per le riacutizzazioni in patologie croniche che assicuri il coordinamento tra i professionisti di diverse discipline e l'allineamento tra servizi e *setting* assistenziali per garantire la continuità delle cure nei differenti livelli di intensità e complessità. L'assetto organizzativo attuale è invece ancora in gran parte basato su di un modello tradizionale, che poggia, generalmente, su articolazioni organizzative funzionalmente e strutturalmente chiuse, costruite attorno alle singole discipline, e provoca uno spezzettamento del processo di cura che è il paziente stesso a dover frequentemente ricomporre con una presa in carico complessiva difficoltosa ed ad alto rischio di inefficienza ed inefficacia. Un percorso frammentato, non guidato dal sistema e senza una univoca regia rende inoltre difficile la condivisione con il paziente ed i suoi familiari della strategia complessiva dell'intervento assistenziale. Il percorso di innovazione organizzativa avviato negli ultimi anni si è incentrato prevalentemente su aspetti relativi al layout e non è stato sufficientemente accompagnato da una coerente revisione dei modelli organizzativi professionali.

Nel percorso di cura la singola persona attraversa una serie di compartimenti produttivi quali pronto soccorso, aree di degenza, sale operatorie, aree di diagnostica, ambulatori, all'interno di ciascuno dei quali ad oggi si è lavorato per rendere efficiente il percorso, non tenendo però conto del processo nella sua globalità e involontariamente generando criticità negli altri settori. Tali considerazioni ci suggeriscono di attivare meccanismi in grado di governare il flusso del paziente nel percorso di cura ottimizzandone l'andamento, agendo nei singoli comparti per aumentare l'efficienza e l'efficacia complessiva dell'intero percorso.

La rete ospedaliera presenta inoltre situazioni di frammentazione dell'offerta, favorite in parte da dinamiche economico-finanziarie che, in una logica di competitività tra Aziende sanitarie, hanno indotto una replicazione di servizi e di discipline non sempre giustificata dalla necessità di assicurare risposte adeguate ai bisogni dei cittadini e quindi fonte di possibile inefficienza e di inefficacia, dati i non ottimali volumi di attività. E' in questo senso che deve anche svilupparsi l'implementazione del modello dell'ospedale per intensità di cura verso processi/percorsi condivisi, nella continuità assistenziale ospedale territorio.
Negli ultimi anni si sono sviluppate esperienze sul modello dell'Ospedale per intensità di cura, come indicato nel precedente Piano sanitario, che, insieme al documento di indirizzo del Consiglio Sanitario Regionale, elaborato col concorso delle Società scientifiche e degli organi rappresentativi delle Professioni sanitarie, offrono elementi concreti di valutazione per uno sviluppo del modello sempre più integrato nella continuità assistenziale.

Sfide:
Garantire la migliore qualità e tempestività delle risposte di cura ed ampliare la gamma delle risposte adeguate attraverso il governo delle risorse assegnate, mediante:

- l'identificazione e massimizzazione del Valore Aggiunto per il paziente attraverso la revisione dei processi nelle strutture operative implementando modelli gestionali orientati sul flusso del paziente, proseguendo e rafforzando le esperienze già avviate
- la sinergia delle competenze mediante l'affermazione piena della multisciplinarietà e della collaborazione interprofessionale favorendo l'integrazione fra professioni e discipline, in particolare attraverso la realizzazione dei percorsi clinico assistenziali
- la ridefinizione dell'offerta ospedaliera nel suo complesso in modo tale da ridurne la frammentazione, superare le dispersioni e le ridondanze oggi non più sostenibili, migliorando al tempo stesso la qualità e la sicurezza delle risposte assistenziali

Strategie:

a) Aggiungere valore ottimizzando il flusso del paziente

Occorre superare gradualmente, attraverso un percorso di sperimentazione sul campo, le attuali rigidità e compartimentazioni del sistema e introdurre nuovi strumenti e modelli gestionali efficaci ed efficienti grazie ai quali affermare un nuovo modello di ospedale che si configura come l'insieme di macroprocessi ognuno dei quali è disegnato sul flusso del valore per il paziente. Per supportare lo sviluppo di questo modello viene attivato un piano di intervento per l'"Ottimizzazione del flusso del paziente", un programma di innovazione per migliorare l'assistenza fornita ai pazienti, massimizzando la qualità e la tempestività delle cure. Con il programma "Ottimizzazione del flusso del paziente" la regione si pone l'obiettivo di costituire un laboratorio Regionale articolato in un network di laboratori all'interno sia delle aziende sanitarie che ospedaliere per ripensare le organizzazioni sanitarie secondo la logica del valore per il paziente. La Regione e le aziende sanitarie ed ospedaliere lavoreranno insieme, in un ottica di rete, per sviluppare, implementare e diffondere le esperienze di miglioramento del flusso del paziente mediante l'applicazione di tecniche di *operation management*. L'analisi e la revisione dei processi assistenziali attraverso il flusso del valore per il paziente possono consentire di rimuovere gli ostacoli o le parcellizzazioni che rallentano i percorsi di cura e assorbono indebitamente risorse, recuperando margini per le attività a valore aggiunto per il paziente. L'aspetto innovativo per il nostro sistema sanitario sarà quello di promuovere un approccio proattivo, pianificando le attività clinico assistenziali in modo da poter governare il flusso e agendo tempestivamente sugli scostamenti rispetto a quanto pianificato. Governare e programmare la gestione ottimale dei flussi risulta sempre più rilevante al fine di poter evitare potenziali effetti negativi sulla efficacia delle cure quali: ritardi nell'erogazione delle prestazioni, eccessiva durata delle degenze ospedaliere (aumento eventi a bassa probabilità), sprechi di risorse (esami ripetuti, *rework*), mancata flessibilità e mancato livellamento delle attività (momenti di sovraccarico e momenti di sottoimpiego) con conseguente aumento dello stress personale degli operatori. Eliminare gli sprechi, oltre a migliorare la qualità delle risposte assistenziali, in una contingenza di contrazione delle risorse disponibili, favorisce la sostenibilità del sistema per la salute dei cittadini.

b) L'interazione delle competenze

L'integrazione tra le diverse componenti professionali e specialistiche, valorizzando l'apporto di ognuna nella presa in carico del paziente deve essere perseguita e attuata ripensando i modelli organizzativi professionali. La multidisciplinarietà deve essere agita come elemento caratterizzante i nuovi modelli organizzativi ospedalieri in modo da assicurare una risposta adeguata alla polipatologia e superando il concetto di 'consulenza' come momento di interazione a spot e occasionale. Deve essere invece affermato il principio della piena integrazione delle competenze sia nelle attività in regime di ricovero, in particolare nelle degenze di area omogenea, che nelle attività ambulatoriali complesse. Una leva importante per il riallineamento e l'integrazione delle competenze è rappresentato dal superamento della gestione separata dell'attività specialistica attualmente definita come territoriale da quella ospedaliera, riconducendo ad una unitarietà di governo il pool di professionisti, indipendentemente dalla tipologia di contratto, pur rispettando le specifiche competenze dei professionisti, in modo da valorizzare le risorse all'interno di un unico

processo assistenziale che si può esplicare in sedi diverse (zona-distretto o ospedale) per offrire le risposte adeguate ai diversi bisogni dei cittadini. Questo ambito prevede necessariamente l'impiego degli strumenti della *Information and Communication Technology* (ICT), che consentano in modo programmato ed omogeneo lo scambio delle informazioni derivanti dal processo di diagnosi e cura tra i vari attori del sistema e tra medicina territoriale ed ospedaliera, ai fini di una valutazione combinata delle risultanze e di un indirizzo condiviso, basato sulla progressiva implementazione del *chronic care model*.
La logica gestionale orientata sul flusso del paziente e l'integrazione funzionale della componente professionale rappresentano di fatto l'evoluzione dell'esperienza già avviata con la sperimentazione del modello per intensità di cura, che dovrà essere valutata in termini di esiti ed impatto funzionale-organizzativo e di qualità delle cure, verrà proseguita e perfezionata in un'ottica di miglioramento organizzativo continuo.

c) L'integrazione operativa

Uno strumento per rispondere ai criteri scelti di riprogettazione del sistema e per ricercare un corretto equilibrio tra diffusione dei servizi, competenze, garanzia di alti volumi di attività, elevata qualità e sicurezza ed esigenze economiche, è rappresentato dal superamento del concetto di un ambito di intervento predefinito per identificare modalità organizzative costruite secondo una logica di percorso.
Attraverso l'utilizzo di nuovi criteri organizzativi, supportati dalle evidenze, si intende inoltre assicurare una gestione più efficace del paziente secondo logiche di integrazione operativa tra:

- professionisti di differenti discipline e di diverso ambito professionale
- diverse articolazioni organizzative all'interno della stessa azienda o di aziende diverse

garantendo ai cittadini un'offerta assistenziale di qualità mediante l'interconnessione tra le componenti professionali del sistema e ridisegnando l'assistenza ospedaliera avendo come riferimento i percorsi assistenziali dei pazienti. Il modello assistenziale di riferimento è rappresentato dall'integrazione funzionale delle diverse discipline rispetto a specifici percorsi clinico-assistenziali ad alta criticità/complessità, alto costo, alto volume, introducendo nuove modalità di gestione delle risorse umane specialistiche che consentano il superamento della sola spendibilità all'interno della struttura di appartenenza, in virtù di un'assegnazione statica, e la possibilità di essere valorizzate 'funzionalmente':

- come componenti di team costituiti per assicurare specifici percorsi clinici in cui professionisti di diverso ambito professionale e differente disciplina si aggregano, andando a comporre un'unità fisica o 'virtuale' formalmente identificata e standard operativi dichiarati in modo da poter assicurare risposte appropriate tempestive e senza soluzioni di continuità
- nell'ambito di servizi che richiedono alta specializzazione per garantire risposte di particolare complessità

Questo comporta la definizione del nuovo profilo sia del responsabile di struttura che del responsabile di percorso che dovrà essere sempre più orientata alla gestione dei team di professionisti e alla verifica della qualità delle *perfomances* ottenute.
Tali specifici modelli assistenziali saranno messi in atto con aggregazioni multispecialistiche integrate che si attiveranno in modo flessibile ed in base ai bisogni emergenti. Si potranno così sviluppare e utilizzare al meglio le professionalità più qualificate con modalità che dovranno avere come presupposto il rispetto della integrità professionale degli operatori

L'integrazione funzionale rispetto a percorsi specifici potrà essere realizzata, laddove necessario, anche con un ambito di intervento riconducibile o all'Area Vasta, attraverso nuove modalità di gestione 'integrata' delle risorse umane, o, per percorsi particolari, al territorio regionale. Ciò consente la massima valorizzazione delle professionalità e la piena espressione delle competenze. I team interaziendali, oltre a garantire risposte ad alta complessità, valorizzando l'espressione professionale degli specialisti afferenti a strutture non ad alta specialità possono essere progettati anche per la sperimentazione di diverse modalità di copertura territoriale delle urgenze. In questo processo le procedure infotelematiche possono svolgere un ruolo determinante.

d) La ridefinizione dell'offerta ospedaliera
L'elemento chiave da riaffermare e da attuare è rappresentato dalla centralità dell'Area Vasta, all'interno della quale devono essere trovate le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti, e che si esprime non solo attraverso la pianificazione della produzione ospedaliera complessiva ma mediante la definizione e gestione dei percorsi integrati interaziendali. I criteri guida per la ridefinizione dell'offerta ospedaliera prevedono la concentrazione della produzione delle prestazioni di alta complessità professionale in un numero definito di presidi di alta specialità a livello di Area Vasta o regionale, di norma le aziende ospedaliero-universitarie, ISPO e la Fondazione Monasterio, ed il trasferimento delle attività a minore complessità presso i restanti presidi, con incremento complessivo dei volumi di produzione e riduzione dei costi unitari. Le strutture del privato accreditato dovranno essere collocate all'interno della rete, con una visione di copertura non competitiva della domanda e sinergica rispetto all'offerta programmata, tendendo ad un consolidamento della rete complessiva dell'offerta coordinato e coerente rispetto agli obiettivi della programmazione regionale e tenendo conto del grado di specializzazione e gradimento che le stesse hanno ottenuto nel corso degli anni.

Un ambito da sperimentare è sicuramente rappresentato dall'integrazione tra alcuni ambiti di attività intra-extra ospedalieri dell'azienda sanitaria territoriale e dell'azienda ospedaliera, quale nodo provinciale di riferimento della rete ospedaliera metropolitana, definendo anche nuove modalità di finanziamento che superino il sistema della compensazione.

2.3.3.2.1. L'ospedale per intensità di cura: lo sviluppo delle competenze

Lo sviluppo del modello di organizzazione dell'ospedale per intensità di cura ha coinvolto profondamente i professionisti nella presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale, nei percorsi clinico assistenziali integrati, nella continuità assistenziale fra ospedale e territorio. A questo proposito preme ricordare il contributo che i professionisti hanno saputo dare, in via preliminare, anche con documenti elaborati dalle società scientifiche mediche e dagli organi rappresentativi delle professioni sanitarie approvati dal Consiglio Sanitario Regionale.
Il modello concettuale dell'ospedale per intensità di cura deve proseguire nella sua realizzazione attraverso ulteriori sviluppi ed ampliamenti per rispondere alle esigenze evidenziate ed ai mutamenti che i contesti di riferimento richiedono, sia in termini epidemiologici che professionali.
Il processo di trasformazione del modello organizzativo ospedaliero verso l'intensità di cure ha introdotto soluzioni organizzative che rappresentano la base sulla quale proseguire il percorso avviato, potenziando la capacità del sistema di gestire il cambiamento organizzativo sotto il profilo metodologico supportando anche le modifiche degli atteggiamenti culturali che ogni grande trasformazione comporta.
La ricerca della rimodulazione e degli adeguamenti organizzativi in grado di rispondere all'evoluzione delle esigenze di salute dei cittadini e allo sviluppo del modello per intensità di cura già avviato, dovrà proseguire con il costante adeguamento delle organizzazioni al mutare delle esigenze ed il coerente sviluppo delle competenze professionali in un'ottica di miglioramento continuo.

2.3.3.2.2. Il rapporto con le strutture ospedaliere private accreditate

Contesto
L'impostazione del rapporto con le strutture private è stata sviluppata ormai da anni, a livello regionale, in base al principio della integrazione con il sistema pubblico, facendo in modo che la stessa si declinasse lungo precise linee di indirizzo; si registra però una certa disomogeneità nella gestione della produzione del privato accreditato tra le diverse aziende sanitarie ed emerge pertanto la necessità di potenziare la funzione di governo regionale.
I contratti di fornitura con le strutture private sono inoltre ancora orientati prevalentemente sui volumi economici e non sono sufficientemente finalizzati a promuovere efficaci forme di

integrazione con la produzione delle strutture pubbliche per rispondere complessivamente ai bisogni sanitari della popolazione di riferimento.
Nella contrattazione si definiscono normalmente i volumi di prestazioni rivolte ai cittadini toscani, si definiscono altresì i volumi produttivi riferiti ai cittadini non toscani in presenza di accordi per la gestione della mobilità sanitaria stipulati fra le regioni.

Sfide
Occorre rafforzare la funzione di committenza del sistema basata sulla lettura dei bisogni di salute garantendo, con collocazione a livello di Area Vasta ed assicurandone il coordinamento regionale, una robusta ed efficace funzione di orientamento e di controllo della produzione.
L'offerta allocata nel settore ospedaliero privato convenzionato deve far parte delle modalità complessive con cui il sistema sanitario regionale assicura le risposte ai bisogni di salute espressi dai cittadini.
Le strutture private accreditate devono essere sempre più consapevoli della responsabilità che comporta l'essere riconosciute quale componente stabile e duratura del sistema ed in particolare l'essere partecipi dei processi di cambiamento e di miglioramento complessivo.

Strategie
E' necessario procedere ulteriormente nell'integrazione tra pubblico e privato accreditato scoraggiando qualunque forma di competizione e assicurando la massima integrazione delle risposte erogate dalle strutture private accreditate, collocando le stesse all'interno di percorsi clinici, anche attraverso forme sperimentali di gestione mista pubblico privato secondo la vigente normativa.
L'Area Vasta rappresenta l'ambito di programmazione del fabbisogno complessivo di risposte sanitarie che dovranno poi venire allocate tra i diversi erogatori pubblici e privati.
Questo prevede l'allocazione di funzioni specifiche a livello di Area Vasta, deputate a:
- gestire la committenza verso le strutture private per renderne sinergica la produzione con il resto del sistema, quindi incrementare l'efficienza complessiva
- assicurare il monitoraggio costante dell'appropriatezza, della qualità e sicurezza con modalità condivise ed omogenee rispetto alle strutture pubbliche. Le strutture private accreditate, secondo il principio dell'equità e della parità tra strutture pubbliche e private, verranno inserite nel piano dei controlli esterni affidati ad un team di Area Vasta

In ogni Area Vasta verranno stipulati e monitorati gli accordi contrattuali con le strutture del territorio regionale; la logica da perseguire nella individuazione degli erogatori è quella dell'allocazione delle risposte nei diversi punti del sistema privilegiando la vocazione delle strutture, la complessità organizzativa e tecnologica richiesta, la strutturazione di percorsi che garantiscano la continuità dell'assistenza e l'allineamento alle indicazioni fornite dalle evidenze scientifiche.
In quest'ottica il settore privato troverà una collocazione solida e stabile quanto più sarà in grado di adeguarsi all'evolversi dinamico della domanda, coerentemente con quanto richiesto al settore pubblico.
La Regione svolgerà la propria funzione di guida del sistema nei rapporti con il privato accreditato attraverso:
- lo strumento dell'accordo quadro con le organizzazioni di rappresentanza delle strutture private, nel quale vengono di volta in volta tradotti gli obiettivi di politica sanitaria, svolgendo un ruolo di supervisione sul sistema di erogazione e di controllo rispetto alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni erogate
- il Tavolo di Concertazione al quale è attribuito il compito di emanare indirizzi vincolanti circa la disciplina dell'Accordo quadro e della contrattazione locale

2.3.3.3. Allineare la domanda con la capacità di risposta

Contesto
I ritardi e le attese rappresentano una delle principali criticità delle organizzazioni sanitarie e la causa primaria è dovuta al disallineamento tra la domanda e la capacità di risposta.
La capacità di erogare prestazioni presenta una variabilità superiore a quella della domanda in ingresso e questo genera il disallineamento che causa attese e ritardi.
Questo è dovuto, in alcuni ambiti, al particolare andamento epidemiologico verificatosi negli ultimi 10 – 15 anni, che vede un rapido e progressivo incremento nell'incidenza di forme morbose, quali ad esempio le malattie allergiche, senza che vi sia stato un concomitante adeguamento dei servizi e in parte alla esistente frammentazione operativa che genera uno squilibrio nell'allocazione delle risorse.
Sul versante della domanda ci troviamo in una situazione di eccesso, in particolare per alcuni ambiti di prestazioni per i quali l'inappropriatezza prescrittiva rappresenta ancora un elemento importante di criticità.

Sfide
I fattori in gioco per poter ragionare in termini di sostanziale equilibrio sono la riduzione della domanda non necessaria e l'ottimizzazione della capacità di risposta, in modo da utilizzare le risorse disponibili con la massima efficienza.
Occorre potenziare la capacità delle Aziende sanitarie di registrare e decodificare, con strumenti e tecniche adeguate, la domanda in ingresso per ciascuna delle diverse tipologie di flusso e, conseguentemente, di assicurare un'offerta adeguata a rispondere a ciascuno in modo da mantenere il sistema in sostanziale 'equilibrio'.

Strategie
La problematica dei tempi di attesa va letta all'interno dell'intero sistema della domanda e dell'offerta superando la logica della compartimentazione tra diversi *setting* di erogazione. Il Pronto Soccorso, le attività in regime di ricovero, le attività ambulatoriali, devono essere considerati come componenti di un unico sistema che deve condividere le stesse logiche e criteri coerenti di appropriatezza per l'accesso alle prestazioni. Per quanto riguarda l'assistenza ambulatoriale l'offerta delle prestazioni che rappresentano il primo contatto del paziente, pur richiedendo strategie specifiche per garantire la necessaria tempestività, deve essere governata all'interno del processo complessivo e quindi letta in maniera integrata con le risposte che devono essere assicurate per il controllo ed il *follow up*.
Questo presuppone di:

- segmentare la domanda, analizzando il flusso nei diversi segmenti in modo da poter adeguare, in maniera flessibile, la capacità di risposta in relazione all'andamento della domanda
- migliorare la capacità di risposta intervenendo ad ogni passaggio del processo e rimuovendo gli ostacoli allo scorrimento del flusso del paziente in modo da renderlo quanto possibile costante, senza ritardi né interruzioni
- rafforzare i sistemi di gestione della programmazione chirurgica introdotti con la DGR 638/2009, in modo da assicurare un "flusso continuo" nel percorso del paziente, riducendone la variabilità e garantendo lo scorrimento delle liste secondo i criteri di priorità clinica, superando la compartimentazione organizzativa tra le diverse discipline, in modo da guadagnare in efficienza e assicurare risposte migliori per il paziente eliminando l'incertezza sui tempi di esecuzione dell'intervento e riducendo le possibilità di rinvio, accessi ripetuti etc.
- intervenire efficacemente per ridurre l'inappropriatezza prescrittiva, promuovendo una maggiore integrazione professionale tra i diversi ambiti professionali ed in particolare tra l'ambito clinico e quello diagnostico
- operare in termini di "governo" della rete dell'offerta, sia pubblica che privata, definendo piani di produzione che individuino con certezza chi fa cosa per rispondere alla domanda espressa, ricostruita attraverso analisi strutturate dei fabbisogni

- supportare lo sviluppo tecnologico, promuovendo l' impiego di strumenti tarati per un uso "di base" e a minor costo e lo sviluppo di competenze specifiche delle professioni sanitarie per l'esecuzione di indagini strumentali a bassa complessità.

2.3.3.4. La specialistica ambulatoriale

Contesto
La specialistica ambulatoriale rappresenta un *setting* erogativo cruciale soggetto, negli ultimi anni, ad un significativo sviluppo, sia quantitativo che di complessità, attraverso il quale viene assicurata l'attivazione di percorsi assistenziali e la continuità nella presa in carico della cronicità.
Le attività di specialistica ambulatoriale non sono però sempre efficacemente inserite all'interno di percorsi tecnico-professionali definiti e risentono della attuale frammentazione operativa tra i diversi professionisti (medici di medicina generale, specialisti 'territoriali' ed 'ospedalieri'); di fatto si avverte la necessità di un livello di governo della specialistica ambulatoriale che resta frammentata tra offerta 'distrettuale' e ospedaliera.

Sfide
La rilettura dell'assistenza specialistica in un'ottica di rete e di integrazione funzionale con le altrae componenti del sistema costituisce un obiettivo da perseguire coerentemente con il ridisegno del sistema ospedaliero. L'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale deve essere ridefinito nella logica dell'integrazione funzionale dell'area ospedaliera e delle articolazioni presenti in area extraospedaliera. L'attività specialistica ambulatoriale erogata da specialisti convenzionati interni o da strutture esterne accreditate deve cioè costituire un unicum funzionale con l'attività specialistica ambulatoriale erogata dagli specialisti ospedalieri.
L'assistenza specialistica ambulatoriale si deve configurare sempre più come un *setting* strutturato, con meccanismi di accesso semplificati, la cui finalità è assicurare la gestione clinica complessiva del paziente fino al rinvio al medico di medicina generale mediante percorsi assistenziali qualificati, una maggiore appropriatezza clinica ed organizzativa da perseguire anche attraverso il costante riorientamento della produzione da parte degli erogatori interni e la definizione delle tipologie e dei volumi di attività da acquisire dalle strutture private accreditate in base al fabbisogno via via espresso.

Particolare attenzione sarà riservata ai percorsi di medicina fisica e riabilitazione. La razionalizzazione, in termini di garanzia di appropriatezza e di efficacia, dell'offerta riabilitativa a livello ambulatoriale implica lo sviluppo dei percorsi impostati con delibera DGR 595/2005 e l'aggiornamento delle prestazioni erogabili. La crescita della domanda impone l'avvio di sistemi di verifica dei risultati degli interventi riabilitativi, in termini di attività e risultati di salute.

Strategie
In un contesto sempre più modellato sulla logica dei percorsi, tutti i componenti della rete dovranno lavorare in sinergia attraverso una maggiore integrazione operativa che preveda uno stretto collegamento tra assistenza ospedaliera in regime di ricovero, assistenza specialistica e cure primarie, che devono essere articolate in un rapporto di complementarietà e continuità per la cui realizzazione occorre definire modalità di raccordo e di relazioni stabili e più efficaci.
In particolare si dovrà assicurare:
- una integrazione funzionale strutturata, con l'individuazione di team integrati tra i professionisti che erogano prestazioni ambulatoriali (ambulatori ospedalieri, *Day Service*, poliambulatori, strutture private accreditate)
- la collocazione delle attività ambulatoriali nelle diverse sedi (intraospedaliere e territoriali) in base alla loro complessità, assicurando il loro collegamento funzionale grazie ad una unitarietà di approccio tecnico-professionale (team funzionali)

- la proiezione specialistica dell'ospedale verso gli ambulatori della medicina generale, i poliambulatori fino al domicilio del paziente, attraverso una forte integrazione sul piano organizzativo con i servizi di assistenza domiciliare, anche mediante le tecniche di gestione a distanza del paziente.

Tale modello consente una forte flessibilità organizzativa, una distribuzione dell'attività basata sulla domanda e una conseguente crescita della professionalità e dell'efficienza nell'utilizzo delle professionalità.
La ricollocazione funzionale delle prestazioni specialistiche non può prescindere dalla partecipazione di tutti i professionisti coinvolti sia alla costruzione dei percorsi organizzativi che dei profili clinici in modo da garantire sia una omogeneità di percorso che di indicazione clinico-terapeutica.
Gli strumenti della contrattazione regionale e locale con il personale convenzionato (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti convenzionati), il processo di budget con gli specialisti ospedalieri ed i contratti di fornitura con le strutture accreditate vanno utilizzati in maniera coerente, focalizzandoli sui medesimi obiettivi.
Deve essere proseguito e perfezionato il percorso avviato per il miglioramento dell'accessibilità, del governo della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali per ridurre le liste d'attesa, dando piena applicazione agli atti di programmazione regionale. La DGR 493/2011, che precisa gli impegni del Sistema sanitario regionale per il contenimento dei tempi di attesa, sia per quanto riguarda il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di primo accesso che la garanzia della cadenza programmata dei controlli per la presa in carico del paziente cronico, ridefinisce le azioni gestionali affidate alle Aree Vaste e alle aziende sanitarie per la pianificazione della produzione ambulatoriale rispetto al bisogno espresso che deve essere definito secondo criteri di appropriatezza. All'interno dei piani di produzione aziendali devono essere sviluppate le soluzioni organizzative da adottare localmente per assicurare una capacità di risposta adeguata alla domanda.

2.3.3.4.1. I driver dell'appropriatezza

La promozione dell'uso corretto delle risorse a disposizione richiede di concentrare l'attenzione sui principali determinanti dell'appropriatezza clinica e di quella organizzativa e su sistemi di valutazione e monitoraggio tali da consentire l'attuazione di programmi di miglioramento specifici e mirati, arricchendo e perfezionando gli interventi già avviati e gli strumenti attualmente disponibili.

Per procedere nella direzione individuata occorre assicurare:
- attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento sull'appropriatezza tecnico-professionale ed organizzativa rispetto agli obiettivi di qualità del sistema e ai costi dei servizi offerti
- l'omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi .

I due filoni concettuali sono da leggere in modo sinergico e quindi l'integrazione fra la dimensione organizzativa e la dimensione clinica dell'appropriatezza rappresenta un obiettivo da perseguire non solo nell'erogazione di un singolo intervento, ma anche all'interno di percorsi clinici o di modelli organizzativi più articolati.
La valutazione dell'appropriatezza prescrittiva mediante l'analisi della variabilità costituisce un approccio da estendere e da attuare in maniera sistematica e strutturata per consentire l'identificazione delle aree sulle quali concentrare l'attenzione e promuovere gli interventi correttivi.
Un esempio tra tutti è il trend di crescita della diagnostica per *imaging*, l'alta percentuale di referti negativi, indicativa di scarsa appropriatezza, rappresentano una criticità che deve essere affrontata con azioni specifiche. E' necessario perciò attuare un programma complessivo che preveda un percorso di integrazione tra l'ambito clinico e quello diagnostico per identificare l'effettiva utilità dell'indagine diagnostica per orientare le successive scelte cliniche e costruire quella base di razionalità clinica da condividere con il cittadino, perché finalizzata a soddisfare, con il minor rischio, il suo bisogno di salute.

Analogo il discorso sugli interventi di riabilitazione o le prescrizioni farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale.
Per quanto riguarda l'appropriatezza organizzativa è necessario procedere ulteriormente nel percorso già avviato di trasferimento di prestazioni sanitarie dal regime di ricovero ordinario al ricovero in day hospital (medico, chirurgico, riabilitativo) e al regime ambulatoriale. Il tradizionale modello ambulatoriale, basato sull'erogazione di singole prestazioni dovrà sempre più evolvere in un modello integrato, con pacchetti di prestazioni multidisciplinari da erogare in tempi ristretti (*day service*), venendo incontro alle esigenze dei cittadini, da ricomprendere, per le patologie a maggiore impatto in termini di volumi e di complessità, all'interno dei percorsi dedicati.

2.3.3.4.2. Centro Unico di Prenotazione: uno strumento per garantire l'accesso e monitorare le liste d'attesa

Contesto
Nel contesto toscano da molti anni la fase della prenotazione viene considerata come parte integrante della prestazione specialistica. Parte integrante e, soprattutto, momento di governo clinico, nel quale è possibile interfacciarsi con la domanda e effettuare scelte più o meno appropriate, iniziando naturalmente dalla fase di prescrizione stessa.
Già con la deliberazione della Giunta regionale n. 619 dell'11 giugno 2001 fu dato il via ai CUP aziendali, oggi presenti nel 100% delle aziende USL e delle AOU toscane, definiti ancor meglio nell'atto successivo del 2002 (DGR 1417/2002). Nel 2007 sono iniziati a livello nazionale e regionalie tentativi organici di contenimento dei tempi di attesa,; con la DGR 81/2007 e nel precedente Piano Regionale il CUP ha assunto in pieno il ruolo di intefaccia trasparente fra sistema e cittadino.
Visto il perdurare del problema "tempi d'attesa", ulteriori manovre sono state effettuate a livello nazionale, dalle linee guida dell'aprile 2010 a cura dell'Intesa Stato Regioni al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) nell'accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010. Da questi documenti si è sviluppata nel nostro contesto regionale la DGR 493/2011, che approva e contestualizza il Piano Regionale per il governo delle liste di attesa.

Strategie
- completare l'informatizzazione delle agende a livello aziendale. Mentre infatti, ad esempio, le visite specialistiche hanno un buon livello di copertura *cup*, con il rapporto TAT/SPA pari al 110%, la diagnostica per immagini, in particolare TAC e RM, ha una copertura inferiore al 70% con forte variabilità tra le diverse Aziende e livelli minimi che non raggiungono il 20%.
- implementare il catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali , approvato con DGR 638/2013, quale strumento dei medici prescrittori per la formulazione della richiesta di prestazioni specialistiche ambulatoriali incluse nei L.E.A. e dei soggetti erogatori per le funzioni di prenotazione, erogazione e refertazione. I sistemi informatici aziendali devono quindi essere aggiornati mediante l'adozione del nuovo catalogo regionale in totale sostituzione dei precedenti cataloghi aziendali. Come indicato nella DGR 638/2013, è centrale evitare il permanere di codifiche aziendali correlate al Nomenclatore tariffario regionale, diverse da quelle individuate nel nuovo catalogo regionale, al fine di garantire nei fatti l'utilizzo di un linguaggio unitario nell'intero processo. Ciò è indispensabile sia per la condivisione dell'offerta che per il governo delle liste di attesa che per progetti quali il Fascicolo Sanitario Elettronico e la dematerializzazione della prescrizione medica, garantendo al medico prescrittore l'accesso al sistema di prenotazione e meccanismi che gli consentano il contatto diretto con la struttura che eroga la prestazione specialistica in caso di situazioni di urgenza"

- unificare la piattaforma sw per la gestione del CUP a livello regionale in accordo con le azioni del Piano strategico di sviluppo del Sistema informativo e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione del servizio sanitario regionale, di cui alla DGR 752/2013. Le attuali soluzioni tecnologiche, presenti nelle tre aree vaste per l'integrazione dei cup aziendali, non hanno fornito i risultati attesi, ovvero l'obiettivo di poter condividere in "modo trasparente", utilizzando il proprio applicativo aziendale, l'offerta stessa in circolarità, mantenendo le

funzionalità tipiche di un sistema di prenotazione evoluto. A quanto sopra detto, va aggiunto il fatto che il livello di Area Vasta è spesso non adeguato, in particolar modo in considerazione delle aree di confine tra aree vaste, dove i cittadini tendono frequentemente a gravitare su di un'area diversa da quella di appartenenza.

Lo sviluppo di una piattaforma unica regionale dovrà necessariamente tenere conto delle indispensabili integrazioni con i diversi domini aziendali, dal pronto soccorso, ai reparti di degenza, alle accettazioni ambulatoriali, prevedendone la realizzazione secondo gli standard della cooperazione applicativa di Regione Toscana (CART). Il progetto avrà uno sviluppo che impegnerà almeno l'arco di un paio d'anni e questo consentirà di definire un piano di adeguamento, per le diverse Aziende, che tenga conto degli investimenti già fatti.

- accentrare, a livello regionale, specifici ambiti di attività del CUP, allo scopo di beneficiare di economie di scala e di specializzazione delle figure coinvolte all'interno di ambiti cruciali di attività, quali, ad esempio, la gestione della prenotazione telefonica, delle regole comportamentali, delle agende, ecc.
- realizzare un'offerta più ampia possibile di canali di accesso, al fine di garantire un elevato livello di fruibilità per il cittadino:
- sportelli presidiati dell'Azienda sanitaria; servizio di call center; prenotazioni effettuate direttamente da operatori sanitari allo scopo di semplificare il percorso assistenziale dell'utente; prenotazioni effettuate presso le Farmacie territoriali, tramite postazioni di lavoro presidiate; prenotazioni tramite postazione CUP all'interno di strutture convenzionate (Associazioni Mediche, Associazioni di Volontariato, Comuni, PAAS,ecc.); prenotazioni WEB effettuate direttamente dall'utente, anche attraverso Totem, cioè i PuntoSi, mediante il riconoscimento tramite Carta Sanitaria Elettronica.
- dare piena operatività, in continuità ed evoluzione con quanto previsto nel PSR 2008-2010, al progetto "Percorso chirurgico" che, partendo dalla prenotazione della visita specialistica chirurgica, traccerà appunto l'intero processo, ovvero visita, inserimento in lista di attesa e sua successiva gestione, ricovero e registro operatorio.
- garantire risposte mediche in caso di tempi d'attesa non rispettati con presa in carico immediata da parte dell'Azienda Sanitaria. La Regione effettuerà specifico monitoraggio dei disallineamenti rispetto ai tempi prefissati.

2.3.3.5. La rete toscana per le malattie rare

Contesto

Il sistema regionale toscano delle malattie rare (SRTMR), attivato a seguito del DM 279/2001, è articolato sui presidi di rete, la struttura di coordinamento, il Registro Toscano Malattie rare e il Forum delle associazioni toscane malattie rare.

Ai fini dell'aggiornamento del Registro toscano delle malattie rare (RTMR) si procederà alla ricognizione delle nuove malattie da includere nel suddetto Registro avvalendosi della medesima organizzazione.

Grazie all'utilizzo di fondi regionali, ministeriali e a un progetto condiviso con l'ISS sono stati realizzati una serie di interventi volti a:

- potenziamento e aggiornamento rete dei presidi dedicati alle malattie rare
- definizione percorsi
- consolidamento del registro toscano malattie rare (RTMR)

La rete dei presidi rappresenta la struttura portante del sistema e il suo sviluppo avviene attraverso la condivisione di specifici percorsi assistenziali e l'aggiornamento delle dinamiche di rete tra i presidi.

Il gruppo di coordinamento regionale, oltre alla sua funzione ha condiviso ed elaborato con strutture esterne progetti di importanza rilevante da un punto di vista formativo, informativo e di sviluppo di linee guida (Progetto InforMar con Formas) e di miglioramento della rete di accoglienza al cittadino (Progetto centro di ascolto malattie Rare e Progetto Centro regionale per le Malattie rare Pediatriche).

Tali più recenti progettazioni sono tuttora in corso e necessiteranno nel proseguo di un attento monitoraggio e supporto.
Il registro toscano delle malattie rare, gestito, insieme al Registro Toscano Difetti Congeniti, dalla FTGM su incarico della Regione Toscana, si è configurato sempre più uno strumento non solo di rilevazione epidemiologica ma come necessario supporto alla programmazione sanitaria e al funzionamento della rete. Il RTMR partecipa ai progetti Europei sulla registrazione delle malattie rare (EPIRARE) e sulle azioni di indirizzo per le politiche sulle malattie rare (EUROPLAN).
Dal 2008 la Regione Toscana ha partecipato e attivamente promosso le iniziative legate alla Giornata internazionale delle malattie rare.
Gli aggiornamenti della rete dei presidi e dei relativi ruoli che sono stati realizzati si sono basati sulla casistica inserita nel RTMR.
Rimangono tuttavia alcuni elementi su cui investire maggiore attenzione in particolare con riferimento alla continuità assistenziale, durante il passaggio dall'età adolescenziale a quella adulta.
L'associazionismo riveste in questo contesto un ruolo fondamentale potendo supportare le famiglie nei percorsi di rete. Il lavoro svolto dal Forum delle Associazioni toscane delle malattie rare conferma che l'associazionismo è un prezioso punto di riferimento per le istituzioni sanitarie per una più completa conoscenza dei bisogni e delle esigenze dei malati. In una programmazione socio-sanitaria, un sempre più proficuo dialogo con l'associazionismo rappresentativo dei malati e dei loro familiari, non può che migliorare e arricchire momenti propedeutici alla programmazione stessa.

Obiettivi
Obiettivo prioritario è la definizione e formalizzazione dei percorsi di rete all'interno del sistema definendo i ruoli e le responsabilità al fine di chiarire i livelli di presa in carico del paziente affetto da malattia rara e della sua famiglia, non solo da un punto di vista clinico, ma anche attraverso il sostegno psicologico e sociale.

Azioni
E' necessario mantenere aggiornata la rete dei presidi per le malattie rare con una più precisa definizione dei ruoli e dei percorsi dedicati.
Sono altresì da sviluppare maggiormente i raccordi di rete intra-aziendali e inter-aziendali attraverso un modello organizzativo che faciliti la gestione della presa in carico multidisciplinare e a più livelli dell'intero percorso dell'utente. In quest'ottica trova spazio la previsione di coordinamenti aziendali per le malattie rare in grado di identificare e strutturare i percorsi assistenziali attraverso l'identificazione di strutture capofila di percorso e strutture associate.
E' necessario realizzare percorsi strutturati diagnostico-assistenziali nelle età di passaggio, sia per quanto riguarda le patologie più comuni, che per le patologie più rare;
Questo modello innovativo potrebbe prevedere dei percorsi condivisi tra i professionisti specifici delle varie "età di passaggio" e la costituzione di una "transition clinic" in ambito ospedaliero e/o territoriale ("ambulatorio di transizione"). Per quanto attiene le malattie molto rare, per le quali non esistono competenze specifiche diffuse, la continuità assistenziale può essere garantita dallo specialista esperto, indipendentemente dall'età del paziente, in attesa della creazionie di tali competenze in altri specialisti.
E' inoltre necessario investire sull'informatizzazione delle procedure legate al rilascio della certificazione valida ai fini del diritto all'esenzione e dell'inserimento della casistica nel RTMR ai fini di una semplificazione delle procedure amministrative e dell'implementazione dell'inserimento dati nel registro.
L'informatizzazione avrà anche il beneficio di favorire il processo di inserimento della casistica nel RTMR.
Il sito pubblico del RTMR sarà adeguato allo scopo di fornire utile supporto all'utenza (cittadini e medici) in termini di maggiore fruibilità delle informazioni e utilizzabilità dei servizi in rete.
Occorre inoltre una fase tesa alla precisazione o ridefinizione dei ruoli di competenza delle strutture di Coordinamento.

Occorre favorire e supportare sistemi di accesso e facilitazione come ad es. il Centro di Ascolto Regionale dedicato allo scopo di facilitare il raccordo e la presa in carico ai vari livelli ma soprattutto l'ascolto e la presa in carico psicologica e sociale.
Occorre favorire progettualità che prevedano la partecipazione diretta delle associazioni dei pazienti e interventi che sperimentino formule alternative di sostegno alle famiglie dei pazienti anche attraverso strutture residenziali con programmi dedicati all'*empowerment*.

2.3.4. Curare la persona e non la malattia

2.3.4.1. La medicina narrativa

La Medicina Narrativa rappresenta un approccio metodologico, su base scientifica, che permette al medico di potenziare le proprie capacità di relazione e comprendere più profondamente le storie dei pazienti; per il paziente può rendere possibile e "piacevole" raccontare la propria storia a un medico attento, in grado di ascoltarlo. L'obiettivo della medicina del racconto è quello di costruire e mantenere la relazione con il malato, di negoziare con il lui il progetto terapeutico e quindi costruire la cosiddetta alleanza terapeutica.
La Medicina Narrativa nasce negli Stati Uniti intorno agli anni 90, nell'ambito della Harvard Medical School: gli ispiratori di questo approccio sostengono la tesi che la medicina sia "un insieme di significati simbolici che modellano sia la realtà che definiamo clinica, sia l'esperienza che di essa fa il soggetto malato".
Nel processo relazionale medico-paziente, durante il colloquio e la raccolta anamnestica (da cui si ricavano gli elementi essenziali per impostare il percorso diagnostico), le *narrazioni* costituiscono la forma entro cui i pazienti sperimentano e descrivono il proprio malessere. La medicina del racconto costruisce e mantiene la relazione con il malato e lo fa partecipe, negozia con lui il progetto terapeutico condividendone vantaggi, potenziali rischi, possibili effetti avversi, necessità di controlli e verifiche.
In questi anni la letteratura scientifica internazionale sugli aspetti narrativi della malattia ha avuto sviluppi e applicazioni in oncologia, nelle patologie cronico-degenerative, in campo psichiatrico, nei pazienti affetti da AIDS, in anziani con la frattura dell'anca, con gli Alcolisti Anonimi e si è arricchita di una *ricerca-azione* in medicina generale – Azienda USL di Rimini.
In Toscana questo approccio è oggetto di informazione continua nei confronti dei professionisti, soprattutto nell'ambito della Medicina Generale e dei reparti di Medicina Interna.
L'obiettivo della Medicina Narrativa per il medico è quello di potenziare le proprie capacità di relazione e comprendere più profondamente le storie dei pazienti: attraverso la competenza relazionale e l'ascolto del paziente, egli può coordinare le conoscenze scientifiche con le storie individuali e recuperare uno specifico e insostituibile ruolo professionale. In quanto approccio metodologico su base scientifica, rappresenta un preciso strumento che consente al medico di stringere con il paziente una relazione stretta e utile alla precisa conoscenza del suo vissuto di salute e di malattia.
Charon nel 2001 scriveva "Un'umanizzazione della medicina davvero centrata sul paziente che permetta al medico anche di riflettere sul proprio sé, sul proprio viaggio nella professione; e di ripensare anche il rapporto con i colleghi e gli altri operatori sanitari, nonché con il pubblico e la società più generale, di cui riconquistare quella fiducia oggi sempre più in crisi".
Oggi queste parole sono tanto più vere, soprattutto per quel senso di fiducia che va perdendosi e ripartendo dal quale è possibile ricostruire un patto di salute con i cittadini.

La *comunicazione medico-paziente* svolge oggi un ruolo ancora più importante di sempre anche per il numero crescente di pazienti anziani con comorbilità e malattie croniche, nei quali una corretta informazione sulla malattia dia cui sono affetti, sulla fase della malattia e sul suo stato di progressione rappresentano un irrinunciabile strumento per la precisa individuazione dei problemi da affrontare e delle modalità di intervento più opportune. Questo allo scopo di condividere con il paziente e i suoi familiari le strategie di cura per garantire al meglio la reale aderenza alle terapie e perché i pazienti percepiscano la cura con cui vengono seguiti. La comunicazione deve estendersi al contesto in cui vive il paziente, ovvero alla famiglia che tanta parte svolge nella gestione del paziente cronico, spesso in situazioni socio-familiari difficili. L'atto della comunicazione deve essere vissuto dal medico come un irripetibile momento conoscitivo.

2.3.4.2. Il sistema di Cure Intermedie

Gli eventi clinici che si succedono nel tempo in persone con patologie croniche o comunque di età avanzate conducono gradualmente ad una rottura di un fragile equilibrio creato, riducendo nel tempo l'autonomia. Questo accade principalmente subito dopo l'evento acuto, quando l'intervento sanitario ha comunque risolto il nuovo problema, ma altrettanto inevitabilmente peggiorato il quadro generale. Per rispondere a queste esigenze e garantire risposte appropriate ai cittadini tali da evitare anche ricoveri impropri, la Toscana, negli anni passati e con atti deliberativi specifici (DGR 1002/2005), ha individuato risposte denominate "Cure Intermedie" (c.i.) realizzate in contesti diversi: dalle case di cura, alle strutture di riabilitazione, agli ospedali di comunità, alle RSA. Il percorso, nel contesto regionale, ha avuto seguito con la DGR 1235/2012 e la DGR 431/2013.

Sfida
La sfida che si apre è quella di creare il sistema delle cure intermedie collocandolo all'interno della rete territoriale quale risposta ai bisogni delle persone assistite, sia per non accedere impropriamente alla rete dell'emergenza/urgenza e a quella ospedaliera, sia quale momento di transizione tra la dimissione dell'ospedale e il rientro al domicilio.

Obiettivo
E' necessario coordinare i lavori delle aziende per determinare i modelli organizzativi, i percorsi professionali ed i livelli di integrazione necessari allo sviluppo del sistema di cure intermedie, che rimane interno al percorso sanitario.
Verranno inoltre definiti i sistemi informativi a supporto.

Strategie
- il lavoro del CSR, ha evidenziato la necessità di *definire e condividere le tappe principali del percorso* della persona in cure intermedie, in particolar modo le caratteristiche delle strutture interessate e i loro standard assistenziali
- la multidimensionalità del bisogno degli utenti delle cure intermedie comporta inevitabilmente interventi di equipe, formata non solo dai vari professionisti coinvolti, a cominciare dal Medico di Medicina Generale e dall'Infermiere, ma dagli stessi malati e loro familiari: è questo il solo approccio capace di incidere positivamente sulla qualità di vita del malato nel suo contesto familiare. Da qui la necessità di rivedere *i ruoli di ciascuno, con la propria specificità ma anche con le interazioni reciproche*
- Il parere del CSR n. 11/2011 precisa " lo svolgimento delle attività previste dai percorsi assistenziali all'interno del sistema di cure intermedie presuppone il lavoro in team multidisciplinare dei medici di medicina generale (MMG), dei professionisti sanitari dell'assistenza e della riabilitazione, il pieno coinvolgimento degli operatori socio-sanitari e degli specialisti. L'eterogenea tipologia di utenti che accedono ai sistemi di cure intermedie determina la necessità della presenza di altre figure professionali: fisioterapisti, che collaborano all'elaborazione del programma per la rieducazione funzionale dei pazienti, geriatri, medici palliativisti, dietisti, logopedisti, psicologi, ed altri specialisti"
- per concentrare l'attenzione sull'autonomia residua diventa imperativo individuare e condividere *strumenti valutativi multidimensionali, semplici e veloci*, in grado di indirizzare la persona nella rete dei servizi e, soprattutto, valutarne nel tempo le condizioni cliniche e funzionali
- ma innanzitutto l'aspetto che ad oggi risulta più critico e sul quale diventa strategico intervenire con decisione è quello della *comunicazione* che deve essere: reale, volta ad individuare le prospettive di miglioramento possibili o, qualora la situazione sia avanzata, i supporti di tipo assistenziale e psicologico necessari. Una comunicazione che parte dall'ascolto e si confronta con le reali esigenze del malato, più che con le soluzioni dei singoli problemi clinici che si succedono durante l'evoluzione della malattia

2.3.4.3. La riabilitazione: dal totale recupero della funzionalità alla valorizzazione dell'autonomia residua

Contesto

La riabilitazione, ha come obiettivo il recupero funzionale della persona e la prevenzione della non autosufficienza attraverso un percorso di tempestiva presa in carico e, mediante l'approccio globale che la caratterizza, concorre all'integrazione ed alla inclusione sociale della persona con disabilità, ed al massimo recupero possibile delle funzioni lese in una relazione attiva con l'ambiente secondo il modello bio-psico-sociale WHO.

La complessità del bisogno e i suoi effetti sociali, cioè la perdita di autonomia dell'individuo, che definiscono la domanda di riabilitazione, determinano l'esigenza di coordinare le risposte all'interno di un programma individualizzato di cure, che ha lo scopo di migliorare la salute, il benessere e la realizzazione degli individui sul piano fisico, sociale, formativo, psicologico e lavorativo, favorendo l'inserimento in attività utili e produttive, così come evidenziato anche dal "Piano di indirizzo per la riabilitazione" approvato dalla Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome nel febbraio 2011.

L'intervento riabilitativo per essere efficace necessita certamente di una chiara indicazione clinica di appropriatezza (EBM) che si sostanzia però in una efficace selezione e stratificazione dei pazienti solo nella considerazione della complessità dell'individuo, sia in termini di bisogno che di potenzialità individuali correlate anche ai fattori ambientali. Per questo il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è confermato quale strumento fondamentale nell'ambito della presa in carico globale della persona, che ha inizio con la condivisione in team del progetto stesso, valorizzando l'intervento multiprofessionale e definendo gli obiettivi attesi, dalla fase acuta a quella di stabilizzazione degli esiti. Il profilo del soggetto da riabilitare condiziona il progetto riabilitativo e determina il percorso di cura.

La persona con disabilità, terminata la fase riabilitativa, viene avviata a un diverso livello di attività assistenziale o di vita sociale, non riabilitativo, che può comunque richiedere prestazioni dirette e consulenze da parte del personale sanitario della riabilitazione.

Obiettivo

Individuazione del livello di bisogno della persona da riabilitare: curare la persona e non la malattia

Per definire correttamente il livello di bisogno della persona da riabilitare si considerano tre dimensioni che prescindono dalla patologia principale che ha creato disabilità e consentono di definire l'appropriatezza clinica e organizzativa (*setting*) in relazione alla fase del percorso di cura, con possibilità di definire anche l'impiego di risorse:

- complessità clinica: valutazione e stratificazione del rischio clinico. La complessità clinica è correlata all'insieme della complessità diagnostica, assistenziale e organizzativa
- disabilità: perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive e sensoriali che impattano con i fattori ambientali riducendo il livello di partecipazione dell'individuo allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione; la disabilità viene usualmente misurata con scale sia di tipo bio-psicometrico, sia funzionali che indagano la possibilità di eseguire le diverse attività e che consentono il monitoraggio dell'evoluzione del quadro funzionale nel tempo
- multimorbilità: insieme di patologie e condizioni, classificate secondo scale a punteggi crescenti, che possono rappresentare attivi cofattori che influenzano la clinica, il trattamento e la prognosi

Tutto ciò diventa necessariamente più complesso se al malato affetto da multimorbilità si associa anche la fragilità derivante dall'età.

Nell'anziano è la conoscenza del concetto di fragilità che deve orientare il programma o l'intervento di riabilitazione; questo richiede spesso competenze specifiche poco diffuse trasversalmente nei professionisti sanitari, sia a livello ospedaliero che territoriale. Parallelamente al livello di attenzione e complessità richiesto da pazienti anziani, un'area di attenzione particolare è relativa alla riabilitazione nell'età evolutiva. Per il soggetto in età evolutiva la finalità dell'intervento riabilitativo è rappresentata dalla ottimizzazione delle condizioni necessarie per raggiungere il massimo sviluppo possibile, poiché gli esiti dell'evento lesivo interagiscono con la dinamica dello sviluppo

fisico, psichico e sociale del minore; pertanto nella definizione del progetto riabilitativo individuale particolare attenzione deve essere dedicata ad interventi paralleli di ordine psicologico e di carattere pedagogico educativo, essenziali all'esito del progetto stesso.
In questo contesto diviene importante prevedere, attraverso l'utilizzo di ICF, la definizione di macroprofili di disabilità sui quali ridefinire il sistema degli interventi riabilitativi e assistenziali: tali macroprofili di bisogno producono i PDTA in relazione al bisogno funzionale osservato, e disegnano la struttura della rete con l'obiettivo di integrare le diverse funzioni clinico-assistenziali coinvolte nelle varie fasi, modulando gli interventi sui bisogni stimati e valutati di ciascun macroprofilo.

Azioni

Definizione del percorso riabilitativo

In armonia con quanto previsto nel documento regionale di indirizzo sui percorsi riabilitativi approvato dal Consiglio Sanitario Regionale (parere n. 52/2011), per ciascuna persona con disabilità deve essere definita la proposta di percorso riabilitativo, integrato nei vari *setting* terapeutici della rete. Questo principio si concretizza nel concetto di "presa in carico dell'utente" e nell'erogazione degli interventi secondo definiti programmi all'interno di uno specifico Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rispondente ai criteri di appropriatezza prescrittiva ed erogativa,:

- appropriatezza organizzativa: le condizioni di instabilità clinica, modificabilità funzionale e necessità di supporto assistenziale del bisogno espresso definiscono il *setting* di intervento ritenuto necessario per lo specifico progetto riabilitativo individuale
- appropriatezza erogativa: le modalità erogative di maggior efficacia sono definite attraverso le specifiche azioni attivate per il tempo necessario alla modificazione del quadro funzionale e utilizzando indicatori di *outcome* possibilmente ICF orientati

Rimane elemento fondante dell'azione riabilitativa la maggiore partecipazione possibile della persona con disabilità alla definizione e all'attuazione delle varie fasi del percorso.

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), che è definito nell'ambito del team di professionisti, non solo necessariamente sanitari, sostanzia la condivisione e la responsabilizzazione reciproca dei componenti, declinando gli interventi all'interno degli obiettivi terapeutico funzionali. La responsabilità clinica e del coordinamento è affidata allo specialista della patologia di riferimento, così come definito dal Piano di indirizzo sulla riabilitazione 2011, che assicura unitarietà alla progettualità, l'attuazione in team dei processi assistenziali/riabilitativi e l'adeguata informazione e coinvolgimento del paziente, della famiglia e dei *caregivers*, nonché del medico di famiglia, nelle azioni previste dal PRI.
Nel progetto riabilitativo si definiscono i Programmi Riabilitativi, i quali specificano come indicato dal "Piano di indirizzo per la riabilitazione":

- modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista nel rispetto dei criteri dell'accreditamento
- obiettivi da raggiungere a breve e medio termine
- modalità di erogazione degli interventi previste
- misure di esito atteso per la valutazione degli interventi
- tempi di verifica e conclusione

Risulta pertanto evidente che gli interventi di riabilitazione necessitano della collaborazione fra le varie strutture coinvolte nella attuazione dei diversi programmi che compongono il PRI, così da assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale, nonché l'integrazione multiprofessionale. La restituzione della persona al proprio ambiente di vita è uno degli obiettivi principali del percorso riabilitativo.
Tutte le strutture (reparto, centro, ambulatorio, etc.) esplicitano attraverso il Progetto Riabilitativo di Struttura le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, le potenzialità e le vocazioni operative, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/dimissione e di relazione con altre strutture, in modo da realizzare un flusso trasparente ed appropriato dei pazienti verso l'utilizzo più congruo delle risorse disponibili. Tale determinazione da parte delle strutture operanti all'interno del SSR trova la sua ottimale concretizzazione in ogni area territoriale, a livello aziendale o di area vasta, andando a costituire la

rete integrata delle strutture e dei servizi di riabilitazione e costituendo la base per un governo clinico e organizzativo sinergico.
Nelle attività terapeutico assistenziali proprie dell'Ospedale per acuti l'intervento dei professionisti della riabilitazione nel processo di cura viene attivato dai sanitari responsabili del caso sulla base di specifici protocolli, percorsi assistenziali o procedure.
Nell'attuazione dei Programmi del *Chronic Care Model* gestiti a livello delle Cure Primarie le attività sanitarie orientate al *counseling* di competenze funzionali residue possono non richiedere l'attivazione di un PRI. Analogamente nelle cure intermedie e nella fasi di gestione della cronicità le prestazioni richieste, all'interno di protocolli definiti, che determinino comunque obiettivi riabilitativi ed evidenza delle metodologie, possono essere direttamente garantite dai professionisti sanitari della riabilitazione. In questi contesti la fruizione di attività sanitarie riabilitative ritenute appropriate da Linee Guida e protocolli derivanti da evidenze e consenso di esperti, oltre ad essere condivise dai vari attori della riabilitazione all'interno del SSR non deve risultare condizionata da appesantimenti organizzativi o duplicazione di atti/funzioni che non aggiungono valore al processo stesso.

Obiettivo

Realizzazione della rete integrata dei servizi di riabilitazione tramite il Governo Clinico

Il Governo Clinico integrato è un metodo gestionale dei servizi sanitari che pone al centro i bisogni delle persone e la continuità terapeutica. L'uso corretto delle risorse impone una organizzazione strutturata a rete dell'offerta riabilitativa, quanto più omogenea possibile sul territorio regionale, una definizione chiara e precisa dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione, una precisa mappatura dei soggetti erogatori.
L'impegno di assicurare continuità ed appropriatezza ai percorsi assistenziali implica che anche nell'ambito della riabilitazione siano individuate specifiche azioni che consentano di assicurare l'efficacia dei processi attivati e di evidenziare i risultati ottenuti. Anche il "Piano di indirizzo per la Riabilitazione" approvato dalla Conferenza Stato–Regioni nel 2011 sostiene la necessità della definizione di criteri di accesso alle attività quale elemento del governo clinico degli stessi percorsi riabilitativi. Nel corso di vigenza del presente Piano saranno definiti gli strumenti per la verifica degli *outcome* ed i criteri che regolano l'uscita dal percorso riabilitativo in relazione alla raggiunta guarigione con recupero funzionale o alla consegna ad un diverso livello assistenziale. Dovranno inoltre essere individuati, anche in via sperimentale e con riferimento a definiti setting assistenziali, indicatori di processo e di risultato che consentano un monitoraggio efficace della appropriatezza degli interventi. In particolare, relativamente alle attività di riabilitazione, sia in regime di ricovero ospedaliero, sia extraospedaliero, dovranno essere definiti specifici indicatori di appropriatezza del ricovero, tenendo in considerazione le modalità di ingresso e uscita riferite al contatto di cura, la necessità della adozione di un regolamento d'uso del Day Hospital, con definizione di un rapporto tra Day Hospital e Ricovero Ordinario, la definizione del tasso di utilizzo dei posti letto nei vari setting.
Processi condivisi di monitoraggio dovranno essere posti in essere per consentire la verifica dell'applicazione, a livello aziendale, delle linee di indirizzo regionali e nazionali nello specifico settore.

Azioni

Al fine di migliorare la sostenibilità ed efficacia del sistema è opportuno sviluppare le seguenti azioni in armonia con le previsioni del "Piano di indirizzo per la riabilitazione":

- attivazione del percorso di presa in carico per tutte le persone che ne hanno reale necessità (criteri di "accessibilità" e "copertura della rete")
- erogazione delle prestazioni in tempi adeguati in rapporto al tipo di bisogno e nel rispetto dei tempi d'intervento in funzione delle fasi biologiche del recupero e delle necessità socioambientali (criterio di "tempestività")
- garanzia di una coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di *setting* in funzione delle fasi del processo morboso, delle condizioni cliniche della persona, delle situazioni familiari ed ambientali (criterio di "continuità")

- garanzia della presa in carico omnicomprensiva della persona disabile (criterio di "appropriatezza")
- utilizzo di strumenti di valutazione dell'*outcome* che regolino il passaggio fra le varie fasi di presa in carico e/o l'uscita dal percorso riabilitativo
- effettuazione di interventi di validità riconosciuta e condivisa (criterio di "efficacia" e della "*Evidence Based Medicine*")
- programmazione e definizione di ciascun intervento all'interno di un programma inserito in un Progetto Riabilitativo Individuale e conseguentemente orientato al raggiungimento di obiettivi ben definiti e misurabili (criterio della "verificabilità dell'efficacia degli interventi")
- facilitazione della partecipazione attiva e consapevole al percorso di cura del paziente e della sua famiglia, se necessario, da perseguire con azioni di educazione, supporto, formazione ed informazione durante tutto il periodo della presa in carico (criterio del "coinvolgimento attivo dell'utente")
- impostazione del rapporto con il paziente con approccio educativo, finalizzato a consegnare allo stesso strumenti conoscitivi ed operativi per una corretta autogestione delle proprie problematiche in un'ottica, quando possibile, di progressiva desanitarizzazione (criterio del "coinvolgimento attivo dell'utente")
- realizzazione di un sistema imparziale ed obiettivo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle singole azioni all'interno della presa in carico, anche tramite la identificazione di un set di indicatori dedicato per ciascun ambito di intervento (criteri di "valutazione efficacia" e "valutazione efficienza")

Obiettivo
La strutturazione dell'offerta

Nell'ambito degli interventi sanitari di riabilitazione si individuano due distinti livelli assistenziali in relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite:

- attività di riabilitazione intensiva dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili che richiedono un elevato impegno clinico, valutativo e/o terapeutico
- attività di riabilitazione estensiva che si concretizzano in interventi di più moderato impegno clinico, valutativo e terapeutico, a fronte di un maggiore intervento assistenziale, quali quelle dirette alla prevenzione di aggravamenti possibili in persone con disabilità stabilizzata, quelle dirette a soggetti con disabilità a lento recupero che non possono utilmente giovarsi o sopportare un trattamento intensivo o affetti da disabilità croniche evolutive, ivi compreso l'intervento riabilitativo per le disabilità neuropsichiche

Nel confermare quanto già previsto dalla programmazione sanitaria regionale in merito alla individuazione degli assetti erogativi, appare evidente che per garantire un accesso universalistico alle risorse e la possibilità di una offerta riabilitativa adeguata al bisogno e appropriata per *setting*, è necessario che su tutto il territorio regionale vi sia una distribuzione programmata, coordinata e meno disomogenea delle attività e dei posti letto, a più alta e a più bassa intensità riabilitativa.

Azioni

Si ritiene necessario un rafforzamento degli strumenti di programmazione e controllo da parte del sistema pubblico locale, di Area Vasta e regionale; un maggiore coordinamento nelle attività di ricerca e la promozione della qualità professionale ed erogativa, consentiranno di valorizzare al meglio il contributo dell'offerta riabilitativa privata mantenendola in un quadro razionale, sostenibile e di miglioramento per il sistema sanitario regionale. Nella vigenza del Piano saranno attivate a questo fine sperimentazioni innovative.

La revisione dell'offerta riabilitativa avviata nella precedente programmazione dovrà essere completata con l'identificazione delle caratteristiche dei diversi *setting* e perseguendo una omogeneità delle tipologie dell'offerta in tutte le aree vaste. In tale azione di riequilibrio dovrà essere posta particolare attenzione ai percorsi assistenziali territoriali. Nel confermare l'attuale dotazione dei posti letto per le Gravi Cerebro Lesioni Acquisite, è obiettivo del Piano rafforzare il

governo della rete prevedendo un ruolo di coordinamento da parte delle aziende ospedaliere universitarie regionali.
Azione specifica di piano è la verifica della appropriatezza dei percorsi riabilitativi, sia ospedalieri che territoriali, che saranno oggetto di monitoraggio a livello aziendale e regionale; in tale contesto devono essere approntati strumenti per il controllo della applicazione delle linee di indirizzo regionali e nazionali (es. DGR 677/2012).

La continuità Ospedale Territorio
Obiettivo fondamentale per garantire la presa in carico globale della persona da riabilitare è assicurare la continuità degli interventi in ospedale e sul territorio, particolarmente nella fase post acuta, ma tenendo anche in considerazione l'incremento della prevalenza della cronicità. Il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità a livello territoriale, contesto in cui è possibile la verifica reale dell'outcome in termini di attività e partecipazione e luogo privilegiato per l'intervento del team multiprofessionale sulle componenti ambientali e sui fattori personali (ICF). La restituzione della persona al proprio ambiente di vita è l'obiettivo principale del percorso riabilitativo verso il quale devono convergere tutti gli interventi pianificati dal progetto individuale. Alla persona con disabilità ricoverata in acuzie deve essere garantito un percorso riabilitativo unico, integrato nei vari setting della rete riabilitativa, e devono essere strutturate e monitorate, con adeguati strumenti di valutazione dell'appropriatezza, le fasi di passaggio tra i vari momenti riabilitativi e in particolare le dimissioni protette e le dimissioni critiche. A completamento dei progetti riabilitativi individuali è necessario proseguire gli interventi abilitativi finalizzati alla realizzazione dell'integrazione e dell'inclusione sociale, lavorativa, scolastica; per assicurare completezza al percorso occorre valutare e programmare, in raccordo con i servizi territoriali aziendali, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, la necessità di interventi riabilitativi al domicilio o in strutture dell'integrazione sociosanitaria.

Il domicilio
I trattamenti riabilitativi erogati a domicilio sono parte integrante della rete dei servizi di assistenza riabilitativa e sono organizzati a livello di zona distretto dai professionisti sanitari della riabilitazione in raccordo con i MMG/PLS, anche, quando necessario, con riferimento alle indicazioni del reparto ospedaliero o della struttura extraospedaliera di dimissione del paziente. Gli interventi riabilitativi domiciliari possono essere alternativi all'accesso ai servizi ambulatoriali oppure complementari agli stessi, per periodi temporali definiti dal progetto riabilitativo. Risulta pertanto fondamentale promuovere e sviluppare una diffusa cultura dell'integrazione tra professionisti pubblici e convenzionati del SSR, al fine di garantire efficienti e adeguati standard operativi di presa in carico della persona e di erogazione delle prestazioni. La risposta domiciliare ai bisogni riabilitativi/abilitativi della persona disabile deve essere potenziata anche nelle situazioni di disabilità complesse quali risultanti dall'evoluzione di patologie croniche, in raccordo con le azioni previste dalla sanità di iniziativa per la cronicità. Il domicilio è luogo privilegiato per la definizione delle azioni di prescrizione e adattamento degli ausili e per l'addestramento all'uso degli stessi.

Obiettivo
Consolidare il ruolo dei centri privati di riabilitazione quali partners del SSR
A livello territoriale è necessario consolidare il rapporto di collaborazione tra i servizi aziendali ed i Centri privati di riabilitazione, profit e no-profit, che operano nel settore della riabilitazione extraospedaliera, con particolare riferimento alle persone con disabilità intellettiva e/o relazionale o disturbi psicopatologici. La condivisione degli obiettivi a livello regionale, che si attua tramite la definizione di specifici protocolli d'intesa tra Regione Toscana e coordinamento dei Centri (DGR 551/2011 e DGR 841/2012) prevede la attuazione di un partenariato che consolida e sviluppa l'organizzazione a rete del sistema dell'offerta riabilitativa e assistenziale, in un'ottica prioritaria di tutela dei diritti delle persone e di garanzia di risposte appropriate, efficaci ed omogenee ai bisogni di salute su tutto il territorio regionale. In tale quadro di riferimento, la titolarità della presa in carico della persona è mantenuta dai servizi territoriali aziendali, che, per la definizione dei percorsi assistenziali nonché del progetto globale di vita, si avvalgono del settore profit e no profit

integrando le competenze del sistema pubblico con quelle messe a disposizione dai suddetti attori. Obiettivo principale di tale sinergia è quello di elaborare soluzioni assistenziali innovative ed orientate ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse dedicate alle specifiche azioni.

Azioni

La collaborazione con i Centri privati di riabilitazione sarà valorizzata tramite la realizzazione, in via sperimentale e come obiettivo di Piano, di Centri Integrati di Servizi che si caratterizzano, sotto il profilo strutturale e funzionale, per la tipologia plurima delle prestazioni erogate e per la completezza dei percorsi assistenziali messi a disposizione delle persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali. Tali Centri Integrati di Servizi, che operano anche con valenza di Area Vasta ed in costante sinergia con i servizi territoriali aziendali, in particolare nel campo della disabilità intellettiva e relazionale o disturbi psicopatologici, possono essere organizzati come strutture unitarie, oppure, in base alle realtà esistenti nei territori, da un *network* di strutture funzionalmente collegate in funzione dei percorsi di cura; tale modello sarà oggetto di una specifica sperimentazione ed alcuni Centri, individuati dalla programmazione regionale, assumeranno un ruolo di riferimento all'interno della rete, con l'obiettivo condiviso di facilitare l'accreditamento dei percorsi di cura e riabilitazione, sia quelli già in essere che quelli che potranno definirsi a seguito della sperimentazione.

Esiti da gravi cerebrolesioni acquisite, stati vegetativi e stati di minima coscienza

Particolare attenzione deve essere dedicata allo sviluppo di azioni mirate a garantire una presa in carico integrata dei pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) e delle persone in stato vegetativo (SV) o in stato di minima coscienza (SMC). In riferimento alle GCA sono confermate le previsioni del precedente PSR e le indicazioni relative alla definizione dello specifico percorso assistenziale già stabilite con atti di Giunta (DGR 599/2009 e DGR 698/2011). Obiettivo prioritario della programmazione regionale rimane lo sviluppo di percorsi strutturati e lineari, a partire dalla fase acuta fino alle fasi di stabilizzazione degli esiti, che garantiscano la tempestività nell'intervento riabilitativo, la continuità assistenziale in funzione dell'evoluzione della situazione clinica del paziente ed il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia in tutte le fasi del percorso. In riferimento alle persone con grave disabilità e dipendenza da un'assistenza continuativa o in condizione di stato vegetativo o di stato di minima coscienza, l'obiettivo primario, quando possibile, è il rientro a domicilio, nel proprio contesto familiare, con il supporto prioritario dell'ADI e dei servizi socio assistenziali territoriali. In armonia con quanto previsto nelle "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza", approvate in Conferenza Unificata nel maggio 2011, l'obiettivo da perseguire è l'organizzazione di un sistema integrato a rete di percorsi "dal coma al domicilio" con forte radicamento territoriale. La instaurazione di rapporti di collaborazione continuativa tra istituzioni e associazioni dei familiari a livello locale rappresenta un valore aggiunto al fine della realizzazione degli obiettivi della programmazione regionale. E' comunque indispensabile prevedere anche modalità assistenziali di tipo residenziale, da attivare in strutture extraospedaliere, utilizzando risorse presenti nel settore pubblico e/o privato accreditato e privilegiando lo sviluppo di esperienze già maturate. La scelta della soluzione più adeguata, in funzione delle condizioni generali della persona in SV o in SMC e della sua famiglia, deve essere prospettata dai servizi aziendali e condivisa dalle famiglie, e deve essere monitorata e rivalutata nel tempo. Al fine della ottimizzazione dell'impiego delle risorse dovrà essere prevista una riorganizzazione, a livello di Area Vasta, dell'offerta presente nelle strutture accreditate, con individuazione di specifici livelli di intervento, sostenendo, anche in via sperimentale, la realizzazione di nuove progettualità locali che possono prevedere riconversioni di strutture socio-sanitarie e extraospedaliere già esistenti. Ciò dovrà avvenire garantendo comunque la qualità e sostenibilità di strutture, prestazioni e competenze idonee alla complessità e peculiarità di questo settore. Obiettivo a breve termine è la realizzazione, con il supporto di ARS, di uno specifico studio sulle problematiche cliniche, sulla filiera delle prestazioni offerte alla persona in SV o in SMC e sui risultati, attesi e raggiunti, in termini di *outcome* finale.

Le lesioni midollari

Obiettivo prioritario della programmazione regionale è garantire alla persona con lesione midollare livelli uniformi ed elevati standard di assistenza su tutto il territorio regionale, da perseguire anche tramite una verifica sulla appropriatezza e sull'efficacia dei percorsi assistenziali attualmente previsti ed una ridefinizione delle modalità di attuazione degli interventi e di erogazione delle prestazioni.

Presupposto essenziale al raggiungimento dell'obiettivo è il Centro regionale per le lesioni midollari di Careggi, che comprende l'Unità Spinale Unipolare e le discipline specialistiche correlate, costituisce riferimento unico su tutto il territorio regionale per la cura e la riabilitazione delle persone con lesione midollare, dal momento immediatamente successivo all'evento lesivo fino alla completa riabilitazione e recupero socio-familiare.

Il Centro regionale per le lesioni midollari di Careggi rappresenta il polo d'eccellenza e d'indirizzo della rete d'assistenza, cura e riabilitazione delle lesioni midollari del Servizio Sanitario Toscano, nonché punto di riferimento tecnico professionale al fine di garantire un'elevata qualità degli standards di assistenza, anche mediante attività di ricerca clinica e studio nel campo delle lesioni midollari.

Il recupero ed il mantenimento della massima autonomia ed indipendenza della persona medullolesa implica la attivazione di percorsi riabilitativi fin dalle fasi iniziali del ricovero e lo sviluppo di sinergie operative tra gli interventi sanitari e quelli finalizzati al reinserimento sociale, familiare e professionale. La strutturazione, nell'ambito di ciascuna Area Vasta, di una rete riabilitativa di riferimento per le lesioni midollari si realizzerà anche tramite lo sviluppo di competenze ospedaliere e territoriali finalizzate a garantire continuità nella presa in carico tramite una gestione unitaria dei percorsi. In coerenza con la Risoluzione del Consiglio regionale del 14 luglio 2014 è garantito il mantenimento e lo sviluppo del ruolo delle associazioni dei soggetti con lesioni midollari. Per la valutazione e il supporto alla programmazione del Centro. La AOUC si avvale delle competenze dell'ARS a cui con decreto dirigenziale regionale n. 79/2013 è stata affidata la gestione del relativo registro.

Assistenza protesica

L'assistenza protesica e l'utilizzo di tecnologie facilitanti le autonomie personali costituiscono elementi essenziali del processo riabilitativo. I progetti riabilitativi individuali devono contenere indicazioni specifiche relativamente ai dispositivi protesici ed agli ausili tecnologici necessari per rispondere ai bisogni della persona con disabilità e devono individuare gli obiettivi del loro utilizzo. In questo contesto è fondamentale una diffusa e approfondita conoscenza degli ausili e delle tecnologie innovative disponibili da parte di tutti i professionisti sanitari che operano in team nell'ambito della presa in carico globale della persona disabile. E' pertanto necessario provvedere alla definizione di linee guida regionali per la appropriatezza nella prescrizione di ausili e dispositivi protesici. Le persone con disabilità devono poter accedere con procedure semplificate alla erogazione di protesi ed ausili da parte del SSR e le associazioni di utenti devono poter essere coinvolte nella verifica della qualità dei dispositivi erogati.

Azioni

Prevedere la realizzazione, a livello aziendale e/o di area vasta, di specifici corsi di formazione per garantire un adeguato aggiornamento dei medici prescrittori, con l'obiettivo di migliorare la qualità delle prescrizioni di protesi ed ausili, che devono essere utilizzate all'interno del processo di trattamento riabilitativo e devono essere finalizzate ad un effettivo miglioramento delle abilità funzionali e relazionali delle persone L'equipe riabilitativa o il singolo professionista che indica la necessità di un dispositivo protesico si avvale, per particolari tipologie di ausili ad alta tecnologia, della consulenza dei laboratori ausili per la comunicazione e di quelli per le autonomie presenti a livello di Area Vasta, nonché dei centri di ricerca presenti sul territorio regionale.

Le procedure attivate da parte delle aziende sanitarie per l'acquisizione di tutti i dispositivi e gli ausili protesici, in particolare con riferimento a quelli non personalizzati, devono essere impostate in modo da garantire adeguati standard qualitativi dei dispositivi medesimi.

La Giunta regionale è impegnata a semplificare e facilitare, con specifici atti, le modalità di accesso alle prestazioni di assistenza protesica; si ritengono comunque confermate le semplificazioni delle procedure erogative delle prestazioni di assistenza protesica già avviate sperimentalmente con atti della Giunta regionale. Nell'arco di vigenza del presente Piano saranno valutate ulteriori azioni di semplificazione dei percorsi erogativi in modo da ottenere una fornitura più rapida ed adeguata degli ausili.

Sordità infantile

Per affrontare l'importante problema diagnostico, terapeutico e riabilitativo della sordità infantile la programmazione regionale ha già previsto importanti interventi, quali la attivazione dello *screening* audiologico neonatale, già obbligatorio ed a regime in Toscana dal 2007, e la elaborazione di specifiche linee guida sia per la diagnosi precoce che per la protesizzazione.

Azioni

Per consolidare le attività di prevenzione, monitoraggio e riabilitazione nel campo della ipoacusia si individuano le seguenti azioni:

- rafforzare la valenza dello *screening* audiologico neonatale, tramite la definizione di protocolli standardizzati diagnostici e terapeutici audiologici (protesi acustica o impianto cocleare) successivi allo *screening* e tracciabili nella rete del SSR (registro regionale *screening*)
- implementare l'offerta di attività riabilitative, in particolare logopediche, nel campo della ipoacusia infantile, tutelando il diritto alla parola, promuovendo la definizione di percorsi assistenziali e riabilitativi aggiornati e sostenendo lo sviluppo di una rete di collegamento tra centri audiologici regionali e i servizi integrati per la riabilitazione infantile
- promuovere, di concerto con le aziende ospedaliero-universitarie regionali, la realizzazione di corsi ed iniziative per la formazione del personale nell'ambito delle problematiche della sordità infantile

Ipovisione

Anche nella popolazione toscana le problematiche legate alle disabilità visive segnalano un incremento di richieste di intervento sia in ambito specialistico che riabilitativo, a causa di patologie oculistiche legate all'invecchiamento della popolazione o in un quadro di pluridisabilità nella popolazione infantile e giovane-adulta. A questi problemi attualmente la rete regionale dei servizi risponde con i Centri per l'ipovisione attivati a Firenze e a Pisa, per bacini di utenza prevalentemente di Area Vasta, la cui attività richiede una maggiore omogeneità delle attività specialistiche e riabilitative presenti, così come della facilitazione dell'accessibilità da parte degli utenti.

Valutare la possibilità di attivare un ulteriore centro nell'area sud della Toscana per meglio risponder e alle esigenze delle persone con disabilità visiva provenienti da tale zona.

Si ritiene pertanto necessario approfondire:

- l'impatto che le patologie oculistiche dell'anziano avranno sui servizi assistenziali in particolare sulle RSA, con percorsi di aggiornamento del personale e la eventuale definizione di una specifica offerta
- l'apporto delle nuove tecnologie sull'autonomia delle persone con disabilità visiva, supportando la funzione dei Centri per l'ipovisione come riferimenti per la prova di ausili informatici e tiflotecnici e per la ricerca, lo sviluppo e l'applicazione della tecnologia nei progetti riabilitativi
- la contestualizzazione delle funzioni di consulenza e supporto dei centri di riferimento toscani in rapporto alla rete territoriale dei servizi che hanno in carico i minori con pluridisabilità, con al finalità di sviluppare sinergie operative che migliorino la qualità dei servizi resi all'utenza

Il rafforzamento della collaborazione e coinvolgimento delle agenzie espressione delle associazioni dei non vedenti, consentiranno il raggiungimento di risultati di maggiore qualità ed appropriatezza degli interventi attivati.

Assistenza termale

Le Terme, e in particolare le cure termali, sono riconosciute dalla letteratura scientifica come importante risorsa per la salute e il loro utilizzo, in molte patologie, è complementare alla terapia farmacologica, risultando efficace e non invasivo.
Recenti studi, cofinanziati dalla Regione Toscana, in collaborazione con le Università di Firenze, Siena e Pisa, ed altri studi sostenuti da FORST (Fondazione per la ricerca scientifica termale), hanno riaffermato la capacità terapeutica e scientifica delle cure termali. In particolare le cure riconosciute dal SSN nei LEA consentono un intervento capillare sulla salute del cittadino con patologie croniche, contrastando l'insorgere di episodi acuti e assicurando un ridotto ricorso all'utilizzo di farmaci, incidendo quindi direttamente sul contenimento della spesa sanitaria.
Nelle strutture termali, dove l'educazione al benessere alimentare, motorio, anti tabagico, viene costantemente promossa con specifiche iniziative, si afferma con forza il concetto di "Sano stile di vita" quale patrimonio culturale che non si esaurisce nelle due settimane di permanenza nel distretto termale. Lo sviluppo delle politiche di salute della Regione in riferimento al settore termale è indirizzato alla promozione e valorizzazione dell'offerta termale toscana.
Obiettivi prioritari per uno sviluppo appropriato dell'offerta termale nella erogazione delle prestazioni sanitarie sono:

- individuazione di riferimenti certi per la autorizzazione e l'accreditamento degli stabilimenti termali, anche in attuazione degli accordi nazionali per la erogazione delle prestazioni termali
- individuazione di percorsi riabilitativi e definizione di prestazioni sanitarie per le quali esistano evidenze scientifiche d'efficacia se erogate in ambiente termale, anche tramite la attivazione di sperimentazioni in relazione a specifiche patologie
- promozione dei rapporti tra strutture termali ed Università, anche ai fini del coinvolgimento delle aziende termali nella realizzazione di indagini epidemiologiche e di ricerche scientifiche nel campo degli interventi sanitari termali
- verifica della possibilità di inserimento degli stabilimenti termali nello sviluppo dei processi di integrazione delle medicine complementari e non convenzionali negli interventi per la salute
- sostegno ad azioni coordinate con il livello territoriale al fine di promuovere la realizzazione, presso le aziende termali, di programmi finalizzati alla promozione di sani stili di vita e del benessere.

Riabilitazione oncologica

La legge istitutiva di ISPO colloca questa funzione presso questa Istituzione che, in sinergia con i diversi presidi regionali e con l'ITT, deve coordinare e promuovere la diffusione di questa offerta nei percorsi oncologici.

2.3.5. Prendersi cura del dolore

Contesto

L'attenzione al tema del dolore in ambito sanitario è stata oggetto nel corso del 2010 di una legge nazionale, la legge 15 marzo 2010 n. 38 (Accesso alla Terapia del dolore e alle Cure palliative). La legge sancisce il diritto dei cittadini di non dover soffrire inutilmente in qualsiasi situazione fisica ci si trovi e indica, a questo scopo, l'attivazione e l'integrazione di due reti di intervento ben distinte, quella della terapia del dolore e quella delle cure palliative, sia per i pazienti adulti che per i bambini. Gli Accordi e le Intese stipulate nell'ambito della Conferenza Stato Regioni tra il 2008 e il 2013, in attuazione della legge, hanno definito i requisiti minimi e le modalità organizzative, gli standard strutturali e di processo, le competenze professionali necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza, che costituiscono i "nodi" delle reti. Resta valida inoltre l'obbligatorietà della registrazione del parametro dolore dei pazienti ricoverati.

Dunque, con l'emanazione della legge e relativi provvedimenti attuativi, la Regione Toscana dispone ora di un preciso quadro normativo nel quale far avanzare la propria programmazione su un tema etico ed assistenziale, inerente la sfera dei diritti della persona, ritenuto sempre particolarmente rilevante per la missione del servizio sanitario regionale.

Infatti, già nel PSR del 2004-2007 e poi ancora nel PSR 2008-2010, la tematica della gestione e del controllo del dolore è stata affrontata con un progetto speciale: "Il controllo del dolore come diritto del cittadino", i cui obiettivi restano fondamentali anche per l'attuale programmazione, specie in termini di monitoraggio degli interventi e di valutazione della qualità delle prestazioni.

La Regione Toscana, punta avanzata nel panorama nazionale in materia del dolore, dispone ora di un quadro ancora più forte grazie al quale costruire ulteriori progressi - insieme agli operatori sanitari, socio sanitari ed alle associazioni della cittadinanza attiva su un tema etico, teraputico ed assistenziale così rilevante per la missione del servizio sanitario regionale.

Obiettivi

L'attuazione della legge 38/2010, considerando quanto già posto in essere nel territorio, in conformità alle linee guida per gli interventi regionali definite dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti 239/CSR) ed alla definizione dei requisiti e degli standard per l'accreditamento delle strutture della rete nell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. Atti 152/CSR) costituisce l'impegno principale della Regione Toscana per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento della rete dei servizi per la gestione e il controllo del dolore.

Azioni

- Definire l'articolazione della rete della terapia del dolore e la sua organizzazione, individuando i ruoli di ciascun livello e creando riferimenti precisi per i cittadini e gli operatori del sistema
- Definire le strutture regionali e aziendali di coordinamento della rete, sviluppando l'attività dei Comitati Ospedale senza Dolore (COSD) in una logica di rete e di sistema
- Accreditare le strutture della rete della terapia del dolore
- Realizzare interventi e programmi formativi, per la creazione e l'aggiornamento di competenze specifiche del personale coinvolto nella rete, coerenti con le indicazioni dei programmi nazionali
- affrontare le questioni legate al dolore anche nelle RSA ed anche per persone che sono in percorsi di decadimento cognitivo e quindi esprimono male le loro sensazioni, pensare a percorsi formativi e formalizzati di accompagnamento al fine vita, che nelle RSA vengono affrontati autonomamente
- Diffondere la cultura della lotta al dolore in ogni attore del sistema
- Attivare iniziative di comunicazione ed azioni specifiche, finalizzate a informare e sostenere la persona nel percorso assistenziale, in un'ottica di empowerment e partecipazione alla qualità ed all'efficacia dei servizi
- Monitorare in base ad indicatori definiti, anche dalla normativa, l'applicazione della legge 38/2010 ed in particolare la performance aziendale in questo specifico campo
- Sensibilizzare la formazione universitaria, sia sotto un profilo etico, sia sotto un profilo

operativo
- Continuare a sostenere le iniziative pubbliche specifiche.

2.3.5.1. Il dolore acuto

Contesto
Il trattamento corretto del dolore in fase acuta riguarda in modo particolare le strutture specialistiche e ospedaliere, anche se il sistema delle cure primarie deve essere messo in grado anch'esso di rispondere in modo efficace al problema.

Sfide
Considerando il contesto normativo e programmatorio, le sfide e gli obiettivi sopra esposti, particolare attenzione andrà riservata, per quanto riguarda la gestione del dolore acuto, alla diffusione di procedure per la gestione ed il controllo del dolore, omogenee su tutto il territorio regionale.
A tal fine si intende migliorare l'attuale disomogeneità di realizzazione delle procedure analgesiche nel territorio regionale, aumentando l'attenzione dei professionisti e diffondendo trasversalmente la sensibilità, l'attenzione e le competenze tra gli operatori.
Nell'ambito del sistema unico Ospedaliero Universitario un ruolo strategico potrà essere esercitato dalla formazione universitaria di base mediante l'inserimento di attività didattiche e di sensibilizzazione etica, nei curricula di studi in medicina. I giovani laureati potranno avere una formazione orientata oltre che al "dolore sintomo", finalizzato alla guarigione dalla malattia, anche il "dolore malattia" che tale è quando dalla malattia non si può più guarire.

Obiettivi
Orientare le attività dei servizi nell'affrontare il dolore acuto, in particolare il dolore da procedura, il dolore in Pronto Soccorso, la Partoanalgesia.
Sistematizzare i pareri e i documenti di consenso, prodotti negli anni precedenti sull'argomento, anche identificando nuovi ambiti di intervento.

Azioni
- sviluppo di iniziative pubbliche, in una linea di continuità con quelle realizzate
- produzione di accordi, protocolli procedurali e di intenti, linee guida
- diffusione, applicazione e monitoraggio delle procedure previste
- verifica dell'applicazione del disposto normativo e programmatorio relativo alla misurazione ed alla registrazione del dolore
- formazione interdisciplinare e interprofessionale del personale coinvolto nei servizi della rete (MMG, Medici Ospedalieri, Specialisti, Infermieri, etc).

2.3.5.2. Il dolore cronico

Contesto
Il dolore cronico occupava un posto rilevante nel precedente Piano Sanitario e molte iniziative sono state proposte e realizzate
Il dolore cronico può essere assimilato a qualsiasi altra malattia cronica ed il modello di assistenza potrebbe essere quello del *Chronic Care Model*: questo consentirebbe di sviluppare il primo livello di assistenza.

Sfide
E' importante prevedere, considerando la specificità del dolore cronico, un modello di trattamento analogo al Chronic Care Model ed il coordinamento degli interventi nei diversi setting assistenziali.

E' opportuno sviluppare inoltre, le modalità e le iniziative di informazione e comunicazione rivolte al cittadino che deve essere informato dei suoi diritti ma anche coinvolto e responsabilizzato nella gestione del problema.

Obiettivi
Realizzare pienamente i dettami della legge 38/2010 su tutto il territorio regionale, in particolare riguardo al coordinamento tra cure primarie e interventi specialistici, prevedendo anche azioni mirate per la diffusione dell'attenzione al dolore nella cultura dei servizi e nelle prestazioni.

Azioni
- formazione interdisciplinare e interprofessionale dei team (MMG, Medici Ospedalieri, Specialisti, Infermieri, etc.)
- inserimento nei progetti formativi di giovani medici che hanno concluso il triennio di specializzazione per MMG
- interventi informativi rivolti ai cittadini

Proposta di sperimentazione quale centro di riferimento regionale per la neuro modulazione midollare

Nel campo della neuromodulazione la correlazione tra l'alto numero di casi e l'alta qualità dei risultati non è ancora stata definitivamente stabilita, tuttavia, è pressoché una certezza che i risultati dei centri che effettuano più di cento procedure l'anno sono migliori di quelli che ne effettuano dieci o meno di dieci.
Nei centri di eccellenza (CdE) opereranno impiantatori altamente specializzati i cui risultati saranno decisamente migliori di quelli degli operatori che effettuano questo tipo di prestazioni solo raramente. La formazione di alta qualità sarà il secondo importante beneficio apportato dall'idea di CdE.
Un modello di CdE, dove si eseguono centinaia di procedure simili ogni anno, potrebbe fornire un'economia di scala. Quest'aspetto è di particolare importanza in un periodo come quello attuale nel quale si parla sempre più di diminuzione di costi delle procedure interventistiche.
Per la formazione di un CdE è necessario creare un team multidisciplinare che comprenda figure quali l'anestesista, lo psicologo, lo psichiatra, il fisiatra, il neurochirurgo, il reumatologo ecc.
Uno dei più importanti benefici di un modello di CdE con alti volumi di prestazioni sarebbe l'aumentata capacità di collezionare e processare i dati dei risultati. La capacità di fornire risultati significativi diventerebbe la chiave per ottenere DRG più appropriati.
Considerato che la Regione toscana è stata la prima a individuare le linee guida per l'impianto di neurostimolatori e pompe antalgiche, al fine del risparmio e dell'ottimizzazione delle risorse, sarebbe opportuno individuare, presso le Aziende Ospedaliere Universitarie , un centro di riferimento che risponda alle caratteristiche sopra indicate (team multidisciplinare e alto numero di impianti).

2.3.5.3. Le medicine complementari contro il dolore

Contesto
Da sempre le Medicine Complementari hanno trovato un largo utilizzo nel trattamento del dolore. La medicina tradizionale cinese infatti e l'agopuntura in particolare, sono conosciute in occidente per il trattamento delle patologie osteomuscoloscheletriche, per le cefalee o per i dolori mestruali. Secondo la letteratura più recente, l'agopuntura è ritenuta efficace e una ragionevole scelta terapeutica prioritaria, da una ampia meta-analisi (Vickers e coll. 2012) relativa al dolore cronico della schiena, al dolore del collo, osteoartriti, cefalea cronica e dolore della spalla. Della stessa opinione sono, nella loro review Lu e R. nel 2013 e Sun e coll. nel 2008. Gli autori poi affermano che questi trattamenti sono privi di effetti collaterali rilevanti.
Ad esempio il NICE – Istituto nazionale per la salute e l'eccellenza clinica inglese - nelle Linee guida 2009 per il trattamento della lombalgia persistente e ricorrente, indica come prioritaria

l'implementazione della terapia manuale e l'agopuntura. La stessa agopuntura è indicata nell'artrosi del ginocchio (NICE 2008, Linee guida Regione Toscana 2004). In fitoterapia sono tradizionalmente utilizzate alcune piante medicinali che hanno ricevuto una conferma dalla ricerca scientifica. Una review Cochrane (2007) conclude che Harpagophytum procumbens, Salix alba e Capsicum frutescens sembrano essere efficaci nel dolore lombare; la Cannabis sativa e i cannabinoidi (Hoskin RD. 2008, Lynch ME. 2011, Grotenhermen F. 2012) contribuiscono alla riduzione del dolore cronico non correlato al cancro, nelle neuropatie, fibromialgie e artrite reumatoide; infine una Cochrane (2011) conclude che ci sono moderate evidenze che gli oli contenenti acidi gamma linoleici (enotera, borragine o olio di semi di ribes nero) sono utili nell'alleviare i sintomi dell'Artrite Reumatoide.
Ormai diversi studi dimostrano l'efficacia anche della medicina omeopatica in diverse patologie dolorose, per esempio nel dolore post traumatico (Chapman EH, et al 1999), nella fibromialgia (Relton C, et al. 2009; Perry R, 2010), nel mal di schiena (Stam C, 2001; Gmünder R, 2002), nelle patologie reumatiche (Jonas WB, 2000) e anche nel dolore oncologico (Orellana Alvarellos G et al 2010).

Il ricorso della popolazione a tali metodi di trattamento è in continua crescita: solo per l'agopuntura, una rilevazione del 2007 del National Institute of Health (NIH) riconosce il sempre maggiore ricorso alle CAM nel trattamento del dolore da parte della popolazione specie quando le terapie convenzionali falliscono o si rivelano insufficienti. Per queste motivazioni le MC sono presenti al tavolo di lavoro IMPACT 2010 che ha l'obiettivo di favorire l'applicazione della legge 38/2010 e la Regione Toscana ha introdotto un rappresentante delle Medicine Complementari nella Commissione regionale lotta al dolore, con decreto dirigenziale n. 3934 del 21 settembre 2011.

Obiettivo
Nell'ambito della legge 38/2010, e in applicazione dell'Ordine del Giorno 9/624-B/4 che impegna espressamente il Governo a "prevedere l'utilizzo dell'Agopuntura nel campo della terapia del dolore", utilizzare le tecniche di medicina complementare in quei settori in cui esse sono risultate vantaggiose per l'utenza e per i servizi sanitari.

2.3.6. La risposta territoriale ai bisogni: le cure primarie sanitarie e sociali

Appare ormai sempre più evidente la necessità di affermare diritti di cittadinanza in grado di elevare la qualità della vita e di assicurare a tutti le più ampie condizioni di realizzazione dei propri piani di vita, promuovendo l'uguaglianza delle opportunità tra i cittadini e la loro capacità di autodeterminazione.
Il ruolo delle politiche pubbliche in tale contesto è fondamentale per ridisegnare le regole e governare l'allocazione delle risorse, così come è ormai inevitabile l'interazione tra le politiche pubbliche ed iniziative che sorgono dalla società civile per la valorizzazione di tutte le energie presenti nel tessuto sociale e la moltiplicazione di opportunità tese alla realizzazione dei piani di vita.
La persona cittadino, in quanto titolare di diritti e di doveri, deve essere al centro di un sistema di welfare che abbia come obiettivi l'uguaglianza delle opportunità, il rafforzamento delle capacità di scelta ed autodeterminazione, lo sviluppo di relazioni sociali umanamente ricche.
Per avvicinarsi a tale sistema occorre che le ragioni dei cittadini come utilizzatori dei servizi contino di più nell'orientare le forme di organizzazione dei servizi, così da migliorarne l'efficacia di risposta ai bisogni.
Il sistema sanitario e sociale è decisivo nel promuovere tale uguaglianza di opportunità e di autodeterminazione, attraverso l'accesso universale ai servizi di assistenza e di salute finalizzati ad estendere la vita in condizioni di autosufficienza o di sostenere le capacità di autodeterminazione ove insorga uno stato di disabilità. Ciò consente di costruire attorno alla persona disabile un progetto di vita che conferisca dignità e garantisca la permanenza nella propria comunità, a contatto con le proprie reti familiari e sociali grazie a percorsi assistenziali qualificati ed integrati.

E' fondamentale infatti giungere ad una nuova cultura della disabilità che non si riduca a risposte particolaristiche e provvisorie a situazioni di emergenza ma tenga presente l'insieme dei diritti e delle esigenze di vita.
La nostra Costituzione all'art. 2 stabilisce, infatti, che "la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale." Alla luce di tale principio, che riconosce tutte le persone, anche disabili, titolari di diritti inviolabili, acquista senso concreto quanto sancito al successivo art. 3 " Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge…" definendo compito della Repubblica quello di "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

Essenziale, a questo proposito, il ruolo delle Società della Salute che rappresentano l'espressione del territorio e in quanto tali possono avvalersi di particolari capacità di lettura e dell'utilizzo di tutte le risorse territoriali formali ed informali.

Per lo sviluppo armonico delle cure territoriali in tutte le aziende sanitarie la Giunta regionale, in coerenza con la DGR 1235/2012 e gli atti ad essa collegati, fornirà ulteriori indicazioni organizzative e la definizione di standard e modalità di realizzazione delle cure intermedie e delle Case della salute compresi i tempi della loro realizzazione.

2.3.6.1. La continuità assistenziale attraverso i percorsi integrati

Il percorso integrato di presa in carico si connota come l'insieme di interventi sanitari, sociali ed educativi che, attraverso idonee condizioni organizzative e giuridiche, consentano la massima partecipazione alla vita sociale, culturale, ed economica della persona, grazie alla costante e globale valutazione delle sue abilità, bisogni e potenzialità.
Il "Progetto globale di presa in carico" è inteso come progetto di cura e sostegno personalizzato che ricomprenda al suo interno tutti gli ambiti di vita della persona, mettendola al centro

dell'assistenza, non solo come oggetto del sistema di prestazioni e di risposte, ma anche e soprattutto come soggetto che collabora, partecipa, sceglie il processo d'inclusione sociale, anche laddove la gravità delle condizioni di salute sia di notevole entità.
"Mettere al centro la persona" significa quindi anche contribuire qualitativamente alla costruzione della percezione del sé, della autostima e della autodeterminazione, evitando l'impoverimento delle capacità e delle competenze di base che pregiudicano il livello di partecipazione ed inclusione nella società civile.
Particolare attenzione va riservata alla demenza, dato che una quota consistente della non autosufficienza dell'anziano risulta attribuibile alla presenza della stessa. Per tale condizione la Regione Toscana ha previsto un percorso di assistenza socio-sanitaria specifico, a partire dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004, successivamente strutturato nella DGR 402/2004. Tale percorso prevede la presenza di servizi residenziali e semiresidenziali specializzati nel trattamento di soggetti con demenza e gravi disturbi del comportamento, finalizzati a ridurre i sintomi psicologici e comportamentali, a rallentare il declino dell'autonomia, a massimizzare la qualità della vita dei pazienti e a ridurre il carico assistenziale delle famiglie, favorendo il loro apporto assistenziale flessibile e temporaneo, finalizzato al mantenimento a domicilio del paziente.
Nei casi di maggior complessità, un intervento specialistico contribuisce alla definizione della priorità ed appropriatezza dell'accesso dell'utente ai servizi residenziali e semiresidenziali specializzati, consentendo un'adeguata valutazione del livello di gravità del bisogno sociosanitario in relazione alle risorse disponibili.

I percorsi di presa in carico della *"non autosufficienza"*
La non autosufficienza viene affrontata nel precedente ciclo di programmazione, sia a livello di Piano Sanitario Regionale 2008-2010 – punto 5.6.2.4 – sia dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 - punto 7.7.2 e succ. mod. e int. La mancata definizione (a livello statale) dei LEP e dunque di un adeguato punto di riferimento per la definizione di *setting* assistenziali appropriati ed omogenei ha spinto la Regione Toscana a disciplinare, nei limiti delle proprie competenze, il processo di presa in carico dell'anziano nonché le modalità di programmazione degli interventi, anche con riferimento agli aspetti della compartecipazione. Il risultato è stato la produzione di norme ed atti amministrativi coordinati che hanno dato vita ad un sistema territoriale di presa in carico delle persone disabili non autosufficienti, basato sui principi di: universalità, diritto di cittadinanza ed equità sociale.
Con l.r. 66/2008, la Regione Toscana ha istituito il Fondo per la Non Autosufficienza attraverso il quale vengono attivate diverse tipologie di servizi socio-sanitari appropriati rispetto ai bisogni accertati della popolazione anziana ultra sessantacinquenne non autosufficiente. Attraverso Intese interistituzionali sono state poi disciplinate competenze e responsabilità dei vari soggetti coinvolti – Enti Locali, aziende USL – e con DGR 370/2010 è stato approvato il "Progetto per l'assistenza continua alla persona anziana non autosufficiente" che definisce regole di accesso, attori del sistema e strumenti per la presa in carico dell'anziano in una logica di personalizzazione del percorso assistenziale. Sono state definite e formalizzate con decreto dirigenziale regionale n. 1354/2010, modificato con decreto dirigenziale n. 2259/2012, nuove procedure di valutazione multidimensionali delle condizioni di bisogno e con DGR 385/2009 è stato approvato l'atto di indirizzo per le modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni nel rispetto della normativa nazionale e secondo un approccio basato sui principi di equità e solidarietà, a garanzia dei soggetti più fragili. Previa verifica dell'utilizzo del FNA regionale e allo scopo di garantire appropriatezza e sostenibilità del sistema saranno verificati, dal 2014, i criteri di riparto del fondo della non autosufficienza e delle quote sanitarie aggiuntive.
Ciò per garantire una gestione sempre più integrata delle politiche per gli anziani non autosufficienti, garantendo da un lato il completo utilizzo delle risorse assegnate e dall'altro la flessibilità nelle risposte fornite dal territorio, in una logica di personalizzazione dei progetti e centralità della persona che permetta il mantenimento dei principi dell'universalità ed equità dell'accesso affermati dalla l.r. 66/2008 istitutiva del Fondo per la non autosufficienza.
Il modello regionale toscano di presa in carico e gestione dell'anziano non autosufficiente è fondato sull'universalità dell'accesso, la centralità della persona e la personalizzazione del progetto di presa in carico da parte di un team professionisti: esso rappresenta dunque sicuramente un

punto di forza del nostro sistema e necessita essenzialmente di un attento monitoraggio ed analisi al fine di preservare appropriatezza e garantire sostenibilità, a fronte della mutata realtà socio-economica.
Previa verifica dell'utilizzo del FNA regionale e allo scopo di garantire appropriatezza e sostenibilità del sistema saranno modificati dal 2015 i criteri di riparto del fondo della non autosufficienza sulla base di criteri maggiormente appropriati al target di riferimento. Contestualmente sarà avviata una revisione dei criteri di accesso e di erogazione dei servizi nelle singole zone, allo scopo di creare equità e garantire a ciascun cittadino toscano gli stessi diritti e livelli di prestazioni omogenee. Infine si procederà al superamento del concetto di quote sanitarie aggiuntive, allo scopo di farle confluire definitivamente all'interno delle risorse destinate dalle aziende ai percorsi di presa in carico degli anziani in RSA.

L'impianto organizzativo per la presa in carico socio-sanitaria integrata dei bisogni delle persone anziane non autosufficienti si basa su:

- una porta di accesso unitaria per i cittadini (Punti Insieme) che consente all'utente orientamento ed ingresso verso l'intera rete dei servizi sociali e sanitari, ad un livello gestito ed organizzato in modo unitario e non settoriale dagli Enti titolari delle prestazioni
- una valutazione multidimensionale ed integrata dei bisogni eseguita da professionisti (UVM-Unità di Valutazione Multidisciplinare) che discernono e prendono in considerazione i diversi gradi di complessità della condizione del paziente, dal punto di vista assistenziale, sanitario, socio-relazionale ed ambientale in funzione dell'erogazione di un progetto assistenziale congruo e personalizzato
- la verifica costante dei risultati conseguiti dai progetti personalizzati in relazione ai loro esiti di carattere sociale e di salute e al loro impatto in termini di sostenibilità economico-finanziaria

Il modello ha dato ottimi risultati in termini quantitativi e qualitativi, ma il drastico taglio delle risorse statali ne sta mettendo seriamente a rischio la sostenibilità nel lungo periodo, anche in considerazione di dati epidemiologici che stimano una crescita nel numero degli over 65 non autosufficienti in Toscana pari al 31,3% nei prossimi 10 anni.
Il mantenimento del progetto di assistenza della persona anziana non autosufficiente rappresenta una scelta programmatica regionale, ma l'obiettivo dovrà essere anche il miglioramento di alcuni aspetti strutturali ed organizzativi per consentire una gestione più efficiente ed efficace dei servizi, in una logica di sostenibilità di sistema.
Tale processo di miglioramento organizzativo e gestionale vede coinvolte principalmente le Zone Distretto, quale livello territoriale preposto alla gestione ed erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari, che dovranno ripensare la programmazione del proprio territorio ed i propri servizi in una logica di sistema e di sostenibilità. Gli elementi chiave sono:

- studio epidemiologico con una prospettiva di medio e lungo periodo
- "compatibilità e funzionalità" quali concetti ispiratori della programmazione territoriale
- governo di tutti gli elementi del sistema attraverso l'analisi dei costi
- monitoraggio, raccolta e sistematizzazione dei dati al fine di avviare un'attività strutturata di monitoraggio e valutazione
- condivisione con il livello regionale dei risultati
- introduzione ragionata e condivisa di eventuali correttivi.

Le priorità di intervento sono rappresentate da:

- ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse umane e organizzative dei presidi di accesso e presa in carico del bisogno, attraverso la semplificazione dell'accesso, la semplificazione delle procedure e la gestione delle risorse da parte della Unità di Valutazione Multidisciplinare
- valutazione della corrispondenza tra livelli di gravità del bisogno accertati e livelli di risorse assegnate da raggiungersi anche attraverso la semplificazione e il perfezionamento degli strumenti utilizzati
- formazione ed informazione continua per gli operatori socio-sanitari coinvolti nel processo di presa in carico allo scopo di favorire il lavoro di gruppo, l'interazione tra le diverse realtà

istituzionali e professionali ed una migliore risposta al bisogno valutato, in collaborazione con il medico di medicina generale, interfaccia essenziale tra i bisogni del paziente ed il sistema territoriale di presa in carico
- implementazione e sviluppo del sistema informativo ministeriale, quale strumento di governo del sistema oltre che di verifica di adempimento del debito informativo
- monitoraggio delle modalità di applicazione della compartecipazione ai costi delle prestazioni, allo scopo di verificarne la ricaduta sulle prestazioni sociali erogate, favorire l'allineamento tra i diversi soggetti attori del sistema e garantire, così, livelli di equità tra fasce di popolazione
- azioni di sostegno e stimolo nei confronti del territorio allo scopo di promuovere proposte innovative locali ritenute "buone prassi" che possono essere trasferite nel sistema, previa validazione attraverso un processo di *governance* territoriale che ne garantisca efficacia, efficienza e sostenibilità, secondo le modalità di programmazione
- promozione di strumenti uniformi di gestione delle liste di attesa per l'accesso ai servizi socio-sanitari offerti, attraverso criteri definiti e strumenti comunicativi e informativi improntati ai principi di trasparenza e semplificazione
- verifica, attraverso indagine capillare, delle fasi di presa in carico, visita UVM, erogazione della prestazione secondo le procedure definite dalla l.r. 66/2008 e dal Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, con particolare attenzione al rispetto dei tempi in esso prescritto.
- attuazione degli interventi utili a rispettare le prescrizioni della l.r. 66/2008 e del Progetto sopra indicato

I percorsi di accoglienza ed assistenza sociale

In corso di vigenza del presente Piano saranno definiti gli indirizzi perché lo stesso tipo di percorso previsto per gli anziani non autosufficienti, dimostratosi efficace e promotore di integrazione dei servizi assistenziali, sia esteso a tutte le aree del bisogno sociale e sociosanitario relativo ai minori, agli adulti, agli immigrati, alle persone diversamente abili, alle vittime di violenza o tratta, nonché alle difficoltà connesse al reinserimento sociale e lavorativo ed alle esigenze abitative

Con questa prospettiva, si intende procedere ad una revisione dei percorsi di accoglienza ed assistenza sociale attenendosi alle seguenti caratteristiche organizzative e gestionali:
- una valutazione multidimensionale dell'area del bisogno che garantisca sistematicità metodologica all'analisi ed appropriatezza delle soluzioni prospettate
- superamento dello sportello mono-funzione di accesso ad orari di apertura limitati a favore di luoghi multifunzionali che possano garantire una molteplicità di risposte nell' interlocuzione con le persone in difficoltà, riducendo la frammentazione organizzativa e garantendo una maggiore ampiezza e una continuità del servizio
- definizione di modalità organizzative omogenee condivise a livello regionale, di Livelli Essenziali di Prestazioni sociali (LEP), di utilizzo efficiente di strumenti quali la cartella sociale in tutte le fasi di interazione con il cittadino e con il nucleo familiare, a garanzia di un sistema di integrazione delle conoscenze e di risposta ai diritti di cittadinanza sociale

Le strategie per giungere a tale strutturazione di percorsi prevedono prioritariamente:

a) Un investimento sulle professioni e sugli operatori in grado di assicurare:
- gli elementi principali delle modalità organizzative del Sistema dei Servizi che erogano *quelle* determinate prestazioni, in modo da perseguire i migliori livelli di uniformità nei territori considerati. E' rilevante in questo il ruolo strategico giocato dalle procedure di Accreditamento Istituzionale, che a loro volta devono essere considerate come un elemento coerente e imprescindibile del sistema nel suo complesso
- i criteri di base che regolano l'accesso unitario alle prestazioni sull'intero territorio regionale, in modo da perseguire la necessaria omogeneità dei Sistemi locali socio-sanitari e la garanzia dei diritti di cittadinanza
- la formazione congiunta degli operatori al fine di favorire l'interazione tra le diverse realtà istituzionali e professionali, la condivisione di linguaggi comuni e il lavoro di gruppo;

b) La definizione di una *Carta dei Servizi* che definisca all'interno di un modello condiviso a livello regionale la risposta dei singoli territori, quale strumento per garantire la trasparenza dell'operatività e della gestione delle risorse umane e economiche.

c) Il consolidamento del Segretariato sociale integrato, quale componente professionale garante della fase di prima accoglienza del cittadino e delle sue istanze, con il compito di:

- organizzare l'*accesso unitario*
- indirizzare/accompagnare il cittadino rispetto all'accesso dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, migliorando l'attività di filtro della domanda espressa dal cittadino ed avviando il processo di presa in carico
- potenziare l'aggiornamento del sistema informativo sociale in relazione alle fasi di contatto, di prima accoglienza e presa in carico

d) Investimenti sul Servizio Sociale Professionale potenziando le competenze oltre che nell'area dell'organizzazione delle risposte al bisogno espresso, anche in quella della lettura dei bisogni e delle risorse presenti sul territorio, in un'ottica di prevenzione ed emersione dei fenomeni;

e) Definizione di modalità organizzative, attraverso protocolli e linee di indirizzo che conferiscano uniformità alla fase di presa in carico dei cittadini.

La demenza

Diviene adesso prioritaria la ridefinizione del percorso diagnostico assistenziale della persona con demenza in modo da rendere tale percorso omogeneo e coerente su tutto il territorio, in un'ottica di appropriatezza e sostenibilità. Il CSR, attraverso il gruppo di lavoro dedicato, ha prodotto documenti di comprovata importanza che possono costituire una valida base di riferimento.

Obiettivo

Miglioramento della qualità di vita e di assistenza delle persone colpite dalla malattia e delle loro famiglie, attraverso un'attesa riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione.

Azioni

- Ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e dei percorsi socio-assistenziali attraverso l'integrazione, il coordinamento e le opportune riorganizzazioni funzionali degli attuali presidi di riferimento - Unità di Valutazione Multidisciplinare di Zona Distretto (U.V.M.) medici di medicina generale e rete degli specialisti di riferimento ospedalieri e territoriali (U.V.A.) - anche attraverso una semplificazione delle procedure;
- Adozione di criteri diagnostici (clinici e strumentali) condivisi dai servizi specialistici ed improntati a garantire tempestività, precocità d'intervento ed appropriatezza del progetto di cura, anche attraverso l'implementazione ed il costante aggiornamento di Linee di Indirizzo diagnostico-terapeutiche sulla pratica clinica e l'organizzazione dei percorsi assistenziali, rivolte a tutti i professionisti del settore;
- Sviluppo di interventi di coinvolgimento attivo e consapevole dei familiari e/o dei caregivers del paziente, per offrire loro informazioni, consapevolezza e supporto psicologico nei momenti di stress, anche attraverso trattamenti personalizzati nonché tramite interventi di formazione congiunta e aggiornamento continuo, dei soggetti e delle professionalità coinvolte;
- Implementazione e utilizzo di tecnologie innovative (telemedicina, domotica) allo scopo di contenere l'istituzionalizzazione della persona, limitare gli accessi al Pronto Soccorso e i ricoveri in ospedale;
- Monitoraggio delle attività e individuazione di appropriati indicatori di misurazione dei risultati raggiunti, utilizzando gli strumenti informativi e di governo individuati dalla Regione Toscana - al fine di valutare il livello di appropriatezza dei criteri di eligibilità per l'accesso nonché gli esiti in termini clinico-assistenziali

2.3.6.2. Un punto di riferimento certo per il cittadino: la Casa della Salute

Contesto

L'accessibilità, la presa in carico, il lavoro multidisciplinare, l'integrazione operativa multi professionale, la continuità assistenziale sono gli elementi che concorrono e definiscono la capacità di offrire risposte sanitarie e sociosanitarie adeguate alle esigenze e bisogni di una comunità.

L'organizzazione dei servizi territoriali, sanitari e sociosanitari ha storicamente sofferto della frammentazione dei punti di accesso e di erogazione, della separatezza dei luoghi di lavoro dei diversi operatori e professionisti coinvolti, della distinzione di competenze sociali e sanitarie, della mancanza di una prassi di integrazione operativa.

La Casa della Salute risponde alle esigenze di ricomposizione ed organizzazione nel territorio di una comunità locale, delle attività per la promozione della salute e del benessere sociale, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali per una popolazione programmata, secondo una logica di continuità di assistenziale e di presa in carico.

La Casa della Salute si configura quindi come una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare le cure primarie, garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, al cui interno opera l'insieme del personale distrettuale (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento psicologico e sociale), i medici dell'assistenza primaria e gli specialisti ambulatoriali.

Attraverso le Case della Salute si perseguono quindi gli obiettivi di garanzia dei diritti esigibili dei cittadini sia in termini di prestazioni socio assistenziali e socio sanitarie a partire dai progetti individualizzati definiti dalla UVM, per l'assistenza domiciliare (programmata o integrata), per i ricoveri in RSA o per i centri diurni o strutture per le cure intermedie, sia per l'erogazione dell'assistenza sanitaria distrettuale, che comprende la medicina di base, la continuità assistenziale medica, la gestione delle emergenze di comunità, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza integrativa, l'erogazione o l'apporto alle cure primarie delle competenze medico-specialistiche. Le Case della Salute sono inoltre il luogo dove promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale nei vari presidi e servizi.

La Casa della Salute rappresenta quindi l'idea di un presidio socio-sanitario integrato dove dare concreta attuazione al processo evolutivo dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria nel territorio, un punto di riferimento certo per i cittadini che abbiano un bisogno emergente o programmato di ascolto, cura o assistenza. E' il punto di riferimento sia per l'accesso per tutte le attività sociali ed assistenziali sia per promozione dell'*empowerment* individuale e di comunità (la persona come soggetto consapevole) sia come centrale di raccordo della rete integrata dei servizi anche nella sperimentazione di forme innovative dell'assistenza (teleassistenza e tele monitoraggio).

E' evidente che non basta disporre di una struttura unificante (un edificio) per raggiungere questi obiettivi. Servono nuove culture, nuovi modelli organizzativi, nuovi istituti contrattuali e un riorientamento di risorse dall'ospedale al territorio.

In Regione Toscana la Casa della Salute ha trovato la sua prima applicazione a Castiglion Fiorentino. Oggi, grazie anche alla capacità di utilizzare i cofinanziamenti ministeriali sugli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, sono attivi i 37 edifici con le caratteristiche strutturali e funzionali proprie delle case della salute/UCCP.

Sfida

La diffusione delle Case della Salute come modello organizzativo per l'accesso unitario, la presa in carico e la continuità assistenziale sanitaria e sociosanitaria integrata, richiede uno sforzo di programmazione ed anche di investimenti regionali e locali, per dare finalmente anche al territorio una identità ed una forte e graduata capacità di risposta ai bisogni crescenti e complessi delle persone fragili per condizioni sociali o sanitarie, al proprio domicilio, in strutture intermedie o in strutture residenziali, anche nella fase post ospedaliera.

Le Case della Salute devono diventare un presidio di erogazione e raccordo operativo per i servizi sociosanitari territoriali, capace di assicurare nell'efficienza e per l'equità una risposta di qualità nelle cure primarie orientate alla comunità.

Azioni
Nel corso del PSSIR si prevede di:
- adottare linee di indirizzo per l'organizzazione e le funzionalità delle Case della salute in Toscana
- definire un piano pluriennale di sviluppo della rete delle Case della Salute nel territorio Regionale con un tendenziale assestamento a 100 - 120 Case della Salute in base al Piano di sviluppo individuato nelle singole aziende sanitarie, in coerenza con quanto previsto dalla DGR 1235/2012
- attivare nell'ambito delle Case della Salute le sperimentazioni delle Unità Complesse di Cure Primarie
- sviluppare nell'ambito delle Case della Salute i programmi di prevenzione di comunità basati sulla partecipazione informata dei cittadini

2.3.6.3. Le risposte residenziali e semiresidenziali

Contesto
Azioni regionali portate avanti sinergicamente dai settori afferenti l'integrazione socio sanitaria e l'accreditamento e qualità dei servizi, sono state attivate per rivedere i percorsi assistenziali relativi alla residenzialità territoriale.
Tavoli di concertazione sono stati attivati per favorire la partecipazione di tutti gli attori del territorio pubblici e privati che forniscono e tutelano la forza lavoro essenziale al funzionamento del sistema. L'obiettivo, all'interno del mantenimento dei principi del sistema, è quello di mettere in rete tutte le risorse disponibili e gli attori operanti sul territorio, in modo da supplire alla carenza di risorse derivanti dai tagli statali nonché dal crescente bisogno del territorio.
A tal fine saranno portati avanti studi e processi di mappatura in collaborazione con il Laboratorio MeS della Scuola Superiore S. Anna di Pisa allo scopo di approfondire aspetti fondamentali del sistema quali: il tessuto sociale e strutturale, la caratteristica della domanda, la tipologia e qualità dei servizi offerti, le diverse modalità gestionali e la copertura dei costi. Il processo dovrà essere condiviso con i gestori ed i referenti delle RSA allo scopo di trasformare la mappatura in uno strumento permanente di rilevazione e valutazione finalizzato a migliorare la qualità del servizio, l'appropriatezza delle prestazioni, l'efficacia del servizio e l'equità in termini territoriali e socio economici.

Sfide
Il processo di riorganizzazione ed ottimizzazione delle prestazioni dovrà essere improntato all'eliminazioni delle seguenti criticità:
- estrema variabilità territoriale per ciò che concerne l'offerta residenziale sia per tipologia di offerta che di gestione e di dislocazione geografica. Eterogeneità presente anche nella determinazione della retta di parte sociale cui gli utenti sono chiamati a compartecipare
- necessità di rivedere le modalità organizzative interne delle RSA ed i loro collegamenti con le procedure operative dei presidi territoriali, in termini di gestione del bisogno del paziente
- necessità di rivedere le modalità' organizzative relative alla presenza dei MMG all'interno delle RSA ai fini di una puntuale e appropriata risposta ai bisogni assistenziali dell'utenza che va caratterizzandosi per patologie croniche e comunque con sempre piú accentuata rilevanza sanitaria
- necessità di regolamentare le strutture create prima dell'entrate in vigore del regolamento regionale 26 marzo 2008, n. 15/R e non rientranti nelle tipologie di strutture da questo previste (strutture cosiddette "miste", residenzialità "leggera" per anziani e disabili), cercando di non abbassare gli standard di qualità previsti dalla disciplina vigente e al tempo stesso non negando l'utilità di strutture a forte valenza sociale che fungono anche da bacino di prevenzione verso la non autosufficienza e cronicità delle patologie
- monitoraggio dei controlli sui sistemi di qualità ed accreditamento adottati dalle strutture ai fini del mantenimento dell'accreditamento rilasciato dai Comuni. Mappatura delle criticità e non conformità ricorrenti, al fine di intervenire in modo tempestivo e favorire, attraverso la diffusione di buone prassi, un processo di omogenizzazione sul territorio. Garantire particolare

attenzione alle RSA pubbliche allo scopo di garantire l'imparzialità dei controlli e quindi il mantenimento di requisiti di qualità rapportabili al privato
- definizione di regimi tariffari omogenei in RSA, sia per quanto riguarda le quote sanitarie che sociali, partendo da un'analisi dettagliata dei costi delle strutture e testandone l'effettiva ricaduta, in termini di qualità e congruenza, sui servizi resi all'utenza. Revisione dei moduli specialistici
- cure intermedie: prevedere posti riservati per dimissioni protette in RSA
- ottimizzazione costi di distribuzione farmaci in RSA
- stabilire criteri certi ed accessibili ai cittadini di modalità di accesso alle prestazioni residenziali, fornendo dati ed informazione agli utenti circa lo scorrimento delle liste in ottica di totale trasparenza
- avviare sperimentazioni territoriali allo scopo di flessibilizzare il sistema in una logica di equità, appropriatezza, sostenibilità. Da declinare con proposte di riqualificazione dell'offerta di residenzialità socio sanitaria ampliando a isorisorse l'offerta residenziale attraverso risposte appropriate al bisogno espresso con l'aggiunta di nuove tipologie rispetto alle attuali.

2.3.6.4. Le strutture sociali di accoglienza a carattere residenziale

Contesto

Le strutture sociali di accoglienza a carattere residenziale sono dedicate ai minori allontanati temporaneamente dalla propria famiglia di origine e necessitano, per le funzioni di tutela che devono garantire, di autorizzazione al funzionamento. La forte valenza educativa di tali strutture rientra nell'intervento di tutela predisposto per ogni minore accolto, pertanto si rimanda al paragrafo "Tutela dei bambini ed adolescenti".

Dall'altro lato abbiamo strutture di accoglienza dedicate a favorire i processi di inclusione sociale e rivolte ai bisogni di persone in situazione di disagio psico-relazionale, esposte a rischio di marginalità ed esclusione sociale, ovvero donne in situazione di pericolo che necessitano di protezione e di allontanamento dal contesto familiare: tali strutture non prevedono autorizzazione al funzionamento, ma soltanto comunicazione di avvio di attività e ciò anche in relazione ad esigenze di protezione e di segretezza da garantire alle persone accolte.

Le norme che disciplinano tali tipologie di strutture regolano, in maniera sistematica, l'ampio e complesso settore del welfare che si colloca tra gli interventi più propriamente abitativi (Erp, contributi per l'affitto, edilizia agevolata ecc.) e quelli marcatamente sociali (facenti capo al servizio di assistenza sociale).

L'obiettivo è quello di dare concreta attuazione al sistema previsto dalla l.r. 82/2009 che prevede titoli di acquisto nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati. Esso permette di esercitare la libera scelta del cittadino tra strutture accreditate e dunque di avere una garanzia di uniformità di prestazioni a parità di somme erogate tra l'altro come unica alternativa all'appalto con confronto a ribasso fra le strutture.

Obiettivo è quello di regolare nell'ambito della libera scelta la domanda e la l'offerta dei servizi attraverso l'omogeneizzazione dei criteri di accesso dei protocolli di valutazione e degli standard dei servizi offerti.

Tali strutture configurano un ventaglio di interventi (non necessariamente di iniziativa pubblica, e dove anzi il Terzo settore gioca un ruolo di primo piano) che in Italia è stato raramente esplorato. Oltre ad una mappatura capillare delle esperienze di accoglienza, presenti nella Regione Toscana, si rende necessaria una lettura delle caratteristiche e della funzionalità delle strutture nell'ambito del complesso delle politiche di welfare socio-abitativo: tale lettura, tuttavia, non può prescindere dal considerare, innanzitutto, le radicali trasformazioni delle forme della povertà.

Sfide

Devono essere considerate, in particolare, tre dimensioni del problema:
- la crescita numerica delle situazioni di disagio nell'ultimo decennio

- l'emersione, tra le determinanti di povertà, della dimensione abitativa, come fattore di innesco o aggravamento di percorsi di vulnerabilità sociale
- la moltiplicazione dei profili di disagio, di cui sono testimonianza figure sociali quali gli immigrati, i giovani precari, le donne sole con figli a carico, ecc.

Gli indicatori disponibili ci dicono che nella nostra Regione il 3% dei residenti si trova in uno stato di "povertà assoluta", individuato convenzionalmente dall'Istat come l'impossibilità di acquisire un insieme minimo di beni e servizi di tipo primario. Inoltre si estende, come peraltro accade in tutta Italia, anche l'area del rischio di povertà, che le statistiche individuano puntualmente con la nozione di "povertà relativa": le famiglie o individui che hanno una spesa media ritenuta sufficiente solo alla propria sussistenza materiale risultano circa il 4% del totale dei nuclei familiari.
Inoltre, a riprova della rilevanza crescente che il fattore abitativo va assumendo nei percorsi di marginalità, risulta che più del 30% vive in affitto, là dove questa condizione non supera il 15% nella media della popolazione, e un 20% alloggia in soluzioni "di fortuna". I dati Caritas rilevano almeno in parte quel segmento delle persone in stato di difficoltà che sfuggono ad altre fonti informative come gli homeless e gli immigrati non in regola con l'autorizzazione al soggiorno (la maggioranza dei quali ha comunque avuto in passato un permesso di soggiorno).
A ciò si aggiunge l'esistenza di un'area dell'immigrazione, attualmente alloggiata in situazioni fortemente precarie, che non si rivolge al circuito dell'accoglienza: non ne arriva a contatto, non conosce neppure questa opportunità.
Allo stesso tempo l'ospitalità in struttura per persone e famiglie che hanno il solo problema di non disporre di una casa, o delle risorse economiche per reperirla o mantenerne il possesso, va valutata criticamente: si tratta spesso di una soluzione forzata e comunque inadeguata per chi ha "solo" un disagio di tipo alloggiativo.

Obiettivi
- verifica della funzionalità e della rispondenza delle tipologie di strutture di accoglienza per il disagio e la marginalità presenti sul territorio
- promozione della rete regionale

Azioni
- conoscenza e mappatura delle strutture di accoglienza per il disagio e la marginalità presenti sul territorio toscano
- valutazione delle caratteristiche e delle funzionalità delle strutture nell'ambito del complesso delle politiche di welfare socio-abitativo
- verifica della compatibilità fra strutture e bisogni, nell'ambito di una concezione di povertà sempre più diversificata
- promozione di sinergie tra le strutture ed altre politiche regionali.

2.3.6.5. La disabilità

Contesto
Secondo i dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) 2010, le persone con disabilità, di sei anni e più, che vivono in famiglia sono 2 milioni e 600 mila, pari al 4,8% della popolazione italiana; il 62,2% delle persone con disabilità è colpito da tre o più patologie croniche ed il 57,3% delle famiglie con almeno un disabile non riceve alcun tipo di aiuto né pubblico né privato.
La Regione Toscana per rispondere alle necessità della persona disabile prevede, con le leggi nn. 41/2005 e 66/2008 di realizzare politiche che valorizzino la centralità della persona, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita in una logica diversa dal puro assistenzialismo ed orientata allo sviluppo dell'autonomia. E' solo conseguendo maggiori livelli di autonomia, infatti, che la persona può inserirsi socialmente nella vita della comunità, può accedere ad inserimenti lavorativi e prepararsi ad affrontare la fase del "dopo di noi", in assenza dei genitori quali *caregivers* principali.
Interventi regionali sono stati programmati dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 ed hanno dato luogo a sperimentazione di progetti per

favorire la Vita Indipendente e ad azioni di sostegno allo sviluppo delle Fondazioni di Partecipazione sul "Dopo di Noi". Al contempo la Regione Toscana ha aderito al progetto sperimentale promosso dal Ministero della salute – Centro nazionale per il controllo delle malattie "Individuazione ed implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona disabile" - che ha permesso la raccolta di informazioni sul modello organizzativo e la sua funzionalità rispetto ad un percorso per la presa in carico globale, continuativa e precoce della persona disabile, in un sistema sostenibile ed efficiente.
Sono state sostenute, attraverso specifici accordi ed intese con la Federazione Italiana delle scuole materne – Federazione Regionale Toscana – azioni finalizzate allo sviluppo del diritto allo studio per bambini e ragazzi in età evolutiva portatori di disabilità. Tali azioni troveranno continuità col presente Piano affinché sia garantito e tutelato a tutti i ragazzi il pieno inserimento nella vita di relazione e nel mondo della scuola.

L'esigenza emersa dai risultati del precedente ciclo di programmazione sottolinea la rilevanza di garantire una dimensione unitaria alle strategie di intervento verso la persona con disabilità tra i diversi settori e componenti istituzionali coinvolte, assicurando livelli efficaci di governo e di coordinamento territoriale ed articolando la gamma delle risposte in base alla prevalenza delle caratteristiche riabilitative o socio assistenziali degli interventi da attuare.
E' infatti necessario che la presa in carico sia un processo flessibile che si adatti alle fasi evolutive della persona: a seconda delle fasce d'età, prenatale, evolutiva, adolescenziale, adulta ed anziana, vi sono infatti interventi correlati, che pongono in essere azioni da parte del settore sanitario, della famiglia, degli enti locali, della scuola, del lavoro e della società civile; tali azioni, specifiche e parziali nel processo di abilitazione delle funzioni e delle capacità, devono trovare finalizzazione nell'ambito di una progettualità dell'individuo di lungo periodo, che guarda al progetto di vita e alla migliore inclusione e abilitazione sociale.
Gli interventi da porre in essere si sostanziano in:

- diagnosi precoci e tempestive
- aiuto, formazione e informazione alla genitorialità
- riabilitazione intensiva/estensiva
- accertamenti volti all'erogazione di benefici socio economici ed alla definizione di progetto individuale di assistenza
- garanzia di apprendimento formale e non formale in ambito scolastico
- inserimento e capacità di autodeterminazione nel mondo del lavoro
- garanzia di vita indipendente, pari opportunità e non discriminazione nella società
- accompagnamento e sostegno alla famiglia per affrontare la fase di vita adulta ed anziana attraverso progetti per il "durante e dopo di noi".
- pianificazione di sistemi di revisione di qualità dell'appropriatezza degli accertamenti medico-legali con l'introduzione di sistemi di accreditamento.

La Regione garantisce la continuità dei progetti di Vita indipendente, revocabili solo nel caso di cessazione delle condizioni previste per l'accesso al progetto, riconoscendone l'attinenza al principio costituzionale di eguaglianza sostanziale.

Si tratta di concretizzare un vero "Progetto globale di presa in carico", inteso come l'insieme organizzato delle risposte e degli interventi che accompagnano la persona disabile nei suoi cicli di vita seguendone la modificazione dei bisogni nelle differenti fasce d'età, in relazione agli ecosistemi in cui è inserito, con l'obiettivo di garantirgli la più alta qualità di vita possibile. Particolare attenzione deve essere dedicata allo sviluppo di percorsi dedicati alle persone con disabilità intellettiva e relazionale. Attuazione di politiche consistenti in interventi e servizi tesi all'integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società delle persone disabili; rendere accessibile lo spazio costruito con particolare attenzione all'ambiente di lavoro anche con il rafforzamento di un centro di consulenza e documentazione che collabori con la società toscana sul tema dell'accessibilità e fruibilità degli ambienti; sostenere la realizzazione di progetti innovativi e servizi finalizzati alla realizzazione di comunità alloggio protette per le persone disabili gravi prive

di sostegno familiare; forme di agevolazione per la diffusione di strumenti tecnologici atti a facilitare la vita indipendente e l'inserimento sociale e professionale.
Particolare attenzione e sostegno è rivolto alla disabilità visiva compresa la realizzazione di progetti innovativi attraverso la Scuola Nazionale Cani guida per ciechi e la Stamperia Braille.
Attivazione di una collaborazione tra le Strutture Regionali (Stamperia Braille-Scuola Cani Guida) e il Centro di Consulenza Tiflodidattica tesa al sostegno alle famiglie, attraverso indicazioni tiflopedagogiche diversificate per favorire la massima integrazione dell'utente nell'intero percorso educativo e riabilitativo finalizzato al raggiungimento di un benessere che migliori la qualità della vita del disabile, nel suo contesto familiare, scolastico, ludico e sociale.
Quanto sopra potrà essere sviluppato con eventuali risorse aggiuntive specificatamente dedicate.

Sfide

- perseguire sostenibilità, qualità, efficienza ed equità nei servizi territoriali anche attraverso la sperimentazione di proposte progettuali innovative, e lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali e progettualità che affrontano l'area della cronicità. I miglioramenti e le buone pratiche da consolidare si inseriscono in una programmazione territoriale sostenibile e razionale
- valorizzare l'autonomia residua della persona disabile e l'inclusione nella società civile attraverso la definizione di percorsi di presa in carico integrati, che superino la sovrapposizione di competenze e responsabilità e utilizzino strumenti e processi valutativi validi e condivisi
- assicurare il governo unitario degli interventi sociali e sanitari, sviluppando l'apporto sinergico delle distinte competenze professionali e garantendo un collegamento organico tra le fasi di programmazione e quelle gestionali, con particolare attenzione al livello territoriale
- superare le disequità grazie ad un accesso universale ai servizi da parte delle persone con disabilità. Il fine è assicurare uguali opportunità alle molteplici disabilità, non con interventi settoriali e limitati nel tempo, ma con un approccio globale e razionale sostenibile dal punto di vista economico ed organizzativo
- favorire e incentivare i progetti di "vita indipendente" al fine di emancipare e migliorare le opportunità di vita e di lavoro dei cittadini, previa verifica di quanto ad oggi attuato e definizione di parametri oggettivi ed omogenei per l'accesso
- favorire e incentivare i progetti delle fondazioni "dopo di noi" per la tutela della qualità della vita dei cittadini una volta venuti meno i principali caregivers
- razionalizzare l'accessibilità del sistema attraverso la semplificazione delle procedure tecnico-amministrative ed organizzative, tenendo prioritariamente conto delle esigenze dei singoli cittadini. Un progetto di cura e sostegno personalizzato, con la persona al centro degli interventi, non solo come oggetto di prestazioni, bensì soggetto attivo e collaborativo nella definizione del processo assistenziale in una rete di sevizi strutturati e adattabili al contesto socio-culturale-ambientale di riferimento
- favorire l'accesso a percorsi sanitari di prevenzione, diagnosi e cura per le persone (adulti e minori) con disabilità intellettiva che necessitano di attenzioni particolari per effettuare analisi di laboratorio, visite specialistiche e trattamenti in regime di ricovero, attraverso la diffusione di informazioni sui servizi e le strutture, già attivi, che offrono risposte con metodologie specifiche e personale formato. Facilitare altresì l'estensione di tali metodologie ad altri servizi
- favorire un'accoglienza prioritaria in Pronto Soccorso alle persone con disabilità intellettiva non collaboranti
- individuare, in raccordo con i Dipartimenti di Salute Mentale, un percorso integrato per i soggetti con disabilità intellettiva che presentano comorbilità psichiatrica (disturbi del comportamento, ansia, depressione, psicosi ecc..).

Strategie

La persona disabile al centro degli interventi
La l.r. 66/2008 prevede tra i destinatari dei servizi per la non autosufficienza anche le persone disabili minori ed adulte ma ad oggi manca la previsione di un'organizzazione strutturata ed

orientamenti operativi che includano nei percorsi di presa in carico del bisogno oltre che gli anziani ultrasessantacinquenni anche le persone disabili minori ed adulte.
La promozione di studi a livello regionale e l'adesione a progetti sperimentali a livello nazionale hanno favorito l'avvio di un processo di revisione dei modelli organizzativi che sovrintendono al processo di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari della persona con disabilità, in modo da arrivare a definire, così come già esistente per gli anziani non autosufficienti ultrasessantacinquenni, i requisiti strategici, organizzativi e strumentali idonei a garantire la continuità ed efficienza della presa in carico del bisogno a livello territoriale
E' necessario completare questi percorsi avviati condividendo le strategie organizzative e le modalità di valutazione della disabilità, tenendo presente, come riferimento culturale, il modello bio-psico-sociale WHO-ICF.
I relativi interventi prevedono studi di settore e tavoli di lavoro con i soggetti regionali e territoriali, del settore pubblico e privato accreditato, coinvolti nel percorso di presa in carico della persona disabile per affrontare nodi cruciali quali il riordino del sistema di governo, le modalità di accesso e presa in carico, la definizione e condivisione di sistemi di valutazione.
Le priorità da affrontare nel periodo di vigenza del presente Piano sono:

- piena realizzazione di modalità di programmazione e gestione dei percorsi di cura che consentano una presa in carico globale della persona con disabilità
- implementazione degli interventi abilitativi precoci per particolari condizioni di disabilità (autismo, alta complessità clinico-assistenziale) e con particolare riferimento all'età adolescenziale e giovane adulta
- attuazione della continuità assistenziale nel passaggio tra l'età minore ed adulta e del raccordo tra i presidi territoriali sociosanitari e le aree attinenti all'inserimento scolastico e lavorativo.
- definizione di modalità di coinvolgimento attivo e collaborazione, nel processo abilitativo, delle famiglie, della scuola, delle organizzazioni no profit presenti sul territorio
- sperimentazione di modalità assistenziali innovative, finalizzate anche ad accreditare percorsi di cura, e revisione delle tipologie di prestazioni erogabili
- approntamento di schede informative e di valutazione dei percorsi di cura, finalizzate anche alla definizione di indicatori
- revisione delle modalità di suddivisione e partecipazione alla spesa di competenza sanitaria e sociale
- definizione delle caratteristiche della lungoassistenza nei servizi residenziali e diurni e completamento dei percorsi assistenziali relativi a tali regimi, tramite una maggiore articolazione dell'offerta in base alle necessità degli utenti, da verificare eventualmente anche con azioni sperimentali
- compiuta definizione delle modalità di funzionamento della legge regionale 5 novembre 2009, n. 62 (Semplificazione delle procedure di accertamento sanitario della condizione di disabilità) per dare effettività alla legge stessa.

Vita Indipendente

La progettualità della Vita Indipendente ha origine nel 2004 in Regione Toscana, a livello di sperimentazione, solo su 5 zone del territorio e si è allargata con la Fase Pilota a tutte le 34 zone-distretto del territorio con l'approvazione delle "Linee-guida per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente", allegato A della D.G.R.T. n. 1166/2009, sulla base del punto 5.6.2.3 del PSR 2008/2010, del punto 7.8.2 del PISR 2007-2010 e dell' art. 1 comma 3, lettera c) della l.r. 66/2008. Infine con DGR 923/2009 si è definitivamente conclusa la fase di passaggio dalla sperimentazione alla messa a regime del servizio di Vita Indipendente e contestualmente l' ARS (Agenzia Regionale di Sanità) ha fornito le valutazioni sugli esiti della sperimentazione e ha dato indicazioni sullo sviluppo del servizio. Quindi con DGR 146/2012 ognuna delle 34 Zone Distretto della Toscana ha provveduto ad attivare la Fase a regime del Progetto e con decreto dirigenziale n. 103/2013 è stato attivato un apposito tavolo permanente di monitoraggio, valutazione e controllo dell'attuazione territoriale."
Ad oggi il progetto Vita Indipendente rappresenta un'opportunità per le persone portatrici di disabilità grave di vivere in autonomia grazie ad un contributo finalizzato all'assunzione di un

assistente personale, con un approccio alternativo all'assistenza classica, prevedendo una scelta diversa rispetto all' assistenza diretta, le cui fondamenta sono: l'autodeterminazione, come diritto alla libertà di scelta, il rafforzamento della capacità di voler e saper scegliere, pari opportunità per l'integrazione sociale, la possibilità di costruire in libertà la propria vita e di assumere progressivamente la responsabilità delle conseguenze che tali scelte comportano e la consapevolezza che implica la scelta diretta da chi farsi aiutare/come farsi aiutare/quando farsi aiutare e del contesto nel quale autodeterminarsi.
Alla base c'è la capacità di costruire il proprio progetto di vita, un progetto individuale, come strumento a garanzia di questi diritti, che realizza esperienze personali volte a dare valore alla propria identità attraverso la scelta di assistenti individuati sulla base di decisioni personali e gestiti come strumento di aiuto per la propria autonomia e a garanzia della propria indipendenza, per compiere con autodeterminazione le attività quotidiane ed intraprendere relazioni.
L'autonomia, è vissuta anche nel senso di liberazione dalle dipendenze affettive e psicologiche, per sviluppare la capacità di costruire relazioni sociali ed interpersonali, lavorative, di formazione professionale, di gestione delle proprie risorse economiche e dunque come indipendenza.
La Vita Indipendente ha indubbie ripercussioni positive sul portatore di disabilità che grazie al contributo può avvalersi del proprio assistente: la persona abbandona la posizione di "oggetto di cura" per diventare soggetto attivo e protagonista della propria vita.
La titolarità e la responsabilità nella scelta e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente nel rispetto dei diritti contrattuali dei lavoratori.
Le persone con disabilità devono poter scegliere in autonomia ed in condizioni di uguaglianza il proprio luogo di residenza e le situazioni di convivenza; devono avere accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirvisi pienamente, eliminando isolamento e segregazione.
Il progetto personale di vita indipendente si presenta a seguito di avvisi/bandi emanati dal territorio ed è sottoposto a valutazione della UVM (unità di valutazione multidisciplinare), opportunamente integrata con le figure professionali necessarie.
Il progetto deve caratterizzarsi per l'elevata flessibilità, la personalizzazione della risposta (funzionale alle necessità della persona), la possibilità di interventi anche specifici, l'integrazione tra azioni diverse e riguardare:

- l' assistenza personale: nelle attività domestiche, sul lavoro, per lo studio, ecc.
- gli interventi per l'accessibilità e la mobilità: spostamenti, commissioni, uscite, ecc.
- la cura della persona: alzarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc..

Azioni
Le azioni devono essere tese a contrastare processi di esclusione o di istituzionalizzazione e a sostenere l'indipendenza attraverso l'assunzione diretta e regolare dell'assistente personale.
Le azioni previste in corso di Piano:

- Monitoraggio, valutazione e controllo, attraverso il Gruppo di Lavoro formalizzato con decreto dirigenziale n. 103/2013, della Fase a regime del Progetto;
- Possibilità di integrazioni future, ritenute opportune ed utili ai fini di una semplificazione ed appropriata gestione delle progettualità a livello territoriale, dell'Atto di Indirizzo approvato con DGR 68/2013;
- definizione parametri omogenei per l'accesso ai progetti.

Fondazioni di Partecipazione per il Dopo di Noi (FdP)
Il Piano Sanitario regionale 2008-2010, così come il PISR 2007-2010 prevedono azioni a sostegno del "dopo di noi" quale strumento per il raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto di vita familiare e sociale. Tali azioni rappresentano il naturale proseguimento del cosiddetto "sempre con noi" cioè le diverse risposte fornite alla complessità dei problemi dei disabili, fra cui forme di convivenza ed aggregazione per ricreare ambienti di dimensione familiare, sistemi di vita extra familiari non solo per i bisogni di tipo assistenziale ma

anche esistenziali e di socializzazione, programmi di residenzialità e semi-residenzialità per situazioni non altrimenti gestibili a domicilio.
A partire da queste modalità di gestione innovativa si è inserito il dibattito sull'opportunità di sostenere le Fondazioni di partecipazione quali strumenti giuridici per garantirne la continuità e, soprattutto, per consentire il congiunto utilizzo di risorse pubbliche e private.
La FdP è un istituto di diritto privato che si caratterizza per la presenza di uno scopo, definito al momento della sottoscrizione dell'atto costitutivo da parte dei soci fondatori e immodificabile nel tempo e per la partecipazione di una pluralità di soggetti -pubblici o privati - che condividono le finalità della fondazione di partecipazione e vi partecipano apportando beni mobili, immobili, denaro, servizi.
Si configura pertanto quale strumento idoneo a diffondere sul territorio la realizzazione e gestione di soluzioni abitative e progettuali assistenziali altre rispetto alle tradizionali strutture residenziali, consentendo una proficua ed armonica collaborazione tra pubblico e privato.
Tale istituto è stato individuato dalla Regione quale strumento idoneo a favorire la realizzazione di servizi e strutture che possano rispondere alle esigenze "dopo di noi", nelle quali si attui, cioè, una progettazione "partecipata" dei programmi di assistenza che vi si intendono realizzare da parte delle famiglie, in prima istanza, ma anche del privato sociale presente sul territorio.
Conseguentemente, l'impegno regionale in questo campo sarà quello di accompagnare il territorio nel percorso di delineazione di modelli di Fondazioni di partecipazione per il "dopo di noi", attraverso tavoli di confronto, approfondimento di aspetti tecnico – giuridici, messa in rete e circolazione delle esperienze consolidate o nascenti sul territorio, al fine di favorire l'interscambio di informazioni, offrire consulenza ed intermediazione nei confronti dei soggetti territoriali, pubblici e privati interessati ad attivare tali forme di gestione di servizi.
Parallelamente l'impegno regionale sarà quello di promuovere attività di comunicazione e promozione delle attività ed esperienze sorte sul territorio, attraverso organizzazione di convegni, seminari, incontri di approfondimento e creazione di strumenti web di diffusione delle informazioni.

Percorsi di empowerment funzionali all'inserimento al lavoro

Inserimenti lavorativi

L'inserimento lavorativo facilita l'inserimento, o il reinserimento, del soggetto in condizioni di disagio, di emarginazione e/o di ridotte capacità lavorative nel mercato del lavoro mediante un progetto individuale di adattamento delle competenze professionali del soggetto a un determinato contesto lavorativo attivando modi di coordinamento tra i soggetti presenti nel territorio.
Il contratto deve avere forma scritta e deve specificatamente indicare il progetto individuale di inserimento. In mancanza di forma scritta si avrà come conseguenza l'instaurazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Per assumere carattere di inserimento occorre altresì che:

- venga definito un progetto individuale di inserimento;
- il lavoratore sia consenziente;
- il progetto sia finalizzato all'adeguamento delle competenze professionali del lavoratore al contesto del lavoro.

La durata non potrà essere inferiore ai 9 mesi e non potrà superare i 18 mesi (36 se si tratta di portatori di handicap).
Ai contratti di inserimento stipulati con soggetti svantaggiati si applicano le stesse agevolazioni previste per i contratti di formazione e lavoro.

Secondo l'articolo 4 della legge 381/1991 come modificato dalla legge 193/2000, si considerano persone svantaggiate: gli invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex degenti di ospedali psichiatrici, anche giudiziari, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, alcoldipendenti, i minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, le persone detenute o internate negli istituti penitenziari, i condannati e gli internati ammessi alle misure alternative alla detenzione e al lavoro all'esterno ai sensi dell' articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni. Si considerano inoltre persone svantaggiate i soggetti indicati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, con il Ministro dell'interno e con il Ministro per gli affari sociali, sentita la

commissione centrale per le cooperative istituita dall'articolo 18 del citato decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 14 dicembre 1947, n. 1577, e successive modificazioni.
2 La DGR 768/2012 individua i seguenti soggetti svantaggiati, come disciplinati dalla normativa nazionale:

- persone inserite nei programmi di assistenza e integrazione sociale previsti a favore delle vittime di tratta e grave;
- sfruttamento; richiedenti protezione internazionale; titolari di status di "rifugiato" o di "protezione sussidiaria"; beneficiari,
- di protezione per motivi umanitari; profughi ai sensi della legge 763/1981.

L'inserimento lavorativo dunque non rappresenta la conclusione del percorso, né la soluzione del problema quanto piuttosto, un momento di passaggio, un cambiamento che può apportare o far emergere nuove vulnerabilità. Tale è infatti la natura dei processi di inclusione sociale che, quando sono reali, producono negoziazione, riconfigurano la mappa dei doveri e dei poteri in capo ai soggetti, e quindi l'insieme delle responsabilità che essi si assumono ponendo nuove condizioni per il proprio riconoscimento da parte della comunità.

Interventi socio-terapeutici
L'inserimento socio-terapeutico è un percorso abilitativo/riabilitativo. E' uno strumento flessibile e funzionale, che offre l'opportunità alle persone di maturare una crescita personale, sviluppare abilità ed acquisire un ruolo socio-lavorativo.
L'inserimento viene effettuato in ambienti lavorativi e occupazionali che si rendono disponibili ad inserire persone proposte dai Servizi socio-sanitari.
I progetti vengono realizzati attraverso convenzioni stipulate tra enti pubblici e le Ditte/Enti/Associazioni/Cooperative individuate.
L'inserimento socio-terapeutico è rivolto a giovani che hanno adempiuto all'obbligo scolastico/formativo ed a persone adulte a rischio di esclusione per cause cliniche o sociali, accertate dalle Commissioni medico-legali o certificate dai Servizi sanitari specialistici della azienda USL.
Per tali soggetti, in carico ai servizi sociali e sanitari (salute mentale, recupero e riabilitazione funzionale, dipendenze), viene definito un percorso personalizzato realizzato nel mondo del lavoro.
L'inserimento socio-terapeutico è un percorso subordinato alla valutazione di fattibilità dell'assistente sociale del territorio che si raccorda con gli operatori sanitari di riferimento i quali formulano un progetto con la persona interessata e con gli operatori del gruppo lavoro.
Il gruppo lavoro è costituito da operatori specifici per la ricerca di contesti lavorativi, per la mediazione, l'accompagnamento e la verifica di ogni singola persona, al fine di rendere compatibili le loro caratteristiche personali con le esigenze dell'ambiente lavorativo individuato.
L'inserimento socio-terapeutico, chiama in causa una pluralità di soggetti: i servizi sociali e sanitari che hanno in carico le persone svantaggiate e le imprese dove queste ultime vengono inserite. Le norme coinvolgono tanto gli uni quanto le altre, chiedendo ad entrambi di assolvere obblighi che, spesso, più che favorire il già complesso inserimento socio-terapeutico di chi è svantaggiato lo rendono ancor più difficoltoso.

2.3.6.5.1. Scuola Nazionale Cani guida per ciechi e Stamperia Braille: azioni di sostegno per la disabilità visiva

Contesto
Al fine di favorire l'integrazione e la promozione delle politiche di sostegno per le categorie dei non vedenti ed ipovedenti nelle attività sociali e civili, la Regione toscana svolge funzioni di produzione ed erogazione di beni e servizi per disabili visivi attraverso la Scuola Cani guida e la Stamperia Braille.
La presenza in Toscana della Scuola Nazionale Cani Guida per Ciechi e della Stamperia Braille, ha favorito una particolare attenzione verso la disabilità visiva facendo diventare la Regione Toscana un punto di riferimento nazionale per i servizi a questi disabili.

Le politiche per le persone disabili consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a promuovere l'integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società delle persone disabili, in particolare a sostegno della disabilità visiva è compresa la realizzazione di progetti innovativi, volti al recupero dell'autonomia personale ed al sostegno delle persone disabili, anche tramite animali da compagnia ovvero attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie (art 55 lettera h-bis L.R. n 41/2005 e successive modifiche);
Il funzionamento della Scuola Nazionale Cani Guida per Ciechi e la Stamperia Braille è disciplinato da appositi regolamenti come previsto dall'art 55 bis della l.r. 41/2005 e successive modifiche.

Obiettivi
La Regione Toscana attraverso la Scuola Nazionale Cani guida per ciechi e la Stamperia Braille garantisce i diritti dei disabili visivi, la tutela della loro condizione e il loro inserimento sociale finalizzato al raggiungimento di un benessere che migliori la qualità della vita, nel suo contesto familiare, scolastico, ludico e sociale.

Azioni di sostegno per la disabilità visiva
- Attivazione di protocolli per progetti sperimentali e innovativi di ausili tecnologici nel campo della produzione di testi, ausili e servizi per non vedenti e ipovedenti e addestramento di cani.;
- adozione regolamenti di cui all'art. 55 lettera h bis l.r. 41/2005 e successive modifiche.

Realizzazione dei seguenti servizi e ausili:
- allevamento, selezione ed addestramento di cani per la guida dei disabili visivi e loro assegnazione;
- sperimentazione ed assegnazione di ausili tecnologici, anche in integrazione dei cani guida, per migliorare la mobilità dei disabili visivi;
- insegnamento di tecniche finalizzate al miglioramento dell'orientamento, della mobilità e dell'autonomia personale;
- attività didattiche in collaborazione con le scuole per diffondere la conoscenza degli ausili e delle azioni di sostegno a favore dei disabili visivi;
- attività di formazione e consulenza verso altri operatori pubblici e privati nell'ambito delle materie di competenza;
- promozione di campagne di sensibilizzazione alle problematiche dei disabili visivi;
- attività didattiche e divulgative in materia di tutela degli animali, cura e corretta tenuta del cane;
- testi scolastici in braille necessari per l'inserimento scolastico;
- trascrizione dell'intero corredo necessario ad ogni alunno per il proprio percorso scolastico, ai i cittadini toscani;
- ristampa di opere presenti nel catalogo, dei testi di proprietà della regione toscana, a prezzi contenuti in favore dei non vedenti italiani e stranieri;
- ristampa di spartiti di opere musicali;
- collaborazioni continue per l'accessibilità a musei, giardini, luoghi pubblici e di lavoro con produzione di testi relativi, sia con soggetti pubblici che privati;
- attività di collaborazioni e formazione con Università, Enti, Associazioni italiane e straniere partecipazione a progetti europei e Università straniere ;
- sperimentazione di pet-therapy, mirate all'utilizzazione di cani addestrati per sostegno ed ausilio a persone con disabilità motoria e per compagnia a persone anziane autosufficienti;
- produzione e fornitura di ausili e servizi innovativi di supporto all'autonomia in campo culturale, motorio e di integrazione sociale.;
- ampliamento della produzione di testi rivolti anche agli Ipovedenti con produzione di testi ingranditi;
- produzione di libri in chiaro e scuro a sostegno del benessere dei bambini in ospedale;
- progetto per la ricerca e la sperimentazione di nuovi ausili tecnologici secondari per migliorare la mobilità dei disabili visivi ad integrazione dei cani guida, in collaborazione con I.R.I.FO.R. dell'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti;

- progetto sperimentale per l'addestramento di cani guida per ipovedenti gravi ,in collaborazione con IRIFOR dell'UICI;
- inserimento delle attività tecnico-professionali della Scuola all'interno di protocolli operativi scientificamente testati e attivazione di percorsi innovativi di ricerca/sperimentazione progetti di ricerca con l'Azienda Usl Aziende Ospedaliere Università con Cani di servizio rivolte a disabili motori disabili psichici e anziani;
- attivazione di iniziative e campagne di comunicazione sociale mirate alla sensibilizzazione/educazione civile attraverso progetti finalizzati a sensibilizzare bambini, genitori e insegnanti delle scuole primarie sulla conoscenza e ruolo del cane guida e sulle attività che la Scuola cani guida svolge;
- la produzione di strumenti e interventi tesi a favorire lo sviluppo e l'accrescimento del livello di autonomia delle persone non vedenti e ipovedenti.

Svolge attività con Università, Enti, Associazioni italiane e straniere offrendo la propria professionalità nell'ambito di:
- collaborazione con centri internazionali che hanno selezionato alcune attività della Stamperia tra le "buone prassi" da imitare. In particolare Centri di Formazione della Bulgaria, Romania, Algeria, Togo ed Eritrea.;
- consulenze per corsisti di Scienza dell'Educazione per la messa a punto di tesi di laurea specifiche per la creazione di testi con immagini a rilievo.;
- collaborazioni con progetti europei e Università straniere per la creazione di testi a rilievo.

Strategie innovative:
La Regione promuove sperimentazioni di *pet-therapy*, mirate all'utilizzazione di cani addestrati per sostegno ed ausilio a persone con disabilità motoria e per compagnia a persone anziane autosufficienti, con Istituti scientifici ed Aziende sanitarie toscane ed anche con i Laboratori collegati al sistema di sanità pubblica veterinaria, al fine di garantire la salute dei cani addestrati.

La Regione Toscana promuove i diritti dei disabili visivi e la tutela della loro condizione e il loro inserimento sociale, anche attraverso la produzione di ausili e servizi innovativi di supporto per il livello migliore di autonomia in campo culturale, motorio e di integrazione sociale, tenendo conto dei mutamenti biologici, culturali, sociali e tecnologici degli ultimi anni, e contribuisce alla definizione del più idoneo percorso progettuale da seguire nella fornitura di ausili, anche in collaborazione con dell'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti della Toscana.

La Regione Toscana promuove sperimentazioni di:
- *pet-therapy* mirate all'utilizzazione di cani addestrati per sostegno ed ausilio a persone con disabilità motoria e per compagnia a persone anziane autosufficienti
- produzione e fornitura di ausili e servizi innovativi di supporto all'autonomia in campo culturale, motorio e di integrazione sociale

Tutto ciò tenendo conto dei mutamenti biologici, culturali, sociali e tecnologici del mondo contemporaneo e delle relative esigenze, anche in collaborazione con soggetti sia pubblici che privati, quali: Istituti scientifici ed Aziende sanitarie toscane, con i Laboratori collegati al sistema di sanità pubblica veterinaria al fine di garantire la salute dei cani addestrati, dell'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti della Toscana, l'Istituto per la Ricerca, la Formazione e la Riabilitazione (IRIFOR) e l'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della cecità.

Progetti sperimentali

La Scuola sviluppa:
- progetto per la ricerca e la sperimentazione di nuovi ausili tecnologici secondari per migliorare la mobilità dei disabili visivi ad integrazione dei cani guida, in collaborazione con I.R.I.FO.R. dell'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti della Toscana,
- progetto per sperimentare l'addestramento di cani guida per ipovedenti gravi",in collaborazione con IRIFOR dell' UICI,

- inserimento delle attività tecnico-professionali della Scuola all'interno di protocolli operativi scientificamente testati e l'attivazione di percorsi innovativi di ricerca/sperimentazione progetti di ricerca con l'Azienda Usl Aziende Ospedaliere Università con Cani di servizio rivolte a disabili motori disabili psichici e anziani,
- attivazione di iniziative e campagne di comunicazione sociale mirate alla sensibilizzazione/educazione civile attraverso progetti finalizzati a sensibilizzare bambini, genitori e insegnanti delle scuole primarie sulla conoscenza e ruolo del cane guida e sulle attività che la Scuola cani guida svolge,
- la produzione di strumenti e interventi tesi a favorire lo sviluppo e l'accrescimento del livello di autonomia delle persone non vedenti e ipovedenti;

la Stamperia Braille sviluppa:

- ampliamento della produzione di testi rivolti anche agli Ipovedenti con produzione di testi ingranditi che necessitano di stampa personalizzata, che tenga conto di specifiche accertate dal Centro di Ipovisione che ha sede presso IOT di Firenze,
- consulenza ad enti formativi (Scuole Speciali, Università) a progetti di formazione per corsisti interessati ad esperienze specialistiche di grafica tattile disciplina che, oltre alle conoscenze di grafica comprende l'applicazione delle conoscenze delle necessità della lettura manuale, che ha regole ben diverse da quelle visive,
- produzione di libri in chiaro e scuro a sostegno del benessere dei bambini in ospedale,
- attivazione di una collaborazione tra le Strutture Regionali (Stamperia Braille-Scuola Cani Guida) e il Centro di Consulenza Tiflodidattica tesa al sostegno alle famiglie, attraverso indicazioni tiflopedagogiche diversificate per favorire la massima integrazione dell'utente nell'intero percorso educativo e riabilitativo finalizzato al raggiungimento di un benessere che migliori la qualità della vita del disabile, nel suo contesto familiare, scolastico, ludico e sociale.

Per i cittadini toscani è previsto:

- la trascrizione dell'intero corredo necessario ad ogni alunno per il proprio percorso scolastico con la precisazione delle tipologie di testi
- l'adattamento nel formato più idoneo (trascrizione braille, testo ingrandito o elettronico accessibile) dell'intero corredo necessario ad ogni alunno per il proprio percorso scolastico.

2.3.6.6. La salute mentale

Contesto
La Regione Toscana ha sviluppato in questi anni politiche per la salute mentale improntate al rispetto dei diritti umani e civili delle persone con problemi di salute mentale e alla realizzazione di un sistema di servizi territoriali finalizzato ad intercettare e rispondere a tali bisogni delle persone di ogni fascia di età.
Per recepire più compiutamente i bisogni dei cittadini e rispondere in maniera migliore ad essi, la Regione da anni collabora con il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale, al quale aderiscono 42 associazioni rappresentative di tutte le province della Toscana. Tale collaborazione ha consentito la realizzazione dall'anno 2005, del convegno annuale "Quanto la persona è al centro della sua cura. Programmazione e verifica sui servizi integrati per la Salute Mentale". Tale convegno è preceduto da incontri con le istituzioni del territorio e con le Aziende USL per verificare lo stato dei servizi e condividere proposte migliorative. Si è individuato, nella metodologia operativa del progetto individuale personalizzato, la modalità più rispondente alle esigenze dei singoli e agli obiettivi emancipativi che il Piano si propone. Ogni anno, anche attraverso l'apporto attento e costruttivo del Coordinamento Toscano e della Rete Regionale Toscana Utenti Salute Mentale, si affinano gli strumenti per migliorare l'efficacia della presa in carico. Nel luglio 2012 è stato siglato un Protocollo d'intesa fra Regione Toscana e il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale per sviluppare e consolidare il rapporto di collaborazione (DGR 404/2012).

Sono state identificate e sviluppate reti integrate di servizi per la prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi mentali e definiti percorsi assistenziali specifici quali quelli per la cura dei disturbi del comportamento alimentare e per la diagnosi precoce e la presa in carico multiprofessionale delle persone con disturbo dello spettro autistico.

Sono state identificate e sviluppate reti integrate di servizi per la prevenzione dei problemi di salute mentale e la loro diagnosi e cura nelle persone che ne sono affette, tra cui la cura di quelle che soffrono di disturbi del comportamento alimenta e la diagnosi precoce e la presa in carico interprofessionale dei soggetti autistici.

Nella consapevolezza della centralità, dell'inscindibilità degli aspetti sociali da quelli sanitari"[2627] per l'efficacia dei percorsi terapeutico-riabilitativi finalizzati all'inclusione sociale, in questi anni si è riconosciuta l'importanza del diritto all'abitare e al lavoro. La novità del piano attuale, allo stesso tempo sanitario e sociale, permetterà di proporre misure integrate maggiormente incisive. Nel 2011 si è sviluppata una significativa azione per promuovere il diritto al lavoro delle persone con disturbi psichici. E' stato realizzato un progetto regionale, nell'ambito del "Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento sociolavorativo dei soggetti con disturbo psichico - Pro.P" in collaborazione con l'Osservatorio di Inclusione Sociale dell'ISFOL (Istituto per la formazione professionale dei lavoratori) che ha favorito lo sviluppo di forme di collaborazione tra Dipartimenti di Salute Mentale, Province, Centri per l'Impiego e Cooperative sociali, ancora da consolidare e rendere operative in modo generalizzato nel territorio toscano.
A seguito di tale progetto è stata approvata dalla Giunta Regionale toscana la DGR 1154/2009 (Linee di indirizzo – Modello di convenzione tra Province, Aziende USL, Società della Salute/Conferenze zonali dei sindaci per favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico ai sensi della L. 68/1999). E' stato inoltre siglato da parte di: Regione Toscana, Aziende USL, Estav e rappresentanti delle Cooperative sociali di tipo B, il Protocollo d'Intesa "Promuovere i rapporti tra le Istituzioni pubbliche e la Cooperazione sociale di tipo B per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate", approvato con deliberazione della DGR 204/2010. E' stato istituito un gruppo tecnico composto da rappresentanti delle parti sottoscriventi il protocollo stesso, con

[27] Vedi 1.2. Quadro Contestuale del presente piano

funzioni di elaborare proposte e procedure specifiche, promuovere, vigilare e monitorare l'attività. Con atto deliberativo della DGR 353/2012 sono state approvate le Linee guida per l'affidamento di servizi alle cooperative sociali di tipo B in applicazione del sopra citato Protocollo d'Intesa.

La promozione dell'auto mutuo aiuto e del protagonismo del cittadino utente ha rappresentato un ulteriore importante ambito di azione; in questi anni in molte aree della Toscana si sono sviluppati gruppi e associazioni di auto mutuo aiuto di pazienti e di familiari, con il sostegno anche di un associazionismo sempre più protagonista dell'innovazione sociale, capace di coprogettare e realizzare interventi e di attivare "reti" di solidarietà e di inclusione sociale come il decennale progetto "Mare costa e dintorni"gestito da Associazioni di utenti. Nel 2010 è stato siglato il Protocollo d'intesa tra Regione toscana, Casa della Cultura di Firenze, Rete regionale toscana Utenti Salute Mentale e AISME per la costituzione di un Centro regionale per la promozione e lo sviluppo dell'auto mutuo aiuto dei cittadini utenti dei servizi per la salute mentale (DGR 363/2010). Nel 2011 è stato inoltre firmato un protocollo con Cittadinanza Attiva Toscana Onlus (DGR 525/2011) con il quale si fa esplicito riferimento alla "Scuola di formazione umanistico-scientifica per la Salute Mentale Schesis", promossa e sviluppata, grazie alla stretta collaborazione fra Regione Toscana, Azienda USL 2 Lucca e tale associazione. "Schesis" è una scuola innovativa – in ambito nazionale – intimamente collegata con le risorse sociali, professionali, strutturali e strumentali del luogo. Essa persegue l'obiettivo di promuovere e diffondere un nuovo modello organizzativo.

Allo stesso tempo, negli ultimi anni, al fine di garantire una maggiore appropriatezza e qualità delle risposte, a fronte di bisogni sempre più ampi e diversificati, si è avviata una valutazione dell'efficacia degli interventi in alcuni ambiti, quali il monitoraggio della rete integrata dei Disturbi del Comportamento Alimentare e lo Studio sugli esiti della psicoterapia e degli interventi assistenziali per minori, sperimentando un sistema di rilevazione ed analisi delle attività, quale elemento centrale per la diffusione di una "cultura della valutazione" e di una maggiore capacità di confronto in una logica di trasparenza e di superamento dell'autoreferenzialità.

Sfide

- la domanda ed i bisogni di salute mentale sono in continuo e rapido cambiamento, ciò comporta difficoltà dei servizi a rispondere con tempestività, pertinenza ed efficacia agli stessi
- l'integrazione socio-sanitaria risulta ancora difficile nonostante la consapevolezza che le scelte e le azioni degli enti locali sono inscindibili dalle strategie di cura dei servizi di salute mentale

- persistono difficoltà nel garantire continuità delle cure nel passaggio dalla minore alla maggiore età; in particolare si evidenziano criticità nel mantenimento dei livelli di attenzione, cura, riabilitazione e tutela dei giovani quando raggiungono la maggiore età e/o escono dal circuito scolastico
- la prevenzione del *drop out* ed il lavoro con i pazienti non collaboranti necessita di una continua e crescente attenzione
- I soggetti con doppie diagnosi incontrano ancora difficoltà a causa delle problematicità nella gestione integrata dei percorsi dei Servizi per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale, anche in quei casi in cui sono presenti protocolli operativi. La Regione si impegna ad emanare linee guida per la stesura di protocolli fra SERT e DSM il più possibile omogeni nel territorio toscano.
- il consumo dei farmaci antidepressivi è in costante aumento negli anni, abbinato ad un chiaro indice di inappropriatezza clinica resa evidente dall'alto tasso di abbandono della cura
- L'accesso ai servizi di salute mentale e le modalità di assistenza presentano ancora una significativa variabilità, occorre garantire maggiore omogeneità ed equità.

Obiettivi

- accogliere i bisogni delle persone di ogni età con problemi di salute mentale e promuovere servizi finalizzati ai percorsi di riabilitazione/risocializzazione e di ripresa;
- superare definitivamente il paradigma della "stabilizzazione clinica" in favore di percorsi di "ripresa" anche sociale;
- rafforzare le reti relazionali, affettive, sociali e lavorative all'interno dei percorsi di cura e nella comunità;
- promuovere la prevenzione, sia primaria che secondaria, anche attraverso le azioni indicate nel programma della Regione Toscana "Guadagnare salute" di cui al paragrafo 2.1.1 "Gli stili di vita e la salute" del presente Piano;
- potenziare il protagonismo degli utenti, sia a livello individuale che di gruppo;
- promuovere l'inclusione sociale e la lotta allo stigma;
- diffondere una più ampia "cultura della valutazione", tenendo conto di aspetti sia sanitari che sociali.

Salute mentale di comunità: i percorsi di cura

I Servizi per la Salute Mentale devono connotarsi sempre più come luoghi aperti che svolgono una funzione di prevenzione, cura e riabilitazione, tenendo ben presente che per promuovere e tutelare la salute mentale dei cittadini occorre un'attenzione ampia nei confronti delle condizioni di vita, di lavoro delle persone e su tutto ciò che incide sulla qualità delle loro relazioni e sullo sviluppo della loro personalità.

L'accesso ai servizi avviene ordinariamente attraverso il Centro di Salute Mentale che valuta e definisce, laddove viene riscontrato un problema di salute mentale, un progetto individualizzato, soggetto a verifiche periodiche con la migliore collaborazione possibile dell'utente. Il progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato è un documento scritto che esplicita i problemi, individua le risorse di rete (*assessment*), gli obiettivi condivisi -con la persona e con i soggetti con i quali essa condivide le scelte- e le azioni da attivare per conseguirli nonché la modalità di valutazione dei risultati. Il responsabile clinico è affiancato da un referente del percorso che segue le diverse fasi del progetto e favorisce l'integrazione degli interventi con particolare attenzione al passaggio dalla minore alla maggiore età. Il progetto terapeutico riabilitativo deve dare rilevanza a programmi orientati ad aiutare la persona a sviluppare e usare le proprie potenzialità e ad acquisire fiducia e stima di sé. E' necessario sviluppare migliori forme di raccordo con i Medici di medicina generale, oltre che per il trattamento integrato dei disturbi mentali comuni, di cui al paragrafo 2.2.1.6 del presente Piano, per la "presa in carico globale della persona" affetta da psicopatologie più gravi, al fine di ridurre i fattori di rischio medici, promuovere il benessere ed un migliore stile di vita.

I percorsi di cura e riabilitazione si realizzano attraverso processi emancipativi capaci di contribuire a riallacciare i tessuti relazionali, affettivi, familiari, sociali e produttivi. E' necessario perciò favorire la trasformazione dei centri di salute mentale, dei centri diurni e delle strutture residenziali in luoghi d'incontro e di collaborazione con i cittadini e le loro associazioni ai fini del perseguimento di una effettiva integrazione e reinserimento delle persone con problemi di salute mentale nella comunità locale. Il territorio non deve essere considerato solo uno spazio in cui si manifestano i problemi ma una comunità insieme alla quale ricercare soluzioni, avviare possibili azioni, condividere scelte e decisioni. Il Dipartimento di Salute mentale deve collaborare a promuovere l'integrazione socio-sanitaria al fine di potenziare le capacità complessive del sistema nel garantire l'emancipazione e l'inclusione sociale.

Azioni

- sviluppare un pacchetto di indicatori per il monitoraggio a livello regionale ed aziendale di processi ed esiti di trattamenti integrati
- consolidare ed estendere la valutazione routinaria di esito dei percorsi terapeutico-riabilitativi attraverso l'utilizzo di strumenti scientificamente validati e fornirne documentazione

- assicurare che nei Dipartimenti di Salute Mentale siano applicate linee guida per la prevenzione del drop out per i pazienti portatori di bisogni complessi
- garantire l'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche, ridurre le politerapie non necessarie e monitorare gli effetti indesiderati dell'uso dei farmaci
- promuovere, sulla base di quanto indicato nell'atto deliberativo della DGR 1017/2013 "Linee di indirizzo metodologiche regionali sulla psicoeducazione orientata al "Recovery" in salute mentale", l'implementazione di interventi psicoeducativi nei servizi socio sanitari e lo sviluppo delle competenze degli operatori su tali tecniche, attraverso iniziative formative ed informative, al fine di incrementare l'empowerment dei pazienti e dei loro familiari, avvalendosi anche della collaborazione del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale e della Rete Regionale Utenti Salute Mentale. Favorire il monitoraggio dell'applicazione degli interventi psicoeducativi e l'applicazione di procedure e di contenuti innovativi e strategici.
- favorire spazi di ascolto, attraverso personale qualificato, con l'eventuale supporto di volontari opportunamente formati;
- favorire la presa in carico sociosanitaria e la continuità assistenziale integrata con riferimento al modello organizzativo "La Casa della salute" di cui al punto 2.3.6.2 del presente Piano;
- valutare la soddisfazione di utenti e familiari con sistemi validati.
- promuovere l'adozione, in ogni Azienda USL, di un Piano di Azione Locale per la Salute mentale come indicato nelle Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale approvate in Conferenza Unificata il 20 marzo 2008. Le azioni di tale Piano dovranno riflettere gli obiettivi e le indicazioni strategiche di cui al presente Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale.

L'articolazione dell'assistenza avviene attraverso una rete di servizi territoriali ed ospedalieri nell'ambito di un sistema di cura unitario che deve assicurare passaggi coerenti e chiari tra i diversi livelli dell'assistenza. La rete dei servizi è composta dai Centri di Salute Mentale, da strutture semiresidenziali quali i Centri Diurni e i Day Hospital, da strutture residenziali a vario grado di assistenza e dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

Il centro di salute mentale

È il centro deputato all'accoglienza dei bisogni e della domanda di cura della persona; come sopra richiamato, è la sede di elaborazione del progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, assicura risposte sia programmate che urgenti di tipo ambulatoriale e domiciliare e svolge attività di supporto ai familiari.
Il Centro di Salute Mentale (CSM) governa i processi ed i percorsi assistenziali e svolge una funzione di coordinamento delle attività di tutela della salute mentale nel territorio di competenza.
Nel rispetto di quanto indicato con d.p.g.r. 61R/2010, recante regolamento di attuazione della l.r 51/2009. in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, il CSM deve essere ampiamente accessibile, con presenza qualificata delle figure professionali previste.
Assicura con protocolli scritti la collaborazione con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza anche sulla base delle "Raccomandazioni sull'applicazione degli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale" approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e recepite dalla Regione Toscana con DGR 1080/2009

Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura

La gestione delle urgenze, delle crisi e delle acuzie è ordinariamente assicurata dall'equipe del Centro di Salute Mentale. Nei casi che necessitano di ricovero i Centri di Salute Mentale utilizzano i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). All'interno di tali servizi la persona ha diritto che sia tenuto conto della sua volontà e del progetto personalizzato se già in atto o, se non presente, da elaborare quanto prima attraverso la collaborazione tra medici ed infermieri del SPDC ed operatori territorialmente competenti.
Le porte del SPDC devono rimanere aperte, come tutti i luoghi dell'ospedale, anche per evitare la connotazione di luogo separato, che produce stigma, per i soggetti affetti da disturbi psichiatrici.
Si conferma il tassativo divieto di ogni forma di contenzione fisica ed una attenzione continua all'appropriatezza del ricorso alla terapia farmacologica.

La Regione Toscana si impegna a diffondere la cultura dell'audit civico sul funzionamento del SPDC, con la partecipazione delle associazioni dei cittadini, soprattutto degli utenti e dei familiari.

La residenzialità e il sostegno all'abitare

Le strutture residenziali hanno la funzione di sostenere e accompagnare chi esprime una sofferenza psichica nella riappropriazione della propria autonomia ma non devono essere concepite come una soluzione abitativa permanente.

E' necessario proseguire nell'impegno alla qualificazione degli interventi terapeutico-riabilitativi e sociali nell'ambito delle strutture residenziali a vario grado di assistenza, evitando ricoveri impropri e/o immotivatamente prolungati.

Di fondamentale importanza nei percorsi di riabilitazione è creare opportunità abitative supportate in cui la persona possa sperimentare percorsi di autonomia. Si tratta di strutture di civile abitazione individuabili sia nell'ambito dei programmi dei Comuni relativi all'edilizia residenziale pubblica delle agenzie sociali per la casa di cui al paragrafo 2.1.4, sia sviluppando azioni integrate di mediazione abitativa condotte anche con familiari, gruppi di auto mutuo aiuto, associazioni di volontariato che favoriscano un'offerta abitativa da parte dei privati.

Azioni

- avviare un'azione di monitoraggio sui percorsi di riabilitazione nelle strutture residenziali e sull'indice di rotazione dei pazienti all'interno delle stesse
- promuovere il diritto alla casa, la diffusione di buone pratiche nei percorsi di autonomia e il sostegno abitativo di tipo domiciliare, attivando esperienze di appartamenti secondo il modello dell' "Abitare Supportato"
- promuovere collaborazioni con le "agenzie sociali per la casa";
- attivare collaborazioni che consentano interventi diretti al miglioramento della qualità della vita delle persone ospiti nelle strutture residenziali, quali le RSA.

Riabilitazione e inclusione sociale e lavorativa

Obiettivo degli interventi socio-sanitari in salute mentale è quello della cura e riabilitazione affinché le persone con problemi di salute mentale possano usufruire di nuove opportunità di cittadinanza attraverso il recupero dell'autonomia, individuale e sociale, per la costruzione di un vero "progetto di vita".

Nel periodo di vigenza del presente Piano proseguirà il lavoro avviato nell'ambito delle linee di intervento ritenute strategiche per affrontare gli aspetti critici dei percorsi di inclusione socio-lavorativa:

- applicazione della legge 68/1999 anche attraverso una maggiore collaborazione tra i servizi socio sanitari delle aziende USL e quelli per il collocamento mirato delle Province, in attuazione della DGR 1154/2009
- sviluppo di esperienze di lavoro attraverso le cooperative sociali di tipo B e le Associazioni degli utenti e dei familiari
- attivazione di percorsi di riabilitazione lavorativa che privilegino la formazione in effettive situazioni di lavoro.

Azioni

- monitorare l'attuazione della DGR 353/2012 (Linee guida per l'affidamento di servizi alle cooperative sociali di tipo B in applicazione del Protocollo d'Intesa di cui alla DGR 204/2010 per promuovere l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate)
- promuovere la più ampia diffusione del sopracitato Protocollo di Intesa su tutto il territorio della Regione, anche attraverso l'adozione dei provvedimenti necessari affinché i contenuti dello stesso trovino attuazione nell'Ente Regione Toscana
- sviluppare esperienze di tirocinio di osservazione, tirocinio di formazione in situazione lavorativa e inserimento socio terapeutico attraverso che prevedano forme di retribuzione come strumento motivazionale e incentivo alla frequenza.
- diffondere le esperienze di attività lavorative attivate dalle associazioni di familiari ed utenti e favorire la diffusione di corsi di formazione per "facilitatori sociali" rivolti ad utenti ed ex utenti dei servizi di salute mentale

- promuovere la sperimentazione di corsi di formazione per tutor dell'inserimento lavorativo e per facilitatori secondo la metodologia "colloca e supporta" (Individual Placement and Support -IPS)
- realizzare ricerche valutative sull'inclusione socio-lavorativa degli utenti.

L'integrazione con interventi complementari nella prevenzione e cura dei disturbi psichici

La presa in carico globale delle persone con problemi di salute mentale è l'unico approccio funzionante ed efficace per la cura e il miglioramento della qualità di vita. Possono assumere quindi carattere di grande valore nella salute individuale gli interventi e le attività integrate, il ricorso a terapie complementari soprattutto nella depressione, nell'insonnia, nei disturbi dell'attenzione e dell'iperattività dei bambini.

La Terapia della Luce, ad esempio, è una terapia non invasiva riconosciuta ufficialmente per il trattamento della depressione stagionale da varie associazioni ed istituzioni quali l'American Psychiatric Association e il National Institute of Mental Health e consigliata anche da varie linee guida come trattamento efficace per la depressione ad andamento stagionale.

Le medicine complementari (come l'agopuntura e la Medicina tradizionale cinese (MTC), l'omeopatia e la fitoterapia) trovano largo impiego nella prevenzione e nella cura dell'ansia e dell'insonnia. Il vantaggio delle medicine complementari è quello di intervenire prendendo in carico il soggetto e la famiglia secondo i principi olistici delle medicine complementari.

Si rende quindi necessario rafforzare la conoscenza e la competenza delle famiglie sulla possibilità di prevenire e trattare con interventi complementari l'iperattività e il deficit di attenzione, l'insonnia e la depressione.

In continuità con quanto disposto nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in raccordo con le azioni di cui al presente PSSIR, "L'appropriatezza sulle medicine complementari e non convenzionali" si prevede di sviluppare le seguenti azioni:

- favorire l'uso della terapia della luce nel trattamento della depressione stagionale monitorandone gli esiti
- promuovere progetti integrati di intervento fra i servizi di salute mentale e le attività pubbliche toscane di agopuntura e MTC, omeopatia e fitoterapia.

Il percorso diagnostico e la cura delle persone con disturbi dello spettro autistico

Con atto delibera della Giunta regionale n. 1066 del 15 dicembre 2008 sono state approvate, in attuazione di quando disposto nel PSR 2008-2010 le linee di indirizzo per la diagnosi precoce e la presa in carico multi professionale dei soggetti con disturbi dello spettro autistico (DSA) con l'obiettivo di realizzare una rete di assistenza regionale adeguata rispetto ai bisogni e alla complessità dei trattamenti e di garantire la presa in carico continuativa e coordinata. La rete dei centri residenziali e semiresidenziali per i soggetti con disturbi dello spettro autistico si è fortemente diffusa e sviluppata nel territorio regionale.

E' stato avviato, in attuazione della DGR 699/2009 lo *screening* per la valutazione dello sviluppo della comunicazione e della relazione in età pediatrica . Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2010 sono stati sottoposti a *screening*, da parte di 349 pediatri, 18.128 bambini e in ogni azienda USL è stato attivato un Gruppo interdisciplinare aziendale infanzia adolescenza e adulti per favorire l'attivazione di percorsi assistenziali per DSA.

Sono stati avviati, con la collaborazione delle associazioni dei familiari, progetti innovativi per lo sviluppo di percorsi abilitativi per giovani pazienti.

Si evidenziano carenze nella continuità della presa in carico dalla minore alla maggiore età e nella definizione di progetti terapeutico-abilitativi che coprano tutto l'arco della vita delle persone.

Azioni

- proseguire l'attività di *screening* per l'individuazione precoce dei bambini con disturbo dello spettro autistico, la loro presa in carico e trattamento
- implementare linee guida per il trattamento e l'intervento con metodologie basate sull'evidenza, che prevedano un ruolo centrale dei familiari

- definire e sviluppare, in maniera più organica e governata, la rete dei servizi residenziali e semiresidenziali sulla base di percorsi riabilitativi per le persone in età adulta sostenere esperienze di formazione al lavoro per giovani con disturbo dello spettro autistico garantendo, in collaborazione con i Settori della Regione Toscana competenti in materia, continuità tra il percorso di istruzione e quello di formazione professionale
- facilitare lo sviluppo di percorsi di inserimento lavorativo sulla base di quanto indicato nel precedente punto "Riabilitazione e inclusione sociale e lavorativa".

I disturbi del comportamento alimentare e la rete integrata dei servizi.

Il percorso assistenziale e l'articolazione dell'assistenza sono stati delineati con DGR 279/2006 e DGR 441/2010.

Si evidenziano alcune criticità:

• carenza di centri diurni specificatamente destinati (dai dati internazionali emerge che la presenza di percorsi assistenziali in regime semiresidenziale è correlata ad una minore incidenza dei ricoveri ospedalieri);

• non è garantita in modo uniforme e diffuso la presenza di équipe multi-professionali all'interno dei centri ambulatoriali.

Azioni

- sviluppare il monitoraggio sull'applicazione delle linee di indirizzo di cui alle citate DGR 279/2006 e DGR 441/2010
- favorire la collaborazione tra Medici di medicina generale/Pediatri di libera scelta e Centri ambulatoriali per l'individuazione precoce del disturbo e l'attivazione di percorsi di cura
- promuovere il coinvolgimento attivo di gruppi di familiari nell'intervento psicoterapico con l'impiego di strumenti di efficacia scientifica significativa quali la "*Family based therapy*" per la modificazione degli stili relazionali interni al nucleo familiare
- sviluppare e qualificare la rete di servizi per la prevenzione e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare con particolare attenzione ai Centri ambulatoriali e ai Centri Diurni;
- sperimentare l'avvio di percorsi assistenziali in regime residenziale presso strutture specificatamente destinate ai Disturbi del comportamento alimentare prevedendo un numero di strutture non superiore ad una per Area Vasta.

L'infanzia e l'adolescenza e la continuità delle cure

In continuità con quanto indicato nei precedenti atti di programmazione (PISR 2007-2010 e PSR 2008/2010) si rende necessario confermare l'attenzione e l'impegno verso lo sviluppo di servizi per l'età evolutiva in grado di rispondere adeguatamente a bisogni molto differenziati e relativi a fasce di età diverse, che vanno dalla gravissima disabilità con elevato carico assistenziale, al disturbo di sviluppo in età prescolare e scolare, alla prevenzione del rischio psicopatologico legato al grave disagio sociale e alla sofferenza psichica adolescenziale.

Sarà necessario garantire che, al momento della presa in carico, venga definito un progetto riabilitativo/socio abilitativo individualizzato scritto e sia identificato un responsabile del processo di cura (*case manager*) che segua le diverse fasi del progetto, mantenga contatti con la famiglia e assicuri la continuità dell'assistenza, anche attraverso specifici protocolli per il passaggio dalla minore alla maggiore età.

Le molteplici attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione cui sono tenuti i servizi per la salute mentale infanzia ed adolescenza richiedono una forte integrazione con tutti i soggetti coinvolti che si occupano del bambino, dell'adolescente e della sua famiglia. Per poter rispondere in maniera più adeguata ai bisogni dell'infanzia e dell'adolescenza, è possibile delineare un percorso che preveda un continuum tra promozione della salute, prevenzione, accoglienza e presa in carico terapeutica abilitativa/riabilitativa, creando una rete tra servizi aziendali (consultori, Pediatri di libera scelta/Medici di Medicina Generale, centri consulenza giovani, servizi per la salute mentale adulti, Servizi per le tossicodipendenze, servizi sociali, educazione alla salute, ospedali) ed altri soggetti (scuole, università, associazionismo, Giustizia minorile e Tribunale per Minori ed Ordinario).

Fra i campi di intervento, in coerenza con il modello proposto dall'OMS e dalle indicazioni del Libro Verde Salute Mentale Infanzia Adolescenza della Commissione Europea, viene posta particolare attenzione alla promozione dei fattori protettivi e di resilienza, alla prevenzione e alla individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, ai fattori di rischio e agli indicatori di disturbo evolutivo, ponendo attenzione ad alcune fasce di età, particolarmente sensibili ai passaggi evolutivi: 0-3, preadolescenza, adolescenza.
Nella individuazione precoce dei disturbi neuropsichici vengono tenuti in considerazione i principali fattori di rischio, quali le condizioni genitoriali correlate a sviluppi patologici dell'infanzia, con una maggiore attenzione a tutelare e sostenere il bambino e l'adolescente nei suoi contesti ed a migliorare l'ambiente di vita: famiglia, scuola, tempo libero.
Per la specificità e complessità delle problematiche afferenti alla tutela e promozione della salute mentale in infanzia e adolescenza si rende necessario prevedere un coordinamento regionale dei servizi che a vario titolo si occupano di minori.

Prendersi cura dei minori con disturbi neuropsichici e degli adolescenti con disturbi psichici

I bambini che nascono con disabilità complesse e di lunga durata (paralisi cerebrali infantili, disabilità intellettive medie e gravi, sindromi genetiche come quella di Down, Angelman, Rett, del 22, ecc.) o che sviluppano una disabilità complessa nell'infanzia (disturbi autistici, malattie progressive e degenerative, esiti di traumi e neoplasie) hanno necessità di interventi multiformi ed articolati che devono essere sviluppati in un'ottica di sistema che includa il sociale, il sanitario e l'educativo. La presa in carico complessiva e longitudinale, che comprende sia le prestazioni diagnostiche che l'attuazione e il monitoraggio di interventi terapeutici e riabilitativi/abilitativi successivi alla diagnosi, deve includere famiglia e contesti di vita. E' necessario promuovere servizi per l'infanzia "centrati sulla famiglia"; le famiglie sono riconosciute come le esperte riguardo alle capacità/abilità e ai bisogni dei loro bambini e lavorano con i servizi affinché vengano prese decisioni consapevoli sugli interventi necessari. Occorre pertanto sviluppare servizi che promuovono l'*empowerment* della famiglia e il suo coinvolgimento nelle varie fasi del percorso, sulla base di modelli scientificamente validati.
Come evidenziato al paragrafo 2.2.1.6. "Riconoscere il disagio per prevenire la malattia mentale" del presente Piano, l'età adolescenziale è particolarmente soggetta al rischio di comparsa dei disturbi psichici. Il riconoscimento precoce del disagio attraverso un'azione condivisa tra servizi sanitari e sociali, scuola e altre agenzie educative e formative, pediatri di libera scelta e medici di medicina generale, consentirà di accogliere precocemente le situazioni che richiedono una complessiva e tempestiva presa in carico da parte dei servizi di salute mentale infanzia adolescenza. A tal fine, in continuità con quanto definito con il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, è necessario consolidare il processo avviato ponendo un'attenzione particolare alla necessità di assicurare la completa organizzazione della rete dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza con personale qualificato e specificatamente formato a lavorare con gli adolescenti.

Azioni

- prevedere che nel percorso di valutazione diagnostica, qualora siano necessari interventi multidisciplinari, sia individuato, tra i professionisti coinvolti, un referente che assicuri il coinvolgimento della famiglia nelle vari fasi
- promuovere l'integrazione tra servizi socio sanitari e la scuola per individuare modalità condivise per l'identificazione precoce dei disturbi della comunicazione e della relazione e per favorire la realizzazione di protocolli pedagogici ed educativi per minori affetti da disturbi neuropsichici con disabilità complesse, con particolare attenzione ai disturbi dello spettro autistico
- definire percorsi assistenziali integrati per l'accoglienza e la cura dei minori con disturbi psichici (gestione emergenza/urgenza in adolescenza, percorso disagio psicosociale, percorso continuità terapeutica nel passaggio dalla minore alla maggiore età; percorso abuso all'infanzia ed adolescenza);

- adottare linee guida che orientino le Aziende USL nella riorganizzazione del percorso diagnostico terapeutico e della risposta all'emergenza psichiatrica e psicopatologica in preadolescenza e adolescenza;
- identificare i trattamenti e gli strumenti di intervento scientificamente validati.

I disturbi specifici di apprendimento

I disturbi dell'apprendimento, di cui alla legge 170/2010, sono contraddistinti da una difficoltà significativa nell'acquisizione del controllo del codice scritto (lettura, scrittura, calcolo) che interferisce con il normale funzionamento adattivo; tali disturbi hanno un impatto negativo per l'andamento scolastico e/o per le attività della vita quotidiana. La diagnosi di disturbo specifico di apprendimento avviene in presenza di normodotazione intellettiva ed adeguate opportunità di apprendimento e in assenza di disturbi neuromotori o sensoriali o disturbi significativi della sfera emotiva e psicopatologici pre-esistenti. Con DGR 1159/2012, al fine di garantire l'individuazione precoce di tali disturbi, di definire il percorso diagnostico e le funzioni dei servizi socio-sanitari e della scuola, sono state adottate le "Linee guida per la diagnosi e gestione dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSAp)"; la Regione Toscana, avvalendosi della collaborazione dell'Agenzia Regionale di sanità, si impegna a monitorarne l'attuazione.

La presa in carico di persone con problemi di dipendenze e comorbidità psichiatrica

Come richiamato nel paragrafo 2.3.6.7 "Le dipendenze", la diffusione dell'uso di sostanze è uno dei grandi problemi della nostra società ed è un fenomeno che presenta importanti interazioni con la salute mentale, potendo essere sia concausa di disturbi psichici, soprattutto nei giovani, sia conseguenza di particolari fragilità psichiche e sociali.
La presa in carico delle persone che presentano problemi di salute mentale ed abuso di sostanze richiede una corresponsabilizzazione dei servizi per la salute mentale e di quelli per le dipendenze patologiche affinchè non si verifichino fratture, dissonanze o contraddizioni fra singoli interventi, ma progettualità e prassi efficacemente condivise. Non è pertanto più rinviabile una puntualizzazione sui livelli di collaborazione e coordinamento.

Azioni

- favorire l'omogeneità tra i sistemi informativi salute mentale e dipendenze, anche al fine di assicurare una gestione più appropriata degli interventi nei confronti delle persone con "doppia diagnosi"
- predisporre linee di indirizzo per la definizione delle modalità di presa in carico e dei percorsi assistenziali per i soggetti con "doppia diagnosi" garantendo la più ampia integrazione e collaborazione tra i servizi per salute mentale e quelli per le dipendenze, e prevedere un monitoraggio permanente sulla loro applicazione
- avviare forme di integrazione dipartimentale.

Il ruolo dell'Università nella rete dei servizi di salute mentale

L'Università rappresenta un nodo importante nella rete regionale dei servizi di salute mentale per l'assistenza, la didattica e la ricerca per la valutazione e l'innovazione. È necessario che questi tre livelli siano tra loro strettamente intrecciati in modo che i corsi di laurea, i master e le scuole di specializzazione formino operatori e dirigenti adeguati alle sfide che i servizi di salute mentale toscani hanno di fronte. Tenendo conto che all'interno dei servizi di salute mentale operano gruppi multi-professionali tenuti a formulare programmi di intervento a livello clinico, psicologico e sociale, occorrerà promuovere un tipo di formazione che sviluppi competenze per il lavoro di gruppo, capacità di integrarsi con altre professionalità del sistema e di promuovere rapporti con la comunità locale, in un'ottica di salute mentale di comunità.

Azioni

- Stilare protocolli d'intesa per l'effettuazioni di tirocini nei servizi territoriali per i laureandi e gli specializzandi di tutte le discipline inerenti i servizi per la salute mentale;

- Potenziare la ricerca sul rischio clinico e promuovere la ricerca sugli esiti;
- Promuovere collaborazioni fra università, scuole di specializzazione e Dipartimenti di salute mentale anche attraverso esperienze di Dipartimenti interaziendali nella gestione dell'assistenza territoriale e della formazione.

L'auto mutuo aiuto, il protagonismo dell'utente e la partecipazione

Il paziente non è solo portatore di bisogni ma anche di potenzialità nell'ambito del suo (e altrui) processo di cura. Lo stesso si può dire per i familiari. In questi anni si è avviato in Toscana un percorso che ha visto la nascita e lo sviluppo di gruppi e di associazioni di auto mutuo aiuto sia di pazienti che di familiari. Dalle esperienze realizzate emerge chiaramente che il paziente non è solo un "carico di lavoro" per i servizi bensì una risorsa in più a disposizione dell'altro e del funzionamento del sistema. Si avverte quindi l'esigenza di un maggiore confronto su queste esperienze e della loro diffusione nell'ambito di tutti i Dipartimenti di Salute Mentale valorizzando anche il lavoro sviluppato dalle Associazioni di volontariato, in particolare quelle degli utenti e dei familiari.

Le Aziende USL avranno cura di consolidare il funzionamento, a livello del Dipartimento di Salute Mentale, delle Consulte costituite da rappresentanti delle associazioni e gruppi di auto aiuto dei cittadini utenti e dei familiari che si occupano di salute mentale (DGR 1016/2007), con particolare riguardo alla rilevazione dei bisogni, alla programmazione delle azioni e alla valutazione di efficacia delle medesime. La Regione Toscana promuoverà incontri informativi con i rappresentanti delle Associazioni degli utenti e dei familiari sui programmi ed azioni riguardanti la salute mentale con particolare riferimento a quanto previsto del presente atto di programmazione.

Azioni

- Favorire l'applicazione del Protocollo d'Intesa tra Regione Toscana/Casa della Cultura/Rete regionale utenti salute mentale/AISME per la costituzione di un Centro regionale per la promozione e lo sviluppo dell'auto mutuo aiuto dei cittadini utenti della salute mentale (DGR 363/2010)
- favorire l'applicazione del Protocollo d'Intesa tra Regione Toscana e Coordinamento Toscano delle Associazioni per la salute mentale di cui alla DGR 404/2012
- promuovere azioni congiunte con gruppi e associazioni di auto mutuo aiuto per la lotta allo stigma e l'integrazione sociale, anche nell'ambito della scuola
- favorire la presenza dei cittadini utenti, in qualità di formatori, nei corsi di formazione destinati al personale dei servizi socio sanitari
- promuovere, in collaborazione con gruppi e associazioni di volontariato percorsi di formazione rivolti alla cittadinanza per incoraggiare un volontariato per la salute mentale.

2.3.6.7. Le Dipendenze

Di fronte al nuovo scenario dei consumi e delle dipendenze da sostanze illegali, legali (Alcol e Tabacco) e delle dipendenze senza sostanze (es. Gioco d'Azzardo Patologico, videogiochi, internet, shopping compulsivo, etc.) occorre ripensare complessivamente le strategie di prevenzione e cura nonché l'organizzazione del sistema dei servizi, offrendo una gamma di trattamenti sufficientemente differenziata, flessibile, accogliente e prossima alla domanda per tutte le tipologie di consumo. Allo stesso tempo è indispensabile non abbassare la guardia nei confronti della dipendenza da eroina più tradizionale e prevedendo percorsi innovativi per la maggior parte delle persone in carico ai servizi (i cosiddetti "cronici") in considerazione del fatto che molti di essi presentano un'età avanzata ed un quadro sanitario e sociale di notevole complessità. In particolare gli interventi di tutela della salute, di riduzione del danno e di reinserimento sociale e lavorativo devono rimanere centrali.
Una delle principali criticità riscontrate è la diversificazione locale degli assetti organizzativi per le dipendenze, che si sono progressivamente allontanati dal modello organizzativo indicato negli atti regionali di programmazione sanitaria e sociale a partire dal PSR 1996/1998, indebolendo di fatto i servizi e rendendo gravosa e complessa l'assistenza delle persone con problemi di dipendenza nei suoi diversi livelli assistenziali (prevenzione, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, inserimenti sociali e lavorativi). Occorre pertanto che il modello organizzativo consenta, nell'attuale contesto economico e finanziario che si prospetta, anche per il futuro, particolarmente difficile, di garantire l'appropriata gestione delle risorse e di assicurare standard uniformi di assistenza su tutto il territorio regionale. E' quindi indispensabile che le strategie regionali siano sostenute ed applicate a livello locale da assetti organizzativi omogenei, dinamici ed efficienti. Si ribadisce pertanto il seguente assetto organizzativo già indicato nel PSR 2008/2010:

a) I SERT
Le Aziende USL adottano i necessari atti affinché i SERT assicurino (anche alle persone in condizioni di detenzione) la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti legali e illegali e da dipendenza senza sostanze, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, con particolare riferimento alle malattie infettive, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, e svolgano le funzioni ad essi assegnati da disposizioni regionali e nazionali.
I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei SERT sono quelli disciplinati dalla deliberazione del Consiglio regionale n. 70 del 19 luglio 2005 e dal regolamento di attuazione della l.r. 51/2009.
I SERT vengono riconosciuti come strutture complesse qualora abbiano un'utenza in trattamento con dipendenze da sostanze illegali e legali non inferiore alle 400 unità.
Per la definizione di soggetto in trattamento le aziende USL faranno riferimento alla tabella 1 del DM 444/90.
Il carico di utenti dovrà risultare dai dati estratti, in ambito aziendale, dal Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze (SIRT).

b) I Dipartimenti delle Dipendenze
Le Aaziende USL, al fine di assicurare l'omogeneità dei processi assistenziali e delle procedure operative nonché l'integrazione tra prestazioni erogate in regimi diversi, costituiscono il Dipartimento di coordinamento tecnico delle dipendenze.
Il Coordinatore del Dipartimento partecipa ai processi decisionali della direzione dell'azienda USL nelle forme e con le modalità stabilite nei regolamenti aziendali.

Le sostanze illegali

Contesto

Gli andamenti dei numeri assoluti dei soggetti in carico nei SERT toscani dal 1991 al 2011 mostrano un tendenziale aumento dell'utenza totale che è determinato dalla prolungata ritenzione in trattamento nei SERT dei soggetti tossicodipendenti. Infatti, i numeri relativi alla nuova utenza in 20 anni di rilevazione, rimangono sostanzialmente stabili e passano da 2.397 a 2.353 soggetti. Gli utenti già in carico risultano invece più che raddoppiati (da 4.273 utenti a 12.063). Dalla distribuzione per classi di età degli utenti stratificati per sesso e tipologia, emerge che in entrambi i generi, gran parte degli utenti già in carico, si concentra nella fascia di età maggiore dei 39 anni. L'andamento dell'età media nei 20 anni di rilevazione registra un tendenziale aumento in entrambe le tipologie di utenza (Maschi e femmine). Per i "vecchi" utenti si passa dai 28 ai 36 anni e, per i "nuovi" utenti ai 30 anni. Per quanto concerne le sostanze d'abuso utilizzate dai tossicodipendenti in carico ai SERT nel 2011 risulta che il 72,3% degli utenti sono assuntori di eroina, il 14,1% di cocaina e il 9,7% di cannabis. La sostanza primaria maggiormente assunta per via endovenosa è ancora l'eroina seguita dagli oppiacei e dal metadone (rispettivamente 67%, 36% e 14,5%). L'uso secondario riguarda per il 35,4% il consumo di cannabis, per il 26,9% la cocaina e per il 14,9% l'alcol. I dati sui decessi per overdose sono sovrapponibili alla media italiana (0,9 per 100.000 residenti).

La scena del consumo di sostanze è cambiata e con essa sono cambiati i significati e la percezione del termine "comportamento a rischio" in particolare da parte dei consumatori e degli operatori del settore:

- Il consumo di cocaina è in rilevante aumento ma in realtà la variabile più significativa è rappresentata dal policonsumo, in particolare tra i giovani tra i 15 ed i 24 anni, che assumono cocaina ed altri psicostimolanti assieme ad alcol ed a cannabis.
- La percezione soggettiva e collettiva del consumo di sostanze è mutata e spesso viene vissuta come socializzante e come fattore di successo. Alla nota figura del "tossicodipendente" emarginato, fenomeno ancora purtroppo presente, si affianca la figura del policonsumatore che utilizza sostanze in contesti socializzanti per finalità ricreazionali e prestazionali, spesso con scarsa percezione del rischiio e della legalità.
- L'uso di eroina tuttavia non è in calo in quanto si assiste ad un aumento della popolazione seguita dai servizi pubblici e del privato sociale per questo problema.
- Accanto ai dati preoccupanti sulla diffusione delle sostanze si riscontra una forte disponibilità dei consumatori contattati alla relazione con operatori impegnati in interventi di prossimità; questi operatori, formati in modo specifico, devono contribuire a far accedere i consumatori il più precocemente possibile ai servizi competenti. E' necessaria maggiore integrazione tra i loro interventi e quelli dei servizi deputati alla prevenzione e cura.
- I comportamenti legati al consumo/abuso di sostanze contribuiscono alla percezione sociale di insicurezza nelle nostre comunità locali e alla richiesta di "controllo del territorio" e di ripristino della legalità, anche se il dispiegamento della rete di riduzione del danno (insieme al mutamento dei consumi verso stili maggiormente "integrati" ha negli ultimi anni diminuito il fenomeno delle "scene della droga" che più contribuivano all'allarme sociale.
- Gli elementi di conoscenza rispetto al consumo di sostanze evidenziano che rispetto ai molti consumatori, i soggetti dipendenti sono una minoranza. Esiste invece una continuità tra il consumo ed il consumo problematico (rappresentato per lo più da "picchi" di consumo, ossia da fasi e periodi di uso intensivo o più intensivo) anche in situazioni episodiche, che non si legano alla classica parabola della dipendenza.
- Importante è l'attività della Rete dei Centri di Documentazione sulle Dipendenze della Regione Toscana (RETECEDRO), quale strumento di divulgazione scientifica sui temi d'interesse nel settore delle dipendenze patologiche, formazione e aggiornamento degli operatori impegnati nelle attività di prevenzione, assistenza, cura, trattamento e reinserimento sociale di soggetti consumatori/dipendenti.

Obiettivi

- ridurre il consumo di sostanze legali e illegali;
- favorire una maggiore consapevolezza sui rischi per la salute derivanti dall'uso e abuso di sostanze stupefacenti legali e illegali, in particolare nella popolazione giovanile;
- favorire un accesso immediato (bassa soglia di accesso) ai servizi alle persone che chiedono assistenza e aiuto e la libertà di scelta dei cittadini con problemi di dipendenza tossico/alcol.

Azioni

- spostare l'attenzione dalle sostanze ai comportamenti;
- favorire l'offerta di interventi nella direzione di una "presa in carico leggera" e limitata nel tempo (di consulenza e di aiuto al monitoraggio dei consumi), per potenziare le risorse degli utenti verso il superamento dei periodi di uso più intensivo e rischioso;
- promozione, soprattutto tra i giovani, una coscienza critica nei confronti dei consumi e l'offerta di una sponda di informazione, comunicazione ed aiuto a consumatori e non, con la finalità di tutelare la salute di tutti;
- sviluppare relazioni tra soggetti diversi all'interno delle istituzioni pubbliche, fra queste ed il privato sociale, che costituiscono le premesse per la costruzione di un sistema di protezione per le persone, le famiglie e le comunità locali;
- favorire l'integrazione sociosanitaria per garantire una reale assistenza integrata in particolare per quanto concerne le situazioni più complesse, di difficile incasellamento nei tradizionali settori di intervento;
- rendere effettiva la libertà di scelta del luogo di cura e dei professionisti sulla base delle risultanti della sperimentazione approvata dalla DGR 1102/2012.

L'alcol

Contesto

Nel 2008 gli utenti alcoldipendenti che sono risultati in carico presso i Servizi Alcologici territoriali toscani sono stati 4.721, di cui il 68,7% maschi e il 6,6% nuovi utenti. In generale, gli andamenti temporali dal 1997 ad oggi mostrano un aumento sia dei nuovi (da 846 a 1.254) sia di utenti già in carico che si triplicano (da 1.240 a 3.467). Questo aumento può ricondursi al miglioramento dell'offerta dei servizi di cura e ad una loro maggiore visibilità sul territorio. Tuttavia, considerando che, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, circa un milione di persone (2%) in Italia presenta problemi di alcol dipendenza, in Toscana circa 45.000 persone non stanno seguendo un programma di trattamento presso i Servizi territoriali.
La distribuzione per età degli utenti, stratificati per tipologia e per sesso indica una concentrazione maggiore degli utenti (sia nuovi che già in carico) di entrambi i generi, nella classe d'età tra 40 e 49 anni; in particolare per le donne.

Obiettivi

- aumentare la consapevolezza dei rischi legati al consumo di alcol
- ridurre il consumo di alcol nelle fasce di popolazione maggiormente a rischio (minori, adolescenti, giovani, donne in gravidanza, anziani etc.

Azioni

- rafforzare le equipe alcologiche territoriali anche coinvolgendo e integrando gli operatori dei servizi pubblici con le associazioni e gruppi di auto aiuto maggiormente coinvolte nella tematica quali l'ARCAT, gli Alcolisti Anonimi, Alateen e Alanon, l'OGAP etc., nelle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo;
- sviluppare politiche di controllo e monitoraggio della distribuzione e commercializzazione di bevande alcoliche al fine di tutelare la salute della comunità ed in particolare per la popolazione giovanile;
- potenziare e diffondere in tutte le aziende USL l'azione regionale denominata "Divertimento Sicuro" finalizzata alla prevenzione dei rischi causati dal consumo rischioso/dannoso di alcol

nella popolazione giovanile con particolare riferimento ai contesti di aggregazione e del divertimento, secondo l'approccio del piano "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari";
- coinvolgere l'intera comunità locale (istituzioni pubbliche, Enti locali, Associazionismo, Cooperative, rappresentanti delle associazioni di categoria, volontariato, etc) affinché vengano promosse politiche, azioni e interventi coerenti finalizzati alla protezione della popolazione dai rischi causati dal consumo rischioso/dannoso di alcol, secondo l'approccio di comunità;
- sostenere le attività delle Associazioni coinvolte nella tematica quali l'ARCAT, gli Alcolisti Anonimi, Alateen e Alanon, l'OGAP;
- rafforzare il ruolo di coordinamento tecnico-scientifico del Centro Alcologico Regionale (CAR) ubicato presso l'AOU Careggi, valorizzando le funzioni di: prevenzione, assitenza, formazione, ricerca;
- integrare, con provvedimento aziendale, le funzioni del Centro Alcologico Regionale di cui alla deliberazione del Consiglio regionale n. 281 del 1998, prevedendo anche un'attività di continuità assistenziale intra ed extra ospedaliera regionale con possibilità di ricovero ordinario, day hospital e ambulatoriale per problemi e patologie alcolcorrelate, in collaborazione con i servizi territoriali;
- garantire una costante formazione alcologica, in linea coi modelli promossi a livello internazionale dall'OMS e dalla Commissione Europea, per tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, ostetriche, psicologi, assistenti sociali, MMG, pediatri di libera scelta, etc..).
- rinforzare le azioni di contenimento sui rischi alcol-correlati in ambito lavorativo, in collaborazione con i medici del lavoro e con i Centri di Consulenza Alcologici;
- rinforzare le azioni di contenimento sui rischi alcol-correlati alla guida di veicoli, in collaborazione con le commissioni patenti e con i Centri di Consulenza Alcologici;

Il tabacco

Contesto

Il fumo è la prima causa di morte attribuibile. La Regione Toscana ha da anni sviluppato un'ampia azione tesa a favorire la cessazione dal fumo di tabacco, tra cui la costruzione di una diffusa rete nel territorio toscano di Centri antifumo collocati sia nei Servizi per le dipendenze che in ambito ospedaliero. Nonostante gli sforzi profusi non sono ancora molti i fumatori che si rivolgono a tali servizi.

Obiettivi

- incentivare i fumatori a rivolgersi ai Centri antifumo delle aziende sanitarie della Toscana
- proteggere le persone, in particolare i minori e le donne in gravidanza, dai rischi derivanti dal fumo passivo.

Azioni

- intervenire nei confronti di particolari categorie a rischio quali donne, donne in gravidanza, minori e adolescenti
- sviluppare azioni di sensibilizzazione nei confronti del fumo passivo in ambienti di lavoro, domestici, ricreativi (bar, pub, ristoranti, discoteche etc), nelle auto private;
- favorire gli interventi di disassuefazione nei soggetti portatori di gravi patologie fumocorrelate;
- attivare percorsi di formazione al counseling per operatori sanitari e MMG;
- intervenire in ambito scolastico secondo il modello sviluppato dal progetto UNPLUGGED;
- rafforzare la rete regionale di contrasto al tabagismo anche attraverso la funzione dei Centri antifumo;
- potenziare la *quit-line* regionale per attività informative, di counseling e di supporto e invio ai centri Antifumo del territorio.

Le dipendenze senza sostanze – Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

Contesto

Studi epidemiologici promossi e finanziati dalla Regione Toscana e realizzati sia dall'Agenzia Regionale di Sanità che dall'Università degli Studi di Firenze, confermano che anche in Toscana il gioco d'azzardo è abbastanza diffuso e le persone con problematiche legate al Gioco d'Azzardo Patologico si stimano siano tra lo 0,8 e l'1,5% della popolazione adulta.
La Toscana è stata tra le prime regioni italiane a prestare attenzione al fenomeno del Gioco d'Azzardo Patologico.
Le azioni progettuali sviluppate nel corso degli ultimi anni, unitamente al crescente interesse generale per la tematica del Gioco d'Azzardo Patologico, hanno fatto emergere la necessità di sviluppare azioni più organiche e integrate per la prevenzione, primaria e secondaria, e per l'allestimento di una rete di protezione socio-sanitaria in grado di farsi carico delle persone con problematiche di Gioco d'Azzardo Patologico.
Il crescente numero di persone che si rivolgono ai Servizi per le Dipendenze della Toscana per essere aiutate e curate ha indotto la Regione Toscana ad avviare azioni tese a ridurre il numero dei giocatori a rischio, attraverso iniziative di informazione e prevenzione estese sull'intero territorio regionale e l'assistenza alle persone e alle loro famiglie che presentano ormai una dipendenza conclamata da gioco d'azzardo patologico con la realizzazione di una rete territoriale di servizi ambulatoriali qualificata e professionalmente in grado di farsi carico delle persone con tale problema, nonché una sperimentazione di una struttura residenziale breve per la cura dei giocatori patologici (ORTHOS).
L'azione che è stata costruita si è sviluppata secondo 4 direttrici: Prevenzione primaria, Prevenzione secondaria, Formazione degli operatori, Trattamento ambulatoriale e, per i soggetti più compromessi, la sperimentazione di una comunità residenziale.
L'azione ha consentito l'avvio di un percorso di alta integrazione tra servizi, la condivisione e il confronto di buone prassi operative e la creazione di una rete territoriale in grado di fornire risposte adeguate alle richieste di aiuto provenienti dalle persone con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico e dai loro familiari.
L'estesa azione regionale ha anticipato i contenuti relativi alla prevenzione e cura del Gioco d'Azzardo Patologico stabiliti dal d.l. 158/2012 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, che all'art. 5 riconosce il GAP come una malattia e ne prevede il suo inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza.
Anche in virtù di queste disposizioni normative occorre rafforzare la rete territoriale dei servizi pubblici e del privato sociale ed intervenire precocemente sul versante della informazione e della prevenzione nonché promuovere e definire percorsi assistenziali socio-sanitari per un'efficace presa in carico delle persone affette da ludopatia e per fornire supporto ai loro familiari.

Obiettivi

- proteggere la popolazione toscana ed in particolare le fasce maggiormente a rischio (giovani, anziani, categorie socialmente deboli) di sviluppare una dipendenza dal gioco d'azzardo;
- sviluppare nella popolazione toscana una maggiore attenzione al gioco responsabile evitando comportamenti a rischio che possono sfociare in una vera e propria dipendenza dal gioco;
- allestire una rete di protezione sociale che si prenda cura delle persone, e delle loro famiglie, con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico.

Azioni

- intervenire sui tavoli nazionali per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sul Gioco d'Azzardo patologico;
- potenziare gli interventi di sensibilizzazione, informazione, e prevenzione sui rischi legati al Gioco d'Azzardo Patologico;
- potenziare i servizi pubblici delle Aziende USL (SERT) e quelli del privato sociale, in un'ottica di integrazione; per fornire efficaci risposte di aiuto e cura alle persone, e alle loro famiglie, con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico;

- favorire la formazione e l'aggiornamento degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale sul GAP;
- proseguire con la sperimentazione residenziale breve per la cura dei giocatori patologici denominata ORTHOS fino a quando non saranno definiti i LEA per il GAP."

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

Il riordino delle strutture semiresidenziali e residenziali, sia a gestione pubblica che degli Enti Ausiliari, iscritti all'Albo regionale ai sensi della L.R. 54/1993, avviato dal 2003, ha perfezionato la specificità dei servizi e si è dimostrato di fondamentale importanza nel percorso di cura e riabilitazione per le persone con problemi di tossico-alcoldipendenza.
Tutte le strutture, sia pubbliche che degli Enti Ausiliari, hanno raggiunto l'adeguamento ai requisiti minimi strutturali, organizzativi e funzionali previsti dalla normativa di riferimento (l.r.54/1993 e DGR 1165/2002).
In virtù di questo risultato, possiamo affermare che, ancora ad oggi, la Toscana è tra le poche regioni d'Italia ad aver concluso un percorso di riordino così complesso che, grazie al lavoro comune tra operatori pubblici e privati, ha prodotto, quale ulteriore risultato, un'approfondita ed estesa conoscenza dei punti di forza e delle criticità del sistema.
Un' ulteriore qualificazione del sistema si è ottenuto con la legge regionale n. 17 ottobre 2012, n. 57 (Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento"), pubblicata sul Bollettino Ufficiale n. 56, parte prima, del 22 ottobre 2012, in quanto sono state rimosse le cause normative che impedivano alle strutture di riabilitazione per tossicodipendenti il passaggio a pieno titolo nella normativa che regola l'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti sia a gestione pubblica che del privato sociale.
La definizione dei requisiti autorizzativi di esercizio e di accreditamento di tali strutture e il loro inserimento nel regolamento emanato con decreto del Presidente della Giunta regionale 24 dicembre 2010 n. 61/R (Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento") porterà a pieno compimento il processo di integrazione e qualificazione che anche per il settore delle dipendenze caratterizza il modello toscano e consentirà di definire e sviluppare nuove tipologie di servizi residenziali, quali le strutture per minori, per rispondere in modo efficace e appropriato ai nuovi bisogni emergenti.
Infatti l'ottimo rapporto di integrazione tra la Regione Toscana, i servizi pubblici e gli Enti Ausiliari, sancito a partire dal 1998 con la sottoscrizione del primo Patto di Collaborazione, al quale si è aggiunto nel 2009 la sottoscrizione del Protocollo di Intesa e, nell'anno 2011, la sottoscrizione dell'Accordo di Collaborazione triennale avvenuta il 1° luglio, ha portato valore aggiunto alla comprensione dei bisogni, alla stabilizzazione del sistema, all'inizio di una nuova e più stringente collaborazione tra servizio pubblico e Enti Ausiliari tesa a garantire risposte qualificate e appropriate ai molteplici e mutevoli bisogni delle persone con problemi di dipendenza, allargando l'orizzonte di azione anche in contesti e interventi innovativi, diversi dalla ormai consolidata rete sulla residenzialità disciplinata dalla DGR 1165/2002.

Il reinserimento sociolavorativo e la prevenzione delle ricadute

Un numero non trascurabile di persone tossicodipendenti in trattamento nei servizi pubblici e degli Enti Ausiliari fatica a trarre adeguato beneficio dalle cure sanitarie a causa della loro elevata situazione di emarginazione sociale. Un certo numero è stato in trattamento e non lo è più anche a causa di tali condizioni. Sono persone che vivono in strada, con molti anni di dipendenza per via endovenosa e talvolta recidive nell'esperienza carceraria; alcune sono co-portatrici di problematiche psichiatriche, altre appartengono a minoranze etniche, sovente sono affette da malattie infettive. Ne consegue che il rapporto con i servizi è caratterizzato da discontinuità, da contatti a singhiozzo, da ripetuti ingressi ed uscite, rendendo difficile una vera e propria "presa in carico" finalizzata alla cura e all'inserimento sociale e lavorativo. Le elevate difficoltà psicosociali,

che tali persone attraversano, precludono una più auspicabile compliance alla cura, per cui ne risente lo stesso trattamento farmacologico ed il suo necessario monitoraggio.
Le ragioni dell'utilità di mantenere tale particolare tipo di utenza in trattamento o di "attrarla" in trattamento, rispondono ad un triplice profilo:

a) L'aiuto alla persona, affinché possa trarre pieno beneficio dalla cura, sia della dipendenza che di altre malattie correlate;
b) Un maggior controllo di sanità pubblica sulla diffusione delle malattie infettive. La popolazione tossicodipendente è notoriamente considerata "aperta" da un punto di vista epidemiologico;
c) Una ricaduta positiva sulla "scena della droga" rispetto a problematiche di microcriminalità ed ordine pubblico.

E' ormai dimostrato, da numerose ricerche e dall'esperienza di questi anni nei servizi per le tossicodipendenze pubblici e del privato sociale, che interventi "intensivi" di integrazione sociale e di accompagnamento relazionale ottengono decisivi miglioramenti rispetto alle cure: sia per i trattamenti prolungati con farmaci sostitutivi, sia per i necessari ricoveri che per la cura sistematica delle malattie correlate.
I percorsi di assistenza e cura alle persone con problemi di dipendenze si orientano sempre più in direzione di una forte differenziazione. L'esperienza ha dimostrato come una delle risposte maggiormente utilizzate nei trattamenti sia stata quella degli inserimenti lavorativi, sia direttamente connessi al trattamento, sia come anello conclusivo di un percorso terapeutico che trova in questo il raggiungimento di un obbiettivo.
Le evidenze di cui attualmente si dispone rispetto a tali tipi di azioni risultano ancora patrimonio di pochi addetti ai lavori e le modalità con cui sono stati costruiti percorsi e procedure sono molto legate alle capacità dei singoli professionisti che derivanti da un intervento di "Sistema", capace di darsi procedure standardizzate di applicazione degli interventi e di verifica dei risultati, capaci quindi allo stesso tempo di creare prassi e modalità operative trasferibili con relative risorse finanziarie occorrenti che, in molti casi allo stato attuale, non vengono garantiti.
Per tali motivi la Regione Toscana ha promosso e sostenuto un progetto sperimentale, tutt'ora in corso, che vede coinvolto l'intero sistema regionale dei servizi pubblici e degli Enti Ausiliari.
L'azione, monitorata e valutata dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, ha quindi come finalità quella dell'identificazione, della sperimentazione e della valutazione di un modello per gli inserimenti lavorativi che abbia come obiettivo fondamentale il progressivo reinserimento nel mondo lavorativo e sociale di persone tossicodipendenti ed alcoldipendenti. Lo scopo, dunque, è quello di individuare gli strumenti e le modalità più idonee a consentire, da un lato, la presa in carico globale del soggetto svantaggiato attraverso la condivisione di un percorso mirato all'accrescimento delle autonomie e, dall'altro, a mettere i servizi preposti, pubblici o privati, nelle migliori condizioni per poter attuare processi di inclusione sociale delle persone tossicodipendenti e alcoldipendenti.

Gli interventi di recupero in ambito penitenziario e le misure terapeutiche alternative alla detenzione

L'attenzione alla cura delle persone detenute con problemi di tossico-alcoldipendenza e al problema del sovraffollamento delle carceri si è ulteriormente rafforzata con l'adozione della DGR 848/2010 (Trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie penitenziarie. Interventi di inserimento in comunità terapeutiche di soggetti detenuti tossico-alcoldipendenti - misure alternative alla pena - e definizione del percorso assistenziale. Determinazioni).
Con la suddetta delibera la Giunta ha voluto:

- equiparare il percorso di presa in carico dei detenuti tossico-alcoldipendenti in tutte le sue fasi, compreso l'inserimento in Comunità terapeutica per lo svolgimento di uno dei programmi terapeutici definiti dalla DGR 1165/2002, alle stesse condizioni economiche e terapeutiche previste per le persone tossico-alcoldipendenti in libertà in carico ai servizi territoriali;
- istituire uno specifico tavolo di lavoro composto dal Garante dei Diritti dei Detenuti, da rappresentanti del Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze, dal Provveditorato Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria della Toscana, dalla Magistratura di Sorveglianza e dall'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, per l'elaborazione di una proposta di percorso

assistenziale e procedure idonee per la presa in carico di persone detenute tossico/alcoldipendenti sottoposti a misure alternative alla detenzione, qualora vogliano o abbiano già intrapreso programmi di recupero.

Il documento prodotto dal tavolo è stato approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1232 del 27 dicembre 2011 (Approvazione Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcoldipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere e destinazione risorse) che ha altresì destinato allle aziende USL toscane risorse aggiuntive per favorire l'incremento dei percorsi di cura all'esterno del carcere, sia con programmi ambulatoriali che residenziali in Comunità terapeutiche.

La Giunta è impegnata a monitorare l'effettiva applicazione delle linee di indirizzo e a valutarne l'efficacia.

La finalità è quella di elaborare un percorso assistenziale e procedure idonee per la presa in carico di persone detenute tossico/alcoldipendenti sottoposte a misure alternative alla detenzione, qualora vogliano o abbiano già intrapreso programmi di recupero, da garantire in maniera uniforme su tutto il territorio regionale.

Coordinamento

Le attività di coordinamento a livello regionale, finalizzate all'attuazione di interventi in un'ottica di integrazione complessiva, verranno poste in essere attraverso il Comitato regionale di Coordinamento sulle dipendenze, istituito con DGR 13/2009 e dei Coordinamenti locali sulle dipendenze previsti dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010 che dall'Accordo di Collaborazione tra la Regione Toscana, le aziende USL e il Coordinamento degli Enti Ausiliari della Regione Toscana sottoscritto in data 1° luglio 2011.

La condivisione, da parte di tutti i soggetti partecipanti all'implementazione delle politiche antidroga, degli obiettivi generali da raggiungere costituisce il presupposto essenziale per l'azione di coordinamento.

In tale contesto, devono essere valorizzati il coordinamento delle Amministrazioni pubbliche competenti nell'attuazione delle politiche antidroga, la territorialità degli interventi e il ruolo delle istituzioni pubbliche e degli organismi del volontariato e privato sociale locali, come strumenti per la realizzazione dell'integrazione delle politiche socio-sanitarie sul territorio.

Tali azioni vanno attuate con la collaborazione di tutti i soggetti pubblici (in particolar modo gli Enti locali) e del Terzo settore coinvolti, ciascuno con responsabilità e ruoli diversi, fin dalla fase di lettura dei bisogni e di definizione dell'offerta, sperimentando anche percorsi innovativi che rispondano al mutare dei bisogni.

2.3.6.8. Una politica abitativa di supporto alla domiciliarità:

2.3.6.8.1. Gli alloggi temporanei in risposta all'emergenza

Contesto
A seguito della crisi economica di questi anni, si è posta in enorme evidenza anche la crisi della perdita della casa a questa legata. A questo si aggiungono le necessità, sempre avute nel tempo, di alloggi per il superamento temporaneo di altre situazioni critiche.
Spesso le Amministrazioni si trovano a fronteggiare crisi dovute a perdita dell'abitazione a seguito di sfratti, eventi accidentali, oppure a richieste straordinarie immediate per brevi periodi per persone rientranti nella libertà a seguito della fine di misure di restrizione penale, o per la presenza subitanea di nuclei di persone immigrate o Rom. A questo si aggiunge la richiesta di alloggi cosiddetti "volano" atti a favorire il rientro delle persone nel sistema alloggiativi normale dopo essere vissute in clandestinità e/o marginalità sociale.
Queste tipologie di alloggio, "emergenziale e/o volano", sotto la forma di appartamenti o di alloggi comunitari, sono presenti sul territorio regionale, ma non risultano chiare la quantità presente, la destinazione specifica, (se la hanno), la titolarità e l'ubicazione, rendendo difficile, ma soprattutto non razionale, il loro utilizzo. Inoltre, non conoscendo bene la reale situazione degli stessi diventa oltremodo difficile indirizzare correttamente gli Enti quando, di fronte a bisogni improvvisi, questi hanno necessità di accedere ad informazioni più precise sulla disponibilità a livello territoriale più vasto.

Obiettivi
Per superare tale problematicità, ma soprattutto per cercare di fornire agli Enti interessati una mappa puntuale degli alloggi presenti sul territorio toscano, è intenzione della Regione effettuare un monitoraggio capillare dello stato attuale, immettendo i dati ottenuti in un database da aggiornare in continuo ed i cui risultati siano consultabili dagli EELL. Sarebbe inoltre intenzione della Regione far si che almeno una parte degli alloggi censiti e di proprietà degli EELL, o di altra proprietà ma da questi gestiti o prontamente utilizzabili, fossero messi in "rete" così da poter favorire un utilizzo non solo da parte dell'Ente titolare, ma anche da parte degli Enti limitrofi che ne avessero necessità mediante una opportuna regolamentazione di utilizzo.
Questo permetterebbe un più razionale utilizzo delle risorse presenti evitando che tutti gli Enti si debbano dotare di una dotazione strumentale tarata sul bisogno del momento, ma sproporzionata se rapportata al bisogno medio regionale.

Azioni
L'azione principale riguarderà la mappatura delle strutture presenti sul territorio regionale e non rientranti nelle categorie ad oggi eventualmente censite, con eventuale raccordo con queste, con la creazione di un database regionale e di una scheda di monitoraggio ed aggiornamento costante/periodico consultabile dagli EELL.
A questa si aggiungerà la creazione di un sistema di accordi territoriale per l'utilizzo in rete di parte delle risorse di alloggi presenti.

2.3.6.8.2. L'intervento nel mercato degli affitti

Contesto
Il Fondo di sostegno alla locazione, previsto dall'art. 11 della legge 431/98, ha riguardato, nel corso dell'anno 2009, 20.439 beneficiari con l'erogazione di un contributo Stato/Regione pari a 17.452.000 euro.
Nel 2010 l'ammontare del contributo disponibile è sceso a € 16.985.000, mentre le domande di contributo sono state 25.318, e non tutte saranno soddisfatte.

Obiettivo
A fronte di un annunciato taglio quasi totale del trasferimento statale per il Fondo di sostegno alla locazione, l'obiettivo regionale è quello di mantenere l'entità delle risorse proprie autonomamente investite per attivare comunque una azione di sostegno verso quei soggetti che non sono in grado di sostenere gli oneri sono del mercato privato della locazione.

Azioni
- ricostituzione di una disponibilità adeguata del Fondo di sostegno alla locazione, attraverso una azione di pressione in conferenza Stato Regioni per alleggerire il taglio previsto, sia intervenendo con risorse proprie
- costituzione di un "fondo sfratti" per consentire ai comuni di intervenire nelle situazioni critiche per cercare di evitare il provvedimento di rilascio, attraverso la copertura di alcune mensilità di canone in caso di morosità, eventualmente in sinergia con l'attività da svolgere attraverso le "Agenzie sociali per la Casa" là dove vi siano i presupposti e le caratteristiche di "morosità incolpevole" del beneficiario finale
- perseguire il passaggio da casa a casa per le famiglie sottoposti a provvedimenti di sfratto, sia per finita locazione che per morosità incolpevole, anche attraverso strumenti concertativi con Prefetture e Comuni.

2.3.6.8.3. Promozione dell'accessibilità: barriere architettoniche, progetti sperimentali sull'accessibilità

Le libertà di movimento e di autodeterminazione sono diritti inviolabili della persona e le Pubbliche amministrazioni devono operare per rimuovere gli ostacoli, di qualunque natura, che le inibiscono o le limitano.
Il rispetto di un diritto inalienabile ha come base il concetto di accessibilità, intesa non solo in termini di raggiungibilità ma che ingloba anche i requisiti di fruibilità, di praticabilità, dotazione di arredi e attrezzature, sicurezza d'uso, identificabilità e comfort.

Contesto
Le l.r. 47/1991, l.r. 66/2003 e la l.r. 1/2005, hanno introdotto importanti novità che insistono sia nello snellimento delle procedure per ottenere i contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche sia sull'attenzione all'accessibilità nei nuovi insediamenti.
Ogni anno, le risorse regionali previste annualmente con legge di bilancio per il finanziamento dei contributi per gli interventi di eliminazione delle barriere architettoniche nelle civili abitazioni (articolo 5 bis della l.r. 47/91 e regolamento di attuazione di cui al DPGR 11/R/2005), sono assegnate ai soggetti titolari dell'esercizio delle funzioni (Comuni singoli o associati) con un atto deliberativo che le ripartisce ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della predetta l.r.47/91.

Sfide
A quasi trent'anni dalle prime norme tecniche per l'eliminazione delle barriere architettoniche (DPR 384/1978) occorre ammettere che, per le persone disabili, il principio delle pari opportunità non è completamente riconosciuto.
Sovente il progettista fornisce risposte, in termini di accessibilità, senza conoscere le esigenze delle persone disabili, si considera la tematica dell'accessibilità alla fine del processo decisionale, col solo scopo di soddisfare le prescrizioni normative, si realizzano edifici, spazi e oggetti d'uso solo in apparenza accessibili o adattabili e sovente si trascurano le esigenze delle persone disabili diverse dal motuleso su carrozzina o dall'anziano e dal bambino.

Obiettivi
La grande sfida offrire una società " a misura di persona "
Promuovere l'accessibilità, come tolleranza, coesione e integrazione sociale, come valore collettivo ed espressione di un processo conoscitivo ed esperenziale che favorisca la comprensione e l'accettazione delle diversità anche attraverso l'emanazione di apposite linee guida e sostenendo

l'accessibilità e la fruibilità degli edifici e spazi pubblici. È necessario coinvolgere, nella fase di progettazione e di realizzazione, i portatori di interesse (disabili motori e sensoriali), per testare l'accessibilità effettiva del progetto.
Emanazione di apposite linee guida, individuando altresì i criteri per la definizione di indicatori e parametri volti a garantire un sistema omogeneo e continuo di informazioni e conoscenze relative all'ambiente costruito, teso a favorire il processo di programmazione sul territorio, indicando le forme di compatibilità e fattibilità, con particolare riferimento alle zone caratterizzate da forme di degrado insediativo urbano e territoriale, in rapporto agli indirizzi forniti dalla normativa in materia di recupero e qualificazione dei sistemi insediativi.

I principali sistemi su cui intervenire con azioni efficaci e coordinate:

- il sistema dei servizi alla persona e delle attività di prevenzione
- il sistema della promozione della cultura dell'accessibilità e della partecipazione
- il sistema dei tempi e degli spazi della città
- il sistema della mobilità
- evidenziare che l'accessibilità è strumentale al conseguimento del principio di pari opportunità delle persone
- affrontare il tema dell'accessibilità partendo dalle esigenze delle persone 'reali' descrivendone accuratamente bisogni ed aspettative inglobando anche le esigenze e le aspettative dei bambini, delle persone deboli e delle persone disabili
- fornire informazione tecnica mirata ed esempi di buona pratica per elevare le conoscenze in tema di fruibilità degli ambienti e delle attrezzature attraverso strumenti sperimentati
- concorrere a creare delle competenze specialistiche.

Azioni

- emanazione di apposite linee guida, individuando altresì i criteri per la definizione di indicatori e parametri volti a garantire un sistema omogeneo e continuo di informazioni e conoscenze relative all'ambiente costruito, teso a favorire il processo di programmazione sul territorio, indicando le forme di compatibilità e fattibilità, con particolare riferimento alle zone caratterizzate da forme di degrado insediativo urbano e territoriale, in rapporto agli indirizzi forniti dalla normativa in materia di recupero e qualificazione dei sistemi insediativi
- implementazione dell'attività di aggiornamento rivolta al personale tecnico degli enti territoriali che intervengono direttamente nei processi di trasformazione degli habitat (con il ruolo di progettista e/o validatore) che affronta i complessi problemi relativi alla fruibilità di ambienti ed attrezzature da parte di profili di utenza diversi, sarà implementata fino a coprire tutto il territorio regionale
- garantire l'accessibilità e la fruibilità degli edifici e spazi pubblici, la Regione con bando annuale provvede all'erogazione di contributi agli enti locali e pubblici per l'eliminazione delle barriere architettoniche

Con apposita deliberazione la Giunta regionale individua i criteri per l'erogazione dei contributi tenendo conto in particolare:

- dei dati epidemiologici relativi alla disabilità
- dei dati demografici
- dell'adozione, da parte degli enti dei piani per l'eliminazione delle barriere architettoniche o dei programmi di adeguamento, di cui all'articolo 9 della legge regionale 9 settembre 1991 n, 47 (Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche)
- del finanziamento da parte della Regione di non oltre il 50 per cento del costo dell'intervento.
- Particolare attenzione sarà posta dalle aziende sanitarie all'adeguamento e all'acquisto dei beni strumentali e degli arredi, al fine di garantirne la fruibilità da parte dei disabili.

I ***Piani per l'Accessibilità*** sono programmi d'intervento finalizzati a garantire a tutti *gli abitanti* migliori condizioni nella fruizione degli edifici e degli spazi collettivi. Rappresentano la naturale evoluzione dei Piani per l'Eliminazione delle Barriere Architettoniche (PEBA), strumento operativo reso obbligatorio dalla legge 41/1986 e dalla legge 104/1991.

I *Piani per l'Accessibilità* sono formati dai seguenti principi:

- le libertà di movimento e di autodeterminazione sono diritti inviolabili della persona umana e le Amministrazioni Pubbliche devono operare per rimuovere gli ostacoli, di qualunque natura, che le inibiscono o le limitano
- lo scopo delle Amministrazioni Pubbliche è di "creare valore": si crea valore quando si ampliano le libertà ed il benessere dei cittadini, l'integrazione e la coesione sociale
- l'accessibilità dell'ambiente è uno strumento di valorizzazione della persona e una risorsa collettiva, perchè amplia le possibilità di ognuno di dare un contributo personale alla crescita della propria comunità e si consegue mediante la cooperazione tra tutti i Soggetti, pubblici e privati, operanti in una data realtà territoriale.

Obiettivi

Sviluppo d'iniziative innovative: Progetti sperimentali sull'accessibilità.

Implementazione dell'attività di aggiornamento rivolta al personale tecnico degli enti territoriali che intervengono direttamente nei processi di trasformazione degli habitat (con il ruolo di progettista e/o validatore) relativi alla fruibilità di ambienti ed attrezzature da parte di profili di utenza diversi.

Garantire l'accessibilità e la fruibilità degli edifici e spazi pubblici sul territorio regionale.

Implementazione delle attività e della diffusione sul territorio del "Centro di Documentazione Regionale sull'Accessibilità" quale centro di coordinamento delle attività concernenti la diffusione di una cultura dell'accessibilità e costituzione di una rete interregionale tra i diversi centri di documentazione per la sensibilizzazione e l'informazione sull'accessibilità e sulle barriere architettoniche.

"Libera mobilita' dei disabili nel territorio toscano". (Mobilità Interoperabile in Regione Toscana) con il coinvolgimento diretto dei comuni toscani e ANCI, UNCEM, attivazione di un modello operativo di interoperabilità dei sistemi di riconoscimento dei contrassegni per disabili su tutto il territorio della Regione Toscana teso al "libero utilizzo" degli accessi telematici nelle aree chiuse al traffico privato da parte dei cittadini aventi diritto.

Legge regionale 23 dicembre 1098, n. 100 (Disciplina tariffaria di trasporto pubblico locale in favore di particolari categorie) completamento dell'iter di modifica della legge.

Nuove modalità negli interventi di abbattimento barriere architettoniche in edifici di edilizia residenziale pubblica attraverso il coinvolgimento del soggetto gestore appositamente costituito dai Comuni afferenti a ciascun LODE.

2.3.7. La punta della piramide

2.3.7.1. La marginalità estrema

Contesto

Quella che va sotto il nome di grave marginalità (o emarginazione, o povertà estrema) è la punta più tangibile della povertà e il lato più invisibile delle politiche sociali. Con la legge 328/2000 le "situazioni di povertà estrema" erano riconosciute per la prima volta come problema sociale rilevante e divenivano destinatarie di "interventi urgenti". Finalità non era quella di farne una nuova *categoria* di soggetti beneficiari, quanto di ricomprendere anche gli interventi di lotta alla povertà e prima accoglienza nell'integrazione sistematica e nell'implementazione progressiva del "Reddito minimo di inserimento" e dei "Livelli essenziali di assistenza" – a livello nazionale – e nell'ordinaria programmazione a livello locale. Con la riforma costituzionale del 2001, venuti meno gli impegni sul RMI e sui Liveas e cessati i finanziamenti straordinari dei primi anni duemila, quegli stessi obiettivi sono oggi consegnati alla funzione programmatoria regionale e alla loro declinazione nella pianificazione socio-sanitaria.

La predisposizione di un'efficace rete di servizi *a bassa soglia*, la quale si presenta come terreno d'elezione per un'alta integrazione tra il comparto sociale e sanitario, risponde alla necessità di realizzare sul territorio regionale un'unitarietà della risposta ai bisogni della popolazione marginale: evitare e prevenire ulteriori effetti degenerativi che la multi problematicità comporta, rappresenta un primo passo obbligato sia come "aggancio" delle persone in difficoltà, in vista di una più completa presa in carico; sia come sostituzione delle prestazioni di *welfare* che presentano barriere all'accesso (si pensi alla questione legata alla "residenza", come requisito all'esercizio dei diritti di cittadinanza, anche in relazione alle nuove norme del "pacchetto sicurezza"); sia infine come unica risorsa disponibile, in un'ottica di riduzione del danno, per coloro il cui processo di "disaffiliazione" sia tale da pregiudicare ogni contatto con i servizi sociali e sanitari rivolti alla generalità della popolazione.

Un'altra essenziale e ambiziosa questione di *politica sociale* – ancor prima che con un "catalogo" di opportunità di *servizi* minimi e garantiti – ha a che vedere con il traguardo della coesione sociale, e con la realizzazione di una re-inclusione dei soggetti marginali, tale non può che essere affidato ad un'attivazione della comunità solidale, capace di ridefinire l'intervento sociale in termini di *pratiche sociali collettive*. Da una parte, un universo di attori – principalmente della società civile organizzata – impegnati a ritessere intorno alle situazioni di estremo disagio un contesto relazionale, fatto di prassi di accompagnamento anche nell'accesso ai beni primari (alloggio, lavoro, reddito, salute); dall'altra, un costante sostegno ad un modello organizzativo di *partenariato* promosso e guidato dal soggetto istituzionale che in stretta collaborazione con l'associazionismo sia in grado di evolvere da una "tattica" di collaborazioni operative ad una "strategia" di sistemi territoriali integrati, come già sperimentato in vari contesti, anche nella nostra Regione.

Obiettivi

Tutti questi elementi di fondo possono (e devono) essere ridefiniti nella capacità di assicurare in ogni territorio – seppur con una maggiore necessità nelle aree urbane di dimensioni più ampie:

- una ***dotazione di servizi di base***, a facile accessibilità, per garantire le condizioni minime di dignità personale e di salute ai cittadini più svantaggiati, in particolare a coloro che, per la multidimensionalità del loro disagio e per il cumularsi di numerose deprivazioni, si trovano a condurre gran parte della loro esistenza in una "vita di strada"
- un ***nuovo metodo di governance*** delle azioni di coesione e valorizzazione delle competenze e delle responsabilità della comunità locale: un'ottica di sistema, volta a privilegiare misure per promuovere e sostenere l'autonomia e le capacità individuali, in grado di osservarsi riflessivamente rispetto alla qualità della propria rete d'interventi
- una ***distribuzione omogenea di servizi di prossimità*** a livello territoriale che assicuri alle persone in condizioni di marginalità o in condizioni di disagio grave interventi di riduzione del danno, adeguate informazioni sui diritti e accompagnamento all'accesso ai servizi.

Azioni

L'obiettivo di "abbassare la soglia" (nell'accesso ai servizi sociali per le persone in stato di marginalità) può declinarsi concretamente in un duplice senso:

a1) ***accompagnamento e facilitazione***, di chi possiede meno risorse personali, nell'accesso ai servizi di base per la generalità della cittadinanza: segretariato sociale, servizio sociale professionale, presidi medico-sanitari;

a2) ***predisposizione di servizi specifici*** che surroghino, per chi vive prevalentemente in strada, la perdurante assenza dei "livelli essenziali di assistenza": pronte accoglienze notturne (inclusa la c.d. emergenza-freddo), spazi di tutela della dignità personale (igiene, custodia di beni personali e farmaci, deposito bagagli, ecc.);

Parimenti, l'obiettivo specifico del recupero dell'autonomia personale e del reinserimento sociale può essere perseguito attraverso:

b1) lo sviluppo di ***strategie di "affiancamento"*** che, anche tramite la risposta ai bisogni fondamentali delle persone (alloggio, reddito, formazione, lavoro, salute), si facciano carico della ricostruzione di un tessuto umano e sociale a contrasto della marginalità;

b2) la pratica tra tutti i soggetti attivamente impegnati nel sistema territoriale, pubblicamente sostenuta e non episodica, di contesti di ***valutazione partecipata*** riguardo alla solidità e alla qualità della rete degli interventi.

2.3.7.2. Vivere il fine vita

Contesto

Il sistema e la rete delle Cure Palliative è definito a livello regionale dalla DGR 996/2000 e dalla DGR 467/2007. Importanti disposizioni e linee di indirizzo per gli interventi regionali in materia sono state introdotte dalla legge 15 dicembre 2010, n. 38 (Accesso alla Terapia del dolore e alle Cure palliative) e dagli Accordi e dalle Intese attuative, stipulate nella Conferenza Stato-Regioni tra il 2008 ed il 2013.

Tali provvedimenti intervengono sulla cosiddetta "seconda fase" del Programma Nazionale sulle cure palliative originato dal decreto ministeriale del 28 settembre 1999. La prima fase, che data dal 2000 al 2010, ha riguardato: la cultura delle Cure Palliative, la condivisione dei principi etici che sono alla base dell'attuale normativa, la definizione dei requisiti minimi standard, organizzativi, strutturali e professionali per l'attivazione delle reti di assistenza. Rientra nella prima fase la costruzione degli *Hospice*, o l'adeguamento di strutture preesistenti, in tutte le Regioni, o almeno la garanzia di una disponibilità di posti letto *hospice* su tutto il territorio nazionale.

L'attuale fase di programmazione prevede: la costruzione e/o l'operatività delle reti territoriali delle Cure Palliative, sia per il paziente adulto che in età pediatrica; la definizione degli standard strutturali e di processo per l'accreditamento delle strutture; la definizione e la formalizzazione dei requisiti professionali per la formazione degli operatori coinvolti nei servizi della rete, nelle sue diverse articolazioni e nei diversi *setting* assistenziali; programmi di formazione integrata per l'integrazione dei livelli di cura; l'attivazione di un flusso informativo specifico; interventi e campagne di comunicazione per l'informazione dei cittadini e l'accesso ai servizi.

Gli indirizzi della programmazione nazionale, recepiti dalla Regione Toscana con le DGR 443/2011 e con la DGR 1225/2012, sono alla base degli interventi e delle azioni previsti dalla programmazione regionale per il prossimo triennio, accordando particolare attenzione alla promozione, allo sviluppo e al coordinamento della rete, alla continuità assistenziale, alla centralità della persona e della sua famiglia nel difficile percorso che si trova ad affrontare.

La gestione del fine vita richiede poi un approccio globale e multidisciplinare ai problemi presentati dalla persona malata, la gestione delle interfacce per garantire la continuità assistenziale, nonché la capacità di affrontare col paziente e la famiglia, problemi di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale. Con una adeguata formazione in merito alle problematiche connesse alle cure palliative del personale e dei cittadini, le difficoltà possono trasformarsi in opportunità di crescita personale e professionale. Specifica attenzione deve essere posta al processo di pianificazione anticipata delle cure, quale risorsa fondamentale per la gestione delle criticità dell'accompagnamento della persona nella fase finale della vita: in particolare, tale processo permette la realizzazione di quanto definito nel Codice di Deontologia Medica (2006), che, con l'art. 38, impone al medico di tener conto nelle

proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dal paziente non più in grado di esprimere la propria volontà.

In questo contesto anche le terapie complementari rispondono allo scopo di migliorare non solo il controllo dei sintomi (dolore, vomito e nausea post chemioterapia, neuropatia, xerostomia, "*fatigue*", dolore articolare) ma anche le relazioni e la comunicazione, e quindi la qualità della vita innanzitutto dei pazienti, ma anche di famiglie e operatori.

Con il decreto 6 giugno 2012 del Ministero della Salute, infine, è stato istituito "Il sistema informativo per l'assistenza erogata presso gli *Hospice*", approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 7 ottobre 2010. La Regione, le aziende sanitarie e tutti i soggetti che intervengono in questo percorso assistenziale devono garantire di assolvere tale debito informativo necessario a inserire anche i percorsi per le cure palliative nell'ambito della valutabilità e quindi della evidenza di servizi organizzati. E' di fondamentale importanza garantire il rispetto dei diritti delle persone giunte alla fine della vita e, in particolare, operare tenendo conto delle loro volontà, sia espresse di persona, sia, nei casi in cui la persona non sia più in grado di farlo, attraverso le volontà precedentemente espresse.

Sfide

L'attivazione e la definizione dei percorsi assistenziali, fino ad ora definiti con la DGR 996/2000 e la DGR 467/2007, ha evidenziato opportunità e sottolineato criticità sui due livelli di assistenza previsti, di seguito descritte:

- ruolo determinante dei MMG e delle cure primarie nel I livello di assistenza, che tuttavia necessita: da una parte di consulenza e interventi supportivi per la presa in carico dei bisogni anche sociali del paziente, dall'altra di un reale coordinamento delle professionalità nella definizione del Piano Individualizzato di Assistenza (PIA), soprattutto nel passaggio dal primo al secondo livello
- nel II livello di assistenza si evidenzia: a) la carenza della strutturazione di percorsi domiciliari complessi; b) la mancanza in molte aziende di un servizio di II livello in grado di coprire tutto il territorio di competenza, c) la carenza dell'assistenza domiciliare, d) la necessità di accompagnamento della persona, soprattutto nella fase terminale della malattia, nelle diverse unità di processo in cui è attualmente frammentato il percorso di assistenza
- la partecipazione del volontariato nella rete dei servizi di CP domiciliari è elemento qualificante dell'esperienza maturata in questi anni, tuttavia si evidenzia: a) una minore presenza sul territorio rispetto a quella nelle strutture residenziali, b) la necessità di trovare un collegamento con la rete dei servizi istituzionali che, pur salvaguardando identità e funzioni della realtà associativa, assicuri una maggiore integrazione a beneficio della persona assistita
- la piena funzionalizzazione delle strutture *Hospice* oramai in fase di completamento ma ancora non completamente gestiti in ottica di equipes multiprofessionali
- la rete delle cure palliative è per lo più limitata, anche nella cultura dei servizi e dei cittadini, alla patologia neoplastica, quando invece si sente il bisogno di allargarne l'ambito di attività: lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, le patologie neurodegenerative nella fase di fine vita pongono problemi assistenziali equivalenti, rispetto alle patologie oncologiche.

Obiettivi

L'attuazione della legge 38/2010, considerando quanto già posto in essere nel territorio, in conformità alle linee guida per gli interventi regionali definite dall'Accordo Sato-Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti 239/CSR) ed alla definizione dei requisiti e degli standard per l'accreditamento delle strutture della rete nell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. Atti 152/CSR) costituisce l'impegno principale della Regione Toscana per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento della rete delle cure palliative.

Nei percorsi dovranno essere precisati ruoli, funzioni e responsabilità, per livelli di assistenza e nel passaggio da un livello all'altro; si dovrà inoltre prevedere una figura di riferimento per la persona,

che possa aiutare l'accesso ai servizi, coordinare e organizzare gli interventi previsti dal PIA, a beneficio del paziente e a supporto del *caregiver*.
La definizione e l'attuazione di modalità omogenee sul territorio regionale per la integrazione e partecipazione all'interno dei diversi *setting* rappresenta uno degli obiettivi che condizionano maggiormente la qualità di questo livello di assistenza.
L'assistenza al fine vita comprende la pianificazione anticipata delle cure con il paziente e, dopo il decesso deve includere il sostegno dei percorsi di gestione del lutto dei familiari al fine di sostenere un'adeguata elaborazione del lutto e prevenirne una evoluzione critica o patologica.

Azioni
- implementare e formalizzare la rete dei servizi assistenziali per le cure palliative, sia per i pazienti adulti che per i bambini, (come indicato dalla legge 38/2010 e provvedimenti attuativi) definendo i ruoli di ciascun livello e creando riferimenti precisi per i cittadini e gli operatori del sistema, oltre che strutture di coordinamento sia di livello regionale che aziendale
- accreditare le strutture della rete delle cure palliative
- favorire l'adozione di protocolli formalizzati integrati che facilitino il percorso dei pazienti nei diversi settori e servizi interessati, valorizzando anche la figura del case manager
- favorire la formazione integrata degli operatori della rete, presenti nei diversi *setting* assistenziali nonchè l'aggiornamento delle competenze previste dai diversi profili professionali
- potenziare l'assistenza domiciliare come ambito decisivo di cura e assistenza, in un'ottica di rete e di sistema
- favorire la diffusione della cultura delle cure palliative tra i professionisti e la cittadinanza
- attivare il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata dalla rete dei servizi per le cure palliative e gli *hospice* per raggiungere la copertura dei flussi informativi
- monitorare in base ad indicatori definiti, anche dalla normativa, l'applicazione della legge 38/2010 ed in particolare la performance aziendale in questo specifico campo.

2.3.7.3. Al fianco di un bambino alla fine della vita

Contesto
L'approccio al dolore ed alle Cure Palliative, presentano in ambito pediatrico alcune criticità e peculiarità d'intervento, che pongono la necessità di considerare e programmare risposte specifiche rispetto alle età successive.
Nel triennio precedente per quanto riguarda le cure palliative è stata realizzata una struttura residenziale di leniterapia (*hospice*) all'interno dell'ospedale pediatrico Meyer ed è stata avviata una collaborazione con la rete domiciliare presente sul territorio.
Dal punto di vista organizzativo l'ampia distribuzione e la limitata numerosità, la peculiarità dei bisogni clinici, assistenziali e sociali che richiedono competenza pediatrica specialistica, nonché l'eterogeneità di situazioni, molte delle quali rare e limitate alla sola età pediatrica, pongono problematiche concrete nell'organizzazione di modelli assistenziali che permettano risposte ad alta complessità e competenza, nel rispetto della qualità della vita del bambino e della sua famiglia.

Sfida
Data la rarità della richiesta di cure palliative pediatriche e la complessità e specializzazione delle competenze necessarie è importante garantire da un lato una risposta specialistica con un centro regionale di riferimento, ma nello stesso tempo una disponibilità di intervento più vicino possibile al luogo di vita del bambino, fino al suo domicilio attraverso la rete presente sul territorio (pediatria territoriale, rete cure palliative adulti, pediatrie ospedaliere).

Obiettivi
Obiettivo prioritario è la definizione e la formalizzazione di una rete unica per il controllo e la gestione del dolore e le cure palliative pediatriche che trova ragione nelle considerazioni e valutazioni sopra riportate.

In particolare è necessario consolidare le relazioni fra:

- i professionisti (sanitari e non) del centro di riferimento e la rete di cure palliative pediatriche
- i riferimenti territoriali dei servizi di assistenza domiciliare di base e specialistica (medico pediatra di famiglia e/o medico di famiglia, servizi di medicina primaria, servizi sociali, altre reti territoriali) ed ospedalieri che entrano nella strutturazione delle reti dei servizi sia per la terapia del dolore che per le cure palliative pediatriche.

Azioni strategiche

- implementare e formalizzare la rete dei servizi assistenziali per la terapia del dolore e le cure palliative in età pediatrica, così come indicato dalla legge 38/2010 e successivi documenti attuativi, definendo i ruoli di ciascun livello e creando riferimenti precisi per i cittadini e gli operatori del sistema, oltre che una struttura di coordinamento sia di livello regionale che aziendale
- favorire l'adozione di un percorso formalizzato integrato che faciliti l'integrazione e la collaborazione fra i diversi professionisti coinvolti nella terapia del dolore e nelle cure palliative in età pediatrica
- favorire la formazione integrata degli operatori della rete, presenti nei diversi *setting* assistenziali
- potenziare l'assistenza domiciliare come ambito decisivo di cura e assistenza, in un'ottica di rete e di sistema
- attivare iniziative di comunicazione alla cittadinanza
- attivare il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata dalla rete dei servizi per la terapia del dolore e le cure palliative in età pediatrica
- monitorare in base ad indicatori definiti, anche dalla normativa, l'applicazione della legge 38/2010 ed in particolare la performance aziendale in questo specifico campo.

3. QUALITA' , SICUREZZA E APPROPRIATEZZA

I concetti di qualità, sicurezza ed appropriatezza sono pietre miliari per un ciclo di programmazione nell'ambito della salute.
Qualità, come tensione continua verso i possibili miglioramenti del sistema, partendo dall'analisi delle criticità evidenziate.
Sicurezza per fornire servizi che conquistino la fiducia dei cittadini e che permettano agli operatori di lavorare con serenità.
Appropriatezza per garantire risposte efficaci ai bisogni di salute, sia in ambito sociale che sanitario, utilizzando bene le risorse e coinvolgendo i professionisti nell'uso etico delle stesse.

3.1. Il rischio clinico

Contesto
I piani sanitari succedutisi in questi ultimi sei anni (PSR 2005-2007 e PSR 2008-2010) hanno previsto per la gestione del rischio clinico, essenzialmente due fasi, iniziate con la costituzione del Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza dei Pazienti (Centro GRC):

- la costruzione di un sistema regionale secondo un modello a rete e la messa a punto degli strumenti operativi
- la creazione di indicatori di verifica e la promozione di pratiche per la sicurezza del paziente, finalizzati al consolidamento del sistema

Diventa ora indispensabile sviluppare una terza fase con i seguenti obiettivi proritari:

- applicazione delle azioni di prevenzione locali (anticipare i rischi emersi nell'analisi degli eventi avversi) e regionali (controllare il rischio aggregato a partire dalla verifica complessiva delle criticità più frequenti e più rilevanti)
- monitoraggio delle azioni e valutazione costante dei risultati raggiunti, in termini di costi umani (riduzione della mortalità e della morbilità per eventi avversi), economici (costi diretti connessi con prolungamento della degenza o altre procedure diagnostiche terapeutiche ed indiretti conseguenti alle spese legali e di risarcimento) e professionali (perdita di reputazione e di immagine del sistema).

Per questo diventa fondamentale:

- consolidare la funzione di governo clinico del Centro Governo Rregionale Clinico, garantendo maggiore ruolo alla struttura, così come stabilito nella l.r. 40/2005; favorire le relazioni con le aziende sanitarie con la costituzione di coordinamenti di Area Vasta promossi dal Centro GRC e dalla rete dei responsabili del rischio clinico per le attività di ricerca e sviluppo, informazione e formazione e promozione della cultura della sicurezza;
- favorire mediante la promozione di iniziative nazionali lo sviluppo dei sistemi di "*reporting and learning*" proponendo norme che tutelino i professionisti che segnalano gli eventi avversi
- rafforzare la collaborazione con gli altri organismi di governo clinico regionale (OTT, ITT e CRS), il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Sant'Anna di Pisa, il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali;
- realizzare il collegamento tra gestione dei sinistri (valutazione e risarcimento) e gestione del rischio grazie alle attività della Commissione Regionale di Valutazione dei Sinistri (CRVS) e dei Comitati aziendali di Gestione dei Sinistri (CGS) con il coordinamento del Centro GRC rafforzando i sistemi di valutazione già in essere.
- coinvolgere attivamente i rappresentanti delle associazioni dei cittadini e dei pazienti dalla progettazione alla valutazioni delle attività di gestione del rischio, con il supporto dei rappresentanti *Patients for Patient Safety della World Alliance for Patient Safety* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), del GART (Gruppo Accademia del Cittadino Regione Toscana) e del Forum dei cittadini;
- collaborare con l'Ufficio del Difensore Civico Regionale per favorire la gestione diretta dei risarcimenti per favorire la mediazione nella gestione delle istanze;
- rendere omogenea l'attività dei comitati aziendali e di area vasta per la gestione dei sinistri sia nelle attività di gestione del contenzioso sia per finalità di prevenzione dei conflitti

Per sostenere tali sviluppi, è necessario lavorare sia a livello di politiche regionali che di azioni mirate a coltivare i quattro assi della gestione del rischio clinico:

- sistema di gestione del rischio clinico
- pratiche per la sicurezza dei pazienti
- formazione e comunicazione
- ricerca e sviluppo

Le politiche regionali si realizzano in atti successivi della Giunta regionale che a loro volta si traducono nelle azioni che costituiscono il lavoro quotidiano della Rete regionale GRC in piena trasparenza fra regione, aziende, professionisti e cittadini.

Sfide

Al livello delle politiche regionali, le priorità in sintesi riguarderanno:

- la definizione di obiettivi di sicurezza dei pazienti nei contratti dei Direttori Generali delle aziende sanitarie e a cascata alle altre figure dirigenziali
- la valutazione sistematica degli esiti in relazione alla sicurezza dei pazienti ed agli obiettivi di qualità
- la definizione di requisiti di accreditamento professionale per gli operatori sanitari a tutti i livelli, a partire dalle area critica e chirurgica
- il riconoscimento della qualità e sicurezza come funzioni strategiche delle direzioni aziendali
- lo sviluppo di competenze in materia di qualità e sicurezza nelle direzioni sanitarie, infermieristiche e tecniche, anche mediante il coinvolgimento di esperti provenienti da altri contesti safety critical, per qualificare le attività di misurazione e controllo delle pratiche cliniche e assistenziali
- la promozione di visite di auditor esterni per valutare le politiche e le strategie messe in campo per la gestione e promozione di qualità e sicurezza, compresa la valutazione dell'adeguatezza degli obiettivi definiti rispetto al contesto di riferimento
- il sostegno a studi longitudinali per valutare l'impatto nel tempo delle iniziative intraprese per la sicurezza del paziente
- la collaborazione con l'Estar per l'integrazione dei requisiti di ergonomia e di usabilità in fase di stesura dei capitolati di gara e valutazione comparata per l'acquisizione dei dispositivi medico/diagnostici e tecnologici
- lo sviluppo sistematico di iniziative di gestione del rischio clinico espressamente dedicate all'assistenza territoriale ed ai servizi sanitari delle carceri toscane
- La definizione di obiettivi per gli osservatori medico legali sia in ambito di gestione del contenzioso che di prevenzione dei conflitti
- la definizione di almeno due buone pratiche/raccomandazioni che riguardano la salute mentale.

Obiettivo

Consolidare il modello a rete della gestione del rischio clinico attraverso un progressivo cambiamento culturale di tutti gli operatori e l'estensione delle logiche del rischio clinico dal settore ospedaliero a quello territoriale, con interessamento della medicina generale.

Strategie

Le azioni strategiche si articoleranno secondo i quattro assi:

1. il sistema di gestione del rischio clinico
2. le campagne per la sicurezza dei pazienti e pratiche per la sicurezza
3. la formazione e la comunicazione al personale sanitario ed ai cittadini in materia di sicurezza e qualità delle cure
4. la ricerca e lo sviluppo su qualità e sicurezza delle cure

1. Il sistema di gestione del rischio clinico:

In questo ambito, il Centro GRC ha realizzato e diffuso nel SSR dal 2004 ad oggi:

- gli strumenti ed i flussi informativi del Reporting and Learning System (RLS);
- il sistema di monitoraggio per l'accreditamento istituzionale;

- le procedure regionali che regolano la gestione degli eventi sentinella e che comprendono gli audit regionali su casi particolarmente significativi;
- l'osservatorio regionale sui sinistri, che ha portato dal 2010 alla gestione diretta dei risarcimenti;
- il pannello di indicatori di valutazione della performance in materia per poter definire un indicatore complessivo di sicurezza delle cure.

Nell'ambito dello sviluppo del sistema GRC sono previste le seguenti attività:
- estensione del sistema GRC ai presidi sanitari delle carceri toscane;
- applicazione del Sistema integrato di Gestione del Rischio nei Trapianti (GRT), dedicato ai percorsi di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule;
- revisione degli strumenti di segnalazione ed analisi degli eventi avversi con la possibile integrazione della classificazione internazionale per la sicurezza dei pazienti promossa dall'OMS;
- valutazione sistematica della capacità delle aziende di ridurre il rischio per il paziente sia con il sistema GRC, che con le pratiche regionali e le raccomandazioni del Ministero della Salute
- sviluppo e sperimentazione di nuovi indicatori per valutare la performance del sistema GRC
- promozione della partecipazione dei cittadini esperti nei sistemi GRC aziendali e regionali, favorendo la segnalazione diretta degli eventi avversi, la partecipazione agli audit GRC e soprattutto la verifica dell'adozione delle azioni di prevenzione del rischio, la valutazione delle pratiche per la sicurezza e dei requisiti di accreditamento per la sicurezza del paziente;
- valutazione del rischio mediante l'applicazione della *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) almeno su un percorso clinico-assistenziale all'anno in ogni azienda;
- supporto alle aziende sanitarie sul processo di accreditamento istituzionale per quanto attiene ai requisiti relativi alle attività del sistema GRC;
- ideazione e sviluppo del Sistema informativo integrato della Gestione del Rischio Clinico (SiGRC);
- coordinamento delle attività di gestione del rischio clinico e dei risarcimenti per area vasta;
- valutazione e messa a punto metodologie di analisi degli eventi avversi e delle criticità anche in ambito delle procedure amministrative, organizzative e gestionali delle risorse umane, migliorando le interazioni e sinergie tra area amministrativa e sanitaria;
- analisi degli eventi avversi in ambito chirurgico e di radiologia interventistica tenendo conto dei volumi di attività;
- messa a punto di ulteriori indicatori di misurazione della sicurezza delle cure in collaborazione con l'Osservatorio Qualità ed Equità di ARS tenendo in considerazione i dati del Programma Nazionale Esiti (PNE).

2. Campagne per la sicurezza del paziente e pratiche per la sicurezza

Il Centro e la Rete GRC hanno sviluppato e diffuso fino ad oggi 24 pratiche per la sicurezza dei pazienti, tutte oggetto di una specifica deliberazione della Giunta Regionale, secondo un modello originale di azioni finalizzate a ridurre rischi specifici mediante l'applicazione di strumenti evidence-based nelle attività clinico-assistenziali in ospedale e sul territorio ed a rendere visibili le strutture che si impegnano per il miglioramento continuo.
Il Centro GRC ha inoltre contribuito alla verifica e distribuzione delle raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute.
A partire dal 2009 è stato inoltre introdotto il Patient Safety Walkaround, che consiste in una verifica di tipo collaborativo dell'applicazione delle pratiche e delle azioni di miglioramento a seguito degli eventi sentinella.
E' necessario promuovere tale strumento anche in una logica di sorveglianza rispetto alla adozione e corretta applicazione delle pratiche per la sicurezza.
Dal 2010, le pratiche sono entrate a fare parte dei requisiti di accreditamento istituzionale, che rappresenterà uno strumento di valutazione dei livelli di qualità e sicurezza raggiunti dalle diverse aree clinico assistenziale fondamentale nel prossimo triennio. La misurazione dei requisiti di qualità e sicurezza attraverso indicatori sia di processo che di esito e la definizione di standard di base che devono essere raggiunti da ciascun area clinico-assistenziale diventano un fattore trainante per la

promozione e lo sviluppo di sistemi integrati di gestione della qualità e della sicurezza all'interno delle aziende sanitarie toscane."

Per quanto riguarda lo sviluppo futuro diventa strategico:

- consolidare il monitoraggio delle pratiche attraverso gli indicatori GRC, i patient safety walkaround e il sistema di accreditamento istituzionale per la qualità e la sicurezza
- revisionare periodicamente le schede tecniche delle pratiche approvate fino al 2011
- estendere le pratiche per la sicurezza trasversali alle strutture territoriali, in particolare, la prevenzione delle cadute, l'igiene delle mani e la sicurezza nell'utilizzo dei farmaci
- sperimentare buone pratiche rivolte direttamente ai cittadini, soprattutto per promuovere la sicurezza nell'*home care* dei pazienti fragili (anziani, malati cronici senza supporto sociale, migranti, ecc.)
- testare buone pratiche finalizzate alla continuità del percorso tra ospedale e territorio quali: la sicurezza e continuità della terapia farmacologica (medication reconciliation), da sviluppare con farmacisti, associazioni dei pazienti e MMG; il passaggio di consegne tra professionisti ospedalieri e territoriali; il diario del paziente, per integrare l'esperienza del paziente nella gestione dei percorsi
- dare seguito alla prima campagna per la corretta identificazione del paziente introducendo sistemi evoluti di riconoscimento e tracciabilità
- rilanciare pratica sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere correlate all'antibiotico resistenza, in considerazione dell'attuale campagna globale promossa dall'OMS
- promuovere il premio annuale per la qualità e sicurezza delle cure per valutare e valorizzare nel tempo le strutture operative che si impegnano nell'innovazione delle pratiche per la sicurezza.

3. Formazione e comunicazione

Attività di comunicazione

- per quanto riguarda l'attività di comunicazione ci si propone innanzitutto di editare e pubblicare i quaderni relativi alle campagne per la sicurezza dei pazienti promosse nell'ultimo triennio e di aggiornare quelli già pubblicati
- si intende realizzare una Newsletter GRC dedicata alla qualità e la sicurezza nelle aziende per dare visibilità delle attività e iniziative realizzate. Lo strumento digitale avrà un'edizione trimestrale e verrà pubblicato e promosso sul sito del centro GRC, nelle intranet aziendali e tramite mailing list e può garantire la trasmissione di notizie e informazioni a una pluralità di soggetti, in modo rapido ed economico stimolando la creazione di comunità di pratiche e instaurando un rapporto più dinamico e continuativo all'interno della rete GRC
- una ulteriore attività che si intende realizzare riguarda la struttura delle sezioni di gestione rischio clinico sviluppate nelle intranet aziendali. Si intende infatti individuare delle linee guida uniformi per la diffusione della documentazione nazionale, regionale e aziendale relativa alla qualità e sicurezza delle cure
- risulta essenziale sviluppare con maggior enfasi la consapevolezza negli operatori sanitari della relazione che esiste tra la sicurezza del paziente e la cattiva progettazione dei dispositivi medici. Ancora in poche aziende sono stati inseriti nei programmi di formazione per facilitatori i moduli riguardanti l'ergonomia e fattore umano. Solo mediante questa sensibilità acquisita possiamo iniziare a riconoscere l'entità del problema e conseguentemente porvi rimedio. Uno strumento sicuramente utile per tutto questo è il sistema di Incident Reporting, ma solo un operatore formato riesce a riconoscere nel near miss le reali concause. Pertanto verranno promosse iniziative di comunicazione specifiche sull'usabilità dei dispositivi medici

Avrà una parte rilevante lo sviluppo e la sperimentazione di strumenti per la comunicazione di buone pratiche di sicurezza delle cure rivolte direttamente ai cittadini, in particolare per l'home care dei pazienti fragili, sviluppati con la collaborazione degli attivisti delle associazioni dei pazienti e di tutela dei cittadini, nonché oggetto di valutazione di gradimento e di efficacia.

Nel corso degli anni il Centro GRC ha definito un modello per la formazione del personale coinvolto nella gestione del rischio clinico. Per rendere più tangibile la qualità e la quantità degli eventi

formativi su qualità e sicurezza delle cure, ci si propone di introdurre un sistema di valutazione per le attività di formazione che preveda come risultato dell'evento formativo, da verificare a sei mesi dal suo svolgimento, l'implementazione in azienda di un progetto *ad hoc* riguardante parte delle tematiche affrontate, l'adozione di strumenti proposti, ecc..

La formazione mediante simulazione verrà coltivata in diversi settori clinico-assistenziali, sia per estendere la preparazione dei singoli operatori all'acquisizione delle abilità tecniche, che per preparare gli individui ed i team sulle abilità e competenze relazionali e anche per testare nuove procedure clinico-assistenziali all'interno di una riorganizzazione dei servizi.

L'esperienza dell'Accademia del Cittadino, progetto di formazione sulla qualità e sicurezza delle cure di attivisti di associazioni di pazienti e di tutela dei cittadini, dovrebbe trovare un seguito con iniziative di livello aziendale, per promuovere la collaborazione attiva a livello delle comunità locali tra i cittadini e le istituzioni che amministrano i servizi sanitari.

Anche per i prossimi anni, è auspicabile la ripetizione del Corso avanzato in *Clinical Risk Management* organizzato dal Laboratorio MeS e dal Centro Gestione Rischio Clinico, punto di riferimento a livello regionale e nazionale per preparare i dirigenti delle Aziende sanitarie ad assumere la funzione di responsabile della gestione della qualità e sicurezza delle cure.

Sul versante della formazione universitaria, è necessario consolidare i rapporti tra il Centro GRC e le Università toscane, per fare in modo che le attuali esperienze di moduli dedicati alla gestione del rischio clinico nei corsi di laurea, specializzazione o master delle professioni sanitarie vengano ulteriormente sviluppati ed integrati a pieno titolo nei *curricula* di base e post-lauream.

Introdurre, qualora ritenuta necessaria, la formazione obbligatoria degli operatori in seguito a eventi sentinella, compresi i dirigenti di struttura complessa, che sono stati coinvolti direttamente o indirettamente nell'evento.

4. Ricerca e sviluppo

Sono ormai stati conclusi i seguenti progetti di ricerca: il progetto europeo "Handover", i progetti nazionali "Cartella Paziente-Integrata", "Studio sull'incidenza degli eventi avversi in alcuni ospedali del SSN", "Lo sviluppo del Sistema integrato di Gestione del Rischio nei Trapianti". Per ciascun progetto verranno implementati nel SSR le evidenze e gli strumenti prodotti. Un nuovo progetto di ricerca, commissionato da INAIL regionale, riguarderà lo studio dei carichi di lavoro negli operatori sanitari in relazione alla sicurezza delle cure.

Partendo dalle suddette strategie diventano importanti nuove direttrici

- la valutazione della cultura della sicurezza mediante il sistema di "reporting and learning" e le altre metodologie disponibili;
- il monitoraggio e valutazione del sistema gestione dei sinistri e dei risarcimenti;
- la collaborazione con Ministero, Farmindustria, AIFA e Assogenerici per aggiornare la normativa riguardante il *packaging* dei farmaci introducendo nuovi criteri di sicurezza;
- l'introduzione di criteri ergonomici nella logistica e organizzazione dei nuovi ospedali;
- la gestione del passaggio di competenze tra operatori esperti e nuove leve nelle strutture universitarie ed ospedaliere;
- il coinvolgimento dei pazienti nella qualità e gestione delle cure, prevedendo in ottemperanza alle indicazioni dell'O.M.S. ("Nulla su di me senza di me") un parere sulle linee guida prodotte dal Consiglio Sanitario Regionale da parte del GART (Gruppo Accademia del Cittadino Regione Toscana) limitatamente agli aspetti di umanizzazione delle cure;
- valutando nel tempo gli effetti della comunicazione nella gestione degli eventi avversi e negli eventi sentinella;
- la sicurezza nella telemedicina e nel teleconsulto, a partire dalla rete dei servizi di radiologia digitale (RIS-PACS), di diagnostica di laboratorio e di anatomia patologica.

Una considerazione a sé stante la meritano i temi dell'ergonomia e usabilità dei dispositivi medici e dei volumi di attività delle strutture operative.
Per quanto riguarda l'ergonomia, sia per la cogenza dei nuovi obblighi normativi previsti dalla direttiva 46/2007/CE, che per la funzione di supporto che il Centro GRC potrebbe svolgere a vantaggio di ESTAV e aziende sanitarie in virtù delle competenze specifiche maturate al proprio interno. Quindi su questo tema ci si propone di:

- proseguire nella sede pilota di Careggi ed estendere ad altre aziende il progetto USO (Usabilità in Sala Operatoria);
- allestire il Laboratorio GRC per condurre valutazioni di ergonomia ed usabilità dei dispositivi medici;
- impiegare il Laboratorio GRC per le valutazioni comparate di ergonomia e usabilità dei dispositivi medici durante le gare di acquisto che riguardano strutture del SSR;
- sviluppare collaborazioni con le aziende produttrici per attività di ricerca finalizzate alla progettazione ergonomica dei dispositivi medici.

3.1.1. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Contesto
Le complicanze infettive delle procedure assistenziali sono un problema rilevante la cui persistenza è anche legata all'aumento della complessità delle cure e della criticità dei pazienti, tuttavia possono essere prevenute dall'applicazione di misure di controllo e strategie efficaci. I costi ad esse imputabili, sia di natura assistenziale che legati al contenzioso sono tali da rendere gli interventi di controllo delle infezioni una priorità per il sistema sanitario toscano.
La Regione Toscana da tempo ha promosso un piano, già enunciato nel precedente Piano Socio-Sanitario Regionale, di interventi selezionati in base alla loro efficacia e alla riduzione dei costi legati alla non qualità, per avviare in tutte le Aziende un programma di attività condiviso, sostenibile e continuativo i cui risultati siano misurabili mediante indicatori uniformi di attività e risultato.

Sfide
Miglioramento della qualità della pratica assistenziale e della sicurezza di pazienti e operatori, da conseguire attraverso la produzione, l'implementazione e la verifica di impatto di protocolli e linee guida condivisi e la messa a punto ed il rafforzamento di sistemi di sorveglianza.

Strategie
La strategia generale per la prevenzione e il controllo delle ICPA deve perseguire i seguenti obiettivi:

- promuovere l'adozione delle misure di prevenzione e controllo per sostenere il contenimento delle infezioni associate all'assistenza sanitaria, in particolare le precauzioni standard e basate sulle modalità di trasmissione in tutte le strutture sanitarie.
- istituire o rafforzare sistemi di sorveglianza attiva mediante una riorganizzazione dei CIO e una loro collaborazione con ARS e Centro GRC;
  monitorando l'incidenza di determinati tipi di infezione ed in particolare le complicanze infettive secondarie ad interventi chirurgici, le infezioni in Area critica, al fine di raccogliere dati riferiti ad indicatori di processo e strutturali per valutare l'efficacia delle strategie di intervento adottate
  - attivando un sistema di sorveglianza continua attraverso la rete dei laboratori di microbiologia, rivolto alla identificazione degli eventi epidemici, alla definizione degli agenti patogeni prevalenti e dei loro profili di resistenza
  - organizzando ad intervalli regolari indagini sulla diffusione delle infezioni
- mettere in atto interventi per il controllo delle resistenze agli antimicrobici attraverso l'adesione alle azioni comunitarie e nazionali, la redazione e diffusione di protocolli e linee guida per il buon uso degli antibiotici e per la prevenzione della trasmissione di microrganismi multiresistenti nelle strutture sanitarie e in comunità.

3.1.2. L'emergenza intraospedaliera

Contesto
L'emergenza intraospedaliera in pazienti ospedalizzati rappresenta un ambito di attività sul quale negli ultimi anni si è sviluppata un'attenzione crescente e sono state messe a punto e sperimentate risposte specifiche che hanno contribuito alla crescita delle competenze tecnico-operative ed organizzative. E' necessario proseguire nella definizione di un sistema di controllo della gestione del rischio clinico correlato all'insorgenza di stati critici inattesi e/o evitabili all'interno degli ospedali per assicurare risposte al bisogno di emergenza intraospedaliera omogenee, appropriate ed efficaci finalizzate a minimizzare la mortalità e la disabilità evitabili in particolare nell'ambito delle condizioni cliniche di maggior peso prognostico.

Sfide
Stabilire un sistema codificato di assistenza per le situazioni di emergenza intraospedaliera utile anche allo sviluppo e al mantenimento dei sistemi di risposta per le maxiemergenze e gli eventi critici su larga scala.

Strategie
- attivazione di team multidisciplinari per la gestione della emergenza intraospedaliera
- introduzione di procedure specifiche riguardanti la gestione delle condizioni cliniche di maggiore rilevanza in emergenza intraospedaliera
- adozione di sistemi di valutazione omogenei degli stati "critici".

3.2. L'appropriatezza nell'uso delle risorse

La concezione di un Servizio Sanitario equo, universale e solidaristico è stata una grande conquista per il nostro Paese; infatti le statistiche dimostrano che nei Paesi dove c'è un SSN pubblico le condizioni di salute della popolazione sono migliori.
La salute non può essere considerata un qualsiasi oggetto di mercato e il Servizio Sanitario non può essere finalizzato al profitto trattandosi di un servizio etico il cui valore è la salute. La sanità deve essere pubblica nel suo governo per rispettare appieno la sua missione etica. Deve anche essere senza sprechi e con obiettivi di appropriatezza degli interventi nella gestione, anche tenuto conto che le risorse sono limitate e delimitate.
Per questo l'uso delle risorse, ovvero l'uso di ciò che si intende come "bene di salute" deve assolutamente prescindere da logiche di mercato e da interessi particolari.
Al di fuori di questi principi, l'uso delle prestazioni (visite, farmaci, accertamenti) non solo fa spendere inutilmente denaro pubblico e privato, ma talvolta può essere dannoso per la salute stessa del cittadino. I sistemi sanitari occidentali sprecano notevoli risorse economiche per esami e terapie inutili ed inappropriate: questa è una delle ragioni per la quale la sanità costa sempre di più e può diventare insostenibile.
Il consumismo sanitario determina disuguaglianze di accesso e di utilizzo dei servizi sanitari e lo spreco conseguente rende sempre più difficile la garanzia di cure gratuite per tutti. In definitiva il consumismo sanitario genera inappropriatezza, danni iatrogeni al cittadino e costi insostenibili al sistema sanitario.
Altro fenomeno importante da richiamare è quello del "disease mongering" caratterizzato dalla individuazione di "malattie" che generano nuovi mercati di potenziali pazienti; il suo impatto rischia di essere negativo sulla salute dei cittadini ed incide in maniera significativa sulla sostenibilità del sistema.
Un Sistema Sanitario efficace ed efficiente deve avere tra le sue priorità l'individuazione delle prestazioni efficaci e appropriate e, sulla base di queste, definire le priorità che indirizzino l'assegnazione delle risorse e le politiche di intervento, individuando i contesti produttivi ed organizzativi all'interno dei quali operare con azioni concrete.

3.2.1. L'appropriatezza sul Farmaco

Contesto

In Italia le azioni che hanno influenzato la spesa farmaceutica nel suo complesso hanno riguardato i prezzi, in ragione della decadenza del brevetto di principi attivi di largo impiego, nonché l'ottimizzazione della distribuzione intermedia e finale dei farmaci e la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

In Toscana le azioni salienti che hanno caratterizzato il governo della farmaceutica sono state:

- valutazione dei consumi registrati in funzione del reale bisogno di salute, individuando indicatori di consumo per alcune categorie di farmaci di largo impiego in particolare per le categorie per le quali l'eccessivo incremento dei consumi non è supportato da dati epidemiologici
- accentuazione dell'efficienza prescrittiva finalizzata a privilegiare il consumo di farmaci meno costosi nell'ambito di categorie di efficacia sostanzialmente analoghe, fissando obbiettivi sull'impiego di farmaci equivalenti, formalizzando la fondatezza di determinati trattamenti meno costosi ed i criteri di appropriatezza a cui riferirsi nel trattamento di alcune patologie
- attivazione della distribuzione diretta dei farmaci, acquistati dall'ASL e distribuiti direttamente attraverso i propri presidi o attraverso le farmacie convenzionate per conto delle stesse ASL, che ha interessato principalmente i farmaci prescritti alla dimissione ospedaliera o alla visita specialistica, i farmaci erogati ad utenti presso le residenze sanitarie o in ssistenza domiciliare
- indirizzi per l'adozione da parte delle Aziende sanitarie dei Prontuari Ospedalieri al fine di ottimizzare il rapporto costo-beneficio nella terapia farmacologia.

Sfide

- il miglioramento della qualità delle cure e l'appropriatezza terapeutica necessitano di un confronto continuo, sulla base di consolidate evidenze scientifiche, fra tutti gli operatori del servizio sanitario con il sistematico coinvolgimento dei cittadini;
- oltre ad ogni forma di vigilanza e di tutte le funzioni proprie dei servizi farmaceutici territoriali ed ospedalieri, compreso tutti gli aspetti logistici ed amministrativi, diventa determinante il loro ruolo nell'ambito dell'appropriatezza sull'uso del farmaco compreso il governo della spesa, in termini di farmaco economia, informazione istituzionale, statistiche sulla spesa farmaceutica e sui consumi, monitoraggio dei comportamenti prescrittivi e dei trattamenti, supporto alla definizione delle strategie di governo della farmaceutica, supporto ai prescrittori interni e convenzionati.

Obiettivo

Consolidare nei prossimi cinque anni la forte attenzione all'appropriato uso del farmaco, dove per uso appropriato si intende il miglior rapporto costo-beneficio nonché l'eliminazione dell'uso improprio della risorsa farmaco.

Azioni

- Dall'analisi delle prescrizioni farmaceutiche, da cui derivano importanti informazioni epidemiologiche specialmente sui trattamenti prevalenti in ciascun contingente di popolazione e sulle principali patologie trattate, risultano fenomeni non marginali di prescrizioni non appropriate; ricondurre il consumo dei farmaci in linea con i reali bisogni sanitari è la sfida prioritaria da affrontare nei prossimi anni.
- In alcune categorie terapeutiche potrebbero essere compresenti farmaci con attività terapeutica sovrapponibile; risulta pertanto essenziale una valutazione dei risultati terapeutici al fine di attivare procedure di acquisto tali da incrementare la concorrenza tra le aziende farmaceutiche.

  Un ulteriore dato è che il generale incremento dei consumi è più accentuato nel genere femminile, tanto che nel 2012, fatto 100 il livello di spesa farmaceutica medio pro-capite, risulta 96 quello maschile e 104 quello femminile; dieci anni prima i valori erano

sostanzialmente invertiti. Non è più procrastinabile uno sviluppo dei farmaci che non tenga conto della differenza di genere.
Anche per l'età pediatrica è necessario l'incentivazione di ricerca specifica.

- Valutazione dei risultati clinici dei trattamenti farmacologici nell'ambito di specifici percorsi assistenziali.

3.2.2. L'appropriatezza sulla Diagnostica

Contesto

Il marcato consumo della diagnostica strumentale, in particolare di quella per immagini e soprattutto della cosiddetta diagnostica "pesante", e l'aumento dell'inappropriatezza (stimata complessivamente nell'ordine del 30% dei casi), documentato dall'alta percentuale di referti negativi o parafisiologici, rappresentano una delle principali criticità dei sistemi sanitari. Questo processo non è stato accompagnato da un pari incremento della consapevolezza, da parte dei medici e dei cittadini, della distorsione che ciò comporta nell'utilizzo delle risorse sia da parte dei medici che dai cittadini che tutto ciò comporta, senza aggiungere alcun valore in termini di salute mentre si sottovalutano per il paziente, sottovalutando addirittura i rischi a lungo termine correlati che molti degli esami che ogni giorno vengono prescritti ed eseguiti inducono. Le radiazioni mediche utilizzate in radiologia e medicina nucleare rappresentano infatti la principale fonte di esposizione a radiazioni ionizzanti in tutto il mondo industrializzato, il livello di quest'esposizione è in continua, rapida crescita e comporta un rischio attribuibile di tumore di circa il 2 % nella popolazione generale.
Questo fenomeno è in gran parte riconducibile alla medicina difensiva ed ai condizionamenti del mercato che inducono all'utilizzo estensivo di indagini diagnostiche in assenza di adeguate evidenze e senza una consapevolezza dell'eventuale impatto rischio-beneficio.

Sfide

Assicurare il migliore utilizzo possibile delle risorse a disposizione attraverso:
un'attenta analisi della congruità del quesito clinico e un'attenzione crescente verso la problematica del ricorso ingiustificato alla diagnostica strumentale.

Assicurare il migliore utilizzo possibile delle risorse a disposizione attraverso un'attenzione crescente verso la problematica del ricorso ingiustificato alla diagnostica strumentale.
Ridurre significativamente la quota attuale di inappropriatezza mediante programmi regionali specifici.
A questo proposito, in coerenza con la DGR 655/2008, potranno essere sperimentate nuove attività di gestione delle liste di attesa in particolare per gli esami diagnostici delle piccole articolazioni (ginocchio, mano, caviglia, polso) con l'ausilio di RMN a basso impatto ambientale. Inoltre, in coerenza con la DGR 148/2010, potranno essere attivati progetti regionali per la gestione dell'ecografia sul territorio da parte di personale medico, con particolare riferimento al percorso gravidanza. Il personale sanitario dovrà essere debitamente formato tramite formazione accreditata dalla Regione Toscana.

Strategie

E' necessario prospettare un piano di appropriatezza complessivo costruito su due direttrici:

- la promozione di un processo di comunicazione strutturato tra professionisti dell'ambito clinico e diagnostico per far emergere l'effettiva utilità del test diagnostico ai fini delle scelte clinico-terapeutiche successive, che rappresenterà poi la base del razionale clinico da condividere con il cittadino
- il supporto adeguato, mediante progetti mirati e con strumenti comunicativi adeguati, dell'applicazione nella pratica medica delle raccomandazioni sull'utilizzo di provata efficacia della diagnostica strumentale. L'esperienza, documentata anche in letteratura, della insoddisfacente ricaduta della sola diffusione di linee guida rende necessario affinare le tecniche e gli strumenti di condivisione.

Per la promozione dell'appropriatezza della diagnostica strumentale e la sorveglianza sull'inappropriato e ingiustificato utilizzo dei test diagnostici a scopo clinico verrà varato un programma specifico articolato a livello regionale, di Area Vasta e aziendale per il monitoraggio sistematico dell'aderenza dei profili prescrittivi ai criteri concordati per le tipologie di indagine a maggior rischio di inappropriatezza e la riduzione delle differenze sul numero di prestazioni erogate per tipologia in rapporto alla popolazione.

Andranno resi operativi tutti gli strumenti di rilevazione, in modo da focalizzare l'attenzione su specifiche aree critiche di intervento, analizzando la variabilità della prescrizione e la rispondenza a criteri condivisi di l'utilizzo appropriato delle prestazioni.
Come strumenti di rilevazione potranno essere attivati dei progetti pilota per la registrazione degli esami diagnostici e per l'implementazione della scheda di valutazione radiologica in cui vengano annotati gli indici di dose e/o i parametri di esposizione forniti e/o impostati sulle apparecchiature, in modo tale da poter seguire con l'appropriatezza anche la giustificazione e l'ottimizzazione della prestazione.
Dovranno essere promosse adeguate campagne di educazione del cittadino per un utilizzo appropriato dei servizi e di tutela consapevole della propria salute favorendo l' informazione sui rischi ed i danni degli esami inappropriatamente richiesti ed eseguiti.
La regolazione del rapporto con le strutture pubbliche e private accreditate, in termini generali e di omogeneità, dovrà prevedere l'introduzione di criteri di qualità delle prestazioni sia in termini organizzativi che professionali, attivando anche un sistema di controlli della qualità tecnica delle prestazioni erogate favorendo specifici momenti di confronto regionale.
Lo stesso modello di intervento può essere applicato alle prescrizioni specialistiche, In questo contesto, saranno sviluppate e diffuse a livello regionale ed estese ad altri ambiti le esperienze innovative già avviate di modulazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali cardiologiche.

3.2.3. L'appropriatezza sui Dispositivi

Contesto

La gestione dei Dispositivi Medici ed in particolare di quelli innovativi che quotidianamente vengono proposti al mondo clinico avviene in genere con una modalità di spinta ("*push*") da parte dei produttori. In questo contesto non sempre vengono svolte le valutazioni preliminari di costo-beneficio e di *cost-effectivness* come pure quelle della loro reale efficacia clinica che, tanto più se si tratta di vere innovazioni, non hanno ancora acquisito i dati delle prove di evidenza.
Si osserva una elevata variabilità delle tipologie di dispositivi medici utilizzati nelle singole Aziende sanitarie e, all'interno della stessa Azienda, fra le diverse Unità Operative della stessa disciplina. Tra le cause di detta variabilità è da evidenziare il ruolo dei professionisti nella scelta dei prodotti verso i quali hanno maggiore esperienza, nonché l'insufficiente attività di formazione degli specialisti da parte istituzionale che è stata in larga parte sostituita dall'Industria.
Le Aziende sanitarie e i sistemi sanitari della Regione si confrontano in un contesto in cui l'invecchiamento della popolazione, la domanda di servizi sempre più qualificati e la dinamica tecnologica sempre più accelerata, mettono a serio rischio la sostenibilità economica di tali sistemi. Gli obiettivi di appropriatezza ed in particolare del beneficio che l'utente ed il sistema possono trarre dall'uso dei migliori Dispositivi Medici rischiano di essere vanificati dalla scarsezza delle risorse economiche disponibili, tanto più se queste sono immobilizzate da scelte inappropriate.

Sfide

Molte categorie di dispositivi presentano attività terapeutica sovrapponibile; risulta pertanto essenziale una valutazione dei risultati terapeutici al fine di attivare procedure di acquisto tali da incrementare la concorrenza tra le aziende produttrici. Ciò oltre a determinare un maggior potere contrattuale del sistema sanitario, consente di ottimizzare i consumi mediante una politica di standardizzazione anche attraverso la condivisione con i professionisti di linee guida e percorsi assistenziali specifici.
Un nuovo patto fra gli attori del sistema sanitario, sanitari, amministratori e cittadini, è in grado di orientare la ricerca verso lo sviluppo di prodotti innovativi che trovano la loro ragione nell'evoluzione dei bisogni assistenziali.
Il modello per una nuova gestione delle modalità di accesso all'innovazione nel Sistema Sanitario è quello definibile come "Introduzione e diffusione controllata delle nuove tecnologie" che faccia riferimento al governo regionale.

Obiettivi

Valutazione del cambiamento che ogni nuova tecnologia comporta nel rapporto fra paziente e medico e tra paziente e servizio sanitario, nelle relazioni interprofessionali, nella valutazione dei ruoli-competenze e delle performance, nei cambiamenti organizzativi.
Una volta decisa l'introduzione di una nuova tecnologia nell'offerta del sistema sanitario regionale è indispensabile che contemporaneamente si agisca su un cambiamento organizzativo che garantisca, nel metodo dell'implementazione, il rigore scientifico ed etico che l'onerosità dell'operazione comporta. In questo senso dovranno essere sviluppati gli ambiti di collaborazione interdisciplinare, interdipartimentale ed interaziendale, il monitoraggio dell'utilizzo clinico (indicazioni, esiti, ecc.), l'informazione corretta sul servizio offerto, il calcolo dei volumi e le modalità di attività nell'ambito della rete dell'offerta territoriale, di Area Vasta e regionale.

Strategie

Per quanto riguarda l'innovazione è necessario accertare che si tratti veramente di "innovazione" e non di piccole variazioni tecnico-tecnologiche di un prodotto già presente sul mercato.
La valutazione multiprofessionale e multidimensionale, tipica della metodologia dell'Health Technological Assessment, è l'ambito nel quale operano gli organismi centrali a livello regionale. Solo successivamente a questa valutazione e solo per le tecnologie ed i D.M. ammessi, inizierà l'iter della vera e propria "introduzione controllata" sul territorio regionale, con modalità idonee a rilevare tutti gli ambiti della evidenza e della efficacia clinica.

Solo a livello regionale, con la contestualizzazione nelle diverse Aree Vaste piuttosto che nelle singole Aziende sanitarie, possono essere svolte le azioni di verifica del fabbisogno sul territorio, del costo-beneficio, dell'impatto sui percorsi assistenziali storici, dell'uso multidisciplinare e interaziendale, delle modalità organizzative e formative, del controllo di qualità e della verifica dell'*outcome*.

Questa metodologia di governo dei Dispositivi Medici rappresenta anche un'occasione per una loro valorizzazione piuttosto che un "contingentamento" basato su criteri puramente economicistici. Occorre ricordare che l'innovazione è sinonimo di ricerca, sviluppo e progresso, ed è un valore. Dal modo come viene interpretato questo concetto dipende lo sviluppo di un Sistema Sanitario Pubblico.

Nel linguaggio comune il termine "innovazione" si contrappone al concetto di "tradizione o di conservazione", in ambito sanitario con l' innovazione si tende anche a mettere in discussione la affidabilità e sicurezza di sistemi tradizionali e collaudati. Qualunque malato si aspetta di essere soccorso, assistito, trattato, sempre e comunque, con le più moderne ed avanzate tecnologie. Purtroppo alla spinta da parte della domanda indotta dalle aziende produttrici spesso non corrispondono quei meccanismi di regolazione necessari. E' l'offerta che crea la domanda e non viceversa.

Il governo dell'innovazione costituisce pertanto il cuore e l'anima della programmazione regionale e della politica sanitaria, è indispensabile favorire il progresso evitando gli sprechi e le modernità inservibili.

3.2.4. L'appropriatezza sulla Genetica

La Regione Toscana, con il contributo del Coordinamento regionale scientifico e tecnico per le attività di genetica, ha assunto una serie di atti finalizzati alla razionalizzazione delle attività di diagnostica genetica.
Sono state adottate raccomandazioni per l'esecuzione di nuovi test e per l'esecuzione di test diagnostici nei casi di infertilità di coppia; è stato promosso un Progetto di formazione sulla consulenza genetica e i test genetici nella pratica clinica.
Sono stati definiti i requisiti di esercizio per le attività di genetica.
E' stata infine effettuata una ricognizione sui dati di attività necessaria per promuovere azioni di razionalizzazione in un ottica di qualità e appropriatezza.

La riorganizzazione della rete dei laboratori secondo gli indirizzi della recente DGR 1235/2012 costituirà la cornice in cui inserire la ridefinizione dell'offerta dei test genetici.

Lo sviluppo della genomica e la rete per le attività di genetica

Nell'ultimo decennio, completata la mappatura dell'intero genoma umano e con lo sviluppo di nuove tecnologie, si è assistito ad una crescente ed incontrollata disponibilità di test genomici, applicabili non solo a patologie ereditarie rare, ma anche a patologie complesse o multifattoriali. La maggior parte di queste sono condizioni comuni (diabete, malattie cardiovascolari e neurodegenerative, tumori, ecc.) determinate dall'interazione tra fattori genetici e ambientali. Si stima che il rischio di sviluppare una malattia determinata almeno in parte geneticamente sia circa del 5% prima dei 25 anni e salga al 65% e più nell'arco della vita. In queste patologie, lo sviluppo della malattia, come pure la gravità del quadro sintomatologico, non è riconducibile alla mutazione di un singolo gene ma a numerose e polimorfe variazioni nella sequenza del genoma che, interagendo tra loro e con fattori ambientali, determinano il rischio di ammalarsi. L'interazione tra tutti questi fattori complica la comprensione e la gestione della genomica predittiva, che, considerata l'alta incidenza delle condizioni patologiche in cui è coinvolta, è destinata ad avere un impatto molto importante nella sanità pubblica.
Solo i test di provata utilità clinica e costo-efficacia dovrebbero essere implementati nella pratica clinica e offerti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, secondo principi di appropriatezza.
È necessaria quindi una particolare attenzione alla pubblicità dei test diretti al consumatore, che deve garantire informazioni adeguate e corrette e indicazioni sui limiti e sulle reali possibilità di intervento da questi offerte. La Sanità regionale deve garantire che la pubblicità non sia mendace e valutare la reale performance dei test (soprattutto l'utilità clinica), diventa quindi utile come osservatorio la Commissione regionale per la genetica.
Nel considerare l'opportunità di applicazione dei test genomici, specifica attenzione va posta alla disponibilità e all'efficacia degli interventi che possono essere attuati in base ai risultati del test. L'utilità clinica di un test genomico non può prescindere dal contesto clinico in cui viene effettuato e dalle conseguenti prospettive di efficace prevenzione.
La dispersione dei centri che offrono test genomici predittivi ha ripercussioni economiche in termini di risorse, in quanto molti laboratori eseguono un numero di test troppo esiguo rispetto alle loro potenzialità e agli investimenti necessari alla loro costruzione e al loro mantenimento.
Le nuove tecnologie e il progresso scientifico obbligano il Sistema Sanitario alla strutturazione di reti di eccellenze, a programmi pubblici di interventi e di azioni per permettere la sostenibilità economica, assicurare la appropriatezza dell'utilizzo e la qualità della prestazione erogata in questo settore.
La costituzione di reti di eccellenza è particolarmente rilevante per l'organizzazione sanitaria regionale e nazionale. Risulta pertanto indispensabile che la Regione identifichi e/o potenzi i Centri che formano le reti di eccellenza - rispondenti a criteri di qualità riconoscibili e certificabili a livello nazionale e internazionale.
Diventa altresì indispensabile la individuazione di percorsi per i singoli test, a partire dalla definizione della opportunità di introdurre uno specifico test nei percorsi assistenziali, tenendo conto della prevalenza nel territorio toscano delle patologie cui questi sono associati e dalla

presenza sul territorio di specifici centri di eccellenza clinica. La programmazione sanitaria dovrà quindi garantire la presenza di un numero sufficiente di competenze necessarie all'applicazione clinica della genomica e la multidisciplinarietà, promuovendo l'uso appropriato delle informazioni genomiche e assicurando che i servizi di genetica e le tecnologie siano efficaci e accessibili.
Un punto di importanza fondamentale nella promozione dell'uso appropriato delle tecnologie genomiche è che tutti gli attori in ambito sanitario evitino di creare aspettative eccessive nel pubblico sulle applicazioni dei risultati della genomica, a livello di diagnosi, prevenzione e trattamento delle malattie. Diventa quindi indispensabile lavorare sulla trasparenza della informazione per permettere al clinico, al paziente e al cittadino di avere la evidenza scientifica e la consapevolezza delle potenzialità della genomica.

E' necessario pertanto procedere a:

- mettere a punto un sistema di controllo del rispetto delle normative, che permetta il confronto trasparente dei vari sistemi di erogazione delle prestazioni assistenziali, assicuri la presenza di professionisti competenti e formati a ogni livello e valuti in modo costruttivo la qualità dei servizi erogati
- creare programmi pubblici di prevenzione maggiormente mirati ed economicamente vantaggiosi
- aumentare l'impatto delle campagne e dei messaggi di riduzione del rischio, sviluppando al contempo adeguati programmi formativi e informativi
- favorire la comunicazione e gli scambi tra i diversi ambiti del sistema sanitario e con le Aziende sanitarie Locali
- mantenere l'importanza strategica della sanità pubblica in un'epoca segnata da forti cambiamenti nella terapia medica che si sta sempre più orientando verso un'assistenza sanitaria personalizzata
- studiare la validità dei test genomici, tenendo in conto la sostenibilità e i potenziali rischi associati con l'uso non corretto ed esteso di tali test
- centralizzare l'utilizzo di nuove tecnologie applicate alla diagnostica, riducendo il numero dei Laboratori di Diagnostica genetica. Ciò permetterà di sostenere l' utilizzo di tecnologie avanzate e sofisticate, di lavorare su grandi numeri non più parcellizzati, con l'effetto di abbattere i costi, di migliorare la rete e di assicurare la qualità
- ampliare sul territorio regionale la rete di ambulatori per la consulenza di genetica clinica.Ciò al fine di migliorare l'appropriatezza della richiesta dei test e il loro utilizzo anche nell'ambito della diagnostica e di attivare poli multidisciplinari utili per la gestione del paziente e il coordinamento dei percorsi diagnostici e terapeutici.

3.2.5. L'appropriatezza sulle Medicine complementari e non convenzionali

Contesto

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito, il 7 febbraio 2013, un accordo concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti. L'accordo ha l'obiettivo di tutelare la libertà di cura del medico chirurgo e odontoiatra nonché la libera scelta per i cittadini consentendo loro di accedere alle cure di professionisti in possesso di idonea formazione in agopuntura, fitoterapia e omeopatia che sono considerate come sistemi di diagnosi, di cura e di prevenzione che affiancano la medicina ufficiale, avendo come scopo comune la promozione e la tutela della salute, la cura e la riabilitazione. Viene quindi estesa a livello nazionale la regolamentazione del settore che era stata anticipata dalla Regione Toscana. Infatti le medicine complementari (agopuntura, fitoterapia, omeopatia e medicina manuale) sono ormai diventate parte integrante e innovativa del Servizio Sanitario Regionale toscano e dal 2005 fanno parte dei LEA regionali (DGR 655/2005). La Regione Toscana, unica in ambito nazionale, ha adottato una legge, la l.r. 9/2007, che regolamenta la formazione dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti che esercitano le medicine complementari (agopuntura, fitoterapia, omeopatia), permette la loro annotazione come esperti in appositi elenchi presso gli Ordini professionali e individua i criteri per l'accreditamento degli Istituti formativi.

Attualmente è strutturato un modello organizzativo a rete (Rete toscana di medicina integrata) che comprende le attività di MC realizzate dalle Strutture di riferimento regionali (Azienda USL 10 per agopuntura, AOU Careggi per Fitoterapia, azienda USL 2 per Omeopatia, Centro di medicina integrata di Pitigliano, azienda USL 9) e dalle aziende sanitarie.

Conclusa la fase di avvio e di sperimentazione di queste attività si è proceduto, con DGR 652/2011, a consolidare l'offerta delle prestazioni nell'ambito del SSR assicurandone la compatibilità con i principi di sostenibilità del sistema.

Questo processo ha consentito l'integrazione della MC a favore degli utenti che usufruiscono di cure ambulatoriali, ma anche durante le fasi di degenza ospedaliera come al Centro di medicina integrata di Pitigliano. Questa azione di governo risponde alla richiesta dei cittadini che ricorrono all'uso delle MC in maniera sempre crescente.

Secondo un'indagine dell'Agenzia Regionale di Sanità toscana, riferita al 2009, un cittadino toscano su cinque conosce le medicine complementari, soprattutto omeopatia (18%) e agopuntura (14%). Il 13,4% ne ha utilizzato almeno una (3,6% agopuntura, 1,8% fitoterapia, 7,9% omeopatia, 2.7% medicina manuale). Il gradimento per le cure ricevute è alto, attestandosi al 79% per l'omeopatia, al 68% per la fitoterapia e al 67% per l'agopuntura. L'omeopatia è ampiamente usata in età pediatrica e quasi un quarto degli intervistati vi ricorre per la cura dei figli. I cittadini toscani si rivolgono alle terapie complementari perché naturali (74%), efficaci (43%), con minori effetti collaterali (32%). Circa la metà degli utilizzatori si rivolge a strutture pubbliche o convenzionate e il 57% informa il proprio medico.

Tale indagine conferma dati nazionali e internazionali secondo i quali agopuntura, fitoterapia, omeopatia e medicina manuale possono efficacemente integrare le terapie correnti, garantendo anche la sicurezza dell'utente. Esse hanno scarse controindicazioni, ridotti effetti collaterali e presentano una forte compliance e concordance da parte dell'utente.

Il Consiglio Regionale, approvando la legge regionale 3 gennaio 2005, n. 2 (Discipline del benessere e bionaturali), ha posto la premessa per valorizzare l'apporto al benessere della persona anche di discipline non mediche definite "discipline bio-naturali", proponendosi di garantire ai cittadini i massimi livelli di qualità attraverso un sistema di accreditamento e la costituzione della Rete regionale del Benessere. Anche alla luce delle nuove disposizioni nazionali (Legge 4/2013), sarà possibile dispiegare ulteriormente le potenzialità di questi approcci e la collaborazione con il sistema medico-sanitario.

Sfida

Di fronte al costante incremento della spesa sanitaria nei paesi industrializzati e alla esigenza di adottare nuovi modelli di gestione, in particolare delle malattie croniche, la medicina complementare rappresenta una risposta nella cura di patologie di ampio costo economico e sociale. Sul rapporto costo-efficacia delle medicine complementari sono stati pubblicati studi, sia in ambito europeo sia nazionale, che hanno avvalorato una riduzione della spesa dal 20% al 50% rispetto alla medicina convenzionale, a parità di efficacia clinica. Un lavoro (P.Kooreman, E.W. Baars, *European Journal of Health Economics*, giugno 2011) afferma che se il medico conosce anche le medicine complementari si riduce la spesa sanitaria e i pazienti vivono più a lungo. Sono stati esaminati i dati di un'assicurazione olandese contenente informazioni trimestrali sui costi sanitari (costo del MMG, cure ospedaliere, spesa farmaceutica e per attività paramediche) di circa 150.000 assicurati negli anni 2006-2009. I dati di 1.913 medici "convenzionali" sono stati confrontati con quelli di 79 medici di base con una formazione anche in medicina complementare: i pazienti di questi ultimi medici hanno un tasso di mortalità inferiore (0-30%), i costi si riducono fino al 30%, con percentuali correlate a fascia di età e tipo di medicina complementare.

Altri studi hanno dimostrato che il costo per l'acquisto di farmaci convenzionali e per le visite mediche diminuisce dopo l'introduzione delle medicine complementari. *(Christopher Smallwood "The role of complementary and alternative medicine in the National Health System" -2005).*

Per queste ragioni il presente Piano guarda alle Medicine Complementari come a una risorsa innovativa di cui il sistema toscano di salute potrà avvalersi in modo appropriato per rispondere alle esigenze dei cittadini. Ciò a partire dai settori in cui se ne è dimostrata l'efficacia a fronte di un costo ridotto e di un miglioramento della qualità della vita, per garantire l'uguaglianza nell'accesso alle cure, migliorare la qualità delle prestazioni e favorire l'assunzione di responsabilità del cittadino nella promozione della sua salute e nella prevenzione delle patologie.

Obiettivo

Porre grande attenzione all'appropriatezza dell'uso ed alla forte integrazione delle Medicine complementari e non convenzionali nell'attività di prevenzione e cura del sistema di salute della Toscana attraverso il modello organizzativo della Rete toscana di medicina integrata.

Strategie

A partire dalla valutazione della letteratura scientifica internazionale sugli studi di efficacia delle MC in termini di miglioramento della salute dei cittadini, dei loro stili di vita, di sicurezza per l'utente, diminuzione degli effetti collaterali, riduzione della spesa sanitaria, e anche a seguito della valutazione delle esperienze consolidate di altri paesi industrializzati e del processo di integrazione delle MC nel sistema sanitario toscano, saranno sviluppate le seguenti linee strategiche:

- garantire la formazione professionale di alto livello del personale sanitario su vantaggi e svantaggi dell'uso delle MC, come pure i rischi nell'eventualità che si intendano in termini sostitutivi nella terapia di patologie importanti, campi di applicazione, limiti di impiego, efficacia, effetti collaterali e rapporto costo–efficacia;
- diffondere l'uso delle MC nell'ambito della salute della donna, in particolare per il trattamento dei disturbi neurovegetativi della menopausa e per la promozione del parto fisiologico e dell' allattamento materno che sarà sperimentato in alcuni Punti Nascita toscani;
- migliorare la qualità della vita e l'empowerment del paziente cronico, compresa la popolazione anziana e il paziente fragile;
- integrare le MC nella rete regionale della lotta al dolore, anche in applicazione della legge 38/2010, nell'assistenza al paziente oncologico e al malato terminale;
- sviluppare programmi di integrazione delle MC in ambito penitenziario attraverso corsi di formazione del personale sanitario dei presidi sanitari penitenziari, sviluppo di attività di autotutela della salute in particolare delle mamme e dei bambini e di pratiche di movimento e di meditazione;

- diffondere l'uso delle MC nella tutela della salute del bambino e dell'adolescenza; nel sostegno all'accrescimento; nella prevenzione e cura dei disturbi dell'alimentazione e del comportamento; nel contenimento delle infezioni recidivanti; nelle patologie oncologiche; nella salute mentale dell'adulto e dell'infanzia; nelle allergie; in medicina veterinaria; nelle cure termali;
- valutare il ruolo di eccelenza, sostenendo l'esperienza pilota dell'Ospedale di Pitigliano, agli effetti della definizione della sua funzionalità, nei contesti locale e regionale;
- diffondere una corretta informazione fra gli utenti su potenzialità terapeutiche e limiti di impiego delle MC;
- collocare nell' Azienda USL 10 di Firenze - Centro Fior di Prugna - e nel Centro Ospedaliero di Medicina Integrata di Pitigliano, che lavoreranno di concerto, il coordinamento dell'attività di formazione e di aggiornamento del personale sanitario, di diffusione delle informazioni delle MC, nonché il coordinamento della ricerca nel settore e l'attuazione di partnership europee ed internazionali per lo sviluppo della qualità in MC. In particolare, occorre considerare, in relazione all'obiettivo prioritario ad esso affidato riguardante il modello di integrazione, il complesso delle attività clinico-assistenziali per il paziente ospedalizzato, nonché la valutazione di vantaggi e limiti dell'approccio multidisciplinare ed integrato al paziente, anche in termini di riduzione del consumo di farmaci e di eventuali effetti avversi;
- censire annualmente le strutture e le attività di MC presenti nel territorio toscano;
- valutare il contributo delle MC al cambiamento degli stili di vita dei cittadini toscani attraverso attività di ricerca da realizzare in collaborazione con le Università toscane e le associazioni private del settore;
- sviluppare programmi di sorveglianza sanitaria sugli effetti avversi delle MC e sviluppare le competenze nella gestione del rischio clinico in MC estendendo agli operatori sanitari l'informazione sulle possibili interferenze fra l'uso delle terapie complementari e i farmaci convenzionali;
- collaborare alla definizione di modelli interculturali di riferimento per affrontare le problematiche sanitarie di maggior rilievo della popolazione migrante;
- promuovere i programmi di cooperazione sanitaria internazionale per la medicina naturale e tradizionale nei paesi in via di sviluppo.

3.3. Il sistema di autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento

3.3.1. Sanitario

Contesto

L'esperienza realizzata in Toscana, sulla base della l.r. 8/1999, ha prodotto la certezza di un sistema di regole sulla qualità e la sicurezza dei servizi sanitari sia pubblici che privati, ha sviluppato la cultura della verifica e ha consolidato, mediante il lavoro delle tre Commissioni di accreditamento istituzionale operanti per Area Vasta, un'azione diffusa di controllo sulle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie.
Tuttavia sono emerse alcune criticità insite nello stesso impianto normativo della l.r. 8/1999, che hanno determinato l'esigenza di un riorientamento del sistema, per una sua migliore contestualizzazione rispetto alle evoluzioni intercorse all'interno del servizio sanitario regionale, per riportarlo a un livello culturalmente competitivo nel dibattito nazionale sul tema degli strumenti di verifica della qualità e per superare alcune pesantezze procedurali che hanno contribuito alla lentezza dei processi di accreditamento.

A superamento delle suddette criticità sono stati approvati la legge regionale 5 agosto 2009, n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) e il regolamento attuativo di cui al d.p.g.r. 61/R/2010 che hanno fornito una ridefinizione complessiva del sistema di norme in materia di qualità e di sicurezza delle strutture sanitarie assimilando da un lato le disposizioni contenute nella l.r. 8/1999 considerate tuttora valide, (quali, in particolare, la normazione dei processi autorizzativi per le strutture private e tutto il quadro normativo per l'apertura degli studi professionali) e, dall'altro, apportando le innovazioni necessarie, soprattutto a riguardo delle forme di accreditamento e degli strumenti che lo supportano, per superare le lentezze evidenziate e per vitalizzare il sistema orientandolo, in un rapporto sinergico e integrato con i vari strumenti di valutazione della qualità, verso dinamiche di miglioramento continuo.
E' stato inoltre istituito l'elenco regionale dei valutatori ed è stato nominato il gruppo tecnico regionale di valutazione deputato alla verifica dei requisiti di accreditamento, nuovo organismo tecnico che sostituisce le tre commissioni regionali di accreditamento.

Obiettivi

La trasformazione del modello dell'accreditamento da un compito istituzionale in una cultura generalizzata fra tutti gli attori del sistema attraverso:

- la diffusione dell'accreditamento su tutto l'ambito dei servizi territoriali
- lo sviluppo dell'accreditamento di eccellenza, ad adesione volontaria, orientato al miglioramento continuo in relazione a obiettivi predefiniti di performance in termini di qualità e sicurezza delle cure sanitarie
- lo sviluppo dell'accreditamento degli studi professionali che intendono erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale
- la promozione della qualità professionale dei professionisti operanti per il servizio sanitario regionale.

Strategie

Attualmente, sulla base della nuova normativa, sono state accreditate 8 aziende pubbliche (Azienda USL 3, Azienda USL 4, Azienda USL 5, Azienda USL 7, Azienda USL 8, Azienda USL 9, Azienda USL 12 e A.O.U. Meyer) con riguardo a tutte a tutte le prestazioni sanitarie erogate ed è stata conclusa la fase di rinnovo dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private.
A questo punto si rende necessario un intervento di manutenzione per consentire il superamento delle criticità emergenti, considerata l'innovatività del nuovo sistema, e la sua completa messa a regime.
E' previsto il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti per il triennio, in particolare l'accreditamento di eccellenza e l'accreditamento degli studi professionali.

3.3.2. Sociale

Contesto

L'accreditamento è un istituto che contribuisce a delineare i sistemi di welfare regionali.
L'accreditamento orienta il sistema di produzione ed erogazione dei servizi al rispetto dei principi di efficienza ed appropriatezza, regola il mercato sul versante dell'offerta, introduce elementi di concorrenza virtuosa, incide sul grado di soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei cittadini, sull'esigibilità dei diritti sulle condizione di equità di accesso, sulle qualità delle prestazioni. L'accreditamento promuove il miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle stesse capacità professionali dei soggetti accreditati.
Fra il 2008 ed il 2010 sono stati approvati il regolamento attuativo della l.r.41/2005 (d.p.g.r. 26 15/R/2008), la l.r. 82/2009 sull'accreditamento delle strutture e dei servizi sociali ed il relativo regolamento di attuazione (d.p.g.r. 29/R/2010).

Sfide

Il sistema introdotto prevede anche l'uso di titoli di acquisto, nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione della libertà degli utenti dei servizi sociali. Si tratta di un aspetto spesso sottovalutato, perché i destinatari dei servizi sociali sono considerati persone "deboli" e, dunque, meno in grado di altri, di valutare la qualità dei diversi fornitori e di operare conseguentemente scelte consapevoli. Per ridurre questa criticità, che indubbiamente continua a rimanere aperta, occorre promuovere l'informazione e migliorare il percorso di accesso ai servizi.
La Regione, per favorire uno sviluppo efficace del sistema, ha previsto inoltre la possibilità di attivare sperimentazioni, per introdurre soluzioni organizzative innovative e favorire la riqualificazione dei servizi (art. 14 comma 5 della l.r. 41/2005). In caso di esito positivo, le soluzioni "sperimentate" potrebbero essere in futuro applicate anche in altre realtà o alla generalità delle strutture accreditate.

Obiettivo

- La Regione definisce un accreditamento in grado di avere le caratteristiche di plasmabilità nel tempo, per essere l'espressione di un forte ruolo di indirizzo e sostegno dell'ente pubblico titolare della funzione sociale. Si evidenzia la necessità di creare strumenti che favoriscano la coprogettazione con i soggetti accreditati al fine di adeguare le caratteristiche dei servizi e di migliorarne la qualità, e orientare la programmazione in un contesto territorialmente coerente al fine di di garantire appropriatezza delle risposte, omogeneità di crescita ed equilibrio territoriale.
- Programmazione e verifica di compatibilità per le strutture di cui al Titolo II, capo III della l.r. 41/2005: il Piano Integrato di Salute dovrà indicare il fabbisogno di residenzialità e semiresidenzialità rilevato per le diverse tipologie di utenza e, in relazione all'offerta esistente, sia di strutture e sia di servizi, con particolare riferimento alle strutture ad integrazione socio-sanitaria. Il comune acquisisce la verifica di compatibilità dei progetti di realizzazione e di ampliamento di strutture residenziali o semiresidenziali, pubbliche e private, dal soggetto preposto alla programmazione per quelle tipologie di strutture.
- Sperimentazione per le innovazioni del sistema dei servizi: sperimentazione di tipologie di strutture residenziali e semi residenziali (art. 14, comma 5 l.r. 41/2005). La Regione promuove e verifica interventi territoriali che tendono a sperimentare soluzioni organizzative innovative e di qualificazione dei servizi che prefigurano aspetti applicabili in un futuro sistema dei servizi e strutture accreditate nel rispetto delle procedure previste per la sperimentazione. Tra le strutture accreditate devono intendersi anche la case di cura private che hanno concordato un programma di riconversione delle proprie attività o che attualmente partecipano a progetti sperimentali. La Regione si avvale di una commissione appositamente costituita con il compito di verificare l'opportunità del progetto di sperimentazione presentato e procede con un atto della Giunta Regionale all'eventuale approvazione. La finalità è quella di verificare la rispondenza agli obiettivi fissati dalla sperimentazione stessa del modello messo in essere.

- Attivazione del sociale d'iniziativa che deve integrarsi col sanitario d'iniziativa attraverso la multiprofessionalità che presuppone una stretta collaborazione tra professioni sanitarie e professione sociale.
- Ottimizzazione del sistema di verifica per l'autorizzazione e l'accreditamento.

Azioni
Individuazione del percorso che definisce i livelli di programmazione regionale e locale.

Sperimentazione: le sperimentazioni di tutte le strutture residenziali e semi residenziali, di servizi alla persona, di modalità organizzative innovative del sistema, possono essere attivate a seguito della definizione, da parte della Giunta regionale, di specifiche procedure nel rispetto delle seguenti indicazioni:
- i progetti di sperimentazione sono oggetto di concertazione a livello territoriale;
- i progetti di sperimentazione, da realizzare in determinati tempi, una volta espletato il percorso di concertazione a livello territoriale con le OO.SS. confederali, sono presentati alla Giunta regionale da soggetti pubblici o privati, previo controllo di conformità sugli atti di programmazione regionale e locale (Piani integrati di salute) effettuati dagli enti locali competenti;
- la Giunta regionale, valutato il progetto presentato, procede alla sua eventuale approvazione, fissando il termine entro il quale la sperimentazione si dovrà concludere;
- la sperimentazione, una volta iniziata, è soggetta ad attività di monitoraggio con modalità definite dall'atto di approvazione. La finalità è quella di verificare la rispondenza agli obiettivi fissati dalla sperimentazione stessa e l'efficacia del modello messo in essere. I risultati del monitoraggio, fatto con il coinvolgimento degli attori titolari della sperimentazione, sono acquisiti dalla Regione che, tramite un'apposita Commissione, esercita la funzione di controllo e valutazione della sperimentazione.

Costituzione della Commissione che ha il compito di verificare la pertinenza del progetto e di monitorare la sperimentazione.

4. IL PATTO CON I CITTADINI

4.1. Una comunicazione aperta e accessibile

L'importanza della comunicazione in ambito sanitario e sociale era già ampiamente descritta nei precedenti piani di riferimento in considerazione dei benefici che può generare per la qualità dell'assistenza e della salute del cittadino.

Con il Piano sanitario regionale 2008-2010, i punti di azione relativi alla comunicazione della salute e ai nuovi ospedali e nuovi modelli di cura, erano inseriti in un contesto che proponeva ed enfatizzava il concetto di "rete" esplicitato nella triplice formulazione di fare rete in senso collaborativo, mettere in rete in senso tecnologico e richiamo alla rete come modalità di gestione ed erogazione dei servizi sul territorio.
Alle precedenti indicazioni che rimangono valide, si aggiungono ulteriori elementi e indicazioni che riguardano la comunicazione relativa all'accesso ai servizi, oltre a quella sui temi della salute e del benessere che, ancor più in una logica integrata sanitaria e sociale, diviene necessario sviluppare in maniera coordinata con tutti gli attori presenti a livello locale e con una regia di livello regionale, anche mettendo a frutto le innovazioni tecnologiche disponibili e da implementare
Infatti la fase di ascolto di cittadini e operatori che ha preceduto la redazione dell'atto programmatico, ha indicato una richiesta di maggior sostegno e accompagnamento comunicativo in relazione ai servizi e percorsi socio-sanitari e assistenziali, per meglio orientarsi rispetto ai cambiamenti organizzativi e alle diverse modalità di cura. L'indicazione contenuta nel *"Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe"*[28] di una salute condivisa da tutti può essere perseguito attraverso un insieme congiunto di azioni da parte degli attori sanitari e sociali che a vario titolo risultano coinvolti in questo processo, determinando l'assoluta priorità di amalgamare e mettere a sistema l'insieme degli interventi e delle strategie perseguite. In quest'ottica *la comunicazione* diventa l'elemento chiave di ogni rapporto relazionale, da quello istituzionale a quello personale.
Dovrà inoltre essere tenuto in conto il nuovo intenso utilizzo della rete internet da parte di cittadini e pazienti, nonché del web.2, quello dei social network, che sta cambiando il rapporto dei medici con la medicina e con i colleghi, dei pazienti con la malattia che si informano, si confrontano e si scambiano esperienza; un'esperienza certamente non esente da rischi e contraddizioni.

28 Organizzazione Mondiale della Sanità (2011) Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Reperibile all'indirizzo web

4.1.1. Modelli informativi orientati all'utenza: dalla comunicazione di base alle sperimentazioni sul web

Rendere più efficace la comunicazione sui servizi e l'accesso

Contesto
La nuova organizzazione dei servizi volta a garantire maggiore integrazione, efficacia e appropriatezza, richiede capacità di attivare coerenza comunicativa e chiarezza delle informazioni per saper colloquiare con tutti i cittadini senza distinzione di genere, età, cultura e lingua.

Sfida
Allargare l'accesso e la conoscenza dei servizi a tutte le fasce di popolazione al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute della popolazione e al consolidamento della reputazione della organizzazione socio-sanitaria.

Obiettivo
Garantire informazioni corrette e coordinate attraverso modalità e strumenti semplificati, una sorta di alfabetizzazione di base utile a tutti sui servizi e attività ad alta frequenza di contatto e di interesse diffuso: cup, centri prelievi, tempi di attesa, ticket ecc..

Strategia
In generale rafforzare a livello regionale e nei contesti locali la capacità di "regia" sulla comunicazione che sostenga e promuova chiarezza e coerenza delle informazioni, evitando sovrapposizioni a beneficio della integrazione tra i soggetti titolari della programmazione e della erogazione dei servizi.
Da parte della Regione:

- sostenere, con logiche di regia, processi e azioni che consentano ai soggetti istituzionali del sistema sanitario e sociale di migliorare la gestione integrata delle attività in funzione sia del pubblico interno (operatori/professionisti) che del pubblico esterno (persone, associazioni, categorie ecc) sviluppando relazioni e format comunicativi, chiari, coerenti e coordinati
- consolidare e ampliare, in raccordo con le aziende sanitarie, la comunità professionale dedicata alla comunicazione, come nodo qualificato per la regia della comunicazione in ottica di rete, su contenuti e strumenti
- sostenere, anche attraverso lo specifico filone di attività del Laboratorio regionale per la formazione sanitaria (FORMAS)
- la comunicazione interculturale con l'offerta di materiale informativo cartaceo e on ausili multimediali e multilingua
- avviare e sostenere modalità di collaborazione su azioni comunicative sanitarie e sociali dei soggetti del privato sociale
- facilitare l'approccio delle persone alle nuove tecnologie, anche sfruttando le potenzialità che la Carta sanitaria elettronica offre, attraverso una informazione chiara, completa e coerente

Da parte delle aziende sanitarie:

- ancorare gli strumenti informativi per l'utenza (in ottica di comunicazione integrata) al basamento relazionale, di contatto e partecipazione anche per sperimentare modalità di co-costruzione di servizi e contenuti
- monitorare costantemente, aggiornare e manutenere i molteplici punti di contatto con l'utenza e i basamenti informativi su cui essi poggiano in considerazione della generazione quotidiana di migliaia di relazioni fra cittadini e operatori del Servizio sanitario toscano. Quanto sopra avvalendosi anche del raccordo fra Difensore Civico,rete URP, Commissioni Miste Conciliative e Consiglio Sanitario Regionale.

Uso di nuove modalità di comunicazione interattiva sul web

Contesto
Informazioni su malattie, cure e rimedi sono disponibili ormai da anni sul web che è divenuto la fonte principale di informazione dei cittadini sulla salute e sui temi del welfare. Il sistema garantisce l'accesso ad un'offerta imponente di servizi, risposte e soluzioni e risponde alla volontà delle persone di sentirsi sempre più protagonisti delle scelte sulla salute e l'assistenza. I cittadini sono ormai consapevoli di questa possibilità e tendono ad utilizzarla sempre più a discapito di una modalità tradizionalmente basata su relazioni di scambio fisiche e caratterizzate da "asimmetria informativa" tra paziente e medico/operatore. L'uso del web da parte dei cittadini per informarsi sulla salute e benessere si sta diffondendo con una tale velocità da imporre un'iniziativa istituzionale accreditata. Tuttavia si registrano numerosi casi di disorientamento e disinformazione dovuti a contenuti e indicazioni non corrette o non correttamente interpretate dai navigatori della rete.
Se a proporre un'offerta informativa e contatti immediatamente fruibili fosse l'istituzione sanitaria stessa, sarebbero favoriti la trasparenza, l'accesso equo alle prestazioni e ai servizi, con possibile riduzione delle disuguaglianze di salute, e lo sviluppo dell'empowerment della persona, che può accedere a informazioni scientificamente accreditate.
Ciò permette alla persona malata e/o ai suoi familiari di conoscere e utilizzare informazioni sanitarie e sociali qualificate e scientificamente accreditate, favorendo un maggior controllo sul proprio stato di salute, sviluppando capacità di scelta e decisione.
In questo contesto la comunicazione sul web, nell'ambito di un set di strumenti integrati (brochure informative, totem interattivi, campagne di comunicazione, call center, ecc) assume il compito di promuovere l'autonomia decisionale delle persone, evidenziando una maggior consapevolezza sulle alternative dell' offerta.
Alcune esperienze internazionali, in particolare americane e inglesi (si veda il sito web "NHS *Choices - Your health, your choice*") rappresentano modelli di siti interattivi, ben riusciti e in parte replicabili in altre realtà con caratteristiche di onestà e credibilità scientifica dell'istituzione che gestisce le informazioni e connessioni on line.

Sfida
Far acquisire al cittadino potere di conoscenza per scelte consapevoli in ambito sanitario e sociale, utilizzando informazioni disponibili sui siti web di Enti ed Istituti del Sistema Sanitario Regionale, prodotte con criteri che garantiscono qualità e correttezza dei dati.

Obiettivo
Obiettivo è migliorare la comunicazione istituzionale e l'informazione sanitaria e sociale così da favorire e facilitare la ricerca di informazioni, delineando degli scenari/percorsi su "cosa posso fare in caso di", "dove posso farlo", "in che modo posso accedere","che cosa comporta". Il percorso è coordinato dalla regione Toscana e vi collaborano tutti i servizi del sistema, con particolare apporto delle eccellenze sanitarie e sociali toscane.

Strategie
Per rispondere alla domanda di informazioni accreditate ed affidabili, è necessario:
- re-ingegnerizzare o aggiornare gli attuali siti web istituzionali aziendali per migliorare e rendere omogeneo il sistema di accesso alle informazioni sanitarie.
- le informazioni sanitarie e sociali da fornire agli utenti si concentrano inizialmente sulle principali patologie, percorsi ed interventi che i dati del sistema informativo evidenziano come i più frequenti e richiesti
- l'attività è coordinata da un gruppo di lavoro istituito presso il Consiglio Sanitario Regionale (CSR), con l'apporto delle competenze dei professionisti toscani che lavorano con modalità tipo "*Wikipedia* medico". Per ogni patologia o intervento, i cittadini possono trovare poche ma sicure informazioni: cosa è la patologia in questione, in cosa consiste l'intervento (opzioni principali e tecnologie), chi lo fa e dove in Toscana (con eventuali centri eccellenza, lista centri accreditati, operatori con foto e curriculum, tempi di attesa medi, ecc..), eventuali rischi con

statistiche precise sul modello di quelle del consenso informato, ed ogni ulteriore informazione che possa servire (in quanto tempo si torna al lavoro, quali problemi dopo, eventuali costi aggiuntivi, ecc..). Sono riportati anche link utili con altri centri italiani o esteri di eccellenza)
- costituire attraverso gli strumenti della rete contesti di condivisione dei saperi e delle conoscenze fra operatori e professionisti del sistema sociale
- diffondere la consapevolezza dell'esigenza di organizzare le informazioni della persona o della famiglia, presa in carico e seguita dal servizio sociale, attraverso l'uso della cartella sociale come strumento sia di comunicazione interna sia di fidelizzazione
- raccogliere le opinioni del cittadino, che vengono inviate già elaborate ad ogni struttura a cui l'esperienza fa riferimento
- sono incrementate le possibilità per i cittadini di scambiare comunicazioni, segnalazioni, commenti (positivi e negativi), esperienze personali, anche attraverso blog
- e' istituita presso il CSR una regia regionale agile e competente, con segreteria scientifica adeguata per numerosità e professionalità, che si avvale delle competenze delle Agenzie, Enti ed Istituti regionali di area sociale e sanitaria.

Migliorare la comunicazione interna ai servizi

Contesto
Al fine di rendere efficace, chiara e tempestiva la comunicazione nei confronti dei cittadini, è, in maniera propedeutica, necessario migliorare la comunicazione interna nell'ambito delle articolazioni organizzative del servizio socio-sanitario regionale. Ciò per garantire maggior coerenza ed evitare disallineamenti informativi distorsivi per i cittadini.

Sfida
La comunicazione interna, generata da una complessa e diversificata produzione di flussi informativi, necessita di individuare modalità organizzative e comunicative tali da migliorare la filiera che genera l'informazione stessa per essere restituita ai cittadini in maniera funzionale e tempestiva.

Obiettivo
In tale contesto la comunicazione interna diventa fondamentale per produrre condivisione delle mete, coinvolgimento, senso di appartenenza. E' la piattaforma per costruire alleanze fra servizi e utenti.

Le scelte strategiche
Da parte della Regione:
- consolidare e ampliare, in raccordo con le aziende sanitarie e il soggetto titolare della integrazione socio sanitaria, la comunità professionale dedicata alla comunicazione, come nodo qualificato per la regia della comunicazione in ottica di rete, su contenuti e strumenti
- implementare i processi e gli strumenti di coordinamento identitario sviluppati per le aziende sanitarie e per altre strutture organizzative individuate dalla pianificazione regionale come, per esempio, le Case della salute.

Per le aziende sanitarie
- pianificare l'ascolto (interno/esterno) e la comunicazione (interna /esterna)

Occuparsi della comunicazione "one to one"

Contesto
A completamento di queste linee di azione, è emersa un'ulteriore area di miglioramento, anche se di più difficile monitoraggio e valutazione, relativa alla comunicazione medico - operatore sanitario e sociale/utente che definiamo comunicazione "*one to one*". È tuttavia una comunicazione che ha ricadute rilevanti sulla percezione della qualità dell'assistenza e del servizio ricevuto, tale da

condizionare positivamente e negativamente ulteriori contatti con i servizi. In questo contesto si colloca il progetto di un Centro di Ascolto Regionale, in seguito alla sperimentazione e validazione del modello operativo del Centro di *Counseling* Oncologico Regionale per facilitare i contatti e l'orientamento ai servizi.

Sfida
La necessità di affrontare questo tema emerge attraverso l'analisi di una serie di strumenti quali: le indagini di gradimento, i reclami, le segnalazioni degli utenti e le criticità emerse dai percorsi sanitari.

Obiettivo
Diffondere la cultura della comunicazione e la cura della relazione fra tutti gli operatori del sistema come parte integrante del ruolo professionale e implementare la sinergia della rete dei servizi.

Strategie
Per le aziende sanitarie
Le azioni di miglioramento risiedono principalmente a livello dei servizi e del management delle organizzazioni sanitarie, dovendo incidere sui livelli di efficacia operativa di flussi organizzativi, in particolare del flusso delle informazioni tra management e professionisti.
Per la Regione Toscana
Le peculiarità e potenzialità dell'attività del Centro di Ascolto Regionale si articolano su tre macroaree:
Funzioni di promozione dell'informazione e supporto al cittadino per una maggiore vicinanza con il sistema socio-sanitario, nello specifico: supporto alle campagne di comunicazione e promozione della salute della Regione Toscana; attività di orientamento sui percorsi sanitari e sulle modalità di accesso; accoglienza e gestione di segnalazioni; attività di supporto informativo relativo al comparto socio-sanitario per i cittadini e gli operatori.
Funzioni di orientamento e counseling sui servizi al cittadino e sui percorsi assistenziali per i servizi e i progetti in atto.
Il centro, attraverso le competenze di orientamento e *counseling*, aiutà il cittadino a mettersi in contatto con i servizi delle aziende sanitarie e di tutto il territorio regionale, promuovendo una risoluzione tempestiva della problematica, avvalendosi della gestione della rete della Sanità Toscana. In casi specifici attiva una rete di sostegno psicologico attraverso psicologi dedicati e interni al centro di ascolto.
Funzioni di supporto psicologico telefonico.
Il Centro di Ascolto Regionale aiuta e sostiene l'utente a superare le fasi di crisi che possono presentarsi durante il percorso assistenziale e "contribuisce a" prevenire lo sviluppo di condizioni psicopatologiche individuali e familiari attraverso la strutturazione di un percorso assistenziale personalizzato con eventuale accesso ai percorsi psicologici sul territorio.
Il Centro di Ascolto Regionale, attraverso la narrazione degli utenti, continua a raccogliere le informazioni sulle criticità percepite e sui bisogni impliciti, che costituiranno un patrimonio di conoscenze utile ad arricchire il Sistema di Qualità e di Umanità che caratterizza il Sistema Sanitario Toscano.

4.2. Le indagini di soddisfazione e l'analisi dei cluster a supporto dell'equità

Il contesto

La misurazione della performance di un'azienda sanitaria non può limitarsi a verificare il raggiungimento di obiettivi sanitari e/o economico-finanziari, ma deve anche ambire ad osservare l'effettiva capacità dell'organizzazione nel realizzare le strategie pianificate, soddisfacendo le attese dei propri utenti finali. Il Sistema di valutazione della performance dedica alla valutazione esterna un'intera dimensione, completamente centrata sul vissuto dei pazienti, che ha come obiettivo quello di mostrare la valutazione dei cittadini riguardo ai servizi sanitari cui hanno accesso.

E' ormai ampiamente noto da tempo che la responsiveness dei sistemi sanitari non va intesa solo come risposta ai bisogni di salute capaci di produrre *outcomes* sanitari, ma anche come offerta di un servizio orientato al paziente e rispettoso della sua persona. Un servizio dunque che si caratterizza per rispetto della dignità umana, riservatezza, libertà di scelta, attenzione immediata, accesso ad una rete di supporto sociale, diritto di scegliere il prestatore di cure e comfort. I sistemi sanitari moderni si trovano dunque a dover rispondere ad una forte domanda di umanizzazione e maggiore partecipazione. Affinché un cittadino possa essere partecipe in modo sostanziale occorre metterlo nelle condizioni di poter scegliere e agire consapevolmente, e ciò è possibile solo promuovendo lo sviluppo delle sue competenze.

Il contesto sanitario pubblico è un ambito in cui la conoscenza delle caratteristiche, dei comportamenti e delle percezioni degli utenti sta diventando sempre più importante nella definizione delle priorità e delle principali strategie di intervento. Ormai da diversi anni la rilevazione dell'esperienza vissuta e del livello di soddisfazione del cittadino rispetto al servizio erogato ha assunto un ruolo centrale nel supporto alla pianificazione strategica e al management. La Toscana infatti fin dal 2005 ha introdotto, con modalità metodiche e sistematiche, nell'ambito del Sistema di Valutazione, le indagini di soddisfazione regionali su numerose tipologie di servizi, dal ricovero ospedaliero al pronto soccorso, dal percorso materno infantile al territorio, solo per citare alcuni esempi, con l'obiettivo di superare una logica di programmazione "a priori" che, soggetta al giudizi della professione, tende ad escludere la rilevanza delle percezioni dei pazienti.

L'applicazione di alcune tecniche statistiche, come la cluster analisi, ai dati derivanti dalle indagini sull'esperienza dei cittadini permette di identificare gruppi di utenti omogennei tra loro per aver vissuto una comune esperienza all'interno del percorso di cura e che, a seconda del servizio e del bisogno assistenziale, possono presentare o meno un comune profio socio-demografici. I criteri di segmentazione più comunemente utilizzati sono di natura demografica (età, sesso, dimensione del nucleo familiare, reddito, raggruppamento etnico,ecc), psicografica (stile di vita, personalità), o legati ai comportamenti specifici (intensità d'uso dei servizi, livello di fedeltà). La segmentazione dell'utenza (creazione di cluster) può avvenire anche partendo dal vissuto dei cittadini/utenti al fine di identificare comportamenti/esperienze omogenee rispetto alle quali ri-orientare la risposta del sistema in un'ottica "responsiva" e patient-oriented. La cluster analysis applicata sui risultati ottenuti dall'indagine di soddisfazione dei servizi distrettuali in Toscana nel 2008 ha fatto emergere che gli utenti con una comune esperienza di accesso ai servizi del distretto sono caratterizzati da un profilo socio-demografico distintivo (anziani cronici versus giovani sani), da una comune modalità di accesso ai servizi e omogenea risposta al proprio bisogno assistenziale da parte dei servizi. Invece, i risultati dell'indagine sui pazienti in regime di ricovero ospedaliero, realizzata nel 2008, hanno evidenziato come, in condizioni di asimmetria più elevata tra utente e soggetto erogatore, i cluster che riportano una comune esperienza di ricovero non hanno più un profilo socio demografico "esclusivo", ma è l'assistenza che ricevono a contraddistinguere maggiormente l'esperienza assistenziale vissuta.

Le sfide

I livelli di soddisfazione, calcolati come valore medio, non sono sufficienti a fornire una esatta valutazione del livello di qualità dei servizi erogati. I giudizi di soddisfazione dovrebbero essere analizzati tenendo conto dell'esperienza vissuta dal cittadino e delle sue peculiari caratteristiche. La soddisfazione infatti, considerata come espressione di qualità, dipende dal gap tra qualità attesa qualità percepita e qualità effettiva. Tali gap sono di fatto generati da fattori quali l'asimmetria informativa tra erogatore e utente, da differenze nei bisogni di salute e nelle condizioni socio

culturali dei cittadini e nelle peculiarità delle caratteristiche del sistema offerta. Con questi presupposti, strumenti come l'analisi dei cluster, permettono di definire meglio le modalità con cui rispondere ai bisogni dei cittadini, tenendo conto di come cambia il bisogno in base alla differente tipologia di servizio erogato e/o alle diverse caratteristiche della popolazione. L'obiettivo è quello di realizzare una opportuna mediazione tra esigenze di standardizzazione e bisogno di personalizzazione ed in quest'ottica le tecniche di segmentazione dell'utenza risultano essere un efficace supporto per comprendere in modo maggiormente approfondito e dettagliato le informazioni relative alla valutazione dell'esperienza dei cittadini. A partire dai risultati che possono derivarne è possibile selezionare le informazioni maggiormente significative ed attivare soluzioni organizzative in grado di migliorare la capacità di risposta delle istituzioni sanitarie pubbliche.
A differenza della pianificazione strategica tradizionale della aziende sanitarie, incentrata sula produzione di prestazioni, il marketing pubblico, fondato sulla interpretazione dei bisogni, parte sempre dal punto di vista del paziente; in quest'ottica il processo di segmentazione assume una rilevanza centrale perché questo approccio è funzionale ad attrarre segmenti che non esprimono la domanda pur avendo il bisogno o a rendere il servizio più accessibile. Ad oggi la sanità pubblica è tendenzialmente orientata ad una offerta generalista configurata per un paziente "medio" e maschio.La sfida per i prossimi anni quindi è quella di orientare l'attività degli operatori in modo differenziato considerando le specificità dei gruppi di utenti e di genere a cui ci si vuole rivolgere. Ulteriore sfida: dare visibilità alle indagini fin qui svolte e a tutt'oggi in itinere, allo scopo di migliorare i servizi da parte degli operatori e la fruibilità da parte delle persone.

Gli obiettivi/ le scelte strategiche

In linea con le nuove strategie di intervento dei sistemi sanitari pubblici, orientate ad un approccio proattivo in grado di fornire servizi differenziati in base ai bisogni, emerge la necessità di introdurre in modo sistematico l'utilizzo di strumenti e tecniche che permettano di interpretare il bisogno e migliorare la capacità di risposta della sanità pubblica, Già con il Piano sanitario 2008-2010 la Regione Toscana identifica la sanità di iniziativa come strategia di risposta differenziata rispetto al bisogno del cittadino. Si conferma quindi la logica di una sanità che non attende il cittadino ma che è capace di personalizzare l'offerta in base ai bisogni e di orientare l'attività verso "chi meno sa e meno può", e che per questo si trova a rischio di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno. Sarebbe pertanto opportuno che le aziende sanitarie e le regioni adottassero metodologie adeguate di segmentazione sia per individuare in particolare i gruppi di utenti con maggiori necessità sia per essere in grado di erogare i servizi in linea con le specificità di ciascun target, dotandosi di strumenti che facilitino l'individuazione delle priorità di intervento sui segmenti a maggio rischio.
La segmentazione dell'utenza in questo senso assume una rilevanza cruciale come elemento di supporto alla pianificazione strategica e ai processi decisionali, in particolare nell'identificazione delle caratteristiche dei soggetti socialmente più vulnerabili e con minore disponibilità di risorse.
L'obiettivo pertanto è quello di orientare l'offerta e l'azione degli operatori in modo differenziato, tenendo in considerazione la specificità dei gruppi di utenti a cui ci si rivolge, dotandosi di un sistema di classificazione dell'utenza e di strumenti che facilitino l'individuazione delle priorità di intervento sui segmenti a maggior rischio. Un esempio per tutti: in base ai dati emersi dall'indagine realizzata dal Laboratorio Management e Sanità sul percorso materno infantile nell'anno 2007, risulta che la Regione riesce a coinvolgere il 60% delle donne primipare al corso di preparazione alla nascita. Tra queste il 70% sono laureate e risultano assenti le donne con nessun titolo di studio o licenza elementare, che possono essere maggiormente soggette ad eventuali problematiche di natura sociale e probabilmente avranno maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi. Tutto ciò presuppone naturalmente l'importanza della restituzione e della divulgazione dei dati a livello aziendale, per cercare il coinvolgimento dei medici di medicina generale, degli operatori e condividere le principali strategie d'intervento.

4.3. Gli strumenti della partecipazione: dalla carta dei servizi ai comitati

Contesto

La partecipazione dei cittadini, in forma diretta o associata concorre alla realizzazione del diritto alla salute, secondo i principi di equità, appropriatezza e qualità; promuove il miglioramento continuo dei servizi offerti ed un accesso consapevole. Forme di coinvolgimento e di ascolto sono fondamentali in una organizzazione sanitaria per la definizione delle politiche e per la programmazione dei servizi.

Un cittadino - utente coinvolto assume sempre più il ruolo di protagonista attivo della propria salute e del proprio benessere; pertanto è necessario tener conto delle aspettative e delle priorità dei cittadini - utenti, coinvolgerli nei propri piani di cura e assistenza, richiedere il loro parere anche sui servizi, in funzione di un miglioramento della qualità e della sicurezza dei percorsi clinico assistenziali. Il coinvolgimento garantisce equità di accesso e cure di buona qualità ad ogni persona, con particolare attenzione all'insorgenza di fragilità e cronicità.

La partecipazione concorre all'appropriatezza non tanto del singolo atto medico, ma dell'insieme degli atti sanitari che costituiscono il percorso diagnostico-terapeutico dell'utente.

Il risultato di salute è sempre di più la risultante di una concatenazione di interventi sanitari ed organizzativi che devono essere gestiti complessivamente.

Nel passaggio dal concetto di sanità a quello di salute vanno inoltre implementate le azioni che determinano la promozione della salute dell'individuo e della comunità, con il coinvolgimento di cittadini sempre più consapevoli e partecipi.

Occorre sviluppare *quel processo dell'azione sociale detto empowerment attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita* (Zimmerman 2006).

I principali strumenti che promuovono ed incrementano una "cultura della partecipazione e dell'ascolto" sono: la carta dei servizi, i protocolli di intesa tra Regione, aziende sanitarie e le associazioni di volontariato e tutela, la conferenza dei servizi, gli organismi di partecipazione di livello regionale e locale, gli strumenti di partecipazione diretta dei cittadini (indagini di soddisfazione, segnalazioni, *focus group*, commissioni valutazione civica, *town meeting*). I principi ispiratori di questi strumenti sono la centralità del cittadino, la tutela dei suoi diritti, l'umanizzazione delle cure.

La carta dei servizi

La carta dei servizi pubblici nasce con la direttiva del Consiglio dei ministri del 27 gennaio 1994 e diventa vincolante per gli enti erogatori di servizi pubblici con la legge 273/1995. La carta dei servizi sanitari rappresenta un efficace strumento di partecipazione, di *accountability*, poiché favorisce la comunicazione tra struttura sanitaria e popolazione, e di miglioramento della qualità; un "patto" che le Aziende sanitarie, nel rispetto di principi fondamentali dichiarati e concordati, stipulano con i cittadini, per rendere chiari, accessibili i servizi offerti, ai fini della sicurezza e della qualità delle cure erogate. L'assunzione di impegni e di standard di qualità richiede l'adozione di meccanismi di misurazione dei risultati e di controllo del raggiungimento degli obiettivi.

In questo contesto la Regione Toscana ha sviluppato, a partire dal 1997, l'osservatorio regionale carta dei servizi sanitari, uno strumento di monitoraggio del sistema, unico nel suo genere a livello nazionale, l'osservatorio dei reclami , le indagini di qualità, il sistema di tutela. Sempre in questo ambito si colloca l'iniziativa della Regione di inviare nelle case delle famiglie toscane «La guida della salute - 2009», ovvero la carta dei servizi sanitari della Toscana, realizzata dalla Regione insieme alle Aziende sanitarie, che, grazie a un'ampia distribuzione, ha voluto diffondere una maggiore conoscenza fra i cittadini sulla molteplicità dei servizi sanitari offerti e sui diritti e doveri in tema di assistenza sanitaria.

La carta dei servizi deve porsi l'obiettivo di consentire un'adeguata conoscenza dei processi di cura e di mantenimento della salute, a garanzia del percorso assistenziale, in una visione complessiva del settore sanitario e sociale".

Nello stesso tempo attraverso un ampio processo partecipativo e in coerenza con gli indirizzi e le linee guida contenute nelle delibere di GR n. 334 e 335 del 28 aprile 2014 la carta dei servizi deve caratterizzarsi per il suo carattere pattizio con i cittadini.

I comitati di partecipazione

Presso la Giunta regionale opera dal 2001 un Forum permanente per l'esercizio del diritto alla salute. Ne fanno parte l'Assessore regionale al diritto alla salute, che lo presiede, ed associazioni di tutela e promozione dei diritti dei cittadini/utenti. Nel Forum si realizzano momenti di confronto, consultazione e proposta su tutte le materie attinenti al diritto alla salute.
L'accademia del cittadino è una iniziativa regionale che nasce con la finalità di formare ai temi della salute e della sanità i rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti, per abilitarli ad un dialogo paritario e ad una collaborazione attiva con il mondo dei professionisti sanitari non solo per fare scelte consapevoli ma anche per partecipare al miglioramento. Nel 2012 viene istituito il GART (Gruppo dell'Accademia del Cittadino della Regione Toscana), formato da cittadini che hanno seguito questo specifico percorso formativo. Il Gart partecipa al miglioramento della qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e porta il punto di vista del cittadino nei gruppi di lavoro istituzionali.
Le aziende sanitarie assicurano la partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti tramite i protocolli di intesa, con i quali stabiliscono gli ambiti e le modalità di collaborazione.
In diverse aziende operano già da anni comitati di partecipazione che riuniscono rappresentanti dei cittadini e categorie di malati. Tali comitati svolgono attività di consultazione sui processi organizzativi aziendali e di proposizione di azioni di miglioramento riguardanti i percorsi assistenziali ed il rapporto con i cittadini (accoglienza, liste di attesa, umanizzazione dei servizi).
Essi dovranno avere un ruolo propositivo nella definizione delle nuove carte dei servizi e nello sviluppo di iniziative di informazione, comunicazione e crescita culturale e di consapevolezza sui temi della prevenzione (educazione al consumo e stili di vita salubri e consapevoli…) appropriatezza in particolare per quanto riguarda i farmaci, la diagnostica e dispositivi, crescita della consapevolezza e attivo coinvolgimento nei percorsi di salute e terapeutici.

I nuovi percorsi

A questo scenario si stanno aggiungendo i nuovi percorsi di «democrazia partecipativa» che prevedono il coinvolgimento diretto della popolazione nei processi decisionali, attraverso assemblee e tavoli di lavoro aperti ai semplici cittadini (*town meeting*, giurie cittadini, *open space tecnology*, *focus group*, ecc).
La Direzione Generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" già nel 2007 ha utilizzato uno strumento innovativo come il *town meeting* per raccogliere indicazioni dai cittadini sul tema della compartecipazione alla spesa sanitaria ed ha ripetuto questa esperienza nel 2009 sull'argomento del testamento biologico.

Obiettivi

- la semplificazione ed il miglioramento del contatto con i cittadini rappresentano un obiettivo fondamentale del processo di ammodernamento degli enti pubblici. Pur con l'ausilio di strumenti tecnologici d'avanguardia, per avere buoni risultati bisogna sempre garantire una cura attenta della relazione operatore-utente nei vari punti di contatto tra cittadino e sistema aziendale
- diventa inoltre necessario coordinare i vari organismi di partecipazione che operano sul territorio a livello aziendale e di distretto, in modo da rendere sinergici i loro interventi e mettere in condivisione le buone pratiche; quindi è necessaria una partecipazione più strutturata, con un raccordo maggiore tra organismi di partecipazione regionale e locali in un sistema a rete
- la comunicazione si configura come una dimensione essenziale della partecipazione. Elaborare e fornire una informazione accessibile contribuisce ad aumentare la consapevolezza e l'autonomia decisionale dei cittadini

Le azioni

- lo sviluppo del progetto regionale di un "Sistema centralizzato per l'informazione, l'orientamento e l'erogazione di servizi ai cittadini" che doterà le aziende sanitarie di una stessa piattaforma tecnologica con monitor e *totem/touch screen* multimediali. Questi ultimi sono veri e propri sportelli automatizzati, denominati Punti SI - servizi e informazioni." L'utilizzo di una stessa piattaforma tecnologica permette di fare sistema, con una razionalizzazione delle risorse e una migliore sostenibilità economica. Il coordinamento viene assicurato dal governo regionale, che si avvale di una specifica Cabina di regia. Inoltre la possibilità di allargare la rete territoriale di comunicazione/prenotazione, anche in sinergia con altri soggetti istituzionali e non, garantisce una maggiore equità di accesso sul territorio, mitigando quella variabilità territoriale che al momento caratterizza alcune zone della nostra Regione
- l'attivazione di forme di coordinamento e integrazione tra i punti informativi e di accesso delle aziende e di altri soggetti erogatori di servizi per facilitare un uso appropriato dei servizi e favorire una rete di informazione operativa sul territorio toscano, anche con il coinvolgimento della comunità locale in tutte le sue espressioni e forme di associazionismo
- il consolidamento del sistema integrato di tutela, con il coordinamento delle competenze aziendali e del Difensore civico, con la razionalizzazione del percorso del reclamo per le aziende sanitarie
- il potenziamento del Forum regionale permanente per l'esercizio del diritto alla salute ed il raccordo tra i vari organismi di partecipazione che operano sul territorio
- il consolidamento dell'Accademia del cittadino, quale progetto di formazione sui temi della salute e della sanità rivolto a rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti e del GART (Gruppo Accademia del Cittadino della Regione Toscana), l'organismo di partecipazione di livello regionale che riunisce i cittadini "esperti" che hanno seguito questo specifico percorso formativo
- la promozione di forme di partecipazione diretta dei cittadini (focus group, valutazione civica, esperienze di democrazia partecipata)
- la realizzazione di linee guida sulla partecipazione
- la promozione di iniziative aziendali collegate allo sviluppo del sistema carta dei servizi, in particolare per migliorare l'informazione, l'accesso ai servizi e la presa in carico del cittadino nel percorso di cura
- il potenziamento del ruolo centrale dell'Osservatorio regionale Carta dei servizi pubblici sanitari quale strumento di monitoraggio del processo, anche nell'ambito del sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie
- il consolidamento del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali (CRRCR), quale strumento di intervento nell'ambito delle problematiche relazionali, a disposizione degli operatori e delle organizzazioni sanitarie

- Per le aziende:
    - aggiornamento e diffusione della Carta dei servizi ,in particolare on line sul sito aziendale
    - garantire il rispetto dei tempi di risposta al cittadino, secondo il regolamento di tutela e attraverso l'istituzione della Commissione mista conciliativa
    - sviluppare i protocolli di intesa con le associazioni di volontariato e tutela, di cui all'art.19 della l.r. 22/2000, con particolare riferimento all'accoglienza, alla partecipazione e alle indagini di soddisfazione
    - istituzione in tutte le azinede sanitarie di comitati di partecipazione, sulla base di specifiche linee guida regionali.

4.4. Salute e la medicina di genere

Per troppo tempo le malattie, la loro prevenzione e terapia sono state studiate prevalentemente su casistiche del solo sesso maschile, sottovalutando le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche proprie delle donne.

Le Conferenze Internazionali - a partire da quella di Pechino del 1995 – le risoluzioni dell'Unione Europea (UE) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indicano la necessità di assumere la salute delle donne e delle bambine come elemento prioritario dello sviluppo sociale per ridurre le disegualienze e promuovere l'equità. La salute di genere sostiene l'OMS deve diventare uno strumento sistematico. Quindi riconoscere le differenze biologiche e sociali fra uomo e donna, è ineludibile per superare le disuguaglianze.

La salute e la medicina di genere sono dunque chiamate a eliminare le diseguaglianze di studio, di attenzione e di trattamento che fino ad oggi sono state a carico delle donne, non costruendo una salute al femminile e una salute al maschile, ma applicando il concetto di differenza per garantire a tutti, donne e uomini, il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere

La stessa OMS ha inserito dal 2000 la medicina di genere nell'*Equity Act*, a testimonianza che il principio di equità implica non solo la parità di accesso alle cure di donne e uomini, ma anche l'adeguatezza e l'appropriatezza di cura secondo il proprio genere.

Pertanto la salute e la medicina di genere non deve essere una specialità a se stante, ma un'integrazione trasversale di specialità e competenze, affinché si formi una cultura e una presa in carico della persona che tenga presente le differenze di genere non solo sotto l'aspetto anatomo-fisiologico, ma anche delle differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali e culturali, oltre che ovviamente di risposta alle cure.

Per questo la medicina di genere è ormai un'esigenza del Servizio Sanitario e occorre pensare ad alcuni aspetti organizzativi e di organizzazione dei servizi che tengano conto delle differenze di genere.

Obiettivi

- promuovere ed individuare all'interno delle strutture sanitarie pubbliche percorsi che garantiscano la presa in carico della persona tenendo conto della differenza di genere al fine di ottenere una sempre maggiore appropriatezza e personalizzazione della terapia
- valutare quali siano gli strumenti di analisi, studio, progettazione, informazione e verifica per un approccio utile della salute e medicina di genere per la persona e per la società
- individuare quante e quali delle differenze di genere sono dovute a fattori intrinseci alla biologia di genere e alla fisiopatologia della malattia, e quante sono da ascrivere alla società e al sistema sanità evidenziando quanto costa questa differenza
- ricercare percorsi ottimali per sensibilizzare e formare gli operatori sanitari verso il determinante di genere per garantire equità di approccio diagnostico, valutativo e terapeutico
- valorizzare le azioni dirette a costruire e diffondere una politica di intervento sulla salute di genere e sostenere le strategie efficaci per ridurre le disuguaglianze sviluppando iniziative per il riconoscimento e l'effettivo rispetto dei diritti umani delle donne e delle bambine.
- sviluppare indagini e ricerche finalizzate ad evidenziare le differenze nei fattori di rischio, nella prevenzione, e nella cura farmacologica e non, di patologie emergenti tra la popolazione femminile (patologie cardiovascolari, patologie psichiche) per arrivare a Raccomandazioni o Linee guida su prevenzioni, diagnosi, trattamento e riabilitazione in un'ottica di genere:
- promozione di una Banca dati per raccogliere le ricerche e le esperienze dei servizi sanitari nell'ottica della salute della donna
- arrivare ad elaborare raccomandazioni per la promozione dei servizi o di attività sanitarie "sensibili al genere"
- attivare le competenze e le professionalità degli operatori sanitari in questa nuova dimensione
- attivare una *governance* del Sistema Sanitario Regionale basata sulla sua qualità ed equità.

4.5. La tutela della Privacy

Contesto

Negli ultimi anni, soprattutto nell'ultimo decennio, si è sviluppata nel nostro Paese una particolare attenzione da parte dei cittadini, delle istituzioni e di gran parte dei settori della nostra società alla cultura della privacy. Sempre di più, la protezione dei dati personali è considerata un diritto fondamentale dell'individuo, un valore aggiunto ed una garanzia di correttezza per lo svolgimento delle attività da parte della pubblica amministrazione.
Nel tempo, questo si è tradotto nel riconoscimento del diritto di chiunque alla protezione dei propri dati personali, nonché in un concreto dovere da parte dell'amministrazione di astenersi da qualunque uso improprio o non corretto degli stessi.

Fin dall'entrata in vigore della legge 675/1996, ed ancor più con l'entrata in vigore del d. lgs. 196/2003, la Regione Toscana ha manifestato un'elevata sensibilità ed attenzione al tema della riservatezza e della protezione dei dati personali, ed in particolare dei dati sanitari, definiti dalla legge come "sensibili",affinché il loro trattamento avvenisse, in conformità alla legge e, pertanto, nel rispetto dei principi di necessità, pertinenza e non eccedenza. A tal fine, si è assicurato il potenziamento a tutti i livelli, sia organizzativi che funzionali, dell'elemento della riservatezza come criterio di innovazione e di crescente qualificazione del sistema stesso nel rapporto con gli utenti.
Nella stessa prospettiva , in ragione della particolare rilevanza del tema trattato,si è garantita una funzione di permanente indirizzo e supporto nei confronti delle aziende sanitari e dei diversi soggetti del SSR, affinché fossero garantite ai cittadini toscani le specifiche tutele riconosciute dalla normativa vigente in tema di tutela dei dati sanitari.

La protezione dei dati sensibili in ambito sanitario diventa oggi sempre più rilevante, a seguito della diffusione dei processi di informatizzazione delle attività sanitarie, tanto che la Regione Toscana già prima del 2004 si è resa promotrice di un percorso di adeguamento del sistema sanitario toscano verso un concetto di riservatezza non burocratico o formale, ma reale, da sostanziare attraverso la riconsiderazione degli stessi percorsi organizzativi e dei comportamenti e cercando di attivare un processo di miglioramento della qualità dei servizi complessivamente erogati all'interno del sistema stesso.

Al fine di favorire l'armonizzazione, a livello nazionale, degli adempimenti concernenti la tutela della privacy, la Regione si è impegnata attivamente anche attraverso la collaborazione con le altre Regioni e con i soggetti istituzionali competenti, soprattutto garantendo la propria partecipazione al tavolo CICIS, organo tecnico di supporto alla Conferenza dei Presidenti, a cui è stato demandato il compito di provvedere alla predisposizione dello schema tipo del regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari delle Regioni e delle aziende sanitarie e degli altri soggetti del SSN, ai sensi dell' art. 20 comma 2 del "Codice privacy".

Con decreto del Presidente della Giunta regionale 12 febbraio 2013, n. 6/r è stato emanato il nuovo regolamento regionale in materia di (Trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte della Regione Toscana, Aziende sanitarie, Enti, Aziende e Agenzie regionali e soggetti pubblici nei confronti dei quali la Regione esercita poteri di indirizzo e controllo).

Sfide e Obiettivi

Alla luce dei mutamenti intervenuti negli ultimi tempi, oggi, ancora più che in passato sarà necessario operare per far sì che i percorsi socio sanitari, anche alla luce del crescente utilizzo di applicazioni informatiche, siano accompagnati da un'attenta analisi di sostenibilità in rapporto alla normativa a tutela dei dati personali, per la realizzazione di interventi sempre più attenti ai diritti delle persone.

In tale senso, obiettivo fondamentale della Regione Toscana sarà quello di presidiare tutti i processi inerenti il trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari, con particolare attenzione alla operatività della Tessera sanitaria e del Fascicolo sanitario elettronico, al fine di garantire al

cittadino la migliore fruibilità dei servizi unitamente alla massima garanzia di riservatezza dei propri dati.

Strategie

- *Fascicolo sanitario elettronico*

Il fascicolo sanitario elettronico (FSE), già previsto dal precedente Piano sanitario, è stato istituito con l.r.. 65/2009 integrativa della l.r. 40/2005 si tratta dell'insieme dei dati e documenti di tipo sanitario e sociosanitario, in formato elettronico, inerenti lo stato di salute di una persona e gli eventi clinici presenti e trascorsi, volti a tracciare la storia clinica; tale fascicolo, che ha come fine il miglioramento della qualità dell'assistenza, della prevenzione, della diagnosi e della cura e della riabilitazione, è attivato con il consenso dell'interessato, al quale è riconosciuta la possibilità di acceder ai propri dati mediante una carta elettronica compatibile e conforme alla carta nazionale dei servizi (già distribuita a tutti i cittadini toscani – attuale tessera sanitaria/codice fiscale).

A seguito dell'attività già espletata al fine di garantire la tutela della privacy in merito al progetto del FSE le azioni attuative necessarie per dare piena operatività alla previsione normativa di cui all'art. 76 bis della l.r. 40/2005. anche mediante l'assunzione di costanti contatti con l'autorità garante della privacy e il presidio delle problematiche da parte dello specifico gruppo di lavoro appositamente costituito.

- *Profilo privacy in merito ai dati fiscali e ISEE*

Regione Toscana è impegnata, in stretto contatto con l'autorità garante della privacy, a definire i profili di tutela della riservatezza dei dati personali in rapporto con gli adempimenti relativi alle verifiche sulla sostenibilità della manovra regionale resasi necessaria con l'entrata in vigore del d.l. 98/2011, come convertito dalla legge 111/2011- Misure alternative di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie" che prevede uno scambio di dati fiscali (dichiarazione dei redditi e ISEE, tra Ministero delle finanze e regione toscana e tra INPS e Regione Toscana.).

- *I registri regionali*

La Regione Toscana è altresì impegnata a predisporre i regolamenti attuativi dei seguenti registri istituiti con l.r. 60/2008 e l.r. 65/2009, integrative della l.r. 40/2005, anche alla luce del disegno di legge attualmente in corso di discussione nei due rami del parlamento italiano:

- registro tumori
- registro difetti congeniti
- registro malattie rare
- registro malattie demielinizzanti.

5. IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI

5.1. I nuovi ruoli

Nell'attuale contesto socio-sanitario in cui emergono nuovi e rinnovati bisogni delle persone, dei territori e delle comunità, profili e professionalità del sanitario, del socio-sanitario e del sociale allargato sono chiamati a tradurre nella pratica quotidiana nuovi ruoli, nuove conoscenze e nuove competenze.
A fronte di una domanda socio-sanitaria crescente, è infatti aumentata la complessità dell'assistenza e delle correlate situazioni di intervento che comportano il ridisegno della rete ospedaliera e territoriale all'insegna di sempre più forti interconnessioni strutturali, tecnologiche, professionali e di conoscenza tra gli attori e i luoghi dell'assistenza.
Stiamo assistendo a profonde trasformazioni che coinvolgono profili e professionalità cardine del sistema socio-sanitario toscano. In particolare, in ambito sociale, siamo di fronte a:

- un sistema formativo investito in anni recenti da successive fasi di cambiamenti istituzionali
- un'innovazione formativa prodotta anche in larga parte da agenzie formative distribuite sul territorio
- una disomogeneità delle figure professionali che operano in questo settore spesso con nomi e profili differenti

Nel contempo si sta verificando un'evoluzione professionale del servizio socio-sanitario caratterizzata, nel medio termine, da una variazione della composizione del personale sanitario che vede una diminuzione del numero dei medici e il proporsi di un nuovo ruolo delle professioni sanitarie e sociali, con la riqualificazione delle competenze esistenti e la promozione di nuove, per garantire servizi regionali sostenibili, appropriati e di qualità.
Nello scenario descritto, che si connota per la compresenza di una molteplicità di professionisti e di loro interrelazioni, diviene prioritario alzare il *cut off* delle competenze, integrare indirizzi e interventi, concretizzare la collaborazione tra istituzioni e professionisti per far convergere strategie e finanziamenti su obiettivi e ambiti tematici interprofessionali e condivisi, così da garantire prestazioni socio-sanitarie che rispondano a standard uniformi ed elevati e recuperare efficienza ed appropriatezza di sistema.

Per rispondere agli obiettivi sopra citati si prevedono, per l'ambito sociale, le seguenti azioni strategiche:

- sviluppare momenti condivisi di riflessione su metodologie innovative per fronteggiare la complessità (es. il lavoro in équipe multi-professionali; la condivisione di buone prassi anche interregionali e internazionali)
- predisporre un sistema informativo regionale sulle professioni sociali
- sostenere la crescita anche e soprattutto quantitativa nei territori di professioni in grado di leggere, dare risposte ed accompagnare i cittadini nei loro bisogni valorizzando il servizio socio sanitario come strumento formativo ai fini della professionalizzazione degli operatori;
- promuovere, in collaborazione con gli Atenei della Toscana e con le altre agenzie formative del territorio regionale, percorsi di formazione permanente per le diverse professioni e per le diverse professionalità
- sostenere le attività formative e di tirocinio, anche curriculare, attraverso l'utilizzo di vari strumenti operativi e finanziari, estendendo ove possibile l'esperienza degli assegni di studio per il corso di laurea in infermieristica anche alle altre professioni sanitarie per favorire lo sviluppo dei nuovi modelli di organizzazione sanitaria
- qualificare l'intervento finanziario della Regione anche a favore dei Corsi di Laurea in Servizio Sociale -sostenendo uno studio di fattibilità per una Scuola Regionale del Servizio Sociale- e per educatore professionale e/o pedagogisti (vedi nota n. 29) per sostenere percorsi formativi aderenti ai bisogni dei territori e delle comunità della Toscana
- promuovere come figure di coordinamento e dirigenziali profili professionali adeguati e competenti per rispondere in modo congruo ai bisogni dei cittadini e dell'organizzazione

- effettuare monitoraggio dei percorsi formativi esistenti e momenti di valutazione dei fabbisogni formativi dei profili e delle professionalità del sistema socio-sanitario regionale

Per quanto attiene all'ambito sanitario, il modello e la filosofia che accompagnano il cambiamento prospettato sono in linea con l'attuale evoluzione delle professioni sanitarie - legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) e nell'ambito del quadro normativo di esercizio professionale definito dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42 (Disposizione in materia di professioni sanitarie) -, che hanno raggiunto un adeguato livello formativo, universitario di base ed ECM. Le professioni sanitarie sono state anche protagoniste, nel rispetto dei profili professionali, di recenti sperimentazioni regionali di autonomia gestionale su prestazioni specifiche.
Nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di profili professionali e di disciplina delle professioni sanitarie (di cui alla legge 251/2000), la Regione promuove infatti la responsabilizzazione e la valorizzazione delle professioni sanitarie individuando ambiti o fasi di processi assistenziali che possono essere gestiti con competenza, autonomia e responsabilità dalle diverse specifiche professionalità.
In particolare, nelle attività di prevenzione, nella gestione delle malattie croniche e in contesti ad elevata tecnologia e automazione, si riportano, a solo titolo esemplificativo, alcuni ambiti/fasi in cui i professionisti sanitari tecnici, in uno scenario in evoluzione potranno agire con titolarità e responsabilità, nell'ambito delle normative vigenti:

- attività vaccinale (assistente sanitario)
- promozione stili di vita (dietista, fisioterapista, assistente sanitario, etc)
- interventi su allerta sanitaria ed infortuni sul lavoro (tecnico della prevenzione)
- processi di campionamento finalizzati alla definizione dei fattori di rischio (tecnico della prevenzione)
- triage riabilitativo nei disturbi muscolo-scheletrici e nella gestione proattiva della cronicità (fisioterapista)
- triage riabilitativo nei disturbi del linguaggio per l'accesso alla presa in carico (logopedista);
- assistenza protesica all'interno dei percorsi riabilitativi (fisioterapista)
- percorsi socio-assistenziali ad alta integrazione (educatore professionale e/o pedagogista (vedi nota n. 29))
- produzione immagini radiologiche (tecnico sanitario di radiologia medica)
- sistemi informatici a supporto di obiettivi di monitoraggio e riduzione delle liste d'attesa in diagnostica per immagini: RIS/PACS (tecnico sanitario di radiologia medica)
- produzione dato analitico di laboratorio (tecnico sanitario di laboratorio biomedico)
- sistemi diagnostici decentrati di laboratorio: POCT (tecnico sanitario di laboratorio biomedico)
- promuovere l'apporto del servizio sociale professionale per la qualità, l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza degli interventi nel sistema sociosanitario integrato, riconscendone il ruolo di "cerniera" tra i servizi sanitari e la rete comunitaria dei servizi alla persona.

Per quanto attiene alle competenze delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche (es. infermiere di comunità, infermiere Emergenza/Urgenza, ostetrica nel parto fisiologico, etc) si rimanda alle relative parti descritte all'interno del Piano.
La Regione promuove, inoltre, la valorizzazione della figura dell'operatore socio-sanitario e, sulla base della competenza esclusiva attribuita alla stessa dall'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, programma annualmente i corsi di formazione per il rilascio della qualifica. I corsi sono erogati attraverso le aziende sanitarie, sulla base del fabbisogno rilevato annualmente.

Un accento particolare va messo sul lavoro interdisciplinare e multiprofessionale che assume un ruolo centrale nel settore socio-sanitario, in quanto il singolo professionista o la singola organizzazione non possono, né dispongono di tutte le risorse e capacità necessarie a sviluppare ed erogare servizi efficienti e appropriati. Ne consegue un'innovazione "architetturale" che prevede un cambiamento della struttura generale del sistema e del modo in cui i professionisti interagiscono tra loro che necessita di meccanismi di *governance* e di monitoraggio regionale ben definiti, seppur flessibili, per equilibrare le relazioni entro il sistema.

Oltre a rafforzare le competenze delle professioni sanitarie e sociali e rendere il lavoro interdisciplinare e multi professionale la modalità normale connaturata alle attività del servizio, diviene centrale la formazione come sostegno del sistema in modo da erogare servizi standardizzati e omogenei sul territorio e rafforzare le porte periferiche di ingresso al percorso assistenziale.
Accanto al sistema dei servizi sanitari a rete, si vengono a delineare quindi reti professionali e comunità di pratiche, vero capitale intangibile del servizio sanitario regionale, che assicurano il trasferimento di conoscenze, informazioni e dati tra i nodi del *network*. I professionisti si spostano all'interno del sistema regionale, in base a necessità e competenze e, coordinati dal responsabile clinico, si integrano all'interno dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali consentendo alle Aziende sanitarie di passare dall'erogare prestazioni a garantire percorsi assistenziali grazie anche al rinnovamento dei loro stessi ruoli.
E l'innovazione del ruolo diventa un percorso formativo anche per i responsabili clinici stessi, i professionisti medici. Oltre alla necessità di consolidare le competenze professionali e presentarsi sul panorama internazionale come una comunità scientifica in grado di muoversi verso le sfide in atto in campo medico (genetica, biotecnologie,etc.), è ineludibile la contemporanea crescita verso la multidimensionalità del proprio lavoro, l'apertura ai nuovi ruoli con proprie competenze e responsabilità e, non per ultimo, gli aspetti comunicativi e relazionali. Su questi aspetti i medici mettono in gioco il loro rapporto con i malati e possono confermare o riconquistare il senso di fiducia e rispetto sul quale costruire un'alleanza terapeutica che permetterà loro di svolgere al meglio il compito di garanti della salute dei cittadini toscani.

La Regione Toscana si impegna a sviluppare processi di lavoro basati su rinnovati modelli e rinnovati metodi; sostenere lo sviluppo di comunità professionali e di pratica capaci di dialogare senza confini (professionali e culturali); sviluppare programmi di formazione continua che potenzino le capacità di cooperazione, di conoscenza condivisa, di comunicazione estesa e, più in generale, di riflessività per favorire processi interni ed esterni di partecipazione al miglioramento e all'innovazione dello stesso sistema di *governance* del sistema socio-sanitario regionale. Investire sulle professionalità, sulle competenze e sulle conoscenze del mondo dei professionisti risulta la leva determinante per rispondere in maniera efficace all'esigenza di migliorare l'efficacia del sistema garantendone al contempo la sostenibilità. Investire su professionalità in grado di rispondere all'esigenza di garantire un rapporto vero con i cittadini in difficoltà, che solo operatori e professionisti qualificati possono assicurare all'interno di un sistema coeso e multidisciplinare.
Per quanto attiene alle professioni impegnate nel *welfare,* si sottolinea l'impegno della regione per la formazione dei professionisti e delle professionalità del settore sociosanitario e per la rilevazione delle informazioni, per la predisposizione e il monitoraggio di un sistema informativo per le professioni sociali. Per le altre azioni, laddove ritenuto opportuno, la Regione Toscana potrà avvalersi di collaborazioni e contributi di altre istituzioni pubbliche o private (Università, Province, Soggetti del Terzo Settore).
L'indispensabile raccordo strategico tra la programmazione sanitaria e la programmazione sociale determina attuazione, valutazione e controllo integrati e coordinati, il coinvolgimento della rete degli *stakeholder* sia sociali sia sanitari e la ridefinizione delle competenze reciproche riposizionando le *mission* professionali per evitare sovrapposizioni o zone grigie e garantire la sostenibilità sociale, economica e professionale nel rinnovato contesto demografico ed epidemiologico. La reale integrazione socio-sanitaria concerne il coordinamento fra i differenti ruoli professionali e massimizza, grazie alla valorizzazione delle esperienze professionali, ricadute organizzative e miglioramenti di qualità integrando, in maniera equilibrata, evidenze, bisogni del cittadino e contesto operativo.

5.2. Il personale convenzionato

I medici convenzionati sono i professionisti ai quali è demandato nel SSN la presa in carico e il governo clinico dell'assistenza territoriale, garantendo l'assistenza sanitaria di base, la continuità assistenziale medica nelle 24 ore e il livello specialistico di riferimento. Il d.l. 158/2012 prevede un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate "aggregazioni funzionali territoriali" (AFT), che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate "unità complesse di cure primarie" (UCCP), che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria.
Pertanto, mentre le AFT rivestono il ruolo organizzativo principale di tutti i professionisti del territorio, le UCCP hanno un ruolo più strutturale: prevedono infatti al loro interno la presenza contemporanea di quasi tutti i professionisti prima citati e potenziano l'offerta di servizi nel territorio, offrendosi ai cittadini come sedi strutturate, ben riconoscibili come centri integrati di offerta e coordinamento dei servizi socio-sanitari. Nell'organizzazione territoriale toscana, le UCCP o altre forme di associazionismo potranno trovare collocazione nelle Case della salute.

Oggi, la sostenibilità del sistema complessivo a fronte di nuova ed accresciuta domanda di salute, a cui bisogna fornire una risposta sanitaria e sociale efficace, appropriata ed equa, non può prescindere dalla capacità di coinvolgere con nuovo un ruolo centrale sia la Medicina Generale che tutta la specialistica convenzionata.

Le sfide

L'evoluzione del sistema delle cure primarie da una parte e lo sviluppo dei percorsi specialistici ambulatoriali dall'altra, rappresentano gli ambiti nei quali mettere insieme professionisti che operano in ambiti diversi (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia e Specialisti Ambulatoriali Interni), spesso frammentati, senza una organizzazione su percorsi di cura e di continuità assistenziale e secondo un approccio erogativo di tipo prestazionale. Le nascenti case della salute sono il luogo ideale per questa integrazione e per la piena realizzazione della Sanità di iniziativa.
Il superamento definitivo del lavoro da professionista singolo da parte del MMG e del PdF, il coinvolgimento organico del medico di continuità assistenziale nella gestione dei bisogni non programmati o urgenti della popolazione di riferimento assistenziale, l'effettiva integrazione funzionale e professionale del medico specialista ambulatoriale, oltre la prestazione per lo "smaltimento" della lista di attesa, rappresentano lo scenario di riferimento per l'evoluzione dei ruoli della medicina convenzionata, per la costruzione di un sistema territoriale basato sul lavoro in equipe, secondo un approccio di sanità di iniziativa, orientato alla gestione della cronicità su percorsi assistenziali integrati, e organizzato per rispondere alle urgenze di comunità con risorse cliniche e strumentali definite. La crescita del ruolo e della rilevanza professionale dei medici convenzionati si misurerà anche con la capacità di condividere, e quindi assumersi la corresponsabilità nel SSR, rispetto agli obiettivi di performance e appropriatezza. Le linee-guida professionale per appropriatezza diagnostica e farmaceutica nonché la definizione e attuazione di PDTA integrati per le patologie croniche, la gestione urgenze di comunità o per le nuove diagnosi saranno gli strumenti professionali per la qualità e certezza assistenziale per la popolazione assistita.
Anche nelle cure primarie si dovrà affermare la misurabilità delle performance e dei risultati di salute sulla base di un adeguato sistema informativo. Tale obiettivo non ancora pienamente raggiunto si sta tuttavia realizzando con il pieno apporto dei medici convenzionati del territorio.

Obiettivi e strategie

La Medicina Generale e la Continuità assistenziale

Il recente Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale di cui alla DGR 1231/2012 ha definito le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), previste dall'ACN, stabilendone criteri di composizione e costituzione, quale strumento di raccordo funzionale e professionale fra i MMG necessario per il superamento dell'isolamento culturale e professionale della medicina convenzionata.
Come previsto dall'ACN tutti i MMG fanno parte obbligatoriamente di una AFT già individuate in tutto il territorio regionale.
Le AFT rappresentano l'ambito professionale nel quale i MMG attuano i percorsi per la cronicità, utilizzano sistematicamente gli audit come strumento professionale proprio al perseguimento degli obiettivi di governo clinico del SSR, attuano l'integrazione professionale dei Medici di Continuità Assistenziale.
La continuità assistenziale è una funzione essenziale per un sistema sanitario che intenda sapere gestire a livello territoriale condizioni e patologie sempre più impegnative. Si rende pertanto sempre più necessario, nella riorganizzazione dei servizi territoriali, lo spostamento delle attività dei medici di continuità assistenziale su bisogni assistenziali che ad oggi non trovano adeguata risposta sanitaria ed il perseguimento della piena integrazione professionale con i medici di assistenza primaria. Per questo motivo, d'intesa con le OO.SS. è stato avviato un processo sperimentale di riqualificazione del medico di continuità assistenziale sia attraverso la integrazione nelle AFT,finalizzando il suo apporto a obiettivi e funzioni più utili al sistema (gestione della cronicità e domiciliarità pazienti oncologici e cardiovascolari, assistenza in RSA e Cure Intermedie) sia integrandolo nel circuito della gestione della emergenza dal punto di vista dell'accesso (centrale 118) che del coordinamento professionale ed operativo delle risposte erogate (in ambito DEU).
Il sistema delle cure primarie toscano si muoverà progressivamente verso il lavoro in team multiprofessionale e multidisciplinare quale forma organizzativa di base del servizio sanitario, partendo dalla valorizzazione della esperienza in corso con i moduli della sanità di iniziativa. Tale evoluzione in corso di Piano, d'intesa con le OO.SS., si sostanzia nella valorizzazione ed implementazione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Le UCCP rappresentano la forma organizzativa più idonea a sostenere il perseguimento degli obiettivi regionali. Si tratta di gruppi di professionisti che comprendono non solo i MMG, ma anche i PdF, specialisti ambulatoriali, i medici della continuità assistenziale e il personale sanitario e sociale non medico e assistenziale, che operano in una forma organizzata e coordinata in cui i professionisti convenzionati operano nel modello a regime. L'UCCP, che opera principalmente in una sede unica oppure con una sede di riferimento, deve essere dotato di risorse strutturali, strumentali e di personale secondo standard trattati a livello regionale. In corso di vigenza del Piano, d'intesa con le OO.SS., a partire dalle realtà dove sono presenti case della Salute, saranno avviate sperimentazioni avanzate di UCCP.

I Medici Specialisti ambulatoriali

Gli specialisti ambulatoriali devono rappresentare per le Cure Primarie un riferimento organizzato sia per la consulenza diretta ai moduli e alle aggregazioni funzionali della medicina generale sia per la presa in carico dei pazienti complessi, propria di una specialistica di secondo livello.
La crescita del contributo della medicina specialistica convenzionata si attuerà attraverso un modello organizzativo che costituisca un' occasione di ulteriore sviluppo della loro professionalità e delle competenze attraverso una stretta interrelazione con le strutture specialistiche ospedaliere, l'accesso all'utilizzo delle risorse strumentali e tecnologiche anche allocate al di fuori dei presidi territoriali e la condivisione dei programmi formativi, con le modalità e le procedure previste dal proprio contratto di lavoro. Sarà quindi facilitato il perseguimento della integrazione tecnico-professionale attraverso al valorizzazione della figura del Responsabile di Branca quale referente tecnico nel rapporto con le strutture specialistiche ospedaliere e con le strutture di organizzazione dei servizi territoriali.
Tali obiettivi saranno perseguiti nell'ambito della contrattazione nazionale e attarverso la concertazione con le OO.SS.

La pediatria di famiglia

La Pediatria di Famiglia assicura la propria funzione nell'ambito dell'assistenza territoriale attraverso l'attività ambulatoriale, domiciliare e, ove ricorra, residenziale.

Il ruolo della pediatria di famiglia è principalmente focalizzato su aspetti di prevenzione primaria e secondaria e questo, in Toscana, si è concretizzato attraverso i Bilanci di Salute previsti dal progetto Salute Infanzia, l'attenzione all'adesione alle vaccinazioni, il contrasto all'obesità infantile e l'attuazione di uno *screening* sperimentale per il riconoscimento precoce dell'autismo.
La pediatria di famiglia dovrà assicurare sempre più maggiore attenzione in senso proattivo e preventivo alla salute della popolazione infantile maggiormente svantaggiata per appartenenza sociale, etnica o cittadinanza (bambini immigrati residenti o da genitori temporaneamente presenti) e saper fornire un adeguato riferimento e orientamento alle famiglie laddove si riscontrino situazioni di rischio o di disagio psichico e sociale (es. disturbi apprendimento) o in presenza di disabilità.
In corso di Piano, d'intesa con le OO.SS. saranno identificate a questo proposito gli eventuali aggiustamenti nel programma Salute Infanzia, valorizzando l'approccio di iniziativa e di prevenzione secondaria; saranno inoltre definiti i percorsi integrati con i servizi specialistici territoriali (soprattutto per la disabilità neuropsichica e motoria) e con la pediatria ospedaliera. Saranno infine individuati gli opportuni passi per attuare un passaggio dalla logica prestazionale a quella di percorso assistenziale per il bambino e la sua famiglia, nell'ottica della responsabilizzazione del professionista per un uso del Servizio Sanitario Regionale basato sulla *evidence based medicine* e sugli interventi realmente utili per l'infanzia e la comunità in generale.

5.3. La salute organizzativa

Contesto

Un'ipotesi ampiamente condivisa lega lo stato di salute degli operatori sanitari e dell'organizzazione sanitaria a quello dei cittadini-utenti, e lega la qualità dei servizi erogati (effettiva e percepita), alla qualità della vita lavorativa degli erogatori. L'organizzazione deve essere orientata verso le esigenze e le richieste della cittadinanza, ma capace al tempo stesso di coinvolgere i propri lavoratori nelle sfide che si appresta ad affrontare, investendo sul personale fornendo le competenze necessarie per svolgere adeguatamente i propri compiti valorizzando capacità e attitudini. La motivazione e il riconoscimento del senso del proprio lavoro sono di fondamentale importanza per il lavoro dell'operatore sanitario al fine di migliorare la performance individuale e dell'organizzazione.

Oggi risulta di fondamentale interesse ciò che viene inteso come benessere o salute dell'organizzazione. Le normative nazionali e internazionali spingono affinché le organizzazioni intervengano strategicamente sulle problematiche inerenti il benessere organizzativo - vedasi direttiva ministeriale 24 marzo 2004 recante "Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni" e d.lgs. 81/2008-.

La Regione Toscana ha individuato il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali quale coordinatore degli interventi sulle tematiche riguardanti le criticità relazionali e la salute organizzativa.

A tal proposito, il CRRCR ha gestito un percorso formativo di sensibilizzazione sul tema che ha permesso ad alcune aziende di realizzare un modello di intervento integrato e multidisciplinare con azioni di carattere "preventivo, diagnostico e di cura". Tali attività sono correlate con i compiti previsti nella normativa (d.lgs. 81/2008) sulla valutazione rischio stress lavoro-correlato e con le politiche del personale rivolte alla selezione/valorizzazione/salute del personale anche in riferimento alla conciliazione vita-lavoro. Nelle realtà aziendali dove il sistema è maggiormente strutturato sono stati rilevati effetti positivi confermati anche dagli indicatori relativi al Clima interno.

Sfide

Il tema della salute organizzativa assume particolare significato in un momento storico di riorganizzazione del Sistema Sanitario e di cambiamenti relazionali fra le diverse professionalità, che comporta inevitabilmente un maggiore impegno psicofisico nel contesto di lavoro.

Le aziende che si sono finora cimentate hanno operato in regime di sperimentazione: occorre adesso uscire dalla fase di sperimentazione e strutturare un sistema regionale stabile.

Obiettivi

L'obiettivo è promuovere la Salute Organizzativa delle aziende ponendo una particolare attenzione al benessere fisico, psicologico e socio-lavorativo di ciascun lavoratore. Come risultato misurabile è atteso un miglioramento di alcuni indicatori aziendali correlabili a situazioni di disagio lavorativo, come la riduzione del tasso di assenze, del numero di infortuni e di errori e, in ultima analisi, del numero di reclami / esposti da parte del cittadino-utente.

Strategie

Traendo spunto da buone pratiche già avviate in alcune delle nostre Aziende sanitarie possiamo individuare un modello organizzativo articolato in tre fasi:

Attività di prevenzione: come gli interventi di miglioramento dei processi di comunicazione interna, la valorizzazione delle attitudini e delle potenzialità di ogni operatore, la promozione dei corretti stili di vita dei dipendenti, attenzione del sistema di valutazione permanente nei confronti di trasparenza, conoscenza ed equità, la cura nelle relazioni sindacali.

Attività diagnostiche: come il monitoraggio condiviso di un cruscotto di indicatori di salute organizzativa (assenze, infortuni, richieste di mobilità, contenzioso interno, richieste di intervento del medico competente, ecc) elaborati per struttura/dipartimento/area e integrati con i risultati delle valutazioni stress-lavoro-correlate e delle indagini di clima e la rilevazione di elementi di positività organizzativa quali le buone pratiche

Attività di cura: comprendenti percorsi differenziati relativamente al singolo lavoratore o sul gruppo che possono prevedere sportelli di ascolto, gruppi di miglioramento per la ricerca di soluzioni organizzative, interventi sulle criticità relazionali
Un programma di questo tipo può essere realizzato attraverso un gruppo multi professionale, coordinato dal CRRCR che raccorda a livello regionale le diverse esperienze e rappresenta un osservatorio sul tema.

5.4. Il disagio lavorativo dei professionisti della sanità

Molte sono le cause del disagio lavorativo dei professionisti della sanità, la cui diffusione è aumentata anche a causa del complesso periodo storico che sta caratterizzando gli ultimi anni. Alcune delle cause che paiono essere in questo senso determinanti risultano le seguenti:

- eccessiva burocratizzazione dell'attività sanitaria;
- incertezza sul futuro professionale;
- condizioni di stress multideterminato;
- necessità di adattarsi continuamente ai cambiamenti assai rapidi della medicina, della società e dell'organizzazione del lavoro ("cambiamento come stato");
- difficoltà di rapporto con l'utenza, sempre più informata, ma talvolta da fonti fuorvianti che alimentano lo sviluppo di aspettative irrealistiche nei confronti della Medicina;
- insufficienti spazi rivolti all'ascolto degli assistiti, spesso per mancanza di tempo o problemi organizzativi dell'attività lavorativa
- difficoltà nei rapporti tra professionisti sanitari;
- situazioni di conflittualità con la propria Azienda o con il proprio responsabile che, se non adeguatamente affrontate, complessificano la qualità della vita dell'operatore e mettono a rischio la qualità della prestazione.

Da quanto argomentato, appare chiara la necessità di dare l'importanza che merita al "fattore umano", che ampia letteratura riporta come strategico per il buon funzionamento dei Sistemi organizzativi e sanitari in particolare e che deve beneficiare della massima attenzione da parte degli Amministratori. Anche se la tecnologia talvolta pare dominare i moderni processi di cura, il professionista sanitario non potrà mai perdere il proprio ruolo insostituibile di vicinanza empatica alle persone sofferenti. Per questo è estremamente importante che in ogni ambito di lavoro sia garantito il tempo disponibile per l'ascolto e la massima valorizzazione del rapporto col paziente.
Il CRRCR, istituito dalla Giunta regionale quale strumento di intervento nelle problematiche relazionali, a disposizione degli operatori e delle organizzazioni sanitarie ed avente tra le sue finalità la prevenzione ed il trattamento dello stress lavorativo degli operatori sanitari (DGR 356/2007), porterà avanti l'indagine già avviata volta a "fotografare" con la massima accuratezza la situazione di disagio lavorativo dei propri operatori all'interno delle variegate situazioni del SSR della Toscana, avvalendosi eventualmente anche della collaborazione degli altri organismi regionali. I risultati ottenuti saranno utilizzati, d'intesa con gli attori del Sistema coinvolti in materia, le organizzazioni professionali e le organizzazioni sindacali per quanto di competenza, per predisporre i necessari interventi di miglioramento.
Alcuni degli interventi da realizzaresi possono schematizzare come segue:

a. attività di formazione alle competenze per l'incremento delle risorse psicologiche rivolte ai gruppi di lavoro multidisciplinare dei diversi contesti sanitari e aziendali, volti anche al miglioramento delle abilità di *coping* e alla riduzione dello stress lavorativo dei professionisti della sanità ;
b. azioni volte a diffondere una corretta modalità di comunicazione con il mondo dei massa media;
c. predisposizione di norme di comportamento sulla circolazione delle notizie in Rete;.
d. interventi a livello organizzativo di *job design*, ristrutturazione dell'organizzazione di lavoro e sviluppo organizzativo;
e. realizzazione di una rete di rapporti costruttivi tra professionisti della Sanità, per superare conflitti e disagi legati all'organizzazione del lavoro e ;
f. interventi sulle condizioni che mortificano la dignità del lavoro;
g. iniziative per favorire l'umanizzazione del rapporto tra professionisti ed Aziende mediante una modifica dello stile aziendale, da gestirsi a livello di Collegio di Direzione, che preveda interventi concreti di accoglienza ai neoassunti e di valutazione morale del servizio prestato.

6. GOVERNANCE ISTITUZIONALE E ASSETTI ORGANIZZATIVI

6.1. La *Governance* Istituzionale

Contesto

Il contesto istituzionale nel quale il presente Piano si inserisce presenta rilevanti novità rispetto alla situazione preesistente. Innanzitutto le novità normative relative al federalismo municipale che dovranno essere attuate non indebolendo i percorsi di integrazione socio sanitaria finora delineati, indispensabili per ottenere gli obiettivi di salute stabiliti dalla programmazione regionale.
Il perseguimento della salute attraverso tutte le politiche e la necessità di affrontare in modo sinergico le sfide imposte dalla congiuntura economica, in particolare per quanto concerne la finanza pubblica, richiedono di sviluppare al massimo tutte le sinergie possibili, attraverso il rafforzamento di processi interistituzionali e nel necessario rispetto delle prerogative e della dignità di ogni attore.
Attraverso questo patto istituzionale si realizza la scelta primaria del PISSR, cioè quella di garantire un contesto di vita che faciliti le scelte individuali sulla salute grazie agli interventi nei confronti di tutti i fattori determinanti sul benessere di una comunità.
Interventi resi possibili da una coerenza forte, su questi temi, fra tutti gli atti programmatici degli enti coinvolti: dall'ambito del singolo comune, alle SdS, alle aziende USL, alla Regione.

Sfide e Obiettivi

Questo Piano, che per la prima volta è integrato fra sociale e sanitario, rappresenta un reale stimolo all'integrazione fra le politiche riguardanti la salute e il benessere di comunità e coinvolge ancora di più i territori.
Coinvolgimento che permette di facilitare i comportamenti integrati in tema di salute sviluppando sinergie a livello Regionale e Locale tra tutte le politiche, incluse quelle dell'economia, dell'agricoltura, dell'istruzione, dell'ambiente, del commercio, dell'energia, del trasporto.
Gli Enti Locali, quindi, sono chiamati a contribuire allo sviluppo di un sistema di welfare integrando il ruolo fondamentale nella fase di erogazione delle prestazioni di competenza con un nuovo protagonismo nell'ambito della promozione della salute. E', pertanto, necessario valorizzare il ruolo centrale che gli Enti Locali ricoprono nelle politiche complessive per la salute ed il benessere sviluppando positivamente la sussidiarietà istituzionale e rendendo stabile il dialogo interistituzionale su tutti gli atti rilevanti della programmazione regionale.
Ai fini del coordinamento di tutte le politiche in grado di incidere sullo stato di salute si richiama l'articolo 21 l.r. 40/2005, come recentemente riformato, ai sensi del quale il procedimento di formazione del Piano Integrato di Salite (PIS) prevede il raccordo con le competenti strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate e la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del terzo settore.
Il Piano Integrato di Salute, ora strumento di livello aziendale, assume il ruolo di atto programmatorio "centrale" e vincolante attraverso il quale le comunità locali possono coinvolgere tutti gli attori interessati nella individuazione e realizzazione di progetti di salute rispondenti ai bisogni locali e coerenti con la programmazione regionale e di Area Vasta.
Per quanto concerne il settore dei servizi sociali, la congiuntura della finanza pubblica difficilmente permetterà al singolo attore di governare autonomamente un ambito così fortemente attraversato da dinamiche complesse ed e' pertanto necessario definire un patto tra istituzioni facendo propria una logica di *governance* unitaria per garantire una efficace "complementarietà" tra Regione e Comuni – e/o Unioni di Comuni - in grado di affrontare con esiti positivi l'introduzione della metodologia dei fabbisogni e costi standard.

L'attuale modello di *governance* si realizza, a seguito delle riforme recentemente introdotte con le l.r. 44/2014 e l.r. 45/2014, attraverso la seguente organizzazione:

Conferenza regionale dei sindaci
La conferenza regionale dei sindaci è l'organo attraverso il quale tali soggetti partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale.

Conferenza dei sindaci di Area Vasta
La conferenza dei sindaci di area vasta organizza e coordina le relazioni tra i comuni e le aziende sanitarie afferenti alla stessa area vasta, ivi comprese le aziende ospedaliero universitarie, allo scopo di esprimere indirizzi, pareri e valutazioni circa le azioni di competenza interaziendale.

Conferenza dei sindaci
La conferenza aziendale dei sindaci è composta da tutti i sindaci dei comuni oppure, nel caso delle unioni di comuni, dai presidenti delle unioni ricomprese nell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale che esercitano la funzione fondamentale sociale di cui all'articolo 11, comma 1, della l.r. 41/2005 e dal direttore generale della azienda sanitaria di riferimento. La conferenza aziendale dei sindaci è presieduta da un presidente scelto fra i presidenti delle conferenze zonali dei sindaci.
La conferenza aziendale dei sindaci esercita le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all'articolo 3, comma 14, del d.lgs 502/1992 e approva il Piano integrato di salute (PIS).

Conferenza zonale dei sindaci
In ciascuna delle zone-distretto è istituita la conferenza zonale dei sindaci, cui partecipano tutti i sindaci dell'ambito territoriale o i presidenti delle unioni dei comuni che esercitino la funzione fondamentale sociale di cui all'articolo 11, comma 1, ovvero chi, ai sensi della normativa nazionale, ricopre temporaneamente la carica di sindaco.
La Conferenza zonale dei sindaci approva il Piano di inclusione zonale (PIZ).

6.2. La coerenza programmatica: dal PSSIR al Piano di Area Vasta al PAL/PAO al Piano Integrato di Salute

In continuità con quanto previsto dalle leggi di organizzazione sanitarie e sociali, questo atto di pianificazione sanitaria e sociale integrata regionale rappresenta lo strumento con il quale la Regione,nell'ambito del **programma regionale di sviluppo (PRS)** , definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale e i criteri per l'organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali integrati in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione rilevati dagli strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata. E' importante sottolineare che, partendo dalla considerazione dello scenario temporale pluriennale e dell'evoluzione talora "tumultuosa" del contesto, è previsto che la Giunta regionale con propria deliberazione provveda annualmente all'attuazione del Piano sanitario e sociale integrato.
Il Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) individua quindi gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo del servizio sanitario regionale e dei servizi socio-assistenziali. Il Piano sanitario e sociale integrato regionale individua gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione relativi allo stato di attuazione della programmazione regionale. In particolare si ribadisce che sono strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata:

- il rapporto annuale di monitoraggio e valutazione
- la relazione sanitaria aziendale
- la relazione sociale regionale
- la relazione sanitaria regionale
- la relazione sullo stato di salute

L'attuale modello di programmazione si realizza attraverso la seguente organizzazione:

La programmazione di Area Vasta
Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliero-universitarie concorrono, nella specifi cità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale di Area Vasta.

Il piano integrato di salute (PIS) in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello aziendale ed è articolato per ciascuna zona-distretto e società della salute, con funzioni sia strategiche che attuative. È compito del PIS:

a) definire il profilo di salute delle comunità locali di riferimento;
b) definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi aziendali e zonali in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali;
c) individuare efficaci azioni di contrasto nei confronti delle diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria;
d) adottare strategie per rendere più facili i progetti individuali di cambiamento degli stili di vita;
e) individuare le modalità attuative;
f) definire la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi;
g) individuare le risorse messe a disposizione dai comuni, comprese quelle destinate al finanziamento dei livelli di assistenza aggiuntivi, e quelle provenienti dal fondo sanitario regionale;
h) definire il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con la programmazione regionale;
i) individuare gli strumenti di valutazione per misurare gli obiettivi specifici di zona.

Il PIS ha durata analoga al ciclo del presente Piano e la sua parte attuattiva è aggiornata annualmente.

Piani attuativi locali
Il Piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del presente Piano e del Piano di Area Vasta nonchè degli indirizzi impartiti dalle conferenze aziendali dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo gli obiettivi di salute determinati dal PIS. Il Piano attuativo locale ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti e si realizza attraverso piani annuali di attività.

Piani attuativi ospedalieri
Il Piano attuativo ospedaliero è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del Piano sanitario e sociale integrato regionale e del Piano di Area Vasta, nonché degli indirizzi e valutazioni dell'organo di indirizzo, le Aziende ospedaliero-universitarie programmano le attività di propria competenza.
Il piano attuativo ospedaliero ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti. Il Piano attuativo ospedaliero si realizza attraverso programmi annuali di attività adottati dal direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, acquisiti gli indirizzi e le valutazioni dell'organo di indirizzo.

In questa ricchezza di livelli programmatori, che consente anche alle comunità locali di progettare nell'ambito del proprio contesto e con il coinvolgimento di tutti gli attori presenti, resta comunque fondamentale il rispetto dei principi di base individuati nel Piano sanitario e sociale integrato regionale e declinati negli ambiti aziendali e zonali.
Coerenza che costituisce la garanzia di promuovere la crescita di un sistema regionale in ognuna delle sue parti senza perderne la coerenza interna, attraverso la volontà di ridurre le disequità di sistema e, quindi, garantire nello stesso modo il diritto alla salute ai cittadini di ogni comunità locale.

Piani di inclusione zonale
Con la l.r. 45/2014 è introdotto un nuovo strumento di programmazione in ambito sociale costituito dal **Piano di inclusione zonale (PIZ)**, per i quale si rinvia al par. 6.3.1 "INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI: REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO".

6.3. L'organizzazione della rete dei servizi e gli attori del sistema

6.3.1. Area Vasta, Integrazione dei servizi socio-sanitari e socio assistenziali, ESTAR

AREA VASTA

L'articolo 11 della l.r.22/2000 ed il Piano Sanitario 2002-2004 individuavano le Aree Vaste come l'ambito territoriale ottimale per il livello di programmazione strategica, soprattutto in ambito specialistico ed ospedaliero.
La scelta della Toscana, con l'obiettivo di privilegiare l'appropriatezza degli interventi e l'integrazione dei servizi nei percorsi assistenziali, è stata quella di potenziarne lo sviluppo. Il presente Piano prevede un' ulteriore evoluzione del ruolo delle Aree Vaste con particolare riferimento a :

- bilancio consolidato di Area Vasta che consente la valutazione economica integrata dei risultati aziendali e del connesso impiego di risorse, con obiettivi economici e di governo clinico (outcome e appropriatezza)
- rete specialistica di Area Vasta (integrazione ospedale/università/territorio, equipe specialistiche di Area Vasta che si muovono sul territorio, percorso che inizia "in prossimità" e si snoda dove sono garantite qualità e sicurezza secondo i concetti di soglie e volumi di attività e utilizzo ottimale delle strutture e delle tecnologie (standard ottimali ed omogenei)
- miglioramento dei percorsi assistenziali ivi compreso il rapporto tra domanda ed offerta e relative liste di attesa; questo obiettivo è ricercato con modalità particolari nell'area metropolitana fiorentina e nel territorio di Siena e di Pisa, ove le AOU rappresentano l'offerta ospedaliera per i cittadini
- revisione dei rapporti economici tra Aziende sanitarie finalizzata alla valorizzazione degli appropriati livelli di erogazione delle prestazioni
- individuazione dei centri regionali di alta qualificazione ed HTA
- territorio organizzato con equipe multidisciplinari e punti di riferimento visibili (case della salute) capaci di dare una risposta globale, attraverso il coinvolgimento dei professionisti del territorio (MMG, PLS, infermieri di comunità, specialisti ambulatoriali, medici di comunità, etc)
- riorganizzazione deo dipartimenti di prevenzione con individuazione di attività e funzioni a livello di Area Vasta, tenendo conto che la sorveglianza e la promozione di corretti stili di vita sono sviluppate dalla rete coordinata delle strutture organizzative territoriali, MMG, Dipartimento della Prevenzione e medici di comunità, a livello di Zona distretto/SdS; l'esecuzione delle vaccinazioni trova la sua giusta collocazione all'interno delle cure primarie ed è quindi necessaria una stretta sinergia tra il Dipartimento della Prevenzione ed i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.
- al ruolo dell'ESTAR che dispone di articolazioni organizzative di Area vasta, per quanto riguarda tutte le attività non sanitarie (gestione patrimonio immobiliare, manutenzione, ruolo a supporto dei dipartimenti interaziendali etc.)
- rete dei laboratori (vedi rete ospedaliera)
- rapporto con il privato accreditato sulla base della programmazione regionale e di Area Vasta

In particolare, al fine di consentire la crescita in rete del sistema di offerta delle prestazioni specialistiche di ricovero ed ambulatoriali di secondo livello, le aziende sanitarie di ciascuna Area Vasta individuano funzioni di coordinamento interaziendale per settori omogenei, che hanno i seguenti compiti:

- elaborare proposte di sviluppo delle attività che rispondano ai requisiti della programmazione di Area Vasta, così come sopra definiti, che tengano conto dell'evoluzione delle procedure cliniche e diagnostiche nonché dei livelli di complessità e qualificazione delle prestazioni;
- garantire un effettivo coordinamento delle attività delle singole aziende sanitarie, che preveda l'utilizzo pieno delle professionalità presenti, al fine di assicurare ai cittadini/e percorsi assistenziali integrati

- proporre, a livello regionale, apposite linee guida, validare quelle esistenti, curarne la implementazione e la valutazione a livello di Area Vasta, al fine di sviluppare una vera e propria funzione di *"Governo Clinico"*. Al fine di evitare la separazione fra attività ospedaliere e territoriali, il coordinamento deve essere assicurato da professionalità miste ed integrate ospedale - territorio.

L'Area Vasta è quindi il luogo di concertazione in cui si apportano modifiche alle previsioni gestionali in atto e/o si consolidano le previsione dei Piani attuativi locali e dei Piani attuativi ospedalieri.
Al fine di garantirne la corrispondenza con gli atti della programmazione, le scelte aziendali di sviluppo organizzativo, di innovazione ad alto costo, di avvio di attività non esistenti, sono sottoposte a preventiva concertazione di Area Vasta che tenga conto della missione delle singole aziende sanitarie e dei vincoli di sistema.
In particolare:

- le attività relative a funzioni operative a carattere regionale, nonché per il potenziamento di attività con investimenti rilevanti, l'Azienda sanitaria assume iniziative solo a seguito di preventivi accordi in ambito di Area Vasta che ne valutino gli effetti in termini di qualificazione delle prestazioni, costi, effetti sulla mobilità sanitaria, fattibilità e produttività
- l'attività di base è compito dell'azienda sanitaria; l'azienda sanitaria concorda in sede di Area Vasta i programmi di sviluppo o contenimento laddove possano verificarsi fenomeni di duplicazione di attività in eccesso e variazioni di rilievo nei flussi di mobilità; in particolare l'intesa interaziendale costituisce obbligo nel caso le attività riguardino l'azienda unità sanitaria locale e l'azienda ospedaliera con bacino d'utenza nello stesso territorio provinciale
- l'azienda ospedaliera riveste un ruolo strategico per le attività di alta specializzazione, che integra con le aziende unità sanitarie locali del bacino, al fine di assicurare una qualificazione diffusa dell'attività e l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati ed efficaci; l'azienda ospedaliera Meyer partecipa, per le materie di competenza, alle procedure di concertazione di tutti gli ambiti di Area Vasta in quanto azienda pediatrica di ambito regionale
- per l'implementazione di procedure innovative e per l'avvio di attività che comportano uso di tecnologie nuove o ad alto costo, le aziende sanitarie possono assumere iniziative solo previa concertazione preventiva di Area Vasta che tenga conto degli effetti sulle attività ordinarie, dell'interesse interaziendale all'attività, delle eventuali necessità di sperimentazione, dei costi e dei benefici delle innovazioni. A tale riguardo il presente Piano intende ribadire che i piani di Area Vasta debbano tener conto dei volumi ottimali di attività e delle conseguenti soglie.

La Giunta regionale predispone, avvalendosi delle competenze della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e coesione sociale, dell'ARS e delle professionalità presenti nelle aziende sanitarie, appositi standard di riferimento per le attività di alta specializzazione, con riferimento agli specifici ambiti territoriali. Le aree vaste costituiscono l'ambito funzionale in cui validare gli standard quantitativi e qualitativi, individuati in relazione ai livelli di appropriatezza delle prestazioni. Per gli ambiti sopra definiti la concertazione, rappresentando atto di programmazione regionale, costituisce elemento per la verifica di compatibilità delle domande di accreditamento rispetto alla programmazione regionale.
Nel disegno organizzativo del PSSIR 2012-2015 l'Area Vasta diviene quindi l'ambito in cui si sviluppa l'organizzazione della rete ospedaliera e specialistica, ivi compreso il privato accreditato.
La relativa erogazione di prestazioni si svolge a livello delle Zone–Distretto/Società della Salute.

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI: REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Uno dei punti qualificanti della presente programmazione regionale è la definizione compiuta di un sistema territoriale di salute, che non si limiti alla pur indispensabile integrazione dei servizi socio sanitari così come li conosciamo ora. Occorre, infatti, ripensare profondamente il sistema alla luce dei cambiamenti epidemiologici, sociali ed economici, anche in ragione della profonda crisi economica che stiamo vivendo.
Si nota la necessità di ripensare profondamente il concetto di assistenza territoriale partendo non dalle architetture istituzionali presenti, ma evolvendo le esperienze in campo per renderle adeguate ai cambiamenti avvenuti.
Non è possibile far discendere tutto dalla forma con la quale si programmano ed erogano i servizi, anche perché le varie forme possibili sono soggette a continui e distonici cambiamenti.
Le numerose normative nazionali sopravvenute in tema di consorzi di funzioni fra Enti Locali e di obbligo della gestione associata delle funzioni fondamentali dei Comuni, hanno, infatti, comportato la necessità di procedere ad una generale riflessione sul modello consortile delle SdS.
Nel definire un modello di integrazione che risultasse conforme alle disposizioni nazionali intervenute, la finalità prioritaria è stata, sempre, quella di preservare e sviluppare gli aspetti di integrazione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, che hanno dato i migliori risultati con la vigente organizzazione, procedendo, nel contempo, ad una semplificazione del sistema a vantaggio di una maggiore operatività. Nel merito, in ragione della costante mutevolezza del quadro normativo nazionale, nel tempo sono stati avanzati i diversi modelli di evoluzione dell'attuale assetto delle SdS, e sono state tracciate anche le diverse ipotesi di revisione normativa dei testi vigenti in materia (l.r. 40/2005, L.R. 41/2005 e l.r. 66/2008). Le più recenti pronunce giurisprudenziali, fino alla Sentenza della Corte Costituzionale n. 236/2013, da una parte, e le previsioni contenute nella proposta di legge di stabilità per l'anno 2014 e nel cosiddetto decreto Del Rio, dall'altra, hanno, di fatto, nuovamente mutato il quadro di riferimento, rendendolo ulteriormente instabile e contraddittorio.

Le SdS in Toscana hanno avviato esperienze di integrazione di servizi e di professionalità in alcuni casi di grande livello. Hanno prodotto innovazione e garantito servizi adeguati, sono state capaci di contaminare mondi distanti fra loro e hanno riportato la discussione sulla sanità all'attenzione di Sindaci e Consigli Comunali.

D'altra parte l'esigenza di un riordino dipende non solo dalle problematiche giuridiche connesse alla forma consortile, ma anche della mutata organizzazione della sanità territoriale.
Abbiamo, infatti, bisogno che il nuovo assetto territoriale si confronti con la nuova organizzazione delle Cure Primarie e della medicina generale, incentrata sulle AFT, sulle Case della Salute e sulla sanità di iniziativa; sulla evoluzione del modello ospedaliero di riferimento sempre più struttura per acuti e quindi bisognoso per essere efficace di uno stretto rapporto con il territorio di riferimento del paziente; sulla necessità di rispondere ai bisogni impellenti e per certi versi inediti di chi si rivolge ai servizi sociali e non trova immediatezza della risposta. Abbiamo bisogno che gli attori del sistema si muovano in un chiaro quadro giuridico istituzionale dedicando le migliori energie alla risposte ai bisogni di salute e non alle interpretazioni sugli strumenti da adottare.

A queste esigenze è stata data risposta infine con l'approvazione della legge regionale 29 luglio 2014, n. 44 (Modiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 ("Disciplina del servizio sanitario regionale") e della legge regionale 30 luglio 2014, n. 45 (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"), di riforma del sistema socio-sanitario.

La l.r. 44/2014 non sopprime, né trasforma radicalmente le SdS (come era stato ipotizzato in un primo momento), ma introduce un elemento di razionalizzazione nel loro concreto funzionamento, indicando nel contempo un modello alternativo per la gestione integrata dei servizi sanitari e sociali, offerti rispettivamente dai comuni e dalle aziende unità sanitarie locali.

Le nuove disposizioni in materia di SdS (vedasi i nuovi artt 71 novies decies e 71 vicies della l.r. 40/2005) prevedono che quest'ultime possano continuare ad operare a condizione che assicurino al 31 dicembre 2014, o si impegnino ad assicurare entro il 31 marzo 2015, la gestione unitaria, anche in forma indiretta, delle funzioni, rispettivamente previste dalle lettere c) (la c.d. alta integrazione) e d) del terzo comma (il c.d. sociale "puro") dell'art. 71 bis.
Questo significa che le SdS non possono tollerare gestioni frammentate dei servizi socio sanitari e socio-assistenziali sul proprio territorio, come avverrebbe (e concretamente avviene) se qualche comune volesse continuare a gestire autonomamente servizi di cui la SdS ha deciso di assumere la gestione diretta o in una stessa zona la SDS gestisse direttamente alcuni servizi sociali e affidasse la gestione di altri ad un soggetto esterno (ad esempio una fondazione).
Se queste condizioni non sussistono al 31 dicembre e non dovessero neppure sussistere al 31 marzo 2015 per quelle SdS che hanno comunicato di volersi impegnare in tal senso, si avvia la procedura di scioglimento, analiticamente disciplinata dal nuovo art. 71 vicies "Disposizioni transitorie in merito allo scioglimento delle società della salute".
Lo scioglimento può avvenire in due modi: o mediante le procedure previste dai propri statuti, oppure su iniziativa dell'assemblea della stessa SdS, che vi provvede con una deliberazione assunta all'unanimità entro il 31 marzo 2015.

Al contempo, viene definito un modello alternativo di gestione socio-sanitaria integrata, fondato su quattro elementi: la revisione dell'assetto della conferenza aziendale; un nuovo strumento di programmazione aziendale e un nuovo strumento di programmazione zonale; un nuovo strumento di raccordo fra comuni e azienda.
In primo luogo, la composizione della conferenza aziendale dei sindaci viene ridefinita prevedendo che ne entri a far parte organicamente il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale. All'interno della conferenza il peso del direttore generale e dei comuni è determinato attribuendo al primo una quota di partecipazione pari al 34 per cento del totale dei voti e ai secondi una quota di partecipazione pari al restante 66 per cento, ripartita fra i comuni in proporzione alla popolazione residente.
In secondo luogo, viene introdotto un nuovo strumento di programmazione socio-sanitaria a livello aziendale, ovvero il nuovo Piano Integrato di Salute (PIS). Il PIS, articolato a livello di zona-distretto, è approvato dalla conferenza aziendale dei sindaci sulla base delle proposte formulate dalle conferenze zonali.
In terzo luogo con la l.r. 45/20014 viene introdotto un nuovo strumento di programmazione, Il Piano di inclusione zonale (PIZ) che determina, con riferimento alla funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni e in conformità con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, le attività da perseguire tramite le reti di servizi e di welfare territoriale e gli obiettivi di servizio, ai fini di migliorare e consolidare le politiche sociali attraverso la definizione di:
a) i servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale;
b) i servizi e le misure per favorire la permanenza a domicilio;
c) i servizi per la prima infanzia e a carattere comunitario;
d) i servizi a carattere residenziale per le fragilità;
e) le misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito adottate a livello locale;
f) le modalità di organizzazione delle misure economiche di sostegno previste a livello nazionale e regionale.

Infine in quarto luogo, il nuovo art. 70 bis della l.r. 40/2005 introduce, nelle zone in cui non sono costituite le SdS, l'obbligo, a carico dei comuni e delle aziende unità sanitarie locali di stipulare la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria. La convenzione, che ha ad oggetto l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria, può disciplinare anche l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 11, comma 2, della l.r. 41/2005 (quelle attinenti al c.d. sociale puro) da parte dei

comuni presenti nella zona-distretto (compresi quelli tenuti all'esercizio associato di tali funzioni, ai sensi dell'art. 14 del d.l. 78/2010).

ESTAR

La Regione Toscana, ha da tempo dimostrato particolare attenzione al sistema centralizzato degli acquisti di beni e servizi e di distribuzione dei beni di consumo delle Aziende sanitarie, attuato attraverso la promozione di modelli gestionali tesi a garantire la massima efficienza ed efficacia dei servizi, oltre che la razionalizzazione delle relative risorse.
Tale sistema ha trovato la sua prima concreta attuazione con la costituzione dei Consorzi d'Area Vasta (CAV), e, a seguito degli importanti esiti prodotti da circa due anni di sperimentazione dei CAV, con la trasformazione (mediante la l.r. 40/2005) degli stessi in Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta (ESTAV).

Il sistema di progressiva aggregazione e specializzazione nello svolgimento delle attività di supporto tecnico-amministrativo delle Aziende sanitarie, unitamente alla allocazione delle stesse ad un livello sovra aziendale strettamente connesso alla programmazione di Area Vasta ha dimostrato la sua efficacia, non solo sotto il profilo del contenimento delle risorse, ma anche e soprattutto della qualità ed innovazione dei servizi del Sistema Sanitario Regionale.

Al fine di uniformare le buone pratiche e i processi di efficienza realizzati negli anni dagli ESTAV, mediante la l.r. 66/2011 (legge finanziaria regionale per l'anno 2012), il legislatore regionale aveva ritenuto di promuovere il coordinamento dei tre ESTAV per garantire l'interscambio e l'ottimizzazione delle risorse nell'ambito delle funzioni trasferite.

In conformità alle azioni già intraprese negli anni, si è avviato un processo di ulteriore evoluzione del modello gestionale con l'approvazione della legge regionale 23 maggio 2014, n. 26 (Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla L.R. n. 40/2005, alla L.R. n. 51/2009, alla L.R. n. 85/2009 ed alla L.R. n. 81/2012) che prevede la soppressione degli attuali ESTAV, e la loro sostituzione con un unico ente di supporto tecnico amministrativo, l'ESTAR (cfr gli articoli 12 - 34 che riscrivono completamente il capo IV del titolo VII della l.r.40/2005).

La natura dell'ESTAR è quella di ente del servizio sanitario regionale, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa e contabile. L'organizzazione dell'ente si compone di strutture di livello regionale e di strutture di area vasta. Le strutture di livello regionale sono il dipartimento di supporto tecnico amministrativo in cui vengono allocate le funzioni orizzontali, ovvero di staff (gestione del personale, del patrimonio dell'ente ecc...) ed i dipartimenti per l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 101, modulati secondo il principio di un unico dipartimento per ciascuna funzione o gruppi di funzioni di cui all'art. 101 della l.r. 40/2005. Le strutture di area vasta sono le sezioni territoriali, in cui vengono allocate le articolazioni territoriali dei dipartimenti e alle quali viene preposto un referente del direttore generale. Il mantenimento dell'articolazione a livello di area vasta risponde a due esigenze: quella di mantenere uno stretto legame del nuovo ente con la programmazione di area vasta, uno dei punti qualificanti della riforma del 2005, e quella di agevolare il governo di un ente, che ha un'estensione molto grande, pari a quella dell'intero territorio regionale.

Le funzioni del nuovo ente sono state in parte riformulate. Le novità più significative riguardano la soppressione della funzione in materia di organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale e la previsione di una specifica competenza (nuova lettera g del comma 1 dell'art. 101 della l.r. 40/2005) in materia di gestione delle procedure di gara per la manutenzione, alienazione, concessione e locazione del patrimonio delle aziende sanitarie.
Ai sensi della norma suddetta le competenza dell' ESTAR concernono le seguenti materie:

a) approvvigionamento di beni e servizi;
b) magazzini e logistica distributiva;

c) tecnologie dell'informazione e della comunicazione;
d) tecnologie sanitarie;
e) procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale;
f) processi per il pagamento delle competenze economiche del personale afferente al servizio sanitario regionale;
g) gestione delle procedure di gara per la manutenzione, alienazione, concessione e locazione del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie.

Resta ferma la possibilità di conferire all'ESTAR ulteriori funzioni tecnico-amministrative delle Aziende sanitarie con deliberazione della Giunta regionale

Il nuovo comma 1 bis dell'art. 101 della l.r. 40/2005 specifica, invece, la missione dell'ente (assicurare la coerenza della programmazione della propria attività con quella delle aziende sanitarie, garantire l'unitarietà della gestione dei processi relativi alle funzioni di cui all'art.101, partecipazione ai processi valutativi nell'ambito dell'HTA, ecc..).
Sempre in riferimento all'art. 101 della l.r. 40/2005 sono altresì da segnalare il nuovo comma 3 bis secondo cui le procedure di gara per l'affidamento dei servizi sociosanitari possono essere svolte dall'ESTAR su richiesta delle aziende unità sanitarie locali, previa intesa tra quest'ultime e gli enti locali interessati ed il comma 4 bis, che, per conformarsi alle disposizioni del d.lgs 196/2003 (c.d. codice della privacy), rinvia ad una deliberazione della Giunta regionale la definizione dei criteri e delle modalità di relazione tra ESTAR e aziende sanitarie in ordine ai trattamenti dei dati correlati alle funzioni eserciate dall'ESTAR.

Il nuovo art. 101.1 della l.r. 40/2005 è specificamente dedicato all'acquisto di beni e servizi. I primi tre commi sono nuovi: il primo ribadisce l'esigenza che la programmazione degli approvvigionamenti avvenga in sintonia con quella dei fabbisogni, da realizzare in stretta condivisione con le aziende sanitarie ed in coerenza con le indicazioni regionali sull'appropriatezza d'uso e sulla compatibilità economico-finanziaria. Il secondo stabilisce che la programmazione dell'attività contrattuale deve garantire livelli regionali di aggregazione del fabbisogno. Il terzo consente all'ESTAR, in sede di programmazione dell'attività contrattuale, di individuare, per lo svolgimento di gare per l'affidamento di servizi o per l'acquisto di beni diversi dai farmaci, dai dispositivi medici e dai beni economali, bacini territoriali più ristretti di quello regionale (gare di area vasta).

Viene inoltre confermato anche in capo all'ESTAR il ruolo di centrale di committenza per conto delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie.
Per quanto attiene alle funzioni in materia di procedure concorsuali per il reclutamento del personale, tali funzioni restano imperniate sul concorso di area vasta, ma consentendo alle aziende sanitarie di tutta la Regione di attingere alle relative graduatorie concorsuali.

La legge detta le norme transitorie che disciplinano il passaggio dai tre ESTAV all'ESTAR, prevedendo, nei tre mesi che intercorrono tra 1°ottobre ed il 31 dicembre 2014 una sorta di coabitazione fra gli enti da sopprimere ed il nuovo ente. Da 1° ottobre 2014, i direttori amministrativi dei tre ESTAV hanno assunto ai sensi del nuovo art. 142 quinquies della l.r. 40/2005 le funzioni di commissari straordinari, con il compito di proseguire l'attività già intrapresa e provvedere alla ricognizione dei rapporti attivi e passivi, della consistenza del patrimonio immobiliare e mobiliare e dei rapporti giuridici in essere. Sulla base di tale ricognizione, che dovrà essere certificata dal collegio sindacale di ciascun ESTAV, avverrà, a far data dal 1°gennaio 2015, il subentro di ESTAR in tutti i rapporti attivi e passivi dei precedenti enti. Da quella data il nuovo ente potrà considerarsi pienamente operativo. Il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 144 del 26 settembre 2014, con il quale è stato nominato ai sensi dell'articolo 142 quater il direttore generale dell'ESTAR, ha dato avvio alla fase transitoria. Il direttore dell'ESTAR dovrà, entro il 15 novembre 2014:
a) adottare il programma annuale di attività,
b) adottare il bilancio economico preventivo per l'anno 2015;

c) redigere lo schema di regolamento generale, da trasmettere alla Giunta regionale per il parere ai sensi dell'articolo 107.

Quest'ultimo atto riveste una particolare importanza, perché una parte significativa dei risparmi che si attende dal nuovo ente, dipenderanno proprio da misure di razionalizzazione organizzativa.

6.3.2. La rete del Welfare della Toscana: il ruolo degli Enti Locali, le Organizzazioni Sindacali e il Terzo Settore

La fascia di popolazione più fragile (anziani soli, stranieri) o emarginata (senza fissa dimora, tossicodipendenti, detenuti, vittime della tratta, persone con sofferenza mentale, ecc.) richiede una particolare attenzione e un approccio che possa raggiungere gli obiettivi di diritto alla salute e di tutela della salute pubblica.
La prevenzione, la diagnosi precoce, la cura, la riabilitazione e l'inclusione sociale devono vedere impegnate le Società della Salute e le Istituzioni Socio Sanitarie, in rete con il Privato Sociale e il Volontariato, in modo che i progetti personalizzati possano essere verificati in termini di efficacia e di efficienza e possano essere implementati, trasferiti e potenziati per raggiungere l'obiettivo di salute come diritto.
Le "buone prassi", individuate e sperimentate nel recente passato, che hanno visto far funzionare la rete di interventi tra sociale e sanitario, tra interventi del pubblico, del privato sociale e del volontariato devono ormai essere messe "a sistema".
Anche le "malattie della povertà" (malnutrizione, TBC, malattie sessualmente trasmesse, HIV, HCV, ecc.) richiedono capacità di adeguare gli interventi sanitari in modo da raggiungere gli obiettivi di educazione alla salute attivando le risorse degli utilizzatori finali (progettando con e non solo per).
Ed anche per quanto riguarda i ricoveri Ospedalieri, gli accessi impropri e ripetuti al Pronto Soccorso, le dimissioni complesse, occorre tenere conto delle situazioni di incapacità o di impossibilità a praticare una reale continuità terapeutica e dovranno essere previsti accompagnamenti qualificati, integrazione sociosanitaria e verifiche degli interventi, che attivino sinergie tra i diversi soggetti.
Riveste particolare importanza la dimensione della disabilità del paziente cronico con patologie invalidanti tra le aree di attenzione della Rete del Welfare della Toscana.
Tali interventi, oltre a conseguire un risultato in termini di salute e di qualità della vita, possono contribuire alla diminuzione dell'inappropriatezza con un vantaggio non indifferente nell'uso corretto delle risorse.
Al fine di promuovere l'insieme dei diritti e delle opportunità volte allo sviluppo del benessere dei singoli e delle comunità assicurando il sostegno ai progetti di vita delle persone e delle famiglie la Regione e gli Enti locali realizzano un sistema integrato di interventi e servizi in grado di sostenere la centralità dei diritti di cittadinanza e l'inclusione sociale. L'insieme delle macrotendenze demografiche, economiche e sociali comportano, nel sistema di welfare attuale, innovazioni rilevanti che strutturano la *governance* istituzionale e sociale, come *governance* del cambiamento.

Il ruolo degli Enti Locali

Nel "modello toscano" il ruolo della sussidiarietà si riafferma come pilastro fondamentale del sistema sociosanitario consolidando il ruolo responsabilmente acquisito dagli enti locali che ha prodotto una rapida crescita qualitativa della programmazione locale.
La sfida dei prossimi anni è quella di sviluppare un modello di welfare con servizi e programmi legati ai bisogni dei cittadini sulla base dei principi di equità e di giustizia sociale.
L'intento è quello di raggiungere nella fase di programmazione degli interventi la più ampia rappresentazione degli interessi dei cittadini e di condividere le modalità d risposta al bisogno pur nel rispetto della cornice di competenze in capo agli Enti Pubblici di governo. A tal fine la Regione adotta strumenti di concertazione e confronto con le parti sociali, tenendo conto anche di quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 18 (relazioni sindacali) della Legge Regionale 41/ 2005, ed attiva la più ampia partecipazione delle associazioni degli utenti, dei consumatori e dei soggetti del terzo settore, durante il percorso di programmazione.
Pertanto il processo di programmazione vede presenti, ciascuno per il ruolo previsto dalla normativa, tutti i soggetti istituzionali e le rappresentanze associative della società civile, così da realizzare la più ampia condivisione sugli obiettivi e sulle modalità di perseguimento degli stessi.
La programmazione si configura così come il risultato di un processo pienamente partecipato sia nella dimensione locale che sul piano regionale.

Nel dettaglio la l.r. 41/05 pone in capo ai Comuni la promozione della comunità locali quali sistemi di relazioni tra le persone, le famiglie, le istituzioni, le organizzazioni sociali, i portatori di interessi diffusi, per la costruzione di una rete locale di interventi e servizi sociali finalizzata a garantire l'attuazione dei diritti di cittadinanza sociale.
I comuni esercitano le funzioni di programmazione locale del sistema integrato attraverso l'approvazione dei piani integrati di salute e sono titolari di tutte le funzioni amministrative concernenti la realizzazione della rete locale degli interventi e servizi sociali, nonché la gestione e l'erogazione dei medesimi. Fatte salve le funzioni diversamente attribuite dalla normativa vigente i comuni sono competenti per:

- il rilascio dell'autorizzazione e la vigilanza sulle strutture residenziali e semiresidenziali
- la definizione delle condizioni per l'accesso prioritario alle prestazioni erogate dal sistema integrato
- la determinazione eventuale di livelli di assistenza ulteriori ed integrativi rispetto a quelli determinati dallo Stato e dalla Regione.

Le Province esercitano funzioni operative finalizzate alla realizzazione del sistema regionale di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali, di valutazione nonché di diffusione delle conoscenze, sulla base di intese, accordi o altri atti di collaborazione istituzionale stipulati con la Regione.
La Regione Toscana, oltre a potenziare il sistema dei servizi pubblici nelle loro diverse articolazioni, incoraggia e sostiene sul territorio regionale quelle realtà del privato sociale, del volontariato, dell'associazionismo e dell'auto aiuto che, liberamente, hanno scelto di dedicarsi a
settori importanti per l'intera collettività.

Le Organizzazioni Sindacali

Il riassetto della sanità regionale può avere pieno successo solo attraverso il coinvolgimento di tutti i lavoratori del settore e delle loro organizzazioni sindacali. Con le organizzazioni sindacali confederali è stata costruita una vasta ed impegnativa esperienza di confronto, basata su protocolli di rapporto, partecipazione e confronto ampiamente consolidata. Il nuovo Piano Sanitario Regionale richiede uno sviluppo di questo rapporto organico, nel rispetto dell'autonomia dei soggetti contraenti. E' chiaro il nesso stretto tra gli obiettivi di risposta ai bisogni, diqualificazione delle politiche di salute e quelli di sostenibilità, che richiedono la valorizzazione di tutte le risorse, a cominciare ovviamente da quelle umane, con un'attenzione rinnovata al tema della produttività e del merito. Un ruolo nuovo è da prevedere anche per il sindacalismo medico e della dirigenza sanitaria, chiamati a contribuire in modo specifico alla crescita del senso di appartenenza al SSR e ad una rinnovata attenzione sulla qualità, dove sia riaffermato il primato delle esigenze di salute dei cittadini.

Nei procedimenti di concertazione e contrattazione le organizzazioni sindacali partecipano ai vari livelli e secondo le modalità generali disciplinate dalla normativa vigente, dagli accordi sottoscritti e dal CCNL, ed intervengono su atti che hanno valore di strumenti di regolamentazione e programmazione regionale.

Per quanto concerne l'Area Vasta, la concertazione avviene sugli atti di programmazione e di governo previsti a questo livello e sulla base degli accordi preventivamente conseguiti con le organizzazioni sindacali di livello regionale.

A livello locale la concertazione è svolta, con i rispettivi livelli istituzionali, sugli atti di programmazione e su quelli di governo previsti per l'integrazione sociosanitaria, sulle determinazioni da adottare prima che queste siano sottoposte alle procedure di approvazione.
Nel rispetto di quanto previsto in tema di relazioni sindacali dall'articolo 136 della l.r. 40/2005 e dall'articolo 18 della l.r. 41/2005 si sottolinea la necessità che venga assicurata una informazione preventiva e l'attivazione di tavoli specifici di confronto per tutte le materie che, ai vari livelli, abbiano rilevanza operativa riguardo a organizzazione del lavoro, modifiche organizzative dei

servizi, innovazioni e sperimentazioni, con particolare riferimento a ospedali per intensità di cura, relativi riassetti della rete ospedaliera e territoriale e per tutta la sanità di iniziativa. Per quanto attiene all'organizzazione dei servizi e del lavoro si rinvia anche a quanto previsto dai CCNL di comparto o convenzioni.

Il Terzo Settore

Vario e composito è lo scenario dei soggetti del Terzo Settore che operano all'interno del contesto toscano. Ai sensi dell'art. 17 della l.r. 41/2005 sono infatti considerati soggetti del Terzo Settore le organizzazioni di volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le cooperative sociali, le fondazioni, gli enti di patronato, gli enti ausiliari di cui alla legge regionale 11 agosto 1993, n. 54, gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, gli altri soggetti privati non a scopo di lucro, ognuno operante nei loro rispettivi ambiti di competenza. A questi si aggiunge poi l'ampia rappresentanza civile raccolta intorno all'associazionismo informale, familiare e amicale non necessariamente strutturato in forme chiare e normativamente determinate.
Questo insieme di soggetti costituisce una ricchezza per il territorio regionale soprattutto per il tratto che lo caratterizza e che costituisce il valore aggiunto rispetto all'economia di mercato: uno "sguardo altro" con il quale il Terzo Settore guarda alla progettazione prima, alla pianificazione poi e infine all'erogazione dei servizi. All'interno di un sistema economico che segue logiche sempre più indirizzate verso il profitto e la specializzazione, l'orientamento forte dei soggetti del Terzo Settore verso l'assenza di profitto - o comunque il divieto di utilizzare gli utili per scopi altri rispetto al re-investimento nelle attività dell'organizzazione - rappresenta difatti una modalità originale e spesso capace di agire nei contesti con grande efficacia e senso di responsabilità. L'azione radicata sui territori, vicina alle persone ed ai loro bisogni, capace di investire anche laddove non è economicamente redditizio è inoltre valore aggiunto di fondamentale importanza per il settore pubblico. Da questo discende il riconoscimento ai soggetti di Terzo Settore di un ruolo centrale nelle politiche sociali regionali, poiché "concorrono ai processi di programmazione regionale e locale e, ciascuno secondo le proprie specificità, partecipano alla progettazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato". Questo avviene in funzione delle principali caratteristiche che ne contraddistinguono l'identità e ne orientano l'attività, e che possono essere individuate principalmente nella capacità di attivare relazioni a forte reciprocità tra i soggetti singoli ed associati e di investire sulle comunità e sui territori.

Contesto di riferimento

Nell'ambito più generale delle attività del terzo settore la cooperazione sociale, alla quale la legge riconosce l'obiettivo primario di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi e lo svolgimento di attività diverse finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, ha concorso con gli Enti pubblici a realizzare un sistema integrato di servizi alla persona, partecipando all'innalzamento dei livelli di qualità delle prestazioni e dei sistemi di gestione dei servizi qualificante "il modello toscano" in risposta ai bisogni dei cittadini nonché a sostegno e sviluppo di un'occupazione stabile e professionalizzata. In un contesto di difficoltà a mantenere i livelli storici della spesa sociale e per preservare l'equità nei livelli di prestazioni del sistema di welfare regionale, la cooperazione sociale dovrà essere chiamata ad esercitare un ruolo maggiormente orientato ad intraprendere azioni di sostegno ed integrazione degli interventi pubblici nel sistema nell'ottica di un partenariato e della presa in carico condivisa dei beni comuni. A tale riguardo, anche in relazione all'evoluzione del contesto sociale e normativo di riferimento, saranno valorizzate, nell'ambito del Tavolo permanente della cooperazione sociale, modalità di rapporto e di affidamento dei servizi che richiamino la cooperazione sociale ad un ruolo di partner attivo e responsabile del sistema attraverso l'aggiornamento e l'implementazione del quadro delle norme generali e specifiche di settore.

Nella nostra regione il volontariato è fortemente presente e vivace, costituito da associazioni eterogenee sia per attività che per numero di iscritti, legate a sigle di rilievo nazionale o radicate a livello territoriale, che operano con finalità di solidarietà e partecipazione democratica alla vita civile, svolgendo anche un'importante funzione educativa, di tutela dei diritti e di promozione della cittadinanza attiva.
Negli ultimi anni si è consolidata e amplificata la collaborazione fra Istituzioni e Terzo Settore, favorendo inoltre in particolar modo quelle progettualità che rientrano nella programmazione territoriale e che danno luogo a servizi continuativi direttamente rispondenti e correlati ai bisogni delle diverse realtà territoriali.
E' infatti da tempo riconosciuto come le caratteristiche di questo settore siano particolarmente in grado non solo di identificarlo in maniera chiara e di differenziarlo nettamente sia dal primo settore (Stato) che dal secondo (mercato), ma come soprattutto si traducano in un valore aggiunto connesso ai servizi ed ai benefici che questi sono in grado di produrre rispetto agli individui, le comunità e i territori. In parte queste caratteristiche hanno a che fare direttamente con le modalità operative adottate dal settore nella progettazione, programmazione ed erogazione dei servizi, mentre per gran parte sono direttamente connesse all'identità dei soggetti.

Obiettivi
La riorganizzazione dei sistemi di welfare sanitario e sociale ha seguito, negli ultimi 25 anni, un modello a carattere prevalentemente istituzionale e assistenziale, a costi crescenti e ormai insostenibili, con impoverimento delle famiglie e delle comunità locali sia in termini di competenza relazionale, sia in termini economici. Dal modello tradizionale di *welfare* assistenziale si è venuto sempre più affermando, in questi ultimi anni, un *welfare* dei consumatori, utenti di aziende ed organismi erogatori di prestazioni, tariffate, numerate, quantificate, acquisibili ovunque sul mercato pubblico e privato.
Con l'introduzione di questo "sistema dei consumatori" si è passati da un modello integrato, centrato sulla titolarità di funzioni di erogazione in capo al soggetto pubblico, a un modello contrattuale, imperniato sulla separazione fra soggetti acquirenti e soggetti erogatori delle prestazioni.
Lo scenario che si ritiene di proporre è quello del passaggio da un sistema di protezione sociale che ha affidato allo Stato il compito di produrre benessere, e con esso la salute della popolazione, ad una realtà nella quale produrre benessere – e con esso salute – che diventa un compito anche della società civile, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere (sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario) fra le sfere civili e fra queste ultime e il sistema politico-amministrativo.
Il modello cui si fa riferimento è quello della "comunità solidale", o della "*welfare community*": un modello di politica sociosanitaria che, modificando profondamente i rapporti tra istituzioni e società civile, garantisce maggiore soggettività e protagonismo alla comunità civile, aiutandola nella realizzazione di un percorso di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori della solidarietà, della coesione sociale e del bene comune, ribadendo comunque il ruolo fondamentale del soggetto pubblico.
Il ruolo del partner privato (in particolare l'economia sociale e civile) non sarà la produzione di un rigido set di prestazioni o la gestione di strutture più o meno protette, ma la realizzazione di interventi sulle principali determinanti della salute ed al tempo stesso di promozione e garanzia dei diritti dei cittadini nelle aree citate. Al centro del sistema sarà, quindi, la "persona" con un nome ed un volto unico ed irripetibile, portatrice di valori, convinzioni, scelte individuali, e non una struttura od una organizzazione. Al partner si dovrà chiedere di fornire queste occasioni attraverso la valorizzazione dell'ambiente, dei contesti, delle famiglie e delle relazioni.
Si dovranno promuovere, in altri termini, forme di privato sociale che favoriscano l'inserimento nelle compagini sociali, in veste di soci fruitori, dei destinatari dei servizi, come strategia di (ri)attribuzione di poteri e diritti ai soggetti deboli.

Sono da sviluppare:

- le azioni già previste nelle normative attuali (l.r. 40/2005 e l.r. 41/2005) in merito alla partecipazione del Terzo Settore ai processi di programmazione e all'effettiva collaborazione al rafforzamento degli interventi e servizi che costituiscono la rete di protezione sociale nella nostra regione
- zone di sperimentazione operativa che tengano insieme le esigenze di universalità dell'accesso ai servizi e la copertura di tutti i bisogni, anche quelli più marginali
- il capitale sociale grazie all'attenzione precipua alle persone, e – agendo in sinergia anche con le politiche pubbliche - diventa in grado di contenere ed arginare le spinte alla disgregazione sociale e all'individualismo che provengono dall'esterno. Guardando ai territori il Terzo Settore non vede infatti solo spazi di mercato, luoghi dove creare profitto, bensì riserve di risorse alle quali stare vicino (prossimità) per creare sinergie da valorizzare e potenziare, dalle quale trarre linfa vitale ed energie
- rafforzare attraverso momenti di discussione, di confronto e di studio la prospettiva tesa ad identificare prima e misurare poi quello che è definito "il valore sociale aggiunto" del Terzo Settore, ovvero quell'apporto distintivo che solo il Terzo Settore è in grado di infondere alla propria operatività ed ai servizi che eroga sui territori individuando modelli che riescano a misurare il valore sociale aggiunto che il Terzo Settore toscano
- l'adozione di modalità organizzative che mirino a creare partecipazione, condivisione, a stimolare il coinvolgimento e l'attivazione sia dei soggetti già interni alle organizzazioni che esterni, in una prospettiva di democrazia che promuova spazi e luoghi di partecipazione che si traducano in azioni, in grado di valorizzare la capacità di ascoltare ogni destinatario, tenendo conto della sua diversità, delle sue caratteristiche dentro e fuori dal sistema di fruizione dei servizi erogati,con la finalità di creare interventi e supporti in grado di ricostruirne l'identità di cittadini attivi, di mettere al centro la promozione e l'autodeterminazione delle persone e dei gruppi
- a tal proposito con atti della Giunta regionale possono essere posti in essere accordi di collaborazione e protocolli di intesa con le Associazioni senza scopo di lucro operanti in Toscana per attività di studio, ricerca, valutazione e monitoraggio sui principali asset del sistema sociale toscano anche in riferimento a progetti sperimentali e anche con associazioni che si occupino di fornire servizi cosiddetti leggeri, in cui prevale la compagnia, lo svago, la festa e la conversazione esperienze quotidiane che possono essere considerate vera terapia e che spesso mancano a chi vive situazioni di marginalità e solitudine, disabilità o agli anziani

Azioni

- verifica ed eventuale revisione normativa
- verifica di coerenza fra le nuove disposizioni normative che vedono coinvolto il terzo settore;
- rinnovo delle consulte con particolare riferimento alla nomina dei componenti;
- linee guida per la progettazione dei servizi di prossimità territoriale;
- adozione di specifiche linee guida per l'applicazione di protocolli regionali riguardanti l'inserimento lavorativo di seggetti svantaggiati per una loro promozione ed una più ampia diffusione su tutto il territorio regionale;
- avvio di percorsi sperimentali di progettazione e realizzazione di servizi alla persona che prevedano una responsabilità condivisa tra pubblico e privato sociale nell'ottica della valorizzazione del ruolo di partner sussidiario della cooperazione sociale in funzione integrativa e non sostitutiva;
- sviluppo tra il sistema dei servizi pubblici alla persona e le organizzazioni del terzo settore;
- valorizzazione delle realtà associative nei molteplici settori e ulteriore capillarità e diffusione;
- promozione del volontariato giovanile;
- Introduzione dei concetti di:
    - sociale di iniziativa
    - sociale conformativo
    - scambio solidale

Sviluppo iniziative innovative:
Dalla riflessione sulle risorse dei territori che nasce una progettualità in grado di essere sostenibile socialmente, rispettosa delle caratteristiche dei contesti e delle persone che in essi sviluppano la propria esistenza, ma anche e allo stesso tempo flessibile, capace di dare risposte veloci grazie anche all'utilizzo di percorsi informali attenti ai bisogni ed alle loro caratteristiche.
Elementi centrali per la realizzazione di questi percorsi sono sicuramente la programmazione e la coprogettazione degli interventi attraverso la messa in rete delle competenze e delle risorse, il privilegiare l'integrazione che favorisce l'elaborazione congiunta di traguardi e percorsi in partnership con tutti i soggetti del territorio. La capacità di creare percorsi di azione sinergici anche con le strutture e gli enti pubblici - rispetto ai quali il Terzo Settore non si propone in antitesi bensì come soggetto in grado di attivare un ruolo complementare – gioca un ruolo centrale rispetto a questo orientamento. Il principio dell'universalità dell'accesso e dei servizi offerti che caratterizza l'impostazione operativa del Terzo Settore e che lo pone sulla stessa lunghezza d'onda del servizio pubblico – marcando al contempo ulteriormente la distanza dai soggetti di mercato - fa infatti sì che la possibilità di accedere ai sevizi in maniera semplice ed immediata rappresenti un valore aggiunto anche per le stesse strutture pubbliche, dal momento che consente di abbreviare percorsi altrimenti a volte ancora troppo lunghi nella percezione dei cittadini e soprattutto di andare a coprire in maniera efficace i bisogni anche di coloro che non sono ancora considerati appartenenti alla comunità, come ad esempio gli immigrati irregolari o clandestini, o ancora i senza fissa dimora. E' infatti nei confronti di questi soggetti – frequentemente collocati nelle marginalità estreme – che l'operatività del Terzo Settore diventa aggiuntiva a quella di un settore pubblico spesso oggettivamente impossibilitato all'azione nonostante la conoscenza del bisogno, ed in grado di rappresentare un momento importante di intervento sulla coesione e sul benessere sociale. Quelli che sono terreni di difficile azione per il settore pubblico rappresentano i luoghi quotidiani di impegno dei soggetti di Terzo Settore, da presidiare in quell'ottica di gestione della complessità crescente dei territori e dei contesti che caratterizza la *governance* delle organizzazioni non profit.
Peraltro, questa visione inclusiva e tutta proiettata sulla relazionalità ben si coniuga, nel Terzo Settore toscano, con concetti importanti come la valutazione della qualità dei propri interventi, la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori e l'investimento sulla produzione di conoscenza, anche attraverso un impegno forte e continuativo sui temi della comunicazione interna ed esterna. La prima caratteristica ha a che fare con la costruzione condivisa e partecipata di sistemi di valutazione della qualità dei progetti e dei servizi offerti che consente di trasformare l'esperienza in conoscenza dalla quale apprendere per migliorare continuamente e per rimettersi in gioco con rinnovato slancio. La seconda ha invece a che fare con l'apprendimento continuo che investe sul bagaglio di conoscenze e competenze degli operatori e lo rende capitale da diffondere all'interno dell'organizzazione, da mettere in comune per diventare esperienza condivisa sulla quale costruire servizi continui, certi, in grado di sviluppare qualità prestando al contempo attenzione alle tensioni e allo stress cui gli operatori possono essere sottoposti nell'erogarli. Un clima di questo genere, dove si apprende continuamente dall'esperienza propria ed altrui, la si condivide, e la si somma ad approfondite e partecipate indagini sulla qualità dei servizi prestati fa sì che al centro del contesto organizzativo possa essere messo quel capitale immateriale di informazioni, nozioni e pratiche in grado di supportare sia l'elaborazione teorica che la realizzazione dei servizi per metterle al servizio di un contesto sociale in continuo cambiamento e di sempre crescita.

Indicatori di risultato
- revisione della normativa regionale di riferimento per allinearsi al mutare del sistema nazionale e definire un nuovo sistema di partecipazione ai percorsi di programmazione
- costruzioni di pratiche ed azioni per la promozione del volontariato, dell'associazionismo e della cooperazione sociale

Gli Istituti Scientifici

La disciplina della materia è quella recata dalla l.r. 40/2005 che all'articolo 14 prevede che i rapporti con i soggetti in questione si instaurino sulla base di protocolli d'intesa adottati nell'ambito del Piano Sanitario Regionale e che i rapporti convenzionali per le attività assistenziali con il Servizio Sanitario Regionale siano instaurati tra le Aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei predetti protocolli d'intesa.

Sono compresi in tale categoria di soggetti:

a. l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Stella Maris" con la propria sede di Pisa – Calambrone;
b. l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Don Gnocchi" con la propria sede di Firenze.

FONDAZIONE DON GNOCCHI

Il protocollo d'intesa tra Regione Toscana e l'IRCCS Fondazione don Gnocchi approvato DGR 548/2009 in attuazione del Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010, individua gli spazi di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e delle conoscenze nel settore sanitario della riabilitazione.
In particolare la Fondazione persegue modalità di lavoro che privilegiano gli aspetti della eccellenza e della appropriatezza delle prestazioni secondo gli atti regionali.
Le attività assistenziali di riabilitazione riguardano "la medicina della riabilitazione" (cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia e traumatologia) e la riabilitazione intensiva di alta specialità. E' garantita una risposta differenziata in relazione alle diverse caratteristiche e complessità delle disabilità grazie alla disponibilità di *setting* riabilitativi appropriati in tutte le fasi ospedaliere e territoriali e l'utilizzo di dotazioni e tecnologie avanzate.
Ciò assume particolare valenza con la conferma, per la nuova sede di Firenze, del riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.
Pertanto la Fondazione, in coerenza con i propri fini istituzionali, tesi ad orientare la propria ricerca ad una ricaduta a breve sull'assistenza (ricerca traslazionale), può mettere a disposizione del sistema sanitario regionale le conoscenze e competenze che costituiscono il risultato di tale ricerca.
Al riguardo, la Regione Toscana individua la Fondazione come uno dei soggetti in grado di supportare la ricerca condotta in stretta correlazione e integrazione con le funzioni universitarie, ospedaliere e territoriali presenti nell'Area Vasta Centro e in ambito regionale.
L'attività di ricerca condotta dall'IRCCS rappresenta un terreno di possibili collaborazioni nelle aree della riabilitazione nonché negli altri ambiti della medicina e delle tecnologie molecolari, della bioingegneria e tecnologie biomediche e delle tecnologie per l'integrazione sociale e la sanità pubblica.
L'attività di formazione potrà integrarsi con quella del SST come aspetto centrale dell'allargamento delle competenze dei professionisti, che ha come aspetto centrale la people-satisfaction e la valorizzazione dei processi comunicativi e interpersonali che influenzano direttamente la cura e la qualità degli interventi terapeutici.

Nel periodo di vigenza del Piano saranno da perseguire i seguenti obiettivi:
- la introduzione e diffusione di percorsi riabilitativi integrati, rispondenti a criteri definiti in base al bisogno anche rimodulando la offerta assistenziale
- la diffusione dell'assistenza riabilitativa in rete
- la redistribuzione dei posti letto secondo i parametri e la programmazione in ambito di Area Vasta e Regionale
- lo sviluppo di sinergie di rete con le altre realtà regionali già operanti nel settore della riabilitazione intensiva ad alta specializzazione
- la completa integrazione della Fondazione con le sfide della sostenibilità economica del SST.

STELLA MARIS

L'IRCCS Stella Maris opera nel settore specialistico della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, nel rispetto del Protocollo d'Intesa con la Regione Toscana di cui alla DGR 339/2005.
In questo ambito il presente Piano conferma e rafforza le funzioni precipue dell'IRCCS e nello specifico:

- la funzione di neuropsichiatria infantile per le attività assistenziali della Neuropsichiatria Infantile universitaria pisana (DGR 1018/2004) ovvero la Fondazione si qualifica come funzione ospedaliera di NPI per l'Area vasta Nord-Ovest;
- l'attività di alta specialità riabilitativa per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva.
- l'attività di Pronto Soccorso di III livello per l'emergenza psichiatrica in preadolescenza ed adolescenza in collaborazione con l'Ospedale Meyer;
- nell'ambito della rete regionale delle malattie rare pediatriche coordinata dal Meyer la caratterizzazione di centro per le malattie rare di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- centro di alta specializzazione per le malattie genetiche di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- sede di valutazione pre-chirurgica e di riabilitazione post-chirurgica dell'epilessia infantile, in collaborazione ed integrazione con l'AOU Meyer;
- collabora alla elaborazione di appropriati percorsi e protocolli diagnostico - terapeutico - riabilitativi in ambito neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- formazione continua per la neuropsichiatria dell'età evolutiva in collaborazione con l'Università di Pisa ed in coerenza con l'attività formativa dell'AOU Pisana;
- sviluppo, nell'ambito della Fondazione IMAGO 7 e in collaborazione con il Meyer, di un Polo Regionale di ricerca a valenza europea per l'imaging in RM con sviluppo di nuove tecnologie per l'altissimo campo (7 tesla), con particolare riferimento all'età evolutiva;
- collaborazione con l'AOU Meyer in materia di traumi cranio-encefalici, malattie neuromuscolari e neuro-oncologia;
- collaborazione con il CNR su aree tematiche di ricerca di comune;
- completa integrazione della Fondazione con le sfide della sostenibilità economica del SST.
- centro di eccellenza assistenziale per i cittadini europei in coerenza con le normative nazioni e internazionali, la fondazione potrà svolgere il ruolo di centro di attuazione, promosso dalla Regione, per i cittadini europei in mobilità transfrontaliera per la diagnosi, cura e riabilitazione per le patologie neurologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza.

Nell'ambito dell'attività di ricerca:

- la Fondazione è attivamente inserita nella rete nazionale ed europea di ricerca attraverso numerosi e diversi accordi di collaborazione scientifica con Enti specifici;
- la Fondazione è attivamente inserita nella rete regionale di ricerca e, in coerenza con le politiche ministeriali del settore predispone in collaborazione con la Regione progetti ad alta traslazionalità con ricadute a breve sui percorsi assistenziali del SSR nel proprio settore di competenza specialistica;
- la Fondazione è impegnata, anche attraverso la partecipazione alla Fondazione IMAGO7, di cui è Ente fondatore, nella ricerca e sviluppo di nuove possibilità diagnostiche delle neuroimaging ad altissimo campo;
- la Fondazione è attivamente impegnata nella progettazione e attivazione di ricerche ad alta ricaduta industriale ed applicativa nel proprio settore di competenza.

Nell'ambito dell' attività di formazione L'IRCCS Fondazione Stella Maris, inserita nel circuito regionale di accreditamento degli eventi ECM ed è riconosciuta come provider regionale standard (codice Ente n.9) con decreto dirigenziale regionale n. 104/2013.

6.3.3. Gli altri soggetti

FONDAZIONE TOSCANA GABRIELE MONASTERIO

Con la legge regionale 29.dicembre 2009, n. 85 del la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM) è stata riconosciuta Ente Pubblico del Servizio Sanitario Regionale, presidio specialistico nell'ambito dell'Area Vasta Nord Ovest e centro di riferimento per attività di ricerca, sperimentazione e alta formazione in collaborazione con il CNR, le Università e le Aziende Ospedaliero Universitarie.
La Fondazione opera nei due stabilimenti di Pisa (Area di Ricerca CNR) e di Massa (Ospedale del Cuore, "G. Pasquinucci"), ed eroga prestazioni specialistiche nell'ambito della cardiologia e cardiochirurgia pediatrica e dell'adulto, pneumologia; costituisce inoltre centro avanzato nella diagnostica multimodale per immagini, la medicina di laboratorio e l'informatizzazione delle attività sanitarie integrate con i processi amministrativi e gestionali. E' Centro di Riferimento Regionale per la cardiochirugia pediatrica.
La prevalenza di casistica di alta complessità ha consentito lo sviluppo dell'approccio ibrido- mini invasivo (chirurgico + interventistico) per la correzione di patologie cardiache e vascolari e l'approccio intensivo e integrato al trattamento della cardiopatia ischemica, dello scompenso cardiaco e dell'ipertensione polmonare primitiva, nonché lo sviluppo e l'applicazione clinica delle nuove conoscenze in merito ai fattori endocrino-metabolici, divenendo centro di riferimento regionale per la lipo aferesi.
Le caratteristiche di qualità e di alta specialità dell'attività svolta sono confermate dalla forte attrazione extra regionale che ha costituito il 20% dell'attività, con punte oltre il 40% per le attività specialistiche pediatriche e alcune tecnologie d'immagine.
In campo epidemiologico, FTGM ha continuato la gestione del Registro delle Malattie Rare della Regione Toscana.
Negli ultimi anni si è consolidata la collaborazione con altre strutture del SSR e nazionale per l'assistenza alle gestanti e al neonato con diagnosi prenatale di cardiopatia congenita fetale ad alto rischio con la realizzazione di un percorso che prevede il cosiddetto "trasporto in utero" ed il parto presso lo Stabilimento di Massa della Fondazione.
Tale percorso dovrà essere salvaguardato e potenziato sì da costituire un riferimento non solo per la Toscana per il parto sicuro nelle gravidanze a rischio per patologie cardiache del feto.
Inoltre FTGM ha consolidato rapporti di collaborazione ormai pluriennale con numerose altre strutture del SSR nell'ambito del trattamento dell'infarto miocardico acuto, del trattamento cardiochirurgico pediatrico in situ di casi intrasportabili e per l'effettuazione di prestazioni di imaging funzionale di particolare complessità in settori pediatrici.
Per lo svolgimento delle attività sanitarie, di ricerca, e di alta formazione FTGM ha stipulato convenzioni con le Università di Pisa e di Firenze, con la Scuola Normale Superiore e la Scuola Superiore Sant'Anna.
Nel prossimo triennio la Fondazione con la Scuola Superiore Sant' Anna, intende costituire un organismo congiunto che permetta ai docenti e ricercatori della Scuola, congiuntamente con il personale della Fondazione, di svolgere attività di assistenza, formazione e ricerca presso gli stabilimenti della Fondazione su tutti gli ambiti di attività della Fondazione, e che possa garantire percorsi di tirocinio e formazione per gli allievi e dottorandi della Scuola.

Inoltre la Fondazione, sempre in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna e con le Asl toscane, svolgerà attività di ricerca volta alla definizione ed attuazione sperimentale di percorsi innovativi per il trattamento della cronicità intra ed extraospedaliera.
Per quanto concerne la partecipazione al Sistema Sanitario Toscano la Fondazione intende:

- sviluppare ulteriormente l'integrazione con altre strutture del SSR anche mediante l'utilizzo di tecnologie per il teleconsulto e la telemedicina;
- dare priorità alla riorganizzazione funzionale delle strutture edilizie dello stabilimento di Massa, in particolare per quanto attiene alle sale operatorie ed alle terapie intensive specialistiche (cardiochirurgia adulto, cardiochirurgia pediatrica, neonatale), anche in previsione della prevista disponibilità degli spazi che verranno liberati nell'adiacente edificio della ASL 1, con l'entrata in funzione del Nuovo Ospedale delle Apuane;

- continuare a privilegiare l'integrazione delle competenze per obiettivo clinico mantenendo la capacità di attrazione da altre regioni e dall'estero.

AUXILIUM VITAE

L'Auxilium Vitae svolge da anni, oltre alla riabilitazione di base, un importante ruolo nella rete riabilitativa di alta specialità con particolare riferimento alla riabilitazione neurologica e alle gravi patologie respiratorie.
L'Auxilium Vitae è da considerarsi tra i soggetti che fungono da indicatore per la Regione Toscana sulla qualità e appropriatezza.
Con il presente Piano saranno perfezionati i raccordi funzionali con i punti della rete assistenziale riabilitativa di alta intensità neuroriabilitativa con particolare riferimento alle intese con l'Azienda USL 12 di Viareggio al fine di realizzare una regia unica sui relativi processi assistenziali all'interno dell'Area Vasta Nord Ovest. Sarà inoltre favorito il consolidamento dell'attività di Svezzamento Respiratorio anche in ambito Regionale.
Viene inoltre confermata la sinergia e l'impegno operativo con la Scuola S. Anna di Pisa per la piena operatività del laboratorio di Ingegneria Clinica, attivo presso la struttura di Volterra, e per il prosieguimento dei programmi di ricerca finalizzata già avviati.
Si impegna a svolgere i programmi e le attività in maniera coerente con le risorse disponibili e secondo i principi della appropriatezza ed efficienza ed ad integrarsi nella rete assistenziale riabilitativa regionale con tutti i soggetti operanti rispettando i parametri di dotazioni tecnologiche e di posti letto stabiliti dalla programmazione regionale.

CENTRO DI RIABILITAZIONE MOTORIA INAIL DI VOLTERRA

il Centro di Riabilitazione Motoria INAIL di Volterra è stata la prima struttura con attività esclusivamente riabilitativa realizzata dall'INAIL sul territorio nazionale. Operativo dal 1999, è accreditato con il Servizio Sanitario Regionale Toscano e convenzionato con la AUSL5 di Pisa; eroga prestazioni di riabilitazione intensiva extraospedaliera (ai sensi dell'art. n. 26 della legge 833/1978) in regime residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale, ed accoglie sia pazienti infortunati sul lavoro che assistiti del Sistema Sanitario Nazionale.
Il Centro INAIL di Volterra è specializzato nella riabilitazione muscolo-scheletrica e si avvale di personale altamente qualificato e di risorse tecnologiche tra le più avanzate. Unitamente all'attività assistenziale il Centro svolge attività di ricerca clinica nel campo della robotica riabilitativa, in collaborazione con la Scuola Sant'Anna di Pisa e l'Istituto Italiano di Tecnologia di Genova.
Con il presente Piano si intende consolidare la presenza dell'INAIL a Volterra come parte integrante del sistema sanitario-riabilitativo locale e regionale, nonché promuovere una maggior interazione tra INAIL, ASL5 e Auxilium Vitae finalizzata allo sviluppo di modelli assistenziali innovativi e di tecnologie avanzate per la riabilitazione.

CONSORZIO METIS

Il consorzio METIS, nato nel 1998 come associazione volontaria tra alcune aziende sanitarie toscane, con compiti di supporto nel campo della gestione delle tecnologie sanitarie, dello sviluppo di applicativi software e della formazione, ha visto crescere negli anni il numero delle adesioni. Attualmente ne fanno parte, oltre a nove aziende sanitarie toscane, l'ESTAV Centro, l'ESTAV Nord Ovest, anche alcune aziende sanitarie di altre Regioni

Il consorzio METIS, a seguito delle modifiche introdotte con lo statuto approvato il 12 dicembre 2007, è divenuto un soggetto strumentale in house al servizio delle aziende sanitarie e degli altri enti aderenti.

Il consorzio METIS svolge, in particolare le seguenti attività:
- supporto alla programmazione ed ai processi di valutazione nell'ambito delle tecnologie sanitarie e dei sistemi informativi;
- supporto agli ESTAV e dal 1°gennaio 2015 all'ESTAR (cfr art.142 quinques, commi 9 e 10) per le attività di cui all'articolo 101, comma 1, lettere c) e d) della l.r.40/2005 e per le altre che saranno individuate di comune accordo;
-Ruolo nell'ambito della ricerca e formazione e di esperienze in ambito tecnico.

Il consorzio METIS invia alla Giunta e al Consiglio regionale della Toscana una relazione annuale sulle attività svolte.

6.3.4. Il governo delle specificità geografiche: aree insulari e montane

Il presente Piano sociale e sanitario integrato, in linea con la programmazione sanitaria precedente, intende dedicare particolare attenzione alla programmazione dei servizi socio-sanitari nei territori montani ed insulari.

Si confermano gli obiettivi del PSR 2008-2010, di seguito sintetizzati:

- implementare il sistema di verifica della specifica progettualità con la valutazione dei risultati ottenuti anche attraverso l'apposita commissione regionale
- migliorare la fruibilità e l'accesso dei servizi, specie per la popolazione anziana, molto presente nelle zone montane, in particolare per l'assistenza in ADI e l'uso, ove possibile, di servizi di telemedicina
- valorizzare le risorse professionali che operano nelle specificità geografiche
- potenziare i servizi di emergenza–urgenza, con particolare riferimento ai comuni montani in situazioni di maggior disagio ed ai contesti insulari
- sviluppare informazione e comunicazione verso l'utenza
- definire percorsi assistenziali specifici per patologie e categorie di soggetti
- potenziare le strutture e le dotazioni tecnologiche degli ospedali

Inoltre, alla luce di quanto emerso nella fase di ascolto del presente Piano, dai dati epidemiologici e dalla rilevazione dei nuovi bisogni di salute si evidenzia sempre più il fenomeno, nelle realtà montane e dei piccoli comuni, la necessità di strutturare risposte legate al trattamento di patologie croniche e delle loro riacutizzazioni. Con tali premesse dovrà essere favorita la progressiva implementazione di posti letto di ricovero intermedio con contestuale trasformazione di posti letto specialistici ospedalieri per acuti sviluppando il ruolo cardine che dovrà essere svolto dal MMG nella gestione del percorso assistenziale del paziente affetto da patologie croniche. Tutto ciò dovrà avvenire anche con l'attivazione e lo sviluppo di percorsi assistenziali territoriali e domiciliari, in una pianificazione integrata ospedale - territorio dei servizi e delle azioni coerenti con i bisogni sociosanitari rilevati nelle varie realtà.
Nelle stessi sedi dovranno essere raccolte tutte le altre istanze della medicina territoriale per completare l'insieme delle prestazioni sanitarie coordinate (continuità assistenziale, guardia turistica, eventuali punti di emergenza territorial) fino a definire la "casa della salute" sede della medicina territoriale.
Essenziale sarà la funzione di pronto soccorso, pienamente integrata con la rete dell'emergenza urgenza; essa dovrà divenire quella prevalente, totalmente autosufficiente fino alla stabilizzazione del paziente e al suo trasferimento, se necessario, anche impiegando il sistema dell'elisoccorso, con un sistema di piazzole adibite anche al volo notturno. La funzione della rete oncologica deve essere garantita ed offrire un servizio di qualità e di equità consolidata ai cittadini del territorio.
A verifica e monitoraggio costante dell'andamento delle soluzioni organizzative previste, dovranno essere previste azioni specifiche per favorire il miglioramento anche della qualità percepita dai cittadini: dalla accoglienza alle cure territoriali.

Altro aspetto fondamentale è rappresentato dalla continuità da garantire ai piani-patti territoriali già sottoscritti e in gran parte sviluppati. Dovrà essere data continuità e aggiornamento per rendere coerenti tali piani di investimento e di ristrutturazione con l'aggiornamento delle funzioni dei presidi, in linea con gli indirizzi che scaturiranno dall'analisi dei bisogni e nell'ottica dell'appropriatezza e dell'equità nell'accesso ai servizi stessi.
Sviluppando con trasparenza e coerenza i vari piani locali sarà garantita alle popolazioni afferenti una risposta sanitaria adeguata alle esigenze e con il giusto livello di professionalità, puntando specialmente sulla risposta alla emergenza-urgenza e alla presa in carico dei pazienti cronici e anziani, mantenendo un grande livello di qualificazione degli operatori sanitari.
In sintesi possiamo sottolineare i seguenti punti:

- necessità di partire dalla rilevazione dei bisogni assistenziali delle popolazioni residenti costruita in un contesto che preveda sin da subito il coinvolgimento degli Enti Locali

- necessità di avere a riferimento una georeferenziazione che tenga conto non soltanto della distanza chilometrica tra i presidi ospedalieri e territoriali, ma anche della viabilità, della conformazione del territorio e sopratutto dei tempi di percorrenza, a prescindere dai confini provinciali e regionali
- necessità di stabilire accordi di confine con le altre Regioni
- riqualificazione della rete ospedaliera, fornendo specifici indirizzi tali da porre le strutture ospedaliere come elementi "forti" tra l'organizzazione ospedaliera da un lato e il territorio dall'altro
- necessità di prendere in considerazione e dare completo assolvimento ai protocolli/accordi esistenti nelle varie realtà come base su cui impostare il nuovo assetto
- necessità di definire il ruolo dei MMG nell'ambito dell'assistenza sanitaria partendo dalla opportunità di investire nella forme associative della medicina generale, ivi compresa la rivalutazione del ruolo della continuità assistenziale (ex guardia medica)
- importanza della messa in rete "orizzontale" dei servizi (ospedale, RSA, Centri Diurni, attività territoriali, etc)
- necessità di verificare il ruolo dei medici dell'Emergenza territoriale all'interno dei P.S. viste anche le attuali esperienze
- necessità di verificare le modalità attraverso le quali sostenere lo spostamento e la permanenza del personale sanitario in presidi montani ed insulari
- valorizzazione dell'indotto che gli ospedali, ed in generale il sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, generano sulle economie locali.

Si ricorda inoltre che le funzioni degli ospedali che insistono nei territori montani sono descritte al par. 2.3.3.1. all'interno della rete ospedaliera di Area Vasta.

Per quanto riguarda il finanziamento, si fa riferimento ai pesi applicati per le caratteristiche morfologiche del territorio come di seguito indicato:

Caratteristiche del territorio	Peso
Pianura	1,0
Collina litoranea	1,5
Collina interna	2,0
Montagna	3,0
Isole	10,0

E' inoltre importante evidenziare che dovranno essere garantiti, attraverso fondi Aziendali, i servizi prodotti in passato attraverso i progetti specifici già in essere che si configurano ora come attività ordinarie continuative delle aziende USL.
Sarà altresì potenziato il progetto PAAS, attraverso una sua specifica declinazione per le aree montane e insulari, con la creazione di veri e propri punti di erogazione di servizi di prossimità (es. stampa referti attraverso le funzionalità della carta sanitaria, sedute di counseling a distanza quale sostegno alla medicina d'inizativa in zone territorialmente svantaggiate, diffusione delle modalità di promozione all'accesso ai servizi sociali e sanitari, etc) collegati anche a servizi non prettamente sanitari.

La particolarità Elbana

L'isola d'Elba rappresenta, all'interno dell'arcipelago toscano, il territorio che presenta maggiore specificità in base sia alla polazione residente (31.000 abitanti) sia in base alle dinamiche legate ad ingenti flussi turistici.
La popolazione si concentra nel centro principale (Portoferraio) di dimensioni limitate ma ad alta densità abitativa anche se sono ben rappresentati piccoli agglomerati urbani a forte identità storico

culturale. I principali bisogni assistenziali sono legati all'invecchiamento della popolazione residente a cui si deve dare risposta con l'attivazione della medicina di iniziativa che garantisce una migliore gestione delle patologie croniche con relativo rallentamento della perdita di autosufficienza nell'anziano, spesso affetto da pluripatologie.
Altro aspetto rilevante è rappresentato dal cospicuo afflusso turistico, temporalmente concentrato, che moltiplica la popolazione nei mesi estivi e necessita di una capillare assistenza sul territorio (sanità di attesa).
La particolare situazione geografica e sociale determina quindi specifiche esigenze assistenziali che richiedono modelli organizzativi peculiari in grado di superare le modalità "tradizionali" avvalendosi anche di scelte che permettano una adeguata valorizzazione delle risorse umane.
Si ritiene pertanto necessario, in stretto rapporto con le comunità locali, produrre atti specifici che garantiscano:

- L'assistenza nell'Emergenza/Urgenza
- La continuità delle cure (dimissioni protette, cure intermedie/ospedale di comunità, hospice, etc)
- Le cure primarie (medicina generale, case della salute, assistenza domiciliare, etc)
- L'assistenza ospedaliera caratterizzata da uno specifico livello di complessità ad integrazione delle tipologie previste al paragrafo 2.3.3.1, classificando l'ospedale di Portoferraio come ospedale di prossimità. I servizi erogati dovranno, altresì, rispettare l'accordo già sottoscritto tra Regione Toscana e Conferenza dei sindaci dell'Isola d'Elba in materia di sanità del 12 novembre 2011.

A questo proposito l'Azienda sanitaria Locale ed i Comuni dell'Isola, in coerenza con la programmazione di Area Vasta, hanno approvato uno specifico Patto territoriale.

La particolarità dell'Isola di Capraia

Per la particolare lontananza dalla terraferma e per le specifiche problematiche asistenziali della comunità dell'isola della Capraia verrà sottoscritto uno specifico Patto Territoriale tra l'Azienda USL di Livorno, il Comune di Capraia, Uncem e Anci.

6.3.5. Il ruolo delle farmacie aperte al pubblico nel territorio

Nella nostra società, i bisogni del cittadino sono in continua evoluzione a causa di molteplici fattori quali l'invecchiamento della popolazione, la moltiplicazione dell'offerta sanitaria, l'aumento della domanda di salute.
La farmacia, per la tipologia di professionalità che esprime e per la sua capillare distribuzione sul territorio, rappresenta la naturale interfaccia fra questi bisogni ed il Servizio sanitario nazionale.

Al fine di intercettare i nuovi bisogni della popolazione, la farmacia italiana ha accelerato il processo di trasformazione che in questi ultimi anni ha intrapreso, si è qualificata definitivamente come punto di connessione fra cittadino e servizio sanitario.

Nell'ottica di sviluppo dell'assistenza sanitaria sul territorio, la farmacia rappresenta un presidio capillarmente ed organicamente distribuito da supportare, in grado di fare sistema e, in coordinamento con i servizi territoriali, sviluppare una migliore assistenza al paziente con particolare riferimento alle patologie croniche.

Allo scopo di promuovere l'attuazione operativa degli obiettivi programmatici sopra esposti la Regione è tesa a favorire le relazioni e le collaborazioni con le farmacie pubbliche e private

I sistemi sanitari regionali, parallelamente, devono essere in grado di progettare un modello di assistenza territoriale ricercando, in sinergia con il mondo della farmacia, le risposte ai bisogni in evoluzione dei cittadini.

7. INNOVAZIONE, RICERCA E FORMAZIONE

7.1. Ricerca

Contesto

Il presente capitolo, in coerenza con l'Atto di indirizzo pluriennale in materia di ricerca e innovazione 2011-2015 (delibera del Consiglio Regionale 6 luglio 2011, n. 46) descrive il contesto in cui si delineano le azioni strategiche di sostegno alla ricerca in materia di salute, ponendo le basi per uno sviluppo armonico di politiche integrate, atte a irrobustire la rete di eccellenze operanti sul territorio regionale. Tali azioni vengono sviluppate in stretta sinergia con quanto promosso dagli altri assessorati, ed in particolare con il sistema delle Università e Centri di Ricerca, i Poli d'innovazione ed i derivati Distretti Tecnologici, la Tecnorete degli Incubatori d'impresa, lo Spazio Regionale della Ricerca.

Nelle precedenti legislature, seguendo i principi guida di trasferibilità, sostenibilità e sviluppo, di eccellenza, di *governance* pubblica, sono state operate scelte strategiche atte a rafforzare la ricerca e l'innovazione nel sistema sanitario, intervenendo sia sulle aziende sanitarie che sulle politiche di relazione con gli enti di ricerca e con le imprese operanti nel settore.
Strumenti giuridici sono stati la l.r. 40/2005, che ha identificato tra i suoi principi la promozione della ricerca e dell'innovazione, e i due piani di settore, il PSR 2005-2007 e il PSR 2008-2010.
Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 ha delineato una strategia di sviluppo del sistema della ricerca riconoscendo la centralità delle relazioni tra i soggetti protagonisti dei processi innovativi, creando una rete integrata e coordinata di competenze scientifiche in modo da fornire strumenti innovativi e competitivi al Servizio Sanitario.
E' stata consolidata nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie l'integrazione tra pratica clinica e ricerca universitaria e la valorizzazione delle eccellenze.
Si è inoltre sviluppata la rete dell'Istituto Toscano Tumori (ITT) che ha determinato un forte impulso al coordinamento ed alla valorizzazione della ricerca in campo oncologico. I Bandi di ricerca ITT hanno contribuito a finanziare ad oggi circa 60 progetti nel campo della ricerca sperimentale oncologica.

Con l'attuazione del Piano Sanitario Regionale 2008-2010, si è dato l'avvio ad un nuovo modo di definizione delle priorità e di assegnazione dei fondi in materia di ricerca, reso più trasparente da un sistema di valutazione indipendente ed esterno alla rete regionale della ricerca.
Non solo sono state quindi investite più risorse per la ricerca biomedica, ma si è dedicata particolare attenzione alla valorizzazione dei risultati della ricerca, contribuendo, contemporaneamente, a dare un forte impulso alla costituzione della rete regionale della ricerca, rafforzando le sinergie tra gli attori del sistema della ricerca – università, enti di ricerca, enti pubblici, imprese - e sviluppando un insieme di azioni e di strumenti di *governance*, con l'obiettivo di migliorare le capacità di indirizzo strategico e di definizione delle priorità.
In questo quadro generale, nel 2009 è stato costituito l'Ufficio Regionale Valorizzazione Ricerca (UVAR), quale struttura di riferimento regionale per la brevettazione e la valorizzazione dei risultati della ricerca biomedica e farmaceutica.
UVAR, costituito in collaborazione con la Fondazione Toscana Life Sciences, rappresenta la prima esperienza di questo tipo in Italia ed ha lo scopo di fornire supporto al sistema della ricerca, in particolare per quanto riguarda la gestione dei contratti con i vincitori dei *grant* regionali, la protezione della proprietà intellettuale, la gestione e valorizzazione dei risultati della ricerca, il supporto per l'avvio al processo di trasferimento tecnologico, in collaborazione con le strutture accademiche di riferimento.

In ambito di promozione e valorizzazione della ricerca per il SSR è stata messa in campo, negli ultimi anni, una serie di azioni mirate a sostenere il sistema della ricerca, sia attraverso bandi, sia attraverso l'implementazione di azioni a supporto dell'innovazione e del trasferimento tecnologico,

direttе al potenziamento ed all'attrazione sul territorio toscano di competenze di ricerca e sviluppo pubbliche e private.
In particolare con il "Programma di Ricerca regionale in materia di salute. Anno 2009", sono stati finanziati 62 progetti altamente innovativi nel campo delle scienze della vita per un totale di circa 17,1 milioni di euro.
Nell'ambito del POR CReO FESR 2007-2013, linea di intervento 1.1.c – *Progetti di ricerca industriale e sviluppo sperimentale congiunti tra imprese e organismi di ricerca in materia di salute* – sono stati stanziati, per il periodo 2007-2013, 33,6 milioni di euro con i quali sono state realizzate due procedure ad evidenza pubblica: Bando PMI e Procedura negoziale.
Per quanto riguarda il bando PMI sono stati finanziati 15 progetti di ricerca industriale o sviluppo sperimentale in materia di salute, il cui costo ammissibile era compreso tra euro 400.000 e 1.000.000, con contributo regionale compreso tra il 65% e l'80%. Nell'ambito della Procedura negoziale sono stati finanziati 10 progetti di ricerca industriale e sviluppo sperimentale in materia di salute (area tematica: *ricerca e sviluppo di prodotti farmaceutici, biotecnologici, medicinali, diagnostici*), il cui costo ammissibile era compreso tra euro 3.000.000 e 10.000.000, ed il contributo regionale comunque non superiore a euro 3.000.000. Per tali progetti era obbligatoria la presenza di almeno un organismo di ricerca nel partenariato.
Tramite questi interventi ed attraverso importanti accordi con le strutture produttive presenti in Toscana si è mirato a gettate le basi per una relazione sempre più incisiva con l'industria innovativa attiva nel settore, per la promozione della ricerca di qualità e per il buon funzionamento dei comitati per la sperimentazione clinica.

Tali misure hanno già prodotto ad oggi più di trenta pubblicazioni su prestigiose riviste scientifiche ed il deposito di cinque domande di brevetto ed un copyright che UVAR monitora e gestisce di concerto con i referenti istituzionali presso le Università, le aziende ospedaliero-universitarie ed i Centri di ricerca coinvolti.
Alcuni risultati hanno già avuto applicazione nel Servizio Sanitario Regionale (test precoce di diagnosi prenatale di immunodeficienza congenita dovuta al difetto di adenosina-deaminasi).

La Regione Toscana ha inoltre partecipato attivamente ai bandi per la Ricerca Sanitaria Finalizzata del Ministero della Salute, attraendo dal 1995 ad oggi, finanziamenti per un importo complessivo di oltre 32 milioni di euro, per la realizzazione di n. 106 progetti di ricerca.

Ai fini di implementare le attività di ricerca e di didattica delle Aziende Ospedaliero- Universitarie (AOU) sono stati costituiti, all'interno delle AOU Careggi – Meyer, Pisana e Senese, i DIPartimenti Integrati INTeristituzionali per l'implementazione delle attività di ricerca e didattica (DIPINT).
Il percorso, iniziato nel 2009 con il Protocollo d'intesa tra Regione Toscana, Università e Aziende Ospedaliero Universitarie, è proseguito con la stipula dell'Accordo 2011-2015.
Con la DGR 503/2013, oltre a dare continuità all'Accordo 2011-2015 tra Regione Toscana, Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena e Aziende Ospedaliero Universitarie, si prosegue nella strada verso l'integrazione, rilanciando la creazione di sinergie fra funzioni di ricerca e formazione, in una logica di complementarietà di offerta fra Atenei e Sistema Sanitario.
Si arricchisce, infatti, l'Accordo con innovative Linee Guida nei seguenti ambiti:

- offerta formativa
- sperimentazione clinica
- valorizzazione della ricerca clinica.

La Regione ha inoltre incentivato e supportato lo sviluppo di parchi tecnologici nel campo delle scienze della vita, anche con il contributo di fondazioni private; di particolare rilevanza il Polo d'Innovazione nelle Scienze della Vita confluito nel più ampio Distretto Tecnologico, che si è creato con la presenza della Fondazione Toscana Life Sciences ed il consolidamento di grandi e piccole imprese del settore.

Vi sono tuttavia ancora margini di miglioramento notevoli sui seguenti aspetti:

- l'integrazione fra funzioni di ricerca, didattica ed assistenza, nell'ambito delle relazioni fra Regione, Università toscane, aziende ospedaliero-universitarie, Ispo e Fondazione Monasterio in particolare per quanto riguarda l'ottimizzazione delle risorse e l'attrazione di nuovi investimenti
- l'integrazione tra le aziende ospedaliero-universitarie ed i centri di ricerca d'eccellenza presenti sul territorio regionale
- il supporto, il coordinamento e la promozione delle attività di sperimentazione clinica svolte presso le strutture sanitarie toscane
- la capacità di proteggere, valorizzare, e trasferire le nuove conoscenze generate nel sistema della ricerca pubblica, orientandole ai bisogni di salute del cittadino e allo sviluppo del Servizio Sanitario Toscano
- l'integrazione della filiera della ricerca con le traiettorie di sviluppo delle imprese operanti nei settori strategici del farmaceutico e del biomedicale da perseguire attraverso il Distretto Tecnologico delle Scienze della Vita
- il coordinamento tra linee di ricerca affini nell'ambito dello spazio regionale in modo da raggiungere una massa critica necessaria per la competizione globale e l'attrazione di capitali d'investimento, l'accesso ai finanziamenti europei e l'utilizzo dei fondi strutturali in modo sinergico, promuovendo e supportando l'internazionalizzazione del sistema regionale della ricerca
- la risoluzione dei conflitti d'interesse, che sfavoriscono la produttività delle vere innovazioni
- l'allineamento del nostro sistema di ricerca clinica e assistenza sanitaria alle migliori pratiche internazionali, razionalizzando e mettendo in sinergia le eccellenze presenti sul nostro territorio, attraverso la promozione e la gestione dei processi di valorizzazione della ricerca preclinica e clinica, disciplinando e organizzando le attività di Trasferimento Tecnologico all'interno delle AOU con il fine ultimo di aumentare la qualità e la sicurezza della pratica clinica, attrarre e mantenere medici e professionisti di talento, attrarre finanziamenti privati finalizzati allo sviluppo sperimentale e alla ricerca industriale
- l'integrazione, in una cornice comunicativa coerente, delle iniziative e strumenti volti a dar conto delle opportunità e dei risultati delle attività di ricerca e delle innovazioni anche in una logica di *accountability* e valorizzazione complessiva
- favorire sinergie e integrazione fra le funzioni di ricerca, formazione e sperimentazione clinica.

Obiettivi

Contribuire all'indirizzo strategico della ricerca al fine di individuare le tematiche prioritarie sulle quali concentrare le risorse. Saranno da privilegiare tematiche sviluppate nell'ambito della ricerca pre–clinica e clinica, ricerca applicata e di tipo traslazionale, non trascurando però la ricerca epidemiologica, tra cui quella su salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e, in generale, sui determinanti di salute. Tra gli indirizzi strategici di ricerca e innovazione, anche lo sviluppo e la formazione di tecniche sperimentali che non utilizzino animali.

Integrare le funzioni di ricerca, didattica ed assistenza.
Nell'ambito dei più generali strategici rapporti con gli Enti di Ricerca, ed in particolare nella relazione con le Università degli Studi toscane, la relazione con la Sanità conserva, esprime, persegue ed ottimizza le logiche dell'integrazione fra funzioni di ricerca, didattica ed assistenza.
Strumento prioritario per la realizzazione di questa sinergica strategia e' l'Accordo tra Regione Toscana, Università e Aziende Ospedaliero-Universitarie per l'implementazione delle attività di ricerca e di didattica all'interno delle AOU che ha portato all'attivazione dei DIPartimenti Integrati INTeristituzionali per l'implementazione delle attività di ricerca e didattica (DIPINT) - macrostrutture tecnico-amministrative costituite per valorizzare la profonda e sostanziale connessione tra formazione, ricerca e assistenza.

Con la delibera 503 del 25 giugno 2013 la Giunta regionale prosegue la strada per l'integrazione e il rilancio della creazione di sinergie fra funzioni di ricerca e formazione, in una logica di complementarietà di offerta fra atenei e sistema sanitario attraverso il supporto dei DIPINT.
I DIPINT, al fine di favorire e massimizzare l'indirizzo della Regione Toscana verso la crescita e l'innovazione complessiva del sistema, rivolgono la propria attività, già concretizzata attraverso l'integrazione tra Università e Aziende Ospedaliero- Universitarie, anche a supporto delle aziende sanitarie di Area Vasta.
L'Area Vasta rappresenta infatti per il sistema sanitario regionale la dimensione di riferimento, l'ambito geografico ottimale in grado di soddisfare al meglio le esigenze del bacino d'utenza, coordinare i processi di didattica e di ricerca, favorire l'integrazione dei servizi sanitari, tecnici ed amministrativi con i percorsi assistenziali, ottimizzare l'allocazione e l'uso delle risorse disponibili e dei fattori della produzione nel rispetto di adeguati standard di efficienza, garantire all'interno del territorio lo sviluppo omogeneo delle professionalità, attraverso l'interscambio di competenze ed esperienze tecnico-scientifiche.

Investire sulla valorizzazione e sulla tutela dei risultati della ricerca per l'innovazione in sanità
Si investirà sulla valorizzazione e tutela dei risultati della ricerca fornendo, anche attraverso l'Ufficio per la valorizzazione della ricerca farmaceutica e biomedica (UVaR), un supporto integrato al sistema della ricerca, con particolare riferimento alla protezione della proprietà intellettuale, alla gestione e valorizzazione dei risultati della ricerca ed al supporto per l'avvio al processo di trasferimento tecnologico. UvaR, presente in Regione Toscana dal 2009, opera in stretta sinergia con gli ILO (Industrial Liaison Office) delle Università di Firenze, Pisa e Siena e con le quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) del Servizio Sanitario Toscano, attraverso i Dipartimenti Integrati e con il Distretto Tecnologico Regionale delle Scienze della Vita.
Con la DGR 503/2013, si individua, nella sinergia fra Atenei e Sistema Sanitario, una serie di azioni mirate a consolidare le pratiche di valorizzazione ed irrobustimento della ricerca preclinica e clinica. In particolare, si favoriranno azioni mirate all'implementazione da parte dei DIPINT di specifici "Programmi per l'Innovazione Clinica", lavorando in un'ottica integrata con gli Atenei, il Distretto delle Scienze della Vita e l'Ufficio UVaR. Queste linee di sviluppo, anche seguendo l'esperienza condotta nei Laboratori per l'Innovazione in Sanità della AUSL10, concorreranno a facilitare e supportare l'innovazione verso risultati d'impatto per la pratica sanitaria, attraverso la messa a disposizione di programmi, infrastrutture e professionalità necessarie a sostanziare e gestire gli asset sviluppati nella ricerca e nella pratica clinica. Si intende così dotare il sistema sanitario toscano degli strumenti migliori per l'attrazione e mantenimento di medici e professionisti di talento, l'aumento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, la valorizzazione delle eccellenze di ricerca presenti sul territorio, l'attrazione di investimenti e project financing, l'adeguamento delle proprie dotazioni tecnologiche agli standard più qualificati. Verranno sviluppate e rese operative le azioni di sistema funzionali all'innovazione sanitaria, al supporto alla creazione d'impresa ed all'incubazione di aziende innovative, sempre in sinergia con UVaR e il Distretto Regionale di Scienze della Vita.
Si favorirà l'implementazione presso ciascun DIPINT di un "Fondo per l'Innovazione Clinica" per sostenere i costi relativi o connessi ai diritti di proprietà intellettuale, al trasferimento tecnologico e ai programmi educativi sostenuti dalle AOU.
L'investimento che viene destinato alle presenti attività di supporto all'innovazione clinica rappresenta un volano per un ritorno più ampio a medio lungo periodo che avrà un impatto sia in termini di attrazione di investimenti privati, sia di riduzione dei costi. Grazie alle collaborazioni con il sistema dei parchi scientifici e degli incubatori d'impresa, queste azioni avranno inoltre una ricaduta occupazionale sul territorio, con un irrobustimento sostanziale della rete imprenditoriale innovativa. Le azioni messe in atto assicureranno un aumento della capacità del sistema della ricerca clinica di attrarre finanziamenti privati finalizzati allo sviluppo sperimentale ed alla ricerca industriale con evidenti ricadute positive sul territorio e sulla competitività del sistema toscano di pratica clinico-assistenziale.

Sviluppare e supportare la ricerca clinica
Visto il ruolo prioritario della ricerca clinica sui costi complessivi di sviluppo dei farmaci e come veicolo di diffusione delle competenze e dell'innovazione negli ospedali e negli altri centri del sistema sanitario regionale, è da favorire e incentivare la sperimentazione clinica.

La promozione della ricerca clinica è da considerarsi nel quadro dei principi e degli impegni di governo etico del sistema. Ciò significa che la qualità della ricerca non può considerarsi scissa dai suoi requisiti etici, garantiti nel sistema regionale dall'attività dei Comitati Etici.

È inoltre necessario riconoscere come la possibilità di sviluppare una ricerca clinica di qualità anche sotto il profilo organizzativo rappresenti un fattore di grande attrattività per le aziende farmaceutiche. Nel quadro delle regole sopra ricordate, il sistema sanitario ha in questo una convergenza di interessi poiché la ricerca clinica è veicolo di diffusione delle competenze e dell'innovazione negli ospedali e negli altri centri del sistema, e determina una crescita complessiva della competenza e della capacità critica di lettura dell'innovazione da parte dei professionisti. Al fine dunque di supportare e indirizzare le attività di sperimentazione clinica svolte nelle strutture del sistema sanitario toscano è stato istituito, nell'ambito degli impegni di cui alla DGR 503/2013, il Comitato Tecnico Scientifico per la sperimentazione clinica con l'obiettivo di promuovere un percorso innovativo di ulteriore sviluppo e valorizzazione di questo ambito anche grazie al supporto che può essere reso dai Dipartimenti Integrati Interistituzionali (DIPINT).

E' infatti necessario continuare ad investire per facilitare la conduzione di sperimentazioni in ambito biomedico presso le strutture sanitarie regionali:
- razionalizzando e coordinando con strumenti e percorsi adeguati il sistema regionale per la ricerca clinica
- perfezionando la condivisione di strumenti e metodologie operative uniformi a livello regionale;
- promuovendo la formazione dei soggetti coinvolti
- puntando al supporto della sperimentazione non profit di comprovata qualità e utilità per il sistema, mediante il reperimento di risorse proprie e dai fondi per la ricerca e sviluppo finalizzati alla realizzazione dei fondi aziendali per la ricerca spontanea così come previsto dal decreto ministeriale del 17 dicembre 2004 e dalla DGR 731/2008.
- • promuovendo e valorizzando la collaborazione con le industrie private del settore per il raggiungimento di obiettivi strategici comuni, anche attraverso la revisione e l'aggiornamento di protocolli d'intesa stipulati ai sensi della DGR 788/2006.

Su queste come su alcune altre aree di ricerca sanitaria è possibile raggiungere livelli di eccellenza capaci di attrarre sul territorio imprese a patto di disporre di infrastrutture anche minimali come *Clinical Trial Center* a supporto dell'attività degli sperimentatori o laboratori certificati (*GLP laboratories*) che permettano di sviluppare competenze fondamentali nel realizzare test di farmaci e protocolli medici, e mettere in tal modo a profitto gli ingenti patrimoni informativi disponibili presso le biobanche sviluppate dalla sanità toscana. In merito a quest'ultimo punto verranno emanati dalla Giunta Regionale specifici indirizzi per lo sviluppo di un'architettura innovativa di biobanche e "cell factories" per la valorizzazione della ricerca in Toscana.

Sostenere le aree orfane della ricerca e la ricerca non profit
Una importante funzione del soggetto pubblico è quella di limitare gli effetti distorsivi del mercato sulla tutela della salute del cittadino, e questo è particolarmente importante in un'area ad alto impatto sociale ed etico come le aree orfane della ricerca e la ricerca non-profit.
Importante è sostenere e promuovere la ricerca clinica indipendente e non–profit sul farmaco, la ricerca su farmaci orfani, sulle malattie rare e neglette, a vantaggio dei cittadini, ma anche in un'ottica di cooperazione sanitaria e solidarietà con i paesi in via di sviluppo.

Promuovere la ricerca in campo oncologico

Verrà proseguita l'azione di impulso e valorizzazione della ricerca integrata in campo oncologico attraverso il coordinamento dell'Istituto Toscano Tumori della relativa rete delle strutture e dei ricercatori, promuovendo percorsi di sviluppo anche in partnership con le imprese. Per l'Istituto Toscano Tumori (ITT), la cui missione è *Capire, Curare e Prevenire il cancro al meglio per tutti*, la ricerca (*CAPIRE*) è parte integrante della missione. Nella prospettiva di un Dipartimento regionale per l'oncologia per il triennio 2013 – 2015 l'ITT continuerà a condurre e a promuovere ricerca in tre modi:

- il *Core Research Laboratory* (CRL) produce ricerca innovativa propria con 3 Unità già attive a Firenze (da portare a 5 nel quinquennio), 1 Unità a Siena (già attiva), e 1 Unità a Pisa (da attivare nel triennio): l'intero CRL è stato realizzato e si svilupperà con forze reclutate *ex novo*
- i *Progetti ITT*. Attraverso questo programma vengono messe risorse a disposizione dell'esistente, vale a dire di tutti i laboratori e le unità cliniche che, nella Regione, già svolgono o vogliono intraprendere ricerca su tutti gli aspetti dei tumori, dalle basi molecolari alle terapie avanzate. È previsto un bando periodico per questi progetti, e per il loro vaglio è stato posto in opera un sistema di *peer review* secondo standard internazionali aggiornati
- il *Centro di Coordinamento della Sperimentazione Clinica* (CCSC) in campo oncologico. Questo centro ha il compito di promuovere nuovi trials, ivi comprese sperimentazioni spontanee, e di favorirne la dimensione Regionale: l'obiettivo è che, attraverso la rete ITT, sia possibile in Toscana per ogni Paziente idoneo che lo desideri accedere a qualunque trial sia in corso nella Regione.

Sviluppare il Distretto Tecnologico delle Scienze della Vita

Il Distretto si propone di mettere a sistema le eccellenze presenti nel territorio massimizzando le opportunità di partnership e le collaborazioni tra i vari attori dell'innovazione ed il trasferimento tecnologico per creare un'infrastruttura a sostegno dell'industria regionale farmaceutica, biomedicale e delle biotecnologie applicate alle scienze della vita. A tale scopo verranno delineate strategie volte ad attrarre nuovi investimenti produttivi e di ricerca; a favorire l'integrazione e le collaborazioni tra le imprese e la rete delle eccellenze presenti nel sistema della ricerca; a sostenere e valorizzare il "sistema di raccordo" già presente sul territorio (parchi scientifici-tecnologici, incubatori di impresa, servizi per il trasferimento).

Tra gli obiettivi regionali vi è l'avvio di un programma di iniziative volte a favorire l'incontro fra l'offerta regionale e la domanda nazionale ed internazionale, nonché alla valorizzazione economica dei risultati della ricerca condotta dalle Università, dalle aziende ospedaliere e da altri enti toscani. In questo quadro il Distretto avrà il ruolo di facilitatore delle politiche e delle azioni regionali, anche di portata nazionale e internazionale, con l'obiettivo finale di rendere la Toscana un territorio fortemente attrattivo per le imprese più innovative e per i ricercatori d'eccellenza.

In Toscana è presente una situazione industriale ed accademica potenzialmente competitiva rispetto al quadro nazionale ed internazionale, caratterizzata da operatori e *stakeholder* importanti e determinanti per solidificare un serio processo di integrazione di competenze e di trasferimento di innovazione e ricerca scientifica attraverso modelli efficaci di trasferimento tecnologico specifici per il settore delle scienze della vita regionali e basati su buone pratiche internazionali.

Questo patrimonio va ancor più coordinato e valorizzato stimolando processi di innovazione in un'ottica di filiera ed indirizzando gli stanziamenti verso progetti da sviluppare anche in partenariato fra i centri di ricerca, le aziende ospedaliere-universitarie e con la partecipazione delle imprese più innovative del comparto.

La costituzione di reti di competenze e conoscenze, nonché la condivisione di servizi qualificati a supporto della ricerca fra le eccellenze accademiche, l'ospedale e l'impresa potrà contribuire all'attrazione di investimenti esteri nei siti produttivi, al rientro di ricercatori ad alto potenziale, e potrà favorire l'occupazione e lo sviluppo economico e sociale.

È necessario sviluppare alleanze stabili con l'industria (farmaceutica, biotecnologica, biomedicale, e di altri comparti produttivi che prevedano sinergie con il Servizio Sanitario Toscano) nella consapevolezza che la sostenibilità della filiera ricerca–sviluppo–innovazione passa da una partnership strategica con le aziende private, pur nella chiarezza dei rispettivi ruoli e nel vincolo della funzione pubblica del Servizio Sanitario Toscano.

Investire sulla capacità di ricerca diffusa nel SSR

La capacità di ricerca è un capitale che deve trovarsi a tutti i livelli del sistema sanitario regionale, per quanto con diversi gradi di intensità e centralità in funzione della missione istituzionale dei soggetti da cui è svolta. Occorre investire sulla capacità di ricerca diffusa, includendo anche le Aziende sanitarie locali nell'ambito di reti di eccellenza, in particolare a livello di Area Vasta. Tale livello rappresenta la dimensione ottimale per coniugare le funzioni di programmazione sanitaria con quelle di integrazione delle funzioni di ricerca e innovazione

Competere nello spazio europeo della ricerca e innovazione

Il sistema della Ricerca della Regione Toscana deve necessariamente interagire con le politiche di ricerca e innovazione definite dall'Unione Europea (Horizon 2020).

La sfida che abbiamo di fronte è rafforzare e mettere in collegamento le reti di eccellenza e la nostra competitività in ambito europeo ed internazionale, così da poter sfruttare al meglio le opportunità di finanziamento e di crescita del sistema. Tale finalità verrà perseguita anche attraverso lo sviluppo di alleanze strategiche, reti e accordi in ambito europeo e transnazionale finalizzati allo sviluppo di "partenariati per la ricerca e l'innovazione" che includano un approccio cooperativo alla ricerca, soprattutto a quella finalizzata allo sviluppo dei diritti di cittadinanza e alla coesione sociale.

Per il raggiungimento dei suddetti obiettivi verranno inoltre sfruttate le opportunità offerte dal progetto "Mattone Internazionale" in particolare per quanto attiene alla divulgazione delle politiche e dei programmi europei e per la formazione degli operatori del servizio sanitario regionale e della Regione.

La domanda di innovazione (beni o servizi innovativi) derivante dall'attuazione degli obiettivi indicati dal presente Piano in materia di ricerca e innovazione potrà trovare risposta attraverso l'espletamento di appalti pre-commerciali (*pre commercial procurement*), così come disciplinati dalla Comunicazione della Commissione europea COM (2007) 799 definitivo.

7.2. Telemedicina e teleassistenza

Contesto

Le esperienze di integrazione dell'ICT nei percorsi assistenziali, salvo alcune esperienze internazionali determinate da aspetti geografici o da specifiche situazioni storiche, non hanno superato il livello della sperimentazione.

Al contempo sia a livello internazionale che nazionale l'uso delle tecnologie per l'assistenza viene individuato come uno degli obiettivi strategici su cui i sistemi socio-sanitari possono evolvere anche come punti di forza per lo sviluppo delle economie dei Paesi.

A livello europeo, ad esempio, l'eHealth costituisce uno degli obiettivi della "Digital Agenda for Europe (2010-2020)" adottata dalla Commissione Europea nel Maggio 2010. In particolare il VII pilastro dell'Agenda (ICT for social challenges) evidenzia come l'ICT possa giocare un ruolo chiave nel supportare il mantenimento della qualità della vita in una popolazione in progressivo invecchiamento e nel ridisegnare i servizi sanitari in funzione dei nuovi scenari demografici ed epidemiologici In tal senso si pongono anche le conclusioni adottate dal Consiglio europeo nel marzo 2011 rispetto all'iniziativa "*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*", che mira a conseguire entro il 2020 l'incremento della durata media della vita per i cittadini europei in termini di "*healthy life*".

Anche in Italia, il Piano "*e-Government* 2012" prevede una serie di progetti per il settore salute finalizzati a semplificare e digitalizzare i servizi elementari ed a creare le infrastrutture per un'erogazione di servizi sanitari sempre più vicini ai cittadini, migliorando il rapporto costo-qualità dei servizi e limitando sprechi e inefficienze.

Tuttavia, nonostante siano stati fatti sicuramente dei passi verso una sanità "più digitale", i dati relativi all'implementazione delle tecnologie in ambito socio-sanitario mostrano ampi margini di miglioramento, sia sul piano dell'integrazione dei sistemi informativi, sia sul piano della capacità di erogazione di servizi on-line da parte dei sistemi sanitari regionali (fonte Netics – ICT Sanità 2010, indicatori "*e-Readiness* Sanità pubblica" e "*Health-to-Patient*").

In linea con questo trend, la Toscana ha sviluppato in questi anni numerose esperienze "puntiformi" e partecipa ad alcuni progetti di per l'integrazione dell'ICT nei percorsi assistenziali (v. progetti europei CLEAR e RICHARD).

Sfide

Tutte queste esperienze costituiscono un importante punto di partenza per consentire con il presente PSSIR una evoluzione di sistema.

Per consentire una forte integrazione dell'ICT nei percorsi assistenziali risulta determinante con il presente Piano costruire gli strumenti che permettano di:

- legare l'utilizzo delle tecnologie disponibili ad un modello organizzativo socio-sanitario, a partire dall'evoluzione dell'*Expanded Chronic Care Model*
- mantenere, nella scelta delle tecnologie,un costante riferimento alla evoluzione organizzativa delle strutture socio-sanitarie, in modo da verificarne la sostenibilità economica a livello di sistema anche attraverso un puntuale monitoraggio
- avvicinare, nella chiarezza dei ruoli, attraverso momenti di confronto strutturato, il sistema delle imprese alle strategie regionali
- legare le nuove strategie alla modifica della cultura dei professionisti e dei rapporti con gli *stakeholder* regionali.

Obiettivi

Gli obiettivi della telemedicina con il presente Piano vengono ancorati, in continuità con l'evoluzione sanitaria avviata con il Piano precedente, allo sviluppo della Sanità di Iniziativa in tutte le sue espressioni che possono coinvolgere il sistema dalla prevenzione alla insorgenza delle malattie, alla gestione del cittadino nelle fase di ricovero in ospedale, agli interventi specialistici, alla gestione sul territorio nelle diverse fasi della patologia fino alla gestione del fine vita.

Inoltre la frammentazione dei nuclei familiari, nonché la stima di un incremento di oltre 32.000 cittadini nell'area della non autosufficienza nel 2030 rispetto al 2010 indicano la necessità di

utilizzare in maniera etica la telemedicina come uno dei possibili strumenti per gestire la domiciliarità e/o la residenzialità.

Strategie

La Telemedicina non rappresenta una specialità medica separata, ma è uno strumento che può e deve essere utilizzato per estendere la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici abituali. Per il suo sviluppo è necessario: creare fiducia nei servizi offerti e favorirne l'accettazione, apportare chiarezza giuridica, risolvere i problemi tecnici ed agevolare lo sviluppo del mercato.
Per la sua integrazione nel SSR è altresì indispensabile:

- predisporre un documento di definizione degli standard di servizio forniti;
- definire gli standard di servizio richiesti da inserire all'interno dei criteri di : autorizzazione; accreditamento; definizione contrattuale;
- definire la remunerazione e la valutazione economica dei servizi di telemedicina, adeguando i LEA e prevedendo le specifiche voci all'interno del catalogo regionale e del tariffario regionale dell'attività specialistica;
- definire e monitorare specifici indicatori di performance;
- garantire la tutela della privacy mediante informativa sui trattamenti e consenso informato dei pazienti.

Le attività strategiche da realizzare attraverso la telemedicina devono essere individuate in base al livello di complessità del bisogno, secondo la logica della piramide dell'ECCM; in tal senso, per ogni livello di rischio/gravità della/e patologia/e per le varie aree assistenziali (definite secondo i percorsi aziendali della sanità di iniziativa) si configurano dei pacchetti di prestazioni, semplici o complessi, supportati dall'uso delle tecnologie. In particolare, tali pacchetti potranno rafforzare la continuità assistenziale ospedale-territorio, nella accezione più estesa.
Ogni pacchetto ha le seguenti caratteristiche:

- è gestito da un *hub* aziendale
- indica i soggetti erogatori, le sedi, le modalità e i tempi di erogazione delle prestazioni/servizi
- indica gli strumenti tecnologici utilizzati, valorizzando i corrispettivi risparmi di risorse
- indica i professionisti coinvolti e le modalità di intervento degli stessi
- indica le modalità di coinvolgimento degli utenti o dei *caregiver*
- indica, ove necessario, il livello di coinvolgimento di soggetti del terzo settore

Nella logica dell'ECCM, a livelli bassi di rischio/gravità dovranno corrispondere pacchetti di prestazioni a basso livello di tecnologia, complessità organizzativa e consumo di risorse; viceversa per livelli alti di rischio/gravità.
Al fine di supportare la definizione e l'implementazione dei pacchetti di prestazioni, la Regione Toscana potrà avvalersi del supporto metodologico offerto da soggetti, anche in ambito europeo, con alto livello di conoscenza ed esperienza nello sviluppo di servizi di telemedicina.

Vengono indicate a titolo esemplificativo alcune *aree prioritarie* di sviluppo delle attività di telemedicina:

- area della fragilità sociale
- ospedale e continuità con il territorio
- area della specialistica presso le strutture ambulatoriali della medicina di base
- assistenza specialistica complessa a domicilio o presso le strutture residenziali
- area della riabilitazione
- area dell'emergenza urgenza
- nelle cure dei cittadini in carcere
- cittadini utenti e del mondo del volontariato

7.3. Sistema informativo e tecnologie informatiche

Contesto e risultati

Lo sviluppo delle Tecnologie dell'Informazione e delle Comunicazioni non può non tenere conto del forte impulso alla digitalizzazione che sta coinvolgendo tutti gli ambiti della società civile e che costituisce obbligo ed opportunità anche per il Sistema sanitario e sociale toscano.
Da un lato vi è infatti la necessità di tagliare i costi e fornire servizi migliori adoperando minori risorse, dall'altro i cittadini e le imprese chiedono un'interazione efficiente, semplice e diretta con l'Amministrazione.
Su questa linea, la normativa nazionale relativa al Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) stabilisce il diritto del cittadino e delle imprese all'uso delle tecnologie nei rapporti con le amministrazioni. Ciò significa che ai cittadini non saranno più tenuti a recarsi recarsi agli sportelli per presentare documenti cartacei, per firmare fisicamente domande o istanze, per acquisire certificazioni o fornire chiarimenti: per tutto questo dovrà essere sempre e dovunque disponibile un canale digitale sicuro, certificato e con piena validità giuridica che permetta di dialogare con la PA dal proprio computer.
Oltre a ciò, il livello nazionale ha messo in atto e sta portando avanti con crescente impulso progetti di forte impatto tecnologico ed organizzativo che costituiscono obbligo di adempimento per tutte le Regioni. Tra i principali, si citano: la costituzione e l'alimentazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) nazionale, promossa dal Ministero della Salute, nella quale è in via di avanzata strutturazione il progetto di monitoraggio della rete assistenziale (MRA) che impone una revisione della rappresentazione della struttura organizzativa e recepisce l'impostazione di Regione Toscana sull'ospedale per intensità di cura; il progetto Sistema Tessera Sanitaria, guidato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, che vede al suo interno, tra l'altro, lo sviluppo della ricetta elettronica, ovvero la dematerializzazione delle prescrizioni per farmaci e prestazioni ambulatoriali; il piano di *eGovernment*, promosso dal Ministero per Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, nell'ambito del quale si collocano i certificati di malattia digitali. Queste azioni hanno trovato una propria cornice unitaria nel "Decreto Crescita 2.0", ovvero il d.l. 179/2012 convertito nella legge 221/2012, in cui lo Stato ha sancito il proprio impegno nell'ambito dell'agenda digitale e della sanità digitale a promuovere lo sviluppo dell'economia e della cultura digitali, mediante la definizione di politiche di incentivo alla domanda di servizi digitali e favorendo l'alfabetizzazione informatica, nonché la ricerca e l'innovazione tecnologiche, quali fattori essenziali di progresso e opportunità di arricchimento economico, culturale e civile.

In termini di risultati, in Regione Toscana lo sviluppo del sistema informativo in ambito sanitario è stato improntato ad una progettualità unitaria tenuto conto dei principali obiettivi: migliorare i processi organizzativi aziendali; alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); garantire il governo, la valutazione e il controllo a livello regionale; assolvere al debito al colloquio informativo con il livello nazionale.
L'interoperabilità, realizzata mediante la Cooperazione Applicativa Regionale Toscana (CART), lo strumento che abilita la definizione di soluzioni software interoperabili e cooperanti, è stata oggetto di un importante processo di evoluzione tecnologica. E' stata infatti integrata la modalità di trasmissione *a flusso* con la modalità *ad eventi*, adottando uno standard di comunicazione delle informazioni a latenza temporale molto ridotta, quasi in tempo reale, che impegna inoltre ad una revisione organizzativa del processo di cura volta ad assicurare la correttezza delle informazioni alla fonte, contribuendo a migliorare il processo stesso e a ridurne i rischi.

E' stato implementato il progetto I.D.I.T.(Informatizzazione della Diagnostica per Immagini) nelle tre Aree Vaste.
E' stata rafforzata l'infrastruttura di connettività, attraverso la Rete Telematica Regionale Toscana (RTRT), sia in termini di prestazioni, grazie all'estensione sul territorio dei collegamenti in fibra ottica, che di sicurezza e affidabilità.
E' stato attivato da metà 2011 il nuovo TIX (*Tuscany Internet eXchange*), il centro servizi informatici e telematici della Regione Toscana che dispone di un'ampia sede di proprietà di

Regione Toscana ubicata a Firenze ed è presidiato 24 ore su 24, con una sorveglianza continua, di cui il SSR è attualmente tra i principali fruitori.
E' stata aggiudicata, con decreto dirigenziale regionale n. 178 dell'11 gennaio 2013, la gara per l'evoluzione, lo sviluppo e la manutenzione del Sistema Informativo Sanitario e Socio-Sanitario e Sistema Informativo Sociale della Regione Toscana, che vede una progettazione unitaria delle componenti sanitaria, socio-sanitaria e sociale.

Criticità

Si rilevano ritardi nei processi d'informatizzazione e di dematerializzazione legati in buona parte ad aspetti organizzativi. La componente tecnologica è infatti necessaria, ma è solo la premessa. In realtà è indispensabile avere grande capacità di innescare i cambiamenti necessari ad innovare l'organizzazione per erogare servizi migliori. Il rischio, altrimenti, è di stratificare i processi e non di ridefinirli, sovrapponendo e non sostituendo il "nuovo" con il "vecchio", creando diseconomie e inefficienze. Per evitare ciò è necessario che l'innovazione sia sostenuta da una robusta organizzazione e da una forte committenza.
Mentre il sistema informativo in ambito sanitario ha avuto un notevole impulso negli ultimi anni, altrettanto non è avvenuto per l'ambito socio-sanitario e sociale. In tale area si lavora ancora prevalentemente su dati aggregati anche se un importante passo avanti è stato fatto con l'introduzione del Sistema informativo della non autosufficienza, rispetto al quale però vi è ancora la necessità di migliorare la qualità e la completezza delle informazioni le cui criticità, ancora una volta, sono dovute a difficoltà organizzative nell'utilizzo di strumenti gestionali ed in generale nel governo del processo, piuttosto che a difficoltà di natura tecnica.
Sulla base delle disposizioni nazionali e regionali, i medici di medicina generale (mmg) e i pediatri di libera scelta (pls) vanno ad assumere un ruolo di attori primari nell'ambito del sistema informativo sanitario regionale. Permangono da parte delle Aziende USL difficoltà nel gestire e supportare tale processo.
Rispetto alla connettività, sono presenti zone rurali e disagiate non ancora coperte.

Sfide

Agevolare l'accesso del cittadino ai servizi

E' prioritario "sburocratizzare" il rapporto con i cittadini. In linea con il precedente Piano, in accordo con la l.r. 54/2009, il nuovo CAD e l'Agenda Digitale italiana, l'evoluzione del modello prevede che questo sia centrato non solo sulla gestione dei processi interni al Sistema ma anche e soprattutto sull'"apertura" dei servizi on-line ai cittadini, seguendo i principi della semplificazione e trasparenza, in altre parole "sburocratizzando" il rapporto con gli utenti, sfruttandone la collaborazione e la responsabilizzazione. Responsabilizzare significa incrementare la capacità dei cittadini di essere proattivi verso il Sistema anche mediante il ricorso a nuovi strumenti tecnologici, fornendo loro un accesso agevole alle informazioni e ai servizi, migliorando la trasparenza e garantendone un coinvolgimento reale nei processi decisionali che li riguardano.
Perché i servizi siano concepiti in funzione delle esigenze degli utenti e risultino inclusivi, è necessario migliorarne l'usabilità e l'accesso rendendoli fruibili attraverso molteplici canali, compresi internet, TV, telefono, dispositivi mobili e soggetti intermediari, ove del caso.

Migliorare i processi organizzativi

I progetti di innovazione digitale devono fungere da vettore del cambiamento al fine di migliorare i processi organizzativi nel Sistema, con l'obiettivo di accrescerne la qualità e diminuirne i costi. Le Tecnologie dell'Informazione e delle Comunicazioni rappresentano una componente essenziale nell'aumentare il tasso d'innovazione nei processi di erogazione dei servizi al cittadino, nei processi di organizzazione interna alle Aziende e agli Enti e nel garantire gli strumenti indispensabili al governo e al controllo del Sistema. Per ottenere i risultati attesi vi è l'obbligo di coordinarsi, di lavorare insieme, di fare sistema, integrando tecnologie, processi, persone per garantire azioni di sistema rispetto a soluzioni circoscritte a specifici e limitati ambiti aziendali.

Garantire gli strumenti per il governo, la programmazione ed il controllo
Tale obiettivo, strettamente correlato al precedente, ha come requisito la disponibilità del patrimonio informativo derivante dai processi gestionali che deve assicurare dati individuali, aventi caratteristiche di completezza e di qualità. La sfida è perciò rendere disponibile il patrimonio informativo derivante dai sistemi gestionali ai diversi livelli di responsabilità del Sistema sanitario e sociale della Toscana, creando così uno strumento in grado di garantire trasparenza, stimolare e promuovere il confronto.
Attraverso di esso si procede inoltre a garantire l'assolvimento degli adempimenti, in termini di flussi informativi, verso il livello nazionale (Ministero della Salute, Ministero Economia e Finanze, Istat, etc…).

Garantire la sostenibilità economica e organizzativa
Il principio generale che deve guidare lo sviluppo dell'ICT, aumentando il tasso di innovazione digitale nei processi di organizzazione interna e di erogazione dei servizi ai cittadini, è quello dell'ottimizzazione e della razionalizzazione delle risorse.
Si rafforzano le linee d'indirizzo regionale per lo sviluppo di un'architettura di sistema informativo omogenea ed unitaria per le aziende e gli enti del SSR, secondo il Piano strategico di sviluppo del sistema informativo e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione del servizio sanitario regionale, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 752 del 9 settembre 2013.

In tal senso risulta indispensabile il ruolo di regia dell'Estar.
Occorre infatti garantire lo sviluppo del sistema evitando duplicazioni di strumenti, perseguendo l'obiettivo della condivisione delle piattaforme tecnologiche, hardware e software, da parte delle Aziende ed Enti afferenti ad una stessa Area Vasta, mettendo a "sistema" le soluzioni già presenti, valorizzando il patrimonio informatico e informativo presente anche a livello regionale.

Azioni
L'obiettivo del *coinvolgimento e della responsabilizzazione del cittadino* si realizza promuovendone la propensione all'uso delle tecnologie dell'informazione mediante l'"apertura" di servizi on line.
Lo sviluppo di tali servizi deve essere realizzato secondo linee d'indirizzo regionali garantendone la fruibilità per l'utenza su tutto il territorio regionale della Toscana, evitandone cioè la realizzazione "a macchia di leopardo".
Le Aree Vaste e l'Estar progettano e rendono operativi i servizi in rete mirando alla migliore soddisfazione delle esigenze degli utenti, in particolare garantendo la completezza del processo, la certificazione dell'esito e l'accertamento del grado di soddisfazione dei cittadini. L'accesso ai servizi on-line che prevedono il riconoscimento e l'autenticazione è realizzato attraverso la TS-CNS (Tessera Sanitaria- Carta Nazionale dei Servizi) che rappresenta in tale ambito chiave di accesso sicura e garantisce uniformità e unitarietà di accesso a tutti i servizi, nazionali, regionali ed aziendali, andando a sostituire altre forme di autenticazione eventualmente presenti in servizi preesistenti, in particolare quelle legate al rilascio di username e password. Allo stesso tempo si favorisce l'integrazione di tale strumento con sistemi di riconoscimento e autenticazione disponibili per apparati mobili (tablet, smartphone) sempre più diffusi soprattutto nelle nuove generazioni. L'accesso ai servizi è realizzato attraverso un'apposita "Area servizi on-line" all'interno del portale Carta Sanitaria Elettronica di Regione Toscana.
Tra i servizi che verranno resi disponibili, oltre al Fascicolo Sanitario Elettronico per il quale si rimanda al paragrafo 7.3.1 "La Carta Sanitaria Elettronica", si citano: la prescrizione medica il pagamento ticket on-line, la scelta e revoca del medico di famiglia, la consultazione della propria posizione economica ai fini della partecipazione alla spesa sanitaria, la scrittura del valore ISEE sulla Carta, il ritiro dei referti, la richiesta e il ritiro di documentazione sanitaria, la prenotazione di prestazioni specialistiche, servizi in ambito sociale.
Tenuto conto della complessità in termini di articolazione dei servizi del Sistema Sanitario e Sociale, della numerosità degli attori coinvolti e della necessità di garantire la centralità del cittadino all'interno del sistema, la linea d'indirizzo nello sviluppo dei sistemi informativi per l'obiettivo del *miglioramento dei processi organizzativi* è la realizzazione di un'architettura unitaria

e distribuita, in cui il colloquio e la cooperazione tra i diversi soggetti sostituisce il precedente concetto di debito informativo.
Tale architettura deve dispiegarsi secondo il modello del nuovo sistema informativo sanitario e socio-sanitario e per la definizione e l'erogazione dei servizi software necessari al suo funzionamento con l'obiettivo di garantire l'evoluzione verso un sistema informativo sanitario e socio-sanitario unitario a livello regionale in grado di crescere rapidamente nei servizi erogati e di rispondere efficacemente alle evoluzioni tecnologiche, come descritti dalla DGR 752/2013.
I componenti essenziali per tale evoluzione, sono:

- il sottosistema repository (sottosistema unico di sottoscrizione degli eventi sanitari erogati da tutti gli attori del SSR a disposizione di tutti i soggetti che ne devono usufruire ciascuno secondo le proprie titolarità)
- il sottosistema anagrafi (sottosistema logicamente unico per tutto il SSR degli assistiti, degli operatori, delle strutture e le relative relazioni, così come dei cataloghi, dei nomenclatori, delle classificazioni, etc).
- il sottosistema indice (sottosistema con il compito di mantenere e gestire le relazioni che intercorrono fra gli eventi e le entità che, sotto qualunque forma, hanno partecipato alla formazione dell'evento stesso)
- i sottosistemi dipartimentali (convergenza da molteplici istanze gestionali parcellizzate a istanze uniche e centralizzate per tutto il sistema)
- il sottosistema trattamenti (sottosistema che a partire dal trattamento dei dati e dalla sua finalità definisce le regole per l'alimentazione, il mantenimento e la fruibilità degli atti a cui si riferisce)
- il sottosistema di governo (sottosistema unitario di governo, programmazione e controllo, da rendere disponibile ai diversi livelli di responsabilità dell'intero sistema)
- il sottosistema di accesso on-line ai servizi (sottosistema di accesso tramite web, dispositivi mobili, chioschi telematici, etc. per la fruizione di servizi a valore aggiunto).

Per ogni tipologia di servizio deve inoltre essere definito un meta-modello che rappresenti uno standard unico ed unitario per l'intero sistema.

In evoluzione con il precedente Piano, per quanto riguarda le Aziende sanitarie, o in sviluppo, relativamente agli altri Enti e soggetti coinvolti, si procede nell'informatizzazione dei processi gestionali garantendo nella progettazione una logica orizzontale, centrata sull'erogazione del servizio, rispetto ad una logica verticale legata alla singola funzione.
L'attuazione di modelli assistenziali basati sulla presa in carico del paziente, la reingegnerizzazione dei flussi di beni e pazienti, la riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura, la creazione di forme di associazionismo territoriale, l'integrazione ospedale-territorio, la riorganizzazione della rete dell'offerta deve avere nell'ICT uno strumento strategico e operativo.
Coerentemente con gli atti di indirizzo regionale di cui alla DGR 754/2012 e alla DGR 1235/2012, sono state individuate, dalla DGR 752/2013, le azioni che determinano il Piano strategico di sviluppo del Sistema informativo e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione del servizio sanitario regionale, collegate alle diverse aree tematiche e azioni attraverso cui operare per il riordino del SSR.

Centrale, in questo scenario, è inoltre lo sviluppo del sistema informativo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che diviene parte integrante del sistema informativo sanitario regionale. E' compito delle aziende sanitarie e dell'Estar garantire l'adeguato supporto organizzativo e tecnologico a questo processo garantendo la piena attuazione di quanto previsto dai progetti regionali, sanità di iniziativa e carta sanitaria elettronica, e da quelli nazionali, in particolare l'articolo 50 del d.l. 269/2003, convertito con legge 326/2003 e modificato dalla legge finanziaria 2007, per l'introduzione della trasmissione dei dati delle ricette in modalità elettronica e il "Decreto Crescita 2.0", il d.l. 179/2012, relativo all'agenda digitale italiana e alla sanità digitale. La dematerializzazione dell'intero ciclo prescrittivo, per tutti i prescrittori del SSR, ha una valenza strategica sia nell'ambito dei servizi al cittadino, sia nella semplificazione e razionalizzazione dei processi aziendali, sia nel processo di governo e controllo del SSR e quindi tutti gli attori coinvolti, a partire dalle Aziende sanitarie, sono chiamati a garantirne la completa realizzazione.

Stante la necessità dell'utilizzo di un linguaggio comune, Regione Toscana procede ad adottare "cataloghi" condivisi sia in ambito sanitario che sociale, sviluppando e completando l'intervento avviato nel precedente Piano prima con il catalogo delle prestazioni di radiodiagnostica e poi con il Catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, approvato con DGR 638/2013, e a garantirne il continuo aggiornamento e la manutenzione. Al fine di garantire pienamente la realizzazione di un sistema informativo unitario che sia di ausilio al superamento delle barriere tra le aziende e tra i livelli di cura le aziende adottano i cataloghi regionali in sostituzione dei precedenti cataloghi aziendali per garantire nei fatti l'utilizzo di un linguaggio condiviso nell'intero processo.
Anche l'anagrafe sanitaria è per sua natura elemento cardine, in quanto dove non vi è identificazione certa di un soggetto tutte le relative informazioni presenti nel sistema perdono di valore. Le Aziende sanitarie garantiscono e rafforzano la funzione aziendale di amministrazione dell'anagrafe sanitaria e completano il progetto di realizzazione dell'anagrafe sanitaria aziendale, secondo quanto indicato negli atti e nelle linee d'indirizzo regionali.
Regione Toscana è impegnata a garantire l'interoperabilità con l'anagrafe nazionale del Sistema TS che certifica tra l'altro la validità del codice fiscale e a sviluppare l'interoperabilità con l'anagrafe nazionale della popolazione residente (ANPR) del Ministero degli Interni che subentra alle anagrafi della popolazione residente e dei cittadini italiani residenti all'estero tenute dai comuni, secondo quanto disposto dal d.l. 179/2012.

L'Estar è impegnato a garantire la sicurezza dei sistemi informatici, in termini di disponibilità, continuità di servizio e accessibilità, in linea con i livelli di servizio definiti negli specifici accordi con le Aziende sanitarie e le SdS.

In merito agli *strumenti per il governo, la programmazione ed il controllo*, si procede in evoluzione con il precedente Piano. Le Aziende/Enti produttori delle informazioni sono impegnati insieme all'Estar a presidiarne e garantirne la qualità e la completezza, mettendo in atto, tutte le azioni, organizzative e tecniche, necessarie per garantire questo risultato. Gli stessi soggetti sono impegnati a garantire gli adempimenti verso il livello nazionale, in particolare verso NSIS e Sistema TS.

Relativamente alle *componenti tecnologiche infrastrutturali*, si svolgono azioni sia di rafforzamento che di sviluppo, secondo il modello architetturale d'indirizzo regionale di cui alla DGR 752/2013 centrato sulla logica di convergenza e progressiva unificazione delle infrastrutture tecnologiche e dei sistemi software.

Connettività. Regione Toscana si impegna nel potenziamento e diffusione delle infrastrutture in banda larga nelle aree della Toscana oggi non coperte, tipicamente le zone rurali e a bassa densità territoriale, tenuto conto sia della necessità di fornire servizi on line ai cittadini sia delle progettualità in essere e che coinvolgono in particolare la medicina convenzionata (mmg e pls).
Utilizzo del nuovo TIX. I soggetti afferenti al Sistema sanitario e sociale della Toscana, in particolare le aziende sanitarie, l'Estar, le Società della Salute, utilizzano prioritariamente il Tix rispetto ad altre soluzione e si prevede che l'erogazione dei servizi si sviluppi secondo il paradigma del Software as a Service (SaaS), per mezzo di una infrastruttura di Cloud Computing assicurata dal TIX .

Cooperazione applicativa. Le Aziende/Enti adottano standard tecnologici e informativi atti a garantire la circolarità delle informazioni nel rispetto dei livelli di sicurezza e riservatezza delle informazione e con livelli di latenza nell´aggiornamento dei rispettivi patrimoni informativi prossimi allo zero, in linea con gli atti e le linee d'indirizzo regionali. Si rafforza l'utilizzo dello standard RFC (Request For Comment) prevedendolo non solo nel colloquio verso Regione Toscana o altri soggetti (utilizzo "verticale") ma anche nella cooperazione applicativa all'interno della singola Azienda/Ente (utilizzo "orizzontale").

Si realizza progressivamente, secondo le specifiche definite a livello regionale, il passaggio dalla sottoscrizione digitale di documenti non strutturati alla sottoscrizione digitale di contenuti strutturati (dati) per garantire autenticità, integrità e non ripudiabilità, nonché rappresentazione del documento, univocità ed estraibilità del dato.
Sicurezza. La sicurezza dei dati, dei sistemi e delle infrastrutture è elemento indispensabile per costruire quella fiducia nei servizi pubblici online che ancora oggi spesso manca.
Gli Estav garantiscono a livello di Area Vasta gli interventi necessari per la continuità operativa e la sicurezza, dettando le modalità per il coordinamento delle azioni delle singole Aziende/Enti e per la predisposizione di piani operativi.
Gli stessi realizzano un sistema di monitoraggio pro-attivo, a livello locale, per monitorare il corretto funzionamento dell'intero sistema nelle sue molteplici componenti.
Analogamente, Regione Toscana opera sulle infrastrutture regionali, a partire dal CART e dal TIX.
Autenticazione, accesso e firma digitale. Le Aziende/Enti, in collaborazione con Estav, completano il progetto regionale "carta dell'operatore", di cui alla DGR 7/2011, con l'obiettivo di: costituire la banca dati delle risorse umane indispensabile per il monitoraggio e la programmazione di cui al cap.6 "Gli assetti organizzativi"; potenziare le procedure di sicurezza relative agli scambi informativi; adottare un sistema specializzato che permetta agli operatori di autenticarsi una sola volta e di accedere a tutti i software aziendali ai quali sono abilitati per ruolo e funzione (single sign on); adottare sistemi di firma digitale della documentazione sanitaria ed amministrativa; far convergere sulla carta dell'operatore le funzioni di autenticazione, firma digitale e tesserino per l'accesso aziendale. L'identità digitale del cittadino è assicurata dalla TS-CNS. Regione Toscana, in tale ambito, è inoltre impegnata nell'attuazione di quanto previsto al riguardo dal d.l. 179/2012, convertito nella legge 221/2012, alla Sezione I – Agenda e Identità Digitale, e dal d.l. 69/2013 recante disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia, convertito nella legge 98/2013, all'art. 17 ter - Sistema pubblico per la gestione dell'identità digitale di cittadini e imprese (SPID).

Le Aziende/Enti, in collaborazione con l'Estar, garantiscono il processo per la *conservazione a norma della documentazione digitale*, ivi compreso lo sviluppo delle competenze necessarie alla gestione e al governo di tale processo e che coinvolgono svariati ambiti : giuridico, amministrativo, informatico, archivistico.
Il processo di dematerializzazione del sistema documentale non si esaurisce infatti negli aspetti tecnologici, ma si concretizza anche e soprattutto in quelli organizzativi.
La quantità e la complessità crescente di documenti e di informazioni collegate e la possibilità di un loro uso avanzato, grazie all'innovazione tecnologica, offrono alla funzione documentaria in ambiente pubblico un ruolo centrale.
Centrale in tale contesto risulta essere il sistema DAX, ovvero il sistema per la conservazione degli archivi digitali sviluppato da Regione Toscana.

Sostenibilità economica e organizzativa
Nel precedente Piano, si è concluso il passaggio della funzione ICT dalle Aziende sanitarie agli Estav, con il trasferimento del personale afferente alla funzione e la sottoscrizione degli specifici accordi di servizio.
Troppo spesso però gli Estav sono stati relegati ad un ruolo operativo e gestionale piuttosto che di governo e di sviluppo architetturale dell'ICT secondo le linee d'indirizzo regionali.
Diviene quindi centrale il ruolo dell'Estar di svolgere una funzione di regia che, partendo dall'analisi delle esigenze presentate dalle aziende sanitarie, le sintetizzi e le filtri garantendone la coerenza con gli obiettivi regionali e con la visione unitaria dell'Area Vasta.
E' compito di Estar predisporre il Piano di sviluppo in materia ICT definendo il budget economico e degli investimenti per le aziende dell'Area Vasta, sulla base degli indirizzi e delle linee di programmazione regionali, secondo il Piano strategico di sviluppo del sistema informativo e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione del Servizio Sanitario Regionale, di cui alla DGR 752/2013.
L'attuazione del piano deve essere improntata alla convergenza e alla progressiva unificazione delle infrastrutture tecnologiche e dei sistemi software in uso presso le aziende afferenti al SSR

elementi basilari per i nuovi livelli di efficienza, migliore interrelazione con i cittadini, miglior supporto e controllo dei processi, riduzione dei costi.
Dovrà essere superata l'attuale frammentazione della titolarità, anche amministrativa, degli strumenti software, mediante l'assegnazione di tale titolarità all'Estar, procedendo al tempo stesso al recupero delle risorse economiche destinate per questo alle aziende.

La fase attuativa è accompagnata dal monitoraggio degli accordi e dei livelli di servizio concordati tra aziende e Estav, ora Estar sulla base di specifici indicatori.
Si rafforzano le linee d'indirizzo e di programmazione regionali a garanzia del superamento dei localismi aziendali, della realizzazione di un sistema informativo realmente capace di supportare lo sviluppo di una rete di servizi orizzontale e funzionale e non più verticale e gerarchica e viene costituito uno specifico Coordinamento regionale.

7.3.1. La Carta Sanitaria Elettronica

Contesto e risultati

La 'Carta Sanitaria Elettronica' è uno dei progetti, già inserito nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010, attraverso il quale il Sistema Sanitario Regionale intende meglio rispondere alle attese dei cittadini, fornendo loro un ulteriore strumento di garanzia per la tutela della salute.
Attraverso la Carta, strettamente personale, ogni cittadino può infatti attivare il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (di seguito FSE) e accedere alle informazioni sanitarie che lo riguardano.

Il progetto è stato approvato con DGR 125/2009 e il Fascicolo Sanitario Elettronico è stato istituito mediante la l.r. 65 /2009.
Tutti i cittadini toscani, tra aprile e settembre 2010, a seguito di specifica convenzione di Regione Toscana con l'Agenzia delle Entrate, sono stati dotati della Carta, la nuova TS-CNS (Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi).
Contestualmente alla distribuzione, è stato realizzato il dispiegamento degli sportelli di attivazione della TS-CNS presso le Aziende sanitarie, prevedendo anche la possibilità di acquisto del lettore di smart card da parte dei cittadini.
E' inoltre attivo il servizio regionale di contact center e di *card management system*, per la gestione della Carta e dei lettori, rivolto sia ai cittadini che agli operatori.
I cittadini che a luglio 2013 hanno attivato la Carta e il Fascicolo sono circa il 36% della popolazione toscana.
I contenuti oggi presenti sul Fascicolo sono: l'anagrafe sanitaria, le esenzioni per patologia, gli accessi in pronto soccorso, i referti di laboratorio, le schede di dimissione ospedaliera e i farmaci, le vaccinazioni, i referti di radiologia, il diario del cittadino.
L'importanza strategica dell'FSE, anticipata da Regione Toscana, è stata riconosciuta a livello nazionale all'interno del d.l. 179/2012, nel quale, all'art. 12 della sezione IV Sanità Digitale, è prevista la sua istituzione da parte delle regioni e province autonome.
Tale norma è stata inoltre recentemente rafforzata con il d.l. 69/ 2013, all'interno del quale si prevedono i tempi di istituzione del Fascicolo, fissati al 30 giugno 2015, e si focalizza l'attenzione sulla necessità di garantire l'interoperabilità dei FSE regionali.

Sfide

Estensione dell'attivazione da parte dei cittadini
L'obiettivo è che, entro il termine di vigenza del Piano, l'80% dei cittadini abbia attivato la Carta e il Fascicolo sanitario.

Implementazione dei servizi

In accordo con le finalità del Fascicolo, ovvero migliorare la qualità dell'assistenza, della prevenzione, della diagnosi, della cura e della riabilitazione e semplificare l'esercizio del diritto alla salute da parte dell'interessato, si prevede l'ampliamento dei contenuti sanitari e socio-sanitari pubblicati al suo interno, tra cui le volontà di fine vita e il testamento biologico.
Si prevede inoltre l'attivazione di ulteriori servizi on-line rivolti ai cittadini a cui accedere attraverso la Carta, come già indicato nel precedente paragrafo 7.3.
La Carta diviene la chiave di accesso sicuro a tutti i servizi on-line non solo in ambito sanitario e sociale ma più in generale nel rapporto del cittadino con il servizio pubblico regionale.
Si favoriscono le azioni per l'accessibilità e la facilità d'uso dei servizi on-line da parte dei cittadini.

Utilizzo da parte dei professionisti

Il progetto intende perseguire il principio dell'equità, fornendo a tutti i cittadini uno strumento per garantirne l'interazione e la collaborazione con i professionisti del SSR, responsabilizzandoli nei processi che riguardano la loro salute.
Persegue inoltre l'obiettivo della semplificazione e della trasparenza nell'accesso e nelle relazioni con il SSR.
Affinché ciò trovi completa realizzazione, è indispensabile il pieno coinvolgimento dei professionisti, principali attori, insieme al cittadino, del progetto.

Azioni strategiche

Per favorire l'utilizzo da parte dei cittadini della Carta e del Fascicolo sanitario, il servizio di attivazione verrà ampliato rendendolo disponibile, oltre che presso le Aziende sanitarie, e le farmacie territoriali, anche presso i comuni. Si valuteranno inoltre, in questo ambito, forme di collaborazione con ulteriori soggetti.

Per ridurre "il divario digitale" esistente tra i cittadini e garantire accessibilità e facilità d'uso, verranno ampliati i punti e gli strumenti di accesso al Fascicolo e agli ulteriori servizi on-line che saranno attivati. E' prevista la diffusione di totem, denominati "PuntoSi", e di punti di consultazione all'interno delle Aziende sanitarie e presso le Farmacie territoriali; sarà rafforzato l'utilizzo della rete dei PAAS (Punti per l'Accesso Assistito ai Servizi e a internet) e introdotto l'utilizzo dei punti EccoFatto! e delle Botteghe della Salute; saranno anche in questo caso valutate forme di collaborazione con ulteriori soggetti.

Si ribadisce inoltre la volontà di favorire l'integrazione di tale strumento con sistemi di riconoscimento e autenticazione disponibili per apparati mobili (tablet, smartphone).

E' previsto l'incremento delle tipologie di eventi sanitari e socio sanitari che alimentano l'FSE mediante: interventi del 118; non autosufficienza (Assistenza Domiciliare e RSA); *patient summary*; invalidità civile; percorso chirurgico; altre tipologie di documenti sanitari.

Relativamente alla radiodiagnostica, si procederà a rendere disponibili, tenendo conto dei diversi contesti e quindi della diversa capacità dell'infrastruttura di rete, le immagini collegate al referto.

Verrà data operatività, tramite l'implementazione dello specifico caso d'uso, all'utilizzo del Fascicolo in situazione di emergenza/urgenza da parte dei medici del SSR e dei servizi socio-sanitari secondo il regolamento di attuazione del art. 76 bis, comma 8, l.r. 40/2005 in merito all'istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico, approvato con d.p.g.r. 55/R/2012.

Verrà garantita l'alimentazione del Fascicolo Sanitario anche da parte del privato accreditato, mediante gli strumenti dell'accreditamento e delle convenzioni.

Per semplificare l'interazione dei cittadini con il SSR, verrà promosso il ritiro della documentazione sanitaria, ovvero referti, cartelle cliniche, etc., attraverso l'FSE. Si procede inoltre a garantire la rispondenza a quanto indicato dai decreti di cui al comma 7 dell'art. 12 del d.l. 179/2012, sia per quanto riguarda i contenuti che l'interoperabilità del FSE a livello nazionale ed europeo.

Le Aziende sanitarie si impegnano a presidiare e rendere certe la qualità e la completezza delle informazioni, agendo, ove necessario, sui processi organizzativi e sulla diffusione delle tecnologie a supporto, come la firma digitale.

Le Aziende rafforzano la funzione dell'amministratore dell'anagrafe sanitaria, garantendo attraverso di essa il controllo di qualità, il corretto processo d'identificazione del cittadino nell'accesso ai servizi, l'integrazione anagrafica con i sistemi informativi dipartimentali.

Verrà completato il processo di migrazione del Fascicolo ad una architettura tecnologica di tipo completamente distribuito, secondo il Piano strategico di cui alla DGR 752/2013.

Si procederà a promuovere e favorire l'utilizzo da parte dei cittadini toscani della TS-CNS quale chiave di accesso a ulteriori servizi, in aggiunta all'FSE, nelle relazioni con il Sistema sanitario, con il Sistema sociale e, più in generale, con Regione Toscana e con gli enti pubblici presenti sul territorio regionale e nazionale.

7.3.2. Il sistema informativo della Prevenzione

Contesto

Il PSR 2008-2010 aveva già previsto, nell'ambito degli interventi di semplificazione, appropriatezza e trasparenza del "sistema prevenzione", una riorganizzazione e razionalizzazione in cui le singole professionalità lavorano in modo integrato nella logica di rete, con l'obiettivo di migliorare la produttività garantendo comunque l'eccellenza della prestazione. L'elemento strategico "rete della prevenzione" ha quindi visto la nascita fra l'altro, del Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva (SISPC - DGR 1003/2008), quale strumento unitario e unico di governo delle strutture di prevenzione primaria, nell'intento di creare un basamento tecnologico in grado di supportare i servizi regionali e di AUSL che si occupano di prevenzione, nella pianificazione e nel governo a tutti i livelli delle attività e delle risorse messe in campo per dare risposte concrete e misurabili al bisogno di salute espresso, ma molto spesso, inespresso del territorio regionale toscano. Un sistema che offre strumenti di supporto ai sistemi di qualità certificati, a cui i servizi della prevenzione fanno sempre più riferimento per il miglioramento della qualità e della sistematicità delle azioni, governandole all'interno di "processi" codificati e definiti, anche e soprattutto quando trattasi di attività estemporanee, non preventivabili quali quelle che nascono dai sistemi di allerta, da eventi calamitosi ecc., in cui la presenza di un sistema strutturato ed organizzato rende efficace ed efficiente l'azione dei soggetti che devono sempre muoversi all'interno di un quadro ordinato e coordinato di azioni sinergiche per "prevenire" ulteriori e ben più negative conseguenze per la salute umana, del patrimonio ambientale, sociale, zootecnico, lavorativo ecc..

Lo sviluppo del progetto poggia su un gruppo di Coordinamento Tecnico Regionale in cui trovano rappresentanza tutti i soggetti istituzionali coinvolti nella realizzazione (Regione e AUSL con le rispettive strutture organizzative di riferimento) anche per gli aspetti organizzativi connessi alla realizzazione del sistema.
Nell'intento di dare piena attuazione ai principi di cui alla l.r. 1/2004 sulla promozione dell'amministrazione elettronica e della Società dell'Informazione e della Conoscenza nel sistema Regionale, non possono che rilevarsi come essenziali e necessarie le azioni sinergiche e coordinate delle Pubbliche Amministrazioni coinvolte (Comuni, Province, Comunità Montane ecc..), sistemi dei Laboratori di analisi, Istituti di ricerca e osservatori epidemiologici ecc.
In ultimo, ma non per importanza, il ruolo centrale di tutto il mondo delle associazioni e dei patronati nel dare supporto e favorire le soluzioni organizzative che consentano di sfruttare a pieno lo sforzo di sviluppo del sistema per il miglioramento complessivo della fruibilità e circolarità dell'informazione tra cittadini, imprese e la stessa pubblica amministrazione.

Obiettivi

Completamento e messa in produzione per tutte le aziende USL della toscana del Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione secondo la previsione delle linee generali di progetto di cui alla DGR 1003/2008.
Il sistema ha avviato lo sviluppo integrale nel giugno 2010 con un cronoprogramma che vede completate le attività di realizzazione e messa a regime entro il 2013. La modularità con cui si realizza consente l'avvio del suo utilizzo parziale anche durante la fase di sviluppo e completerà l'avvio dell'utilizzo completo entro il 2014 per avere nel 2015 il sistema a pieno regime per tutte le aziende USL.

Azioni

- sviluppo del sistema nella componente applicativa e di integrazione con i sistemi esterni attraverso il sistema di cooperazione applicativa di Regione Toscana (CART)
- messa in produzione del sistema e dei servizi telematici previsti, rivolti al cittadino, alle imprese, alle associazioni e patronati che dovranno beneficiare di strumenti di semplificazione amministrativa e sburocratizzazione dei processi gestionali
- manutenzione evolutiva del sistema per seguire costantemente la dinamicità del contesto sociale ed economico di riferimento, nonché sanitario per gli spetti legati alla salvaguardia della salute collettiva.

7.3.3. Il sistema informativo sociale

Contesto

Il Sistema Informativo Sociale Regionale richiede un impegno sostanziale di riprogettazione a seguito sia dei cambiamenti organizzativi intervenuti sia al fine di rispondere in modo adeguato al processo di interrelazione con il sistema sanitario in una logica di un nuovo sistema sociale e sanitario finalizzato alla salute (benessere) della persona. In questa ottica condivide con il sistema sanitario regionale, le infrastrutture tecnologiche (trasporto dati, cooperazione applicativa, identificazione e accesso), i basamenti informativi con particolare riferimento ai dati anagrafici relativi agli assistiti e le misure e le tecniche relative alla garanzia degli adeguati livelli di riservatezza e sicurezza per il pieno rispetto della privacy. La Regione attraverso atti normativi, regolamentari e di programmazione, promuove, sulla base della l.r.1/2007 e la l.r 54 del 2009, lo sviluppo dei sistemi informativi locali afferenti alle competenze in materia sociale dei comuni singoli o associati, e delle Società della Salute al fine di rispondere unitariamente e in maniera organica senza duplicazioni ai debiti informativi ministeriali e dell'ISTAT. Inoltre i Sistemi locali rappresentano fonte di alimentazione strutturata dei basamenti informativi regionali attraverso le infrastrutture di cooperazione applicativa regionale e la definizione degli standard informativi (RFC).

Obiettivo/sfide

Il Sistema Informativo Regionale del Sociale, costituisce il quadro conoscitivo finalizzato alla programmazione monitoraggio e verifica delle politiche sociali e alla restituzione dei quadri conoscitivi disaggregati ai territori al fine della valutazione comparata dei servizi sociali offerti, dei relativi costi in una logica di determinazione dei fabbisogni standard e di definizione dei livelli essenziali di servizio. Inoltre il basamento informativo regionale, tramite la raccolta dei dati di carattere organizzativo, costituisce il basamento unitario per servizi telematici di orientamento dell'utenza.

Obiettivo del presente Piano è pervenire alla realizzazione del Sistema Informativo Sociale nel suo complesso, modulata secondo i sottosistemi sotto descritti.

Il Sistema Informativo Sociale che si andrà a realizzare si pone l'obiettivo di porre al centro la persona andando ad integrare il Fascicolo Sanitario Elettronico anche con le informazioni di tipo sociale, utilizzando per questo le infrastrutture tecnologiche per l'identificazione ed accesso, le strutture dati del fascicolo sanitario elettronico e le relative misure per il pieno rispetto della legge sulla privacy. Questo a completamento del quadro conoscitivo individuale e familiare, in forma anonima per gli obiettivi di impostazione e valutazione delle politiche e in una logica di servizio per la stessa persona se esplicitamente da questa richiesto.

Obiettivo del sistema informativo del sociale è anche e soprattutto quello di aiutare e sostenere una logica di rete basata su nuovi modelli di *governance*, modelli che si rendono fattibili nell'ambito di un sistema di condivisione dei saperi e delle conoscenze in cui le informazioni possano circolare nel pieno rispetto dei principi della privacy.

Un sistema di condivisione che sia anche inclusivo non solo delle realtà prettamente sanitarie quali gli ospedali, i consultori, i pronti soccorso ma anche i medici di base, le farmacie, le scuole. I medici di base in particolare possono risultare portatori di valutazioni generali sullo stato di salute della persona (fragilità della persona e della famiglia) su parametri non solo e strettamente sanitari in stretta interazione con i servizi sociali.

Il Piano strategico di sviluppo del sistema informativo e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione del servizio sanitario regionale, approvato con DGR 752/2013, rappresenta lo scenario di riferimento anche per l'implementazione del sistema informativo sociale.

Azioni

Nel seguito si descrivono le diverse componenti del Sistema Sociale.

Sottosistema della Programmazione

- funzioni e strumenti della programmazione regionale
- funzioni e strumenti della programmazione zonale
- il sistema degli enti locali

- il concorso alla programmazione: dispositivi e forme di sussidiarietà (terzo settore)
- il monitoraggio continuo, i livelli di servizio, i criteri per l'accesso e al compartecipazione ai servizi
- costituzione di basamenti informativi regionali integrati in una logica di progressivo superamento delle indagini conoscitive in tutti quei settori per i quali risulta gestibile una rilevazione al continuo attraverso il sottosistema della interoperabilità.

Sottosistemi relativi alle diverse politiche di intervento

- sostegno e tutela dei Minori, sostegno alle famiglie
- inclusione sociale delle fasce deboli
- politiche a sostegno dell'inclusione dei detenuti ed ex-detenuti
- politiche per il superamento della violenza di genere, dell'abuso e della tratta ed inclusione delle fasce deboli
- politiche per il superamento del disagio abitativo

Sottosistema dell'organizzazione e delle risorse professionali:

- soggetti che erogano servizi (pubblici, privati)
- livelli e modalità organizzative per la erogazione dei servizi
- servizi erogati loro modalità e livelli (Carta dei servizi)
- figure professionali e loro competenze
- tipologia di utenza

Sottosistema della Persona e della conoscenza

- costituzione del fascicolo individuale
- circolarità delle informazioni fra i diversi punti di contatto
- servizi informativi di indirizzo
- consente la condivisione di tutti i basamenti informativi di struttura e di attività al fine della diffusione della conoscenza fra gli operatori (pubblici e privati) dei soggetti (organizzazioni pubbliche e private) che operano sul territorio e degli interventi messi in atto.
- tradurre i basamenti conoscitivi in servizi informativi e di indirizzamento per i cittadini in difficoltà
- garantisce l'adeguata valutazione dei servizi offerti e dei relativi livelli di servizio al fine del supporto decisionale alla programmazione regionale e locale
- diffusione di strumenti e servizi di tele monitoraggio e teleassistenza non solo sanitaria di persone in regime di assistenza sociale domiciliare

Sottosistema della interoperabilità

- razionalizzazione e riduzione delle rilevazioni sul territorio attraverso il collegamento in rete delle applicazioni gestionali dei soggetti con le infrastrutture di acquisizione dati regionali
- gestione delle cartelle sociali
- gestione delle contabilità per centri di costo
- gestione delle contabilità generali o finanziarie
- altri sistemi gestionali che si rendessero necessari.

Alla luce dell'evoluzione della situazione economica complessiva, all'interno delle azioni previste acquistano particolare rilevanza quelle di supporto agli interventi di sostegno finanziario per l'inclusione sociale e la lotta alla povertà ed in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà economica, di cui ad esempio alla l.r. 45/2013 e alla DGR 267/2013.

7.4. La formazione in sanità

La formazione del sistema socio-sanitario regionale è leva e risorsa per aggiornare le competenze dei professionisti, allinearle ai valori guida regionali e migliorare la qualità offerta al cittadino. La sanità e il *welfare* si caratterizzano, infatti, per essere settori ad elevato capitale intellettuale dove le risorse umane sono reale *asset* strategico e fattore critico di successo da valorizzare. La formazione si pone quindi come elemento chiave di un efficace e coerente piano di sviluppo e valorizzazione delle risorse umane e risulta pertanto strettamente connessa all'altro elemento fondamentale: la valutazione del sistema e dei suoi professionisti.
Una "adeguata" formazione è infatti da una parte presupposto necessario al raggiungimento degli obiettivi che il sistema sanitario si pone e dall'altra principale strumento di superamento delle criticità che il sistema di valutazione rileva sia a livello di struttura che di singolo operatore.
Una corretta programmazione della formazione nei suoi diversi aspetti non può prescindere dai risultati del sistema di valutazione in modo da permettere di superare le criticità rilevate attraverso percorsi mirati e premiare e promuovere lo sviluppo di eccellenze.
Di seguito descriveremo le principali linee di indirizzo della formazione continua (ECM), della formazione di competenze specifiche e dei percorsi formativi universitari dei professionisti del sociale e socio-sanitario.

7.4.1 La formazione continua in sanità (ECM)

Il sistema della formazione continua in medicina è stato strutturato in questi anni in modo da assicurare qualità, tempestività e continuità agli interventi formativi tesi a garantire non solo l'innalzamento della specifica professionalità degli operatori sanitari ma soprattutto l'aumento della capacità di ognuno di lavorare all'interno della propria organizzazione e di rapportarsi all'utenza.
L'organizzazione creata per affrontare le sfide che il sistema della qualità della formazione pone, prevede un sistema a rete in cui i soggetti che a diverso titolo concorrono al sistema (Formas, Aziende, ARS, MeS, ISPO, IRCCS, Università, Ordini e Collegi professionali) operino in modo fra loro interconnesso. Questa scelta, fatta con il Piano Sanitario regionale precedente e con la l.r. 40/2005, ha rappresentato in questi anni un importante valore aggiunto di tutto il sistema della formazione sanitaria.
Il passaggio dall'accreditamento degli eventi formativi all'accreditamento dei provider, previsto dalla normativa vigente del 2007, 2009 e 2012, è stato interpretato dalla Regione Toscana come l'opportunità di un percorso di "garanzia della qualità", finalizzato ad assicurare ai professionisti che operano nel Sistema Sanitario Toscano che le strutture accreditate garantiscano la capacità di pianificazione, controllo e valutazione della formazione, e che quindi rappresentino una garanzia per gli operatori della qualità della formazione erogata.
In questo senso il sistema, costruito a partire dalle Aziende sanitarie Toscane, prevede che si arrivi all'accreditamento standard dopo il vaglio della documentazione presentata dal provider e dopo il superamento della visita di audit che verifica la reale sussistenza dei requisiti di accreditamento.
Per attivare il sistema di accreditamento dei provider la Regione si è avvalsa di ARS, individuato come braccio operativo in questo processo, ed ha istituito l'Osservatorio Regionale sulla qualità della formazione sanitaria, sempre in base alle indicazioni della normativa vigente del 2007, 2009 e 2012 che lavora su indicatori del sistema della qualità della formazione ed effettua le verifiche di audit sui provider per il rilascio e il mantenimento dell'accreditamento standard.
Nei prossimi anni gli obiettivi della formazione continua in sanità fanno riferimento al consolidamento e all'implementazione del sistema di qualità che passa sia attraverso il rafforzamento della rete formativa con la ricerca di convergenze fra i soggetti che offrono formazione in modo da trovare importanti economie di scala, sia attraverso il consolidamento e l'allargamento del processo di accreditamento dei provider ECM, sia, infine, attraverso lo sviluppo di strumenti e indicatori sulla qualità della formazione.
In particolare sarà centrale implementare e promuovere il dossier formativo come "strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del

gruppo di cui fa parte (équipe o network professionale)" per favorire lo sviluppo professionale continuo in stretta collaborazione con il CoGeAPS e gli Ordini e Collegi Professionali.

La Regione Toscana, che ha una funzione di indirizzo e monitoraggio nell'ottica di garanzia del sistema, dovrà:

- implementare le connessioni fra i soggetti della rete formativa regionale
- implementare il processo di accreditamento dei provider ECM
- sviluppare indicatori e strumenti di valutazione della qualità della formazione sanitaria offerta
- valorizzare le eccellenze formative del SST
- promuovere lo strumento del dossier formativo.

Nello specifico la Regione Toscana:

- svilupperà i percorsi formativi regionali sulle tematiche prioritarie del presente Piano tramite il FORMAS (Laboratorio Regionale sulla Formazione Sanitaria) che potrà realizzarli anche avvalendosi del sistema delle aziende sanitarie toscane;
- svilupperà, sempre tramite il FORMAS, la ricerca di metodologie innovative e i percorsi formativi basati su tecnologie innovative. In particolare promuoverà la formazione in simulazione in modo da presentare la Toscana come "piattaforma formativa in simulazione" per professionisti, italiani e europei, che potranno, con un circuito ben organizzato e multipolare e con una rete formativa plurispecialistica, sviluppare il proprio sapere e le proprie abilità e competenze;
- svilupperà gli strumenti di valutazione della qualità della formazione erogata anche avvalendosi dell'Osservatorio Regionale sulla qualità della formazione;
- svilupperà, in collaborazione con il FORMAS, il sistema delle eccellenze degli eventi formativi e delle procedure in modo da rafforzare il sistema formativo regionale, promuoverlo all'esterno e implementare il confronto fra le aziende al fine di trovare importanti economie di scala nella realizzazione degli eventi formativi;
- svilupperà il dossier formativo, in accordo con il Co.Ge.A.P.S. e in collaborazione con Ordini e Collegi Professionali, come strumento centrale per la valutazione della formazione erogata dal SST.

Le Aziende dovranno:

- programmare e realizzare gli eventi formativi che per specificità possono essere solo di livello aziendale con particolare attenzione alla formazione sul campo
- provvedere all'invio dei flussi sulle partecipazioni degli operatori ai propri eventi formativi alla Regione Toscana e al Co.Ge.A.P.S., requisito fondamentale per mantenere l'accreditamento standard come provider ECM
- contribuire all'alimentazione del sistema delle eccellenze e al rafforzamento della rete regionale formativa. Ordini e Collegi professionali mantengono il ruolo di certificatori dei curricula formativi degli operatori e di provider nelle materie e nei modi che gli accordi Stato-Regione definiscono.

Nei prossimi anni si prevede che:

- l'accreditamento come provider ECM dei soggetti pubblici porti un miglioramento della qualità del sistema della formazione come già si sta verificando per le Aziende sanitarie Toscane
- lo sviluppo della rete formativa regionale procuri sinergie e importanti economie di scala
- lo sviluppo degli strumenti di valutazione della qualità della formazione porti un miglioramento della qualità della formazione erogata.

7.4.2. La formazione di competenze specifiche

Di fronte all'oggettiva complessità dello scenario attuale, nel quale gli attori del Sistema cercano soluzioni innovative alle domande emergenti, la formazione diventa risorsa e leva strategica solo se aderente e rilevante per i cambiamenti, il modello operativo regionale, la pratica e le ricadute organizzative.
E' per rispondere ai nuovi bisogni formativi che la Regione disegna, organizza e promuove percorsi formativi regionali per sviluppare competenze specifiche in determinate aree per profilo professionale, ed adeguare le attuali competenze dei professionisti alle esigenze del miglioramento della qualità, della sicurezza e al cambiamento organizzativo.
Tale innovazione formativa è del tipo *competence enhancing* in quanto comporta un'evoluzione della base di conoscenze preesistenti, valorizzando infatti gli ambiti di autonomia che le professioni hanno sviluppato nel tempo e definendo specifiche prestazioni rimesse all'autonomia gestionale degli operatori esercenti le professioni sanitarie (di cui alla legge 251/2000). Tali prestazioni sono affidate ai professionisti, nel rispetto dei profili professionali, nell'ambito di protocolli predefiniti e sulla base di percorsi formativi coordinati dalla Regione.
L'idea di sperimentare questa nuova tipologia di formazione nasce dalla consapevolezza di sostenere i nuovi ruoli delle professioni sanitarie e sociali con una parallela formazione di competenze specifiche tarata sul sistema regionale, che prepara i professionisti e implementa l'appropriatezza clinica, assistenziale, sociale e organizzativa del servizio sanitario garantendo ai professionisti autonomia gestionale su determinate aree del percorso assistenziale.
Se pertanto il sistema della formazione continua in medicina assicura qualità, tempestività e continuità agli interventi formativi e mantiene la formazione di base professionale, la formazione regionale di competenze specifiche ha l'obiettivo di sviluppare specifiche competenze pratiche, nel rispetto dei profili professionali e nell'ambito di protocolli predefiniti, per rispondere a esigenze rilevanti ed evidenti proprie del SSR.
Considerato che l'etica e la deontologia sono alla base dell'agire delle professioni sanitarie e proprie di tutti i profili, la Regione promuove la pianificazione di progetti formativi regionali condivisi e di carattere multiprofessionale. La deontologia diviene pertanto "fulcro" per garantire l'interprofessionalità e orientare l'agire delle professioni sanitarie in modo tale da risultare non solo evidente ed efficace ma anche consapevole, responsabile ed etico. In questo contesto ben si inserisce quanto previsto dall'art. 18 della l.r. 16/2009 sulla Cittadinanza di genere, in base al quale*: "La Regione persegue l'integrazione del principio della parità nella formazione del personale delle organizzazioni sanitarie, nell'ambito del sistema di formazione di cui agli articoli 51 e 52 della l.r. 40/2005, garantendo in particolare la capacità del personale di individuare e trattare le situazioni di violenza di genere."* Alla disposizione normativa suindicata può benissimo anche essere collegata una formazione specifica sulle discriminazioni relative all'orientamento sessuale e all'identità di genere come l'adozione di modalità linguistiche e comportamentali ispirate alla considerazione e al rispetto delle persone LGBTI.

7.4.3. Le sfide del futuro: la formazione di alta specializzazione e di eccellenza

Nel nostro panorama di riferimento toscano abbiamo a disposizione un immenso patrimonio di elevata specializzazione e professionalità che però non siamo in grado di diffondere adeguatamente soprattutto perché rimaniamo collegati ai contesti di riferimento lavorativo che consentono solo attraverso istituti rigidi (la mobilità, il comando, le convenzioni, etc.) lo scambio esperienziale tra i nostri professionisti. La Regione si pone invece l'obiettivo di offrire uno strumento mirato che risponda adeguatamente alle esigenze di diffusione delle *best practice* nell'ottica duplice da un lato di valorizzare le strutture, e quindi le persone all'interno delle strutture, individuate quali *best performer* aumentando pertanto il loro grado di auto - referenzialità e di catalizzatore di attenzione, dall'altro valorizzare il personale dirigente offrendo un diverso modo di incentivazione, non più economica, quanto sotto forma di formazione di alto livello, *on the job*, che strutturi un'esperienza in un contesto di riferimento professionale di alta specializzazione.
Gli strumenti a disposizione per accompagnare per favorire gli obiettivi regionali ed i nuovi assetti organizzativi possono essere:

a) La formazione professionale sfruttando le risorse già a disposizione del contesto di riferimento toscano. La formazione esperienziale di alta specializzazione realizzata attraverso stage specifici ha notevoli e numerosi effetti: consente la creazione di una rete sfruttando la sinergia e la collaborazione di *setting* assistenziali e professionali omogenei, sviluppa *best practice*, aumenta la consapevolezza del ruolo dei professionisti che erogano e ricevono la formazione specialistica, implementa i mezzi di contrasto sul rischio clinico. I candidati agli *stage* devono essere professionisti della branca specialistica di riferimento che hanno doti di sviluppo *in nuce* di alto potenziale e che possono portare la loro struttura, attraverso un ritorno dell'investimento fatto, a raggiungere i risultati migliori.

b) La formazione esperienziale di eccellenza, attraverso investimenti mirati, su specifiche specialistiche, anche in contesti di riferimento sovra - nazionali, con il fine precipuo però di un ritorno e cioè di una diffusione della formazione acquisita a cascata sui professionisti di riferimento nell'ottica di accrescimento dei nostri setting specialistici ospedalieri e territoriali.

7.4.4. E-Learning - Formazione a distanza - F@D

La FaD è una metodologia di insegnamento che permette di trasferire conoscenze ed esperienze, indipendentemente dallo spazio e dal tempo.
Il piano d'azione e-Learning della Commissione Europea, definisce l'e*-learning* come: "l'utilizzo delle nuove tecnologie multimediali e di Internet per migliorare la qualità dell'apprendimento agevolando l'accesso a risorse e servizi nonché gli scambi e la collaborazione a distanza"
La stretta connessione che esiste tra F@D e *e-learning* è che quest'ultima coincide con la F@D di "terza generazione", cioè con quell'esperienza didattico-formativa introdotta dagli strumenti informatici e telematici (internet).
Il Consiglio Sanitario Regionale proseguirà le proprie attività di diffusione della cultura scientifica e di trasferimento delle conoscenze a mezzo F@D di terza generazione il cui uso, di per sé, assicura flessibilità e accessibilità da parte di tutti, ovunque essi siano, certificando on line i crediti ECM acquisiti.
Il percorso della Formazione a distanza, con la pubblicazione di contenuti scientifici su una piattaforma personalizzata e modulare, si rivolge a tutti gli operatori sanitari del sistema sanitario toscano che vogliono-devono aggiornarsi e consente alle varie Aziende sanitarie di offrire ai propri professionisti corsi di formazione riducendone i costi ed evitando gli spostamenti.
Un componente base della F@D toscana è la piattaforma tecnologica FORMAS che gestisce la distribuzione e la fruizione della formazione: si tratta infatti di un sistema gestionale, rigorosamente programmato e sviluppato metodologicamente, che permette di tracciare le attività

formative dell'utente (computo degli accessi ai contenuti, dei tempi di fruizione, risultati dei momenti autovalutativi e valutativi) dando riscontro e supporto alle aziende sanitarie anche per quanto riguarda l'aggiornamento dell'anagrafe formativa.
Nel periodo di validità del Piano Sanitario continueranno ad essere rese disponibili in F@D le linee guida elaborate dal Consiglio Sanitario Regionale tenendo conto delle priorità di salute evidenziate dal Piano stesso.

7.4.5. I percorsi formativi dei professionisti del sociale e del socio-sanitario

Contesto
Per rispondere in modo congruo alle trasformazioni e alla complessità dei vecchi e nuovi bisogni delle persone e degli utenti, i professionisti e gli operatori del sistema socio-sanitario toscano devono essere in grado di saper aggiornare e rinnovare continuamente il proprio set di conoscenze e competenze. Oltre a solidi percorsi formativi di base non è più possibile prescindere dall'aggiornamento e da percorsi di formazione continua capaci di sostenere le professioni nel continuo confronto con le necessità dei cittadini toscani, con gli altri professionisti, con le diverse organizzazioni. È necessario tener presente che l'attuale sistema formativo si caratterizza per l'elevata complessità dovuta ai diversi attori coinvolti: dalla Università e dalla Regione, alle Province e agli enti di formazione accreditati. Su questo contesto è necessario proporre azioni puntuali e convergenti. Occorre operare per la creazione di un sistema della conoscenza condiviso da parte di tutti gli operatori e i professionisti e per l'utilizzo di sistemi e modalità che rendano le competenze, le *best practice*, le informazioni un patrimonio comune a tutti, sia a chi opera nelle strutture pubbliche, private accreditate e nel privato sociale.

Obiettivi
Risulta nella logica del Piano indispensabile:
- concorrere al sostegno del sistema formativo di base e Universitario
- promuovere percorsi di formazione permanente in grado di sviluppare competenze per rispondere ai nuovi bisogni degli utenti, dei territori e delle organizzazioni, e crescere la capacità di lavorare in modo integrato ed unitario
- favorire la contaminazione dei saperi, delle conoscenze e delle pratiche professionali per promuovere la crescita di una società della conoscenza
- favorire una cultura professionale a sostegno del confronto e della circolarità delle informazioni ai fini di un reale sistema unitario "sociale e sanitario".

Azioni
Per rispondere agli obiettivi sopra citati si prevedono le seguenti azioni strategiche:
- concorrere alla costituzione di un sistema informativo delle professioni sociali
- definire un piano di momenti formativi per i professionisti del *welfare* toscano coinvolgendo le Università e gli altri soggetti significativi per il sistema socio-sanitario toscano
- valorizzare e riconoscere le scelte formative dei professionisti e degli operatori all'interno dei servizi e delle organizzazioni
- promuovere momenti di scambio e di confronto con le Università toscane in modo da condividere le priorità formative anche sulla base delle politiche di *welfare* regionale
- sostenere le attività di tirocinio professionale per gli studenti dei Corsi di Laurea in Servizio Sociale e in educatore professionale e/o pedagogista (vedi nota n. 29)
- promuovere, nei diversi contesti regionali, l'organizzazione di progetti di scambio con altri paesi europei e non, con il fine di confrontare buone prassi e contaminazione di pratiche e di saperi
- istituire momenti strutturati di valutazione dei fabbisogni formativi e degli stessi percorsi formativi regionali.

Attori
La realizzazione delle azioni compete alla Regione con l'opportuno coinvolgimento e la collaborazione di altre istituzioni pubbliche o private (Università, Province, Soggetti del Terzo Settore).
La medicina generale richiede percorsi formativi autonomi all'interno del SSR che vengono realizzati mediante accordi.

7.4.6. Formazione infermieristica avanzata all'impianto e gestione del PICC (catetere venoso centrale ad inserimento periferico)

Il PICC è un catetere venoso centrale a media permanenza per infusioni venose a bassa velocità di flusso, ad inserimento periferico percutaneo (vena basilica, vena cefalica) la cui estremità si colloca presso il terzo inferiore della vena cava superiore (Masoorli S, 1998).
L'utilizzo di un PICC risponde alla esigenza di fornire un valido dispositivo venoso centrale a medio-lungo termine, posizionato con procedure invasive di minore portata a pazienti affetti da patologie oncologiche e patologie croniche per i quali mancano le indicazioni per il posizionamento di un CVC tradizionale (ad es. tumori testa-collo, alcuni tumori polmonari, patologie chirurgiche, ginecologiche, ostetriche, ematologiche, respiratorie, reumatologiche, vascolari, gastroenteriche, neurologiche, psichiatriche, neurochirurgiche), a pazienti con patologie acute e croniche, a pazienti che necessitassero di terapia infusionale per periodi di media durata (NPT, emotrasfusioni, antibiotico terapia), a pazienti in hospice in fase avanzata di malattia, a pazienti domiciliari per i quali è richiest terapia infusionale continua e discontinua.
L'impianto e la gestione del catetere PICC sono di competenza infermieristica ed esistono dei fattori che spingono ad un approfondimento delle competenze infermieristiche in alcuni settori di specialità, tra cui l'aumento della domanda di servizi infermieristici specializzati, l'aumento della complessità assistenziale dei pazienti e il desiderio di avanzamento professionale, oltre a un incremento dei bisogni di salute della popolazione (Schober M, Fadwa A 2008). Il miglioramento dei sistemi sanitari attraverso la valorizzazione del ruolo dell'infermiere e l'ottimizzazione del suo contributo professionale è stata a più riprese dichiarata strategica da parte dell'OMS (WHO-EMR 2001; WHO 2002). L'assistenza infermieristica avanzata è quindi in fase di consolidamento e di affermazione in un gran numero di Paesi

7.5. Le Università

Le Università toscane sono state inserite nel capitolo "Innovazione, Ricerca e Formazione" per sottolinearne il ruolo che il presente Piano intende valorizzare.
La Toscana è stata la prima regione italiana a dare attuazione ai protocolli d'intesa Regione–Università sull'attività assistenziale ed intende mantenere un ruolo di avanguardia nel settore al fine di perfezionare il processo di integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca tra Servizio Sanitario Regionale ed Università.

7.5.1. Il ruolo delle Università Toscane nella formazione in campo socio-sanitario

Al fine di governare le esigenze del rinnovato contesto socio-sanitario e per coprire il fabbisogno dei servizi socio-sanitari, la Giunta regionale promuove la rilevazione dati del sistema lavorativo (*placement*) e del sistema formativo per preparare professionisti di qualità che lavorino in aderenza ai valori guida del modello SSR.
Vista la centralità strategica della formazione, è immediato derivare l'importanza che assume l'Università e la formazione di base, specialistica e avanzata dei professionisti sanitari e sociali.

7.5.2. I rapporti Sistema Socio-Sanitario-Università nel campo dell'attività assistenziale

La formazione rappresenta quindi un investimento essenziale per la crescita e il miglioramento delle organizzazioni in cui operano i professionisti al fine di sviluppare conoscenze, capacità, comportamenti e atteggiamenti aderenti ai cambiamenti organizzativi, migliorare prestazioni e qualità del servizio sanitario e valorizzare la connessione tra formazione, ricerca e assistenza.
Si delineano percorsi formativi curriculari inscindibili dai percorsi socio-assistenziali e di ricerca scientifica, che preparano i futuri professionisti all'interprofessionalità e al lavoro di équipe progettando percorsi formativi multiprofessionali integrati che valorizzino momenti di interazione, interscambio e conoscenza professionale.
L'interprofessionalità permette all'Università di giocare il ruolo di attore privilegiato, piattaforma di conoscenze di base su cui innescare moduli avanzati in corsi specialistici e corsi Master, selezionando competenze e accompagnando la loro formazione e messa in pratica.
L'avvicinamento tra l'Università e il sistema sanitario e sociale non deve solo limitarsi a un incontro, pur fondamentale, tra domanda e offerta di servizi avanzati ma potenziare la formazione professionalizzante, anche attraverso un contatto diretto e anticipato tra i giovani laureati e specializzandi e le strutture sanitarie per formare professionisti che lavorino insieme in modo evidente, efficace ed efficiente.
In ambito sociale, la Giunta regionale potrà definire con propri atti accordi di collaborazione e protocolli di intesa con le Università toscane relativi ad attività di studio, ricerca, valutazione e monitoraggio sui principali asset del sistema sociale toscano anche in riferimento a progetti sperimentali.

7.5.3. Modelli avanzati di integrazione a valenza regionale tra Università e Sistema Socio-Sanitario nel campo della formazione, ricerca scientifica ed assistenza

Obiettivo strategico del presente Piano è avviare percorsi di formazione che integrino gli obiettivi di valorizzazione e diffusione di nuove competenze al territorio attraverso piani di formazione integrati tra Università e Sistema Socio-Sanitario. Nello specifico, l'allegato A della DGR 503/2013 illustra linee di indirizzo e indicazioni chiave per l'offerta formativa dei corsi di laurea delle professioni sanitarie con l'obiettivo di rafforzare la rete regionale per l'offerta formativa e innovare il modello del Sistema Toscano.
I DIPINT, macrostrutture tecnico-amministrative costituite per valorizzare la profonda e sostanziale connessione tra formazione, ricerca ed assistenza, potranno coordinare operativamente le proposte presentate, frutto di programmazione congiunta. E' interesse della Regione sviluppare

quindi una continua e articolata collaborazione con gli atenei toscani che veda nei protocolli d'intesa con le Università gli strumenti privilegiati per formalizzare tali innovazioni.

7.5.4. Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

La Scuola di Studi Superiori Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa, istituto di eccellenza degli studi universitari, fortemente orientato alla ricerca nei settori di economia, ingegneria, medicina, robotica, agraria, giurisprudenza, scienze politiche, conduce con una prospettiva di natura interdisciplinare e internazionale, nell'ambito del Protocollo d'Intesa in tema di salute con la Regione Toscana approvato nel PSR 2008-2010, attività di ricerca su tematiche aventi come area di riferimento il sistema della salute.

La Scuola opera, inoltre, nella cooperazione internazionale con attività di consulenza e formazione a favore di vari organismi internazionali e nazionali nell'area sanitaria a favore della Regione Toscana.

Considerata la rapida evoluzione sociale ed economica avvenuta nel corso degli ultimi decenni e dei conseguenti cambiamenti nel significato attribuito alla salute, risultato di un'ampia combinazione di fattori interagenti, risulta fondamentale analizzare il Sistema Salute da un punto di vista multidisciplinare.

Da questo deriva l'esigenza di una rinnovata collaborazione tra la Scuola, per la sua naturale vocazione interdisciplinare e capacità di coniugare ricerca e formazione, e la Regione, che ritiene tali tematiche *asset* fondamentali per la crescita del sistema sanitario, con l'obietto di affrontare le problematiche relative alla salute in tutte le sue dimensioni.
In questa prospettiva è ritenuto strategico che La Scuola Superiore Sant'Anna nel prossimo triennio:

- costituisca con la Fondazione Gabriele Monasterio un organismo congiunto che permetta ai docenti e ricercatori della Scuola, congiuntamente con il personale della Fondazione, di svolgere attività di assistenza, formazione e ricerca presso gli stabilimenti della Fondazione su tutti gli ambiti di attività della Fondazione, e che possa garantire percorsi di tirocinio e formazione per gli allievi e dottorandi della Scuola
- svolga, in collaborazione con le Asl toscane e con la Fondazione Monasterio, attività di ricerca focalizzate allo studio di percorsi assistenziali innovativi in termini terapeutici, organizzativi e tecnologici, capaci di garantire, con pari o minori risorse, maggiore efficacia e impatto sulla salute per i pazienti con patologie croniche caratterizzate da elevata comorbilità, sia in ambito specialistico ospedaliero che sul territorio. E' opportuno che vengano inoltre attivati percorsi di ricerca focalizzati sulla prevenzione di patologie tramite approcci nutraceutici, di sicurezza e qualità alimentare, di integrazione tra le discipline mediche e di "plant & crop sciences".

Inoltre, all'interno della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il Laboratorio Management e Sanità (MeS) si caratterizza per il rapporto decennale di stretta collaborazione con la Regione Toscana.

Il Laboratorio Mes svolge attività di:
Ricerca, per supportare i soggetti che operano nel sistema sanitario nei processi di gestione ed innovazione dell' assistenza socio-sanitaria;

Formazione manageriale, per le figure apicali e per gli alti potenziali dei sistemi sanitari regionali, con particolare attenzione a quello toscano, per il quale rappresenta il soggetto accreditato per la formazione del top management;

Valutazione della performance, per misurare la capacità del sistema sanitario regionale, delle aziende sanitarie e delle zone distretto di essere efficace ed efficiente, erogando servizi appropriati in linea con i bisogni della popolazione.

In questo ambito il presente Piano conferma e rafforza le funzioni peculiari del Laboratorio MeS consolidando il suo ruolo strategico nello sviluppo delle logiche gestionali, organizzative, di ricerca, formazione e innovazione del modello toscano anche a sostegno della sua internazionalizzazione.
Le azioni messe in essere dal piano hanno l'obiettivo di supportare il necessario cambiamento organizzativo e professionale per formare professionisti flessibili, capaci di lavorare in team multidisciplinari, di innovare e rinnovarsi continuamente mettendo al centro del sistema il cittadino.

Di particolare rilievo, grazie all'estesa rete di *stakeholder* internazionali accademici e non, è il supporto del Laboratorio all'internazionalizzazione del SST attraverso numerose iniziative (ricerche, convegni/seminari, visite formative all'estero…) organizzate sia direttamente sia nell'ambito del programma di sviluppo della "Health Management School".

7.5.5. Museo della Medicina e dell'Assistenza

Entro la vigenza del presente Piano, sarà progettato e realizzato il Museo della Medicina, interattivo, con finalità documentali, educazionali e formative, dalla etnomedicina alla medicina telematica, utilizzando le più moderne tecnologie informatiche.

7.6. Relazioni internazionali

Obiettivo generale del presente Piano, in sintonia con quanto previsto dal Piano Integrato delle Attività Internazionali 2012-2015, è quello di consolidare ed estendere le attività in essere garantendone un governo unitario all'interno del sistema socio-sanitario ed integrandolo con le strategie complessive regionali. Inoltre il Piano deve garantire la partecipazione a varie iniziative future quali Horizon 2020, EXPO 2015, la Presidenza Italiana dell'Unione Europea e la collaborazione alla definizione di politiche di coesione.

7.6.1. Internazionalizzazione del sistema socio-sanitario

Nel corso della vigenza del Piano Sanitario Regionale 2008-2010 il sistema toscano ha intensificato gli scambi culturali, professionali e di collaborazione tecnico-scientifica con le istituzioni di di vari Paesi.
Tale sviluppo ha dimostrato l'interesse dei Paesi verso i risultati di salute raggiunti in Toscana, la organizzazione che li ha sostenuti in termini di supporto normativo, rapporto con il mondo delle professioni e sostanziale economicità del sistema.
La collaborazione si è sviluppata verso i Paesi asiatici ed in particolare la Cina.
Tali rapporti a partire dal 2010 si sono intensificati grazie alle relazioni definite in occasione dell'Expo di Shanghai e in cui, nel rispetto dei ruoli, si è puntato a favorire la presenza delle imprese toscane sui mercati di questi Paesi.
In tal senso l'ipotesi dello sviluppo della "Health Management School", in collaborazione con Toscana Promozione rappresenta un momento di sintesi da cui ripartire con il vigente Piano.
Tali azioni devono trovare sul versante dello viluppo delle imprese rapporti e punti di collegamento strutturati nell'ambito del Distretto Tecnologico Regionale delle Scienze della Vita.

Tra i protocolli si segnalano a titolo esemplificativo:
- *con Health Human Devolopment Center of Mininistry of Health della Cina*
- con l'ospedale pediatrico Meyer di Firenze e il *Beijing Children's Hospital*
- con la Provincia autonoma del Guangxi, che ha portato alla creazione del primo centro Sino-Italiano in materia di sicurezza alimentare tutt'ora operante grazie alla collaborazione con la Facoltà di Medicina Veterinaria di Pisa.

Azioni
- identificare, anche a partire della esperienza maturata presso la Azienda Universitaria Ospedaliera di Siena, di un soggetto che svolga il ruolo di cerniera del sistema nel campo della formazione a supporto delle attività della "Health Management School" negli gli ambiti di competenza socio-sanitaria
- definire le modalità di integrazione dei vari siti funzionali alle attività della "Health Management School":
- definire un livello di relazione tra il SST e il sistema delle Imprese Toscane, coodinato con Toscana promozione e le altre strutture regionali competenti, al fine di dare unitarietà di strategia alle azioni di collaborazione con i vari partner stranieri con la stessa ottica ed obiettivi definiti dal Distretto "Scienze della Vita"
- realizzare il primo corso della "Health Management School" con la Municipalità di Shangai ed estendere tale proposta ad altri soggetti istituzionali di altri Paesi
- confermare entro il 2012 il Protocollo di intesa con la Provincia autonoma del GuangXi in materia di sicurezza alimentare estendendo il campo di interesse al altri ambiti sanitari compresi quelli commerciali e come opportunità ad altri settori di interesse regionale
- confermare ed estendere il Protocollo di Intesa con *l'Health Human Devolopment Center of Mininistry of Health* della Cina.

7.6.2. Rapporti con l'Unione Europea

La Commissione Europea riconosce alla politica regionale un ruolo chiave per tradurre le proprie priorità in effettive azioni pratiche. Anche le azioni attivabili in campo sanitario possono contribuire all'attuazione degli obiettivi delineati dalla Commissione Europea con "Europa 2020: Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva".
La salute è non solo un valore in sé ma anche un importante fattore di crescita economica. A livello dell'UE il settore sanitario rappresenta circa il 10% del prodotto interno lordo: le iniziative volte a ridurre le disuguaglianze in ambito sanitario sono importanti per conseguire una "crescita inclusiva". La crisi finanziaria ha messo in evidenza l'esigenza di migliorare il rapporto costo/efficacia del sistema sanitario: occorre individuare e applicare soluzioni innovative per migliorare la qualità, l'efficienza e la sostenibilità dei sistemi sanitari, ponendo l'accento sul capitale umano e sullo scambio di buone pratiche.
L'innovazione in materia di sanità ha in sé il potenziale per ridurre i costi dell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità delle cure. La Toscana si impegna a sviluppare filoni di intervento e networking europeo su:

- valutazione delle tecnologie sanitarie
- sperimentazione clinica
- Innovazioni sull'invecchiamento attivo
- sanità elettronica
- robotica
- malattie rare
- neuroscienze
- medicina personalizzata
- bio-banche
- ICT nel campo biomedico/sanitario
- nutraceutica
- determinanti della salute.

E' intenzione della Regione Toscana offrire ai ricercatori europei medici e agli operatori delle professioni sanitarie una piattaforma formativa anche attraverso le tecnologie innovative. Rispetto al *training* degli operatori attraverso le nuove tecnologie (formazione a distanza e formazione mediante simulazione) occorre evitare investimenti senza una strategia quadro, sperimentando al massimo le innovazioni presenti al momento nel settore. Per questo la Toscana intende proporsi quale "*piattaforma formativa in simulazione*" per professionisti, italiani e europei, che possano considerare la Toscana come una rete formativa plurispecialistica, consentendogli, per un dato periodo di tempo, secondo un circuito ben organizzato e multipolare, di sviluppare il proprio sapere e le proprie abilità e competenze.
Il competente Settore della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale sarà impegnato a sviluppare una task force con l'Ufficio di Bruxelles per offrire una rete di servizi e connessioni anche avvalendosi della piattaforma DIPINT e Uffici per l'Innovazione clinica presenti nelle AOU, oltre che in integrazione con il Distretto Scienze della Vita e Cluster Nazionale.
Inoltre, una serie di azioni sarà implementata con l'obiettivo di incrementare la partecipazione di partner toscani e della Regione Toscana stessa in progetti europei.

7.6.3. Rapporti con l'Organizzazione Mondiale della Sanità

Dal 2003 Regione Toscana e Organizzazione Mondiale della Sanità collaborano attraverso la firma di protocolli d'intesa con l'obiettivo di rafforzare le capacità di agire sui determinanti di salute per ridurre le diseguaglianze dello stato di salute nella Regione Europea dell'OMS.
In particolare negli ultimi anni (vedi Par. 2.1.1 – Gli stili di vita e la salute) nell'ambito della rete R.H.N. (Region Health Network), dove le regioni partner si impegnano a condividere le loro best practice e conoscenze, come indicato nella DGR 102/2013, Regione Toscana è capofila per il settore delle Risorse Umane ed è impegnata nel promuovere gli obiettivi della nuova politica europea Salute 2020.
Si prevede inoltre di sostenere e promuovere quelle iniziative che prevedono il protagonismo dei giovani nella realtà europea, che si incontrano e condividono esperienze sui temi della salute per una crescita e un rafforzamento di loro stessi, con l'impegno di agire nei contesti relazionali con i coetanei e soprattutto nel rappresentare un' interfaccia di confronto con le istituzioni per delineare politiche di indirizzo per il loro benessere.

7.6.4. Progetto Mattone internazionale

Il progetto "Mattone Internazionale", a partire dall'esperienza compiuta nell'ambito dei precedenti 15 Mattoni, nasce per rispondere all'esigenza condivisa di portare la sanità delle Regioni in Europa e l'Europa nei Sistemi Sanitari delle Regioni italiane, nel quadro di una collaborazione sinergica con il Sistema Paese. Sotto la regia del Ministero della Salute , la Regione Toscana ne è coordinatore assieme a quella del Veneto.
Il progetto, la cui durata è prevista sino al giugno del 2015, si articola nella realizzazione di attività formative e informative dedicate alle strutture ministeriali competenti, alle Regioni italiane, alle aziende sanitarie e ospedaliere nonché ad altri stakeholder coinvolti negli ambiti sanitari, al fine di promuovere la divulgazione sul territorio nazionale delle politiche comunitarie e delle possibilità di accesso ai programmi europei e internazionali per la salute, la ricerca e la cooperazione sanitaria internazionale. Il progetto, inoltre, ha attivato specifici meccanismi per l'incentivazione e la partecipazione qualificata di tutti i destinatari alle politiche di salute in ambito Europeo ed Internazionale.

7.7. Cooperazione Sanitaria Internazionale

La Regione Toscana, in ambito di cooperazione sanitaria internazionale, intende promuovere il diritto alla salute per sostenere percorsi di sviluppo in linea con gli Obiettivi del Millennio e con la partecipazione dei soggetti toscani interessati.
La Toscana ha scelto di sviluppare le sue azioni di cooperazione sanitaria su due dimensioni, rappresentate da: aree geografiche prioritarie e ambiti tematici d'intervento.
Le principali assi tematiche sono rappresentate da:

- la salute materno-infantile
- la lotta all'HIV/AIDS, malaria, TBC e altre malattie neglette
- l'assistenza tecnica e supporto ai sistemi sanitari locali
- il potenziamento della ricerca scientifica, lo sviluppo e l'innovazione in ambito sanitario non solo dei Paesi destinatari dei progetti, ma anche della Toscana, sulle tematiche della Global Health e della Cooperazione Sanitaria Internazionale

Ad ogni area geografica corrisponde un'azione compatibile ai bisogni locali e al grado di sviluppo complessivo. Di seguito le combinazioni delle aree tematiche intrecciate a quelle geografiche:

- *Africa Sub Sahariana*: gli interventi hanno avuto come contenuti prioritari la lotta all'epidemia dell'AIDS, TBC e Malaria e alle altre malattie dimenticate, il rinforzo dei sistemi sanitari pubblici con particolare attenzione alla PHC e alla salute materno-infantile
- *Area Balcanica e Paesi arabi del Mediterraneo*: i progetti sono stati indirizzati al rafforzamento generale e complessivo dei sistemi sanitari locali attraverso il trasferimento di conoscenze e competenze necessarie alla crescita complessiva dell' offerta di prestazioni sanitarie
- *Medio Oriente*: in questo contesto le iniziative sono volte a tutelare il diritto alla salute delle popolazioni palestinesi ed al supporto del processo di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie attraverso lo sviluppo delle competenze del personale sanitario
- *America Latina:* in questo contesto la CSI promuoverà attività di assistenza tecnica, di scambio di buone pratiche e di conoscenze a supporto della riforma dei sistemi sanitari in atto, con particolare attenzione alla ricerca in ambito sanitario".

Nel quadro della rinnovata proiezione internazionale della Toscana, così come dettata dalla nuova disciplina in materia di attività internazionali (l.r. 26/2009) che persegue come obiettivo specifico la riduzione della frammentazione degli interventi di internazionalizzazione attraverso il coordinamento e l'integrazione tra i soggetti toscani della rete di cooperazione internazionale), la CSI intende promuovere il coordinamento tra i soggetti della rete CSI: aziende sanitarie, Aree Vaste, Università e Centri di Ricerca e attori territoriali (Enti Locali e soggetti del Terzo Settore).
L'agire in partenariato - quale modo di operare più appropriato ed efficace in materia di cooperazione sanitaria internazionale - verrà declinato nei termini di interazione paritetica e permanente tra i soggetti coinvolti, di una progettazione condivisa ed articolata di politiche e di "programmi di area geografica" e di "programmi paese", nonché di una valutazione congiunta dei risultati negli appositi tavoli di Area Vasta

Obiettivo
Rinforzare i sistemi sanitari dei paesi a medio e basso redito attraverso il supporto tecnico e materiale alle istituzioni locali con un *focus* particolare agli Obiettivi del Millennio nr. 4, 5 e 6.

Azioni

- attivazione di partnership istituzionali sia all'interno del sistema toscano sia con altre regioni per rafforzare l'impatto delle azioni e attrarre maggiori finanziamenti esterni.
- azioni di *benchmarking* con altre realtà europee attive nell'ambito della cooperazione decentrata in sanità.
- rafforzare la collaborazione istituzionale con la Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) del Ministero degli Affari Esteri.

- rafforzare la collaborazione con il Ministero della Sanità avvalendosi dell'attuale Progetto Mattone Internazionale
- attività di formazione dei nostri operatori nell'abito della *Global Health* e della CSI
- attività di comunicazione interna ed esterna al sistema

In ottemperanza al Piano Integrato delle Attività Internazionali (PIAI) approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale 4 aprile 2012, n. 26, alla strategia di CSI verrà data attuazione gli appositi strumenti di governance (tavoli di area geografica e tematici, tavolo di coordinamento delle attività internazionali) e di integrazione del sistema (segretariato attività internazionali, sistema informativo, di monitoraggio e valutazione delle attività internazionali, piano di comunicazione delle attività internazionali).

Organizzazione dell'attività

Per il periodo di validità del Piano resta confermato il ruolo dell'AOU Meyer quale ente attuatore delle strategie di cooperazione sanitaria internazionale.
Presso la stessa AOU Meyer con DGR 909/2012 è stato istituito sarà istituito un Centro Regionale di Salute Globale con l'obiettivo di assicurare il coordinamento delle diverse iniziative di cooperazione sanitaria e di promuovere le attività internazionali in ambito sanitario regionale.
Il Centro funge da raccordo tra le strategie elaborate in sede regionale e le strutture delle Aziende sanitarie direttamente interessate alla loro attuazione, promuovendo altresì le sinergie con tutti i soggetti istituzionali che possono esservi coinvolti, in modo particolare Università ed altri Enti pubblici. Il Centro facilita l'aggregazione e lo sviluppo di sinergie tra gruppi diversi di professionisti che operano nell'ambito della ricerca, della cooperazione internazionale, della salute dei migranti. L'obiettivo fondamentale è quello di accrescere, diffondere e applicare la conoscenza attorno alle quattro priorità tematiche su cui si fonda il Centro, ovvero:
- cooperazione sanitaria internazionale
- malattie tropicali dimenticate
- politiche sanitarie
- salute dei migranti.

Nei sopra elencati ambiti di azione, il Centro partecipa allo sviluppo di attività informative e formative (pre service e in service), facilita l'aggregazione e lo sviluppo di sinergie tra gruppi diversi di professionisti, ricercatori e studenti provenienti da diversi campi che lavorano nel mondo della salute globale, nonché tra reti nazionali e internazionali di esperti al fine di stimolare il dibattito, la riflessione e l'analisi nel campo della salute globale, della ricerca clinica ed epidemiologica, del management. Il Centro fornisce inoltre assistenza tecnica in ambito di progettazione, promuove lo sviluppo di accordi internazionali in ambito sanitario ed elabora rapporti e raccomandazioni per sviluppare maggiore consapevolezza sui temi della salute globale.

8. SISTEMA DI GOVERNANCE REGIONALE

La Regione Toscana, per guidare il sistema socio sanitario, si è dotata di un sistema di *governance* complesso in cui alla fase di pianificazione e programmazione segue sistematicamente la fase di verifica e valutazione dei risultati raggiunti. Questo sistema ha permesso nel tempo di garantire sia una migliore allocazione delle risorse, evitando duplicazioni di investimenti, sia trasparenza e *accountability* della performance conseguita dal sistema nel suo insieme e dalle singole componenti.

Nel prossimo quinquennio la Regione Toscana intende consolidare e diffondere anche a nuovi ambiti il proprio sistema di *governance*, consapevole che solo una gestione basata su evidenze quantitative e certe può garantire il cittadino.

Il termine "*Trasparenza"*, che certamente è stata una parola d'ordine anche per il passato triennio, continuerà ad essere un riferimento anche per il prossimo quinquennio. La Toscana è infatti l'unica regione italiana che pubblica sistematicamente dal 2006 tutti i risultati conseguiti in sanità (www.valutazionesanitatoscana.sssup.it) e, grazie al lavoro realizzato in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, fornisce elementi chiari di valutazione relativi ai risultati conseguiti da ciascun soggetto operatore del sistema. Ma è esempio di politica di trasparenza anche la delibera per garantire al cittadino percorsi chiari per la prenotazione delle prestazioni chirurgiche sia in regime istituzionale che intramoenia. La Toscana si mette in gioco e con trasparenza ricerca sistematicamente il giudizio dei cittadini, come dimostrano le circa 34.000 interviste telefoniche realizzate a tal fine nel passato triennio. Con questo stile si intende proseguire. *L'Accountability* al cittadino, ossia render conto in modo chiaro e trasparente di ciò che si realizza, è la strategia scelta, che vuole puntare sulla nostra reputazione, come Regione e come soggetti che compongono il sistema, quale valore su cui ci confrontiamo.

Il sistema di *governance* regionale, declinato in termini di programmazione e successivamente di verifica dei risultati, prevede diversi ambiti di intervento:

- il primo, focalizzato sulla mission finale del sistema socio sanitario regionale, ossia il miglioramento dei livelli di salute della popolazione, prevede quali strumenti fondamentali di lavoro il supporto alla programmazione regionale e locale, l'analisi dello stato e dei bisogni di salute dei cittadini toscani, il monitoraggio dei percorsi assistenziali e dell'equità di accesso ai servizi, la valutazione dell'efficacia delle politiche di sanità pubblica. Queste attività sono assicurate dalla professionalità epidemiologica e statistica dell'Agenzia Regionale di Sanità (ARS), che contribuisce con altri enti anche all'elaborazione dei metodi e strumenti per la valutazione della qualità dei servizi e per la diffusione delle informazioni sanitarie e sociali. ARS produce, inoltre, sistematicamente, sulla base dei flussi sanitari e sociali correnti, un sistema integrato e consultabile di indicatori, disaggregato per i diversi livelli geografici ed istituzionali (Comuni, Zone Socio Sanitarie, SDS, aziende USL, Area Vasta). La relazione sanitaria triennale rappresenta il documento in cui si descrivono i risultati di medio lungo periodo in termini di salute di popolazione, rispetto alle politiche sanitarie intraprese ed alla organizzazione dei servizi". Anche ai fini della razionalizzazione delle risorse si possono favorire percorsi per ricondurre ad unitarietà attività e relative risorse in ambito di epidemiologia di sanità pubblica e di verifica di qualità dei servizi sanitari.
- il secondo, focalizzato sulla misurazione dei risultati di breve periodo di processo, di qualità e di appropriatezza. Tale livello si avvale del sistema di valutazione della performance, progettato e gestito dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna per conto della RT (in nota brevetti) basato sul confronto sistematico inter e infra regionale relativo a diverse dimensioni di analisi: la capacità di perseguire le strategie regionali da parte delle aziende USL e SDS, la qualità socio sanitaria dei servizi erogati, l'appropriatezza delle prestazioni, la valutazione della soddisfazione dei cittadini e degli utenti, la valutazione dei dipendenti del sistema, la misurazione dell'efficienza. Questo sistema permette di misurare i risultati conseguiti dai vari soggetti che compongono il sistema e nel prossimo quinquennio si estenderà anche al settore privato che collabora con i soggetti del sistema socio sanitario pubblico e si articolerà anche per dipartimento e struttura complessa. A tale sistema è collegata l'incentivazione annuale delle direzioni generali delle aziende USL toscane. Nel

prossimo quinquennio il sistema di valutazione della performance, oltre a orientare gli sforzi di tutti soggetti del sistema verso il miglioramento continuo, si porrà quale sfida determinante di ridurre la variabilità ai vari livelli che non sia espressione di capacità di adattamento ai bisogni differenziali dell'utenza. Obiettivo della Regione infatti sarà di migliorare i risultati complessivi ma grazie in particolare alla riduzione dei differenziali di performance conseguita dai soggetti del sistema. Le differenze nei risultati infatti determinano problemi sostanziali di equità tra i cittadini e impongono una riflessione continua tra i *policy makers* e i professionisti sanitari su quali siano le determinanti di tale variabilità per offrire servizi sempre più capaci di rispondere ai bisogni e non determinati dall'offerta

- il terzo ambito del sistema di *governance* regionale, integrato con i due precedenti, è relativo al sistema di accreditamento delle strutture sanitarie che ha come focalizzazione la misurazione delle modalità di svolgimento dei percorsi assistenziali tali da garantire qualità delle prestazioni e sicurezza per il paziente. Il sistema di accreditamento, già implementato nel 2011 nelle strutture sanitarie, vedrà nel prossimo quinquennio un potenziamento con l'implementazione dell'accreditamento di eccellenza per quelle strutture che dimostreranno nel loro contesto di aver ottenuto i migliori risultati nel confronto infraregionale. Il sistema di accreditamento si avvale delle misurazioni prodotte dal sistema di valutazione della performance e dal centro per il rischio clinico e sicurezza del paziente regionale e permetterà di incidere nei processi di miglioramento continuo condotti a livello aziendale in logica di percorso assistenziale.

8.1. IL GOVERNO CLINICO

8.1.1. Strumenti, responsabilità, finalità

La Toscana ha dato un particolare impulso sia a livello regionale che aziendale al governo clinico inteso come modalità strutturata di collaborazione tra amministrazione e professionisti al fine di perseguire i migliori risultati per i pazienti con il minimo del rischio e attraverso l'uso equo delle risorse disponibili.
Una condivisione di finalità che contribuisce alla creazione di un clima in cui possa fiorire l'eccellenza delle cure. In effetti l'aver istituito una serie di sedi di confronto (Consiglio Sanitario Regionale, Commissione formazione, Commissione Terapeutica Regionale, Istituto Toscano Tumori, Organizzazione Toscana Trapianti, Centro Regionale Sangue, Gestione Rischio Clinico, Rete toscana per la medicina integrata, oltre a numerose altre commissioni stabili) rappresenta uno dei motivi più evidenti e significativi del buon successo del Servizio sanitario regionale.
In tutte queste commissioni una gran parte dei componenti è designata dalle associazioni professionali (ordini o collegi) a significarne la riconosciuta indipendenza di giudizio.
Nel tempo si è stabilito un clima di collaborazione con la Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale che ha fatto sì che la responsabilità professionale, quella amministrativa e quella politica abbiano contribuito alla promulgazione di provvedimenti condivisi.
Il Consiglio sanitario regionale rappresenta il primo strumento del governo clinico regionale ed ha la possibilità di coinvolgere le altre istituzioni in modo da individuare soluzioni tali da affrontare i problemi nella loro complessità (stesura Linee Guida, valutazione della sostenibilità e della appropriatezza clinica formative).
Il presente Piano socio sanitario implementerà tutti questi strumenti coinvolgendoli nella gestione del sistema sanitario nei prossimi difficili anni.

8.1.2. Il Consiglio Sanitario Regionale

Il Consiglio Sanitario Regionale rafforzato dalla modifica alla l.r. 40/2005 nella sua componente professionale, a garanzia di autonomia e indipendenza tecnico-scientifica, prosegue la propria esperienza di governo clinico sia nel supportare i processi decisionali della direzione generale sia stimolando il senso di appartenenza dei professionisti al sistema pubblico.
La multidisciplinarità delle competenze e delle professionalità presenti nel Consiglio ha permesso, nell'ultimo decennio non solo l'espressione di autorevoli pareri su tematiche di grande interesse e di forte impatto sul sistema ma anche azioni propositive e riflessioni su temi di grande rilevanza quali il *See & Treat*, il *Chronic Care Model* e la sanità di iniziativa, la responsabilità interprofessionale ecc..
L'attività del Consiglio è continua; i pareri formalmente espressi ogni anno sono molte decine e riguardano i più disparati aspetti della sanità. Il Consiglio partecipa, con l'espressione di pareri obbligatori ai processi di programmazione strategica e rappresenta il paradigma per il conseguimento dell'appropriatezza clinica nel governo sia della domanda che dell'offerta.
Il Consiglio opera costituendo, in massima parte, gruppi di lavoro per materia, all'interno dei quali è sempre presente la componente amministrativa della direzione generale.
Forte dell'esperienza maturata negli anni ed in un processo di continuo miglioramento organizzativo, il Consiglio Sanitario Regionale ha ridefinito la propria struttura interna in Osservatori e Commissioni Permanenti per tematica con mission e cronoprogrammi definiti.
La particolare costituzione del Consiglio Sanitario Regionale, con il Vicepresidente e la massima parte dei componenti designati dalle associazioni professionali a garanzia di autonomia e indipendenza scientifica e tecnica, ha portato ottimi risultati. Ha coinvolto, in questi 12 anni, migliaia di professionisti del sistema sanitario toscano per la stesura di pareri che hanno fornito un supporto tecnico professionale a moltissimi atti della Giunta.
Un aspetto importante dell'attività del Consiglio Sanitario consiste anche nell'avere stimolato il senso di appartenenza dei professionisti al sistema pubblico. Il coinvolgimento decisionale dei

professionisti fa sì che i pareri del Consiglio, trasferiti in atti amministrativi, siano percepiti come impegni condivisi. Quindi, pur nei limiti delle consuete resistenze al nuovo non v'è dubbio che questa sperimentazione di governo clinico abbia ragionevolmente contribuito ad alleggerire diffidenze e incomprensioni.
Altra conseguenza positiva di questa esperienza risiede nell'approccio collaborativo tra professionisti e amministratori, che ha contribuito a far maturare la consapevolezza che la Medicina moderna non è più una vicenda individuale, anche se personale e irripetibile resta il rapporto umano con il paziente, ma si concretizza in attività sempre più complesse che si svolgono in percorsi assistenziali interprofessionali e interdisciplinari. Lavorare insieme, comunicare meglio, riconoscere una deontologia comune, sentirsi partecipi di un'impresa collettiva volta alla tutela della salute individuale e comunitaria, non è obiettivo del tutto raggiunto ma già ben individuato e compreso.
Al di là quindi dei risultati scientifici e tecnici conseguiti dal Consiglio sanitario Regionale si può affermare che il maggior successo di questa peculiare istituzione toscana sia rappresentato dal contributo offerto ad una crescita comune di tutti gli operatori del servizio sul piano della consapevolezza dei problemi della sanità e della mission delle Aziende sanitarie. La stessa Università ha svolto nel consiglio Sanitario un ruolo di primo piano sul versante della innovazione e della ricerca. Insomma l'obiettivo ambizioso è non solo di dimostrare la sostenibilità del servizio attraverso la appropriatezza delle prestazioni cliniche e dell'organizzazione ma di far comprendere che la Sanità è un potente strumento di sviluppo scientifico e un motore economico attraverso lo sviluppo di tecnologie sulle quali le società investono per migliorare la qualità della vita dei cittadini.
L'esperienza del governo clinico regionale toscano, pur nelle inevitabili difficoltà, rappresenta un pensiero forte su come gestire il servizio per ottenere i migliori risultati per i cittadini. La concertazione con le professioni dà impulso al senso di appartenenza degli operatori e offre una grande occasione per comprendere come la sanità rappresenti un paradigma sociale di civile convivenza e un importante snodo economico attraverso lo stimolo alla ricerca e all'innovazione. L'abitudine a conseguire l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni costringe professionisti e amministratori a riflettere continuamente sulle loro azioni seguendo linee guida, adottando percorsi assistenziali, tutelando la sicurezza del paziente, con un forte aggancio della deontologia e lo stimolo alla formazione continua e al lavoro interprofessionale, migliorando le competenze e le capacità di ogni operatore.
Nel periodo di vigenza del Piano saranno sottolineate inoltre le esigenze di coinvolgere i professionisti nella riduzione della variabilità dei servizi, nella condivisione dell'assoluta rilevanza del lavoro multidisciplinare e delle dinamiche relazionali e di contesto che ne derivano, la valutazione delle strutture complesse ed il coinvolgimento di professionisti e cittadini nello scenario del cosiddetto "*disease mongering*".
Gli Osservatori permanenti provvederanno, tra l'altro e con specifica progettualità, a far convergere le energie dei vari attori del sistema su obiettivi comuni evitando in tal modo una progettualità non concordata e frammentaria tesa a definire strategie di miglioramento del sistema emergenza urgenza lungo tutto il percorso assistenziale per rendere omogenea l'assistenza nonché l'applicazione e l'adattamento del modello degli Ospedali per intensità di cura nell'attuale organizzazione ospedaliera regionale.
La Commissione regionale di coordinamento per le azioni di Lotta al dolore, con un approccio sistemico alla tematica, supporterà i processi decisionali al fine di eliminare le eventuali debolezze del sistema nel trattamento del dolore.
Nel periodo di vigenza del Piano il Consiglio Sanitario dovrà occuparsi anche della medicina di genere e delle problematiche di genere. Nell'ambito della specifica Commissione permanente sulla medicina di genere sarà affrontato il tema della salute e quindi della medicina in un'ottica di genere evidenziando l'importante intreccio tra il ruolo esercitato dal dato puramente anatomo-fisiologico con quello esercitato dal genere nella sua globalità. Nell'ambito dell'Osservatorio delle Professioni sarà sviluppata l'ottica di genere come strumento di miglioramento della qualità dell'organizzazione intesa come ricerca della qualità del servizio erogato e della qualità di vita delle persone, uomini e donne, che vi operano.
Il Difensore civico potrà essere invitato, per specifici argomenti, alle riunioni del Consiglio.

Per quanto riguarda il Processo Linee guida continuerà lo sviluppo e l'attività ordinaria della Formazione a distanza (vedi paragrafo 7.4.4), dell'implementazione, della elaborazione e revisione di linee guida connesse a tematiche di rilevanza regionale.

Implementazione Linee guida

La letteratura in tema di Salute Pubblica è concorde nel ritenere che le azioni di diffusione e disseminazione delle Linee Guida, per quanto necessarie, non sono sufficienti ad ottenerne la assimilazione nella pratica clinica. Affinché la migliore evidenza scientifica, in particolare se è innovativa, si traduca in azione occorre innanzi tutto che l'innovazione sia condivisa ed accettata non solo dal singolo professionista, ma anche da chi dirige le singole strutture assistenziali, dai c.d. "Opinion Leaders", dalle Direzioni delle aziende sanitarie , dalle Organizzazioni Sanitarie che a vario titolo partecipano all'assistenza , dalle associazioni dei pazienti, dai pazienti stessi e dall'ambiente esterno nel suo complesso. Occorre per questo attuare interventi attivi di implementazione che innanzi tutto siano idonei a superare i vincoli di vario tipo – organizzativi, professionali ed individuali - che molto spesso ne rendono difficile l'accettazione.

Consapevole della difficoltà della traduzione delle informazioni in prassi e del lungo tempo necessario ad ottenere una distribuzione uniforme di nuove procedure, il Consiglio Sanitario Regionale ha negli ultimi anni avviato interventi attivi di implementazione rivolti ai professionisti Le strategie implementative già utilizzate sino ad ora sono state molteplici ed in particolare, oltre alle modalità di formazione tradizionali sono stati sperimentati modelli di Marketing, di diffusione di Reminders, di informazione dei pazienti, oltre che interventi combinati.

L'obiettivo, nel periodo di vigenza del Piano Sanitario Sociale Integrato, è di proseguire nell'implementazione delle linee guida elaborate dal Consiglio Sanitario anche con particolare riferimento a quanto concerne la salute della popolazione anziana e l'assistenza alla cronicità, settori che costituiscono una parte rilevante dei costi cui oggi il sistema sanitario deve far fronte.

L' "*evidence-based medicine*" e le Linee Guida cliniche *evidence-based* possono essere oggetto di implementazione anche in forma di Percorsi di Cura Integrati (PIC) se riguardano tutti i professionisti di cui è necessario il coinvolgimento. I PIC sono piani o schemi che indicano a priori le modalità di assistenza e cura ottimali per tipologie di pazienti uniformi per diagnosi e/o sintomatologia. La pratica clinico-assistenziale condotta secondo il modello descritto nel PIC per la specifica condizione clinica è tale da condurre il singolo paziente al miglior esito clinico possibile in tempi standard. In pratica, il PIC è una matrice che riporta su un asse le azioni di cura necessarie attribuendole allo specifico professionista cui competono, e sull'altro asse i tempi della loro esecuzione. Le deviazioni dal percorso previsto vengono registrate, possono essere oggetto di analisi ed eventualmente agire da stimolo all'esecuzione di procedure finalizzate al miglioramento.

Elaborazione e revisione di linee guida

Il Consiglio Sanitario Regionale è da tempo impegnato nella produzione di Linee Guida specifiche per patologia, strutturate in raccolte di Raccomandazioni Cliniche tanto in positivo che in negativo, redatte da gruppi multidisciplinari di professionisti che operano all'interno del Servizio Sanitario Regionale. E' intendimento del Consiglio proseguire nella redazione di ulteriori Linee Guida per tutte le professioni sanitarie e nell'aggiornamento di quelle già redatte con l'intento di estendere la disponibilità di uno strumento valido e facilmente consultabile per i professionisti, anche al fine di uniformare le procedure assistenziali e di renderle sempre più conformi alla migliore evidenza scientifica.

In stretto raccordo con l'Istituto Superiore di Sanità, proseguiranno le azioni di revisione scientifica ed impostazione grafica delle linee guida secondo la metodologia del Sistema Nazionale Linee Guida.

8.1.3. Il Centro Regionale Sangue

Il Piano Sangue

Il Sistema Trasfusionale Toscano è l'esempio di un sistema a rete che ha saputo consolidare i risultati raggiunti negli anni anche attraverso profondi cambiamenti organizzativi come l'istituzione del Centro Regionale Sangue (CRS) organismo regionale deputato alla programmazione, gestione, monitoraggio e verifica delle attività inerenti sangue, plasma, piastrine, cellule staminali da sangue del cordone ombelicale e da midollo osseo per le parti di competenza previste dalle normative.

All'interno di un sistema di qualità come il sistema sanitario toscano il Sistema Trasfusionale rappresenta un ulteriore elemento di eccellenza per la capacità di assicurare risposte certe e con elevatissimo grado di qualità e sicurezza ai pazienti ricoverati negli ospedali toscani.

Al contempo il Sistema Trasfusionale toscano partecipa al programma di autosufficienza nazionale, in linea con gli indirizzi nazionali, che promuovono una sempre maggiore appropriatezza nel ricorso ad emocomponenti ed emoderivati.

Dal 2005 ad oggi il Sistema Trasfusionale è stato oggetto di intensa attività normativa soprattutto a livello europeo ed attraverso il recepimento di suddette normative sono state dettate regole stringenti a garanzia della qualità e della sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue e dei suoi componenti sia nelle strutture pubbliche che nelle unità di raccolta gestite dalle Associazioni di Volontariato.

Le linee guida europee sulla preparazione, uso e garanzia di qualità degli emocomponenti, nonché le disposizioni normative in ambito trasfusionale attualmente vigenti in Italia mirano ad orientare l'attività di raccolta e lavorazione del sangue nel senso della conformità a requisiti qualitativi molto rigorosi, con la tendenza comunitaria a far ricadere le attività di produzione e validazione biologica degli emocomponenti all'interno di norme tipiche dell'industria farmaceutica.

L'elemento caratterizzante di tutti i modelli organizzativi più innovativi europei è la concentrazione delle attività di produzione, trattamento e validazione degli emocomponenti in pochi centri/laboratori, di norma di dimensione regionale o di livello più basso secondo i modelli organizzativi, che operano secondo standard tipici dell'industria farmaceutica.
Tale esigenza è recepita dalle Linee Guida per l'accreditamento redatte dal Centro Nazionale Sangue (CNS) che indicano precisi indici di masse critiche sia per l'esecuzione dei test di validazione biologica che per le attività di lavorazione delle unità di sangue raccolto.

Obiettivi

Il Sistema Trasfusionale Toscano ha avuto negli ultimi anni e continuerà ad avere anche in un futuro prossimo i seguenti obiettivi:

- la conferma di un sistema di raccolta del sangue e degli emocomponenti adeguatamente diffuso sul territorio finalizzato a promuovere e facilitare la donazione. Per "adeguatezza" deve intendersi anche una razionale e sostenibile distribuzione dei punti di raccolta, evitando unità di raccolta a bassa produttività. Per poter mantenere il Sistema Trasfusionale ai livelli di efficienza richiesti è indispensabile procedere all'analisi della distribuzione sul territorio e all'introduzione di criteri di razionalizzazione anche in ottemperanza alle Linee Guida per l'accreditamento emanate dal CNS fra i quali l'individuazione di volumi minimi di attività e parametri di distribuzione territoriale delle unità di raccolta associative
- l'implementazione di un sistema trasfusionale che sappia valorizzare il contributo di professionisti, aziende sanitarie, associazioni di volontariato, e che sappia coinvolgere nel percorso di sensibilizzazione anche nuovi soggetti quali enti locali, istituzioni scolastiche, società scientifiche e ordini professionali

- il rafforzamento della cabina di regia regionale dell'intero percorso di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività trasfusionali attraverso il CRS organismo regionale di coordinamento
- la presenza del servizio trasfusionale negli ospedali "per acuti", graduata ed aggregata secondo le modalità organizzative stabilite dalla programmazione regionale. La presenza strutturata della funzione di medicina trasfusionale è un elemento di irrinunciabile qualificazione per l'assistenza ospedaliera, anch'essa graduata in base alle specificità degli ospedali.

L'intervento di riconfigurazione della rete trasfusionale toscana rappresenta lo strumento per renderla adatta ad affrontare nei prossimi anni la sfida del miglioramento complessivo della qualità, dell'appropriatezza e della produttività.

Azioni

Le azioni da intraprendere per la riorganizzazione saranno tese a:

- omogeneizzare le modalità di sviluppo dei processi produttivi: a tale scopo il CRS definisce, con la condivisione dei nodi della rete, gli standard clinici, organizzativi e di sicurezza e, parallelamente, individua il sistema di monitoraggio che ne consenta la verifica dell'applicazione
- perseguire l'integrazione con gli altri soggetti del Coverno clinico regionale, CSR e CGRC
- migliorare l'efficienza del sistema attraverso la rimodulazione delle funzioni riconosciute ai diversi nodi della rete, l'eliminazione di duplicazioni dei servizi
- l'ottimizzazione dei sistemi di comunicazione mediante l'ulteriore sviluppo del sistema informativo trasfusionale regionale e l'utilizzazione della tessera sanitaria nel percorso di accettazione del donatore al fine di evitare errori di digitazione, duplicazioni e di consentire l'utilizzo del patrimonio informativo costituito dagli esami eseguiti sul donatore attraverso il fascicolo sanitario
- attivare processi di complementarietà tra le strutture coinvolte nella rete
- garantire dimensioni e composizioni ottimali, dal punto di vista funzionale ed economico delle unità
- valorizzare le professionalità operanti nella rete regionale ed in particolare le strutture di eccellenza nelle aziende ospedaliero-universitarie che hanno raggiunto ottimi livelli nelle attività di raccolta, trattamento e banking di tessuti e/o cellule staminali e nelle terapie aferetiche avanzate favorendo fenomeni di integrazione tra la medicina trasfusionale e quella dei trapianti
- valorizzare le attività di medicina trasfusionale e di assegnazione degli emocomponenti attività fondamentali nello sviluppo dei processi clinico –assistenziali all'interno dei presidi ospedalieri

L' evoluzione della rete trasfusionale sarà conseguita mediante interventi di riordino strutturale e organizzativo attraverso le seguenti fasi:

- incrementare il livello di omogeneità di tutto il percorso di donazione prevedendo il più possibile procedure simili in tutte le zone della Toscana
- estendere ed omogeneizzare a tutto il Sistema trasfusionale toscano la donazione differita
- completare le modifiche organizzative per rendere i servizi trasfusionali "a misura di donatore" sia dal punto di vista dell'accoglienza proseguendo il percorso di qualificazione strutturale, sia dal punto di vista operativo andando sempre di più incontro alle esigenze del donatore in un mondo che cambia, favorendo in tutti i modi possibili la donazione. Su questo argomento, portata a termine la piena funzionalita' del sistema di prenotazione della donazione dovremo affrontare e se necessario modificare gli orari di apertura dei servizi attualmente troppo rigidi
- assicurare il raggiungimento, entro il 31 dicembre 2014, ed il successivo mantenimento degli standard richiesti dalle norme dell'accreditamento per tutte le strutture pubbliche e le unità di raccolta associative

- garantire un adeguato sviluppo tecnologico tanto più necessario oggi alla luce di una sempre maggiore complessità delle attivita' svolte ed in conseguenza del rapido mutare delle condizioni epidemiologiche
- effettuare analisi di risk assessment dei processi trasfusionali, allineando gli standard informatici ed operativi che hanno determinante impatto su qualità e sicurezza
- favorire la riflessione di Area Metropolitana Fiorentina sulle possibili integrazioni alla luce della compresenza di tre Aziende sullo stesso territorio. Il tema è complementare e non subordinata al percorso di Area Vasta, in quanto in Area Metropolitana è possibile integrare funzioni aggiuntive rispetto a quelle ottimizzabili in Area Vasta
- integrare il sistema dei trasporti tenendo conto in modo sinergico delle necessità legate ai percorsi di donazione del sangue, plasma, cellule staminali e latte materno, realizzando un sistema in grado di monitorare temperature e modalità di trasporto di ogni singolo componente
- realizzare modalità condivise di lavoro tra settore trasfusionale e settore farmaceutico per il monitoraggio dei consumi, la verifica dell'appropriatezza d'uso dei farmaci plasmaderivati e la valorizzazione dei prodotti ottenuti dalla lavorazione conto terzi del plasma raccolto in Toscana
- garantire la adesione al Programma di Patient Blood Mangement in tutte le strutture ospedaliere attraverso la condivisione dei principi e degli obiettivi utilizzando allo scopo le riunioni dei Comitati Buon Uso sangue
- fornire strumenti di governo clinico e di sviluppo e ricerca negli ambiti di innovazione della medicina trasfusionale, come gli emocomponenti ad uso non trasfusionale
- perseguire l'integrazione dei sistemi informativi sugli aspetti di rischio clinico in ambito trasfusionale e quelli del sistema nazionale di emovigilanza, in sinergia con il CGRC
- garantire il supporto alla gestione degli aspetti di sicurezza in ambito trasfusionale in sinergia con il CGRC
- istruire, non appena disponibili i Decreti Legge per la individuazione della aziende partecipanti, la gara per la selezione dell'azienda farmaceutica incaricata della lavorazione industriale del plasma raccolto
- concentrare le fasi di lavorazione del sangue e della produzione degli emocomponenti in un'unica officina di lavorazione per Area Vasta anche in attuazione di quanto previsto dalle Linee Guida per l'accreditamento redatte dal Centro Nazionale Sangue che indicano indici di massa critica per il trattamento degli emocomponenti. Il sistema vede già il completo accentramento di Area Vasta delle funzioni di validazione biologica (NAT e sierologia) nei Centri di Qualificazione Biologica delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (Pisa, Firenze e Siena) permettendo l'indizione di gare uniche regionali per attrezzature e materiali di consumo.

  L'accentramento delle fasi di lavorazione permetterà di adottare processi produttivi atti ad assicurare standard di qualità e sicurezza degli emocomponenti, equiparati dalla normativa comunitaria e nazionale in materia trasfusionale alle specialita' farmaceutiche

  Ulteriore plus del percorso di accentramento della lavorazione degli emocomponenti sarà il superamento del concetto di compensazione andando verso un sistema in grado di rilevare i bisogni e programmare a livello regionale la messa a disposizione degli emocomponenti superando logiche localistiche ed andando verso un sistema integrato che veda tutelati i bisogni dei piccoli e dei grandi ospedali

  Tale riorganizzazione porterà ad un sensibile miglioramento del livello di economicità del settore permettendo sensibili economie di scala senza ripercussioni sulla quantità e qualità dei servizi erogati.

8.1.4. Organizzazione Toscana Trapianti

Contesto

A partire dagli anni antecedenti la legge quadro n. 91 del 1999 la Regione Toscana ha regolamentato, mediante azioni programmate, la rete donazione/trapianto collocando, in ogni Azienda Sanitaria un Coordinatore Locale, istituendo Centri Trapianto di Organi e rendendo operativi Centri di Conservazione di Tessuti e Laboratori. Nel 2003 è stata istituita l'Organizzazione Toscana Trapianti (OTT) che ha condotto ad un decisivo miglioramento in termini di sviluppo complessivo delle attività e dei livelli donativi e trapiantologici.

Oggi il sistema OTT comprende un Centro Regionale per l'Allocazione di Organi e Tessuti (CRAOT) che per il triennio 2013-2015 svolgerà funzioni di Centro Inter-Regionale operativo in ambito Associazione Inter Regionale Trapianti (AIRT).

Sul piano organizzativo OTT si avvale dei Coordinamenti di Area Vasta e della presenza di funzioni operative di supporto quali ad esempio l'accreditamento, le aree vaste, il monitoraggio del processo, il rischio clinico. La presenza di aree tecnico-scientifiche per la ricerca orientata alla innovazione e sviluppo delle attività donative e trapiantologiche contribuisce a rendere il sistema potenzialmente aggiornabile e implementabile attraverso azioni di programma *evidence-based*.

Il sistema OTT si basa su componenti differenziate per funzione e obiettivi e spesso, come del resto accade in altre Regioni, non esclusivamente dedicati al processo di donazione e trapianto. I dati relativi alla Toscana sono comunque apprezzabili e al di sopra della media nazionale sia per quanto riguarda le donazioni che i trapianti; anche il tasso medio di opposizione familiare è mediamente inferiore agli standard nazionali. Lo sforzo economico, culturale e professionale di questi anni è stato decisamente indirizzato a impiegare ancora meglio le conoscenze e competenze comunque rintracciabili all'interno del nostro sistema salute, in un'ottica di rete coinvolgendo e qualificando in modo pieno e netto tutte le professionalità del sistema, le Associazioni, i tecnici e gli amministratori.

La nostra Regione rappresenta il *bench-marking* nazionale per la donazione con 71.9 casi/PMP di accertamenti di morte encefalica. Sul versante trapianto questo elevato livello di attenzione sugli accertamenti di morte encefalica ha condotto ad utilizzare gli organi donati in 31 casi/PMP; in Italia nel 2012 gli accertamenti di morte encefalica sono stati di 38.2 casi/PMP conducendo ad un livello di utilizzazione degli organi di 18.9 casi/PMP con uno scarto quindi di 19.1. Le opposizioni alla donazione che registriamo in Toscana rappresentano il 23.1% dei casi di accertamento morte encefalica contro il 26.1% registrato a livello nazionale. Questi risultati comunque sono di elevato livello e dicono che il nostro sistema donazione e trapianto è un sistema che "dona molto" e che nel processo di allocazione degli organi registra un fenomeno, riscontrabile anche a livello nazionale, vede una decisa contrazione di organi trapiantati.

Riordino della rete regionale donazione/trapianto

Il modello organizzativo della nostra Regione mostra notevoli punti di forza ma è indubbio che il particolare momento che stiamo vivendo, che richiede una precisa e scientifica razionalizzazione delle risorse impegnate, necessiti del coinvolgimento pieno di tutte le componenti del sistema nell'organo direzionale di OTT. Inoltre, il passaggio del Centro Nazionale Trapianti a Centro Nazionale Trapianti con funzioni allocative, sta richiedendo una pressante partecipazione dei sistemi regionali al processo di trasformazione operativa.

OTT è un sistema "inclusivo" per cui con l'obiettivo di proseguire nella riorganizzazione iniziata nel 2011 e rendere maggiormente rappresentative le varie componenti del sistema vengono identificate le aree di attività della rete donazione e trapianto, aree costituite da aggregati di funzioni e/o strutture che andranno ad integrarsi nel sistema direzionale di OTT . Le aree individuate sono:

- area della informazione e sensibilizzazione
- area della donazione
- area dei servizi di supporto alla donazione e trapianto
- area del trapianto
- *area del follow-up.*

Obiettivi e Azioni

Gli obiettivi principali sono ricompresi nel presupposto di mantenere e possibilmente aumentare gli attuali livelli donativi e di trapianto di organi e tessuti e potenziare i livelli di qualità e sicurezza attraverso le seguenti azioni:

- la riorganizzazione del sistema OTT in una visione di sistema maggiormente inclusivo rispetto alle varie componenti operative
- l'attivazione di convenzioni interaziendali tra le aziende ospedaliero universitarie finalizzate ad una reciproca integrazione per il proseguimento di programmi specifici
- il coinvolgimento nel processo di *procurement* di tutte le strutture di emergenza e di area critica
- la riorganizzazione dei trasporti terrestri OTT nell'ottica di garantire la tempestività, la sicurezza operativa e l'ottimale utilizzo delle risorse in modo omogeneo sul territorio regionale
- la disponibilità di un sistema informativo regionale donazione e trapianto, in via di implementazione, per una piattaforma finale condivisa e dedicata alla ricezione, lo scambio e l'elaborazione dei dati di interesse
- la riprogrammazione immediata delle attività di formazione sia per l'aggiornamento degli operatori che per il reclutamento di nuovi operatori del sistema donazione e trapianto
- la messa in atto dei contenuti della Carta per la sicurezza, la qualità e la partecipazione nel percorso donazione-trapianto.

8.1.5. La bioetica in Toscana

La bioetica è una componente costitutiva del governo della sanità: in questa prospettiva, e con il supporto della Commissione Regionale di Bioetica, la Regione toscana ha ritenuto di avviare un processo di innovazione e di sviluppo della qualità dei servizi, considerando a tal fine necessari la crescita delle sensibilità etica, il confronto costante tra le differenti posizioni e la formazione del personale. Lo scenario passato ha visto infatti la Commissione Regionale di Bioetica impegnata in attività volte alla promozione della riflessione pubblica sulle più importanti tematiche bioetiche, per mezzo di una costante attività di consulenza, la pubblicazione di pareri, l'organizzazione di convegni, anche di profilo internazionale, seminari e tavoli di lavoro. Il consolidamento della rete regionale dei comitati etici e la costituzione del Tavolo di lavoro permanente dei Comitati etici, hanno rappresentato un passo sostanziale al fine di garantire quel processo di accrescimento qualitativo nella presa in carico dei pazienti, in particolar modo di coloro che versano in condizioni di particolare fragilità e delle persone giunte alla fine della vita: la presenza di tali organi consultivi, infatti, è un importante ausilio, non solo per approfondire tematiche etiche, ma anche per orientare le scelte di carattere generale operate dalle amministrazioni e dagli stessi operatori. Le azioni di carattere formativo realizzate in questi anni, rivolte agli operatori del sistema sanitario regionale, ai membri dei comitati etici e ad alcuni settori della società civile, e in primo luogo la scuola, hanno avuto lo scopo di sollecitare in tutti gli attori coinvolti la consapevolezza dell'importanza strategica dei profili etici del governo della sanità, quale baluardo per la tutelare dei diritti individuali nella gestione collettiva del bene salute e, sempre più, quale strumento per un esercizio realmente efficace, giusto e sostenibile della medicina.
La riduzione delle disuguaglianze in salute esistenti fra i cittadini è stata considerata una chiave di lettura privilegiata per molte questioni bioetiche, con l'obiettivo di garantire a tutte le persone eguali opportunità per tutelare e migliorare il proprio stato di salute. Tale scopo, infatti, è perseguibile mediante un'allocazione delle risorse disponibili improntata ai principi etici di giustizia e di sostenibilità, ma anche garantendo una loro fruizione maggiormente rispondente all'autonomia dei singoli, sia per quanto concerne le scelte di disposizione del proprio corpo in dipendenza di trattamenti sanitari e di assistenza, sia in riferimento alla libera espressione di caratteri identitari nell'interazione con tutto il servizio pubblico, tanto più a partire dalla consapevolezza della coesistenza e dell'interazione all'interno della nostra società di culture, etnie, valori, usi e costumi differenti.
Le problematiche etiche proprie delle fasi finali della vita umana sono state oggetto di particolare attenzione nell'azione regionale: le raccomandazioni siglate nella Carta di Pontignano dalla Commissione regionale di bioetica, e nelle sue successive integrazioni, costituiscono punti di riferimento cui ispirare i comportamenti degli operatori nei confronti delle persone morenti e dei loro familiari e per la gestione dei processi decisionali nelle cure delle persone.
Per quanto concerne la ricerca biomedica, la Commissione Regionale di Bioetica, di concerto con gli altri organismi regionali preposti, la rete interaziendale dei facilitatori e dei fixer e con le aziende farmaceutiche firmatarie di protocollo d'intesa con la Regione, ha promosso percorsi di formazione per gli operatori e per i membri dei comitati etici. Ha poi sollecitato la riflessione su alcuni nodi chiave per la lettura di questo ambito sotto il profilo etico, come la ricerca nelle medicine complementari e i requisiti di qualità necessari per avallare nel territorio toscano una ricerca utile al sistema pubblico per la sanità: il monitoraggio regionale delle attività sperimentali, effettuato anche attraverso la creazione di un data base informatizzato, è uno strumento essenziale per rendere possibile ed efficace una tale lettura. La funzione svolta dalla Commissione di Bioetica in materia di etica della ricerca biomedica si confronta oggi con la recente riorganizzazione del sistema regionale dei comitati etici per la sperimentazione clinica, operata con la DGR 418/2013 in ottemperanza alle indicazioni normative nazionali. "Al fine di rendere più omogenee e coordinate le azioni, infatti, la Toscana ha costituito un unico Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica, articolato in 4 sezioni che hanno però competenza autonoma ed esclusiva per il vaglio dei protocolli di ricerca (Comitato etico Area Vasta Centro, Comitato etico Area Vasta Nord Ovest, Comitato etico Area Vasta Sud Est, Comitato etico pediatrico regionale).

Le sfide

A fronte di un intenso lavoro sempre necessario per svolgere i compiti istituzionali sin qui consolidati, nuove prospettive si aprono per affrontare il futuro.

- Il servizio sanitario pubblico, al fine di mantenere il suo carattere universalistico, deve oggi confrontarsi con interessi spesso non convergenti o contrapposti, in un contesto in cui la domanda di prestazioni è potenzialmente illimitata e con una attesa di benessere e una presunta efficacia che sempre più tendono ad essere enfatizzate: è necessario contrastare con una programma di sensibilizzazione e con azioni mirate tale messaggio di disponibilità illimitata di risorse (non solo economiche), che ha portato di fatto a una medicalizzazione della società e all'induzione di un uso improprio degli stessi strumenti nati per aiutare o curare, mettendo a rischio la sostenibilità del *welfare* e talvolta il benessere e la libertà di scelta dei cittadini. Nei vari settori in cui tale fenomeno si rende sempre più evidente, sarà sollecitata la riflessione pubblica e il coinvolgimento dei cittadini sul concetto di limite in medicina: l'impegno sarà rivolto anche alla creazione di strumenti di convalida etica degli obiettivi, di verifica delle modalità di offerta dei servizi e della loro trasparenza
- Le iniziative di bioetica da realizzare nei vari ambiti della medicina dovranno inoltre restituire importanza e promuovere la riflessione sulla sostenibilità e l'equità delle prestazioni, sul corretto bilanciamento fra costi e benefici (non tanto delle prestazioni, quanto invece dei percorsi di assistenza alle persone), e sulle modalità per il raggiungimento dell'obiettivo assistenziale prioritario per i pazienti. Sarà dunque necessario evitare che la dimensione etica resti sullo sfondo delle decisioni mediche e del governo della sanità, tutelando i diritti di tutti, rendendo realmente efficace il dialogo tra soggetti differenti e riducendo i conflitti tra gli "stranieri morali" che quotidianamente si incontrano all'interno del servizio sanitario. In particolare dovrà ancora essere promossa la riflessione sulle disuguaglianze in salute, con uno specifico interesse alla questione dell'equità di genere anche alla luce delle più attuali acquisizioni della medicina di genere
- La formazione degli operatori e dei componenti dei comitati etici, rimane un obiettivo importante che sempre più deve essere integrato con azioni di sensibilizzazione e di partecipazione dei cittadini
- E' inoltre necessario che il sistema regionale toscano per la bioetica, sempre più si confronti con il contesto internazionale e, più specificatamente, con gli organi che in questo settore sono istituiti a livello europeo
- Infine, la riorganizzazione del sistema regionale dei comitati etici per la sperimentazione clinica e la concomitante azione regionale di sempre maggior potenziamento, indirizzo e coordinamento delle attività di ricerca clinica, saranno supportate dall'attività della Commissione Regionale di Bioetica per quanto attiene all'analisi dei profili più specificatamente etici connessi alla ricerca biomedica.

La Commissione Regionale di Bioetica, anche nella sua funzione di coordinamento e indirizzo dei comitati etici toscani, svolge un ruolo centrale nel raggiungimento degli obiettivi necessari per affrontare le sfide che, sotto il profilo etico, si presentano per i prossimi anni: la sua attività e la capacità con esse di coinvolgere, da un una parte, il sistema regionale e, dall'altra, la società civile, saranno indice importante per verificare il ruolo che la bioetica può svolgere per il miglioramento della qualità dei servizi e lo sviluppo di una sensibilità etica nel contesto sanitario.

8.1.5.1. Etica e umanizzazione delle cure in Terapie intensive

Ogni volta che il malato cosciente e/o i familiari da soli quando questi non lo è, chiedono al medico intensivista "cosa si può fare" e "cosa si deve fare", chiedono più o meno esplicitamente se "iniziare o meno" o se "sospendere o proseguire" un trattamento, anche salvavita come la ventilazione meccanica invasiva, un farmaco, una procedura. Tali scelte, pur tecnicamente fattibili, non sono prive di criticità dal punto di vista etico e normativo.
Soprattutto in Terapia intensiva la "forza persuasiva" della tecnologia ha bisogno di una forte etica che dichiari la possibilità e la liceità della limitazione o progressione delle cure valutando le conseguenze qualitative e quantitative sulla vita del malato, l'accettazione da parte del malato e dei suoi familiari, il rischio di evolvere in accanimento terapeutico.

Sfide
Le scelte di fine vita in Terapia intensiva vedono ancora troppo spesso assenti, nel processo decisionale, i pazienti e i loro familiari. Il loro coinvolgimento non può che essere la logica conclusione del più ampio processo di accoglienza che si realizza aprendo le porte della Terapia Intensiva e riducendo per quanto possibile le barriere e le restrizioni spaziali, temporali e relazionali.
Solo una comunicazione aperta e trasparente può consentire ai veri protagonisti del percorso una scelta lucida e realmente informata.

Obiettivi
Alla luce dei recenti pronunciamenti della Commissione Regionale di Bioetica, le Terapie intensive devono progressivamente aumentare l'orario di apertura ai familiari fino ad un minimo di 8 ore quotidiane e garantire spazi e tempi adeguati per i colloqui con l'equipe curante.
Fermi restando i 4 principi bioetici (autonomia decisionale del paziente, beneficialità delle cure, non maleficità delle cure, giustizia distributiva delle risorse), in ogni ospedale le Terapie intensive, con il fattivo contributo dei Comitati di Bioetica, si devono dotare di strumenti per la gestione dei problemi connessi alla limitazione delle cure, sia per la fase decisionale che per quella operativa, nell'ambito del più ampio processo di "accoglienza" del malato e dei familiari in Terapia intensiva.

8.2. LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI

8.2.1. La relazione sanitaria regionale e aziendale e la relazione sociale regionale

La Relazione Sanitaria Regionale è il documento di analisi dei bisogni e di valutazione dei risultati di salute, redatto dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana e dalla Direzione Generale dell'Assessorato Diritto alla Salute, sul quale si fonda la programmazione sanitaria regionale. La relazione sanitaria costituisce quindi la fase istruttoria di analisi dei bisogni, mirata ad analizzare il contesto demografico, sociale ed economico, lo stato di salute, l'utilizzo dell'assistenza sanitaria e lo stato dell'offerta di assistenza in Toscana, cercando anche di identificare i principali problemi di salute e di assistenza che gravano sulla popolazione toscana e le opportunità e risorse su cui essa può contare per migliorare la propria salute. Per questo ARS lavora in stretta collaborazione con altri Istitituti di ricerca regionali che si occupano di monitorare determinanti fondamentali della dimensione salute, come l'Istituto Regionale per la Programmazione Economica della Toscana (IRPET) e l'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana (ARPAT).
La Relazione Sanitaria Aziendale è invece il documento sull'attività annuale delle Asl e AOU svolta in risposta alla programmazione regionale e locale identificata sulla base dei bisogni di salute ed include valutazioni sullo stato di salute della popolazione e la risposta dell'organizzazione sanitaria e sociale alle criticità. Un nuovo modello di relazione sanitaria aziendale, più agile e che assorbe minori risorse di tempo e personale rispetto a quella vigente, è predisposto da un gruppo di lavoro coordinato dalla DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, con la collaborazione delle Direzioni Aziendali, della rete toscana delle Epidemiologie, con il supporto tecnico-scientifico di ARS e MeS. La nuova relazione è svolta con schede di semplice redazione ed interpretazione, che mostrano i principali aspetti dello stato di salute e dei bisogni sanitari correlati e le principali attività, espresse con indicatori misurabili, intraprese dalle Aziende sanitarie per risolvere le criticità. Per la sua redazione sarà fondamentale il contributo delle strutture e delle competenze epidemiologiche presenti a livello locale
Ai sensi dell'art. 42 della l.r. 41/2005 la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale, almeno ogni tre anni, la relazione sociale al fine di:

- valutare i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti nel Piano integrato sociale regionale
- conoscere l'evoluzione dei fenomeni sociali e lo stato dei servizi

In particolare la relazione sociale nel monitorare il sistema dei servizi sociali, l'evoluzione della domanda ai servizi nonché l'efficacia delle risposte che i servizi offrono ai cittadini, può configurarsi come lo strumento utile per l'azione normativo-decisionale e per la programmazione di settore.

8.2.2. La valutazione dei processi e degli esiti

Le risorse che la collettività pone nelle mani del soggetto pubblico per la salute devono creare valore, ossia devono essere adeguatamente utilizzate, con efficienza ed appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità a tutti i cittadini. Con queste premesse la valutazione si pone come lo strumento su cui impostare un processo di comunicazione trasparente con i cittadini e tramite il quale il soggetto pubblico si assume le proprie responsabilità sui risultati conseguiti.
La valutazione è una fase necessaria per consentire la verifica dei risultati conseguiti dal sistema, rispetto agli obiettivi individuati nell'ambito della pianificazione strategica. Per poter monitorare il livello di raggiungimento degli obiettivi del PSSIR e lo stato di attuazione delle azioni previste, la Toscana fin dal 2005 ha adottato il Sistema di valutazione della performance della Sanità, ossia lo strumento progettato ed implementato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, con cui la Regione orienta e governa il sistema in modo efficace e misura la capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita. E' stato inoltre oggetto di

brevettazione congiunta Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana (brevetto numero 0001358839).
Il sistema di valutazione è costituito da oltre 300 indicatori in *benchmarking*, raggruppati in circa 50 indicatori di sintesi, è legato al sistema incentivante per la direzione aziendale e collegato al sistema di budget interno delle singole aziende.
In ottica multidimensionale, i risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie della Regione Toscana e dal sistema sociosanitario nel suo complesso sono analizzati secondo sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario e rappresentati mediante un "bersaglio" con 5 fasce di valutazione e sei settori rappresentativi delle sei dimensioni (stato di salute della popolazione, capacità di conseguimento delle strategie regionali, valutazione sociosanitaria, valutazione dei cittadini e degli operatori, ed efficienza economico-finanziaria). Il sistema consente l'analisi dei dati a vari livelli e secondo diverse prospettive: aziendale, di SdS zona distretto, di presidio/stabilimento. A partire dal 2012 il sistema è stato esteso anche ai servizi sanitari erogati nell'ambito dei penitenziari toscani nonché al contesto dei servizi socio sanitari privati accreditati sia nell'area della assistenza ospedaliera sia nelle RSA. A partire dal 2008 è stato condiviso e adottato da altre otto regioni italiane, che hanno aderito al sistema e ne costituiscono il *network*. A partire dal 2012 A partire dal 2012 è stato inoltre avviata una collaborazione con alcune realtà internazionali per realizzare un sistema di *benchmarking* degli indicatori.

Per i prossimi 5 anni sono stati individuati alcuni obiettivi fondamentali strettamente connessi con le linee strategiche descritte negli obiettivi generali del presente Piano, che richiedono politiche di intervento di medio lungo periodo. In particolare, i principali obiettivi si possono così sintetizzare:

Nell'ambito dell'obiettivo generale perseguire la salute come risorsa e non come problema:
- ridurre la mortalità relativa agli indicatori di esito:
- mortalità nel primo anno di vita
- mortalità per tumori
- mortalità per malattie circolatorie
- tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)
- migliorare il quadro relativo agli stili di vita dei cittadini e nello specifico:
- ridurre la percentuale di fumatori, di sedentari, di persone obese e di bevitori binge.

Nell'ambito dell'obiettivo generale mettere al centro la persona nella sua complessità:
- Portare i livelli di soddisfazione del cittadino, rilevati tramite le indagini regionali sistematiche svolte dal Laboratorio MeS, non al di sotto dell'80%.
- Ridurre progressivamente la percentuale di utenti poco e per nulla soddisfatti, in particolare nell'ambito della presa in carico del dolore dei pazienti al Pronto Soccorso e della modalità con cui i cittadini si sentono informati sui servizi offerti dalla propria azienda, che non dovrebbe superare la quota del 10%.

Nell'ambito dell'obiettivo generale di aumentare l'equità:
- Tra gli indicatori monitorati nel sistema di valutazione che nell'arco del quinquennio fanno registrare un trend positivo, l'obiettivo è quello di registrare una riduzione della variabilità intraregionale, se non giustificata da bisogni differenziali della popolazione.

L'obiettivo della Regione Toscana per i prossimi anni infatti è sia quello di tendere al miglioramento continuo dei risultati degli indicatori monitorati sia quello di ridurre variabilità, se non giustificata da reali differenze nei bisogni della popolazione, con la finalità di perseguire l'equilibrio di equità sostanziale. La gestione della variabilità va infatti considerata come obiettivo fondamentale di un sistema sanitario pubblico. Oggi la variabilità intraregionale che si registra su buona parte degli indicatori non è segno di capacità di personalizzare i servizi rispetto alle esigenze socio sanitarie specifiche dei cittadini ma spesso è frutto di scelte organizzative e competenze professionali differenziate nei territori. La presenza di questo tipo di variabilità è sintomo di potenziali disuguaglianze nella garanzia ai cittadini di un adeguato accesso e qualità delle prestazioni sanitarie. Ai professionisti e al management è richiesto quindi un continuo lavoro di analisi dei dati

e delle determinanti della variabilità per riconoscere gli spazi di intervento e di miglioramento, con la convinzione che il miglioramento continuo dei processi organizzativi ed un servizio orientato al bisogno del cittadino, siano ormai requisiti indispensabili per la sostenibilità di un sistema pubblico evoluto.

Nell'ambito dell'obiettivo generale di perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema:

- migliorare annualmente almeno sul 60% degli indicatori monitorati dal sistema di valutazione, raggiungendo almeno il 60% degli obiettivi assegnati annualmente ad ogni soggetto del sistema.

Nell'ambito dell'obiettivo generale di semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi .

- registrare livelli di soddisfazione del cittadino, rilevati tramite le indagini regionali sistematiche svolte dal Laboratorio MeS, non al di sotto del 80%
- rilavare che almeno l'80% dei cittadini abbia attivato la carta sanitaria e il fascicolo sanitario elettronico.

Gli indicatori del sistema di valutazione saranno monitorati annualmente, e in alcuni casi trimestralmente. Il Report annuale con i risultati degli indicatori presenti sul Sistema di Valutazione può essere scaricato sul sito www.MeSlab.sssup.it.

8.2.3. La valorizzazione delle risorse umane

L'elevata professionalità espressa nell'erogazione ed organizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali richiede una particolare attenzione agli aspetti della valutazione delle strutture e dei singoli professionisti.
La valutazione è una realtà da anni presente nel Sistema Sanitario Regionale.
Per quanto attiene al livello Aziendale, il Sistema Sanitario Regionale si è dotato dal 2004 di un sistema di valutazione dei risultati raggiunti dalle Aziende sanitarie, in collaborazione con il Laboratorio MeS.
A livello aziendale la valutazione, di struttura ed individuale, prevista dai vigenti CCNL, è attuata basandosi fondamentalmente sui sistemi di budget quale strumento di pianificazione/monitoraggio delle attività e su altri elementi di carattere professionale o gestionale. Il sistema di valutazione di struttura e di valutazione individuale, in applicazione dei CCNL e degli accordi integrativi aziendali, rappresenta altresì lo strumento per la gestione della produttività/retribuzione di risultato intesa quale premio collettivo ed individuale da distribuire al personale del comparto e delle due aree della dirigenza, nonché un elemento per l'attribuzione degli incarichi e la gestione delle progressioni di carriera.
Nel 2009 è stata avviata inoltre una sperimentazione di un modello di valutazione per il livello di struttura complessa (DGR 1056/2009) in applicazione di quanto previsto nella l.r. 40/2005 e nel precedente Piano Sanitario Regionale 2008 -2010. Nel corso della sperimentazione il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna con la supervisione del CSR ha attivato dei gruppi di di lavoro di professionisti per l'individuazione di indicatori per la valutazione della qualità, appropriatezza ed efficienza delle cure nell'ambito delle diverse discipline. In questo ambito, nel corso dei prossimi anni il Laboratorio Management e Sanità si impegnerà a facilitare i processi di ulteriore approfondimento della validità delle misure individuate e di condivisione tra i percorsi clinici promovendo momenti di confronto strutturati e sistematici con le famiglie professionali coinvolte, supportati da dati, risultati di performance ed evidenze quantitative, con il fine ultimo di mobilitare le comunità professionali delle aziende sanitarie sulle complesse sfide cui il sistema è chiamato a rispondere nei prossimi mesi.

Ad oggi la realtà della valutazione, di struttura ed individuale, è attuata nelle diverse Aziende sanitarie con modalità disomogenee. Spesso tale processo nelle sue diverse fasi (definizione degli obiettivi collettivi ed individuali, misurazione dei risultati ottenuti, valutazione delle attività svolte e delle capacità possedute) risulta essere un adempimento formale e non è utilizzato come parte integrante delle attività di programmazione aziendale e delle politiche di sviluppo delle risorse umane e della programmazione di una formazione mirata tesa a valorizzare le eccellenze e risolvere le criticità. Al fine di realizzare una standardizzazione ed un'implementazione dei sistemi di valutazione del personale in uso nelle diverse realtà, garantendo l'omogeneità del sistema stesso, nel rispetto degli strumenti fissati dai contratti di lavoro, la regione ha emanato le Linee di Indirizzo per la valutazione del personale del SSR e la politica di distribuzione delle risorse economiche attinenti alla produttività (premio di risultato).
Con deliberazione n. 465 del 28 maggio 2012 la Giunta regionale aveva già dato disposizioni in applicazione del d.lgs 150/2009 in merito alla costituzione degli O.I.V. e alla distribuzione delle risorse aggiuntive.
Con l'emanazione delle ultime Linee di indirizzo può dirsi concluso da un punto di vista normativo l'intervento del coordinamento regionale. Dal punto di vista operativo è interesse della Regione monitorare nel tempo l'applicazione e l'efficacia delle linee di indirizzo e garantire che il sistema di valutazione rappresenti uno strumento di valorizzazione delle risorse umane e di crescita dell'efficienza e dell'efficacia del sistema nel suo complesso. A tal fine la Regione provvederà a istituire un tavolo regionale di coordinamento, consulenza e monitoraggio.
Tale tavolo costituirà il punto di riferimento per le Direzioni delle Aziende ed Enti del SSR per tutto ciò che attiene il Sistema di valutazione del personale e le sue dirette e indirette conseguenze.

Questo percorso costituisce un'opportunità per sviluppare ulteriormente la riflessione sulle risorse umane. Obiettivo della valutazione non è "differenziare", ma "rilevare le differenze esistenti"; il sistema di misurazione e valutazione è prima di tutto strumento di "conoscenza" del sistema stesso, delle attività svolte e delle capacità possedute, al fine di motivare, sviluppare e valorizzare le risorse umane. Tutto ciò sia in un' ottica premiante che in un'ottica di possibile risoluzione delle criticità rilevate anche attraverso percorsi formativi mirati, tenendo conto dei nuovi ruoli emergenti nel sistema e delle specificità di ruolo e di rapporto dei diversi professionisti del sistema sanitario e sociale.
Il percorso di valutazione individuale si pone come elemento di chiusura del ciclo di programmazione regionale che si apre con il PSSIR e la programmazione quinquennale e, passando per la programmazione aziendale e di Area Vasta, arriva alla declinazione degli obiettivi individuali.
All'interno delle Aziende il processo di valutazione deve essere a pieno titolo un elemento del ciclo di programmazione finalizzato al miglioramento sia delle strutture e dei servizi che del singolo professionista; a tale scopo la funzione di gestione del processo di valutazione deve essere assegnata in modo tale da garantirne l'integrazione con le funzioni già esistenti in Azienda finalizzate allo sviluppo delle risorse umane, quali le politiche del personale e la formazione. Prerequisito fondamentale di un qualunque sistema di misurazione e valutazione è la disponibilità di procedure efficienti di raccolta dei dati dai quali possano venire calcolati indicatori che siano semplici, misurabili, accessibili, ripetibili e tempestivi; la mancanza di fonti e strumenti idonei alla raccolta dei dati, o il loro scarso o non corretto uso, rende talora difficile scegliere indicatori adeguati a "misurare" i risultati nell'ambito dei sistemi socio-sanitari.

A tale proposito la Regione si impegna a realizzare e diffondere strumenti idonei ad una efficiente raccolta dati, quali una cartella clinica informatizzata con contenuti omogenei in tutta la Regione, fattore chiave per un corretto e trasparente processo di misurazione e valutazione, nell'ottica dell'impegno assunto da questo Piano per lo sviluppo di un sistema informativo efficace e completo, che si basi sulla qualità del dato raccolto nei processi sanitari e sociali.
Per la gestione del sistema di valutazione di struttura e individuale, alcune Aziende stanno sperimentando una piattaforma condivisa informatizzando il percorso di assegnazione obiettivi e di misurazione e valutazione. La Regione, una volta valutata la fattibilità dell'intervento, s'impegna a

promuovere la diffusione di tale piattaforma informatica per la gestione omogenea e coordinata di tutti i processi di valutazione aziendali.

8.2.3.1 La valutazione come strumento di crescita dei professionisti

La valutazione collegata ai processi di valorizzazione delle risorse umane parte dagli strumenti contrattuali a disposizione e conseguentemente dalla constatazione che l'applicazione degli stessi ha prodotto nel tempo varie criticità in ordine alla loro effettiva realizzazione.
Ciò con particolare riferimento ad una scarsa omogeneizzazione di tali percorsi nelle diverse aziende, ad una cristallizzazione delle posizioni di carriera acquisite, alla difficoltà di accesso a percorsi di crescita che rispondano efficacemente alle esigenze aziendali anche in contesti di rapido cambiamento, ad una scarsa connessione tra percorsi di carriera e valutazione del personale, alla mancanza di politiche del personale volte alla individuazione ed implementazione di sistemi di valorizzazione alternativi e premianti rispetto a quelli normalmente praticati.
In realtà, si tratta di sviluppare delle politiche di valorizzazione che, partendo da istituti e percorsi professionali che sono già previsti o comunque consentiti dal CCNL di riferimento rispondano ancor più alle logiche di selettività, premialità e meritocrazia.
In quest'ottica, risulta particolarmente adeguata agli scopi di cui sopra la valorizzazione e la diffusione degli incarichi di natura professionale sia per il comparto che per la dirigenza che possono costituire una importante leva premiale ed una opportunità di crescita professionale anche alternativa rispetto a quella gestionale (incarichi di struttura semplice e complessa) cui fino ad oggi si sono dedicate la maggior parte delle risorse economiche.
Naturalmente la valorizzazione di tali incarichi non può prescindere dagli strumenti già in uso e relativi alla misurazione della performance organizzativa. In particolare, la rilevazione dei "gap" prestazionali nelle singole aziende non può rimanere un elemento a se stante ma assume una specifica rilevanza se visto nell'ottica di un risultato da conseguire. E' quindi necessario intervenire attraverso anche investimenti mirati in termini di formazione e valorizzazione del personale affinché anche la misurazione della performance organizzativa porti in senso positivo alla crescita dei nostri professionisti e delle nostre organizzazioni.
La regione proporrà di attivare un percorso a livello di area vasta, che attraverso l'analisi dei vari *setting* clinici assistenziali proceda all'individuazione delle aree di miglioramento, da punto di vista professionale di ogni singola azienda ed individui al tempo stesso il *best performer* e quindi l'eventuale fonte cui riferirsi per la ripetizione dei modelli, la diffusione delle tecniche, lo sviluppo dei professionisti.

8.2.4. Gli effetti attesi e la valutazione di risultato delle politiche sociali

Contesto
A livello regionale l'attività pianificatoria socio-sanitaria si avvale delle valutazioni integrate condotte dal NURV con riferimento alla coerenza interna ed esterna delle politiche, dalle analisi condotte da ARS sull'efficacia e la qualità dell'assistenza sanitaria, le indagini di IRPET sulla valutazione ex ante degli effetti attesi dei programmi
Se il sistema della valutazione delle politiche e dei programmi socio-sanitari è nel complesso ricco ed articolato, tuttavia manca una strategia di valutazione dell'impatto dei servizi sociali a livello territoriale e delle politiche a livello regionale, ovvero degli effetti netti realizzati sulla popolazione target in conseguenza diretta delle azioni osservate tenendo conto anche degli effetti inattesi, sia di segno positivo che negativo.

Obiettivi
Nel settore delle politiche sociali è necessario intervenire realizzando procedure sistematiche di valutazione partecipata della qualità degli interventi (livello locale) e delle politiche (livello regionale), anche in considerazione dell'enfasi posta sulla partecipazione da parte del legislatore toscano, in generale, e della previsione di specifici strumenti partecipativi e valutativi all'interno del sistema di governo delle SDS/ZD.
In particolare occorre procedere alla messa a punto del sistema di valutazione strategica ed integrata delle politiche sociali che accompagni tutto il ciclo della programmazione (ex ante, in itinere ed ex post) quale supporto strutturato e sistematico in grado di elaborare e produrre continuamente *feedback* sui vari segmenti progettuali (bisogni-settori), ai vari livelli in cui essi si realizzano (zonale, regionale) ed in modo da poter essere usati da tutti gli attori coinvolti (operatori, decisori, utenti). In questo l'esigenza all'interno delle politiche di costruzione del sistema informativo del sociale quale contributo al più generale sistema della condivisione della conoscenza, dello sviluppo di un modulo orientato a supportare tutte le fasi della programmazione e quale strumento condiviso dai vari livelli istituzionali e organizzativi (comuni, Zone, SdS, ASL Regione ..) di supporto alle decisioni.

Questo passa attraverso la definizione di un modello valutativo comprensivo delle specificazioni tecnico-metodologiche dei diversi protocolli di indagine e delle indicazioni operative per la loro implementazione, anche tramite la sperimentazione in alcune SdS e attraverso un adeguato percorso formativo.
Gli elementi caratterizzati il sistema di valutazione di politiche sociali sono individuabili nelle esigenze di:

- affiancare alla valutazione delle performance la valutazione della qualità dei programmi e delle loro potenzialità/criticità nascoste ed inattese
- integrare la rendicontazione gestionale con strategie di valutazione partecipata che abbiano l'obiettivo di promuovere nei diversi contesti l'apprendimento organizzativo ed il potenziamento delle competenze pro-attive di ciascuno degli attori del sistema
- evidenziare le buone pratiche in termini di qualità degli interventi, integrazione dei processi sociali e sanitari, e sostenibilità delle soluzioni al fine di una valutazione sulla risposta organizzativa del sistema
- razionalizzare e standardizzare il quadro conoscitivo dei fabbisogni e dei servizi offerti al
- fine di una valutazione comparata dei costi.

8.2.5. L'Osservatorio Sociale Regionale

L'Osservatorio sociale regionale si occupa delle attività di osservazione, monitoraggio e analisi dei fenomeni sociali nonché del monitoraggio e analisi di impatto delle relative politiche. In particolare ha il compito di realizzare il sistema regionale di osservazione, monitoraggio, analisi dei fenomeni sociali a supporto degli interventi e servizi integrati per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale (l.r. 41/2005 art. 40). Tali funzioni sono ulteriormente assegnate all'Osservatorio in modo specifico

anche da leggi tematiche come le norme contro la violenza di genere (l.r. 59/2007 art.10) e la normativa per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana (l.r. 29/2009, art. 6, commi 13 e 14). Il fine primario è quello di fornire supporto conoscitivo nelle fasi di programmazione, monitoraggio e valutazione delle politiche arricchendo e traducendo informazioni e dati, provenienti sia da basamenti informativi che da indagini ad hoc quali-quantitative, in conoscenza aggiuntiva rispetto alle caratteristiche e all'evoluzione del fenomeno preso in esame, piuttosto che al grado di influenza che ha su di esso la programmazione (analisi di impatto sui fenomeni all'interno del processo di *policy making*).
Per la realizzazione delle attività di Osservatorio sociale regionale la Regione Toscana instaura rapporti di collaborazione con università, istituti pubblici e privati in modo da assicurare la raccolta, lettura, valorizzazione e diffusione dei dati e delle informazioni necessarie alla conoscenza utile alla programmazione, gestione, monitoraggio e valutazione delle politiche sociali.
Le funzioni di Osservatorio sociale regionale sono realizzate e portate avanti in modo specifico attraverso un lavoro di rete con gli Osservatori sociali provinciali (l.r. 41/2005 artt. 13 e 40).
In questo quadro, per il periodo di vigenza del Piano sanitario e sociale integrato, la Regione Toscana individua una serie di azioni prioritarie sulle quali svolgere le funzioni previste di Osservatorio sociale: marginalità e disagio grave, percorsi di inclusione sociale, immigrazione, violenza di genere, accesso ai servizi sociali, condizione abitativa e condizioni delle famiglie.
L'obiettivo di fondo dell'impianto complessivo del sistema di Osservatori sociali regionale e provinciali, rafforzato anche dalla disciplina del Servizio sanitario regionale (l.r. 40/2005 art.71 septies decies), viene individuato nella realizzazione di una rete conoscitiva a supporto del sistema di welfare regionale e locale.

8.2.5.1. Il centro regionale di analisi e documentazione su infanzia e adolescenza: strumento di conoscenza, monitoraggio e coordinamento

Contesto
I processi e i percorsi di intervento attraverso i quali si attuano i diritti dei minori sanciti dalle normative sono caratterizzati da un'alta complessità che scaturisce in primo luogo da livelli di responsabilità, competenze e funzioni variamente intrecciati e in capo a soggetti diversi (rimando alla sezione "Diritti e tutele per bambini, adolescenti e famiglie").
La regia e il governo di questo sistema delicato deve poter contare su una serie di strumenti attraverso i quali le esigenze di tutela, protezione e cura che i servizi sono chiamati ad assicurare possano essere supportate ed espresse in un quadro quanto più possibile organico al quale contribuiscano tutti gli attori e i soggetti interessati.
Nelle scelte operate dalla Regione Toscana all'indomani dei percorsi aperti dalle normative emanate tra gli anni 90 del Novecento e l'inizio del secolo successivo sono ravvisabili due direttrici significative:

- l'organizzazione di un polo conoscitivo sulla condizione dei minori e delle famiglie, con appendici dedicate alla formazione e alla documentazione scientifica: è nato in tal modo il centro regionale di documentazione sull'infanzia e l'adolescenza ed il correlato osservatorio regionale sui minori, quali organismi di supporto alle politiche regionali e locali riconosciuti poi dalla legge regionale 31 del 2000 che ne ha specificato le funzioni attribuendone la gestione all'Istituto degli Innocenti di Firenze
- l'individuazione in ognuna delle 34 realtà territoriali sociali (all'epoca Zone Socio Sanitarie, oggi quasi tutte SdS) di un livello di responsabilità univoco sia per le tematiche della tutela minorile che dell'adozione, rappresentato dal referente di zona dell'area minori e dal Responsabile Organizzativo per l'Adozione- ROA (le due figure spesso hanno coinciso)

Nel decennio di attività svolta all'interno della cornice normativa rappresentata dalla legge regionale 31/2000, il centro regionale di documentazione su infanzia e adolescenza e l'osservatorio minori hanno potuto consolidare i presupposti fondanti sviluppando campi d'azione peculiari:

- l'individuazione degli indicatori funzionali a monitorare e valutare gli interventi, i servizi e le politiche dedicati ai minori che vivono fuori famiglia e in famiglia, con la costruzione dei basamenti informativi e l'implementazione delle banche dati
- la documentazione del lavoro sociale e socio educativo svolto dai servizi, la raccolta e l'analisi delle evidenze scientifiche risultanti dai flussi informativi, la gestione della Innocenti Library, biblioteca specializzata sulle tematiche dei diritti dei minori
- la promozione dell'aggiornamento professionale e della formazione integrata e multidisciplinare

Gli strumenti e le direttrici di lavoro individuate hanno potuto realizzarsi ed alimentarsi grazie alla collaborazione attiva dei referenti territoriali che, in un rapporto diretto con il centro regionale, hanno contribuito alla costruzione e al rafforzamento della rete locale per la raccolta delle informazioni, la condivisione e l'aggiornamento degli indicatori, la restituzione dei risultati.
Questo rapporto virtuoso di collaborazione ed integrazione rischia di essere messo in crisi: a fronte dello sviluppo del centro regionale si assiste infatti ad una contrattura della rete dei referenti per l'area minori ascrivibile a problematiche gestionali (*turn-over* operatori, gestione risorse) ed anche organizzative (costituzione SdS) che di fatto logorano la tenuta di questo livello di coordinamento.

Obiettivi
Nell'ambito del macro obiettivo di garantire metodologie, prassi operative e strumenti utili a supportare i livelli decisionali necessari alla programmazione e all'attuazione delle politiche sociali integrate e ad implementare il sistema informativo regionale, si individuano i seguenti obiettivi specifici:

- promuovere e valorizzare le attività svolte dal centro regionale di documentazione ed analisi sull'infanzia e l'adolescenza e dall'osservatorio minori, per renderli strumenti tecnici, scientifici, operativi e formativi di supporto all'affermazione sul territorio regionale dei diritti dei minori, per l'attuazione dei livelli di intervento sanciti dalla legge 149/2001 e dalle norme regionali
- sviluppare il rapporto di collaborazione e di supporto con e per il territorio (SdS, comuni, aziende sanitarie ecc.) per calare il sistema delle conoscenze e dell'analisi dei flussi informativi nelle singole zone, offrendo basi comuni di conoscenza e di raffronto e per coprire esigenze informative locali utili alla programmazione decentrata (profili di salute, grappolo di indicatori, approfondimento fenomeni specifici)
- realizzare piani di attività orientati non solo all'analisi di "ciò che è accaduto" ma anche all'intercettazione precoce dei fenomeni, alla loro lettura in tempo utile ad offrire ai soggetti istituzionali strumenti di conoscenza e di intervento allineati alla esigenze e alle fasi della programmazione
- riaffermare la centralità della rete di referenti territoriali per l'area minori quali nodi nevralgici per il raccordo, la condivisione, il confronto e la discussione delle azioni, degli interventi e dei servizi del sistema delle tutele e della promozione dell'infanzia e dell'adolescenza.

Azioni

- sviluppare forme di dialogo, di collaborazione di scambio tra i sistemi informativi afferenti all'osservatorio regionale minori e gli altri osservatori regionali o con i diversi sistemi di raccolta dati e di monitoraggio, al fine di condividere linguaggi comuni, costruire batterie di indicatori omogenee, disporre di competenze multi professionali da spendere nell'emersione e nell'analisi dei fenomeni
- monitorare l'applicazione degli indicatori individuati per la costruzione dei profili di salute delle SdS/Zone e supportare la programmazione territoriale sia attraverso la condivisione dei fenomeni da rilevare, sia attraverso la messa a disposizione delle informazioni utili alla restituzione delle caratteristiche sociali e demografiche della zona e al confronto con le altre realtà regionali
- revisionare la l.r. 31/2000 per l'aggiornamento della cornice normativa di riferimento e per lo sviluppo delle attività del centro regionale su infanzia e adolescenza nella direzione del sostegno e della promozione degli strumenti di tutela dei minori, per la qualificazione dei servizi territoriali dedicati, per la crescita e l'aggiornamento delle professionalità coinvolte, per

il monitoraggio dei percorsi socio-educativi e socio-sanitari attivati nell'ambito della rete integrata dei servizi a supporto delle famiglie in difficoltà e per i minori a rischio o allontanati

- allineare gli indicatori e i flussi informativi al percorso di adozione della cartella sociale minori, anche attraverso le opportunità offerte dal progetto nazionale SI.n.Ba. e comunque orientando il lavoro verso la correlazione delle metodologie, degli istituti di tutela, degli interventi e dei servizi caratterizzanti la presa in carico e l'assistenza predisposti dai servizi territoriali (équipe multi professionali, valutazione del rischio di allontanamento, affidamento, protezione in via d'urgenza, progetti personalizzati, monitoraggio accoglienza in struttura ecc.)
- valorizzare il ruolo dei referenti dell'area minori da individuare in ogni SdS/Zona, anche attraverso il lavoro di un tavolo di coordinamento regionale che, con il supporto tecnico, scientifico e logistico-organizzativo del centro regionale, definisca le funzioni di tali referenti ed affronti, in una logica di confronto ed integrazione, le tematiche caratterizzanti l'area della tutela e della promozione minorile, nonché l'alimentazione dei flussi informativi, e condivida strumenti operativi, soluzioni organizzative e linguaggi omogenei su tutto il territorio regionale.

9. LE RISORSE

9.1. Assetti economici

9.1.1. Il Fondo Sanitario Regionale

Ai sensi dell'art. 25, comma 1, della l.r. 40/2005, il Fondo sanitario regionale, viene suddiviso in tre parti:

1) Fondo ordinario di gestione della aziende unità sanitarie locali ed al funzionamento dll'ESTAR;
2) Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi;
3) Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema.

Il fondo ordinario di gestione è finalizzato ad assicurare le risorse per la gestione ordinaria delle attività, siano esse gestite direttamente dalle aziende unità sanitarie locali che da queste erogate tramite produttori diversi pubblici e privati in base alla normativa vigente. Esso è distribuito tra le aziende unità sanitarie locali secondo un criterio di equità rispetto alla popolazione residente opportunamente ponderata in ragione del bisogno rilevato. Il fondo inoltre finanzia il funzionamento dell'ESTAR, quantificato per ciascun esercizio di vigenza del piano in misura pari all'importo complessivamente assegnato nell'esercizio precedente eventualmente modificabile in relazione alla dinamica delle risorse e alla sostenibilità del sistema.
I fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi sono finalizzati a sostenere finanziariamente programmi regionali ed azioni di piano tese alla copertura di specifici fabbisogni per servizi di alta qualificazione o per interventi di particolare rilievo nell'ambito delle politiche regionali di sostegno delle attività rivolte alle fasce di popolazione più debole.
I fondi finalizzati all'organizzazione del sistema sono destinati a finanziare organi e istituzioni sanitarie di carattere regionale, le funzioni regionali di riferimento delle Aziende sanitarie, nonché le iniziative dirette della Regione in materia di innovazione e sviluppo del sistema, ivi compresa l'erogazione di assistenza a fasce particolarmente svantaggiate nell'ambito di progetti di cooperazione internazionale.
L'importo del fondo e del Fondo Ordinario di Gestione è calcolato con la procedura seguente:

- Calcolo del costo pro-capite ponderato di ciascuna azienda usl.
- Calcolo del Costo pro-capite Standard definito come il costo medio delle 3 usl con costo pro-capite minore.
- Determinazione del Fondo ordinario di Gestione, ottenuto moltiplicando il Costo pro-capite Standard, al netto delle entrate proprie, per il totale della popolazione ponderata regionale. Tale valore rappresenta il fabbisogno di risorse delle aziende usl a livello regionale qualora avessero costi pro-capite ponderati medi pari alle tre usl con costi minori.

Il Fondo è poi integrato con l'importo da assegnare ad ESTAR con le modalità già indicate.
Ai sensi dell'art. 25, comma 2, della l.r. 40/2005, la Giunta regionale può procedere all'accantonamento di quote del fondo sanitario regionale da destinare al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema e da attribuire alle aziende sanitarie anche sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati, tenuto conto anche degli indici di deprivazione e povertà in quanto direttamente correlati con lo stato di salute della popolazione.

- L' importo del Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario è calcolato come differenza fra Il Fondo Sanitario Regionale, al netto dei Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi e dei Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema, ed il Fondo Ordinario di Gestione.
- In ogni caso il Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario del sistema non può essere determinato per un importo superiore al 7,5% del Fondo Sanitario Regionale. L'eventuale quota eccedente è aggiunta al Fondo Ordinario di Gestione.

In termini programmatici, si conferma il vincolo di destinazione del fondo sanitario regionale per la prevenzione previsto dal precedente piano sanitario regionale nel 5%, alla cui determinazione

concorrono i finanziamenti ordinari per quota capitaria alle aziende unità sanitarie locali e parzialmente i fondi speciali a destinazione vincolata, che dovranno tener conto anche dell'allocazione dei Laboratori di Sanità Pubblica.
Del 5% così definito, si assume nel triennio al 2% l'obiettivo di spesa per l'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro.

9.1.2. Il Fondo Sociale Regionale

Il Fondo Sociale Regionale

Il Fondo Sociale Regionale rappresenta il principale strumento finanziario regionale per lo sviluppo omogeneo sul territorio del sistema degli interventi e dei servizi sociali,

- Contribuiscono alla sua composizione il Fondo Regionale di Assistenza Sociale ed il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali. L'andamento complessivo del Fondo Sociale Regionale ha risentito negli ultimi anni di una mancanza di certezza di continuità del finanziamento, dovuta principalmente alla progressiva consistente contrazione dei finanziamenti di origine statale. Il fondo viene ripartito in tre parti:
- trasferimenti ordinari Zone distretto (quota non inferiore all'80% del totale) a carattere contributivo e perequativo, rispetto all'impegno finanziario dei Comuni e degli Enti Locali, per il mantenimento ed il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali in particolare per l'attuazione degli obiettivi di servizio correlati ai Livelli Essenziali di Prestazione di assistenza sociale
- fondo di solidarietà interistituzionale per sostenere le zone distretto (quota non inferiore al 10% del totale) per interventi urgenti non programmabili che creano squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni
- interventi di interesse regionale che assumono valenza di strumenti di qualificazione del sistema e di progressiva attuazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni, di sperimentazione di azioni trasversali e di interventi conseguenti ad obblighi di legge (utilizzando le risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque non superiore al 10% del totale).

9.1.3. Criteri di ripartizione economica

Il Finanziamento Ordinario alle aziende sanitarie

a) Il Finanziamento Ordinario alle aziende USL
Il totale del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali è determinato annualmente dalla Giunta regionale sulla base di quanto già indicato nel paragrafo 9.1.1

Per l'assegnazione del fondo ordinario di gestione alle aziende unità sanitarie locali si seguono i seguenti criteri:
a) L'85% del fondo è ripartito a livello regionale tra i livelli e i sottolivelli di assistenza in quote determinate, tenendo conto delle risorse effettivamente impiegate negli esercizi precedenti, corrette da indicazioni programmatiche e depurate delle quote finalizzate relative ai fondi speciali, che non si distribuiscono uniformemente tra tutti i livelli di assistenza; per gli anni 2012-2015 le quote nette di distribuzione del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali sono le seguenti:

Livelli e sottolivelli	Composizione % del fondo
Prevenzione collettiva	5,00
Assistenza territoriale	53,00
Di cui:	
Assistenza medica di base	5,50
Assistenza farmaceutica	14,00
Assistenza specialistica ambulatoriale	14,00
Assistenza distrettuale	7,50
Riabilitazione	2,50
Assistenza agli anziani	3,50
Salute mentale	4,50
Dipendenze	1,50
Assistenza ospedaliera	42,00

Tabella 1

La quota di fondo per la prevenzione è attribuita, nei limiti dell'ammontare complessivamente determinato in relazione alla precedente tabella, in quota parte in sede di assegnazione del fondo ordinario ed in quota parte, determinata annualmente dalla Giunta regionale, sulla base di specifici progetti, in linea con le linee guida definite dal Piano in vigore. Per ciascun livello l'attribuzione alle aziende unità sanitarie locali delle risorse di cui al fondo ordinario di gestione è determinata sulla base della popolazione residente suddivisa per classe d'età con pesi differenziati per ciascuna classe in relazione ai differenti e specifici consumi per abitante rilevati. Per popolazione residente si intende quella ufficialmente riconosciuta nei flussi regionali relativi alle rilevazioni anagrafiche dei comuni toscani, nonché, in quanto aventi diritto all'assistenza, gli stranieri extracomunitari non residenti con o senza regolare permesso di soggiorno.
I pesi attribuiti alle classi d'età per livello e sotto-livello sono riportati nella tabella allegata al presente Piano sanitario regionale (allegato 1).

b) Il 10% del fondo è attribuito alle aziende sanitarie sulla base della popolazione residente pesata in relazione alle condizioni socio-ambientali del territorio delle aziende medesime. Alla determinazione di tali condizioni si perviene utilizzando le seguenti quote ed i seguenti pesi:

• il 5% per le caratteristiche morfologiche del territorio, con pesi applicati alla popolazione come di seguito indicato

Caratteristiche del territorio	Peso
Pianura	1,0
Collina litoranea	1,5
Collina interna	2,0
Montagna	3,0
Isole	10,0

Tabella 2

• il 5% destinato a riconoscere i maggiori fabbisogni derivanti dal grado di accentramento della popolazione in ragione dei maggiori costi registrati nelle zone ad alta dispersione abitativa e dei maggiori consumi presenti nelle aree a forte concentrazione urbana. Il parametro utilizzato, definito di "accentramento /rarefazione" della popolazione, valuta le caratteristiche insediative dei territori delle diverse aziende unità sanitarie locali individuando sei classi caratteristiche alla cui popolazione relativa è attribuito un peso così determinato:

Distribuzione della popolazione	Peso
Popolazione in centri abitati inferiori a 2.500 abitanti	10
Popolazione in centri abitati da 2.501 a 5.000 abitanti	8
Popolazione in centri abitati da 5.001 a 10.000 abitanti	3
Popolazione in centri abitati da 10.001 a 50.000 abitanti	2
Popolazione in centri abitati da 50.001 a 100.000 abitanti	1,5
Popolazione in centri abitati superiori a 100.000 abitanti	2,5

Tabella 3

c) Il 5% del fondo è attribuito in proporzione ai tassi di prevalenza, standardizzati per età, moltiplicati per la popolazione residente maggiore di 16 anni, relativi alle diverse patologie croniche, rilevate dall' ARS, e ponderate con i pesi della seguente tabella:

Patologia Cronica	Pesi
Diabete Mellito	1,11
Pregresso Ictus	1,55
Insufficienza Cardiaca	1,35
BPCO	1,11
Cardiopatia Ischemica	1,61

Tabella 4

b) Il Finanziamento Ordinario alle aziende ospedaliero-universitarie e alla Fondazione Monasterio

Per il finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie e della Fondazione Monasterio i criteri sono i seguenti:

- le aziende ospedaliero universitarie e la Fondazione Monasterio sono finanziate in via principale dalla remunerazione delle prestazioni erogate e valorizzate in base ai tariffari regionali;
- la Regione attua una politica tariffaria tendente a incentivare o a disincentivare forme di erogazione, o particolari prestazioni, al fine di ottenere maggiori livelli di appropriatezza e di favorire la concentrazione delle funzioni di alta specializzazione nelle aziende ospedaliere e nella Fondazione Monasterio;
- l'entità dei trasferimenti tra aziende unità sanitarie locali ed Aziende Ospedaliero Universitarie e Fondazione Monasterio può essere regolata, in sede di concertazione di Area Vasta, da accordi tra le stesse, in cui si possono determinare:

- i volumi massimi erogabili per settore di prestazioni e il livello atteso

- alcuni valori tariffari particolari anche articolati per percorsi assistenziali

- sistemi alternativi di pagamento per funzioni assistenziali particolari

- volumi finanziari di scambio onnicomprensivi, definiti in base a volumi di prestazioni complessivamente predeterminati.

La Giunta regionale promuove gli accordi, anche intervenendo sulla loro congruità e correttezza in relazione agli indirizzi della programmazione regionale.

c) Fondi finalizzati

Annualmente, la Giunta regionale provvede ad accantonare sul fondo sanitario regionale le quote corrispondenti ai finanziamenti necessari:

- al funzionamento di enti o organismi regionali costituiti ai sensi di legge e all'esercizio delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema
- al finanziamento delle Aziende Ospedaliere e della Fondazione Monasterio
- alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale
- Al finanziamento delle funzioni regionali di riferimento delle Aziende sanitarie

c.1) Fondi destinati al funzionamento di enti o organismi regionali costituiti ai sensi di legge e all'esercizio delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema

Rientrano in questa categoria di fondi:

a. fondo per il finanziamento dell'ARS, determinato misura pari all'importo complessivamente assegnato nell'esercizio precedente eventualmente modificabile in relazione alla dinamica delle risorse e alla sostenibilità del sistema ed ai bisogni di informazione della Regione Toscana. L'ammontare del finanziamento annuo, tiene conto anche dei risultati economici degli esercizi precedenti e dei programmi di attività predisposti dall'agenzia;
b. fondo per il finanziamento di quota parte delle attività dell'ARPAT determinato ai sensi della l.r. 66/1995;
c. fondo per il finanziamento delle attività dell'Istituto per lo Studio e Prevenzione Oncologica (ISPO) di cui all'articolo 11 comma 1, lettera a), della l.r. 3/2008. Tale fondo è quantificato per ciascun esercizio di vigenza del Piano in misura pari all'importo complessivamente assegnato nell'esercizio precedente eventualmente modificabile in relazione alla dinamica delle risorse e alla sostenibilità del sistema.

d. Spese dirette della Direzione Generale: Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale;

c.2) Fondi destinati al finanziamento delle aziende ospedaliere-universitarie e della Fondazione Monasterio

Rientrano in questa categoria di fondi:

a) fondo di sostegno all'attività di alta specializzazione delle aziende ospedaliere-universitarie e della Fondazione Monasterio . Il fondo è determinato, per ciascun anno di vigenza del Piano in 155 Meuro ed è ripartito fra aziende ospedaliere e la Fondazione Monasterio in proporzione al valore tariffario dei DRG di alta specialità (peso superiore a 2,5)
b) fondo per la funzione di didattica, ricerca e diffusione dell'innovazione nelle aziende ospedaliero-universitarie e nella Fondazione Monasterio per attività gestite con risorse del servizio sanitario regionale e dell'università. Il fondo è ripartito tra le aziende ospedaliero-universitarie e la Fondazione Monasterio in proporzione a specifici indicatori basati sull'impact factor totale aziendale, elaborato nell'ambito del sistema della valutazione della performance della sanità toscana. Il fondo è determinato, per ciascun anno di vigenza del Piano in 20 Meuro
c) specifici finanziamenti per le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario
d) specifici fondi per l'integrazione nella rete formativa delle aziende sanitarie.

c.3) Fondi destinati alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale.

I fondi accantonati e finalizzati a programmi di interesse regionale costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale o sulla base di progetti specifici, anche in funzione degli obiettivi contenuti nel presente Piano.
L'assegnazione dei Fondi speciali di fi nanziamento destinati a progetti specifi ci seguirà i seguenti criteri:

a) i progetti devono riguardare argomenti o settori specifici definiti;
b) b) i progetti devono contenere in modo esplicito indicatori di risultato o, eventualmente di processo, la cui tipologia è definita sulla base di un atto di indirizzo regionale, con i quali è valutata l'esecuzione del progetto stesso;
c) per i finanziamenti di natura pluriennale, in mancanza di una valutazione finale o in presenza di una valutazione negativa, l'assegnatario non potrà usufruire, per l'anno successivo, di finanziamenti speciali dello stesso tipo. La valutazione del progetto e l'utilizzo delle risorse attribuite fa parte della valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende.

Per tali Fondi, la Giunta regionale può stabilire che la erogazione negli esercizi successivi al primo sia condizionata alla valutazione positiva degli obiettivi raggiunti ed alla disponibilità di una adeguata rendicontazione economica. I fondi speciali finalizzati sono definiti annualmente con legge di bilancio.

c.4) Fondi destinati al finanziamento delle funzioni regionali di riferimento delle aziende sanitarie

I fondi accantonati e finalizzati al finanziamento delle funzioni regionali di riferimento delle aziende sanitarie costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale sulla base di progetti specifici relativi a funzioni regionali di riferimento anche in funzione degli obiettivi contenuti nel presente Piano.

9.1.4. Il Finanziamento Ordinario alle Sds/Zone distretto per il mantenimento e il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali

Il riparto 2014 in continuità con il PISR precedente è stato effettuato sulle percentuali di riparto in atto, come da seguente tabella

ZONA SOCIOSANITARIA	percentuale di riparto
Apuane	4,02
Lunigiana	1,89
Piana di Lucca	3,94
Valle del Serchio	2,36
Pistoiese	4,49
Valdinievole	3,09
Pratese	6,99
Alta Val di Cecina	0,85
Pisana	4,74
Valdera	2,69
Bassa Val di Cecina	2,03
Elba	0,96
Livornese	5,13
Val di Cornia	1,65
Alta Val d'Elsa	1,61
Amiata Valdorcia	0,82
Senese	2,86
Valdichiana Senese	1,47
Aretina	3,18
Casentino	1,13
Valdichiana aretina	1,31
Valtiberina	1,21
Valdarno	2,22
Amiata Grossetana	0,83
Colline dell'Albegna	1,56
Colline Metallifere	1,24
Grossetana	2,56
Fiorentina Nord Ovest	5,62
Fiorentina Sud Est	4,10
Firenze	11,14
Mugello	1,79
Empolese	4.43
Valdarno Inferiore	1,77
Versilia	4,33

Dal 2015 saranno individuati con atto della Giunta Regionale nuovi criteri di assegnazione delle risorse al territorio in grado di cogliere la dinamica dei fenomeni sociali con particolare attenzione ai seguenti indicatori, per poter delineare un sistema di riparto quanto più in linea con i bisogni emergenti dal territorio:

- popolazione per fasce omogenee di età
- disoccupazione
- immigrazione
- redditi dei singoli e/o famiglie
- povertà
- altri indicatori che saranno ritenuti confacenti agli obiettivi

Tali criteri saranno utilizzati fino all'entrata in vigore del sistema dei fabbisogni e costi standard nella funzione fondamentale "Assistenza Sociale" attualmente in fase di definizione da parte del Governo.

9.1.5. Il Fondo di Solidarietà Interistituzionale

La legge regionale 24 febbraio 2005 n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", all'art. 46 prevede l'istituzione di un "Fondo di Solidarietà Interistituzionale" destinato agli enti locali per far fronte alle spese di carattere urgente ed emergenziale. In modo particolare, attraverso il fondo, la Regione Toscana contribuisce alle spese connesse a:

- interventi relativi ai soggetti di cui all'articolo 5, commi 2, 3 e 4 della l.r. 41/2005;
- interventi non quantificabili preventivamente in sede programmatoria in quanto derivanti da eventi eccezionali o da fenomeni nuovi per il territorio;
- interventi il cui costo sia suscettibile di creare gravi squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni.

Il Fondo di Solidarietà Interistituzionale viene attribuito ai Comuni, attraverso la Società della salute o Zona distretto.

9.1.5.1. Gli investimenti nel settore sociale

La Regione Toscana promuove, con le politiche regionali in campo sociale, sociosanitario e sociolavorativo azioni di contrasto all'aumento della povertà e dell'esclusione sociale, ed ai livelli sempre più preoccupanti di disoccupazione, soprattutto tra i giovani; a queste si aggiungono l'incremento della popolazione anziana e la contrazione del numero di persone in età lavorativa con azioni di sostegno rivolte a supportare in modo integrato la persona in una fase avversa della vita e la persona in condizione di limitata autonomia, con progetti funzionali capaci di integrare i possibili supporti alla persona e al suo nucleo familiare per la permanenza più lunga possibile nel modo del lavoro, del servizio solidale, del mutuo aiuto tra famiglie.
Nel corso della crisi che imperversa, sono aumentati i rischi di povertà e di esclusione sociale dal mercato del lavoro per numerosi cittadini. Gli investimenti sociali possono concorrere ad accrescere e promuovere la partecipazione alla vita sociale e lavorativa dei cittadini aumenta il livello di benessere e facilita la crescita dell'economia. Nel futuro non solo svolgono una funzione di protezione sociale in fasi avverse della vita ma possono aiutare alla stabilizzazione dell'economia della regione.
E' necessario attivare misure preventive sotto forma di investimenti quanto più possibile tempestivi, rivolti a prevenire eventuali situazioni di emergenza e a preparare le persone ai rischi della vita, piuttosto che a porre rimedio ai danni in una fase successiva. Una componente essenziale degli investimenti sociali sono gli investimenti diretti ad accrescere le capacità e le qualifiche dei cittadini, che migliorano le opportunità di integrazione nella società e nel mercato del lavoro in modo da creare sistemi di protezione sociale adeguati e sostenibili e che soddisfino i bisogni dei cittadini nei momenti critici della loro vita. Il rafforzamento degli investimenti sociali promuove l'economia sociale e delle imprese sociali producendo effetti positivi, in particolare a medio e lungo termine.
I progetti da sostenere saranno individuati sulla base delle seguenti priorità:

a) sperimentazione di strutture residenziali per i cittadini con disabilità, preferibilmente a carattere familiare;
b) centri semiresidenziali o diurni per il sostegno delle non autosufficienza (anziani), della disabilità, alle povertà emergenti;
c) strutture innovative destinate alle persone in una fase avversa della vita e/o in condizione di limitata, con particolare riguardo all'autonomia ai giovani;

d) centri di accoglienza (ospitalità notturna e permanenza diurna) per il disagio estremo, privilegiando le forme di autogestione e di inclusione sociale.
e) Strutture per l'accoglienza dei "senza fissa dimora" che prevedano una rete di servizi in risposta alle emergenze;
f) centri di aggregazione formazione e aiuto nella ricerca di lavoro, facilitazioni in fatto di alloggio e accessibilità dell'assistenza sanitaria.

In particolare le politiche regionali di cui sopra dovranno promuovere:
a) la capillarità e l'incremento dell'offerta per i centri diurni per le persone anziane e per le persone con disabilità anche temporanee, con obiettivi socioeducativi, socializzanti, socioeducativi e riabilitativi;
b) il sostegno economico alle persone anziane e/o persone con disabilità per la promozione della domanda di ausilii informatici e domotici per la connettività sociale e per la autonomia in ambiente domestico e lavorativo;
c) la promozione di reti di solidarietà che abbiano il loro perno nelle associazioni familiari e nelle associazioni di tutela e rappresentanza delle persone anziane e/o persone con disabilità per animare iniziative di mutuo- aiuto (ivi incluse le banche del tempo, le banche dei ricordi, ecc..) e di rafforzamento delle comunità solidali;
d) migliore accesso a servizi sostenibili e di qualità, compresi i servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale;
e) la promozione di progetti di vita indipendente per l'inserimento nel lavoro ovvero per la permanenza nel mondo del lavoro di persone adulte e prossime all'anzianità in condizioni di disabilità;
f) la promozione di iniziative di informazione e sensibilizzazione sui diritti delle persone anziane e/o persone con disabilità e di promozione per la solidarietà tra le generazioni;
g) lotta contro la discriminazione basata sul sesso, l'origine razziale o etnica, la religione o le convinzioni personali, la disabilità, l'età o l'orientamento sessuale;
h) la promozione di iniziative rivolte al recupero degli antichi mestieri in ottica di valorizzazione delle capacità e delle competenze delle persone anziane e/o persone con disabilità a supporto di una rete di opportunità formative e lavorative per i giovani che apprendono gli antichi mestieri e attivano nuove iniziative economiche.
i) gli interventi strutturali finalizzati all'integrazione delle comunità emarginate quali ROM (anche utilizzando strumenti innovativi del settore abitativo).

I progetti dovranno contenere le informazioni in grado di evidenziare le performance degli interventi e consentire la loro valutazione anche rispetto a:
- valenza territoriale dell'intervento;
- aggregazione di soggetti pubblici e del Terzo settore dell'area;
- coordinamento delle azioni;
- integrazione con gli altri settori economici;
- valorizzazione dell'offerta dei servizi alla persona;
- miglioramento degli standard delle prestazioni;
- trasversalità rispetto alle iniziative previste da atti programmatici della Regione Toscana;
- miglioramento di performance espressa in termini di qualità progettuale e qualità di processo;
- costituzione banche dati;
- qualificazione dei servizi erogati anche in termini di informazione, accoglienza al fine dell'adeguamento degli stessi agli standard della normativa regionale in materia.

I progetti di investimento devono contenere il piano relativo alla gestione, prevedendo anche possibilità di autogestione, sono considerati prioritari gli interventi che prevedono un "sostegno leggero" (ovvero servizi di assistenza alla persona che favoriscono il sostegno alla autonomia personale dei soggetti assistiti con particolare attenzione all'inclusione attiva delle persone escluse dal mercato del lavoro).

Le proposte di investimento contenute nel Piano Integrato di Salute assumono come riferimento la strategia e le priorità del PSSIR e definiscono, relativamente a ciascun intervento, i contenuti, le modalità di attuazione, le risorse finanziarie ed i beneficiari degli interventi stessi.
Il Piano Integrato di Salute deve descrivere sinteticamente l'articolazione delle proposte di investimento prioritarie, esplicitando le azioni relative, i contenuti attuativi, il cronogramma ed relativo il piano finanziario, l'articolazione territoriale di intervento. Per ogni proposta deve, altresì, essere redatta una specifica scheda tecnica di intervento che descriva anche gli indicatori di realizzazione, di risultato e di impatto (*outcom*e), con specifiche indicazioni sulle valutazioni di impatto ambientale.
Le proposte contenute nei Piani Integrati di Salute possono riguardare anche beni di proprietà di soggetti del Terzo settore (associazioni non profit, cooperative sociali, etc.) come individuati nell'atto di indirizzo e coordinamento sull'affidamento dei servizi previsto dall'articolo 5 della legge 328/2000.
Le proposte di investimento contenute nel Piano Integrato di Salute assumono come riferimento la strategia e le priorità del PISR e definiscono, relativamente a ciascun intervento, i contenuti, le modalità di attuazione, le risorse finanziarie ed i beneficiari degli interventi stessi.
Il Piano di zona deve descrivere sinteticamente l'articolazione delle proposte di investimento prioritarie, esplicitando le azioni relative, i contenuti attuativi, il cronogramma ed relativo il piano finanziario, l'articolazione territoriale di intervento. Per ogni proposta deve, altresì, essere redatta una specifica scheda tecnica di intervento.
Il Piano degli investimenti, contenuto nel Piano Integrato di Salute, costituisce riferimento operativo per i servizi socio-assistenziali locali, definendo obiettivi e indicatori, proponendo anche:

- la ricognizione delle strutture pubbliche e private autorizzate o comunicate ai sensi del decreto ministeriale solidarietà sociale 308/2001 comprese le aree di sosta e transito per nomadi che sono attive nella zona socio-sanitaria;
- l'integrazione con gli altri comparti;
- la prospettive finanziarie.

In questo modo le autorità locali possono modulare in funzione dei bisogni specifici le priorità di intervento e procedere ad un'assegnazione di risorse nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie.
Le risorse saranno attivate nella forma di:

a. contributo in conto capitale per la compartecipazione (fino al 50%) alla realizzazione degli interventi legati all'incremento della capacità di offerta dei servizi alla persona;
b. contributo in conto interessi (anche con l'istituzione di un "Fondo di rotazione") per interventi volti all'adeguamento delle strutture e messa a norma di carattere generale.

Per tali interventi saranno utilizzate le risorse ordinarie della Regione, quelle trasferite dallo Stato o dalla Unione Europea in modo finalizzato attraverso una progettazione coordinata di interventi, pubblici e privati per la realizzazione, in un'ottica di sostenibilità, di obiettivi di sviluppo socioeconomico, tesi al miglioramento della qualità urbana e ambientale; quelle eventualmente accessibili nei programmi straordinari di investimento che la Regione dovesse approvare.
Dovranno essere definiti interventi per il superamento delle barriere architettoniche, soprattutto per gli interventi di particolare rilevanza ai fini della fruibilità degli spazi – legge regionale 9 settembre 1991, n. 47 (Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche), come modificata dalla legge regionale 20 marzo 2000, n. 34, per un importo almeno pari alla cifra prevista dal capitolo 41005 del bilancio regionale.

9.1.6. Il sistema tariffario

La Giunta Regionale determina le tariffe massime delle prestazioni erogate dai soggetti del servizio sanitario regionale facendo riferimento, come previsto dalla normativa vigente (decreto ministeriale 18 ottobre 2012 e d.lgs. 502/1992), ai costi standard di produzione e a quote standard di costi generali; può altresì fare riferimento ai tariffari di altre Regioni e valuta la rispondenza del proprio sistema tariffario a quanto definito a livello nazionale in merito alle tariffe massime nazionali e agli accordi interregionali per la mobilità sanitaria, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati.

Nell'aggiornamento dei tariffari esistenti, e nella definizione delle tariffe massime regionali per eventuali nuove tipologie di prestazioni, si sottolineano i punti che la Giunta regionale dovrà maggiormente sviluppare nei prossimi anni:

- corretta allocazione delle attività al livello appropriato di concentrazione/specializzazione per garantirne la qualificazione e l'economicità, attraverso l'individuazione di graduazioni tariffarie fra produttori;
- corretta allocazione delle attività nel regime di erogazione appropriato, prevedendo tariffe di riferimento standard riferite al percorso ottimale di erogazione, tale da disincentivare eventuali comportamenti opportunistici o diseconomici;
- corretta attuazione dell'intero percorso assistenziale, attraverso l'elaborazione e la sperimentazione di modalità di remunerazione delle attività per pacchetti di prestazioni o funzioni integrate e non più per singole prestazioni/attività.

Come richiamato in vari punti del presente Piano, e in linea con lo sviluppo in rete di molteplici funzioni, la Giunta regionale dovrà altresì valutare la possibilità di superare, per specifiche attività svolte in mobilità infraregionale, l'attuale sistema di remunerazione a prestazione definendo modalità alternative di valorizzazione e responsabilizzazione delle strutture erogatrici e di provenienza/residenza.

9.1.7. I controlli regionali sui bilanci e sulla gestione delle aziende sanitarie

Nel 2013 la Regione ha avviato una più incisiva attività di controllo che dovrà essere oggetto di ulteriore rafforzamento e sviluppo nel corso dei prossimi anni.

Controllo "Autorizzativo"

Il novellato articolo 121 della l.r. 40/2005 prevede che le aziende sanitarie possono contrarre obbligazioni giuridiche, nel corso dell'esercizio, nel limite complessivo di tutti i costi relativi alle stesse iscritti nel bilancio preventivo economico annuale. Il superamento di tale limite, può avvenire nel corso dell'esercizio solo nel caso siano preventivamente accertati maggiori ricavi provenienti da risorse nazionali o regionali aggiuntive e comunque nei limiti degli stessi, ovvero a condizione che sussista copertura in maggiori ricavi da iscrivere nel bilancio di esercizio dell'azienda e che sia fornita congrua motivazione in sede di monitoraggio sull'andamento economico della gestione aziendale.
E' un sistema che rende non spendibile l'eventuale perdita, anche se strutturale. Ciò obbliga le aziende ad un continuo e puntuale monitoraggio della spesa, attivando tutte le necessarie operazioni di efficentizzazione, per evitare di incappare in situazioni di illegittimità.

Monitoraggio Regionale Trimestrale

L'articolo 121 bis della l.r. 40/2005 prevede che per la salvaguardia dell'equilibrio economico complessivo del sistema sanitario regionale, la Regione effettua trimestralmente, attraverso i modelli CE regolarmente inviati dalle aziende tramite il sistema informativo regionale, il monitoraggio sull'andamento delle gestioni aziendali nel corso dell'esercizio e sul rispetto dei vincoli di cui all'articolo 121 della medesima legge reginale.
Attraverso questo tipo di monitoraggio viene quindi effettuato un ampio controllo sui dati aziendali in termini sia economici, gestionali che finanziari, con particolare riferimento al corretto rispetto dei limiti "autorizzativi" di cui al punto precedente. Il mancato rispetto di tali limiti peraltro costituisce elemento negativo ai fini della valutazione del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 7 bis, e può costituire grave motivo ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7, del d.lgs. 502/1992, valutabile ai fini della decadenza del direttore stesso.

Controlli Regionali sui Bilanci

Una volta adottati, i bilanci delle aziende sanitarie sono da sempre soggetti ad una serie di controlli da parte degli uffici regionali. In tal senso proprio sono state fissate con DGR 366/2013 le check list quali set minimi di verifiche e controlli formalizzati ai quali ogni bilancio aziendale (sia preventivo che consuntivo) una volta adottato dal direttore generale è soggetto prima di poter essere portato in giunta per l'approvazione finale.

Controlli Gestione Sanitaria Accentrata

L'art. 3 del decreto ministeriale 17 settembre 2012 (attuativo del d.lgs. 118/2011) prevede che le Regioni presentino un programma di azione definito "Percorso Attuativo della Certificabilità", finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli Enti del Servizio Sanitario e dei bilanci sanitari regionali consolidati, che dovranno essere effettuati a partire dall'esercizio 2012 in conseguenza dell'entrata in vigore del d.lgs 118/2011. Tale decreto infatti prevede che le Regioni e gli Enti locali di cui all'art. 2 del d.lgs 267/2000 debbano adottare, a far data dal 1° gennaio 2012, un sistema di contabilità economico - patrimoniale che integri quello finanziario per la parte che riguarda il finanziamento e la spesa del servizio sanitario regionale direttamente gestito.
Tale Percorso Attuativo è stato presentato approvato dalla Regione Toscana con DGR 504/2013. In particolare si sottolinea che sono previsti:

- l'implementazione di un sistema di controllo interno con individuazione di un ulteriore responsabile regionale, da intendersi come terzo che ha il compito di valutare la correttezza delle rendicontazioni;
- la revisione contabile del bilancio d'esercizio della Gestione Sanitaria Accentrata regionale e del Bilancio Consolidato del Servizio Sanitario Regionale.

9.1.8. Il controllo di gestione a livello Regionale

Oltre a quanto già indicato nel paragrafo precedente, occorre evidenziare che a livello regionale dovrà continuare ad essere effettuato ed anzi ampliato un controllo sulla gestione delle aziende sanitarie che si articola nelle seguenti quattro macro-funzioni

- riparto del Fondo Sanitario fra le Aziende sanitarie per il sostenimento degli oneri correnti di gestione. Applicazione della procedura di riparto per il Fondo Ordinario di Gestione, in base alla quota capitaria, e del Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, secondo i criteri previsti dal Piano sanitario e sociale integrato, di cui concorre alla definizione ed evoluzione
- monitoraggio dei Modelli CE e relativi flussi economici tramite sia analisi del generale andamento con particolare riferimento ai costi aziendali utilizzati per il calcolo del M.O.L. (Personale, Beni e servizi) mediante confronto sia nel tempo (confronto tra preventivo e consuntivo, andamenti sul triennio, etc.) che nello spazio (confronto con la media regionale e con aziende similari per natura e/o dimensione), sia analisi (nel tempo e nello spazio) di specifiche voci di costo tenuto conto anche delle informazioni provenienti dalle contabilità analitiche e dai Modelli LA aziendali.
- definizione delle azioni gestionali che le singole aziende dovranno porre in essere e relativo monitoraggio sul loro stadio di attuazione.
- monitoraggio della situazione finanziaria complessiva e dei singoli enti con particolare attenzione ai rapporti tra Estar ed aziende sanitarie.
- supporto alla elaborazione di analisi e specifici report a supporto delle scelte direzionali dell'Assessorato e della Direzione Generale.

9.1.9. Amministrazione e controllo della sanità toscana: gli scenari futuri

Il settore sanitario è un sistema in fortissima evoluzione che si caratterizza per: risorse a disposizione in tendenziale diminuzione, crescente complessità dei percorsi sanitari, costante innovazione tecnologica, etc. Per tale ragione è necessario che il sistema, non solo a livello sanitario ma anche e soprattutto a livello amministrativo, si adegui opportunamente per supportare in modo adeguato il cambiamento.
In questo senso nello sviluppo si dovrà tenere in considerazione, ove possibile, i seguenti orientamenti:

- *Lean Organization* (Organizzazione Snella) è una teoria nata nelle aziende di produzione c.d. *"best in class"* con la quale l'organizzazione aziendale integra al suo interno alcune metodologie gestionali volte alla riduzione degli sprechi e all'efficienza dei processi produttivi. Si ricordano, a titolo puramente teorico, i principali "strumenti/metodi" contemplati dal modello in oggetto:
  - *Push Vs Pull* : *Push* significa spingere, ovvero gestire processi in anticipo rispetto al fabbisogno dei clienti. *Pull*, ovvero tirare, significa fare, al contrario, un'azione su richiesta
  - *Just in time*: significa ciò che serve e solo quando serve
  - *Kanban*: sistema di reintegro delle scorte
  - *Cellular Manufacturing*: produzione a celle
  - *S.M.E.D.*: tecnica per la riduzione dei tempi di set up
  - *Takt Analysis*: è il ritmo della produzione
  - *Heijunka*: livellamento di produzione che equilibra il carico di lavoro all'interno della cella produttiva minimizzando, inoltre, le fluttuazioni di fornitura
  - *Total Productive Maintenance (T.P.M.),* metodologia di manutenzione delle macchine e degli impianti per la massimizzazione dell'efficienza
  - 5S: programma 5s, sono i 5 passaggi fondamentali nell'approccio al miglioramento di un'area di lavoro
  - *Poka Yoke*: *Poka* significa errore involontario, *Yoke* deriva dal verbo Yokeru, significa evitare.
  - *Value Stream Mapping*: mappatura della catena del valore.

Di tale metodologia è necessario capire esattamente quali principi generali possono essere applicati con efficacia ed efficienza nel nostro settore anche alla luce di quanto emerso da importanti esperienze sviluppate nel corso degli anni passati da parte di alcune aziende sanitarie sperimentatrici.

- *Sistema ABC.* La *Activity Based Costing (ABC)* è un metodo di analisi dei costi di una impresa che fornisce dati sull'effettiva incidenza dei costi associati a ciascun prodotto o servizio prodotto, a prescindere da quale sia la sua struttura organizzativa. Portare l'impresa ad auto-analizzarsi, ponendosi domande sulla propria produttività: quali attività coinvolgono ogni dipendente, quanto costano in termini di tempo, cassa e risorse umane, quali sono produttive e quali no, quali sono necessarie anche se non direttamente produttive e quali siano una semplice perdita di tempo. L'ABC porta anzitutto a controllare i costi, per arrivare a gestirli in modo dinamico e finalizzato a seguire razionalmente l'andamento del mercato e del valore che il mercato attribuisce al prodotto o servizio che si desidera vendere.

- *Autorizzazione centrale degli investimenti:* anche alla luce delle modifiche introdotte dal d.lgs. 118/2011, fermo restando la definizione ed il rispetto del piano investimenti a livello aziendale, è prevista la costituzione di un gruppo tecnico/amministrativo regionale che dovrà approvare preventivamente gli investimenti (sia nel momento programmatico che in fase di acquisizione) al fine di garantire uniformità di sistema a livello regionale in termini di qualità e quantità sia di strutture immobiliari che di livello tecnologico a disposizione delle aziende. Ciò anche nell'ottica di rendere più efficiente il sistema soprattutto a livello di Area Vasta.

- *Controllo Regionale sui Piani Risorse Umane Aziendali:* è previsto un rafforzamento di controllo a livello regionale nella definizione e nel rispetto del Piano Risorse Umane di ogni singola azienda. Il Piano, che dovrà essere allegato ed approvato dalla Giunta insieme al Bilancio di Previsione sarà oggetto di monitoraggio periodico all'interno delle verifiche trimestrali a norma dell'art. 121 bis del l.r. 40/2005.

- *Controlli Interni ispirati a d.lgs. 231/2001 e legge 262/2005.* È prevista la definizione di un modello di controllo interno considerando il sistema sanitario regionale alla stregua di un vero e proprio gruppo aziendale (holding) ispirandosi ai principi fondamentali delle principali leggi nazionali in materia, con particolare riferimento al d.lgs. 231/2001 e legge 262/2005 e successive integrazioni e modifiche. Si sottolinea che tali normative non sono obbligatorie per le aziende sanitarie. Tutto ciò con particolare riferimento al rapporto tra responsabilità amministrativa, modelli di controllo e struttura organizzativa e con specifica attenzione al conflitti d'interessi, alla prevenzione dei reati, alla revisione dei conti e alla qualità dell'informativa di bilancio.

9.2. Valutazione, programmazione, adeguamento e innovazione tecnologico-strutturale

Il contesto europeo esprime rapidamente nuove esigenze da parte dei cittadini: poter scegliere senza confini il miglior luogo di cura per risolvere i problemi di salute, accedere direttamente ad informazioni sanitarie personalizzate ed immediatamente utilizzabili, interagire con le strutture sanitarie e con i professionisti avendo un ruolo più attivo nei network di assistenza, confrontare le proprie esperienze con quelle altrui.
Tutto questo presuppone un sistema qualitativamente evoluto, flessibile, continuativamente innovato, efficiente ed infrastrutturalmente competitivo.
L'Euro Health Consumer Index 2012 ha censito 34 sistemi sanitari per qualità evidenziando come quello del nostro paese in soli tre anni, si sia collocato oltre il 15° posto; risultano davanti all'Italia - oltre a Francia, Regno Unito e Olanda, in testa alla graduatoria - anche Repubblica Ceca, Slovenia e Croazia. Le valutazioni più penalizzanti per il nostro paese riguardano la prevenzione, gamma e accessibilità dei servizi , l'accesso ai farmaci ed i tempi di attesa.
La Regione Toscana, pur subendo il trend nazionale di crisi, grazie ad una programmazione regionale pluriennale che ha messo a disposizione dei suoi cittadini una rete ospedaliera ridisegnata con nuovi presidi ospedalieri ed il consolidamento dei distretti territoriali, garantisce all'utenza elevati standard di cura e assistenza – come descritto dall'Indice di Competitività Regionale 2013 dell'Unione Europea – riaffermando come la tutela della salute rappresenti un elemento di crescita e di sviluppo della sua popolazione.
Tuttavia in un contesto europeo in cui accanto alle nuove esigenze dei cittadini, che sottendono innovazioni e strumenti sempre più avanzati per rispondere alle loro esigenze di salute, si sono manifestati forti mutamenti nelle condizioni economiche generali, anche il sistema sanitario regionale toscano, di fronte alla richiesta di ottimizzazione delle risorse, non può sottrarsi ad una rimodulazione della programmazione degli investimenti.
Questo significa proporre un nuovo disegno di realizzazione di interventi, sempre motivati da esigenze espresse a livello locale, meglio inquadrati in un organico progetto regionale, concentrando i finanziamenti in formulazioni strategiche che mirino alla riqualificazione e miglioramento dell'esistente ed alla valorizzazione delle recenti realizzazioni.
La crisi finanziaria ha indotto la maggior parte dei Paesi europei a ridurre costi e servizi con il rischio che i tagli effettuati si trasformino in maggiori oneri per il futuro; la Regione Toscana deve invece impiegare l'innovazione quale strumento importante per rendere la qualità dei servizi compatibile con efficienza e sostenibilità economica, tenuto conto di come gli investimenti in sanità e *welfare* possano generare sviluppo.
Per non perdere le posizioni acquisite nel *ranking* delle regioni europee, per migliorare in vista della libera circolazione dei cittadini dell'Unione Europea per la mobilità sanitaria, per impiegare l'industria della salute come vettore per la crescita economica, prima di innovare, per cui è imprescindibile investire, è necessario provvedere ad una attenta valutazione dell'esistente in ambito tecnologico-strutturale.

9.2.1. La valutazione tecnologico-strutturale in sanità

La valutazione delle tecnologie in sanità è da tempo consolidata in diversi Paesi del panorama mondiale; l'Unione Europea nel 2004 l'ha inserita tra le sue priorità dato che i Sistemi Sanitari moderni - per fronteggiare la limitata quantità di risorse disponibili e dovendo garantire, attraverso l'innovazione delle scienze biomediche, la soddisfazione dei crescenti bisogni assistenziali - hanno necessità di strumenti che consentano l'integrazione della razionalità scientifica con prospettive e preferenze espresse dai portatori di interesse a supporto della decisione politica.
Health Technology Assessment (HTA) è il termine internazionalmente riconosciuto per indicare la complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare delle conseguenze assistenziali, etico-sociali ed economiche provocate in modo diretto ed indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione.

In Italia i principi di riferimento dell'HTA sono stati espressi nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che affermava tra l'altro che "è necessario sviluppare la promozione dell'uso degli strumenti di HTA, mettendo in comune le conoscenze sul tema già in parte presenti in alcune realtà regionali e aziendali".
La Regione Toscana, con DGR 229/2008, ha individuato delle aree tematiche di valutazione su dispositivi medico-chirurgici, farmaci, apparecchiature biomedicali, organizzazione e protocolli biomedici e biochirurgici, edilizia ospedaliera; quest'ultima area, intesa come tecnologia sanitaria, rappresenta propriamente una peculiarità toscana anche in considerazione della strategicità delle costruzioni sanitarie in ambito antisismico e di protezione civile nonché della loro influenza nel determinare l'applicazione di modelli organizzativi, l'acquisizione di risorse umane e tecnologiche, il controllo dei costi manutentivi ed energetici.
Tale impostazione è oggi di estrema attualità, data la necessità di creare un processo che porti a rendere disponibile tempestivamente l'innovazione tecnologica in relazione ai bisogni espressi dalla popolazione toscana ed alla capacità di assorbimento del suo Sistema Sanitario (SST).
Ad oggi, nel suo sviluppo, il SST ha costantemente introdotto attrezzature, dispositivi medici, farmaci, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali, assetti organizzativi e presidi ospedalieri di ultima generazione; stante le limitate risorse disponibili, il Sistema, da *"governato"* - in cui la decisione delle adozioni è scaturita da un confronto tra tutte le parti interessate - deve evolvere in sistema effettivamente *"consapevole"* in cui la decisione si verifichi solo dopo la valutazione dell'impatto provocato dalla tecnologia introdotta.
Prima di questo, quale base delle valutazioni, è necessaria la realizzazione di un censimento delle tecnologie già adottate per la creazione di un registro regionale delle tecnologie sanitarie.
Le valutazioni sulle tecnologie esistenti e di quelle richieste sulla base dei bisogni espressi dai cittadini non possono disgiungersi dalle valutazioni sui piani di investimento delle aziende sanitarie, la cui complessità è legata ad una serie di profili di analisi di ogni singolo progetto, quali la stima dei fabbisogni di investimento, la quantificazione degli impatti sulla gestione corrente e sulle alternative all'investimento stesso, la misurazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi già disponibili e la scelta delle priorità tra gli interventi da realizzare.
Tale processo permette di individuare il fabbisogno finanziario per ciascuna azienda rispetto al quale determinare un'ipotesi di copertura sulla base di valutazioni oltre che di carattere strategico e programmatico, anche finanziario, integrando le risorse regionali con il complesso delle risorse aziendali effettivamente disponibili (mutui, alienazioni, fondi propri).
Ciò ha permesso di gettare le basi per uno scambio continuo e dinamico di informazioni che oggi permette alla Regione di avere un quadro più completo e puntuale sull'andamento degli interventi e sul raggiungimento degli obiettivi, alle aziende di poter gestire i finanziamenti in modo più efficace ed efficiente.

La valutazione e il controllo dei piani di investimento delle aziende sanitarie vengono attuati attraverso uno specifico monitoraggio regionale.
Per il perseguimento dei principali obbiettivi del Piano la Regione Toscana ha ritenuto di dover prevedere un sostegno straordinario ai piani degli investimenti delle aziende attraverso gli stanziamenti di cui all'art. 15 della l.r. 65/2010, pari a 250 milioni per il 2011, 200 milioni per il 2012 e 200 milioni per il 2013 e, per quanto riguarda l'eventuale differimento dei tempi per la vendita del patrimonio disponibile rispetto all'effettivo fabbisogno, attraverso la messa a disposizione di un "Fondo di anticipazione alle aziende sanitarie di risorse provenienti da alienazioni" previsto dall'art.16 della stessa legge.
La disponibilità straordinaria di risorse stanziate dalla Regione per il triennio 2011-2013 ha quindi reso necessaria, alla luce del nuovo scenario economico complessivo, una puntuale verifica di tutte le altre risorse effettivamente a disposizione delle Aziende sanitarie che si sono impegnate ad attuare i propri piani di investimenti secondo tempistiche e disponibilità di risorse definite.
Le valutazioni hanno interessato in particolare:

- interventi già previsti dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- interventi che, per la loro natura di completamento di progetti iniziati negli anni precedenti, dovevano essere portati a compimento fino al 2015

- interventi previsti da specifici Accordi di Programma che prevedevano il rispetto degli impegni in essi sottoscritti
- interventi finalizzati all'accreditamento delle strutture
- interventi per l'acquisto di attrezzature sanitarie o informatiche indispensabili per l'inizio dell'attività nelle strutture in corso di completamento
- interventi finalizzati al risparmio energetico.

Proseguendo le linee tracciate nel piano precedente, i nuovi obiettivi attuati sul territorio regionale nella loro sinergia ed integrazione dovranno essere sviluppati mediante un complesso di azioni virtuose.

9.2.2. Programmazione, obiettivi ed azioni per la realizzazione degli investimenti in sanità

La programmazione 2007-2010 si è basata su finanziamenti giunti in parte dalle risorse stanziate dalla Legge Finanziaria per il 2007 che, rifinanziando l'art. 20 legge 67/1988, ha permesso alla Regione Toscana un accesso per una quota di riparto premiale rispetto al proprio indice, pari a circa 169 milioni di euro. Sulla base del finanziamento statale, nell'aprile del 2009, è stato sottoscritto uno specifico Accordo di Programma con il Ministero della Salute. La Legge Finanziaria per il 2008, ha permesso di beneficiare di un ulteriore finanziamento pari a circa 203,5 milioni di euro, per i quali è già stata sviluppata la programmazione, approvata con DGR 182/2009. Il programma è stato poi approvato nel corso del 2010 dal nucleo di valutazione del Ministero della Salute.
Altre quote rilevanti di finanziamenti che hanno permesso la programmazione del piano precedente è stata garantita da risorse regionali, pari a 300 milioni, 100 per ciascuno dei tre anni. Un terzo di tali risorse sono state destinate all'ammodernamento tecnologico mentre i restanti due terzi all'adeguamento e al rinnovamento delle strutture ospedaliere e territoriali con particolare attenzione al miglioramento delle strutture di Pronto Soccorso e alla messa a norma delle strutture ai fini dell'accreditamento.
Significative quote sono inoltre state destinate anche al completamento della rete territoriale attraverso la ristrutturazione o la nuova realizzazione di strutture per le attività distrettuali, l'adeguamento e riqualificazione delle RR.SS.AA., il completamento della rete per l'elisoccorso, il completamento della rete delle strutture residenziali per le cure palliative e la riorganizzazione di alcuni immobili per attività amministrative.
Oltre al sostegno derivante dalle risorse Statali e Regionali le aziende sanitarie hanno impegnato quote importanti di proprie risorse derivanti principalmente dall'attivazione di mutui e da proventi derivanti dall'alienazione del patrimonio dismissibile.
Conseguentemente nel corso del triennio 2008-2010 l'impegno delle aziende sanitarie nel dare impulso agli investimenti ha prodotto complessivi flussi di cassa, ovvero risorse effettivamente spese, pari a oltre 300 milioni annui.
Nel triennio 2011-2013 la legge Finanziaria regionale, confermando l'impegno al continuo miglioramento del sistema sanitario, ha messo a disposizione delle aziende sanitarie una importante quota di risorse che hanno permesso il finanziamento di piani aziendali organici, coerenti con la programmazione regionale e sostenibili finanziariamente anche sul piano delle risorse aziendali. Essi hanno garantito, oltre al rispetto dei tempi, la reale disponibilità di tutte le fonti di finanziamento a livello aziendale, regionale, statale o di provenienza privata.
Nella nuova programmazione sono stati considerati di particolare valenza strategica gli interventi legati alle intese istituzionali (Accordi di Programma o protocolli di intesa) fra Regione, enti locali e aziende sanitarie che troveranno attuazione o verranno conclusi nel corso dei prossimi anni.
Ad oggi appare assolutamente necessario collocare la programmazione degli interventi di investimento all'interno di un quadro di risorse definite ed appositamente dedicate, delineando i seguenti obiettivi - raggruppabili ad aree di indagini, risorse ed interventi - che confermano gran parte di quanto previsto dal precedente piano.

Obiettivi di indagine

- ricognizione antisismica dello stato strutturale del patrimonio immobiliare esistente da tempo destinato ad attività sanitarie;

Obiettivi di risorsa

- analisi delle opportunità e del valore delle strutture ospedaliere non più destinate ad uso sanitario;

Obiettivi di intervento

- completamento della costruzione dei nuovi ospedali per il riammodernamento della rete ospedaliera;
- riconversione di parte degli immobili esistenti per la realizzazione di strutture da destinare alle Case della Salute e alle Cure Intermedie, al fine del completamento della rete territoriale;
- consolidamento infrastrutturale della rete dell'emergenza-urgenza;
- innovazione tecnologico-strutturale;
- riqualificazione e sviluppo delle aziende ospedaliero-universitarie (Careggi, Pisana e Senese) in poli clinico-assistenziali ad orientamento europeo, al fine anche di favorire la mobilità attiva extraregionale ed europea e quali possibili nodi di networking europeo

Ciascun obiettivo deve essere corredato da azioni che ne consentano il raggiungimento così come sotto specificato:

1) ricognizione antisismica dello stato strutturale del patrimonio immobiliare esistente da tempo destinato ad attività sanitarie

AZIONI:

- creazione di un registro regionale
- sinergia tra le Direzioni Generali Diritti di Cittadinanza e Politiche Ambientali

2) analisi delle opportunità e del valore delle strutture ospedaliere non più destinate ad uso sanitario

AZIONI:

- ricondurre ad un'unica strategia regionale il coordinamento e la valutazione di soluzioni valide relativamente ai processi di valorizzazione e di alienazione del patrimonio delle aziende sanitarie, finalizzato anche al rispetto degli impegni assunti dalle amministrazioni in sede di sottoscrizione degli accordi di programma, per permettere l'acquisizione delle risorse necessarie alla copertura dei quadri economici degli interventi, considerato che gli immobili oggetto delle operazioni di valorizzazione finalizzate all'alienazione:
  a) sono di proprietà delle aziende sanitarie e presentano destinazioni d'uso e caratteristiche architettoniche che non rendono possibile l'immediato utilizzo alternativo;
  b) sono prevalentemente ubicati in zone centrali o nei centri storici delle città, risultando così soggetti a vincoli storici, artistici e culturali;
  c) sono inseriti all'interno di specifici Accordi di Programma con le amministrazioni comunali che si impegnano all'approvazione di una nuova destinazione urbanistica e conseguente valorizzazione;
  d) richiedono che i processi di valorizzazione siano coerenti con le condizioni di mercato e con le richieste dei potenziali investitori.

- individuare possibili soluzioni alternative all'alienazione degli immobili di particolare pregio mediante il ricorso a specifici accordi con gli enti locali che prevedano anche la permuta o la sostituzione dei predetti immobili con altri da inserire nel progetto di alienazione, ovvero che prevedano anche l'utilizzo ai fini di "*housing* sociale";

3) completamento della costruzione dei nuovi ospedali per il riammodernamento della rete ospedaliera

AZIONI:

- completamento della rete degli ospedali portanti con la conclusione delle realizzazioni ed avvio dei nuovi ospedali delle Apuane, Lucca, Pistoia e Prato;
- avvio degli interventi per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Livorno e per l'ampliamento dell'Ospedale Misericordia di Grosseto;
- avvio e/o conclusione degli interventi di rinnovo o ampliamento dei presidi ospedalieri esistenti;
- interventi di ristrutturazione dell'Ospedale "Le Scotte" di Siena.
- riorganizzazione di strutture ospedaliere o costruzione di presidi sostitutivi in Valdinievole, Valle del Serchio e Val di Cornia.

Potranno essere inoltre essere valutate e verificate ulteriori azioni, nell'ottica dell'integrazione delle funzioni e della rimodulazione dell'offerta oltre che dell'adeguamento normativo e del rispetto dei requisiti per l'accreditamento giungendo pertanto ad una complessiva verifica di fattibilità tecnico-economica e provvedendo alla effettuazione delle procedure di valutazione ambientale strategica.

4) riconversione di parte degli immobili esistenti per la realizzazione di strutture da destinare alle Case della Salute e alle Cure Intermedie, al fine del completamento della rete territoriale

AZIONI:
- riorganizzazione dei presidi per i quali, non essendo prevista la dismissione, sono stati programmati interventi specifici di riqualificazione con funzioni di eccellenza non più propriamente di carattere ospedaliero o finalizzati all'offerta di continuità assistenziale secondo i nuovi modelli organizzativi.

5) consolidamento infrastrutturale della rete dell'emergenza-urgenza

AZIONI:
- realizzazione ponte radio 118 regionale;
- progettazione e programmazione della realizzazione del numero unico per l'emergenza 112: valutazione di potenziali trasferimenti di alcune delle attuali centrali operative in sedi interforze, sperimentazione a livello territoriale di area vasta, realizzazione della struttura informatica centralizzata unica per la ricezione e smistamento e per la cogestione, capace di interagire con quella degli operatori di telefonia mobile e fissa (localizzazione) e predisposta per l'eCall.

6) innovazione tecnologico-strutturale

AZIONI:
- potenziamento degli strumenti per la conoscenza del patrimonio edilizio e tecnologico e del suo stato di manutenzione, anche in sinergia con gli Estav, finalizzato alla implementazione della funzione regionale nei processi di programmazione, monitoraggio e controllo;
- creazione di un registro regionale delle tecnologie sanitarie che funga anche da strumento per la gestione degli avvisi di sicurezza e delle relative azioni correttive;
- creazione di un registro regionale della richiesta dell'introduzione di nuova tecnologia da parte delle aziende;
- ricondurre ad un'unica strategia regionale il coordinamento e la valutazione relativamente all'introduzione di nuove tecnologie ed allo sviluppo tecnologico-strutturale da parte delle aziende;
- sviluppo di strategie regionali per il monitoraggio e l'ottimizzazione nell'uso e nella manutenzione delle tecnologie;
- omogeneizzazione della documentazione sanitaria e standardizzazione dei flussi dati ai fini dell'interoperabilità delle informazioni;
- sviluppo di *networking* europeo ed extra-europeo su valutazione delle tecnologie sanitarie, sperimentazione clinica, innovazioni sull'invecchiamento attivo, sanità elettronica, robotica, malattie rare, neuroscienze, medicina personalizzata, bio-banche;
- prosecuzione ed implementazione della collaborazione con Università e Istituti di Ricerca, per la predisposizione di specifiche linee guida per la progettazione di interventi di edilizia sanitaria mirate al raggiungimento di un sempre più elevato standard qualitativo;
- promuovere la partecipazione di soggetti pubblici e privati esterni al sistema di realizzazione degli investimenti;
- miglioramento dell'accessibilità alla strutture del servizio sanitario regionale, con azioni specifiche in occasione degli interventi di ristrutturazione o riqualificazione degli edifici già previsti nei piani degli investimenti delle aziende, ma anche attraverso puntuali interventi mirati, tecnicamente semplici e poco costosi che hanno però una ricaduta molto importante nel miglioramento della qualità dell'accessibilità da parte di persone con ridotte capacità motorie,

visive o uditive. Le strutture del servizio sanitario regionale, seppure nel rispetto delle normative vigenti, presentano spesso situazioni di criticità relativamente al problema del superamento delle barriere architettoniche. Le normative infatti, impongono dei requisiti minimi che in alcuni casi non rispondono a pieno alle necessità dei disabili. Dalla difficoltà di accessibilità alle strutture da parte degli utenti e degli operatori rappresentate da elementi architettonici (parcheggi, porte, scale, corridoi), alla presenza di servizi igienici idonei, fino alla mancanza di taluni semplici accorgimenti (corrimano, segnaletica opportuna) o presenza di elementi che possono essere causa di infortuni (materiali sdrucciolevoli, porte in vetro non evidenziate, spigoli vivi...). Il presente piano, anche in ragione dell'integrazione fra sociale e sanitario, dovrà affrontare la questione già a partire dalla fase di predisposizione dei progetti. Affrontare il problema in fase di progettazione non comporta quasi mai costi aggiuntivi che invece diventano significativi quando è necessaria la loro eliminazione, con risultati spesso insoddisfacenti. Gli interventi di volta in volta realizzati per il superamento delle barriere architettoniche potranno inoltre costituire un patrimonio di conoscenza che permetterà di ridurre nel tempo le disattenzioni e le inadeguatezze. Si dovrà anche porre particolare attenzione al problema dei trasporti pubblici verso gli ospedali e le strutture sanitarie coinvolgendo tutte le amministrazioni interessate, in particolare in quei casi in cui nuovi interventi vengono realizzati attraverso specifiche intese istituzionali;
- ridurre il ricorso alle fonti energetiche tradizionali per perseguire anche il più ampio obiettivo regionale della riduzione delle emissioni, garantendo una miglior condizione di salute dei cittadini, con una conseguente importante riduzione dei costi di funzionamento delle strutture sanitarie. Gli interventi contenuti nei piani degli investimenti sono già stati orientati, come previsto dal precedente piano sanitario, al miglioramento delle problematiche di consumo e di riduzione delle emissioni. L'impegno dovrà proseguire nei prossimi anni a partire da interventi immediati non onerosi o di basso impatto economico (ad es: sostituzione corpi illuminanti e controllori di flusso elettrico, sostituzione infissi) fino ad interventi a medio e lungo termine da inserire in più complessi progetti di riqualificazione o ristrutturazione (coibentazione edifici, pannelli fotovoltaici, sistemi di cogenerazione e trigenerazione) i quali, generando un ritorno economico, potranno anche essere attuati attraverso lo strumento del finanziamento tramite terzi.

7) riqualificazione e sviluppo delle aziende ospedaliero - universitarie in poli clinico-assistenziali ad orientamento europeo, al fine anche di favorire la mobilità attiva extraregionale ed europea e quali possibili nodi di *networking* europeo

AZIONI:
- Studio degli strumenti procedurali più appropriati per il raggiungimento degli obiettivi
- adeguamento alla norme di sicurezza degli edifici e degli impianti;
- rimodulazione degli spazi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

La legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l'anno 2012) ha previsto all'art. 126 comma 1, un Finanziamento per investimenti sanitari di 100.000.000,00 di euro per l'anno 2014. Con propria deliberazione, la Giunta regionale, nel corso del 2013, ha anche stabilito, previo parere positivo della commissione consiliare competente, le modalità di riparto tra le aziende sanitarie del finanziamento.
E' necessario aggiungere che, con recente DGR 62/2013 è stata approvata una riduzione del programma di cui all'art. 20 della legge 67/88 (Stato) e di cui alla precedente DGR 182/2008 in quanto, dopo 5 anni, il Ministero ha riconosciuto alla Regione Toscana un finanziamento ridotto di 129,2 milioni rispetto ai 203,5 inizialmente assegnati. A seguito di tale DGR, il 6 marzo 2013, è stato firmato a Roma l'Accordo di programma che rende definitivamente disponibili i 129,2 milioni.
Tali risorse si innestano in uno scenario che, come già detto, si è significativamente modificato in relazione al peggioramento del quadro economico nazionale (riduzione del Fondo Sanitario) e alla necessità, da parte del sistema sanitario regionale, di dovere far fronte ad un fabbisogno di risorse non previsto. Ciò ha avuto pesanti riflessi anche sul sistema degli investimenti, riducendo di fatto

per le aziende la possibilità del ricorso a risorse proprie rispetto a quanto inizialmente programmato.
Nonostante ciò, la capacità di spesa del sistema complessivo delle aziende per investimenti sanitari, sia strutturali che tecnologici, è aumentata dai circa 217 milioni del 2007, ai 371 del 2010 fino agli oltre 400 milioni del 2012, con una previsione di crescita anche per gli anni successivi.
La legge finanziaria per il 2013 non ha previsto alcun contributo regionale per gli anni successivi al 2014. Per contro il fabbisogno che emerge dai piani degli investimenti delle aziende del SST è significativamente superiore ai 229 milioni ad oggi disponibili.
Sarà quindi necessaria, da parte della Regione, la previsione di ulteriori stanziamenti per i prossimi anni che rendano possibile il mantenimento dei livelli raggiunti e l'attuazione delle azioni di sviluppo indicate nel presente capitolo.

9.3. Patrimonio storico artistico

Contesto

Il patrimonio delle aziende sanitarie è costituito da una complessità di beni: architettonici, artistici, storici, documentari e librari, scientifici. Questo patrimonio è stato da sempre fortemente soggetto al rischio di perdite e dispersioni a causa di vicende storiche, politiche e amministrative, e delle conseguenti modifiche che nel corso del tempo hanno interessato gli assetti dell'organizzazione sociale e sanitaria. E' emersa di conseguenza la necessità di porre particolare attenzione agli aspetti di salvaguardia dei patrimoni culturali delle aziende sanitarie.

La l.r. 40/2005, all'articolo 116, prevede, difatti, che "le aziende per l'accertamento della rilevanza dei beni ai fini della documentazione dell'evoluzione storica, culturale o scientifica della sanità pubblica e per stabilire le modalità per la loro conservazione, tutela e valorizzazione, possono avvalersi di apposite commissioni tecniche, nonché della collaborazione dei competenti organismi dell'amministrazione statale e regionale preposti alla loro tutela e valorizzazione culturale scientifica".

Con la Delibera di Giunta Regionale 426/2007 e si è, inoltre, dato corso ad una riorganizzazione strutturale degli organismi volti alla tutela, conservazione e valorizzazione di questo patrimonio. Grazie a questo nuovo assetto organizzativo sono stati nominati referenti aziendali che si occupano della materia, delle Commissioni tecniche di Area Vasta e un Comitato regionale che ha come finalità quella di dare indirizzi comuni e di supportare le iniziative sulla materia.

Nel corso degli ultimi anni il lavoro si è concentrato principalmente su attività ricognitive volte a valutare le priorità delle azioni da sviluppare. Il Comitato regionale ha iniziato occupandosi maggiormente della strumentaria obsoleta di valore storico e delle biblioteche di uso corrente, poiché gli archivi e il patrimonio artistico è stato oggetto in passato di campagne di catalogazione promosse dalle soprintendenze competenti. A tal proposito è stata approvata con decreto dirigenziale 3084/2012 una procedura di procedura di dismissione della strumentaria obsoleta uniforme per tutte le aziende sanitarie. Negli ultimi anni sono state inoltre promosse iniziative di aziende sanitarie volte alla tutela e valorizzazione di tali beni.

Obiettivi

- valorizzare con progetti specifici le realtà locali e sviluppare competenze specifiche degli operatori delle aAziende sanitarie tramite percorsi formativi ad hoc
- inventariare la strumentaria medica obsoleta di valore storico
- sviluppare un sistema di tutela e di catalogo anche per gli altri settori di intervento, quali archivi, libri antichi e patrimonio storico – artistico
- valorizzare, oltre che tutelare, i beni storici, migliorare la qualità del servizio offerto dalle biblioteche di uso corrente delle aziende sanitarie e, ove possibile, applicare una razionalizzazione delle spese per l'acquisto di documentazione sanitaria
- sviluppare e armonizzare la sinergia tra i vari organismi coinvolti nel processo di catalogazione della strumentaria di valore storico.

Azioni

- a breve termine alimentare l'inventario regionale della strumentaria medica di valore storico, individuare un deposito regionale per conservare la strumentaria obsoleta di valore storico ed incentivare progettazioni specifiche delle aziende sanitarie, volte alla valorizzazione delle loro realtà locali
- a medio termine, incentivare le collaborazioni tra aziende e con altre istituzioni (università, ARS, Comuni), in merito alle biblioteche di uso corrente
- a lungo termine attivazione di procedure di valorizzazione, oltre che di tutela, dei beni storici.

9.4. Quadro finanziario di riferimento pluriennale

Nelle tabelle sottostanti sono riportate le risorse stanziate sul bilancio pluriennale 2014/2016 e la proiezione di tali dati sull'annualità 2015, articolate per UPB di riferimento.
Esse tengono conto delle fonti di finanziamento che si stima saranno disponibili nel periodo 2014 e 2015 e del fabbisogno connesso alle politiche socio-sanitarie così come riportate nell'Analisi di fattibilità finanziaria di cui alla successiva Sezione Valutativa del Piano.
Nel presente quadro finanziario sono compresi anche i fondi relativi alla gestione ordinaria.

PARTE SANITARIA

UPB	descrizione UPB	Corr/Inv	Fonte	2014	2015
131	Attività di carattere istituzionale - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	88.000,00	88.000,00
241	Sistema informativo, ricerca e sperimentazione in sanità - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	39.300.000,00	49.300.000,00
241	Sistema informativo, ricerca e sperimentazione in sanità - spese correnti	Corr	Fondi soggetti privati	0,00	0,00
241	Sistema informativo, ricerca e sperimentazione in sanità - spese correnti	Corr	Fondi enti settore pubblico	0,00	0,00
241	Sistema informativo, ricerca e sperimentazione in sanità - spese correnti	Corr	Statali	11.180,60	0,00
242	Strutture e tecnologie sanitarie - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	819.500,00	760.280,00
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	216.727.833,62	219.888.575,14
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Regionali	35.000,00	0,00
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Fondi UE tramite altri soggetti	231.781,22	20.400,00
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Fondi UE da trasferire ai partners	409.391,93	0,00
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Fondi enti settore pubblico	122.977,14	0,00
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Statali	206.500,00	20.400,00
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Fondi UE	473.120,73	0,00
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Altre vincolate	1.088.138,34	0,00
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Sponsorizzazioni	0,00	0,00
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti	Corr	Bassanini	0,00	0,00
244	Formazione e politiche del personale - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	3.680.000,00	3.385.000,00
244	Formazione e politiche del personale - spese correnti	Corr	Statali	4.860.980,00	0,00
245	Strutture e tecnologie sanitarie - spese d'investimento	Inv	Fondo Sanitario	3.200.000,00	0,00

245	Strutture e tecnologie sanitarie - spese d'investimento	Inv	Regionali	145.192.779,07	145.500.000,00
245	Strutture e tecnologie sanitarie - spese d'investimento	Inv	Concessione di anticipazioni	104.853.673,59	0,00
245	Strutture e tecnologie sanitarie - spese d'investimento	Inv	Statali	129.264.012,60	0,00
245	Strutture e tecnologie sanitarie - spese d'investimento	Inv	Bassanini	3.221.000,00	0,00
246	Organizzazione del sistema sanitario - spese di investimento	Inv	Fondo Sanitario	0,00	0,00
246	Organizzazione del sistema sanitario - spese di investimento	Inv	Regionali	1.527.000,00	0,00
246	Organizzazione del sistema sanitario - spese di investimento	Inv	Statali	0,00	0,00
246	Organizzazione del sistema sanitario - spese di investimento	Inv	FAS 2007-2013	0,00	0,00
251	Prevenzione - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	292.528.326,12	292.627.155,75
252	Assistenza territoriale - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	3.100.800.256,86	3.101.847.850,90
253	Assistenza ospedaliera - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	2.457.767.939,40	2.458.068.108,25
254	Esercizi pregressi - spese correnti	Corr	Statali	0,00	0,00
261	Progetti di integrazione socio-sanitaria - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	4.760.000,00	4.210.000,00
261	Progetti di integrazione socio-sanitaria - spese correnti	Corr	Regionali	0,00	0,00
261	Progetti di integrazione socio-sanitaria - spese correnti	Corr	Statali	298.678,00	0,00
261	Progetti di integrazione socio-sanitaria - spese correnti	Corr	Fondi UE tramite altri soggetti	2.351,40	0,00
262	Azioni programmate di cui al Piano sanitario regionale - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	10.148.177,00	9.060.000,00
262	Azioni programmate di cui al Piano sanitario regionale - spese correnti	Corr	Statali	1.309.621,45	0,00
262	Azioni programmate di cui al Piano sanitario regionale - spese correnti	Corr	Fondi enti settore pubblico	137.539,00	0,00
262	Azioni programmate di cui al Piano sanitario regionale - spese correnti	Corr	Altre vincolate	2.280.141,27	0,00
263	Educazione sanitaria - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	985.000,00	1.075.000,00
263	Educazione sanitaria - spese correnti	Corr	Statali	0,00	0,00
263	Educazione sanitaria - spese correnti	Corr	Regionali	0,00	0,00
264	Servizi di prevenzione - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	51.972.000,00	51.230.316,00
264	Servizi di prevenzione - spese correnti	Corr	Regionali	0,00	0,00
264	Servizi di prevenzione - spese correnti	Corr	Fondi soggetti privati	0,00	0,00
264	Servizi di prevenzione - spese correnti	Corr	Altre vincolate	81.368,76	0,00
264	Servizi di prevenzione - spese correnti	Corr	Fondi enti settore pubblico	0,00	0,00
264	Servizi di prevenzione - spese correnti	Corr	Statali	3.848.162,88	0,00

265	Servizi territoriali - spese correnti	Corr	Statali	81.067,52	0,00
265	Servizi territoriali - spese correnti	Corr	Altre vincolate	0,00	0,00
265	Servizi territoriali - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	43.175.000,00	38.115.000,00
266	Servizi ospedalieri - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	292.720.000,00	289.820.000,00
266	Servizi ospedalieri - spese correnti	Corr	Fondi UE tramite altri soggetti	30.066,33	0,00
266	Servizi ospedalieri - spese correnti	Corr	Statali	0,00	0,00
514	Interventi per lo sviluppo del sistema economico e produttivo - spese di investimento	Inv	Regione FESR 2007-2013	0,00	0,00
514	Interventi per lo sviluppo del sistema economico e produttivo - spese di investimento	Inv	Cofin. UE-Stato FESR 2007-2013	0,00	0,00
514	Interventi per lo sviluppo del sistema economico e produttivo - spese di investimento	Inv	Fondo Sanitario	0,00	0,00
TOTALI				**6.918.238.564,83**	**6.665.016.086,04**

RISORSE ATTESE

UPB	**descrizione UPB**	**2014**	**2015**
243	Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti (Fondi Statali per Obiettivi di PSN 2015, Medicina penitenziaria, etc)		100.000.000,00
251	Prevenzione - spese correnti (fondo sanitario)		
252	Assistenza territoriale - spese correnti (fondo sanitario)		80.000.000,00
252	Assistenza territoriale - spese correnti (fondo sanitario)		
265	Servizi territoriali - spese correnti altre vicolate (AIFA per Payback)	30.000.000,00	80.000.000,00
TOTALI		**30.000.000,00**	**260.000.000,00**

PARTE SOCIALE

UPB	descrizione UPB	Corr/Inv	Fonte	2014	2015
122	Cooperazione internazionale, promozione della cultura della pace - spese correnti	Corr	Regionali	0,00	0,00
131	Attività di carattere istituzionale - spese correnti	Corr	Regionali	210.855,00	230.000,00
136	Servizio civile regionale -spese correnti	Corr	Regionali	17.400.000,00	9.000.000,00
136	Servizio civile regionale -spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	0,00	0,00
142	Attivita' di informazione, ricerca, monitoraggio e valutazione - spese correnti	Corr	Regionali	0,00	0,00
212	Altre azioni sociali rivolte all'accessibilità ai servizi - spese correnti	Corr	Regionali	1.380.000,00	330.000,00
212	Altre azioni sociali rivolte all'accessibilità ai servizi - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	0,00	0,00
212	Altre azioni sociali rivolte all'accessibilità ai servizi - spese correnti	Corr	Statali	966.551,69	0,00
213	Sostegno alla locazione abitativa - spese correnti	Corr	Regionali	12.000.000,00	4.500.000,00
213	Sostegno alla locazione abitativa - spese correnti	Corr	Statali	11.293.189,61	0,00
213	Sostegno alla locazione abitativa - spese correnti	Corr	altre vincolate	75.352,81	0,00
214	Interventi nei trasporti e per la mobilità – Spese di investimento	Inv	Regionali	2.000.000,00	2.000.000,00
214	Interventi nei trasporti e per la mobilità – Spese di investimento	Inv	Statali	0,00	0,00
215	Azioni di sostegno alle adozioni internazionali - spese correnti	Corr	Regionali	0,00	0,00
221	Programmi di iniziative regionali, sistema informativo, ricerca e sviluppo - spese correnti	Corr	Regionali	1.510.387,79	680.387,79
221	Programmi di iniziative regionali, sistema informativo, ricerca e sviluppo - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	45.000,00	45.000,00
221	Programmi di iniziative regionali, sistema informativo, ricerca e sviluppo - spese correnti	Corr	Statali	4.406.850,85	0,00
221	Programmi di iniziative regionali, sistema informativo, ricerca e sviluppo - spese correnti	Corr	Fondi enti settore pubblico	11.000,00	0,00
221	Programmi di iniziative regionali, sistema informativo, ricerca e sviluppo - spese correnti	Corr	Sponsorizzazioni	0,00	0,00

222	Investimenti in ambito sociale - spese di investimento	Inv	Regionali	6.810.000,00	0,00
222	Investimenti in ambito sociale - spese di investimento	Inv	Cofin. UE-Stato FESR 2007-2013	2.133.124,07	0,00
222	Investimenti in ambito sociale - spese di investimento	Inv	Regionali Programma Investimenti	0,00	0,00
231	Azioni di base dei servizi sociali - spese correnti	Corr	Regionali	9.980.000,00	8.300.000,00
231	Azioni di base dei servizi sociali - spese correnti	Corr	Statali	17.405.000,00	0,00
232	Programmi di intevento specifico relativi ai servizi sociali - spese correnti	Corr	Statali	3.254.038,70	
232	Programmi di intevento specifico relativi ai servizi sociali - spese correnti	Corr	Altre vincolate	0,00	0,00
233	Programmi di intervento specifico relativi ai servizi sociali - spese di investimento	Inv	Regionali	0,00	0,00
234	Programmi ed azioni per il sostegno dell'inclusione sociale - spese correnti	Corr	Regionali	0,00	0,00
234	Programmi ed azioni per il sostegno dell'inclusione sociale - spese correnti	Corr	Statali	11.790,28	0,00
235	Interventi per la non autosufficienza - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	74.800.000,00	74.800.000,00
235	Interventi per la non autosufficienza - spese correnti	Corr	Statali	232.466,68	0,00
235	Interventi per la non autosufficienza - spese correnti	Corr	Regionali	0,00	0,00
243	Organizzazione del sistema sanitario – Spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	974.559,28	0,00
246	Organizzazione del sistema sanitario – Spese di investimento	Inv	Fondo Sanitario	0,00	0,00
261	Progetti di integrazione socio-sanitaria - spese correnti	Corr	Fondo Sanitario	4.588.000,00	4.588.000,00
261	Progetti di integrazione socio-sanitaria - spese correnti	Corr	Regionali	163.845,65	163.845,65
261	Progetti di integrazione socio-sanitaria - spese correnti	Corr	Statali	311.501,07	0,00
261	Progetti di integrazione socio-sanitaria - spese correnti	Corr	Fondi enti settore pubblico	0,00	0,00
261	Progetti di integrazione socio-sanitaria - spese correnti	Corr	Fondi UE tramite altri soggetti	0,00	0,00
265	Servizi territoriali - spese correnti	Corr	Statali	391.000,00	0,00
331	Sostegno alla costruzione, acquisto, ristrutturazione edilizia - spese di investimento	Inv	Regionali	15.295.000,00	25.000.000,00

331	Sostegno alla costruzione, acquisto, ristrutturazione edilizia - spese di investimento	Inv	Limiti statali regionalizzati	800.000,00	800.000,00
331	Sostegno alla costruzione, acquisto, ristrutturazione edilizia - spese di investimento	Inv	Statali	160.543.934,38	0,00
331	Sostegno alla costruzione, acquisto, ristrutturazione edilizia - spese di investimento	Inv	Limiti statali	0,00	0,00
331	Sostegno alla costruzione, acquisto, ristrutturazione edilizia - spese di investimento	Inv	Fondi soggetti privati	121.307,75	0,00
331	Sostegno alla costruzione, acquisto, ristrutturazione edilizia - spese di investimento	Inv	altre vincolate	4.258.810,58	0,00
332	Sostegno alla costruzione, acquisto, ristrutturazione edilizia – Spese correnti	Corr	Regionali	20.000,00	20.000,00
TOTALI				**353.393.566,19**	**130.457.233,44**

RISORSE STATATALI ATTESE

UPB	descrizione UPB	2014	2015
221	Programmi di iniziative regionali, sistema informativo, ricerca e sviluppo - spese correnti		15.000.000,00
231	Azioni di base dei servizi sociali - spese correnti		
232	Programmi di intervento specifico relativi ai servizi sociali - spese correnti		
234	Programmi ed azioni per il sostegno dell'inclusione sociale - spese correnti		
235	Interventi per la non autosufficienza - spese correnti	14.000.000,00	14.000.000,00
TOTALI		**14.000.000,00**	**29.000.000,00**

10. ALLEGATI

10.1. I livelli essenziali di assistenza e i pesi per classe di età

1 – "Prevenzione collettiva":
- 1.1. Profilassi delle malattie infettive e diffusive
- 1.2. Tutela dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale
- 1.3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari connessi agli ambienti di vita e di lavoro
  - 1.3.1. Ambienti di vita
  - 1.3.2. Ambienti di lavoro
- 1.4. Sanità pubblica veterinaria
  - 1.4.1. Sanità animale
  - 1.4.2. Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale e loro derivati
  - 1.4.3. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- 1.5. Tutela igienico sanitaria degli alimenti e nutrizione
  - 1.5.1. Controllo igienico-sanitario in materia micologica
- 1.6. Medicina legale
- 1.7. Medicina dello sport

2 – "Assistenza territoriale":
- 2.1. Assistenza medica di base
  - 2.1.1. Medicina generale
  - 2.1.2. Pediatria di libera scelta
  - 2.1.3. Continuità assistenziale
- 2.2. Assistenza farmaceutica
  - 2.2.1. Farmaceutica aziendale e assistenza integrativa
  - 2.2.2. Farmaceutica convenzionata e integrativa
- 2.3. Assistenza specialistica ambulatoriale
  - 2.3.1. Specialistica
  - 2.3.2. Diagnostica strumentale
- 2.4. Assistenza distrettuale
  - 2.4.1. Emergenza sanitaria territoriale
  - 2.4.2. Attività di prevenzione rivolta alla persona
  - 2.4.3. Attività distrettuali
  - 2.4.4. Attività consultoriali
  - 2.4.5. Assistenza ai malati terminali
  - 2.4.6. Assistenza alle persone con infezione da HIV
- 2.5. Riabilitazione
  - 2.5.1. Riabilitazione funzionale
  - 2.5.2. Disabilità
  - 2.5.3. Assistenza protesica
  - 2.5.4. Assistenza termale
- 2.6. Assistenza agli anziani
- 2.7. Salute mentale
- 2.8. Dipendenze
  - 2.8.1. Alcolismo
  - 2.8.2. Tossicodipendenze

3 – "Assistenza ospedaliera":
- 3.1. Emergenza urgenza
- 3.2. Ricovero
- 3.3. Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- 3.4. Attività per la donazione, il prelievo, il trapianto, di organi tessuti e cellule

Pesi attribuiti alle classi di età per livello e sottolivello di assistenza

Composizione % F.S.R.	**PREVENZIONE COLLETTIVA**	**ASSISTENZA TERRITORIALE**								**ASSISTENZA OSPEDALIERA**
Livello	**5,00**	**53,00**								**42,00**
Sottolivello		**5,50**	**14,00**	**3,50**	**7,50**	**2,50**	**14,00**	**4,50**	**1,50**	
Classi di età		Assistenza medica di base	Assistenza farmaceuti	Assistenza agli anziani	Assistenza distrettuale	Riabilitazione	Assistenza specialistica ambulatoriale	Salute mentale	Dipendenze	
0 – 4	2,500	1,000	1,000	0,000	1,500	1,500	1,000	0,500	0,000	1,000
5 – 9	2,500	1,000	1,458	0,000	1,500	1,500	0,765	2,000	0,000	0,224
10 - 14	2,500	1,000	1,574	0,000	1,500	1,500	0,988	2,000	0,100	0,219
15 - 19	2,500	1,000	1,678	0,000	1,000	1,500	1,163	1,500	3,000	0,286
20 - 24	1,500	1,000	1,563	0,000	1,000	1,000	1,342	1,000	3,000	0,339
25 - 29	1,500	1,000	1,875	0,000	1,000	1,000	1,535	1,000	3,000	0,406
30 - 34	1,500	1,000	2,321	0,000	1,000	1,000	1,752	1,000	3,000	0,480
35 - 39	1,500	1,000	3,233	0,000	1,000	1,000	1,869	1,000	3,000	0,481
40 - 44	1,500	1,000	3,774	0,000	1,000	1,000	1,913	1,000	3,000	0,456
45 - 49	1,500	1,000	4,886	0,000	1,000	1,000	2,132	2,000	3,000	0,545
50 - 54	1,500	1,000	5,873	0,000	1,000	1,500	2,543	2,000	3,000	0,723
55 - 59	1,500	1,000	7,631	0,000	1,000	1,500	2,908	2,000	1,000	0,924
60 - 64	1,500	1,000	9,598	0,000	1,000	2,000	3,520	2,000	1,000	1,266
65 - 69	1,000	1,000	12,278	1,000	2,000	2,500	4,423	1,000	1,000	1,676
70 - 74	1,000	1,000	14,561	1,000	2,000	2,500	5,350	1,000	0,500	2,172
75 - 79	1,000	1,000	16,630	2,000	3,000	2,500	5,895	0,500	0,000	2,746
80 - 84	1,000	1,000	17,749	2,000	3,000	2,000	5,521	0,500	0,000	3,060
Oltre 84	1,000	1,000	16,780	3,000	4,000	2,000	4,020	0,300	0,000	3,374

10.2. Lo sviluppo organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione

La Regione Toscana individua i seguenti elementi di innovazione per i Dipartimenti di prevenzione:
- integrazione delle strutture e implementazione del sistema a rete della prevenzione;
- integrazione della prevenzione collettiva nel contesto sociale ed istituzionale;
- sviluppo delle competenze e aggiornamento professionale;
- percorsi per la semplificazione delle procedure ed il miglioramento della qualità e dell'efficacia delle prestazioni;
- ridefinizione della rilevanza della prevenzione primaria nelle politiche regionali e nel servizio sanitario regionale;
- collaborazione con il livello territoriale nella gestione integrata di alcune attività, con particolare riferimento alla promozione della salute;
- Confronto e collaborazione con i soggetti sociali.

Per quanto sopra è possibile avviare un percorso che trasferisce in alcuni casi a livello regionale ed in altri a livello di Area Vasta i seguenti processi:
- programmazione
- supervisione e coordinamento
- ottimizzazione delle risorse
- localizzazione a livello regionale o di Area Vasta di attività specialistiche
- incremento dello scambio organizzato di informazioni.

Quanto sopra si coniuga con l'obiettivo, a livello territoriale, della semplificazione delle linee gestionali all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, il completamento dello sviluppo del sistema informativo regionale della prevenzione collettiva (SISPC) e lo sviluppo del sistema a rete dei Laboratori.

La rete della prevenzione

A) Il livello regionale: programmazione, coordinamento e monitoraggio
- Elaborare e aggiornare le procedure per l'esecuzione delle attività delle strutture organizzative appartenenti all'Autorità Competenti Territoriali (compreso l' aggiornamento normativo)
- Coordinare gli indirizzi professionali e la relativa verifica dell'efficacia delle attività svolte a livello regionale riguardo all'ambito della sicurezza alimentare
- Programmare la formazione per tutti i profili professionali presenti all'interno delle strutture organizzative dei Dipartimenti di Prevenzione
- Sviluppare l'integrazione organizzativa di Area Vasta per l'erogazione di gruppi di prestazioni innovative e complesse con riferimento all'art. 67, comma 3, l.r.t. 40/2005 e s.m.i.
- Assicurare forme omogenee di comunicazione esterna
- Coordinamento Aree Vaste
- Collaborazioni con le Università
- Confronto e collaborazione con i soggetti sociali

B) L'Area Vasta: l'organizzazione e la valorizzazione dei professionisti

L'Area Vasta rappresenta l'ambito privilegiato per lo sviluppo di quelle attività che hanno più stretta attinenza con l'ambito professionale, quali:
- Sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità
- Attività di supervisione e addestramento
- Formazione e aggiornamento professionale
- Sviluppo di competenze specialistiche

Tali attività trovano applicazione per:

- coordinare gli indirizzi professionali e la relativa verifica dell'efficacia delle attività svolte a livello di Area Vasta negli ambiti relativi alla sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro e ai corretti stili di vita
- elaborare e aggiornare procedure documentate per l'esecuzione delle attività delle strutture organizzative del Dipartimento di Prevenzione al fine di garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione tra le prestazioni erogate
- eseguire attività di audit interni
- coordinare la programmazione della formazione per tutti i profili professionali presenti all'interno delle strutture organizzative dei Dipartimenti di Prevenzione a livello di Area Vasta
- assicurare forme omogenee di comunicazione
- Confronto e collaborazione con i soggetti sociali

La riorganizzazione dei Dipartimenti della Prevenzione, attuata ai sensi della LR 40 e DGR 1235/2012, deve essere concepita anche come momento di sviluppo di tutte le professioni sanitarie della Prevenzione; in tal senso si dovranno mantenere e sviluppare modelli organizzativi, anche sperimentali, che prevedano l'assegnazione di responsabilità specifiche e mirate nell'ambito dell'organizzazione dell'unità funzionale quali i setting tematici anche ai tecnici della prevenzione. Tale indicazione al fine di perseguire l'obiettivo dell'integrazione multidisciplinare dei dipartimenti e delle unità funzionali con attribuzione del personale per la funzione svolta alle strutture organizzative ad oggi già presenti e dirette da tali professionisti.
A livello di Area Vasta dovranno essere individuate le soluzioni organizzative per impegnare le risorse in modo appropriato ed efficace, al fine di incrementare l'efficiente uso delle risorse impiegate nelle attività obbligatorie e a domanda (costo del personale, concentrazione temporale nello svolgimento delle attività, compartecipazione economica di alcune attività,ecc.).
Deve essere ricercata attivamente l'integrazione con soggetti esterni al Dipartimento di Prevenzione, sia all'interno delle ASL (territorio, medici convenzionati etc.) che nel circuito del SSR (come le Aziende Ospedaliere Universitarie che possono funzionare da centri di secondo – terzo livello), ma anche con centri di eccellenza esterni quali ad esempio ARPAT, con cui è stato sviluppato il sistema integrato dei laboratori della Toscana.
Saranno sperimentate soluzioni organizzative innovative quali strutture funzionali interaziendali o di Area Vasta.

C) L'Unità Funzionale: l'erogazione delle prestazioni

All'interno del Dipartimento della Prevenzione trovano collocazione le Unità Funzionali (U.F.), che sono strutture organizzative di livello aziendale strutturate sulla base di quanto stabilito dal comma 2 dell'art. 67 della LR 40/05 così come modificato dalla LR 81/12) alle quali compete l'erogazione delle prestazioni; coinvolgono più professionalità sono costituite al fine di erogare prestazioni complesse, sono costituite secondo le modalità indicate più avanti, in conformità con le disposizioni regionali.
Si individuano le seguenti U.F. di livello aziendale:

a) Igiene pubblica e della nutrizione
b) Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
c) Prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro
d) Medicina dello sport

Ogni U.F. provvede all'erogazione delle prestazioni di propria competenza, attraverso il personale ed il budget assegnato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.
I livelli di operatività devono tener conto dei bisogni di salute della collettività e delle complesse caratteristiche dei territori. Laddove si manifestano le maggiori complessità, soprattutto in relazione alla presenza di una imprenditoria straniera particolarmente significativa, si procederà ad un potenziamento del servizio. I volumi delle prestazioni e i risultati saranno correlati alle risorse, anche di natura professionale, disponibili sul territorio, nonché a fattori oggetti di complessità,

quali: il numero di abitanti con particolare attenzione alla popolazione immigrata, il numero di aziende e di addetti.
Il Dipartimento di Prevenzione provvede inoltre all'integrazione con le attività territoriali ed in particolar modo con le SdS, in modo da sistematizzare i rapporti, attraverso accordi finalizzati alla riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni a livello di Zona/Distretto attraverso:

- Partecipazione alla elaborazione e valutazione del Piano Integrato di Salute
- Definizione di azioni specifiche all'interno del Piano Integrato di Salute

Il percorso di riorganizzazione

Si procede attraverso quanto stabilito dalla DGR 1235/12.

10.3. Orientamenti generali per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali

Le soglie operative o i livelli di operatività al di sotto dei quali non è consentita la attivazione di strutture organizzative professionali sono fissati in relazione al raggiungimento dei seguenti risultati:

- standard qualitativi delle attività svolte
- tempestività ed adeguatezza di risposta ai problemi operativi e professionali tipici delle funzioni svolte
- costante aggiornamento professionale e miglioramento della capacità operativa.

Sempre più emerge anche la necessità di porre al centro della organizzazione e delle sue articolazioni organizzative, l'attenzione a percorsi specialistici ed assistenziali in grado di assicurare, in forma coordinata ed integrata, tutti i servizi sanitari: preventivi, di diagnosi, cura e riabilitazione. Di conseguenza si rende necessario individuare le strutture operative deputate alla realizzazione di tali percorsi.

Il processo di innovazione organizzativa è oggi caratterizzato dalla necessità di riferirsi non solo alle "classiche" discipline professionali ma di orientare la costituzione e la tipologia delle strutture organizzative professionali a parametri legati al raggiungimento di adeguati volumi operativi che portino ad una correlazione positiva tra prestazioni ed esiti, tenendo anche conto delle specificità di alcuni percorsi assistenziali.

L'individuazione delle soglie operative dovrà avvenire, anche attraverso il monitoraggio dei risultati raggiunti, a livello di programmazione di Area Vasta nell'ambito del governo regionale.

La definizione dei percorsi, la correlazione ai rispettivi volumi e soglie integrati, verrà definita dalla Giunta Regionale, in maniera condivisa con gli attori del sistema, entro 90 giorni dall'approvazione del presente Piano.
Nella definizione di quanto sopra e nella applicazione operativa di quanto definito, la Giunta Regionale e le Aziende sanitarie, anche attraverso i coordinamenti di Area Vasta, si atterranno ai seguenti principi:

Le funzioni operative
L'articolo 2, lettera l) della l.r. 40/2005 definisce la "funzione operativa" come l'insieme delle attività riconosciute omogenee sotto il profilo professionale. Ogni funzione operativa, quindi, si caratterizza per un insieme tipico di prestazioni professionali o tecniche.
La definizione delle prestazioni tipiche di una determinata funzione operativa fa riferimento alla regolamentazione professionale, alle disposizioni previste dalle procedure di accreditamento, alle linee guida, alle indicazioni in materia di qualificazione delle attività o ad altre disposizioni regionali o nazionali, nonche' ad ulteriori specifiche indicazioni della Giunta regionale.

Le strutture organizzative professionali
Le strutture organizzative professionali definite quali unità operative, sezioni, uffici, costituiscono il contenitore organizzativo delle professionalità che caratterizzano una funzione operativa.
In una stessa Struttura organizzativa professionale trova collocazione personale appartenente ad una unica professionalità omogenea sotto il profilo delle tipologie di attività che rientrano nella stessa funzione operativa, fatte salve specifiche disposizioni legislative.
Le strutture organizzative professionali delle Aziende sanitarie sono assoggettate, per la loro attivazione, alla programmazione Regionale e di Area Vasta

Le soglie operative
Ferma restando la possibilità di indicare criteri generali per la costituzione delle strutture organizzative professionali, la Giunta regionale valuta e definisce ulteriori standard qualitativi e quantitativi relativi a specifiche prestazioni proprie di una o più strutture organizzative, finalizzati ad assicurare che sia garantita una adeguata qualificazione della équipe professionale che provvede ad erogare le prestazioni, e che sia prodotto un volume di attività tale da garantire qualità e sicurezza, in linea a quanto previsto dalle norme di accreditamento e dalle evidenze scientifiche.

Nella concertazione di Area Vasta devono essere valutate anche le caratteristiche dei territori, ivi compresa la realtà della Azienda sanitaria Fiorentina all'interno dell'Area Metropolitana.
Eventuali discordanze tra gli standard definiti per la costituzione delle strutture professionali dalla Giunta regionale o dalla programmazione di Area Vasta e quelli effettivamente applicati costituiscono elementi per la valutazione del direttore generale.

Le unità funzionali
Le unità funzionali sono costituite al fine di integrare funzioni operative per fornire risposte adeguate al bisogno sanitario o socio sanitario in termini di efficacia e di efficienza e garantire la continuita' del percorso assistenziale.
L'Azienda sanitaria, in conformità con le disposizioni regionali, determina le modalità di attivazione e di cessazione delle unità funzionali, specificando in particolare:
1) i criteri assunti per la loro costituzione;
2) la durata e le modalità di conferimento degli incarichi di responsabilità, tenuto conto della composizione multiprofessionale delle unità funzionali stesse;
3) le modalità di dismissione della unità qualora vengano meno le condizioni previste dal regolamento per la sua costituzione o, nel caso di unità funzionali a termine, allo scadere del termine;
~~4)~~ i criteri per la definizione del grado di complessità di ciascuna unità ai fini della graduazione del livello di responsabilità, nonché per la definizione dell'obbligo della rendicontazione analitica in capo alla unità funzionale.

L'attivazione della unità funzionale è definita mediante provvedimento del direttore generale assunto ai sensi di legge, che deve prevedere:
a) le risorse attribuite alla unità;
b) le modalità mediante le quali l'unità funzionale è inclusa nelle procedure di contabilità analitica;
c) l'obbligo per l'unità funzionale a soddisfare il fabbisogno del sistema informativo aziendale, secondo gli standard aziendali o regionali;
d) le modalità attraverso le quali si esplica l'apporto delle strutture organizzative professionali afferenti all'unità funzionale, per quanto riguarda la programmazione dell'attività;
e) l'indicazione del termine di cessazione dell'unità funzionale nel caso in cui ne sia prevista l'attivazione a tempo determinato.

La Giunta regionale, anche in attuazione delle azioni di cui al presente Piano, può emanare indirizzi o direttive per la costituzione di unità funzionali e per la definizione del loro grado di complessità.

Le funzioni operative del Centro tecnico direzionale e le funzioni di supporto alla zona – distretto

Per quanto attiene alle funzioni operative e le strutture organizzative amministrative, tecniche e di staff del Centro Tecnico Direzionale e le funzioni di supporto alla zona-distretto, le Aziende sanitarie si attengono a quanto indicato dai precedenti piani sanitari regionali (allegato 2) e dal

quadro definito con la l.r. 40/2005 relativamente alla costituzione ed organizzazione degli Estav e delle funzioni loro attribuite, anche attraverso le successive disposizioni attuative, avendo a riferimento quanto indicato nello specifico paragrafo.

L'organizzazione dipartimentale delle aziende ospedaliere
Ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, le aziende ospedaliere universitarie organizzano la produzione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali attraverso i dipartimenti di cui alla l.r. 40/2005.
I protocolli d'intesa Regione-Università definiscono le linee generali dell'organizzazione dipartimentale delle aziende ospedaliero universitarie ai sensi dell'articolo 3 del D.Lgs. 517/1999.
Nel Protocollo d'intesa sono individuate le soglie minime di attività per la revisione delle strutture organizzative delle Aziende Ospedaliero Universitarie. Tali soglie sono stabilite valutando i livelli minimi di attività definiti sia con criteri di essenzialità, efficacia assistenziale ed economicità nell'uso delle risorse professionali, sia di funzionalità e di coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, al fine di garantire adeguata qualificazione alla struttura.

I dipartimenti di coordinamento tecnico
Ferma restando l'autonomia organizzativa delle Aziende sanitarie, la Giunta regionale individua i settori di attività ove si ritiene opportuna l'attivazione dei dipartimenti di coordinamento tecnico, nonché le modalità di attivazione e funzionamento.

I dipartimenti interaziendali a carattere gestionale (sperimentali)
Nell'arco di validità del presente Piano, la Giunta regionale individua i settori di attività ove si ritiene opportuna l'attivazione, in via sperimentale, di dipartimenti interaziendali a carattere gestionale.

Le direzioni infermieristica e tecnico sanitaria
Il Direttore infermieristico ed il Direttore tecnico - sanitario di cui all'articolo 62, comma 5, della l.r. 40/2005, sono collocati nello Staff della direzione sanitaria.
Per la direzione, organizzazione e valutazione dell'assistenza infermieristica e delle attività tecnico - sanitarie, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale infermieristico e di quello tecnico - sanitario e della riabilitazione, il Direttore sanitario si avvale dei due Direttori in oggetto nelle forme e con le modalità definite dall'azienda, sviluppando modelli organizzativi che tendano a dare risposte integrate al bisogno del cittadino per assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuità dei percorsi assistenziali. I Direttori partecipano alle strutture di coordinamento dei dipartimenti attivati dall'Azienda sanitaria.
Per l'espletamento delle loro funzioni, i due Direttori si avvalgono dei dirigenti delle specifiche aree professionali, dei direttori delle unità operative afferenti ai settori di competenza, dei coordinatori, di cui all'articolo 68, comma 5, ed all'articolo 64, comma 5, lettera d), della l.r. 40/2005, e dei dirigenti preposti all'attività di formazione e di aggiornamento.
Il regolamento aziendale definisce le modalità organizzative per l'espletamento delle specifiche funzioni di direzione dell'assistenza infermieristica e delle attività tecnico - sanitarie sulla base dei seguenti principi:
- analisi dell'evoluzione dei bisogni assistenziali, o riabilitativi, o tecnico-diagnostici od in ambito preventivo, in funzione della programmazione aziendale;
- valutazione delle competenze e delle performance del personale;
- sostegno, di concerto con le strutture professionali afferenti, allo sviluppo delle competenze professionali attraverso la promozione di conoscenze scientifiche e l'utilizzo di linee guida orientate alle buone pratiche;
- collaborazione alla definizione dei percorsi assistenziali, alla elaborazione di istruzioni operative, procedure, protocolli e linee guida per il miglioramento continuo della qualità;
- partecipazione alla realizzazione di un sistema di indicatori e strumenti per la gestione di eventi avversi relativi alla sicurezza del paziente in ambito ospedaliero e territoriale;
- responsabilizzazione degli operatori sui risultati raggiunti;
- autonomia nelle decisioni di natura tecnico professionale di competenza;

- partecipazione alla definizione delle finalità aziendali;
- partecipazione alla definizione del piano formativo aziendale;
- partecipazione allo sviluppo organizzativo e tecnologico delle attività di riferimento, anche attraverso la partecipazione a progetti di ricerca in collaborazione con l'Università.

Afferiscono alla direzione infermieristica,con le modalità organizzative espresse dall'atto aziendale, le seguenti strutture professionali:
- unità operativa assistenza infermieristica ed assistenza diretta alla persona in ambito ospedaliero;
- unità operativa assistenza infermieristica e assistenza diretta alla persona in ambito territoriale;
- unità operativa di assistenza ostetrica

Afferiscono alla direzione tecnico-sanitaria, con le modalità organizzative espresse dall'atto aziendale, le seguenti strutture professionali:
- unità operativa di riabilitazione funzionale;
- unità operativa di diagnostica professionale di laboratorio;
- unità operativa di diagnostica professionale per immagini;
- unità operativa tecnica del dipartimento di prevenzione.
- unità operativa di dietetica professionale

Le Aziende sanitarie provvedono alla costituzione delle seguenti strutture organizzative, qualificate come dirigenziali:
1. Una unità operativa infermieristica;
2. Una unità operativa assistenza ostetrica;
3. Una unità operativa diagnostica di laboratorio;
4. Una unità operativa diagnostica per immagini;
5. Una unità operative delle professioni della riabilitazione;
6. Una unità operativa delle professioni della prevenzione.

Le Aziende sanitarie possono costituire ulteriori strutture dirigenziali, in relazione alla complessità ed al numero di strutture organizzative professionali previste dallo statuto aziendale, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione di Area Vasta.
Alle suddette strutture organizzative, alla cui conduzione il Direttore generale nomina, sentito il Direttore sanitario, un professionista appartenente al relativo profilo professionale in possesso ai requisiti di cui alla legge 1 febbraio 2006, n. 43, sono attribuite funzioni di integrazione e di omogeneizzazione tra le diverse attività, unità e figure professionali e di supporto al direttore delle professioni infermieristiche ed al direttore delle professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione previsti dalla normativa regionale vigente.
Il regolamento aziendale definisce gli obiettivi e le modalità organizzative delle Direzioni Infermieristica e Tecnico- sanitarie.

10.4. Il Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali e i livelli essenziali delle prestazioni sociali

MACRO LIVELLI E OBIETTIVI DI SERVIZIO							
Macro Livello	**Obiettivi di Servizio**	**Linee di Intervento**	**Condivisione con Sistema Sanitario**	**Target di Riferimento**	**Livello Ottimale**	**Enti Coinvolti**	**Livelli a Tendere**
SERVIZI PER L'ACCES-SO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE SOCIO-ASSISTENZIALE	**ACCESSO**	Azioni di sistema (Punto unico di accesso)	SI	Popolazione	Comuni / Zone-distretto	Comuni, SdS, Asl	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Segretariato sociale		Popolazione	Comuni	Comuni/SdS	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Consultori principali (L.R. 59/2007 "Centri di coordinamento")	SI	Giovani, donne vittime di violenza, coppie, famiglie	Zona distretto	SdS, ASL	Consolidamento rete esistente
		Unità mobili (Tratta e TD)	SI	Vittime di tratta, TD, prostituzione	Zona distretto	SdS, ASL, Associazioni	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Informazione e preparazione al percorso adottivo	SI	Coppie che intendono intraprendere il percorso adottivo	Centro Adozioni di Area Vasta	Comuni capofila di Firenze, Prato, Siena, Pisa. ASL	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Informazioni e orientamento per parto in anonimato	SI	Donne in gravidanza o con figli neonati in gravi difficoltà	Servizi sociali dei Comuni, consultori, punti nascita, SERT, Dipartimenti salute mentale, accettazione ospedali, medici di famiglia, pediatri, comunità di accoglienza	Comuni, ASL, aziende ospedaliere, punti nascita, comunità	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Azioni per favorire l'orientamento, l'accesso ai servizi e le modalità di fruizione ai servizi stessi	SI	Anziani, disabili e persone in condizione di fragilità	Servizi sociali dei Comuni e/o SdS e Asl (servizi territoriali)	Comuni, Asl, Aziende e SdS	1 ogni Zona distretto/SdS

	PRESA IN CARICO	Servizio sociale professionale	SI	Intera popolazione con particolare attenzione a: donne vittime di violenza e di tratta. Persone e famiglie fragili Minori a rischio di allontanamento	Zona distretto	SdS, ASL, Comuni	1 Assistente sociale "front line" ogni 6000 abitanti
		Funzioni sociali per la VMD	SI	Persone con bisogni complessi	Zona distretto	SdS, ASL, Comuni	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Definizione progetto personalizzato	SI	Famiglie fragili e a rischio anche con figli minori; donne vittime di violenza e di tratta; minori a rischio di allontanamento dalla famiglia o già allontanati, anziani, disabili, TD, SM	Zona distretto	SdS, ASL, Comuni, consultori, Associazioni, Province	1 ogni Zona-distretto/SdS
		Funzioni sociali per affido- Centri per l'affido Funzioni sociali per adozioni - Centri per l'adozione	SI	Minori in affidamento familiare o parentale. Famiglie affidatarie. Minori adottati Famiglie adottive	Centri affido sovracomunali Centri per l'adozione di Area Vasta Comuni	Comuni, ASL, Tribunale per i minorenni, Comuni capofila Firenze, Prato, Siena, Pisa, Enti Autorizzati	Consolidamento e rafforzamento rete esistente
		Incontri protetti	SI	Minori allontanati dalla famiglia, in affidamento o in struttura residenziale; famiglie d'origine.	Comunale e/o sovracomunale	Comuni, ASL, Tribunale per i minorenni, comunità	Consolidamento e rafforzamento rete esistente
		Parto in anonimato	SI	Donne in gravidanza e con figli neonati in gravi difficoltà	Equipe multiprofessionale / SdS / Zone	Comuni, ASL, aziende ospedaliere, Tribunale Minorenni, comunità, punti nascita	Consolidamento rete esistente
		Violenza, stalking, abuso e maltrattamento	SI	Vittime di violenza e di stalking, sfruttamento sessuale e minori	Equipe multiprofessionale / SdS / Zone	Comuni, ASL, aziende ospedaliere, Autorità Giudiziarie, Forze dell'Ordine, comunità	Consolidamento e rafforzamento rete esistente
		Servizi di mediazione	SI	Popolazione immigrata Vittime traffico esseri umani Persone sottoposte a provvedimenti giudiziari Coppie con figli in fase di separazione, divorzio,	Comunale e/o sovracomunale	Comuni, ASL, SdS Autorità giudiziaria Autorità carceraria	Consolidamento e rafforzamento rete esistente

				famiglie ricomposte			
		Funzioni Ponte Multidisciplinare e Multi-istituzionale	SI	Persone con bisogni complessi (detenuti, ex detenuti, vittime di tratta, ecc.)	Multizonale Provinciale	Comuni, ASL, SdS, Province, Amministrazioni Penitenziarie, Terzo Settore	Consolidamento e rafforzamento rete esistente
	PRONTO INTERVENTO SOCIALE	Interventi per emergenza sociale (gravi marginalità, tratta, minori, violenza)	SI	Intera popolazione con particolare attenzione a: persone con grave emarginazione,minori esposti a grave rischio, minori in situazione di abbandono che necessitano di interventi di allontanamento disposti in via d'urgenza ai sensi dell'art. 403 del CC, minori non accompagnati, persone vittime di violenza e di tratta, famiglie in difficoltà e anziani.	Regionale; Zone distretto	SdS, ASL, Comuni, Province, autorità giudiziarie, forze dell'ordine, consultori principali, Associazioni	1 Pronto Intervento Sociale in ogni Zona distretto Numero Verde regionale articolato territorialmente
SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO	**ASSISTENZA DOMICILIARE**	Supporto domiciliare per aiuto domestico/familiare	SI	Adulti, Anziani e Disabili in condizione di fragilità	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Assistenza tutelare OSS (ADI)	SI	Persone non autosufficienti	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Misure di sostegno alla N. A. e disabilità grave	SI	Anziani e disabili non autosufficienti	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Assistenza Educativa Domiciliare	SI	Famiglie con disagio e minori	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
	SERVIZI DI PROSSIMITA'	Interventi di Prossimità (forme di solidarietà a favore delle fasce fragili)		Famiglie, Anziani, Disabili	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente

SERVIZI TERRITORIALI DI CARATTERA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER LE FRAGILITA'	**COMUNITA' A CARATTERE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE A FAVORE DEI MINORI E DI PERSONE CON FRAGILITA'**	Comunità socio-educative	SI	Minori allontanati dalla famiglia. Minori stranieri non accompagnati	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento e rafforzamento rete esistente
		Centri residenziali socio-sanitari e socio-riabilitativi	SI	Minori. Disabili gravi. Anziani non autosufficienti	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Centri residenziali e semiresidenziali: Centri Antiviolenza, Centri di Accoglienza Vittime di Tratta	SI	Vittime di Violenza e stalking Vittime di tratta Famiglie Minori	Comuni Zone Distretto	SdsS, ASL, consultori principali, Associazioni, Province	Consolidamento rete esistente
		Centri di Accoglienza per gravi marginalità		Senza dimora	Comuni Zone Distretto	SdS, Comuni, Associazioni	Consolidamento rete esistente
		Residenze per anziani	SI	Ultra 65enni	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Residenze sociosanitarie per non autosufficienti	SI	Ultra 65enni non autosufficienti Disabili gravi	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Strutture per disabili privi di sostegno familiare	SI	Disabili gravi soli	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
MISURE DI INCLUSIO-NE SOCIALE / SOSTEGNO AL REDDITO	**INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE L'INCLUSIONE E L'AUTONOMIA**	Trasporto per fruire dei dell'assistenza sociosanitari e socio riabilitativa (Disabili gravi Anziani NA)	SI	Disabili gravi Anziani Non Autosufficienti	Comuni Zone Distretto	SdS, ASL, Comuni	Consolidamento rete esistente
		Misure di sostegno al reddito per il contrasto della povertà	NO	Persone e nuclei al di sotto della soglia di povertà assoluta	Comuni Zone Distretto	SdS, Comuni, Associazioni	Consolidamento rete esistente
		Misure di microcredito o prestito d'onore	NO	Persone e famiglie in stato di vulnerabilità sociale	Comuni Zone Distretto	SdS, Comuni, Associazioni,banche	Consolidamento rete esistente
		Funzioni sociali per la casa		Persone e nuclei a basso reddito e con problemi alloggiativi	Comuni Zone Distretto	Comuni, SdS, Associazioni	Consolidamento rete esistente

MACRO LIVELLI TRASVERSALI E OBIETTIVI DI SERVIZIO							
Macro Livello	**Obiettivi di Servizio**	**Linee di Intervento**	**Condivisione con Sistema Sanitario**	**Target di Riferimento**	**Livello Ottimale**	**Enti Coinvolti**	**Livelli a Tendere**
INFRASTRUTTURA	**SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE**	Cartella Sociale	SI	Popolazione che accede al sistema dei servizi sociali	Zonale	Comuni SdS	Cartella Sociale Digitale 80% della popolazione in carico
		Sistema dell'interoperabilità:a livello locale l'integrazione della cartelle sociale con altri strumenti gestionali al fine di costituire il quadro conoscitivo locale sugli utenti, l'offerta, la spesa a livello locale e regionale la costituzione dei basamenti informativi sull'offerta e sui livello di servizio al fine di fornire il supporto alle decisioni di programmazione e il supporto alla valutazione delle politiche. La costituzione dei basamenti è realizzata attraverso le infrastrutture di cooperazione applicativa e la definizione di standard informativi (rfc)	SI		Regionale; Zone distretto		Interoperabilità: - I° biennio: costituzione dei basamenti informativi integrati su minori, senza fissa dimora, soggetti in situazione marginalità estrema - II° triennio: costituzione dei basamenti informativi integrati su tutte le aree di intervento

10.5. Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana e le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena

(Articolo 1, comma 1, decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419")

La Regione Toscana e le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena, preso atto dell'avvenuta applicazione in Toscana di quanto previsto in materia di istituzione delle aziende ospedaliero-universitarie dal decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), confermano quanto previsto dal Protocollo d'intesa, approvato con delibera della Giunta regionale 1020/2008 nell'ambito del Piano sanitario regionale 2008-2010, come previsto dalle disposizioni di cui all'allegato 5 del Piano medesimo, ed i principi in esso contenuti.

La Giunta regionale, entro 180 giorni dall'approvazione del presente Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, definisce il testo del nuovo protocollo d'intesa tra Regione Toscana ed Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena, dandone comunicazione alla Commissione Consiliare competente.

11. APPENDICE

11.1. Individuazione delle modalità di confronto esterno

La fase di ascolto

Nei mesi di marzo-aprile 2011 si è avviato un percorso di Ascolto dei cittadini, degli operatori sanitari, dei volontari e di tutti coloro che hanno voluto dare un contributo alla individuazione dei bisogni di salute ed alla costruzione di un piano condiviso e partecipato.
Il percorso, denominato "Partecipa al Piano", è stato caratterizzato da una serie di incontri sul territorio regionale organizzati in collaborazione con ANCI, UNCEM, UPI e Federsanità. E' stata inoltre realizzata, nel sito istituzionale della Regione Toscana, una pagina Web dedicata (/partecipaalpiano). Dal sito è possibile scaricare un modulo organizzato per aree di intervento (integrazione, rete degli ospedali, organizzazione, precedente programmazione, ecc.) e declinare le proprie idee inviandole ad un apposito indirizzo mail (pianosanitariosociale@regione.toscana.it). E' prevista anche la pubblicazione dei contributi più rilevanti sulle pagine del "sole 24 ore sanità - toscana" e sul sito regionale.
Molteplici sono stati i temi trattati, dalla prevenzione alla cura e all'assistenza. Si è discusso dell'organizzazione del sistema, in particolare dell'integrazione sociosanitaria, di una regia unitaria degli interventi sul territorio, del ruolo del medico di medicina generale, del miglioramento della fase di accesso ai servizi sanitari e sociali con particolare attenzione alle liste d'attesa e alla necessità di una maggiore umanizzazione nelle relazioni fra operatori sanitari e utenti. Altri temi strategici sono stati la continuità ospedale territorio, i percorsi assistenziali, l'assistenza domiciliare, la salute mentale, le problematiche inerenti la disabilità e la non autosufficienza.
In ambito sociale si è discusso di "emergenza" abitativa e di residenze sociali, del ruolo della famiglia e dell'alleanza tra famiglia e servizi, della socializzazione come risposta al disagio, della cultura dei valori, degli adolescenti nella società e nella scuola e dei servizi sociali per i cassaintegrati. Altri argomenti di rilievo sono stati la violenza di genere e sui minori e i relativi centri antiviolenza.
Il tema della prevenzione è stato affrontato sotto vari aspetti: dall'alimentazione, agli stili di vita, agli incidenti stradali ed in particolare sono state discusse le politiche e gli interventi quali l'uso di testimonial per promuovere comportamenti corretti.

E' stato inoltre avviato un confronto con le professioni sanitarie attraverso specifici incontri seminariali organizzati dal Consiglio Sanitario Regionale e dalla DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale.

Le fasi successive

In concomitanza con le successive fasi di stesura della proposta di Piano e della approvazione finale della proposta al Consiglio regionale, sono stati nuovamente incontrati i soggetti organizzatori della fase di ascolto e svolti confronti, oltre a quelli istituzionali con i soggetti della concertazione, con le Aziende sanitarie, con i professionisti e le loro associazioni, con il Consiglio Sanitario Regionale per il parere previsto dalla l.r.40/2005 e con l'Università. E' inoltre proseguito il confronto con i cittadini, i professionisti, con le associazioni del volontariato e col terzo settore.
Il confronto di concertazione istituzionale, per la materia trattata, si è svolto attraverso la Conferenza Regionale delle Società della Salute di cui alla l.r. 40/2005, art. 11. Tale confronto si è sviluppato in più incontri di approfondimento ed ha portato ad integrare nel documento di piano nella sua versione finale, uno specifico paragrafo sulla governance istituzionale.
Per quanto attiene il confronto col Tavolo Generale le osservazioni presentate sono state in gran parte recepite integrando, articolando e migliorando i contenuti già presenti.

La fase di aggiornamento del testo in corso di approvazione

Per la stesura della richiesta di emendamenti al testo del documento di piano approvato nel dicembre 2011, che la Giunta Regionale ha prodotto nel corso del 2013, sono state nuovamente avviate le attività di confronto con tutti i soggetti interessati.

Nei mesi di ottobre-novembre 2013 sono state sentite le associazioni, i professionisti, le Aziende sanitarie ed è stato nuovamente incontrato il Consiglio Sanitario Regionale sui temi del Piano.

Nei mesi di dicembre 2013 e gennaio 2014 hanno avuto luogo la concertazione istituzionale e il confronto col Tavolo Generale. Da entrambi sono stati ripresi elementi migliorativi alla stesura delle modifiche richieste.

11.2 Definizione del cronogramma di elaborazione del Piano

Mese/anno 2011		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FASE	**AZIONE**												
A ASCOLTO	**1.1: fase di ascolto dei cittadini e delle associazioni**												
	1.1: fase di ascolto dei professionisti												
A INFORMATIVA	**1.2: esame CTD**						**16/6**						
	1.2: adozione GR e trasmissione al CR per indirizzi (entro settembre)							**4/7**					
	1.2: Esame in CR									**29/9**			
B PROPOSTA DI PIANO	**2.1: seconda fase di ascolto**												
	2.2: esame NURV proposta di piano										**Entro ottobre**		
	2.4: esame CTD											**Entro il 10/11**	
	2.3: partecipazione, Concertazione											**Entro il 15/12**	
C PROPOSTA FINALE	**3.1: esame Giunta Regionale**											**Entro 20 dicembre**	
	3.2: esame ed approvazione del Consiglio Regionale												**Entro il 31/12**
D Avvio operatività	**4.1 comunicazione e diffusione**												**Gen 2012**

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

Nella Informativa preliminare, approvata dalla Giunta regionale il 4 luglio 2011, il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale era stato dichiarato soggetto alla procedura di verifica di assoggettabilità in quanto agli uffici non risultavano ancora sufficientemente approfonditi i contenuti che avrebbero potuto richiedere una verifica da parte degli organismi ambientali. La previsione della verifica di assoggettabilità rappresentava quindi una cautela per l'amministrazione nei confronti della normativa vigente.
La programmazione dei lavori del Consiglio regionale, e la decisione di portare a settembre l'analisi del documento preliminare del PSSIR, ha consentito di precisare meglio quei contenuti che potevano presentare criticità rispetto alla necessità di una Valutazione Ambientale Strategica.
Dall'approfondimento è risultata superflua, la prospettata procedura di verifica di assoggettabilità alla VAS.

Nel luglio 2012, a seguito degli interventi normativi adottati a livello nazionale, è stato sospeso l'iter di esame del documento di Piano poiché è stato ritenuto necessario che la Giunta regionale procedesse ad una verifica degli interventi, dei tempi e delle azioni necessarie al rispetto del nuovo quadro di riferimento. I mesi successivi hanno visto l'impegno di tutto il sistema nella definizione delle linee di riorganizzazione necessarie, e conseguentemente a questo, ed alle variazioni intervenute anche a livello regionale, con il DPEF 2013 e la l.r. 81/2012, la Giunta Regionale ha provveduto a formulare una richiesta di emendamenti al testo del documento di piano approvato nel dicembre 2011. La relativa deliberazione è stata adottata nel febbraio 2014 e trasmessa al Consiglio regionale per la ripresa dell'iter di approvazione.

Il Cronoprogramma qui sopra differisce pertanto da quello inserito nella Informativa prelimiare non soltanto per i tempi previsti a luglio, ma anche per la procedura adottata.

B - SEZIONE VALUTATIVA

1. Valutazione di coerenza esterna

La valutazione della relazione con gli altri pertinenti piani e programmi, denominata analisi di coerenza esterna, rappresenta la verifica della compatibilità, integrazione e raccordo degli obiettivi del PSSIR rispetto alle linee generali della programmazione regionale di settore.

Nel presente paragrafo è stata effettuata la valutazione di coerenza del PSSIR con gli altri Piani e Programmi regionali. E' stata valutata la coerenza verticale del Piano rispetto ai Piani sovraordinati (PRS e PIT) e la coerenza orizzontale rispetto agli altri Piani e Programmi settoriali e intersettoriali, con particolare riferimento ai nuovi Piani di legislatura in corso di elaborazione (per la maggioranza dei quali è presente al momento l'informativa al Consiglio, cui è stato fatto riferimento nell'analisi).

Elenco dei Piani e Programmi considerati nell'analisi di coerenza del PSSIR:

DENOMINAZIONE PIANO	**FASE PROGRAMMAZIONE DI RIFERIMENTO**
COERENZA ESTERNA VERTICALE	
Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015	Approvato dal Consiglio Regionale il 29/06/2011 con Risoluzione n°49
Piano di Indirizzo Territoriale	Approvato dal Consiglio regionale il 24 luglio 2007 con delibera n. 72. Implementato con disciplina paesaggistica informativa preliminare del 27/06/2011 (Decisione n°14)
COERENZA ESTERNA ORIZZONTALE	
Piano di Indirizzo Generale Integrato	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 25/10/2011
Piano regionale per la promozione della cultura e della pratica delle attività motorie, ricreative e sportive	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale l'8/9 – novembre 2011
Piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale l'8/9 – novembre 2011
Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 18/10/2011
Piano regionale per la cittadinanza di genere	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale l'8/9 – novembre 2011
Piano Integrato delle Attività Internazionali	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 25/10/2011
Piano Ambientale ed Energetico Regionale	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 14/9/2011
Piano Regionale Integrato delle Infrastrutture e della Mobilità	Informativa preliminare adottata dalla Giunta Regionale il 21/11/2011
Piano Regionale Agricolo e Forestale	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 20/7/2011
Programma regionale per la promozione e lo sviluppo dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale 2012-2015	Informativa preliminare presentata al Consiglio Regionale il 13/9/2011

L'analisi di coerenza è stata condotta con l'utilizzo di matrici a doppia entrata, in cui sono correlati gli obiettivi generali e le linee strategiche del PSSIR con gli obiettivi generali o specifici degli altri piani regionali e programmi, indicando la tipologia di interazione secondo la seguente legenda:

↑↑ forte correlazione tra obiettivi
↑ coerenza degli obiettivi
X potenziale contrasto tra obiettivi
- indifferenza degli obiettivi

1.1. Coerenza esterna verticale con PRS e PIT

Analisi di coerenza del PSSIR con il Programma Regionale di Sviluppo (PRS) 2011-2015

Il Programma di Governo 2010-2015 e il PRS 2011-2015 puntano alla ripresa di un percorso di sviluppo sostenibile quale condizione per mantenere alto il livello di coesione sociale che caratterizza la nostra regione. Allo stesso tempo, all'interno del PRS 2011-2015, il principio ispiratore 7 "Garantire una adeguata protezione individuale ed un'elevata coesione sociale" delinea gli indirizzi primari per lo sviluppo delle linee programmatiche dell'area diritti di cittadinanza e coesione sociale, attraverso la realizzazione di un sistema di protezione individuale di elevata qualità e di tutela delle fasce più deboli. In tale area si ritrovano poi le linee di indirizzo per le politiche integrate socio sanitarie.

Il PSSIR è lo strumento programmatico che specifica e definisce le politiche settoriali a partire dagli indirizzi del PRS.

Il PSSIR si collega direttamente ai seguenti PIS, di cui costituisce la cornice programmatica di riferimento:

- Abitare sociale in Toscana, cui si collegano le azioni relative al Diritto alla casa, per quanto attiene lo sviluppo dell'edilizia sociale al fine di incrementare l'offerta di alloggi destinati alle fasce più deboli della popolazione, la individuazione di risposte non convenzionali al disagio abitativo a fronte della crescente differenziazione della domanda, l'adeguamento degli standard qualitativi dell'edilizia residenziale e sociale alla luce delle innovazioni nel processo edilizio in termini di sostenibilità ambientale e di comfort abitativo, le diverse forme di sostegno alla locazione per soggetti deboli che si devono rivolgere al mercato, anche attraverso lo sviluppo del sistema delle agenzie sociali per la casa.
- Distretto per le scienze della vita, cui si collegano in particolare le politiche e gli interventi in materia di ricerca e innovazione allo scopo di favorire l'integrazione e le collaborazioni tra le imprese e la rete delle eccellenze presenti nel sistema della ricerca (università, CNR, altri istituti e Servizio Sanitario Regionale), nonché gli interventi in materia di relazioni internazionali anche al fine di attrarre nuovi investimenti produttivi e di ricerca.

e sviluppa il raccordo con i PIS:

- Giovani sì, cui si collegano le misure per l'incremento dell'accesso al servizio civile volontario, in contesti di forte impatto sociale, nonché gli interventi di sostegno in tema di politiche abitative rivolte in modo specifico ai giovani, per permettere loro di uscire dal nucleo familiare attraverso contributi per l'affitto e misure di accompagnamento per l'acquisto della prima casa
- Progetto integrato di sviluppo dell'area pratese, cui si collegano gli interventi in tema di prevenzione, di inclusione e coesione sociale, interventi di contrasto all'emergenza alloggiativa, interventi diretti al miglioramento dell'accesso della popolazione immigrata ai servizi pubblici, interventi tesi a favorire l'integrazione tra giovani italiani e stranieri, nonché interventi inerenti l'area della vulnerabilità sociale.

Rispetto alle tematiche trasversali individuate nel PRS, il PSSIR sviluppa quanto previsto relativamente alle politiche in materia di sicurezza e salute del lavoro, e individua collegamenti diretti rispetto alle politiche per la sicurezza stradale. Necessari collegamenti si realizzano anche con il percorso di riforma istituzionale (funzioni fondamentali dei comuni, tra le quali vi è la funzione sociale), con il federalismo fiscale (patto di stabilità, sistema di welfare e coesione sociale), con le politiche integrate a favore dei territori montani (accesso ai servizi da favorire).

Tuttavia, sarebbe limitante vedere il PSSIR semplicemente quale attuazione di quelle parti del PRS più specificamente dedicate. E' invece da riconoscere l'allineamento dei principi del PSSIR, e della concretizzazione dei suoi obiettivi nel sistema socio sanitario toscano, con la declinazione dei principi ispiratori del PRS fra i quali si sottolineano:

- Promuovere uno sviluppo sostenibile e rinnovabile
- Realizzare una visione territoriale integrata
- Perseguire l'eccellenza qualitativa della scuola, il rilancio del sistema universitario e il rafforzamento del sistema della formazione continua
- Favorire il dinamismo e l'emancipazione dei giovani, delle donne e delle famiglie, anche tramite azioni di contrasto all'esclusione sociale
- Realizzare un'amministrazione pubblica focalizzata sui risultati, trasparente e responsabile nei confronti dei cittadini e delle imprese, e che incoraggi l'impegno e premi il merito
- Svolgere un ruolo da protagonista nel federalismo solidale e nel progresso civile e sociale dell'Italia

Rispetto alle linee di indirizzo per la programmazione regionale contenute nel PRS si richiamano poi linee ricomprese in tutte e quattro le aree tematiche e le diverse politiche.

Analisi di coerenza del PSSIR con Piano di Indirizzo Territoriale (PIT)

La l.r. 1/2005 affida agli strumenti della pianificazione territoriale e agli atti del governo del territorio, sia la tutela e la riproducibilità funzionale delle risorse naturali, ambientali e paesaggistiche, sia la definizione dei parametri di sostenibilità per i fattori culturali, sociali ed economici dello sviluppo.

PSSIR	**PIT**							
Obiettivi Generali	1° metaobiettivo: integrare e qualificare la Toscana come "città policentrica"					2° metaobiettivo: sviluppare e consolidare la presenza industriale	3° metaobiettivo: patrimonio territoriale della Toscana	
	Potenziare l'accoglienza della città toscana	Offrire accoglienza organizzata e di qualità per l'alta formazione e la ricerca	Sviluppare la mobilità intra e inter-regionale	Sostenere la qualità della e nella città toscana	Attivare la città come modalità di Governance integrata a scala regionale		Tutelare il valore del patrimonio collinare della Toscana	Tutelare il valore del patrimonio costiero della Toscana
Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	↑	-	-	↑	↑	-	-	-
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	-	-	↑	-	-	-	↑	↑
Aumentare l'equità	↑	-	↑	↑	↑	-	↑	↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	-	-	↑	↑	-	-	-
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	-	↑	-	↑	↑	↑	-	-
Scelte Strategiche								
La coesione sociale	↑	-	↑	↑	↑	-	↑	↑
La salute in tutte le politiche	-	-	↑	↑	↑	-	↑↑	↑↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑↑	↑↑
Innovazione e ricerca	-	↑↑		↑	↑	↑	-	-
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	-	-

1.2. Coerenza esterna orizzontale

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano di indirizzo generale integrato (PIGI)

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIGI						
PSSIR	**PIANO DI INDIRIZZO GENERALE INTEGRATO**					
Obiettivi Generali	Promuovere i percorsi di sviluppo personale, culturale e formativo dei cittadini, attraverso l'offerta di opportunità educative e la crescita qualitativa del sistema scolastico toscano, nel quadro di un approccio integrato per l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita	Promuovere e sostenere l'accesso ad un'offerta formativa di alto valore per la qualificazione professionale dei giovani, secondo una logica di integrazione fra scuola, formazione, Università e mondo del lavoro	Sostenere le strategie di sviluppo dei territori e dei loro processi di innovazione, attraverso un'offerta formativa di elevata qualità, capace di valorizzare le eccellenze e rispondente alle esigenze del mercato del lavoro	Promuovere la creazione di lavoro qualificato e ridurre la precarietà	Sviluppare il sistema regionale delle competenze e dell' orientamento	Promuovere politiche di mobilità transnazionale e di cooperazione a supporto della formazione e della occupabilità
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑↑	↑↑	↑	↑	↑	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑	↑	↑↑	↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Scelte Strategiche						
La coesione sociale	↑↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
La salute in tutte le politiche	↑↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano regionale per la promozione della cultura e della pratica delle attività motorie, ricreative e sportive

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA CULTURA E DELLA PRATICA DELLE ATTIVITÀ MOTORIE, RICREATIVE E SPORTIVE			
PSSIR	**PIANO REGIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA CULTURA E DELLA PRATICA DELLE ATTIVITÀ MOTORIE, RICREATIVE E SPORTIVE**		
Obiettivi Generali	Pari possibilità di accesso per tutti alla pratica sportiva e motorio-ricreativa quale diritto inalienabile di ogni cittadino toscano	Promozione della salute attraverso la pratica delle attività sportive e motorio - ricreative	Promozione dell'integrazione sociale quale elemento fondamentale per lo sviluppo del welfare regionale
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑↑	↑↑	↑↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑↑	↑↑	↑↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑↑	↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	↑
Scelte Strategiche			
La coesione sociale	↑↑	↑↑	↑↑
La salute in tutte le politiche	↑↑	↑↑	↑↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIANO DI INDIRIZZO INTEGRATO PER LE POLITICHE SULL'IMMIGRAZIONE			
PSSIR	**PIANO DI INDIRIZZO INTEGRATO PER LE POLITICHE SULL'IMMIGRAZIONE**		
Obiettivi Generali	Rappresentanza e partecipazione alla vita pubblica dei cittadini stranieri	Qualificazione di una rete di servizi informativi rivolti ai cittadini stranieri collegata a una rete di servizi di tutela e di contrasto e rimozione degli episodi di discriminazione	Diffusione di opportunità di apprendimento della lingua italiana nella prospettiva della promozione di una "cittadinanza attiva" intesa come appartenenza piena e consapevole del cittadino straniero alla vita della comunità
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑↑	↑↑	↑↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑↑	↑↑	↑↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑↑	↑↑	↑↑
Scelte Strategiche			
La coesione sociale	↑↑	↑↑	↑↑
La salute in tutte le politiche	↑↑	↑↑	↑↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑↑	↑↑	↑↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIANO DI INDIRIZZO PER LA TUTELA E LA DIFESA DEI CONSUMATORI E DEGLI UTENTI					
PSSIR	**PIANO DI INDIRIZZO PER LA TUTELA E LA DIFESA DEI CONSUMATORI E DEGLI UTENTI**				
Obiettivi Generali	Qualificare il ruolo del Comitato Regionale Consumatori Utenti nella sua funzione di organo di consultazione della Regione Toscana attraverso procedure e modalità organizzative che ne garantiscono l'effettivo coinvolgimento nella definizione della normativa regionale	Assicurare un ruolo delle rappresentanze dei consumatori utenti coerente con la normativa nazionale nella nuova disciplina dei servizi pubblici locali ed in linea con le esigenze dei mercati in evoluzione	Offrire il necessario supporto agli sportelli Prontoconsumatore per garantire standard di assistenza di maggiore qualità su tutto il territorio regionale	Promuovere l'educazione al consumo prioritariamente nei confronti delle nuove generazioni, con iniziative nelle scuole, con particolare riferimento alle politiche regionali che promuovono corretti stili di vita, anche in una logica di prevenzione di futuri problemi di salute	Promuovere un sistema di tutela e informazione tale da garantire al cittadino, ed in particolare alle fasce meno protette della popolazione, l'esercizio del diritto di scelta in modo consapevole, anche rispetto alle opportunità offerte dall'economia sostenibile e solidale
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑	↑	↑	↑↑	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑	↑	↑↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Scelte Strategiche					
La coesione sociale	↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑
La salute in tutte le politiche	↑	↑	↑	↑	↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑	↑	↑

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIANO DI INDIRIZZO PER LA TUTELA E LA DIFESA DEI CONSUMATORI E DEGLI UTENTI					
PSSIR	**PIANO DI INDIRIZZO PER LA TUTELA E LA DIFESA DEI CONSUMATORI E DEGLI UTENTI**				
Obiettivi Generali	Qualificare il ruolo del Comitato Regionale Consumatori Utenti nella sua funzione di organo di consultazione della Regione Toscana attraverso procedure e modalità organizzative che ne garantiscono l'effettivo coinvolgimento nella definizione della normativa regionale	Assicurare un ruolo delle rappresentanze dei consumatori utenti coerente con la normativa nazionale nella nuova disciplina dei servizi pubblici locali ed in linea con le esigenze dei mercati in evoluzione	Offrire il necessario supporto agli sportelli Prontoconsumatore per garantire standard di assistenza di maggiore qualità su tutto il territorio regionale	Promuovere l'educazione al consumo prioritariamente nei confronti delle nuove generazioni, con iniziative nelle scuole, con particolare riferimento alle politiche regionali che promuovono corretti stili di vita, anche in una logica di prevenzione di futuri problemi di salute	Promuovere un sistema di tutela e informazione tale da garantire al cittadino, ed in particolare alle fasce meno protette della popolazione, l'esercizio del diritto di scelta in modo consapevole, anche rispetto alle opportunità offerte dall'economia sostenibile e solidale
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑↑	↑↑	↑	↑↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano regionale per la cittadinanza di genere

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE PER LA CITTADINANZA DI GENERE				
PSSIR	**PIANO REGIONALE PER LA CITTADINANZA DI GENERE**			
Obiettivi Generali	Contribuire ad eliminare gli stereotipi associati al genere promuovendo e valorizzando altresì la condizione femminile e diffondendo il principio di pari opportunità fra donna e uomo, con particolare riferimento alle giovani generazioni	Costruire un sistema di azioni specificatamente volte alla conciliazione vita-lavoro attraverso iniziative a carattere innovativo, valorizzando le esigenze che emergono dal territorio ed affidando a tal fine alle province un ruolo di promozione e coordinamento	Sostenere l'imprenditorialità e le professionalità femminili contribuendo alla promozione dell'uguale indipendenza economica fra donne ed uomini prevedendo anche priorità per le giovani generazioni e continuità con i percorsi formativi già sperimentati	Integrare le politiche per la cittadinanza di genere, oltre che negli strumenti normativi e nelle attività di programmazione, attraverso il coordinamento delle competenze delle strutture interne e l'integrazione di risorse proprie con altre risorse (comunitarie, nazionali, locali ecc) e la definizione del bilancio di genere e sua promozione ai sensi dell'art. 13 della l.r.16/2009
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑↑	↑	↑↑	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑↑	↑↑	↑↑	↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑↑	↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑	↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑↑	↑	↑
Scelte Strategiche				
La coesione sociale	↑↑	↑↑	↑↑	↑
La salute in tutte le politiche	↑↑	↑	↑	↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑	↑
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano integrato per le attività internazionali (PIAI)

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIAI							
PSSIR	**PIANO INTEGRATO PER LE ATTIVITA' INTERNAZIONALI**						
Obiettivi Generali	Sviluppare e sostenere la creazione di un 'Sistema Toscano delle Attività Internazionali, finalizzato a promuovere e realizzare una azione internazionale integrata fondata sui principi della cooperazione solidale e dell'internazionalizzazione responsabile	Qualificare la partecipazione della Toscana alle reti e alle associazioni europee e internazionali fra attori dello sviluppo e dell'internazionalizzazione quali strutture portanti e strumenti privilegiati dell'azione internazionale della Toscana	Integrare e rendere sinergiche e coerenti le azioni della Regione a livello internazionale anche in caso di emergenze umanitarie	Rafforzare la coerenza degli indirizzi per la nuova programmazione delle politiche di cooperazione territoriale per il periodo 2014-2020 con gli obiettivi e le strategie della proiezione internazionale della Toscana e favorire l'assunzione della dimensione della "cooperazione d'area vasta o macro regionale , come una prospettiva innovativa di interesse per la proiezione internazionale della Toscana	Perseguire il sostegno delle comunità dei toscani all'estero anche attraverso la valorizzazione del loro patrimonio di esperienze e relazioni come contributo essenziale per costruire una strategia per la proiezione internazionale della Toscana nei paesi ove esse sono presenti ed attive	Accrescere il ruolo della Toscana come " laboratorio" sui temi della lotta alla pena di morte e la promozione dei diritti umani attraverso il coinvolgimento del mondo della scuola e delle organizzazioni. della società civile che operano in questo ambito	Sviluppare la coerenza e il coordinamento con gli obiettivi delle politiche regionali per l'immigrazione , con particolare riferimento agli interventi a favore delle comunità di immigrati e alle attività di cooperazione nei paesi di provenienza delle comunità residenti in Toscana
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑	↑↑
Aumentare l'equità	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑	↑↑
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Scelte Strategiche	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
La coesione sociale	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑	↑↑
La salute in tutte le politiche	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Innovazione e ricerca	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PIAI							
PSSIR	**PIANO INTEGRATO PER LE ATTIVITA' INTERNAZIONALI**						
Obiettivi Generali	Sviluppare e sostenere la creazione di un 'Sistema Toscano delle Attività Internazionali, finalizzato a promuovere e realizzare una azione internazionale integrata fondata sui principi della cooperazione solidale e dell'internazionalizzazione responsabile	Qualificare la partecipazione della Toscana alle reti e alle associazioni europee e internazionali fra attori dello sviluppo e dell'internazionalizzazione quali strutture portanti e strumenti privilegiati dell'azione internazionale della Toscana	Integrare e rendere sinergiche e coerenti le azioni della Regione a livello internazionale anche in caso di emergenze umanitarie	Rafforzare la coerenza degli indirizzi per la nuova programmazione delle politiche di cooperazione territoriale per il periodo 2014-2020 con gli obiettivi e le strategie della proiezione internazionale della Toscana e favorire l'assunzione della dimensione della "cooperazione d'area vasta o macro regionale , come una prospettiva innovativa di interesse per la proiezione internazionale della Toscana	Perseguire il sostegno delle comunità dei toscani all'estero anche attraverso la valorizzazione del loro patrimonio di esperienze e relazioni come contributo essenziale per costruire una strategia per la proiezione internazionale della Toscana nei paesi ove esse sono presenti ed attive	Accrescere il ruolo della Toscana come " laboratorio" sui temi della lotta alla pena di morte e la promozione dei diritti umani attraverso il coinvolgimento del mondo della scuola e delle organizzazioni. della società civile che operano in questo ambito	Sviluppare la coerenza e il coordinamento con gli obiettivi delle politiche regionali per l'immigrazione , con particolare riferimento agli interventi a favore delle comunità di immigrati e alle attività di cooperazione nei paesi di provenienza delle comunità residenti in Toscana
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano Ambientale ed Energetico Regionale (PAER)

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PAER						
PAER		**PSSIR**				
Aree di azione	**Obiettivi Generali**	Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	Mettere al centro la Persona nella sua complessità	Aumentare l'equità	Perseguire efficacia e appropriatezza come valore del sistema	Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi
Energia e cambi. climatici	Gas Serra	↑↑	↑	-	-	-
	Consumi Energetici	↑	↑	-	-	-
	Fonti Rinnovabili	↑	↑	-	-	-
Natura e Biodiversità	Aree Protette	↑	↑	↑	-	-
	Biodiversità	↑	↑	↑	-	-
	Fascia Costiera	↑	↑	↑	-	-
	Rischio Idraulico	↑	↑	↑	-	-
	Rischio Sismico	↑	↑	↑	-	-
	Opere Infrastrutturali	↑	↑	↑	-	↑
Ambiente, salute e qualità della vita	Inquinamento atmosferico	↑↑	↑	↑	-	-
	Acque Interne	↑↑	↑	↑	-	-
	Inquinamento Acust/Elettr.	↑↑	↑	↑	-	-
	Incidente Rilevante	↑↑	↑	↑	-	↑
Risorse naturali e rifiuti	Produzione Rifiuti	↑	↑	↑	-	-
	Risorsa Idrica	↑↑	↑	↑	-	-
	Bonifica Siti Inquinati	↑↑	↑	↑	-	-
Obiettivi trasversali	Quadri Conoscitivi	↑	↑	↑	↑	↑
	Ricerca e Innovazione	↑	↑	↑	↑	↑
	Comunicazione e Educ. Ambientale	↑↑	↑	↑	↑	↑
	Buone Prassi	↑	↑	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano Regionale Integrato Infrastrutture e Mobilità (PRIIM)

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PRIIM					
PSSIR	**PIANO REGIONALE INTEGRATO INFRASTRUTTURE E MOBILITA'**				
Obiettivi Generali	Realizzare le grandi opere per la mobilità di interesse nazionale e regionale	Qualificare il sistema dei servizi di trasporto pubblico	Sviluppare azioni per la mobilità sostenibile e per il miglioramento dei livelli di sicurezza stradale e ferroviaria	Interventi per lo sviluppo della piattaforma logistica toscana	Azioni trasversali per l'informazione e comunicazione, ricerca e innovazione, sistemi di trasporto intelligenti
Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	-	-	↑↑	-	-
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	-	↑	↑↑	-	↑
Aumentare l'equità	↑	↑	↑↑	↑	↑
Perseguire efficacia e appropriatezza come valore del sistema	-	-	↑	↑	-
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	-	-	↑
Scelte Strategiche		-			
La coesione sociale	-	↑	↑	-	↑
La salute in tutte le politiche	↑	↑	↑↑	-	↑
Qualità e sicurezza	-	-	↑↑	-	-
Innovazione e ricerca	-	-	↑	↑	↑
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	↑	↑

Analisi di coerenza del PSSIR con il Piano Regionale Agricolo e Forestale (PRAF)

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PRAF			
PSSIR	**PIANO REGIONALE AGRICOLO E FORESTALE**		
Obiettivi Generali	Miglioramento della competitività del sistema agricolo, forestale, agroalimentare e del settore ittico mediante l'ammodernamento, l'innovazione e le politiche per le filiere e le infrastrutture	Valorizzazione degli usi sostenibili del territorio rurale e conservazione della biodiversità	Valorizzazione del patrimonio agricolo forestale regionale
Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	↑	↑↑	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	↑	↑	↑
Aumentare l'equità	↑	↑	↑
Perseguire efficacia e appropriatezza come valore del sistema	-	-	-
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	-
Scelte Strategiche			
La coesione sociale	-	↑	-
La salute in tutte le politiche	↑	↑↑	↑
Qualità e sicurezza	↑	↑	-
Innovazione e ricerca	↑	↑	-
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	-	-

Analisi di coerenza del PSSIR con il Programma regionale per la promozione e lo sviluppo dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale 2012-2015

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA REGIONALE PER LA PROMOZIONE E LO SVILUPPO DELL'AMMINISTRAZIONE ELETTRONICA E DELLA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA NEL SISTEMA REGIONALE 2012-2015							
PSSIR	**PROGRAMMA REGIONALE PER LA PROMOZIONE E LO SVILUPPO DELL'AMMINISTRAZIONE ELETTRONICA E DELLA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA NEL SISTEMA REGIONALE 2012-2015**						
Obiettivi Generali	miglioramento dell'accessibilità territoriale tramite le infrastrutture materiali e immateriali e alla riduzione del digital divide garantendo l'accesso alla rete e ai suoi servizi					garantire un rapporto più diretto e immediato di cittadini e imprese con una PA efficiente che, grazie a un capillare utilizzo delle tecnologie, assicura la semplificazione di procedure, abbatte i tempi di attesa e riduce i costi di funzionamento	
	infrastrutturare il territorio toscano con copertura in banda larga per il miglioramento dell'attrattività delle aree e lo sviluppo della competitività delle imprese	attivare e gestire il nuovo Centro Servizi Regionale TIX 2.0 (Consorzio Hyper TIX) con fornitura di infrastruttura e piattaforma condivise su cui il mondo sanitario toscano e la PA toscana hanno la possibilità di appoggiare, in un'ottica di raggiungimento di economie di scala, i propri servizi destinati agli utenti (cloud computing)	ampliare e potenziare le competenze digitali di tutti i cittadini toscani, indipendentemente da età, grado di istruzione e reddito	attivare i servizi di connettività diffusa e infomobilità per la promozione del turismo, del commercio e la valorizzazione dei beni culturali	attivare e potenziare i servizi volti all'inclusione dell'innovazione tecnologica in varie importanti tematiche, tra cui sanità, scuola e didattica, formazione on line di tipo professionale ('life long learning')	concorrere, attraverso l'innovazione tecnologica e il consolidamento del sistema Cancelleria Telematica, alla riduzione dei tempi di gestione dei processi ai livelli minimi imposti dai vincoli procedurali e assicurare il miglioramento della qualità del servizio di amministrazione della giustizia degli uffici giudiziari del territorio toscano	attivare servizi di gestione via web delle pratiche relative all'insediamento e all'esercizio delle attività produttive e rendere operativi strumenti organizzativi di livello regionale (banca dati dei procedimenti e servizi di assistenza e supporto) per l'operatività telematica dei SUAP in attuazione di quanto previsto dalla L.R. 40/2009 e dal D.P.R. 160/2010
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	-	↑	-	-	↑	-	-
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	-	↑↑	-	-	-	-	-
Aumentare l'equità	↑	↑	↑	-	↑	-	-
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	↑	↑↑	-	-	-	-	-
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑↑	↑	-	↑	-	-
Scelte Strategiche							
La coesione sociale	-	-	-	-	-	-	-
La salute in tutte le politiche	-	↑↑	-	-	↑	-	-
Qualità e sicurezza	↑	↑↑	-	-	-	-	-
Innovazione e ricerca	-	↑	-	-	↑	-	-

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA REGIONALE PER LA PROMOZIONE E LO SVILUPPO DELL'AMMINISTRAZIONE ELETTRONICA E DELLA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA NEL SISTEMA REGIONALE 2012-2015							
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	-	-	-	-	↑	-	-

MATRICE DI COERENZA ESTERNA TRA GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSSIR E GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA REGIONALE PER LA PROMOZIONE E LO SVILUPPO DELL'AMMINISTRAZIONE ELETTRONICA E DELLA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA NEL SISTEMA REGIONALE 2012-2015					
PSSIR	**PROGRAMMA REGIONALE PER LA PROMOZIONE E LO SVILUPPO DELL'AMMINISTRAZIONE ELETTRONICA E DELLA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA NEL SISTEMA REGIONALE 2012-2015**				
Obiettivi Generali	rapporto PA - utenti più semplice, accessibile e veloce grazie alle tecnologie e in stretta coerenza con quanto previsto a riguardo nel PIS Semplificazione proposto dal PRS 2011-2015			promozione, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, dell'integrazione del patrimonio informativo della PA e sulla ricomposizione delle informazioni	
	procedere alla completa dematerializzazione delle procedure di comunicazione di cittadini e imprese con la PA (sistemi di invio e ricezione di documenti e istanze)	garantire l'accesso sicuro e unificato di cittadini e imprese ai servizi per mezzo della carta sanitaria elettronica	garantire il funzionamento a regime di infrastrutture di servizio strategiche per lo sviluppo dell'amministrazione digitale, quali le piattaforme per l'e-procurement, per la fatturazione elettronica e per i pagamenti on line	attivare un sistema unitario per la gestione dei dati tributari e catastali (Sistema unitario catasto, fiscalità e territorio) che opera in un'ottica di integrazione del patrimonio informativo della PA ed è finalizzato a supportare la lotta contro l'evasione fiscale	garantire il diritto alla detenzione delle informazioni da parte di cittadini e imprese attraverso la ricomposizione dei dati in fascicoli elettronici (es. sanitario, sociale, tributario, scolastico e in generale formativo)
Perseguire la salute come risorsa e non come problema	-	↑	-	-	↑
Mettere al centro la Persona nella sua complessità	-	↑	-	-	↑
Aumentare l'equità	-	-	-	-	-
Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema	-	↑	-	-	↑
Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	↑	↑	↑	-	↑
Scelte Strategiche					
La coesione sociale	-	-	-	-	-
La salute in tutte le politiche	-	↑	-	-	-
Qualità e sicurezza	-	↑	-	-	-
Innovazione e ricerca	↑	↑	-	-	-
Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni.	↑	↑	↑	-	↑

2. Valutazione di coerenza interna

In questa sezione viene valutata la coerenza dei contenuti del Piano relativamente a:
- eventuali linee di indirizzo del Consiglio Regionale – obiettivi generali – obiettivi specifici - coerenza interna verticale;
- articolazione degli obiettivi in azioni e risultati attesi rispetto alla modifica prevista nel valore degli indicatori – coerenza interna orizzontale.

2.1. Coerenza interna verticale

Il Consiglio Regionale, nell'esame della proposta preliminare del Piano, condividendo le linee ivi sviluppate, non ha ritenuto di dover indicare ulteriori indirizzi.
L'analisi di coerenza verticale si limita quindi ad esporre, nell'ambito dello scenario della salute in toscana, i livelli di coerenza tra obiettivi generali e specifici, illustrati nel primo capitolo del Piano e successivamente articolati e precisati in ulteriori obiettivi (generali o specifici o semplici obiettivi di settore) negli specifici capitoli e paragrafi relativi alle singole tematiche.

Tabella di riepilogo della coerenza interna verticale

Scenari	Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Livello di coerenza
Variazione della struttura demografica. Aumento delle patologie croniche. Disagio sociale. Rendono necessario ripensare l'approccio ai problemi socio sanitari passando dall'attesa all'iniziativa	**Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema**	1 - Individuare e realizzare, con il coinvolgimento di più attori non solo istituzionali, a partire dalla SdS, programmi specifici sugli stili di vita ritenuti prioritari come il fumo, l' attività fisica, l'alimentazione, con particolare riferimento alla piramide alimentare della Toscana	**alto**
		2 - Incentivare un atteggiamento proattivo del Dipartimento di Prevenzione con funzione di supporto e non solo di vigilanza, semplificato e sburocratizzato	**medio**
	Mettere al centro la Persona nella sua complessità	3 - Favorire lo sviluppo della sanità di iniziativa superando il concetto di assistenza per singola patologia, attivandolo anche per le problematiche inerenti salute mentale e dipendenze	**alto**
		4 - Proseguire la riorganizzazione della rete delle cure primarie, garantendone capillarità, visibilità e capacità di presa in carico, anche attraverso l'innovazione tecnologica, la multidisciplinarità e l'integrazione con la specialistica ospedaliera	**alto**
		5 – Favorire la multidisciplinarietà come elemento caratterizzante i modelli organizzativi ospedalieri affermando il principio della integrazione funzionale delle competenze intorno alla persona (modello ospedale per intensità di cura)	**alto**
		6 - Accompagnare i servizi istituzionali e il terzo settore al rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali e allo sviluppo di nuove competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili nel campo sociale e socio-sanitario (Sociale di Iniziativa)	**alto**
Disomogeneità	**Mettere al centro la**	7 – Rafforzare la tutela dei minori attraverso la promozione dell'affidamento familiare	**alto**

nella distribuzione dei servizi e nell'accesso da parte delle differenti fasce sociali. Rendono necessario ridisegnare il sistema verso maggiore equità, sicurezza, innovazione e solidarietà.	**Persona nella sua complessità**	8 – Organizzare e diffondere il pronto intervento sociale	
		9 – Promuovere la realizzazione di azioni specifiche tese all'emersione dei fenomeni della violenza di genere e della tratta	**alto**
	Aumentare l'equità	10 - Aumentare il coinvolgimento di tutte le energie presenti nel contesto territoriale al fine di ricomporre relazioni fondamentali e passare dal concetto di individuo isolato a quello di comunità partecipe	**medio**
		11 - Intervenire su una variabilità di sistema presente anche nella nostra Regione, che sta alla base di una buona parte delle differenze fra i servizi offerti, della garanzia di acceso, dello stesso livello di qualità e sicurezza garantiti	**alto**
		12 – Sviluppare l'edilizia sociale e diversificare l'offerta di accesso all'alloggio sociale	**alto**
	Perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema anche attraverso innovazione e ricerca	13 - Garantire che, all'interno dei contesti strutturali, ogni intervento ed ogni processo venga effettuato con i massimi livelli di professionalità, nella maggior sicurezza possibile, nel rispetto dei criteri di qualità, di appropriatezza e di accreditamento	**medio**
		14 - Rivisitare il ruolo dei moduli assistenziali previsti dalla normativa, con rafforzamento dei percorsi domiciliari e diurni e dei progetti di autonomia di vita dei cittadini Nell'intero arco di vita superando la visione dei target demografici	**medio**
		15 - Realizzare una alleanza che coinvolga le istituzioni, i professionisti, attraverso un uso appropriato delle risorse, sino ai cittadini stessi nel diritto/dovere di accedere al sistema non solo come individui, ma come parte di una comunità	**alto**
		16 - Rimodulare la produzione delle prestazioni sulla base della valutazione della tipologia e dei volumi di attività basandosi sui principi di qualità e sicurezza.	**alto**
	Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi	17 - Ridefinire i punti di accesso ai servizi, con l'obiettivo della semplificazione dei percorsi di presa in carico e la riduzione dei tempi di erogazione dell'assistenza	**alto**
		18 - Confermare la centralità dell'Area Vasta, all'interno della quale devono essere trovate le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti e alla quale compete la pianificazione della produzione ospedaliera complessiva e la gestione dei percorsi integrati interaziendali	**medio**

2.2. Coerenza interna orizzontale

Per la varietà dei temi trattati e l'ampiezza e la complessità della materia, l'analisi di coerenza orizzontale tra obiettivi specifici ed azioni, risultati e indicatori, è stata effettuata attraverso il collegamento degli obiettivi specifici, come riportati nel paragrafo precedente sulla coerenza verticale, e i capitoli nei quali tali obiettivi trovano maggiore esplicazione e vengono ulteriormente dettagliati e sviluppati in azioni, interventi e risultati attesi. Per questo il quadro riportato copre solo in piccola parte il dispiegarsi delle tematiche comprese nel piano, non potendo addentrarsi nella miriade di interventi previsti nei capitoli del piano.
Per quanto riguarda gli indicatori di risultato ed i valori degli stessi, attuali e attesi, si ricorda che la Regione Toscana, in relazione alle attività del servizio sanitario, ha scelto da anni di dotarsi di un sistema multidimensionale per la valutazione dei risultati in sanità. In attuazione del Piano 2008 – 2010 il sistema di valutazione si è poi esteso agli ambiti socio sanitari e al sistema delle Società della Salute.Il sistema è stato inoltre oggetto di brevettazione congiunta Scuola Superiore S. Anna e Regione Toscana (brevetto numero 0001358839).
Gli indicatori previsti dal sistema di valutazione sono elaborati sulla base del patrimonio informativo alimentato da molteplici fonti informative, ossia dai dati che provengono dalle indagini sistematiche realizzate con i cittadini e con gli operatori delle Aziende Sanitarie e dai flussi regionali D.O.C. Essi costituiscono inoltre il basamento per la costruzione degli ulteriori indicatori previsti e utilizzati a livello nazionale e, a livello regionale, per l'elaborazione del Profilo di salute e della Relazione sanitaria. Ulteriori fonti a disposizione sono l'insieme dei registri di patologia gestiti da ARS Registro AIDS – HIV, Registro Medullolesi, da quelli gestiti in collaborazione tra ARS e Ospedale Meyer, Archivio Nati Pretermine e Archivio Trasport-) dal Registro di Mortalità Regionale gestito dall'Istituto di Prevenzione Oncologica (ISPO), dal Registro Tumori gestito dell''Istituto Tumori Toscano, dal Registro delle Malformazioni Congenite gestito dalla Fondazione Monasterio.

Dal momento che i suddetti strumenti di valutazione risultano sufficientemente idonei a garantire il monitoraggio dei risultati del sistema sanitario regionale, ai vari livelli di attività, e tenuto altresì contro del fatto che essi sono non solo costantemente aggiornati dai soggetti che li gestiscono (Laboratorio MeS, Agenzia Regionale di Sanità, DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale), ma anche pubblicati con modalità che ne garantiscono la trasparenza e l'accessibilità, si è ritenuto di non individuare ulteriori indicatori per la valutazione delle azioni di piano, rimandandone il monitoraggio ai suddetti strumenti, come delineati nell'ultima parte della presente Sezione.

Per maggiore chiarezza è stato riportato nella tabella, a fianco della descrizione dell'indicatore, il codice o i codici dei medesimi indicatori come organizzati nel sistema di valutazione delle performance in tutti i casi in cui l'indicatore segnalato sia già presente nel sistema, negli altri casi l'implementazione degli stessi avverrà nel corso dell'attuazione del Piano. Per i valori attuali/valori attesi è generalmente segnalata nell'apposita colonna soltanto la direzione della variazione che si intende verificare in quanto si tratta di indicatori che pur connotandosi come misura delle azioni previste, non sono da queste direttamente dipendenti.
In fondo alla Sezione Valutativa è riportata la tabella con i valori disponibili, per gli indicatori già rilevati, riferiti al triennio 2008-2010.

Rispetto al primo e più potente indicatore sullo stato di salute ripreso dal Programma Regionale di Sviluppo, la "speranza di vita alla nascita", esso non è stato riportato nella tabella della coerenza interna orizzontale non potendosi collegare singolarmente a nessun obiettivo generale né specifico del Piano e neppure esclusivamente agli effetti del solo Sistema socio sanitario. Lo si ritrova comunque valorizzato nella tabella finale di cui al paragrafo precedente.

L'obiettivo prioritario del presente piano per l'ambito sociale, come già evidenziato nel paragrafo 2.1.3.1 L'individuazione e la definizione dei LEP nella rete dei servizi integrati, è di qualificare e sviluppare il sistema di welfare toscano, in particolare per quanto riguarda l' efficacia degli

interventi, valutata sulla capacità di risposta ai bisogni dei cittadini e l' equilibrio territoriale dell'offerta.
Gli effetti attesi sono individuabili principalmente in relazione alla diffusione più uniforme possibile dei livelli organizzativo/prestazionali relativi all'accesso, alla valutazione, alla predisposizione del percorso assistenziale personalizzato e alla presa in carico attraverso la presenza in tutte le Zone distretto/S.d.S. del Punto Unico di Accesso, del Segretariato Sociale e del Pronto intervento sociale, per la conseguente piena realizzazione del carattere universalistico del sistema dei servizi socio-assistenziali.

Per realizzare tali obiettivi è prevista, in collaborazione con Irpet, Università Toscane ed altri istituti di ricerca, l'attivazione di percorsi di valutazione degli esiti assistenziali e degli effetti delle politiche sociali adottate in Toscana, con la finalità di consolidare i punti di forza e porre in essere azioni correttive dei punti di debolezza.

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
1 - Individuare e realizzare, con il coinvolgimento di più attori non solo istituzionali, a partire dalla SdS, programmi specifici sugli stili di vita ritenuti prioritari come il fumo, l' attività fisica, l'alimentazione, con particolare riferimento alla piramide alimentare della Toscana	2.1.2 Gli stili di vita e la salute	Indicatori relativi allo stato di salute della popolazione Indicatori derivanti dal sistema di sorveglianza PASSI (B2)	Riduzione della mortalità relativa agli indicatori di esito: Mortalità nel primo anno di vita Mortalità per tumori Mortalità per malattie circolatorie Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL) Riduzione del 2% di fumatori età 14-30 anni, e non incremento quota binge drinking 14-30. Aumento 5% dei ragazzi (5 – 15 aa) che svolgono attività fisica almeno 1h giorno * 5gg/settimana
2 - Incentivare un atteggiamento proattivo del Dipartimento di Prevenzione con funzione di supporto e non solo di vigilanza, semplificato e sburocratizzato	2.1.3 Il diritto di vivere in salute e sicurezza	Indicatori relativi a: - Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione e sanità pubblica veterinaria (F16) - Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione sui luoghi di lavoro (F15) - Copertura Vaccinale (B7)	Miglioramento efficienza ed efficacia delle attività della prevenzione

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
3 - Favorire lo sviluppo della sanità iniziativa superando il concetto di assistenza per singola patologia, attivandolo anche per le problematiche inerenti salute mentale e dipendenze	2.2.1 La sanità d'iniziativa: dall'attesa alla ricerca attiva	Efficacia assistenziale delle patologie croniche: Tassi di ospedalizzazione (C11a) Screening oncologici (B5) N° ricoveri di pazienti in carico ai servizi di salute mentale (C15)	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per patologie individuate Incremento dell'estensione e adesione per screening oncologici Riduzione dell'incidenza di ricovero fra i pazienti in carico ai servizi di salute mentale Riduzione dei ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche
4 - Proseguire la riorganizzazione della rete delle cure primarie, garantendone capillarità, visibilità e capacità di presa in carico, anche attraverso l'innovazione tecnologica, la multidisciplinarità e l'integrazione con la specialistica ospedaliera	2.3.6 La risposta territoriale ai bisogni: le cure primarie sanitarie e sociali 7.3 Telemedicina e teleassistenza	Appropriatezza ed efficienza prescrittiva farmaceutica (C9, F12) Soddisfazione del cittadino sui servizi del territorio (D15a) Indicatori di funzionalità ospedaliera e di integrazione ospedale territorio (C8, B13) Carta sanitaria e fascicolo sanitario elettronico (B8)	Aumento dell'appropriatezza ed efficienza Incremento del livello di soddisfazione (80%) e riduzione della % di cittadini insoddisfatti Miglioramento dei valori indice di presa in carico Carta sanitaria attivata da almeno l'80% dei cittadini

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
5 – Favorire la multidisciplinarietà come elemento caratterizzante i modelli organizzativi ospedalieri affermando il principio della integrazione funzionale delle competenze intorno alla persona	2.3.3.1 Il nuovo sistema ospedaliero regionale integrato	Appropriatezza medica e chirurgica (C4 e C14) Soddisfazione pazienti ricoverati (D17 e B10) Indicatori di funzionalità ospedaliera e di integrazione ospedale territorio (C8, B13)	Migliorare l'appropriatezza Aumentare i livelli di soddisfazione dei pazienti (80%) Miglioramento dei valori indice di presa in carico
6 - Accompagnare i servizi istituzionali e il terzo settore al rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali e allo sviluppo di nuove competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili nel campo sociale e socio-sanitario (Sociale di Iniziativa)	2.1.7.2 La promozione e il rafforzamento delle reti sociali: il sociale di iniziativa 2.2.4.2 Sostegno al reinserimento	Numero di progetti sperimentali basati su ascolto e partecipazione di soggetti vulnerabili Numero di soggetti per i quali è stato attivato un percorso di reinserimento/Zone socio sanitarie sulle quali insistono istituti penitenziari	Attivazione di almeno 2 progetti sperimentali 700 detenuti / Zone socio sanitarie sulle quali insistono istituti penitenziari
7 - Rafforzare la tutela dei minori attraverso la promozione dell'affidamento familiare	2.2.3.1 Tutela dei bambini e adolescenti	Rapporto tra numero di affidi familiari e numero di utenti accolti in struttura residenziale	Portare il valore attuale di 1,8 a 2 (per ogni bambino accolto in struttura residenziale ve ne sono 2 in affidamento)
8 - Organizzare e diffondere il Pronto intervento sociale	2.3.2.3 Il pronto intervento sociale	Numero di servizi di pronto intervento sociale / SdS	1 servizio di pronto intervento sociale/ sds
9 - Promuovere la realizzazione di azioni specifiche tese alla emersione dei fenomeni della violenza di genere e della tratta	2.2.3.7 Violenza di genere 2.2.3.8 Tratta	Numero di azioni attivate sulla violenza di genere/Zona distretto Numero di interventi a sostegno delle persone vittime di violenza di genere/Zona distretto	Incremento delle azioni attivate Incremento degli interventi

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
10 - Aumentare il coinvolgimento di tutte le energie presenti nel contesto territoriale al fine di ricomporre relazioni fondamentali e passare dal concetto di individuo isolato a quello di comunità partecipe	2.1.2.1 La cura delle relazioni e la partecipazione attiva	Progetti orientati al "mix sociale", a favorire le relazioni umane, sociali e lo scambio mutualistico di servizi Numero di giovani coinvolti nel servizio civile	Aumento progetti orientati al "mix sociale" Incremento del numero di giovani coinvolti nel servizio civile
11 - Intervenire su una variabilità di sistema presente anche nella nostra Regione, che sta alla base di una buona parte delle differenze fra i servizi offerti, della garanzia di acceso, dello stesso livello di qualità e sicurezza garantiti	8. La Governance del sistema	Utilizzo sistema integrato di valutazione MeS Relazione Sanitaria ARS	Diminuzione della variabilità aziendale negli indicatori strutturali, di processo e di esito
12 - Sviluppare l'edilizia sociale e diversificare l'offerta di accesso all'alloggio sociale	2.1.5.2 Sviluppo dell'edilizia sociale 2.3.6.8.2. L'intervento nel mercato degli affitti	Numero degli alloggi recuperati o realizzati Numero di famiglie interessate da misure di sostegno all'affitto	Incremento del numero degli alloggi recuperati o realizzati Incremento del numero di famiglie interessate da misure di sostegno all'affitto

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
13 - Garantire che, all'interno dei contesti strutturali, ogni intervento ed ogni processo venga effettuato con i massimi livelli di professionalità, nella maggior sicurezza possibile, nel rispetto dei criteri di qualità, di appropriatezza e di accreditamento	2.3.3.1 Il nuovo sistema ospedaliero regionale integrato 3.1 il rischio clinico	Tasso di ospedalizzazione (C1) Percentuale ricoveri DH medico con finalità diagnostica (C14.2) Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg per stessa MDC (C5.1) Indice di diffusione degli Audit (C6.2.1) Indice di diffusione di rassegne di mortalità e morbilità (C6.2.2) Sepsi post operatoria per chirurgia d'elezione (C6.4.1) Livello di diffusione delle buone pratiche (C6.5) Capacità di controllo delle cadute (C6.6) Equità sostanziale e programmazione di Area Vasta (nuovo indicatore in corso di definizione)	Riduzione T.O. Riduzione ricoveri DH a finalità diagnostica Riduzione ricoveri ripetuti Incremento attività di Audit Aumento diffusione rassegne Diminuzione sepsi post operatoria Aumento livello buone pratiche Aumento capacità di controllo delle cadute Riduzione della variabilità non giustificata e conseguente miglioramento dell'appropriatezza
14 - Rivisitare il ruolo dei moduli assistenziali previsti dalla normativa, con rafforzamento dei percorsi domiciliari e diurni e dei progetti di autonomia di vita dei cittadini Nell'intero arco di vita superando la visione dei target demografici	2.3.6.1 la continuità assistenziale attraverso i percorsi integrati 2.3.6.3. La disabilità	Progetti di Vita indipendente	Incremento del numero degli interventi / progetti

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
15 - Realizzare una alleanza che coinvolga le istituzioni, i professionisti, attraverso un uso appropriato delle risorse, sino ai cittadini stessi nel diritto/dovere di accedere al sistema non solo come individui, ma come parte di una comunità	2.3.3.2 Allineare la domanda con la capacità di risposta	Tempi di attesa per visite specialistiche (B20) Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica strumentale (B21) Tasso di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche (C13) Tasso di prestazioni RMN muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni) (C13.2.2.1)	Riduzione tempi di attesa prestazioni diagnostiche e specialistiche Aumento appropriatezza delle prescrizioni
16 - Rimodulare la produzione delle prestazioni sulla base della valutazione della tipologia e dei volumi di attività basandosi sui principi di qualità e sicurezza	3.1 rischio clinico 2.3.3 La risposta al bisogno acuto	Indice di diffusione degli Audit (C6.2.1) Indice di diffusione di rassegne di mortalità e morbilità (C6.2.2) Livello di diffusione delle buone pratiche (C 6.5) Capacità di controllo delle cadute (C6.6) Sepsi post operatoria per chirurgia d'elezione (C 6.4.1) Appropriatezza medica e chirurgica (C4, C14) Indicatori di qualità di processo e di esito (C5a e C5b)	Incremento attività di Audit Aumento diffusione rassegne Diminuzione sepsi post operatoria Incremento appropriatezza Miglioramento qualitativo dei processi e degli esiti

Obiettivi specifici	Azioni	Risultati attesi/indicatori di risultato	
		Indicatore	**Valore attuale/valore atteso**
17 - Ridefinire i punti di accesso ai servizi, con l'obiettivo della semplificazione dei percorsi di presa in carico e la riduzione dei tempi di erogazione dell'assistenza	2.3.6. la risposta territoriale ai bisogni 6.4 semplificazione dei percorsi	Indice di soddisfazione utenti (D15) Indicatori di performance SdS (in via di definizione)	Incremento della soddisfazione degli utenti (almeno 80%) Miglioramento dei percorsi di presa in carico
18 - Confermare la centralità dell'Area Vasta, all'interno della quale devono essere trovate le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti e alla quale compete la pianificazione della produzione ospedaliera complessiva e la gestione dei percorsi integrati interaziendali	6.1 Un modello istituzionale organico per la Toscana 6.3. L'organizzazione della rete dei servizi e degli attori del sistema	Appropriatezza chirurgica (C4) Tasso di ospedalizzazione (C1) Equità sostanziale e programmazione di Area Vasta (nuovo indicatore)	Miglioramento livello di appropriatezza degli interventi chirurgici Riduzione T.O. Riduzione della variabilità non giustificata e conseguente miglioramento dell'appropriatezza

3. Analisi di fattibilità finanziaria

PARTE SANITARIA

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA - PARTE SANITARIA

Fonti finanziarie		**2014**	**2015**
Fondo sanitario	corrente	6.515.472.033,00	6.519.475.286,04
	investimento	3.200.000,00	0,00
Risorse regionali	corrente	35.000,00	0,00
	investimento	146.719.779,07	145.500.000,00
Fondi soggetti privati	corrente	0,00	0,00
Fondi enti settore pubblico	corrente	260.516,14	0,00
Fondi UE tramite altri soggetti	corrente	264.198,95	20.400,00
Fondi UE	corrente	473.120,73	0,00
Altre vincolate	corrente	3.449.648,37	0,00
Bassanini	corrente	0,00	0,00
	investimento	3.221.000,00	0,00
Sponsorizzazioni	corrente	0,00	0,00
Fondo sanitario/ Regione FESR 2007-2013	investimento	0,00	0,00
Cofin. UE-Stato FESR 2007-2013	investimento	0,00	0,00
Fondi Statali	corrente	10.616.190,45	20.400,00
	investimento	129.264.012,60	0,00
Concessione di anticipazioni	investimento	104.853.673,59	0,00
Risorse F.A.S. 2007/2013	investimento	0,00	0,00
Fondi UE da trasferire ai partners	corrente	409.391,93	0,00
TOTALI		**6.918.238.564,83**	**6.665.016.086,04**

Costi		**2014**	**2015**
Fondo indistinto Aziende sanitarie	F.S. - corrente	6.133.647.478,38	6.134.813.114,90
Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ARS - ISPO - Fondazione Monasterio	F.S. - corrente	126.643.013,02	126.643.013,02
Fondi finalizzati destinati alle Aziende Sanitarie	F.S. - corrente	128.790.677,00	128.790.677,00

	Fondi UE - corrente	200.000,00	0,00
	UE tramite altri soggetti – corrente	200.000,00	0,00
	Regionali - corrente	35.000,00	0,00
	Statali – corrente	10.616.190,45	20.400,00
	Enti settore pubblico	260.516,14	0,00
	Altre vincolate	3.449.648,37	
	Regionali - investimento	146.719.779,07	145.500.000,00
	Anticipazioni – investimento	104.853.673,59	0,00
	F.S. - investimento	3.200.000,00	
	Statali - investimento	129.264.012,60	0,00
L.R. 22/13 – defibrillatori	F.S. - corrente	200.000,00	200.000,00
Gestione Sanitaria Accentrata (GSA)	F.S. - corrente	126.119.264,60	128.991.881,12
	UE tramite altri soggetti – corrente	64.198,95	20.400,00
	Fondi UE da trasferire ai partners – corrente	409.391,93	0,00
	Regionali - corrente	35.000,00	
	Fondi UE - corrente	273.120,73	0,00
	F.S. - investimento	36.600,00	36.600,00
	Bassanini - investimento	3.221.000,00	0,00
TOTALI		**6.918.238.564,83**	**6.665.016.086,04**

Fattibilità finanziaria	**0,00**	**0,00**

PARTE SOCIALE

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA - PARTE SOCIALE

Fonti finanziarie		**2014**	**2015**
Risorse regionali	corrente	42.665.088,44	23.224.233,44
	investimento	24.105.000,00	27.000.000,00
Risorse statali	corrente	38.272.388,88	0,00
	investimento	160.543.934,38	0,00
Fondo sanitario	corrente	80.407.559,28	79.433.000,00
	investimento	0,00	0,00
Cofinanziamento UE-Stato FESR 2007-2013	investimento	2.133.124,07	0,00
Altre vincolate	corrente	75.352,81	0,00
	investimento	4.258.810,58	0,00
Fondi enti settore pubblico	corrente	11.000,00	0,00
Sponsorizzazioni	corrente	0,00	0,00
Fondi UE tramite altri soggetti	corrente	0,00	0,00
Fondi regionali programma investimenti	investimento	0,00	0,00
Limiti statali	investimento	0,00	0,00
Fondi soggetti privati	investimento	121.307,75	0,00
Limiti statali regionalizzati	investimento	800.000,00	800.000,00
TOTALI		**353.393.566,19**	**130.457.233,44**

Costi		**2014**	**2015**
Cooperazione internazionale	corrente	0,00	0,00
Servizio civile regionale	corrente	17.400.000,00	9.000.000,00
Azioni sociali rivolte all'accessibilità dei servizi, trasporti e mobilità, progetti di iniziativa regionale, interventi specifici e integrazione socio sanitaria	corrente	18.014.525,31	5.807.233,44
	investimento	2.000.000,00	2.000.000,00
Fondo per la Non Autosufficienza	F.S. - corrente	74.800.000,00	74.800.000,00
	Statali - corrente	232.466,68	0,00
	Regionali - corrente	0,00	0,00

Sostegno alla locazione abitativa, alla costruzione, acquisto e ristrutturazione edilizia	corrente	23.388.542,42	4.520.000,00
	investimento	181.019.052,71	25.800.000,00
Investimenti in ambito sociale	investimento	8.943.124,07	0,00
Azioni di base dei servizi sociali - Trasferimenti per il sostegno del sistema ordinario dei servizi sociali	corrente	27.595.855,00	8.530.000,00
TOTALI		**353.393.566,19**	**130.457.233,44**

Fattibilità finanziaria	**0,00**	**0,00**

4. Valutazione degli effetti attesi

La valutazione degli effetti attesi del Piano riguarda tutte le dimensioni di analisi: ambientale, sociale economica e territoriale.
Il piano infatti non è stato assoggettato a VAS né a verifica di assoggettabilità in quanto non rientra nelle fattispecie di cui all'art. 5, comma 2 e comma 3 lettera c) della l.r. 10/2010.

La Valutazione degli Effetti Attesi di Piani e Programmi sugli Obiettivi delle Politiche Regionali

Piano Sanitario e Sociale Integrato regionale

PREMESSA

1.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE AMBIENTALE

2.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE ECONOMICA

3.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE TERRITORIALE

4.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE SOCIALE

QUADRO DI SINTESI

ALLEGATO: MATRICE DI VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DEL PIANO

1.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE AMBIENTALE
Parte descrittiva

Da un punto di vista ambientale, i potenziali effetti del Piano Sanitario e Sociale Integrato possono ritenersi complessivamente significativi con particolare riferimento al miglioramento dell'integrazione fra le politiche socio-sanitarie ed ambientali, in termini di monitoraggio e di contributo alla riduzione delle ripercussioni negative sulla salute (in particolare, inquinamento acustico ed atmosferico) legate ai principali determinanti ambientali, ed al contenimento del consumo di nuovo suolo, dovuto all'assenza di previsioni di nuove strutture ospedaliere ed alla priorità strategica di riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi sanitari esistenti.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato afferma il "diritto di vivere in salute e sicurezza", confermando l'integrazione delle politiche sanitarie e ambientali: tale obiettivo era già presente sia nella precedente programmazione sanitaria (Piano Sanitario Regionale 2008-2010), sia nella precedente programmazione ambientale (Piano Regionale di Azione Ambientale 2007-2010. Tale integrazione è individuata anche negli indirizzi di legislatura delle Politiche in materia ambientale presenti nella proposta di Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015.
Il percorso di integrazione è stato avviato con la decisione della Giunta Regionale n. 10 del settembre 2006; da allora, nell'ambito della tematica ambiente e salute sono sempre stati più numerosi gli eventi per i quali le Direzioni generali competenti in materia sanitaria ed ambientale hanno condiviso percorsi comuni (ad esempio indagine epidemiologica sulla geotermia, studi per gli inceneritori, monitoraggio sul radon, controllo ufficiale sui regolamenti REACH - Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals - e CLP - Classification, Labelling and Packaging). Il progetto regionale ambiente e salute, è anche uno dei 49 progetti individuati nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2010-2012, approvato con la DGR 1176 /2010. In particolare, il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 esplicita alcune aree di intervento, trasversali tra ambiente e salute, definendo azioni di prevenzione degli infortuni stradali domestici e lavorativi; la prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici.
Con la scelta strategica "la salute in tutte le politiche", il Piano Sanitario e Sociale Integrato conferma e rafforza il ruolo complessivo di una politica per la salute non affidata esclusivamente al sistema sanitario, basata sull'integrazione ed il coordinamento di questo sistema con gli altri sistemi di governo regionale del territorio, nonché in direzione di una forte integrazione degli interventi sui determinanti ambientali della salute.
In considerazione dell'evoluzione del contesto socio-economico, il Piano ritiene necessario un cambiamento del sistema sanitario regionale al fine di accelerare ulteriormente l'integrazione dell'azione dei diversi soggetti sanitari e non sanitari che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute in un contesto dove il contrasto alle disuguaglianze, causate anche dai determinati ambientali, si conferma uno degli elementi principali del presente piano socio-sanitario. Per dare attuazione a quanto sopra si ritiene necessario adottare una strategia regionale in tema di ambiente e salute che, attraverso l'attuazione di una serie di azioni, permetta al sistema regionale di migliorare il coordinamento e l'integrazione tra le politiche e le azioni regionali in campo ambientale e sanitario al fine di ottenere una maggiore tutela della salute della popolazione della Toscana e un ambiente di maggiore qualità, in coerenza anche con gli attuali indirizzi del Piano Ambientale ed Energetico Regionale (PAER).
L'attuale Piano riconferma poi l'attenzione verso i determinanti ambientali che incidono negativamente sulla salute pubblica, con particolare riferimento agli inquinanti atmosferici, al rumore, alle radiazioni elettromagnetiche e ionizzanti[29]. Nel Piano viene infatti più volte fatto riferimento, come indicazione

[29] Una serie di rapporti OMS (1997-2008) hanno dimostrato come circa un quarto del carico globale di malattia e più di un terzo di quello infantile sono dovuti a fattori ambientali modifica bili. Queste analisi hanno valutato sistematicamente come e quanto i rischi ambientali impattino in maniera differenziata per aree geografiche su differenti malattie. Secondo l'approccio adottato dall'OMS del global burden of disease sono stati attribuiti ai fattori ambientali modificabili un 24% di carico di malattia (anni di vita in salute persi) e un 23% di tutte le morti (mortalità prematura). Fra i bambini di età compresa tra 0-14 anni di età la proporzione di morti attribuiti all'ambiente arriva al 36%. Nonostante le incertezze nelle stime quantitative, tali dati risultano

generale, all'importanza di mettere in atto azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale. La finalità è quindi quella di migliorare la salute attraverso la promozione di un ambiente di qualità, da conseguire appunto attraverso l'integrazione funzionale delle competenze tra strutture di tutela dell'ambiente e di salvaguardia della salute.
A livello operativo il Piano prevede inoltre che il sistema sanitario regionale attivi/riconfermi collaborazioni con una molteplicità di soggetti (tra cui l'ARPAT, l'ARS, i Dipartimenti di Prevenzione e alcune istituzioni di ricerca qualificate come il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica), riguardanti azioni di ricerca, formazione e informazione rivolte, tra l'altro, a specifiche criticità rilevate a livello territoriale, a valutazioni di impatto sanitario, al supporto alle politiche ambientali regionali mirate alla riduzione della percentuale di popolazione esposta a livelli superiori ai valori limite di inquinamento atmosferico, di inquinamento acustico, di inquinamento elettromagnetico e di radiazioni ionizzanti, alla prevenzione degli incidenti rilevanti nelle industrie che trattano materiali di particolare rischio, alla sicurezza chimica, al monitoraggio dei contaminanti ambientali, al miglioramento della sostenibilità ambientale delle strutture del sistema sanitario regionale.
Più specificatamente le strategie delineate dal Piano con riferimento al "diritto di vivere in salute e sicurezza" nell'ambiente riguardano:

1. Elaborazione ed attuazione di una strategia regionale su ambiente e salute che consenta l'interpretazione del contesto ambientale, sanitario ed organizzativo territoriale, l'individuazione della missione regionale e dei soggetti locali coinvolti nell'attuazione delle strategie, l'identificazione delle priorità di intervento e del percorso di attuazione e di monitoraggio delle azioni.
2. Percorso di condivisione delle modalità di prevenzione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente-salute correlate con gli enti locali (Comuni, Province, Comunità montane).
3. Supporto alle politiche ambientali regionali in materia di inquinamento atmosferico, inquinamento acustico, inquinamento elettromagnetico, radiazioni ionizzanti, radon, amianto, fitosanitari, tutela delle acque interne con particolare riferimento alle acque destinate al consumo umano e prevenzione degli incidenti rilevanti nelle industrie che trattano materiali di particolare rischio.
4. Attuazione di azioni riguardanti la sicurezza chimica, l'esposizione ad agenti chimici, anche presenti in alimenti, e l'igiene degli ambienti confinati (progetto INDOOR).
5. Migliorare la sostenibilità ambientale delle strutture del sistema sanitario regionale, attraverso l'elaborazione di linee guida regionali sulle buone pratiche di sostenibilità ambientale.

Da tutto ciò si può desumere, in generale, che gli effetti attesi di natura ambientale legati a tali azioni, con ripercussioni positive, intercettano in modo diffuso e trasversale tutti i macro obiettivi del modello di valutazione degli effetti attesi, anche se principalmente si farà riferimento al macro obiettivo "Tutela dell'ambiente e della salute".

Il nuovo Piano si pone in continuità con il processo di "de-ospedalizzazione" che ha caratterizzato il sistema sanitario nell'ultimo decennio. Infatti, il Piano riconferma una strategia volta all'appropriatezza dei percorsi assistenziali e dell'assetto organizzativo, in grado di favorire l'uso integrato dei servizi ospedalieri territoriali di area vasta, ricorrendo alla riorganizzazione della rete dei presidi sanitari e considerando adeguata la dotazione di infrastrutture ospedaliere esistenti. La ridefinizione dell'offerta ospedaliera nel suo complesso delineata dal Piano, è dunque finalizzata a ridurre la frammentazione, superare le dispersioni e le ridondanze oggi non più sostenibili, migliorando al tempo stesso la qualità e la sicurezza delle risposte assistenziali.

---

indicativi di quali e quanti aspetti siano da ritenersi all'origine di una quota di malattia prevenibile con interventi specifici. Secondo l'approccio adottato dall'OMS del *global burden of disease* sono stati attribuiti ai fattori ambientali modificabili un 24% di carico di malattia (anni di vita in salute persi) e un 23% di tutte le morti (mortalità prematura). Fra i bambini di età compresa tra 0-14 anni di età la proporzione di morti attribuiti all'ambiente arriva al 36%. Nonostante le incertezze nelle stime quantitative, tali dati risultano indicativi di quali e quanti aspetti siano da ritenersi all'origine di una quota di malattia prevenibile con interventi specifici.

In tal senso la tutela del suolo delle acque e dell'aria, le politiche di smaltimento dei rifiuti, la prevenzione dalla esposizione ai rumori alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, la qualità degli interventi in edilizia costituiscono opportunità di sviluppo delle politiche intersettoriali e di possibile integrazione tra gli obiettivi di salute e la "green economy".

Da queste considerazioni e dal fatto che non sono previste nuove strutture ospedaliere, è possibile sottolineare il contenimento di nuovo consumo di suolo che viene ancor più rafforzato dalle indicazioni del Piano in merito alla completezza della dotazione infrastrutturale esistente.

E' obiettivo prioritario far sì che la riorganizzazione delle strutture sanitarie esistenti, attraverso interventi appropriati sulle strutture stesse, possa determinare miglioramenti relativi ai consumi, in particolare al contenimento dei consumi di carattere energetico e all'attivazione di fonti rinnovabili. Nella stessa maniera si ritiene significativo anche il potenziale contributo relativo al miglioramento della gestione dei rifiuti urbani e speciali prodotti dalle strutture sanitarie.

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

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

Infine, il Piano riconferma lo sviluppo dei servizi di telecomunicazione in grado di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e ai servizi diagnostici presenti sul territorio riducendo gli spostamenti degli utenti: considerando la potenziale mobilità evitata grazie all'accesso via internet a tutti i livelli, si può prevedere un contributo positivo in termini di riduzione di CO2 ed altre emissioni inquinanti in atmosfera nonché dei consumi di carburante.

2.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE ECONOMICA
Parte descrittiva

Alle politiche sociali e sanitarie sono riconosciute importanti implicazioni di natura economica. In un'ottica di breve periodo, queste si concretano esclusivamente nell'attivazione in termini di produzione e di occupazione attribuibile alla spesa sanitaria corrente e per investimenti, mentre nel lungo periodo le dinamiche di interrelazione tra i diversi ambiti si fanno più complesse e interessanti. Per quanto attiene alla sfera sanitaria portiamo ad esempio la relazione causale tra grado di salute dei cittadini, loro percezione del rischio e crescita, così come quella tra livello e qualificazione della spesa sanitaria e crescita, mediante l'innesco di processi di innovazione tecnologica. Si tratta, in sostanza, di due potenziali canali di attivazione di crescita strutturale: uno che a che fare con la produttività degli individui e con le scelte private di investimento, l'altro che riguarda le peculiarità del settore sanità in termini di contenuto tecnologico dei processi produttivi.
Proprio in merito a questi temi si è sviluppata larga parte dei contributi nell'ambito della letteratura economica ed è anche in relazione a questi che l'intervento pubblico in sanità trova giustificazione. Sebbene i servizi sanitari non rientrino infatti nella categoria dei beni pubblici, data la loro esclusività e rivalità nel consumo, sono supposti generare esternalità di diverso tipo, non solo legate al livello di salute della popolazione ma anche, appunto, a livello economico.
La riduzione del numero e del rischio di contrarre malattie e l'aumento dell'aspettativa di vita, comportano in effetti sia un incremento della produttività media della forza lavoro impiegata in ciascun settore, che passa per l'aumento delle ore retribuite effettivamente lavorate, sia un possibile aumento dell'investimento privato, di natura materiale o in capitale conoscitivo, che passa per la percezione di un orizzonte di vita mediamente più lungo[30]. In questo senso la spesa sanitaria contribuisce a diffondere senso di sicurezza nella popolazione. Il dibattito su questo punto è aperto: se la percezione del rischio malattia influisce negativamente sulla crescita, l'intervento pubblico trova un'ulteriore giustificazione oltre a quella che gli deriva, ad esempio dal fallimento del mercato assicurativo per asimmetria informativa (fenomeni di selezione avversa e azzardo morale)[31]. Più in generale, si configura un caso nel quale l'esternalità (economica) che deriva dal consumo e dalla produzione di servizi sanitari e l'estensione della meritorietà del bene sanità alla dimensione economica rendono necessario un intervento pubblico di stampo paternalistico[32]. Se il legame tra sicurezza sanitaria, salute dei cittadini e crescita non è invece riscontrabile allora viene meno la giustificazione "sociale", ovvero legata alle esternalità dell'intervento pubblico. Questo però non si può ritenere influisca sull'opportunità di un intervento ma presumibilmente sulla sua dimensione e sul suo grado di universalità[33].
Fino a qui le determinanti sanitarie della crescita di lungo periodo legate alla produttività del lavoro e alla domanda di beni d'investimento. Esiste però, come accennato, un altro tipo di esternalità legate alla spesa sanitaria, più propriamente di natura tecnologica. Gran parte della spesa per investimenti in sanità va in fatti a finanziare l'acquisto di beni materiali che incorporano un alto contenuto tecnologico e che sono prodotti da settori fortemente innovativi; questo si traduce in un aumento della produttività dei lavoratori direttamente impiegati nel settore sanitario e non (nella

30 a questo proposito è bene però sottolineare che una riduzione del rischio di affrontare spese "catastrofiche" per servizi di natura sanitaria non necessariamente può tradursi in un aumento della spesa per investimenti produttivi ma può essere anche associata ad un aumento dei consumi, ovvero a una riduzione del saggio di risparmio medio.

31 l'asimmetria informativa è un problema tipico del mercato assicurativo sanitario ed è legata alla non completa osservabilità dell'effettivo rischio di malattia o di danno fisico associato all'assicurato (selezione avversa) e del comportamento dello stesso a seguito della stipula del contratto assicurativo (azzardo morale). in estrema sintesi questo comporta un'offerta assicurativa in grado di coprire solo una parte dei soggetti oppure solo una parte del rischio degli stessi.

32 questo va a necessariamente anche a beneficio degli individui che, pur valutando correttamente i benefici privati del consumo del bene non possono essere soddisfatti dal mercato a causa della presenza di asimmetrie informative.

33 un esempio classico è quello del modello americano fondato sugli istituti del medicare e medicaid, contrapposto al modello universalistico comune agli stati europei.

misura in cui le dinamiche di apprendimento e le tecnologie sviluppate trovano applicazione in altri settori e nella misura in cui il sistema produttivo regionale è in grado di accogliere questi settori).
Un effetto economico riscontrabile invece principalmente, ma non esclusivamente, con riferimento alle politiche sociali, è quello della più equa distribuzione del reddito. Contribuiscono al raggiungimento di questo obiettivo le misure che perseguono l'inclusione sociale per le fasce più svantaggiate della popolazione così come quelle che sono volte alla riduzione del rischio degli stessi soggetti di affrontare spese catastrofiche di natura sanitaria. Mentre però risulta di immediata comprensione e identificazione il legame tra equità e grado di coesione sociale all'interno del territorio regionale, meno scontato è l'effetto di quest'ultimo sulla crescita di lungo periodo.
In ultima istanza e soprattutto in ambito sanitario, è possibile riscontrare un effetto economico positivo degli interventi volti al recupero dell'efficienza. Questo non solo nella misura in cui liberano risorse, ma anche nella misura in cui si sostanziano in processi di ri-organizzazione delle strutture e, in generale, dell'offerta dei servizi, implicando una qualificazione della forza lavoro impiegata.

Coerentemente con queste premesse abbiamo identificato come interessate dal Piano Integrato Sanitario e Sociale Regionale le seguenti variabili del modello di valutazione degli effetti attesi:

1 *Solidità della crescita economica, in termini di:*
- 1.1 *Generazione di reddito*
- 1.2 *Promozione dell'Innovazione*

2 *Equilibrio del mercato del lavoro, in termini di:*
- 2.1 *Incremento del tasso di occupazione*
- 2.2 *Innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione*

3 *Coesione sociale, in termini di:*
- 3.1 *Equità redistributiva e incidenza dei fenomeni di povertà.*

Sono da ritenersi rilevanti e positivi gli effetti riscontrati in ordine a tutti gli obiettivi sopra elencati e significativi e positivi quelli di innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione relativi alle misure volte all'efficientamento della spesa sanitaria.

Effetti rilevanti positivi

4 *Solidità della crescita ed equilibrio del mercato del lavoro.*

Generazione di reddito, Incremento tasso di occupazione: l'attivazione intersettoriale della spesa.

Un primo effetto trasversale a tutte le misure previste dal PISSR che hanno contropartita finanziaria è quello sulla crescita di breve periodo del valore aggiunto e dell'occupazione regionale. Il canale di trasmissione è di tipo keynesiano, ovvero interessa esclusivamente la domanda di beni e servizi sia finali che intermedi. A questo proposito, una valutazione di tipo Input-Output degli effetti può realisticamente interessare solo la componente sanitaria del piano, sia in ragione della dimensione complessiva delle risorse destinate sia considerato il carattere di trasferimento di gran parte degli importi stanziati dalle misure previste il sociale.

La spesa pubblica sanitaria, che riveste una quota importante della spesa sanitaria *tout-court* (circa l'80%)[34], genera effetti di tipo diretto (attiva valore aggiunto e occupazione nei settori a cui è rivolta), di tipo indiretto (i settori a cui è rivolta a loro volta attivano domanda di beni intermedi) e di tipo indotto (relativi all'incremento di domanda di beni di consumo e di investimento degli individui, conseguenti all'aumento di reddito generato dalla domanda pubblica). Questi effetti sono attribuibili sia alla spesa sanitaria corrente della pubblica amministrazione che a quella per investimenti, pur con le dovute differenze in merito alla loro dimensione e alla loro composizione in termini settoriali e geografici. Il primo capitolo di spesa, quella corrente, è chiaramente il più corposo e copre circa il 95% della spesa totale (6,76 miliardi di euro medi annui nel triennio 2012-2014); a questo si aggiunge un 5% della spesa per investimenti (322 milioni di euro medi annui). La capacità di attivazione della spesa pubblica sanitaria è rappresentata sinteticamente dal moltiplicatore di spesa, una misura della variazione di ciascuna delle variabili di interesse (ad esempio Pil, Import, Occupazione) che fa seguito ad un incremento della domanda finale pari a 100 euro. Il moltiplicatore relativo al prodotto interno lordo è stimato essere oltre il 103%[35], un valore significativamente alto e ascrivibile al carattere fortemente locale della spesa pubblica sanitaria, indirizzata soprattutto all'acquisto di servizi non importabili.

	Impatto spesa pubblica sanitaria su economia toscana	Rapporti di attivazione della spesa sanitaria pubblica*
	Milioni di euro	Valori x 100 euro
Pil	6.967,64	103,3
Import Rdi	1.440,88	21,3
Import Estero	1.041,76	15,4
Ula (unità)	126.499,93	18,7**

Fonte: Irpet

* Indica gli euro del valore della produzione attivata nel sistema o fuori regione tramite le importazioni.

**Indica le Unità di Lavoro Annuali a tempo pieno attivate ogni milione di euro di spesa

Le stime di Irpet indicano che gran parte di questo effetto è veicolato dallo stesso settore sanitario (Sanità e altri servizi sociali); 100 euro di spesa infatti determinano un incremento del valore aggiunto del settore pari a 62 euro (ed è quindi più della metà dell'incremento complessivo, pari a 103,3 euro) al quale si associa un incremento della domanda che il settore rivolge al resto del sistema economico in termini di beni intermedi pari a 60 euro, per un valore del moltiplicatore settoriale della produzione del 122%. La tabella seguente riporta, per i settori che registrano le maggiori variazioni, la composizione degli impatti in termini di contributo al Pil e contributo alla domanda per consumi intermedi. La domanda della PA interessa direttamente, se pur in misura minore, anche i settori dell'Informatica, del commercio, dei servizi immobiliari, e degli "altri servizi"[36]. Un quadro analogo emerge dall'analisi degli effetti della spesa pubblica sull'occupazione regionale: l'occupazione attivata è pari a circa 19 unità di lavoro annuali (126.500 ULA medie annue) per milione di euro di spesa, delle quali il 60% è attribuibile al settore sanitario.

34 Cfr Irpet (a cura di) "Il sistema sanitario regionale: un attore importante del sistema economico toscano", in Relazione Sanitaria Regionale, o Rosignoli S., "Effetti della spesa sanitaria regionale sull'economica toscana", Paper per Convegno AIES 2007, Firenze.

35 Più limitato invece il livello di attivazione del PIL da parte della spesa sanitaria privata (80%), la cui domanda viene soddisfatta in misura maggiore tramite importazioni extra regionali (probabilmente in seguito alla maggiore incidenza della spesa chimico farmaceutica sul totale). L'attivazione del PIL dell'intera spesa sanitaria (consumi sanitari della PA, consumi sanitari delle famiglie e investimenti del settore sanitario) nel sistema equivale a 96,5% (100 euro spesi o investiti in sanità generano 96,5 euro di PIL nel sistema economico regionale).

36 Tra i quali i servizi alle famiglie e lo smaltimento di rifiuti solidi, acque di scarico.

Moltiplicatori su produzione settoriale della spesa sanitaria della PA
(Euro di produzione attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Produzione	di cui Valore aggiunto	di cui Costi intermedi
Sanità	122	62	60
Informatica	13	8	5
Commercio	12	7	5
Altri servizi	7	4	3
Servizi imm/noleggio	6	5	1

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

La spesa pubblica corrente in sanità attiva anche valore aggiunto e occupazione fuori dalla regione, ovvero, in altri termini, parte della domanda della pubblica amministrazione viene soddisfatta mediante importazioni. I settori maggiormente interessati sono quelli della chimica farmaceutica, alimentare, dei trasporti,, dell'elettronica e dell'informatica, così come riassunto dalla tabella seguente.

Moltiplicatori su import settoriale della spesa sanitaria della PA
(Euro di importazioni attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Import
Chimica	13
Alimentare	4
Trasporti	3
Elettronica	2
Informatica	2

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

Una minor capacità di attivazione è invece attribuita alla spesa per investimenti (che copre l'1,5% degli investimenti regionali complessivi[37]): il moltiplicatore è in questo caso pari al 49% per quanto riguarda il Pil e al 70% per quanto riguarda le importazioni (39% e 31% rispettivamente per le importazioni dal resto del paese e dal resto del mondo) mentre le unità di lavoro attivate sono 8,6 per milione di euro investito.

	Impatto spesa pubblica sanitaria su economia toscana	Rapporti di attivazione della spesa sanitaria pubblica*
	Milioni di euro	Valori x 100 euro
Pil	156,79	49
Import Rdi	124,31	39
Import Estero	100,80	31
Ula (unità)	2.790,92	8,7

[37] Stime Irpet 2007.

L'elasticità del Pil totale rispetto agli investimenti è invece pari a 0.001, ovvero ad una variazione percentuale degli investimenti del 10% corrisponderebbe una variazione del Pil del solo 0.01%.
Il PISSR destina agli investimenti in ambito sanitario 322,5 milioni di euro medi annui, dei quali la quasi totalità (99%) è rivolta a strutture e tecnologie sanitarie; delle somme restanti la maggior parte va, nel triennio 2012-2014, all'organizzazione del sistema sanitario.
Nella tabella seguente proponiamo ancora una volta la specificazione settoriale degli effetti della spesa; si noti come tra i settori maggiormente coinvolti (in termini di produzione) dagli investimenti sanitari toscani compaiano adesso quello delle costruzioni (il quale assorbe anche la maggior parte degli effetti in termini occupazionali), dei trasporti e delle altre attività manifatturiere (individuate soprattutto in mobili e arredi).

Moltiplicatori su produzione settoriale degli investimenti in sanità.
(Euro di produzione attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria.

	Produzione	di cui Valore aggiunto	di cui Costi intermedi
Costruzioni	25	11	14
Commercio	15	9	6
Informatica	9	5	4
Altre manifatture	7	2	5
Trasporti	6	3	3

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

Guardando invece ai settori attivati all'estero spicca il dato relativo ai macchinari e le attrezzature di elettronica (30% il moltiplicatore della produzione settoriale fuori regione), ai mezzi di trasporto.

Moltiplicatori su import settoriale degli investimenti in sanità.
(Euro di importazioni attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Import
Elettronica	30
Mezzi di trasporto	7
Altre manifatture	6
Metallurgia	5
Meccanica	5

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

In merito a queste tipologie di effetti il PISSR interviene nella misura in cui assicura un livello di spesa corrente e di investimento crescente rispetto a quella degli anni precedenti. In regione infatti della dinamica positiva dell'entità spesa (ma non della sua composizione in corrente e di investimento), si rilevano significative differenze con riferimento al precedente periodo di programmazione, si tratta di circa 400 milioni medi annui in termini di impatto sul valore aggiunto regionale e di circa 11.300 unità di lavoro medie annue in termini di impatto sull'occupazione regionale a fronte di un aumento della spesa di circa il 10% (12% negli investimenti e 9,5% nelle partite correnti).

Salute, capitale umano e crescita di lungo periodo.

La salute è una importante forma di capitale umano alla quale in letteratura economica si fa generalmente riferimento utilizzando il concetto di *health capital.* Questo è largamente identificato come fattore determinante della crescita di lungo periodo. In primo luogo l'HC agisce nei confronti della produttività degli individui rafforzandone le loro capacità fisiche e mentali indipendentemente dalla loro qualificazione (*high* o *low skilled*). Si tratta in quel caso di un effetto di natura diretta della salute sull'output di un sistema economico.
A questo canale se ne aggiungono altri, potenziali, di natura indiretta; ad esempio miglioramenti della salute possono fornire un incentivo all'investimento in capitale umano (ovvero alla spesa privata in istruzione) data la possibilità di ammortizzarli su un orizzonte di vita più lungo, possono inoltre migliorare il rendimento della spesa in istruzione considerato che studenti dotati di maggior salute sperimentano un minor assenteismo e maggiori capacità cognitive; un'aspettativa di vita più elevata può poi fornire un incentivo al risparmio, determinando così un aumento degli investimenti e del capitale fisico per lavoratore; lo stesso aumento del capitale fisico può passare infine dall'aumento della sua produttività marginale in ragione dell'aumento della disponibilità di lavoro associata ad una maggior salute dei lavoratori oppure da un aumento degli investimenti diretti esteri (Alsan, Bloom, Canning, 2006)[38].
Gli studi in merito si distinguono tra microeconomici, ovvero diretti ad identificare il contributo di un aumento della salute sulla produttività del lavoro (salario) e macroeconomici, ovvero diretti ad identificare la relazione tra stock di HC e differenziali di reddito pro-capite dei sistemi economici.
Le stime di natura microeconomica hanno stabilito, oltre ogni ragionevole dubbio, la relazione positiva e significativa tra condizione di salute individuale e risultati economici individuali. In merito a questo punto è possibile distinguere a grandi linee i lavori che hanno studiato l'impatto in termini di benefici di lungo periodo su produttività e capitale umano degli interventi volti a condizionare lo sviluppo dei bambini in tenera età, dai lavori che invece si sono concentrati sull'effetto in termini di reddito individuale della malattia intesa in senso generico, si tratta, in quest'ultimo caso, del cosiddetto approccio *cost-of-illness*[39]*.*
Più controversa è invece la questione macroeconomica relativa al contributo delle condizioni di salute della popolazione (generalmente approssimate da una misura dell'aspettativa di vita o del tasso di sopravvivenza) alle differenze nel reddito pro-capite tra regioni. In considerazione infatti della natura multidimensionale del concetto di capitale umano, nell'ambito del quale si fa confluire l'HC insieme ad esempio al capitale conoscitivo/esperienziale a quello educazionale (tutte variabili che presentano un possibile alto grado di correlazione[40]), l'approccio aggregato dei lavori macroeconomici, che pur, in principio, è necessario per cogliere gli effetti di equilibrio economico

---

38 Alsan, M, Bloom David E. and David Canning (2006), The Effect of Population Health on Foreign Direct Investment Inflows to Low and Middle-Iincome Countries, World Develpoment, 34, 613-630.

39 Si vedano a questo proposito:
Strauss, J., Duncan, Thomas (1998), *Health, Nutrition and Economic Development*, Journal of Economic Literature, June, Vol. XXXVI, pp. 766-817;
Behrman, Jere, R., Mark R. Rozensweig (2004), *The Returns to Birthweight*, Review of Economics and Statistics, 86:2, May, 586-601;
Bleakley, H. (2009), *Disease and Development: Evidence from Hookworm Eradication in the American South*, in *Health and Growth* (2009) a cura di Spence, M., Maureen, A. Lewis, Commission on Ghrowth and Development.
Miguel, Edward, Micheal Kremer (2004); *Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities*, Econometrica, Vol. 72, 1, 159-217.
Schultz, T. Paul, (2002), *Wage Gains Associated with Height as a Form of Health Human Capital*, The American Economic Review, 92(2), May, 348-353.
Sala-i-Martin, Xavier (2005), On the Health-Poverty Trap, in: Lopez-Cassanovas, G., Rivera, B., L., Currais, eds. Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications, Cambridge, MA, MIT Press;

40 Ad esempio, sistemi economici caratterizzati da un'alta aspettativa di vita hanno in genere anche una forza lavoro mediamente più anziana, dotata quindi di un maggior capitale esperenziale.

generale e l'effetto in termini di esternalità di un aumento dell'HC[41], risente spesso di problemi di specificazione del modello da stimare. Bloom, Canning e Sevilla (2004)[42] stimano una funzione di produzione aggregata nella quale l'*health capital* compare assieme alle altre componenti del capitale sociale, al capitale fisico, al lavoro, ad una misura della *total factor productivity*; i loro risultati quantificano in un 4% (2,8% nel lavoro successivo di Bloom, Canning (2005)[43]) l'aumento nell'output associato all'aumento di un anno dell'aspettativa di vita media; ricorrendo ad un approccio di calibrazione Weil (2006)[44] identifica invece in un 1,68 l'elasticità della produttività del lavoro rispetto al tasso di sopravvivenza[45].
Il contributo di Acemoglu, Johnson (2006)[46] va invece in direzione opposta; gli autori non riscontrano l'esistenza di una relazione statisticamente significativa tra l'aumento dell'aspettativa di vita e il PIL, su un campione di 59 stati, osservati a partire dal 1940. I risultati della loro analisi sono, in effetti, coerenti con la teoria della crescita neoclassica che prende in considerazione oltre all'effetto positivo sul reddito pro-capite che deriva da un incremento della produttività del lavoro, anche quello negativo associato ad un incremento della popolazione e amplificato a sua volta da una bassa elasticità di altri fattori produttivi, quale ad esempio, la terra. Le stime presentano un alto livello di variabilità, e, in conseguenza di questo fatto, la letteratura non è concorde nel riconoscere all'*health capital* e alla spesa sanitaria un ruolo di traino alla crescita di lungo periodo del prodotto interno lordo dei sistemi economici. La solidità dei risultati riscontrati nell'ambito degli studi microeconomici, è però sufficiente a concludere che l'insieme delle misure previste dal PISSR possa generare effetti rilevanti e positivi sulla capacità di reddito dei singoli soggetti economici.

Innovazione.

Il contributo del PISSR all'innovazione è da intendersi su più fronti e si inscrive in una tradizione piuttosto consolidata della Regione Toscana. Con riferimento al tema della *ricerca*, negli anni passati le azioni intraprese hanno contribuito in misura significativa a dar vita a politiche di eccellenza fondate principalmente sulla collaborazione tra enti, imprese operanti nel settore e aziende ospedaliere. Si è trattato in particolare delle politiche per l'integrazione tra pratica clinica e ricerca universitaria nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie, per lo sviluppo della rete dell'Istituto Toscano Tumori, della rete regionale della ricerca mediante la costituzione dell'Ufficio Regionale Valorizzazione Ricerca (UVAR), del sostegno allo sviluppo del Polo d'Innovazione nelle Scienze della Vita, del finanziamento di progetti di ricerca industriale e sviluppo sperimentale congiunti tra imprese e organismi di ricerca (in tema di ricerca e sviluppo di prodotti farmaceutici, biotecnologici, medicinali, diagnostici). Anche alla luce delle esperienze passate il PISSR 20012-205 individua una serie di criticità che tuttora permangono, prevalentemente a livello di interazione tra i diversi attori coinvolti nello sviluppo della ricerca in ambito sanitario sul territorio regionale. A questo proposito e coerentemente con quanto affermato nella parte descrittiva di questo rapporto in tema di esternalità positive di natura tecnologica e conoscitiva, riteniamo che le intenzioni del programmatore, soprattutto rivolte al raggiungimento di una dimensione della rete regionale delle collaborazioni sufficiente a proiettare il sistema regionale nell'ambito della competizione globale, siano di particolare rilevanza ed efficacia in merito alla crescita economica di lungo periodo e alla

41 Ovvero l'effetto sulla collettività in termini, ad esempio, di aumento generalizzato della produttività del lavoro, attribuibile al miglioramento della condizione di salute di un singolo individuo.

42 Bloom, David E., David Canning, Jaypee Sevilla (2004), *The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach*, World Development XXXII, 1-13.

43 Bloom, David E., David Canning (2005), *Health and economic growth: reconciling the micro and macro evidence*, working paper, Harvard School of Public Health.

44 Weil, D. (2006), *Accounting for the Effect of Health on Economic Growth*, NBER working paper no 1145.

45 All'aumentare dell'1% del tasso di sopravvivenza si verifica, in media, un aumento dell'1,68% della produttività del lavoro.

46 Acemoglu, D., Simon Johnson (2006), *Disease and Development: The Effect of Life Expentancy on Economic Growth*, NBER working paper no 12269.

creazione di nuovi posti di lavoro. La valorizzazione e il coordinamento delle eccellenze del territorio, il loro coinvolgimento in progetti di sviluppo tecnologico in ottica di filiera sono a questo proposito viste come la precondizione per l'attrazione di nuovi investimenti produttivi e di ricerca e di sviluppo e per il rafforzamento di alleanze stabili con l'industria farmaceutica, biotecnologica, biomedicale.
Sempre in tema di innovazione sono da ritenersi positivi e significativi sulla crescita gli effetti delle misure volte allo sviluppo del sistema informativo e delle tecnologie telematiche, con particolare riferimento al rafforzamento delle componenti tecnologiche infrastrutturali ovvero alla diffusione di infrastrutture di banda larga, all'adozione di standard tecnologici informativi, per la sicurezza dei dati, per l'autenticazione, l'accesso e la firma digitale, la conservazione a norma della documentazione digitale da parte delle Aziende/Enti. A questo proposito è da sottolineare il ruolo di coordinamento svolto dagli Estav. La difficoltà delle economie regionali a reagire alla globalizzazione va letta anche alla luce di una mancata prontezza delle imprese nell'operare cambiamenti coordinati di capitale fisico, umano e organizzativo; questo principalmente a causa dell'estrema frammentazione del sistema produttivo e del troppo lento adattamento alla "rivoluzione" delle ICT. In relazione a queste criticità il settore pubblico può e deve svolgere un ruolo di traino non solo sostenendo con la sua domanda i settori produttori di servizi avanzati ma anche contribuendo a mettere a punto modelli organizzativi esportabili ad altri settori. Il carattere marcatamente aziendale dei soggetti preposti all'erogazione di servizi sanitari e l'importanza del settore sanitario nell'economia regionale in termini di addetti e di valore aggiunto rende quindi particolarmente virtuosa l'adozione di strategie di innalzamento dell'intensità tecnologica, sia nel prodotto sia nella gestione aziendale.

5 *Coesione sociale*

Equità redistributiva e incidenza dei fenomeni di povertà.

All'obiettivo di coesione sociale mediante il raggiungimento di una maggior equità nella distribuzione dei redditi, nonché di una minore incidenza della povertà, contribuiscono sia le politiche del PISSR di stampo puramente sociale che quelle in ambito sanitario.
Per le prime la relazione causale risulta di immediata comprensione giacché è nell'oggetto stesso delle singole misure del PISSR che si riscontra l'obiettivo di ridurre il fenomeno dell'emarginazione sociale connessa alle difficoltà di tipo economico. Facciamo qui riferimento in particolare alle misure di individuazione di strumenti e risorse per il sostegno agli affitti, di promozione di nuove politiche sociali abitative, di sviluppo dell'edilizia sociale, di individuazione di dispositivi di natura educativa o di natura finanziaria, come il microcredito, per contrastare il sovraindebitamento delle famiglie.
Per le seconde il legame è perlopiù di tipo indiretto ma non per questo meno stringente. La spesa sanitaria delle famiglie infatti, che va a soddisfare una domanda non coperta dal Servizio Sanitario nazionale[47], è una delle determinanti più significative dell'impoverimento della popolazione.
Un modo di guardare al problema è quello di studiare l'incidenza delle cosiddette "spese catastrofiche", ovvero spese di cura che eccedono il 40% della capacità di spesa delle famiglie. Una parte della popolazione, prevalentemente concentrata nel primo quintile della distribuzione per reddito, è costretta all'impoverimento in relazione al manifestarsi di queste necessità; si tratta dei nuclei familiari che vanno a comporre un nucleo cosiddetto di "iniquità manifesta". Insieme a questi ultimi vanno però considerati i nuclei che rinunciano a quelle prestazioni che si rivelerebbero appunto di natura catastrofica sul bilancio familiare (la rinuncia è spesso di prestazioni rivolte ai componenti più anziani della famiglia, in modo da preservare quelle rivolte ai bambini o ai più giovani); questi vanno a comporre il nucleo, ben più ampio dell'"iniquità latente".

[47] Si fa riferimento sia alla spesa totalmente privata sia alle forme di compartecipazione alle prestazioni comunque erogate dal Servizio Sanitario.

La distribuzione per quintili delle famiglie italiane soggette a spese catastrofiche evidenzia una persistenza del fenomeno anche tra fasce della popolazione riconducibili alla classe media. Si va da un 13,6% delle famiglie che appartengono al primo quintile a valori che oscillano tra l'1,4% e il 2,5% nei quintili superiori[48]. Per quanto riguarda invece le tipologie familiari, è tra le famiglie più numerose (coppie con 3 e più figli) ma anche tra quelle più anziane (persone sole o coppie con componenti di età superiore ai 65 anni) che si registra l'incidenza maggiore delle spese catastrofiche.

Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche. Incidenza secondo la tipologia familiare. Italia, 2007.

	2007		
Tipologia Familiare	**poveri**	**impoveriti**	**catastrofici**
Persona sola con meno di 35 anni	2,7%	0,0%	0,7%
Persona sola con 35-64 anni	4,2%	0,7%	1,4%
Persona sola con 65 anni e più	12,0%	2,6%	7,8%
Coppia senza figli senza membri anziani	4,2%	0,4%	1,7%
Coppia senza figli con un componente con 65 anni e più	6,5%	1,6%	2,9%
Coppia senza figli con entrambi i componenti con 65 anni e più	15,2%	2,6%	6,9%
Coppia con 1 figlio	10,6%	1,2%	2,8%
Coppia con 2 figli	14,0%	1,4%	3,7%
Coppia con 3 e più figli	22,8%	1,5%	8,8%
Monogenitore	11,3%	1,0%	3,1%
Altre tipologie	18,0%	1,6%	5,4%
Totale	11,1%	1,4%	4,2%

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT, Rapporto Sanità CEIS 2009.

Tra le motivazioni che spingono le famiglie all'abbandono della prestazione sanitaria prevale quella economica; per tutti i sottogruppi considerati nella tabella seguente si riscontra infatti una percentuale almeno doppia di famiglie che rinunciano per motivi economici più che per la lunghezza delle liste di attesa.

Rinuncia di almeno un adulto a prestazioni sanitarie per file di attesa e motivi economici, distribuzione delle famiglie per tipologia familiare- Italia 2007.

	Per file di attesa		**Per motivi economici**	
Tipologia Familiare	**Specialistica**	**Dentistica**	**Specialistica**	**Dentistica**
Persona sola con meno di 35 anni	2,02%	0,51%	2,38%	6,82%
Persona sola con 35-64 anni	1,70%	0,33%	3,39%	8,07%
Persona sola con 65 anni e più	2,51%	1,18%	4,38%	5,64%
Coppia senza figli senza membri anziani	2,65%	1,60%	3,37%	7,42%
Coppia senza figli con un componente con 65 anni e più	2,70%	2,04%	4,31%	8,27%
Coppia senza figli con entrambi i componenti con 65 anni e più	2,58%	1,57%	4,56%	6,40%
Coppia con 1 figlio	2,54%	1,37%	4,46%	8,94%
Coppia con 2 figli	3,27%	1,70%	6,51%	11,84%
Coppia con 3 figli	2,12%	1,92%	9,14%	16,66%
Altra tipologia con almeno un componente con 65 anni e più o un minore	3,35%	0,92%	7,36%	13,47%
Altra tipologia senza componenti anziani o mino	2,61%	1,93%	6,77%	11,89%
Totale	**2,63%**	**0,30%**	**5,06%**	**9,26%**

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT, Rapporto Sanità CEIS 2009.

[48] Rapporto Sanità (2009), CEIS, Fondazione Economia Tor Vergata.

Le famiglie più povere inoltre, che presentano alti tassi di incidenza dei fenomeni di abbandono, pari al 15,72% per le prestazioni dentistiche, al10,5% per quelle specialistiche, rivolgono la maggior parte della loro spesa out of pocket all'acquisto di medicinali. Coerentemente con questo dato la spesa in medicinali risulta essere anche il maggior determinante dell'iniquità da spesa catastrofica tra le famiglie più povere. Le cose cambiano all'aumentare del reddito: per i quintili superiori al primo ai farmaci si aggiungono visite specialistiche ed odontoiatriche come potenziali cause di impoverimento.

Composizione del consumo sanitario out of pocket, famiglie povere. Italia, 2007.

Spesa	
Ospedaliera	0,3%
Visite	10,2%
Dentista	7,4%
Ausiliari	0,8%
Analisi	6,4%
Apparecchi	3,8%
Termali	0,0%
Farmaceutica	70,0%
Disabilità	1,0%
Totale	100,0%

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT, Rapporto Sanità CEIS 2009.

Il dato regionale mette in evidenza il buon posizionamento della regione Toscana che presenta un'incidenza del fenomeno povertà superiore solo a quella del Veneto, una seppur positiva, moderata tendenza all'impoverimento (dato 2007) e una bassa incidenza delle spese catastrofiche (2,6%)[49].

Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche. Incidenza secondo la regione di residenza. Italia, 2007.

	2007		
Tipologia Familiare	**Povertà**	**Impoverimento**	**Catastroficità**
Italia	**11,1%**	**1,3%**	**4,2%**
Piemonte e Valle d'Aosta	6,6%	0,9%	4,1%
Lombardia	4,8%	0,5%	3,5%
Trentino A.A.	5,2%	0,7%	3,5%
Veneto	3,3%	0,9%	2,2%
Friuli Venezia G.	6,6%	0,7%	2,7%
Liguria	9,5%	1,2%	2,7%
Emilia Romagna	6,2%	0,7%	2,6%
Toscana	**4,0%**	**0,6%**	**2,6%**
Umbria	7,3%	1,1%	3,6%
Marche	6,3%	0,9%	2,3%
Lazio	7,9%	0,6%	2,0%
Abruzzo	13,3%	1,6%	3,7%
Molise	13,6%	2,4%	7,7%
Campania	21,3%	2,1%	5,0%
Puglia	20,2%	2,3%	6,3%
Basilicata	26,3%	1,8%	9,0%

[49] Sulla base dei dati qui presentati è possibile riscontrare una chiara correlazione positiva tra incidenza delle spese catastrofiche e impoverimento delle famiglie, questa correlazione scompare però una volta che si consideri l'impoverimento in relazione alle distinte soglie regionali piuttosto che alla soglia nazionale. In quel caso inoltre la Toscana andrebbe a posizionarsi in una fascia intermedia di regioni (insieme a Liguria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Umbria) con bassa catastroficità e media percentuale di impoverimento, distinte dalle regioni apparentemente più efficaci nella protezione delle famiglie , ovvero Marche, Lazio, Emilia Romagna, Veneto.

Calabria	22,9%	3,3%	9,1%
Sicilia	27,6%	2,9%	8,9%
Sardegna	22,9%	2,4%	6,0%

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT, Rapporto Sanità CEIS 2009.

Politiche sanitarie efficaci nel ridurre la diseguaglianza tra i cittadini dovrebbero quindi agire nel senso di una limitazione del ricorso alle spese out of pocket e in misura maggiore per le tipologie familiari più soggette al rischio di impoverimento per spese catastrofiche. L'opera di contenimento di questo tipo di spesa passa innanzitutto per un'attenta modulazione dell'erogazione dei servizi sanitari sia sul piano territoriale che su quello della tipologia dei soggetti, in modo che l'offerta pubblica sia in grado di cogliere le esigenze specifiche delle categorie più deboli specialmente in ordine alla riduzione del rischio di indigenza associato alla spesa sanitaria. Un'altra dimensione dell'intervento pubblico è invece quella che coinvolge la qualificazione della domanda e la prevenzione. In questo senso è di particolare importanza che il sistema sanitario regionale adotti un atteggiamento proattivo nei confronti dei soggetti più deboli e, nello stesso tempo, che vengano adottate misure volte all'incremento dell'informazione a disposizione degli stessi e della loro accessibilità ai servizi erogabili.
In merito a tutti questi aspetti rileviamo come rilevanti e positivi gli effetti attesi delle misure previste dal PISSR 2012-2015; ci riferiamo in particolare alla segmentazione dell'utenza in cluster sulla base di comportamenti affini (ai fini di analisi e di predisposizione di adeguate strategie di comunicazione) e, soprattutto, alle misure di sanità d'iniziativa che comprendono azioni in tema di screening (neonatali, oncologici) e in tema di capacità di intervento tempestivo sulle dipendenze e sulle malattie mentali. Altro capitolo di massima importanza, in ragione di una specifica criticità della Toscana connessa alla sua struttura demografica, è quello degli interventi di natura sia sanitaria che sociale tesi ad evitare l'intensificarsi di fenomeni di non autosufficienza tra gli anziani. Come evidenziato è nell'ambito di questa categoria di soggetti, oltre a quella delle famiglie numerose, che si concentra infatti il più alto rischio di incorrere in spese catastrofiche e le previsioni demografiche per la Toscana sono di aumento della quota della popolazione di età superiore ai 50 anni.

	Quota su totale popolazione		
Classe di età	2009	2014	Diff.
0-15	12,3%	12,3%	0,0%
15-35	20,0%	20,9%	0,9%
35-50	23,3%	23,7%	0,5%
50-65	20,1%	19,7%	-0,4%
65-80	16,8%	16,3%	-0,5%
80+	7,5%	7,1%	-0,3%

Fonte: Regione Toscana

In ultima analisi l'attenzione del PISSR nei confronti dell'appropriatezza della spesa sanitaria (intesa in tutte le sue declinazioni: farmaceutica, diagnostica) e il conseguente risparmio di risorse, sono da intendersi come estremamente positivi in ordine alla garanzia di un servizio efficiente e capillare soprattutto nei confronti delle fasce più deboli o potenzialmente deboli della popolazione. A sostegno di questa conclusione portiamo il dato toscano della distribuzione della spesa sanitaria delle famiglie e della PA per decili di reddito.

Spesa sanitaria per decili di reddito disponibile netto, % su totale, 2006, Toscana.

	decili di reddito									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Spesa sanitaria della PA	9,9%	10,0%	10,5%	10,4%	10,1%	10,3%	10,0%	9,8%	9,4%	9,6%
Spesa sanitaria delle famiglie	7,2%	7,3%	6,7%	7,5%	9,1%	9,1%	10,8%	11,0%	13,5%	17,9%

Fonte: Elaborazioni Irpet.

Dall'osservazione del dato emerge chiaramente come la spesa pubblica, che pur si distribuisce in maniera abbastanza uniforme in base al reddito operi in senso compensativo soprattutto nei confronti della domanda privata delle famiglie appartenenti ai primi decili di reddito.

Effetti significativi positivi

6 *Equilibrio del mercato del lavoro.*

Innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione.

Non solo le politiche dirette all'innovazione in termini di sostegno alla ricerca e all'implementazione di soluzioni produttive ad alto contenuto tecnologico generano ricadute positive sul profilo qualitativo dell'occupazione. Effetti significativi e positivi possono essere riscontrati anche in relazione alle misure volte al recupero di efficienza, delle quali non valutiamo in questa sede l'effettiva efficacia in merito alla riduzione dei costi per la pubblica amministrazione. La principale differenza tra le due tipologie di interventi è che ai primi può essere ragionevolmente associata una maggior estensione degli effetti di spillover sull'occupazione di altri settori. L'intento di procedere ad un riordino volto all'efficientamento ella spesa in coerenza col principio di appropriatezza (che prevede l'erogazione dell'assistenza necessaria ottimizzando l'impiego delle risorse finanziarie tecnologiche e umane) nasce, ancor prima della precedente programmazione, dall'esigenza di contemperare la dinamica crescente del fabbisogno sanitario (dovuta all'invecchiamento della popolazione, alla necessità di potenziare l'acceso ai servizi sanitari per alcune fasce di popolazione ma anche al progresso scientifico e alle innovazioni di "prodotto" che rendono sempre più costosi procedure, medicinali e strumenti) e il carattere sempre più stringente dei vincoli di finanza pubblica che interessa tutte le amministrazioni. Gran parte del recupero di efficienza passa per il consolidamento dell'attenzione all'appropriatezza della spesa farmaceutica, di quella per diagnostica strumentale (soprattutto per immagini) e di quella per dispositivi medici[50], a questo si aggiungono le misure del piano di natura più propriamente organizzativa. In tutti questi casi il perseguimento della strategia di sostenibilità del sistema sanitario passa innanzitutto per una crescente responsabilizzazione degli operatori del settore, che, laddove non si traduca in un accostamento di mansioni, risulta essere una possibile determinante della loro qualificazione professionale.
Un altro importante contributo all'innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione viene dalle misure in ambito di formazione professionale previste dal PISSR, ad esempio quelle volte all'organizzazione del sistema di formazione sanitaria regionale (Educazione Continua in Medicina),

50 Una valutazione della capacità delle misure associate a queste obiettivi di liberare risorse per la pubblica amministrazione non è nello scopo di questo lavoro

quelle relative allo sviluppo di competenze specifiche in sanità, quelle di formazione del personale coinvolto nella gestione del rischio clinico, di formazione continua in materia di comunicazione dei rischi, di formazione professionale di alto livello di medici e personale sanitario sulla medicina complementare, di formazione degli operatori dei servizi pubblici sui temi dell'intercultura e sugli aspetti normativi che delineano la condizione giuridica del cittadino straniero.

3.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE TERRITORIALE
Parte descrittiva

L'impatto producibile dal Piano Sanitario e Sociale Integrato sulla dimensione territoriale può ritenersi complessivamente significativo: gli interventi e gli strumenti previsti per migliorare l'offerta territoriale sanitaria regionale sono principalmente di riorganizzazione dei servizi, in termini di reti territoriali più efficienti ed efficaci, capaci di rispondere in modo sempre più adeguato alle esigenze del cittadino-utente. Infatti, il modello sociale e di salute che è andato affermandosi in Toscana negli ultimi anni è basato sulla responsabilizzazione dell'intera comunità, sulla partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati, sul coinvolgimento di istituzioni e cittadini nelle decisioni, sostenendo azioni sociali ed educative i cui effetti mettano insieme cittadini e istituzioni attorno agli obiettivi comuni della salute e dell'inclusione sociale. All'interno di questo quadro, il sistema socio-sanitario svolge azioni di promozione della salute e di orientamento della domanda ed azioni di sviluppo e razionalizzazione della offerta dei servizi. Queste ultime, grazie anche all'evoluzione delle tecnologie e delle pratiche assistenziali, hanno portato alla trasformazione dei servizi presenti sul territorio toscano. Nello stesso tempo si è assistito alla crescita di varie tipologie di strutture territoriali (ad esempio, strutture a carattere residenziale e semiresidenziale) che comunque impattano sul territorio con modalità assai diverse dal passato, creando così non più e non solo un centro di salute unico ed attrattore di istanze anche di tipo sociale, bensì una rete di piccole e medie strutture funzionali alle esigenze di una popolazione che ha bisogno ,tra le tante cose, di una collocazione abitativa più compatibile anche alle diverse necessità socio-sanitarie.
Il raggiungimento della configurazione a rete a cui si è appena accennato con alcune esemplificazioni, prefigura la possibilità di passare ad una vera e propria gestione a rete, in un quadro di rapporti con altri soggetti non facenti strettamente parte dell'organizzazione sanitaria. Si configura in tal modo la possibilità di realizzare una configurazione gestionale tipo "holding" e di procedere in una logica di sistema in cui si individuano:

- una organizzazione di governo territoriale;
- una organizzazione gestionale, organizzativa e produttiva territoriale;
- un sistema socio-sanitario e ambientale integrato su base territoriale ed epidemiologica.

Il Piano determina possibili effetti di entità rilevante e significativa (e di segno atteso positivo) su alcune variabili del modello di valutazione, in termini di possibili effetti significativi, sui seguenti due macro obiettivi:

1. Efficienza del sistema insediativo;
2. Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio;
3. Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche;
4. Minimizzazione del consumo di suolo;
5. Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche.

Effetti rilevanti

Efficienza del sistema insediativo
Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio

A livello generale, un'importante scelta della Regione Toscana degli ultimi anni è stata quella di creare le opportune condizioni strutturali finalizzate a favorire le sinergie di rete, la cooperazione piuttosto che la competizione fra produttori interni, così come accade in altri sistemi sanitari. In tale contesto, con il Piano Sanitario e Sociale Integrato è stata ribadita e promossa l'integrazione nel momento del passaggio fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale e viceversa ovvero il "fare rete fra ospedale e territorio", così come particolare attenzione è stata rivolta alla realizzazione ed al continuo miglioramento della rete dell'emergenza.
La nascita e il progressivo consolidamento del network assistenziale nell'ambito delle tre Aree Vaste ha prodotto rilevanti processi di cooperazione fra i diversi livelli specialistici ed ha reso possibile la definizione e l'avvio di percorsi di cura integrati e multi-professionali. In Regione Toscana la struttura del servizio sanitario è quindi costituita da un complesso sistema a rete, con una pluralità di nodi interconnessi tra loro che il Piano intende ulteriormente consolidare.

Le Società della Salute (SdS) e l' Ente di Supporto Tecnico-amministrativo regionale (Estar), entità entrambe riconfermate dal Piano, ha certamente dato nuovo impulso al panorama istituzionale e strumentale del sistema sanitario. Le prime presentano, tra le altre, potenzialità ai fini della ricomposizione del sistema sanitario con il sociale e i secondi permettono un'ottimizzazione organizzativa del livello aziendale, consentendo la gestione unificata delle funzioni aziendali "no core" in ambito di area vasta, nonché il conseguimento di economie di scala, oltre che un proficuo confronto interaziendale ed in una certa misura sovra-aziendale.
Il sistema regionale di welfare che il Piano intende consolidare ruota poi intorno alla centralità della persona e all'intervento che su di essa si realizza attraverso la metodologia dei piani personalizzati di intervento e della valutazione professionale del bisogno. Per il prossimo quinquennio il Piano dovrà garantire in ciascun ambito territoriale gli interventi ed i servizi così come previsti e definiti per ciascuna area di intervento dal Titolo V, Capo I della l.r. 41/2005.
Il Piano delinea inoltre una prima configurazione dei Livelli delle Prestazioni sociali regionali (LEP); tale configurazione costituisce il quadro riassuntivo degli obiettivi dei servizi sociali sul territorio, tesi a consolidare e ampliare la consistenza e la qualità delle risposte presenti.

Il "diritto alla casa" assunto dal Piano ed, in particolare, le strategie di "promozione di nuove politiche sociali abitative e di supporto all'alloggio", lo "sviluppo dell'edilizia sociale" e "l'innalzamento degli standard qualitativi dell'edilizia residenziale e sociale", sono azioni potenzialmente in grado di determinare condizioni di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano gravi problemi di inclusione sociale. I nuovi scenari della "questione abitativa" sono caratterizzati da una crescita della domanda abitativa non solo in termini quantitativi, ma anche in termini di diversa e plurale articolazione del bisogno. Da un lato la situazione sociale, economica, demografica, in continuo e veloce mutamento, con crescente frammentazione sociale, nuovi bisogni e nuove povertà; le rigidità del mercato immobiliare dall'altro, necessitano di risposte adeguate anche attraverso la creazione di scenari innovativi.
Modelli abitativi nuovi (come il cohousing) e procedure di realizzazione e di accesso basate sulla partecipazione dei destinatari (come l'autorecupero e l'autocostruzione) possono efficacemente integrare l'offerta convenzionale, così come la realizzazione di alloggi temporanei può svolgere un ruolo decisivo nella prevenzione di situazione di grave disagio socio-abitativo. Si aumentano così le possibilità di accesso all'alloggio, favorendo maggiore coesione sociale.

Il progetto speciale di interesse regionale ripreso dal Piano denominato "Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero", prevede azioni di sviluppo correlate ad un percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso, l'integrazione del

servizio di emergenza territoriale 118 con revisione della diffusione e articolazione dei punti di emergenza territoriale, l'ottimizzazione e messa a regime del servizio regionale di elisoccorso, il consolidamento dell'assetto organizzativo di Trauma Center e rete per soccorso, trattamento, gestione e trasporto per trauma e patologie complesse, in scala di area vasta. Tale progetto, quindi, può contribuire efficacemente anche ad assicurare risposte al bisogno di emergenza che siano omogenee, appropriate ed efficaci a scala territoriale.

Effetti significativi

Minimizzazione del consumo di suolo
Efficienza del sistema insediativo
Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio
Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche
Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche

Relativamente all'effetto di minimizzazione del consumo di suolo, si rimanda al paragrafo di valutazione degli effetti ambientali.

L'offerta delle aziende socio-sanitarie deve in primo luogo rispondere al principio secondo cui il nostro sistema sanitario è un sistema universale, garantito ad ogni cittadino, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. La Regione Toscana, a tal proposito, da tempo propone e ribadisce tra gli obiettivi del Piano Sanitario e Sociale Integrato, la riduzione delle disuguaglianze nella fruizione e qualità dei servizi, oltre che dal punto di vista socio-economico, dal punto di vista territoriale, migliorando in modo indiretto anche l'efficienza dei sistemi insediativi complessivamente considerati.
Con il Piano, si riconferma l'azione di coordinamento dei servizi territoriali: l'offerta integrata dei servizi sul territorio, superando visioni parziali, rappresenta un obiettivo del Piano che completa un complesso normativo toscano che, già in passato, ha dedicato un'attenzione particolare al tema della intersettorialità degli interventi. Così come per l'assistenza ospedaliera, è necessario che anche sul territorio venga meglio programmata e rimodellata l'offerta assistenziale per intensità di cure, e ciò in base a criteri di adeguatezza delle prestazioni sanitarie definiti in base ai livelli di complessità e dipendenza rilevati nell'analisi dei bisogni o alle diverse fasi del percorso assistenziale. Tutto ciò tenendo anche presente i bisogni della popolazione in riferimento alla necessità di una equa distribuzione territoriale dei servizi offerti.

Anche a causa del continuo aumento della mobilità, il PSR propone l'incremento della capacità di analisi rispetto agli scenari futuri, al fine di prevedere i rischi sulla salute che possono derivare dalle scelte economiche e di governo del territorio e di realizzare gli opportuni interventi, cercando così di migliorare l'integrazione tra le politiche sanitarie e ambientali.

Le politiche sociali prefigurate dal Piano, possono determinare condizioni di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano problemi di inclusione sociale: la presenza di strutture sociali che favoriscono le informazioni e l'accesso si pone in rapporto con il contenimento dei fenomeni di degrado. Una influenza positiva è determinata anche dall'efficienza delle reti, soprattutto per l'attivazione delle reti tecnologiche che rappresentano una effettiva e ulteriore possibilità di risposta ai problemi di comunicazione e inclusione sociale.

Lo sviluppo su più fronti dei servizi di telecomunicazione, delle reti dei servizi offerti anche via internet, dei sistemi informativi socio-sanitari, potrebbe infine rappresentare anche un importante strumento per ridurre la mobilità nei centri urbani maggiormente congestionati, prevedendo quindi un generico e positivo effetto sull'efficienza dei sistemi insediativi.

Il patrimonio delle Aziende sanitarie è costituito da una complessità di beni: architettonici, artistici, storici, documentari e librari, scientifici. Questo patrimonio è stato da sempre fortemente soggetto al rischio di perdite e dispersioni a causa di vicende storiche, politiche e amministrative, e delle conseguenti modifiche che nel corso del tempo hanno interessato gli assetti dell'organizzazione sociale e sanitaria. E' emersa di conseguenza la necessità di porre particolare attenzione agli aspetti di salvaguardia dei patrimoni culturali delle Aziende sanitarie. A tale proposito, il Piano delinea una strategia che; a breve termine è finalizzata ad alimentare l'inventario regionale della strumentaria medica di valore storico ed a incentivare progettazioni specifiche delle Aziende Sanitarie volte alla valorizzazione delle loro realtà locali; a medio termine intende incentivare le collaborazioni tra le Aziende e le altre istituzioni (università, ARS, Comuni) in merito alle biblioteche di uso corrente; a lungo termine intende promuovere l'attivazione di procedure di valorizzazione, oltre che di tutela, dei beni storici.

5.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE SOCIALE
Parte descrittiva

Gli effetti attesi sulla dimensione sociale rientrano nel campo di azione diretta del Piano, che persegue i propri obiettivi in un'ottica strettamente integrata di tipo socio sanitario. Per questo motivo, sebbene il Piano operi in favore della quasi totalità degli obiettivi strategici, così come definiti dal manuale di valutazione integrata, questa sezione ne prenderà in considerazione solo alcune misure specifiche, e in particolare quelli in grado di generare effetti significativi e rilevanti di esclusivo interesse della dimensione sociale stessa. Il contributo del piano in merito al raggiungimento dell'obiettivo strategico di contrasto all'esclusione sociale e alla povertà è stato, ad esempio, valutato come positivo e rilevante nell'ambito dell'analisi degli effetti sulla dimensione economica e con riferimento all'obiettivo specifico di coesione sociale. In quel contesto si è infatti sottolineato il contributo delle misure volte a contenere il disagio socio-economico e quello abitativo. Lo stesso si dica per il contributo delle misure riconducibili al potenziamento dell'offerta formativa e di qualificazione professionale, individuate come in grado di favorire l'innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione.
In questa sede si riconoscono dunque i seguenti effetti significativi e positivi:

7 *Contrasto all'esclusione sociale e alla povertà.*

Integrazione della popolazione immigrata.

Contribuiscono alla realizzazione di effetti attesi di questo tipo le misure volte ad agevolare la crescita delle opportunità di apprendimento della lingua italiana in favore della popolazione straniera adulta, nonché quelle rivolte all'adeguamento dei servizi pubblici ai rapporti con un'utenza pluriculturale attraverso la qualificazione dei servizi di interpretariato e mediazione culturale. Queste ultime si rivelano di particolare importanza in merito alla garanzia di equità del diritto di accesso ed utilizzo dei servizi sanitari, in considerazione della carenza di informazione e educazione alla salute che caratterizza gran parte della popolazione immigrata. In particolare il Piano prevede la sperimentazione della figura dell'educatore sanitario di comunità, nonché la strutturazione e la formalizzazione a livello locale o di area vasta, di rapporti di collaborazione tra ASL/USL, Enti Locali e altre strutture di accoglienza e organizzazioni del privato sociale per integrare i percorsi di accoglienza sociale, economica e giuridica del titolare o richiedente protezione internazionale e interventi sanitari. Un ultimo riferimento va al tema della tratta, altro fenomeno che riguarda in larga parte la popolazione immigrata; in relazione a questo specifico tema il Piano si inscrive nella tradizione regionale di lotta alla criminalità organizzata (progetti "Rete regionale d'intervento sociale nella prostituzione e nella tratta di esseri umani", "Oltre il confine", "Nuove Orme", "Con-Trat-To (Contro la tratta in Toscana)") promuovendo la creazione di un sistema di governance che assuma la programmazione e il monitoraggio degli interventi.

8 *Sostegno alle pari opportunità di genere.*

Organizzazione dei tempi e distribuzione dei carichi familiari, attenuazione delle disparità nel mercato del lavoro e lotta alla segregazione occupazionale.

Contribuiscono al raggiungimento di questo obiettivo le misure che hanno ad oggetto il sostegno alle famiglie nei momenti di difficoltà e disagio connessi all'assunzione di specifici compiti di cura nei confronti di minori, disabili e anziani, citiamo a questo proposito l'approvazione del "Sistema integrato di servizi per le famiglie e per gli assistenti familiari". Sia gli interventi di natura ricognitiva, ovvero di acquisizione di informazioni sulla numerosità e lo stato di necessità delle famiglie, sia quelli di sostegno tramite agevolazioni tariffarie e/o erogazione dei contributi vanno

nella direzione di alleggerire quella parte del carico familiare che ricade, ove presente, in misura maggiore sulla componente femminile del nucleo familiare, riducendone così anche le condizioni di svantaggio in termini di offerta di lavoro. Nello stesso senso operano anche le misure specifiche al tema della non autosufficienza degli anziani: sanità di iniziativa, contrasto alla sedentarietà e prevenzione delle cadute, promozione delle azioni di aiuto e di sorveglianza attiva della persona anziana fragile.

QUADRO DI SINTESI

Punti di forza e punti di debolezza tra gli effetti significativi e rilevanti

Punti di debolezza Fattori di Criticità (Tra gli effetti rilevanti) **Ambiente** Effetti e azioni ……..…… **Economia** Effetti e azioni ……..…… **Territorio** Effetti e azioni **Salute** Effetti e azioni ……..…… **Sociale** Effetti e azioni ……..…….	Punti di forza Potenzialità sinergiche (Tra gli effetti rilevanti) Ambiente Effetti e azioni ……..…… Economia Effetti e azioni • Effetti del miglior stato di salute della popolazione sulla capacità produttiva del sistema. • Effetti della spesa sanitaria in termini di sostegno a settori produttivi ad alto contenuto tecnologico, innovazione. • Effetti di promozione di innovazione delle misure volte a sostenere e coordinare la ricerca in ambito sanitario sul territorio regionale. • Effetti della sanità di iniziativa e degli interventi sulla qualità e l'appropriatezza del SSR sulla minore necessità di ricorrere a spese sanitarie private, contenendo fenomeni di iniquità. • Effetti della sociale di iniziativa, delle misure di contrasto al disagio abitativo. Territorio Effetti e azioni - Individuazione dell'Area Vasta come livello ottimale di programmazione territoriale che integra e rafforza quello regionale. - Sviluppo reticolare, coordinazione e integrazione dell'assistenza e dei percorsi sanitari e socio-sanitari, che sono sempre più relazionati con il territorio. Salute Effetti e azioni ……..…… Sociale Effetti e azioni ……..…….
Punti di debolezza Minori (Tra gli effetti significativi) **Ambiente** Effetti e azioni ……..…….	Punti di forza Minori (Tra gli effetti significativi) Ambiente Effetti e azioni • Miglioramento dell'integrazione fra le politiche socio-sanitarie ed ambientali, in termini di monitoraggio e di contributo alla riduzione delle ripercussioni negative sulla salute legate ai principali determinanti ambientali.

Economia Effetti e azioni ……..…… **Territorio** Effetti e azioni • Rischio di una proliferazione di strutture socio-assistenziali senza una corretta programmazione che tenga maggiormente presente i bisogni della popolazione anche in riferimento alla distribuzione territoriale. **Salute** Effetti e azioni ……..…… **Sociale** Effetti e azioni ……..…….	• Contenimento del consumo di nuovo suolo, dovuto all'assenza di previsioni di nuove strutture ospedaliere ed alla priorità strategica di riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi sanitari esistenti. Economia Effetti e azioni • Effetti dell'efficientamento della spesa sanitaria sulle variabili macroeconomiche. • Effetti delle misure di formazione e qualificazione professionale in ambito sociale e sanitario. Territorio Effetti e azioni • Possibilità di potenziare l'integrazione delle politiche socio-sanitarie con quelle ambientali e territoriali. • Opportunità di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano problemi di inclusione sociale. • Potenziamento delle attività di ricerca, formazione ed informazione tra il • sevizio socio-sanitario ed altri enti e strutture che operano sul territorio. • Considerazione del le scelte strategiche di sviluppo locale del territorio. • Valorizzazione del patrimonio storico-artistico delle aziende sanitarie. Salute Effetti e azioni ……..……. Sociale Effetti e azioni • Sostegno alle pari opportunità di genere mediante riduzione del carico familiare in termini di assistenza di anziani, disabili, bambini, per le famiglie più deboli e numerose:Sistema integrato di servizi per le famiglie, misure di contrasto alla non-autosufficienza degli anziani.

Allegato

MATRICE DI VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DEL PIANO

LEGENDA	
Effetti di direzione incerta	Nessun effetto
Effetti rilevanti negativi	Effetti rilevanti positivi
Effetti significativi negativi	Effetti significativi positivi

	OBIETTIVI GENERALI del Piano				
EFFETTI ATTESI	Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	Mettere al centro la Persona nella sua complessità	Aumentare l'equità	Perseguire efficacia e appropriatezza come valore del sistema	Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi
EFFETTI AMBIENTALI					
Riduzione Emissioni di CO2					
Efficienza energetica e sviluppo energie rinnovabili					
Riduzione dell'inquinamento atmosferico					
Riduzione dell'inquinamento acustico					
Contenimento superfici artificializzate					
Ottimizzazione gestione dei rifiuti					
Diminuzione del carico organico e tutela delle acque interne e costiere					
Tutela della risorsa idrica					
Riduzione del consumo idrico					
Salvaguardia della biodiversità terrestre e marina					
Riduzione del rischio idrogeologico					
Salvaguardia delle coste					
Riduzione del rischio sismico					
EFFETTI ECONOMICI					
A.1 - Incremento PIL					
A.2 - Innovazione					
A.3 - Saldo commerciale					
B.1 - Equa distribuzione del reddito					
C.1 - Sostenibilità finanziaria					
C.2 - Miglioramento conti pubblici					
D.1 - Incremento tasso di occupazione					
D.2 - Innalzamento profilo qualitativo occupazione					

LEGENDA	
Effetti di direzione incerta	Nessun effetto

EFFETTI TERRITORIALI					
A.1 - Minimizzazione del consumo di suolo					
A.2 - Tutela della risorsa idrica					
B.3 - Protezione dei sistemi urbani e degli insediamenti					
B.4 - Efficienza del sistema insediativo					
B.5 - Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio					
B.6 – Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche					
C.7 - Efficienza delle reti infrastrutturali					
C.8 - Efficienza delle reti tecnologiche					
D.9 - Tutela e valorizzazione del territorio agricolo					
D.10 - Mantenimento della popolazione residente e delle attività con funzione di presidio attivo del territorio					
EFFETTI SOCIALI					
A.1 - Fruibilità degli spazi urbani e dei trasporti					
A.2 - Fruibilità dei propri spazi di vita					
A.3 - Autonomia personale dei soggetti non autosufficienti					
B.1 - (Miglioramento degli) indicatori demografici e var. composizione nuclei familiari					
B.2 - Qualità della vita familiare					
B.3 - Condizione giovanile e disagio dei minori					
B.4 - Fruibilità degli spazi urbani e attività sociali da parte di minori e famiglie					
C.1 - Disagio socio economico					
C.2 - Disagio abitativo					
C.3 - Integrazione della popolazione immigrata					
C.4 - Condizione socio economica dei soggetti del disagio sociale					
D.1 - Partecipazione e sviluppo della rete di offerta					
E.1 - Sviluppo dell'offerta educativa e formativa lungo l'arco della vita					
E.2 - Sostegno alla qualità del lavoro					
F.1 - Domanda culturale e sportiva per tutte le fasce di utenza					
F.2 - Promozione attività culturali e sportive rivolte a diffondere le espressioni della cultura e arte correlate con il patrimonio culturale dei territori					
G.1 - Organizzazione tempi e distribuzione dei carichi familiari					
G.2 - Differenze di genere nei livelli di istruzione e negli indirizzi di studio					
G.3 - Disparità nel mercato del lavoro e segregazione occupazionale					

5. Sistema di monitoraggio

Ricordato che la Regione dispone già da tempo di un sistema articolato di rilevazione dati, di strumenti e indicatori per il monitoraggio delle attività sanitarie e sociali, come riportato al paragrafo 2.2 sulla coerenza interna orizzontale, per il monitoraggio del Presente piano si farà riferimento agli strumenti citati, non valutando utile, né economicamente sostenibile, aggiungere nuovi strumenti, anche in considerazione dell'evoluzione cui gli strumenti esistenti sono soggetti e ricordando che gli stessi verranno adeguati, rispetto ad oggi, alle esigenze programmatiche del presente Piano.

Per il monitoraggio si farà riferimento in particolare ai seguenti strumenti:

La Relazione Sanitaria Regionale, di cui all'art. 20 della l.r. 40/2005, e il Profilo di salute, curati dall'Agenzia Regionale Sanitaria e dalla DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale, periodicamente traccia un quadro sia della salute che dei servizi sanitari a livello regionale con riferimenti al sistema economico e produttivo curati da Irpet e alla qualità dell'ambiente cuati da Arpat. All'interno della relazione si trovano sviluppate analisi di trend sugli INDICATORI dello STATO DI SALUTE E dei FATTORI DI RISCHIO nella popolazione oltre che gli indicatori sui risultati delle attività del Servizio sanitario regionale.

Il sistema di valutazione della performance in sanità (curato dal Laboratorio MeS, annuale). Il sistema di valutazione (www.meslab.sssup.it) costituito da oltre 200 indicatori in benchmarking, raggruppati in circa 50 indicatori di sintesi è legato al sistema incentivante per la direzione aziendale (DGR 398/2011).
In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie della Regione Toscana e dal sistema sociosanitario nel suo complesso sono analizzati secondo sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario e rappresentati mediante un "bersaglio" con 5 fasce di valutazione e sei settori rappresentativi delle sei dimensioni.

Le dimensioni della valutazione sono:

- **La valutazione dei livelli di salute della popolazione (A)**

Pur sapendo che questa tipologia di valori,quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi spesso è determinato dalle scelte gestionali effettuate nel passato, gli indicatori presenti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari.

- **La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B)**

Le aziende sanitarie toscane rispondono non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, operando in squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutta la popolazione. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.

- **La valutazione socio-sanitaria (C)**

In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, che per le attività del territorio e della prevenzione.

- **La valutazione esterna (D)**

In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini e gli utenti danno dei servizi sanitari aziendali che utilizzano. Il giudizio del cittadino/utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere articolato nel dettaglio, cogliendo tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, tiene conto della sua esperienza.

- **La valutazione interna (E)**

In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

- **La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico finanziaria (F)**

In questa dimensione viene considerata la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. Sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili, quali il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo…) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna…).

Il Sistema di Monitoraggio delle Politiche Sociali

La valutazione delle politiche sociali, intese come contributo alla determinazione dello stato di salute della persona, della famiglia e quindi della società in una ottica di integrazione con le politiche sanitarie, richiede una riprogettazione complessiva del suo sistema di monitoraggio.

A tale scopo nel presente piano si è previsto uno specifico intervento sul tema del sistema informativo del sociale finalizzato alla creazione e aggiornamento continuo delle basi di dati relative ai diversi fenomeni di rilevanza sociale (minori, immigrazione, violenza di genere, supporto alle famiglie, ecc..) e agli assetti organizzativi che consentono una risposta professionale e strutturale (residenziale, semiresidenziale, domiciliare, contributi economici, ecc..) ai bisogni delle persone e delle famiglie.
Il sistema di monitoraggio regionale delle politiche sociali si pone, in considerazione della diversa articolazione organizzativa sui territori e dei diversi livelli di responsabilità e competenza tra i diversi soggetti che concorrono alla erogazione delle prestazioni, come un sistema di secondo livello. Infatti tale sistema di appoggia sui sistemi di monitoraggio dei livelli di programmazione locale assicurati dalle Società della Salute o dalle Zone nell'ambito dei programmi integrati di salute.
La rilevazione degli esiti dei programmi locali, il sistema di basi di dati regionali e le relative elaborazioni, affiancano ed integrano all'interno di un sistema unitario, le seguenti fonti informative:

a) **l'indagine censuaria annuale** di rilevazione della spesa sociale effettuata in collaborazione fra ISTAT e Regione;

b) **il programma di valutazione e monitoraggio dei Piani Integrati di Salute** realizzato in collaborazione con il Laboratorio MeS – Management e Sanità – della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
c) **la relazione sociale regionale** di cui all'art. 42 della l.r. 41/2005;
d) **la relazione sullo stato di salute** di cui all'articolo 20, comma 1, lettera e), della l.r. 40/2005 che la Società della Salute, ove costituita, o la conferenza zonale dei sindaci redige annualmente;
e) il basamento informativo afferente **gli Osservatori Sociali provinciali**.

La costruzione di un sistema di monitoraggio di valutazione strategica delle politiche sociali al fine di conoscere: l'evoluzione dei fenomeni, lo stato e i livelli dei servizi assicurati e l'efficacia delle politiche locali e regionali prevede le seguenti dimensioni:

- **La valutazione dei livelli di salute della popolazione**

Ad integrazione della dimensione prevista per gli aspetti sanitari sarà effettuata l'analisi e la valutazione degli obiettivi attraverso i relativi indicatori previsti all'interno della programmazione territoriale (Profili di Salute)

- **La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie di sistema**

In considerazione del fatto che il sistema sociale si presenta con forti elementi di variabilità organizzativa, e anche di forte differenziazione in relazione ai livelli delle prestazioni offerti, elemento determinante della politica regionale è costituto dal promuovere e dal creare le condizioni utili a ridurre tali elementi al fine i garantire livelli minimi essenziali delle prestazioni sociali.
A tale scopo nel presente piano sono stati introdotti i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) sociali. Una dimensione della valutazione sarà quindi quella di monitorare la diffusione progressiva su tutto il territorio regionale di condizioni organizzative minime tese ad assicurare adeguati livelli di prestazioni, definiti nel presente piano, riducendo le diversità e innalzando la qualità della risposta.

- **La valutazione delle risposte ai bisogni sociali in una logica di sistema**

In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di risposta del sistema sociale nel suo complesso, attraverso la valutazione dei risultati della programmazione territoriale (PIS) in una logica comparativa. Analisi finalizzata anche alla determinazione e valutazione dei bisogni e relativi costi standard in stretta collaborazione con il sistema dei comuni. In tale dimensione sarà valutata complessivamente anche la capacità organizzativa di risposta dei territori. includendo in questo, anche l'offerta di servizi da parte del privato sociale.

- **La valutazione esterna**

In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini danno dei servizi sociali che utilizzano, con particolare riferimento a quanto definito capitolo 4 "Il patto con i cittadini", del presente Piano. Inoltre sarà oggetto del nuovo sistema di monitoraggio la valutazione dell'adozione e dell'efficacia della "Carta dei servizi" da parte dei livelli organizzativi presenti sui territori.

Il nuovo sistema di monitoraggio prevede una sua progressiva implementazione nel corso del 2012.

Indicatori di risultato – valori rilevati

Nel 2008 (ultimo anno disponibile), la speranza di vita alla nascita[1] dei toscani ha raggiunto 79,6 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne.

[1] La speranza di vita alla nascita indica il numero di anni che in media si aspetta di vivere una generazione di nati in uno specifico anno di calendario.

STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)				
Codice indicatore	**Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana**	**Valore 2007-2009**	**Valore 2008-2010**	**Delta %**
A1	**Mortalità Infantile**			
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	2,71	2,77	-2,238
A1.2	*Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)*	1,27	1,24	2,774
A1.3	*Mortalita neonatale totale (primi 28 giorni di vita)*	1,93	1,94	-0,141
A2	**Mortalità per tumori**	163,75	160,47	2,003
A3	**Mortalità per malattie circolatorie**	162,83	156,71	3,759
A4	**Mortalità per suicidi**	5,43	5,24	3,499
A5	**Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)**	3786,1	3394,9	10,333
Codice indicatore	**Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana**	**Valore 2009**	**Valore 2010**	**Delta %**
A7	**Speranza di vita**			
A7.1	**Speranza di vita alla nascita**			
A7.1.1	Speranza di vita alla nascita maschi	79,73	-	-
A7.1.2	Speranza di vita alla nascita femmine	84,62	-	-
A7.2	**Speranza di vita a 75 anni**			
A7.2.1	Speranza di vita a 75 anni maschi	11,1	11,23	1,215
A7.2.2	Speranza di vita a 75 anni femmine	13,63	13,77	1,05

CAPACITA 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)				
Codice indicatore	**Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana**	**Valore 2011**	**Valore 2012**	**Delta %**
B2	**Stili di vita (PASSI)**			
B2.1	**Attività fisica**			
B2.1.1	Percentuale di sedentari	28,47	24,52	13,87
B2.1.2	Percentuale di persone sedentarie consigliati dal medico di fare attività fisica	33,8	32,86	-2,78
B2.2	**Situazione nutrizionale**			
B2.2.1	Percentuale di persone obese	8,45	8,57	-1,44
B2.2.2	% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	50,89	54,13	6,36
B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica	42,89	41,87	-2,39
B2.3	**Consumo di alcol**			
B2.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto	13,12	14,12	-7,59
B2.3.2	Percentuale di binge e fuori pasto consigliati dal medico di bere meno	4,38	6,33	44,59
B2.4	**Abitudine al Fumo**			
B2.4.1	Percentuale di fumatori	26,51	28,83	-8,75
B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare	51,03	55,29	8,36
B5	**Estensione ed adesione agli screening oncologici**			
B5.1	**Screening Mammografico**			
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	93,6	97,53	4,202
B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico	72,46	72,57	0,15

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
B5.2	**Screening cervice uterina**			
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	96,14	100,57	4,601
B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	55,39	56	1,096
B5.3	**Screening colorettale**			
B5.3.1	Estensione corretta dello screening colorettale	85,55	89,55	4,683
B5.3.2	Adesione corretta dello screening colorettale	49,5	51,53	4,103
B6	**Donazioni**			
B6.1	**Donazioni di organi**			
B6.1.1	% Morti Encefaliche individuate	60,87	56,77	-6,736
B6.1.2	% Donatori Effettivi	53,57	53,03	-1,007
B6.1.3	*Tasso di decessi con lesioni cerebrali per milione di abitanti*	122,67	124,01	1,089
B6.2	**Donazioni di sangue**			
B6.2.1	*% non conformità del plasma conferito all'industria*	0,71	0,44	-38,247
B6.2.2	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	104	105,65	1,582
B7	**Copertura vaccinale**			
B7.1	Copertura per vaccino MPR	92,12	91,13	-1,068
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale	67,75	58,86	-13,124
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	69,33	77,17	11,31
B7.4	*Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari*	-	16,59	-
B7.5	*Copertura per vaccino antimeningococcico*	-	89,43	-
B7.6	*Copertura per vaccino antipneumococcico*	-	92,06	-
B8a	**Gestione Dati**			
B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	71,92	71,01	-1,271
B8.3	Tempestività di trasmissione dei dati di governo della medicina convenzionata	1,64	2,5	-52,439
B8.4	**Completezza e qualità dei flussi**			
B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino	-	-	-
B8.4.2	Completezza e qualità 118	-	-	-
B8.4.3	Completezza AD RSA	-	-	-
B8.4.4	*Corretta identificazione anagrafica AD RSA*	99,5	-	-
B8.4.5	Coerenza prese in carico per tipo percorso UVM e schede di valutazione trasmesse AD RSA	24,19	95,56	295,05
B8.4.6	*SDO: qualità informazioni per FSE*	8,98	9,69	7,873
B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso	-	-	-
B8.4.8	*Corretta compilazione campi SPA e SDO inerenti a PNLGA 2010 2012*	-	-	-
B8.4.9	*Completezza campo titolo di studio nel flusso SDO*	91,84	88,5	-3,645
B8.6	**Carcere**			
B8.6.1	Tempestività flussi carcere	-	81,44	-
B8.6.2	Completezza flussi carcere	-	68,34	-
B8.6.3	Qualità flussi carcere	-	69,17	-
B11	***Complessità (AOU)***			
B11.1	*Peso medio DRG*	1,68	1,71	1,249
B11.1.1	*Peso medio Drg medici*	1,05	1,06	1,127
B11.1.2	*Peso medio Drg chirurgici*	2,33	2,34	0,434
B11.1.2.1	*% Drg Chirurgici di alta complessità*	33,96	33,54	-1,214
B11.1.2.2	*Peso medio Drg Chirurgici di alta complessità*	4,75	4,8	1,102
B12a	**Mobilità (AOU)**			
B12.1	**Fuga**			
B12.1.1	**Fuga extra Area Vasta**			
B12.1.1.1	*% fuga extra Area Vasta*	8,17	-	-
B12.1.1.2	% fuga extra Area Vasta per Drg ad alta complessità	9,36	-	-
B12.1.2	**Fuga extra Regione**			
B12.1.2.1	% fughe extra Regione totali	6,12	-	-
B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base	-	-	-
B17.3	% fughe extraregionali alta specialità chirurgica (AOU)	8,01	-	-

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
B12.2	***Attrazione***			
B12.2.1	*Attrazione extra Area Vasta per Drg ad alta complessità*	11,04	11,08	0,413
B12.2.2	**Attrazione extra Regione**			
B12.2.2.1	% attrazione extra Regione	17,24	17,21	-0,17
B12.2.2.2	% attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità	13,93	14,13	1,467
B15	**Capacita attività di ricerca (AOU)**			
B15.1	**Impact Factor medio del personale**			
B15.1.1	*Impact Factor medio articoli per dirigente*	1,66	2,1	26,219
B15.1.2	*Impact Factor medio articoli per dipendente*	0,37	0,47	26,636
B15.2	**Impact Factor per articolo**			
B15.2.1	*Impact Factor totale*	5694,56	7071,4	24,178
B15.2.2	Impact Factor medio per articolo	3,93	3,92	-0,203
B15.2.3	*Impact Factor mediano per articolo*	2,91	3,13	7,491
B15.2.4	*Percentuale di articoli con Impact Factor maggiore di 5*	17,62	21,21	20,358
B15.3	**Impact Factor per specialità**			
B15.3.1	Percentuale speciialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	59,7	68,18	14,207
B15.3.2	*Percentuale speciialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI*	97,01	90,91	-6,289
B16	**Comunicazione e partecipazione del cittadino**			
B16.1	**Sistema carta dei servizi**			
B16.1.1	% impegni raggiunti secondo la carta dei servizi	85,26	85	-0,305
B16.1.2	Comitato di partecipazione	66,18	64,5	-2,539
B16.2	Front-office	81,25	79,79	-1,797
B16.3	Soddisfazione del cittadino sulla comunicazione	-	35,63	-
B16.4	Soddisfazione del cittadino sulla semplificazione e sburocratizzazione	-	91	-
B20a	**Tempi di attesa per visite specialistiche e diagnostica**			
B20a.1	*% richieste di visite specialistiche e diagnostiche con quesito diagnostico*	-	0,05	-
B20a.2	*% richieste di prestazioni specialistiche e diagnostiche con codice di priorità*	-	90,35	-
B20a.3	*% prestazioni specialistiche e diagnostiche che rispettano i tempi definiti dai codici di priorità*	-	87,18	-
B22	**Attività fisica adattata (AFA)**			
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	1,38	1,53	10,87
B22.2	N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	1,77	2,46	38,983
B23a	**Accreditamento**			
B23.6	% media requisiti raggiunti nelle SOF verificate	-	-	-
B24	***Carta Sanitaria Elettronica (CSE)***			
B24.1	*% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)*	25,96	34	30,971
B24.2	***Referto di laboratorio e radiologia: completezza e qualità dati pubblicati***			
B24.2.1	*% referti firmati digitalmente*	-	93,76	-
B24.2.1.1	*% referti firmati digitalmente: referti di laboratorio*	72,51	96,84	33,548
B24.2.1.2	*% referti firmati digitalmente: referti di radiologia*	62,01	90,68	46,234
B24.2.2	*%corretta identificazione cittadino*	-	98,86	-
B24.2.2.1	*%corretta identificazione cittadino: referti di laboratorio*	97,71	99,26	1,586
B24.2.2.2	*%corretta identificazione cittadino: referti di radiologia*	97,92	98,45	0,541
B24.2.3	*Percentuale dei referti inviati rispetto al volume atteso*	-	125,05	-
B24.2.3.1	*Percentuale dei referti inviati rispetto al volume atteso: referti di laboratorio*	80,18	132,8	65,627
B24.2.3.2	*Percentuale dei referti inviati rispetto al volume atteso: referti di radiologia*	62,17	117,3	88,676
B24.2.4	*% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE*	-	-	-
B25	**Riqualificazione dell'offerta ospedaliera**			
B25.1a	**Tasso di Ospedalizzazione per interventi chirurgici in elezione**	-	-	-
B25.1a.1	*Tasso di Ospedalizzazione std Sostituzione Ginocchio*	111,15	108,51	2,369
B25.1a.2	*Tasso di Ospedalizzazione std Sostituzione Anca*	275,52	281,99	-2,347

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
B25.1a.3	*Tasso di Ospedalizzazione std Angioplastica Coronarica*	61,18	55,76	8,863
B25.1a.4	*Tasso di Ospedalizzazione std Isterectomia*	103,52	101,51	1,939
B25.1a.5	Tasso di Ospedalizzazione Tonsillectomia	246,23	244,05	0,883
B25.1a.7	Tasso di Ospedalizzazione std Stripping Vene	102,29	91,13	10,91
B25.1a.8	*Tasso di Ospedalizzazione std Colecistectomia*	151,17	146,29	3,228
B25.1a.9	*Tasso di Ospedalizzazione std Colectomia*	30,84	28,73	6,835
B25.1a.10	*Tasso di Ospedalizzazione std per prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata*	68,77	67,48	1,87
B25.1a.11	*Tasso di Ospedalizzazione std per colecistectomia laparoscopica*	134,07	129,9	3,104
B25.1.2	***Coefficiente di variazione della degenza media per interventi chirurgici in elezione***	-	-	-
B25.1.2.1	*Coefficiente di variazione della degenza media Sostituzione Ginocchio*	0,36	0,32	-12,775
B25.1.2.2	*Coefficiente di variazione della degenza media Sostituzione Anca*	0,39	0,37	-4,899
B25.1.2.3	*Coefficiente di variazione della degenza media Angioplastica Coronarica*	0,94	0,9	-4,082
B25.1.2.4	*Coefficiente di variazione della degenza media Isterectomia*	0,68	0,8	17,619
B25.1.2.5	*Coefficiente di variazione della degenza media Tonsillectomia*	1,06	0,32	-70,233
B25.1.2.7	*Coefficiente di variazione della degenza media Stripping Vene*	0,83	7,72	835,212
B25.1.2.8	*Coefficiente di variazione della degenza media Colecistectomia*	1,69	1,77	4,659
B25.1.2.9	*Coefficiente di variazione della degenza media Colectomia*	0,7	0,61	-12,507
B25.1.2.10	*Coefficiente di variazione della degenza media per prostatect.a transuretrale. per iperplasia benigna prostata*	0,64	0,64	0,435
B25.1.2.11	*Coefficiente di variazione della degenza media per colecistectomia laparoscopica*	1,46	1,5	2,467
B26	**Sanità di iniziativa**			
B26.1	% popolazione residente (età > 16) assitita da MMG aderenti ai moduli	34,7	40,15	15,694
B26.2	% raggiungimento obiettivi finali moduli (DGRT 716/2009 e 335/2010)			
B27	**Volumi prestazioni sanitarie**			
B27.1	*Volumi per interventi di colecistectomia laparoscopica*			
B27.2	*Volumi per parti*			
B27.3	*Volumi per interventi di tumore alla mammella*			
B27.4	*Volumi per interventi di angioplastica coronarica percutanea*			
B27.5	*Volumi per interventi di by pass aortocoronarico isolato*			
B27.6	*Volumi per interventi di tumore al retto*			
B27.7	*Volumi per interventi di valvuloplastica o sostituzione di valvola*			
B27.8	*Volumi per interventi di rivascolarizzazione carotidea: stenting o angioplastica*			
B27.9	*Volumi per interventi di rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia*			
B27.10	*Volumi per interventi di riparazione di aneurisma dell'aorta addominale non rotto*			
B27.11	*Volumi per interventi di artroscopia del ginocchio*			

VALUTAZIONE SOCIO SANITARIA (C)

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
C1a	**Capacità di governo della domanda**			
C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	138,84	134,07	3,437
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione std DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti	38,11	34,42	9,682
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti	99,08	96,09	3,012
C1.1.1.2	*Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti urgenti per 1.000 residenti*	49,87	50,39	-1,051
C1.1.1.3	*Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati per 1.000 residenti*	46,82	43,4	7,31
C1.1.1.3.1	*Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati DRG Medici per 1.000 residenti*	14,46	12,52	13,439
C1.1.2	*Tasso ospedalizzazione std DH acuti per 1.000 residenti*	36,12	34,46	4,611
C1.1.2.1	*Tasso ospedalizzazione std DH medico acuti per 1.000 residenti*	14,62	12,59	13,904
C1.1.2.2	*Tasso ospedalizzazione std DH chirurgico acuti per 1.000 residenti*	17,62	18,05	2,42
B17.1	*Trend volumi attività chirurgica programmata*	-1,42	-0,03	-97,62
B17.1.1	*Trend volumi attività chirurgica programmata Ricoveri ordinari*	-3,88	-1,57	-59,45
B17.1.2	*Trend volumi attività chirurgica programmata Day-Hospital*	6,34	4,35	-31,435

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
B17.4	*Trend peso attivita' chirurgica in ricovero ordinario programmato*	2,4	2,51	4,564
C2	**Efficienza attività di ricovero**			
C2a	Indice di performance degenza media	-0,02	-0,19	799,925
C2a.1	Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	0,04	-0,13	439,233
C2a.2	*Tasso di occupazione dei posti letto*	83,91	78,26	-6,723
C3a	**Efficienza preoperatoria**			
C3	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	0,72	0,69	3,988
C3.1	Degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno	1,08	1,03	5,084
C3.2	Degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati su residenti toscani	0,67	0,63	5,324
C4a	**Appropriatezza chirurgica**			
C4a.1	**% DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)**	13,02	11,68	10,32
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	13,57	12,48	8,073
C4.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital	10,81	8,56	20,872
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	58,86	65,14	10,675
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	74,72	77,94	4,304
C14	**Appropriatezza medica**			
C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010)	77,14	91,43	18,519
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010)	35,95	28,96	19,462
C14.2.2	*% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010) - pediatrici*	66,27	56,94	14,077
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010)	17,88	17,13	4,179
C14.3.2	*% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010) - pediatrici*	28,03	28,16	-0,461
C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010)	3,03	2,72	10,178
C5a	**Qualità di processo**			
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	59,73	70,57	18,145
C5.12	*% fratture femore operate sulle fratture diagnosticate*	89,25	90,37	1,253
C5.3	% prostatectomie transuretrali	61,19	65,82	7,567
C5.7	% di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)	60,47	61,53	1,754
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive	39,01	40,77	4,51
C5.10	*% resezioni programmate al colon in laparoscopia*	36,73	39,52	7,584
C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	87,74	88,92	1,346
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	92,18	92,53	0,377
C5c	**Esito - Programma Nazionale Esiti AOU- AGENAS**			
C5.16	Indicatori di esito - AOU (Programma Nazionale Esiti - AGENAS)			
C5d	**Esito - Programma Nazionale Esiti AUSL- AGENAS**			
C5.15	Indicatori di esito - AUSL (Programma Nazionale Esiti - AGENAS)			
C5e	**Ricoveri Ripetuti**			
C5.1e	*Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa*	-	-	-
C5.2e	*Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa - ricoveri programmati*	-	-	-
C6b	**Rischio clinico**			
C6.1	Indice di richieste di risarcimento	7,59	6,5	14,361
C6.1.1	Indice di richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere	6,93	6,12	11,688
C6.1.2	*Indice di richieste di risarcimento - eventi in strutture territoriali*	0,11	0,06	45,455
C6.1.4	*Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri*	-	36,95	-
C6.2	**Sviluppo del reporting and learning system:**			
C6.2.1.1	Indice di diffusione degli Audit – in strutture ospedaliere	3,11	3,17	1,929
C6.2.1.2	*Indice di diffusione degli Audit – in strutture territoriali*	1,19	2,5	110,084
C6.2.2.1	Indice di diffusione delle M&M – in strutture ospedaliere	4,94	5,84	18,219
C6.2.2.2	*Indice di diffusione delle M&M – in strutture territoriali*	3,32	4,25	28,012
C6.4	***Sicurezza del paziente**:*			
C6.4.1	*Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione*	2,59	2,21	14,632
C6.4.2	*Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità*	0,64	0,6	6,269

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
C6.4.3	*Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica*	2,02	1,87	7,515
C6.5	**Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente**			
C6.5.1	Indice di adesione alle pratiche trasversali per la sicurezza del paziente in strutture ospedaliere	-	-	-
C6.5.2	Indice di adesione alle pratiche trasversali per la sicurezza del paziente in strutture territoriali	-	-	-
C6.5.3	*Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni*	-	-	-
C6.5.4	*Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia*	-	-	-
C6.5.5	*Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale*	-	-	-
C6.5.6	*Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale*	-	-	-
C6.5.7	*Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale*	-	-	-
C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	-	35,19	-
C6.7	**Segnalazione e gestione eventi sentinella**	-	-	-
C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella	63,27	87,5	38,296
C7a	**Materno-Infantile**			
C7.1a	**Fase parto**	-	-	-
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)	18,69	19,97	-6,852
C7.1.1	*% parti cesarei grezza*	25,82	26,38	-2,142
C7.2	% parti indotti	19,86	19,99	-0,663
C7.3	% episiotomia depurata (NTSV)	31,66	28,28	10,671
C7.5	Fughe per parto	19,01	18,75	1,34
C7.6	*% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)*	7,28	7,21	0,892
C7.12	*% attaccamento al seno entro le 2 ore*	-	-	-
C7.1b	**Assistenza territoriale**			
C7.15	*% donne residenti che effettuano almeno 4 visite in gravidanza al consultorio*	215,8	198,45	-8,043
C7.13	*% donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>=12ª settimana di gestazione)*	27,13	23,83	12,163
C7.14	*% donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4*	28,17	27,23	-3,37
C7.16	Accesso all'area maternità del consultorio di donne PFPM	54,39	53,59	-1,471
C7.17	% donne residenti con almeno tre presenze al corso di preparazione alla nascita	51,12	53,7	5,059
C7.18	*% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum*	52,99	48,72	-8,061
C8a.3	*Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)*	3,22	3,15	2,143
C7.10	Tasso IVG per 1.000 residenti	6,74	6,58	2,412
C7.11	*% IVG ripetute negli ultimi 3 anni*	-	-	-
C7.19	*Tasso di accesso al consultorio giovani*	61,32	61,21	-0,173
C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione (14-24 anni)	24,36	24,61	1
C8a.19	**Pediatria**			
C7.7	*Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (0-14 anni)*	5,52	-	-
C8a.19.1	*Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)*	27,33	25,53	6,569
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti	150,23	110,34	26,557
C8b	**Efficacia del territorio**			
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	0,81	0,71	12,355
C8a.2	*% ricoveri ripetuti a 31-180 giorni*	5,34	5,27	1,359
C8a.12	*Tasso di dimissioni con segnalazione di attivazione di assistenza domiciliare integrata per 100.000 abitanti*	-	-	-
C8b.13	Percentuale di anziani in AD	6,65	8,11	21,921
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione polmonite	97,37	95,27	2,157
C8b.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso	315,47	293,05	7,107
C9a	**Appropriatezza prescrittiva farmaceutica**			
C9.10.1	*Polypharmacy*	-	14,14	-
C9.6.1	**Statine (Ipolipemizzanti)**			
C9.6.1.1	*Iperprescrizione di statine*	-	-	-

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine	42,18	43,73	3,668
C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione	87,32	88,45	-1,294
C9.6.2	**Antiipertensivi**			
C9.3	Incidenza dei sartani	42,2	43,17	-2,291
C9.7	**Gastrointestinali**			
C9.1	Consumo di Inibitori di Pompa Protonica (Antiacidi)	25,99	27,6	-6,223
C9.8	**Antimicrobici**			
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici	22,47	21,11	6,053
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili	26,12	25,87	0,94
C9.9	**Antidepressivi**			
C9.4	Consumo di antidepressivi (SSRI)	48,6	47,89	1,463
C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	26,73	25,74	3,707
C9.5	Consumo di altri antidepressivi	11,03	11,19	-1,442
C9.9.1	*Pazienti con iperprescrizioni*	-	-	-
C9.14	**Cura dell'osteoporosi**			
C9.15	*% pazienti aderenti alla terapia con Farmaci Nota 79*	-	19,01	-
C9.16	*% pazienti fratturati aderenti alla terapia con Farmaci Nota 79*	-	39,41	-
C9.17	**Ospedaliera**			
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti	-	1,3	-
C9.13	Incidenza antibiotici iniettabili nei reparti	66,89	65,89	1,495
C9.18	*Incidenza del filgrastim nei reparti*	51,51	76,35	48,207
C9.19	**Farmaci respiratori**			
C9.19.1	*Incidenza adrenergici*	-	62,32	-
C9.19.2	*Incidenza Salmeterolo associato*	-	50,68	-
B4.1	**Controllo del dolore**			
B4.1.1	Consumo di farmaci oppioidi	1,83	1,95	6,749
B4.1.3	Consumo di morfina	2,63	2,54	-3,211
B4.1.5	Incidenza della morfina	5,05	4,88	-3,403
C11a	**Efficacia assistenziale delle patologie croniche**			
C11a.1	**Scompenso**	**-**	**-**	**-**
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	194,34	179,38	7,699
C11a.1.2	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio	59,9	50,3	-16,027
C11a.1.3	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con ACEinibitore - sartani	57,8	56,1	-2,941
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con beta-bloccante	42,2	44,7	5,924
C11a.2	**Diabete**	-	-	-
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)	19,89	17,15	13,748
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	69,7	66,8	-4,161
C11a.2.3	% residenti con Diabete con almeno un esame della Retina	32,7	31,7	-3,058
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	41,34	42,4	-2,581
C11a.2.4.1	*Tasso di rivascolarizzazione nei pazienti diabetici per 100.000 residenti*	34,7	35,28	1,691
C11a.2.4.2	*% di rivascolarizzazione nei pazienti diabetici*	3,67	3,89	5,856
C11a.3	**BPCO**	-	-	-
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	51,81	44,55	14,026
C11a.5	**Ictus**	-	-	-
C11a.5.1	% residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	53,2	63,5	19,361
C11a.6	**Ipertensione**	-	-	-
C11a.6.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico	52	50,3	-3,269
C13	**Tasso di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche**			
C13.1	*Tasso di prestazioni ambulatoriali*	2962,29	3048,81	-2,92
C13.2	Tasso di prestazioni diagnostica per immagini	753,42	718,75	4,602
C13.2.1	*Tasso di prestazioni TC prescritte, extra Ps, per 1.000 residenti*	57,75	55,27	-4,285

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
C13.2.2	*Tasso di prestazioni RM prescritte, extra Ps, per 1.000 residenti*	72,59	65,1	-10,315
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	24,3	21,97	9,589
C13.2.3	*Tasso di prestazioni Ecocolordoppler std per 1.000 residenti*	66,1	63,54	-3,869
C13.2.4	*Tasso grezzo di prestazioni Ecografia per 1.000 residenti*	177,92	176,11	-1,021
C13.2.5	*Tasso grezzo di prestazioni RX tradizionale per 1.000 residenti*	242,11	220,24	-9,036
C15a	**Salute Mentale**			
C15.1	*Tasso di utenti con almeno 10 giornatedi attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni*	42,88	-	-
C15.1.1	*Tasso di utenti con almeno 18 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni*	28,4	-	-
C15.2	Contatto entro 7 gg con il DSM dei pazienti maggiorenni dalla dimissione dal ricovero ospedaliero	41,02	-	-
C15.2.1	*Contatto entro 7 gg con il DSM dei pazienti maggiorenni dalla dimissione dal ricovero ospedaliero da strutt. Pubbliche*	46,29	-	-
C15.2.2	*Contatto entro 7 gg con il DSM dei pazienti maggiorenni dalla dimissione dal ricovero ospedaliero da strutt. private accreditate*	14,24	-	-
C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	11,87	10,5	11,53
C8a.13.2	% ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	5,49	4,69	14,629
C8a.5	*Tasso di ricovero per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni*	278,73	276,88	0,665
C8a.5.1	*Tasso di ricovero per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni*	62,58	62,42	0,251
C8a.5.2	*Tasso di ricovero per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni*	74,32	74,54	-0,296
C8a.5.3	*Tasso di ricovero per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni*	31,6	28,77	8,946
C8a.5.4	*Tasso di ricovero per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni*	16,84	14,61	13,246
C8a.5.5	*Tasso di ricovero per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni*	19,66	-	-
C8a.5.7	*Tasso di ricovero per demenze per 100.000 residenti maggiorenni*	26,64	27,58	-3,538
C8a.5.8	*Tasso di ricovero per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni*	26,92	30,03	-11,552
C8a.5.6	*Tasso di ricovero per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni*	22,3	20,32	8,873
C16a	**Pronto Soccorso**			
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	71,93	72,32	0,542
C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	78,53	78,73	0,255
C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	82,99	83,76	0,928
C16.5	*% pazienti in OB*	8,63	10,89	26,188
C16.6	*% pazienti ricoverati dopo OB*	23,55	22	6,582
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	61,82	64,5	4,326
C16.8	*% ricoveri da Pronto Soccorso inviati entro 24 ore in area critica*	1,19	1,21	-1,862
C16.9	*% ricoveri da Pronto soccorso*	11,95	12,92	-8,174

VALUTAZIONE ESTERNA (D)

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
D2	**Valutazione degli utenti dei servizi dei Medici di Medicina Generale**	-	77,26	-
D2.1	Visite domiciliari	-	90,74	-
D2.2	Chiarezza informazioni	-	91,12	-
D2.3	Tempo dedicato	-	87,23	-
D2.4	Coinvolgimento	-	84,55	-
D15a	**Valutazione degli utenti dei Servizi distrettuali**	-	68,06	-
D15a.1.2	Orari di apertura	-	52,12	-
D15a.2	Gentilezza del personale	-	69,69	-
D15a.4	Comfort strutture	-	60,56	-
D15a.5	Chiarezza informazioni	-	65,78	-
D17	**Valutazione degle utenti del Percorso materno infantile**	-	-	-
B13	Coordinamento Materno Infantile	-	-	-

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
D9a	**Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso**	3,23	2,84	12,161
D18a	**Dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero**	-	-	-
D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	0,99	0,96	2,375
D18.1	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	1,68	1,78	-5,97
D21	**Percentuale di abbandono nei moduli della Sanità di Iniziativa**	-	-	-
D22	**Valutazione degli utenti dei moduli della Sanità di Iniziativa**	-	80,88	-

VALUTAZIONE INTERNA (E)

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2010 (2011 per E2 e E3)	Valore 2012	Delta %
E1	**% di risposta all'indagine di clima interno**	41,97	47,04	12,08
E2	**Percentuale di assenza**	6,54	6,53	0,153
E3	**Tasso di infortuni dei dipendenti**	4,66	4,31	7,44
E9	**Attività di formazione**	-	50,56	-
E14	***% dirigenti di struttura complessa che hanno frequentato il corso di formazione MeS***	-	19	-
E10	**Management per i dipendenti**	-	51,98	-
E12	*Il Management per i responsabili*	-	-	-
E11	**Comunicazione e informazione per i dipendenti**	-	33,25	-
E13	*Comunicazione ed informazione per i responsabili*	-	63,91	-

VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
F1	**Equilibrio Economico-Reddituale**			
F1.1	Equilibrio Economico Generale	0	-	-
F1.2	Equilibrio Economico Gestione Sanitaria	0,03	-	-
F1.3	ROI	0,02	-	-
F3	**Equilibrio Patrimoniale - Finanziario**			
F3.1	Indice di disponibilità	0,68	-	-
F3.2	***Politiche di investimento***			
F3.2.1	*Incidenza dei canoni leasing*	-	-	-
F3.2.2	*Percentuale di obsolescenza tecnica*	-	-	-
F3.2.3	*Percentuale nuovi investimenti*	-	-	-
F3.3	*Indice di elasticità finanziaria*	-	-	-
F3.4	***Costi di finanziamento***			
F3.4.1	*Indice di onerosità*	-	-	-
F3.4.2	*Dilazione dei debiti*	-	-	-
F7a	**Valutazione del controllo di gestione**	-	53,56	-
F7b	**Valutazione dei sistemi informativi**	-	47,67	-
F7c	**Valutazione dei servizi di manutenzione**		47,1	
F11	**Indice di compensazione**	1,18	-	-
F10a	**Governo della spesa farmaceutica**	-	-	-
F10	Spesa farmaceutica convenzionata + distribuzione diretta	212,15	195,35	7,917
F10.2	*Spesa farmaceutica ospedaliera*	-	50,09	-
F12b	**Efficienza prescrittiva farmaceutica**			
F12a.14	% molecole presenti nelle liste di trasparenza	64,72	68,04	5,138
F12a.15.1	**Statine (Ipolipemizzanti)**			
F12a.2	Percentuale di statine a brevetto scaduto	52,66	83,1	57,808
F12a.15.2	**Antiipertensivi**			
F12a.3	Percentuale di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)	98,92	98,9	-0,024
F12a.6	Percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antiipertensivi)	91,31	92,15	0,922

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
F12a.7	Percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)	84,11	83,52	-0,701
F12.11a	Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)	-	67,69	-
F12.22	*Perindopril a brevetto scaduto*	-	1,43	-
F12a.17	**Antimicrobici**			
F12a.13	Antibiotici: costo medio per confezione	7,48	6,34	15,213
F12a.18	**Sistema nervoso**			
F12a.5	Percentuale di antidepressivi (SSRI) a brevetto scaduto	83,52	83,67	0,182
F12a.10	Percentuale di altri antidepressivi a brevetto scaduto (Antidepressivi)	80,39	80,49	0,116
F12a.20	**Cura dell'osteoporosi**			
F12a.21	% di bifosfonati (cura dell'osteoporosi) a brevetto scaduto	62,8	61,11	-2,695
F12.23	*Incidenza dei bifosfonati*	-	64,48	-
F12a.19	**Ospedaliera**			
F20.3	% Eritropoietina a brevetto scaduto	-	42,62	-
F20.6	*% Eritropoietina Beta*	-	28,62	-
F20.4	% Somatotropina a brevetto scaduto	5,36	6,85	27,816
F20.5	% Filgrastim a brevetto scaduto	65,75	87,82	33,565
F15a	**Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro (PISLL)**			
F15.1s	**Efficacia strutturale**			
F15.1.1s	*Unità locali/personale qualificato*	366,65	454,98	24,09
F15.1.4s	*Popolazione occupata/personale qualificato*	3274,41	2904,19	-11,306
F15.1	**Copertura del territorio**			
F15.1.6	Cantieri edili diversi ispezionati	115,53	109,17	-5,501
F15.1.7	Prodotti finiti 25- 26- 72 / unità locali	1,1	1,11	1,29
F15.1.8	Aziende agricole controllate	117,75	105	-10,83
F15.1.9	*N. inchieste infortuni effettuate su quelle procedibili*			
F15.1.10	*N. inchieste malattie professionali effettuate su quelle procedibili*			
F15.2	**Efficienza**	-	-	-
F15.2.6	Prodotti finiti 25-26-27-72 pesati /operatori qualificati	2805,36	2881,77	2,72
F15.2.7	*% inchieste infortuni concluse con riscontro di violazione correlata all'evento*	-	22,67	-
F15.2.8	*% inchieste sulle malattie professionali concluse con riscontro di violazione correlata all'evento*	-	5,81	-
F15.3	Risultato			
F15.3.1	Tasso di infortuni standardizzato	30,47	28,64	6,006
F15.4	**Flussi**			
F15.4.1	Puntualità rispetto ai flussi	5,56	6,25	-12,41
F15.4.2	Conformità dei dati rispetto ai flussi	92,22	91	-1,32
F15.4.3	Qualità dei dati rispetto ai flussi	97	90,63	-6,572
F16a	**Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione**			
F16.1	***Flussi Informativi***			
F16.1.1	*Flussi informativi in ritardo*	2,12	1,64	-22,623
F16.1.2	*Flussi informativi con modulistica non conforme*	2,68	0,27	89,819
F16.1.3	*Qualità dei dati*	0,71	0	100
F16.2	**Nutrizione**			
F16.2.1	Valutazione e controllo Piani Nutrizione	103,24	93,67	-9,27
F16.2.2	Liste di riscontro compilate	100,4	100	-0,39
F16.3	**Sicurezza Alimentare e Piani Residui**			
F16.3.1	*Campioni accettati per i piani PNAA e PNR*	100,87	101,66	0,784
F16.3.2	Rispetto della programmazione trimestrale per i piani PNAA e PNR	98,98	97,92	-1,072
F16.3.3	*Audit su stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale*	-	-	-
F16.4	**Copertura del territorio - categorizzazione**			
F16.4.2	Copertura del territorio - categorizzazione - n.esercizi fascia rischio II	35,3	47,4	34,273
F16.5	**Efficienza produttiva**			

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2012 Regione Toscana	Valore 2011	Valore 2012	Delta %
F16.5.4	PF49/PF4/PF43 chiusi/programmati	110,08	112,05	1,786
F16.5.5	*PF49/PF4/PF43 personale*	45,88	48,9	6,576
F16.6.3	**Audit regionali (Indicatore Biennale)**	85,29	84,8	-0,57
F16.7	**Check-list BND di Teramo**			
F16.7.1	Check-list bovini	6,72	7,68	14,36
F16.7.2	Check-list caprini	2,71	3,65	34,87
F16.7.3	Check-list suini	1,3	1,67	28,369
F16.8	***Farmacosorveglianza***			
F16.8.1	*Ingrossi*	95,83	90,91	-5,138
F16.8.2	*Farmacie*	35,58	30,38	-14,606
F17	**Costo sanitario pro-capite**	1979	1896,29	4,18
F19	***Costo per tariffa DRG***	1,52	-	-
F19.1	*Costo per tariffa DRG (assistenza ospedaliera)*	1,5	-	-
F19.2	*Costo per tariffa DRG (assistenza ambulatoriale)*	1,56	-	-
F21	**Efficienza ed efficacia nell'Igiene Pubblica**			
F21.1	Flussi			
F21.1.1	Flussi informativi in ritardo rispetto la scadenza prevista	5,56	9,92	78,626
F21.1.2	Flussi informativi con modulistica non conforme	0	3,05	0
F21.1.3	Qualità dei dati	21,88	0,76	-96,51
F21.3	Studio Passi: Interviste	94,7	86,8	-8,345
F21.4	Efficienza produttiva: (PF1+PF2+PF10)/Personale assegnato	-	75,06	
F21.5	*Indagini epidemiologiche trasmesse al CeRRTA*		84,14	
F22	***Medicina legale e dello sport***	-	-	
F22.1	*Medicina legale*			
F22.2	*Medicina dello Sport*	-	-	
F22.3	*Vigilanza igienico sanitaria sugli impianti sportivi*			

Legenda In corsivo gli indicatori non di valutazione (di osservazione)

GLOSSARIO degli acronimi presenti nel Piano

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention deficit/Hyperactivity Disorder
ADI	Assistenza domiciliare integrata
AE	Analgesia epidurale
AFA	Attività fisica Adatta
AFT	Aggregazioni funzionali territoriali
AISME	Associazione Italiana per la salute mentale
ANCI	Associazione Nazionale Comuni Italiani
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
ARPAT	Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana
ARS	Agenzia regionale di sanità della Toscana
AV	Area Vasta
BPCO	Broncopneumatia cronica ostruttiva
C.S.	Carta Sanitaria
C.T. C. A.	Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza
CAD	Codice Amministrazione Digitale
CAM	Medicina complementare od alternativa
CAN	Accordo collettivo nazionale
CART	Cooperazione applicativa di regione Toscana
CART*	Centro Alcologico Regionale Toscano
CCM	Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie
CCM	Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie
CCSC	Centro di coordinamento e sperimentazione clinica
CEART	Coordianmento Enti Ausiliari Regione Toscana
Centro GRC	Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza dei Pazienti
CeRIMP	Centro Regionale Infortuni e Malattie professionali
CeRRTA	Centro di riferimento regionale per le tossinfezioni alimentari
CIRDT	Centro informativo regionale donazione/trapianto
CISIS	Centro Interregionale per i Sistemi Informatici e Statistici
CLP	Classification, Labelling and Packaging
CRAOT	Centro Regionale Allocazione Organi e Tessuti
CRL	Core Research Laboratory
CRRCR	Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali
CRS	Centro Regionale Sangue
CSR	Consiglio Sanitario Regionale
CTP	Centri territoriali Permanenti
CUP	Centro Unico Prenotazioni
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DAX	sistema conservazione archivi digitali
DBH	Progetto Diritti del Bambino in ospedale
DEA	Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione
DEU	Dipartimento Emergenza Urgenza
DEU	Dipartimento Emergenza Urgenza
DGR	Deliberazione della Giunta regionale
DGCS	Direzione generale Cooperazione allo Sviluppo
DIPINT	Dipartimento interistituzionale integrato
DPO	Dipartimento Pari Opportunità – Presidenza Consiglio dei Ministri
DRG	Diagnosis-related group corrispondente all'italiano ROD, ossia Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi
DRL	Direzione Regionale del Lavoro
DSA	Disturbi Specifici di Apprendimento

DSM	Dipartimento di Salute Mentale
DTL	Direzione Territoriale del Lavoro
EBP	Evidence Based Prevention
ECCM	Expanded Chronic Care Model
ECDC	European Centre for Desease prevention and Control
ECM	Educazione continua in medicina
ESEMED-WMH	European Study of Epidemiology of Mental Disorders project: rationale and methods
ESTAV	Ente per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta
ESTAR	Ente per i servizi tecnico-amministrativi regionale
F@D	Formazione a Distanza
FdP	Fondazioni di Partecipazione per il Dopo di Noi
FESR	Fondo Europeo di Sviluppo Regionale
FIVET	Fertilizzazione in vitro con embryo transfer
FMEA	Failure Modes and Effects Analysis
FNPS	Fondo Nazionale per le Politiche Sociali
FORMAS	Laboratorio regionale sulla Formazione sanitaria
FRAS	Fondo Regionale Assistenza Sociale
FSE	Fascicolo sanitario elettronico
FTGM	Fondazione Toscana Gabriele Monasterio
GAP	Gioco d'Azzardo patologico
GAPA	Global Advocacy for physical activity
GCA	Gravi cerebro lesioni acquisite
GRT	Gestione del Rischio nei Trapianti
HBCS	Health Behaviour in School-aged Children
HBD	Heat-beating donor
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HPV	Human Papilloma Virus
HTA	Health Technology Assessment
I.D.I.T.	Informatizzazione della diagnostica per immagini
IBR	Rinotracheite infettiva dei bovini
ICF	Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute (OMS)
ICPA	Infezioni correlate a pratiche assistenziali
ICSI	Intracytoplasmatic sperm injectio
ICT	Information and Communication Technology
ILO	Industrial Liaison Office
INA/SAIA	Indice Nazionale delle Anagrafi/Sistema di Accesso e di Interscambio Anagrafico
IOT	Istituto Ortopedico Toscano
IRCCS	Istituto di ricovero e Cura a Carattere scientifico
IRIFOR	Istituto per la Ricerca, la Formazione e la riabilitazione
IRPET	Istituto Regionale per la Programmazione Economica della Toscana
ISA	Incidenti stradali alcol correlati
ISEE	Indicatore della situazione economica equivalente
ISFOL	Istituto per la formazione professionale dei lavoratori
ISPELS	Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro
ISPO	Istituto per lo Studio e Prevenzione Oncologica
ISS	Istituto Superiore di Sanità
IST	Infezioni sessualmente trasmissibili
ITT	Istituto Toscano tumori
IZSLT	Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle regioni Lazio e Toscana
LEA	Livelli essenziali di assistenza sanitaria
LEP	Livelli Essenziali delle prestazioni di assistenza sociale

LGBT	Lesbiche Gay Bisessuali e Transgender
LIVEAS	Livelli essenziali di assistenza sociale
MC	Malattie croniche
MMG	Medici di Medicina Generale
M.O.L.	Marigine Operativo Lordo
MRA	Monitoraggio della rete assistenziale
MTA	Malattie trasmesse da alimenti
MTC	Medicina tradizionale cinese
NHDB	Non-heart-beating donor
NICE	National Institute for Heath and Clinical Excellence
NIH	National Institute of health
NSIS	Nuovo sistema Informativo Sanitario
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
NURV	Nucleo unificato regionale di valutazione e verifica
OBI	Osservazione Breve Intensiva di pronto soccorso
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO Word Health Organization)
OPG	Ospedale Psichiatrico Penitenziario
OTT	Organizzazione Toscana Trapianti
PAER	Piano Ambientale ed Energetico Regionale
PAL	Piano Attuativo Locale
PAO	Piano Attuativo Ospedaliero
PAT	Piramide Alimentare Toscana
PdF	Pediatri di Famiglia
PDTA	Percorsi diagnostico terapeutico assistenziale
PEBA	Piani per l'Eliminazione delle barriere Architettoniche
PEF	Prescrizione dell'esercizio fisico
PET	Punto per l'Emergenza Territoriale
PFPM	Paesi a Forte pressione Migratoria
PHC	Primary health care
PIA	Piano Individualizzato di Assistenza
PIAI	Piano Integrato delle Attività internazionali
PIC	Percorsi di cura integrati
PIS	Piano Integrato di Salute
PISLL	Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di lavoro
PIT	Piano di Indirizzo territoriale
PLS	Medici Pediatri di Libera Scelta
PMA	Procreazione Medicalmente Assistita
PNCA	Contaminamenti ambientali in alimenti di origine animale
PNE	Programma Nazionale Esiti
PNGLA	Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa
POCT	Point of care testing
POR CREO FESR	Programma Operativo Regionale obiettivo Competitività Regionale e Occupazione
PRAF	Piano Regionale Agricolo Forestale
PRAP	Provveditorato regionale Amministrazione Penitenziaria
PRI	Progetto Riabilitativo Individuale
Progetto PAAS	Punti per l'Accesso Assistito ai Servizi
PS	Pronto Soccorso
PUA	Punto Unico di Accesso
PYLL	Potential Years of Life Lost

RE.A.DY	Rete nazionale delle Pubbliche Amministrazioni Anti Discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere
REACH	Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals
RFC	standard informativi
RIS/PACS	Radiology information System/Picture Archiving and Communication System
RISC	Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo
Rischio CV	Rischio cardiovascolare
RL	Indice di lesività
RM	Indice di mortalità stradale
RMI	Reddito minimo di inserimento
ROA	Responsabili organizzativi in materia di adozione
RSA	Residenza sanitaria assistenziale
RTRT	Rete telematica regionale toscana
SCN	Servizio Civile Nazionale
SCR	Servizio Civile Regionale
SdS	Società della Salute
SERT	Servizi per le dipendenze
SiGRC	Sistema informativo della Gestione del Rischio Clinico
SIN	Siti di Interesse Nazionale
SIRP	Sistema informativo regionale della prevenzione sui luoghi di lavoro
SISPC	Sistema informativo di prevenzione collettiva
SISPC	Sistema Informativo sanitario di prevenzione collettiva
SISS	Sistema informativo sui servizi sociali
Sistema E.R.P.	Edilizia residenziale pubblica
SMC	Stato di minima coscienza
SPDC	Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
SRTMR	Sistema regionale toscano delle malattie rare
SSN	Servizio sanitario nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
STP	Straniero temporaneamente presente
SV	Stato vegetativo
TIA	Transient ischemic attack
TIX	Tuscany Internet Exchange
TS-CNS	Tessera sanitaria-Carta nazionale dei servizi
UA	Unità associate
UC	Unità di competenza
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie
UICI	Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti
UNCEM	Unione nazionale Comuni Comunità Enti Montani
UVAR	Ufficio Regionale Valorizzazione Ricerca
UVM	Unità di Valutazione Multidisciplinare
UVM	Unità valutativa multidisciplinare
WHO-ICF	International Classification of Founding, Disability and Health
ZD	Zona Distretto