



**REGIONE TOSCANA**  
**GIUNTA REGIONALE**

**ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 04-07-2011 (punto N. 27)**

**Decisione**

**N.27**

**del 04-07-2011**

*Proponente*

DANIELA SCARAMUCCIA  
SALVATORE ALLOCCA

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

*Pubblicità'/Pubblicazione:* Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

*Dirigente Responsabile:* Chiara Gherardeschi

*Estensore:* Angela Plebani

*Oggetto:*

Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015. Informativa preliminare

Presenti:

ENRICO ROSSI	SALVATORE ALLOCCA	ANNA RITA BRAMERINI
LUCA CECCOBAO	ANNA MARSON	RICCARDO NENCINI
GIANNI SALVADORI	CRISTINA SCALETTI	DANIELA SCARAMUCCIA
GIANFRANCO SIMONCINI	STELLA TARGETTI	

*ALLEGATI N°:* 1

*ALLEGATI:*

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	PSSIR

*STRUTTURE INTERESSATE:*

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

*Note:*

## **LA GIUNTA REGIONALE**

Visto l'articolo 48 "Concertazione o confronto" dello Statuto regionale;

Visto l'art. 10 della L.R. 11 agosto 1999, n. 49;

Visto il Programma Regionale di Sviluppo 2011 – 2015 approvato dal Consiglio regionale con risoluzione n. 4 del 29 Giugno 2011;

Visto il Regolamento di disciplina del processo di formazione, monitoraggio e valutazione degli strumenti di programmazione di competenza della Regione, emanato con decreto n. 24/R del 23 Giugno 2011;

Visto il Modello analitico per l'elaborazione e la valutazione dei piani e programmi regionali, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n 2 del 27 Giugno 2011;

Vista l'informativa preliminare del "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015" di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Visto il parere del Comitato Tecnico di Direzione espresso nella seduta del 16 Giugno 2011;

Ritenuto di dover trasmettere al Consiglio regionale il documento suddetto al fine di raccogliere eventuali indirizzi ai sensi dell'articolo 48 dello Statuto;

A voti unanimi

### **DECIDE**

- di approvare l'informativa preliminare del "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015" di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di disporre l'inoltro al Consiglio regionale a cura della Segreteria della giunta regionale;

Il presente atto, che per il suo contenuto deve essere portato a conoscenza della generalità dei cittadini, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18, comma 2, della L.R.23/2007.

**SEGRETERIA DELLA GIUNTA  
IL DIRETTORE GENERALE  
ANTONIO DAVIDE BARRETTA**

Il Dirigente Responsabile  
**CHIARA GHERARDESCHI**

Il Direttore Generale  
**BEATRICE SASSI**

**REGIONE TOSCANA**



**GIUNTA  
REGIONALE**

**PIANO SANITARIO E SOCIALE  
INTEGRATO REGIONALE**

---

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

Firenze, 4 luglio 2011

## **INDICE**

**1.1 ELEMENTI IDENTIFICATIVI DEL PIANO/PROGRAMMA**

**1.2 QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO-PROGRAMMATICO**

**1.3 QUADRO CONOSCITIVO**

**1.4 OBIETTIVI GENERALI**

**1.5 RICOGNIZIONE DELLE RISORSE ATTIVABILI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO**

**1.6 INDICAZIONI VAS AI SENSI DELLA L.R. 10/2010**

**1.7 INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITA' DI CONFRONTO ESTERNO**

**1.8 DEFINIZIONE DEL CRONOGRAMMA DI ELABORAZIONE DEL PIANO**

## **1.1 ELEMENTI IDENTIFICATIVI DEL PIANO/PROGRAMMA**

DENOMINAZIONE

**PIANO SANITARIO E SOCIALE INTEGRATO REGIONALE**

DURATA

**2012 – 2015**

RIFERIMENTI NORMATIVI

**L.R. 40 / 2005; L.R. 41 / 2005**

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI

**PRS 2011 – 2015; PSN 2011 – 2013 (bozza)**

DIREZIONE GENERALE

**DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE**

SETTORE COMPETENTE

**STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA**

ALTRE STRUTTURE REGIONALI COINVOLTE

**TUTTE LE AREE DI COORDINAMENTO ED I SETTORI DELLA DG**

## **1.2 QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO-PROGRAMMATICO**

### **1.2.1 Quadro Contestuale**

E' con orgoglio che la Toscana presenta il suo primo Piano Sanitario e Sociale Integrato: l'orgoglio di amministratori che pensano di affrontare una grande sfida, particolarmente significativa nel momento attuale così complesso e in evoluzione continua.

La scelta di sviluppare un atto programmatico integrato che affronti sia gli aspetti sociali che sanitari rispecchia la consapevolezza che i due aspetti sono inscindibili se si ha come obiettivo il "ben essere" dell'individuo, ovvero 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, con questo atto, 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 non vuole essere un "libro dei sogni", bensì un piano di programmazione solido in grado di progettare un sistema organizzativo per realizzare azioni incisive, concrete; azioni realizzate con forza all'interno delle nostre comunità nel terzo millennio, nel quale nuovi bisogni si affacciano ogni giorno, legati ad una rapida trasformazione del panorama epidemiologico e sociale della nostra regione (e non solo).

La base di partenza è lo stato attuale della popolazione che vive in Toscana, con le sue caratteristiche di longevità, con il vertiginoso aumento delle malattie croniche, la presenza di stili di vita inappropriati e di una multiculturalità sempre più ricca, la comparsa di un nuovo stato di povertà anche di chi ha un lavoro ma non è in grado di far fronte alle necessità primarie del proprio nucleo familiare, ma non solo. Si tratta anche di una povertà legata alla cultura, alle relazioni, alla possibilità di garantire una casa per i propri familiari. Si pensi all'evoluzione dei sistemi familiari che possono generare solitudine e richiedono supporto per la gestione dei bambini, degli anziani e in generale delle persone in difficoltà. Le aspettative di vivere più a lungo senza il peso degli anni e senza l'idea della fine sono sempre più pervasive nella popolazione, ma si scontrano con una

profonda insicurezza che spesso trova conforto nel “consumo” di sanità (concetto di “disease mongering”), nel ricorso a prestazioni non necessarie, se non a generare “tranquillità”.

Tutti aspetti importanti che i nostri tecnici hanno filmato per capirne l'evoluzione e prepararsi ad affrontare i mutamenti dei prossimi cinque anni, per essere pronti con risposte adeguate e dinamiche nei confronti dei bisogni di una popolazione in continuo cambiamento.

Aspetti presenti in un contesto peraltro caratterizzato da indicatori positivi dove i servizi hanno aumentato il livello di efficacia negli ultimi anni, integrandosi con le energie presenti nei territori e nella società civile, fornendo un numero crescente di prestazioni e attività, con risultati già misurabili sulla salute dei cittadini.

Pochi esempi per tutti:

- il numero di anziani per cui la Regione Toscana ha sviluppato un piano di assistenza personalizzato negli ultimi anni è cresciuto vertiginosamente (19.653) riducendo sistematicamente gli anziani in attesa di un posto in RSA
- il tasso di sopravvivenza a cinque anni per le principali patologie tumorali è in Toscana tra i migliori al mondo, ed è il risultato di due elementi: l'altissima diffusione degli screening (92,7 % per la mammella, 96,2 % per la cervice uterina, 67,2 % per il colon-retto) e l'efficacia dei sistemi di trattamento che attraverso il modello a rete dell'Istituto Toscano Tumori raggiunge tutta la popolazione toscana
- il minor ricorso all'ospedalizzazione rispetto al resto d'Italia e con risultati di esito complessivo tra i migliori a livello nazionale, a testimonianza di un sistema sanitario efficace e di qualità
- sono aumentati gli interventi di sostegno alle famiglie con figli minori ed il ricorso alle strutture semiresidenziali per minori, a dimostrazione di un impegno dei servizi nel perseguimento dell'obiettivo primario di assicurare il diritto dei bambini e dei ragazzi a crescere e ad essere educati nella propria famiglia
- forte e diversificata gamma di interventi di politiche abitative, dal sostegno all'affitto all'incremento del patrimonio erp, alla contribuzione per l'immissione sul mercato di alloggi ad affitto agevolato.

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 luci e le ombre, 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 condivisione di una scala di priorità dei bisogni, per rispondere a ciascuno in modo appropriato ed equo
- la valorizzazione e integrazione delle risorse umane, elementi preziosi e insostituibili nei servizi alla persona
- l'importanza di un sistema organizzativo certo e definito, ma dinamico e soprattutto costruito attorno ai cittadini, capace di eliminare la burocrazia e di focalizzarsi sulle attività che “costruiscono” salute
- l'opportunità di fare rete fra tutti i settori e le istituzioni coinvolti, come ingranaggi interdipendenti l'uno dall'altro
- la necessità di utilizzare le risorse economico finanziarie con ocularità 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.

E seguendo questi elementi, i nostri assessorati si dirigono verso il loro primo obiettivo, cioè quello di perseguire il benessere di ogni cittadino: informandolo, coinvolgendolo, invitandolo ad una alleanza di intenti, recuperando il valore della comunità che tanto è caro alla nostra terra e che può garantire alle prossime generazioni scelte politiche rivolte al futuro dei prossimi cinque anni.

### **1.2.2 Riferimenti normativo-programmatici**

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale costituisce l'aggiornamento della programmazione regionale in materia sanitaria, socio sanitaria e sociale, ai sensi degli artt. 18 della L.R. n° 40 del 24 febbraio 2005 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" e 27 della L.R. n° 41 del 24 febbraio 2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", come modificati dalla L.R. 60 del 10 novembre 2008 e dalla L.R. .

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. E' inoltre coerente e cerca sinergie con le seguenti Politiche Regionali:

- Politiche per l'Immigrazione
- Politiche per la cittadinanza di genere
- Promozione della cultura e della pratica della attività sportiva e motorio-ricreativa
- Politiche in materia ambientale
- Politiche per la Ricerca e dell'Innovazione
- Politiche Integrate per i territori montani
- Federalismo fiscale
- Tutela e difesa dei consumatori e degli utenti
- Politiche per l'agricoltura e le foreste

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato delinea le azioni integrate con i seguenti Progetti Integrati di Sviluppo:

- Abitare sociale in Toscana
- Giovani sì
- Progetto integrato di sviluppo per l'area pratese
- Distretto per le scienze della vita

## **1.3 QUADRO CONOSCITIVO**

### **1.3.1 La salute in tutte le politiche: ripartiamo dai determinanti di salute**

#### *Gli stili di vita*

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

#### *Si fuma di meno, ma si comincia prima*

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



### Alcool: un modello di consumo toscano

Sempre secondo l'indagine Multiscopo Istat del 2009, i toscani che hanno consumato almeno una bevanda alcolica sono stati l'84% degli uomini e il 62,9% delle donne, in linea con il dato nazionale. In Toscana abbiamo riscontrato consumi di alcol (in termini di quantità totale consumata) più alti rispetto al contesto nazionale, ma la proporzione di consumatori coinvolta nel *binge* (6 o più unità alcoliche in un'unica occasione di consumo) e quindi nel bere in eccesso è tra le più basse tra le regioni italiane, in particolar modo per i maschi. Il modello di consumo toscano, infatti, sembra seguire ancora in prevalenza il modello tradizionale tipico dell'area mediterranea del bere ai pasti, ma tra gli adolescenti si sta invece sempre più diffondendo, purtroppo, un modello di consumo tipico delle aree nord europee: grandi quantità di alcol (soprattutto aperitivi, superalcolici e birra) consumate in poche occasioni, prevalentemente concentrate durante il fine settimana.

### Più sedentari...

I dati Istat più recenti (anno 2009) che riguardano la popolazione toscana a partire da 3 anni di età, indicano che solo il 23,1% pratica con continuità uno sport (il 21,7% in Italia), mentre il 10,1% ha dichiarato di svolgerlo saltuariamente. Complessivamente, quindi, l'attività fisica è praticata in modo insufficiente per cui è necessario promuoverne la pratica nella popolazione, tenendo presente che le fasce più deboli risultano essere i bambini, gli anziani, le donne, le persone con livello culturale più basso e con difficoltà economiche.

### ... e in sovrappeso

Le indagini Istat consentono di descrivere lo stato nutrizionale in tutti i soggetti sopra i 18 anni. In Toscana, come in Italia, sono più sedentarie le donne, le persone anziane, i soggetti con livello di istruzione più basso. Nel 2009, in Toscana, i soggetti che si trovano in una condizione di sovrappeso sono il 36,2%, con differenze marcate nei due generi (46,8% nei maschi; 26,6% nelle femmine), mentre gli obesi sono l'8% (8,8% nei maschi; 7,2% nelle femmine); il sovrappeso, quindi, negli adulti, in Toscana come in Italia, interessa maggiormente la popolazione maschile, mentre l'obesità è analogamente rappresentata nei due generi.

Tra i bambini le più recenti indagini rilevano un trend in diminuzione che vede scendere dal 33,4 del 2006, al 31,4 del 2008, al 28% del 2010 la percentuale di sovrappeso globale (sovrappeso + obesità) in questa popolazione. Rispetto ai valori registrati in Italia la nostra regione presenta prevalenze sovrapponibili a quelle delle altre regioni del centro nord e più basse di quelle del centro sud.

La distribuzione percentuale dei valori in Toscana, rispetto a quella italiana, mostra dati lievemente diversi con un numero maggiore di normopeso (52,8% vs. 50,3%) ed un numero minore di obesi (8,0% vs. 10,1%). In entrambi i generi, in Toscana, nei soggetti con livello di istruzione familiare basso l'obesità è maggiormente diffusa. Nel genere femminile, la condizione di sottopeso presenta percentuali più alte nei soggetti con livello di istruzione familiare maggiore.

## **1.3.2 La crisi economica ed il cambiamento della struttura demografica: la sfida alla cronicità**

### 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 2009, il 5,5% delle famiglie residenti in Toscana risultava in condizione di povertà relativa (il dato nazionale arriva al 10,8%)<sup>1</sup> un fenomeno che pur essendo maggiormente diffuso tra le regioni del Mezzogiorno, inizia a diffondersi con una certa gravità anche nel territorio toscano. Il 12,5% dichiara di arrivare a fine mese con molte difficoltà e l'indicatore su tre o più tipi di deprivazione si colloca al 10,2%, mostrando una significativa crescita dal 2004 (7,7%). In Toscana le famiglie con bambini e ragazzi che si trovano nella condizione di non consentire il soddisfacimento dei bisogni primari oppure che si trovano in stato di bisogno a causa di eventi straordinari passano da 9.770 del 2007 a 10.776 del 2009 (+10,3%), presentando un tasso medio annuo a livello regionale pari a 7,5 nuclei familiari assistiti economicamente ogni 1.000 nuclei familiari residenti.

<sup>1</sup> Indagine sui consumi delle famiglie – anno 2009

Sottolineato che la maggioranza delle famiglie toscane residenti ha una casa in proprietà (76,2%)<sup>2</sup>, va detto che un numero crescente di famiglie residenti mostra evidenti difficoltà in ambito abitativo, considerato che tra le famiglie proprietarie dell'abitazione circa il 14,4% paga un mutuo e che circa il 6,8% delle famiglie è rimasto in arretrato con il pagamento delle bollette.

#### I problemi sul lavoro

Anche in Toscana la crisi ha una forte caratterizzazione generazionale: i costi maggiori in termini di perdite occupazionali sono pagati soprattutto dai lavoratori più giovani. Si registra infatti un calo occupazionale nelle classi di età più giovani, che si accentua nel I semestre 2010: -10,9% per le persone tra i 15 e i 24 anni, ma significativo è il tasso di variazione negativo anche per le classi di età successive: -7,2% fino a 34 anni e -1,2% per i 35-44enni.

#### L'età che avanza

A fronte di questa situazione di crisi economica sappiamo che la popolazione toscana è una popolazione che invecchia e che invecchierà sempre di più. Nel 2008, la speranza di vita alla nascita<sup>3</sup> dei toscani ha raggiunto 79,6 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne, proseguendo il trend decennale di crescita progressiva (questi valori sono tra i più elevati a livello nazionale e internazionale). In base ai dati per regione dell'Istat relativi al 2009, l'indice di vecchiaia<sup>4</sup> della Toscana è pari a 184 che rappresenta il valore più alto dopo la Liguria ed il Friuli Venezia Giulia. Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è ben evidenziato dalla quota degli ultra74enni che rappresentano l'11,9% del totale della popolazione (442.852 persone) e aumenterà ancora nei prossimi anni, in particolare per i grandi anziani. Infatti, nel 2011 hanno cominciato a divenire grandi anziani (ultra85enni) i numerosi sopravvissuti nati durante il "ventennio" 1925-1945. Di conseguenza, nei prossimi dieci anni, si prevede che il numero di anziani (ultra65enni) residenti in Regione aumenterà dagli attuali 867.000 a circa 962.000.

#### La perdita dell'autosufficienza

La diretta conseguenza è che nel corso dei prossimi dieci anni, si prevede che gli anziani con demenza passeranno dagli attuali 84.212 a circa 102.000 (aumento del 20,8%) e gli anziani non autosufficienti dagli attuali 67.000 a circa 88.000 (aumento del 31,3%). Ciò comporterà un importante aumento dei bisogni socio-sanitari, al quale corrisponderà peraltro una considerevole diminuzione dei residenti 45-64enni con conseguente aumento del rapporto grandi anziani/adulti.

#### Una famiglia sempre più fragile

Sappiamo che la famiglia ha un ruolo sempre più determinante nel processo di cura dell'anziano, ma anche in questo caso siamo davanti ad un processo di profondo mutamento della struttura della famiglia in toscana: le famiglie sono sempre più piccole per il calo della fecondità, l'aumento dell'invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'instabilità matrimoniale. Si evidenzia quindi che le famiglie di uno o due componenti rappresentano il 58,9% del totale dei nuclei (in particolare il 27,8% sono persone sole). In futuro continueremo a dover fare i conti sempre più con persone sole e coppie senza figli.

#### Lo tsunami delle malattie croniche

La Toscana si trova oggi quindi in piena quarta fase di transizione epidemiologica, propria delle regioni a più alto sviluppo socio-economico e dotate dei più efficienti sistemi sanitari pubblici, quella che alcuni epidemiologi definiscono "age of delayed degenerative diseases"<sup>5</sup> e che è essenzialmente 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<sup>6</sup> nella nostra Regione la prevalenza standardizzata per età di diabete mellito, ipertensione arteriosa e broncopneumopatia cronica ostruttiva risulti inferiore ai livelli medi nazionali (46 diabetici su 1000 toscani ultra16enni vs 56 su 1000 italiani, 158 ipertesi su 1000 toscani ultra16enni vs 186 su 1000 italiani, 43 broncopneumopatici su 1000 toscani ultra16enni vs 47 su 1000 italiani) e con trend tendenzialmente stabili negli ultimi anni, i dati forniti da Macro<sup>7</sup> e da HealthSearch<sup>8</sup> rivelano trend in moderato ma continuo aumento. Tali trend, sebbene in parte ascrivibili a miglioramenti continui nella qualità delle cure erogati con conseguenti aumenti nei livelli di sopravvivenza dei malati

<sup>2</sup> Indagine sui consumi delle famiglie – anno 2009

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> L'indice di vecchiaia è rappresentato dal numero di anziani oltre i 64 anni per 100 giovani di età inferiore ai 14 anni.

<sup>5</sup> Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Q* 1986;64:355-91.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> una banca dati ARS sulle malattie croniche calcolati sulla base dei dati forniti dal Sistema Informativo Sanitario Regionale.

<sup>8</sup> (una banca dati alimentata da circa mille medici di medicina generale).

cronici, suggeriscono anche la persistente esposizione a stili di vita che aumentano il rischio di tali condizioni, da qui deriva la maggiore vulnerabilità nell'esposizione ai fattori di rischio delle malattie croniche delle persone appartenenti alle classi sociali più disagiate.

#### La solidarietà sociale

Sicuramente questa emergenza potrà essere affrontata con maggior efficacia attraverso il coinvolgimento delle realtà associative e una maggiore integrazione tra territorio ospedale e società civile. 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). L'indice di presenza del Terzo Settore formalizzato<sup>9</sup> risulta in Toscana pari a 12,9 e evidenzia una diffusione sull'intero territorio, anche se alcune province quali Siena (16,3), Lucca (15,3) e Pisa (14,9) si contraddistinguono per valori superiori alla media regionale. 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).

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

#### Più neonati da donne straniere

I residenti in Toscana al 1/1/2010 erano 3.730.130, di cui 1.797.235 maschi (48,1%) e 1.932.895 femmine (51,9%). Rispetto all'anno del censimento (2001), la popolazione toscana è cresciuta complessivamente di circa 233.088 unità (+6,2%), con un aumento lievemente più marcato per i maschi (6,5%) che per le femmine (6,0%). I tassi di natalità<sup>10</sup> mostrano da alcuni anni una tendenza all'aumento, determinato però prevalentemente dalle nascite di bambini da madre di cittadinanza non italiana (16,7% del totale dei nati in Toscana nel 2009, fonte: Istat). Nel 2009 il tasso toscano (8,7 per 1000 abitanti) permane comunque più basso dei valori medi nazionali (9,5). Questi fenomeni demografici determinano, in Toscana, come nel resto della nostra penisola, un saldo naturale<sup>11</sup> negativo. In particolare, nel 2009, la differenza tra nascite e decessi è stata pari a - 9.730 soggetti. Ciononostante, come già accennato, la popolazione della Toscana continua a crescere, e questo è possibile grazie al saldo migratorio<sup>12</sup> positivo e numericamente più elevato (+32.042 soggetti) rispetto al saldo naturale, evidenziando la necessità di politiche più efficaci a supporto della natalità.

#### Più regolari ma il lavoro non basta per tutti

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

Il territorio toscano si conferma come uno dei più attrattivi per la forza lavoro straniera. Infatti il tasso di disoccupazione della popolazione straniera residente in Toscana era nel 2009 del 10,5% a fronte di un dato nazionale dell'11,2 (per la popolazione toscana il tasso di disoccupazione era del 5,7). Si registra comunque un trend di peggioramento della situazione del mercato del lavoro a partire dall'ultimo trimestre del 2008.

<sup>9</sup> Numero organizzazioni iscritte agli albi regionali in rapporto alla popolazione residente (per 10.000 ab.)

<sup>10</sup> Il tasso di natalità indica il numero dei nati vivi in un anno per 1000 abitanti.

<sup>11</sup> Per saldo naturale si intende la differenza tra il numero dei nati e quello dei morti.

<sup>12</sup> Saldo migratorio: differenza tra il numero di immigrati e quello di emigrati.

### **1.3.4 La fotografia di salute non risulta particolarmente preoccupante...**

#### Mortalità in calo

Relativamente alla mortalità dal confronto con i dati italiani riferiti al 2007<sup>13</sup>, si rileva che, dopo aggiustamento per età, i tassi di mortalità generale della Toscana sono inferiori ai valori medi nazionali in entrambi i sessi (maschi: -4,6%; femmine: -3,4%) e che, in particolare per i maschi, solo il valore dell'Emilia Romagna è migliore di quello toscano.

#### Sia quella prematura degli adulti

L'analisi della mortalità "prematura"<sup>14</sup> 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. I tassi standardizzati per età per 100.000 residenti nel triennio 2006-2008 sono stati pari a 209,9 per i maschi e 113,0 per le femmine.

#### Che quella alla nascita

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

#### Meno ricoveri

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

### **1.3.5 ... ma non per tutti**

#### Variabilità degli indicatori di salute

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

#### Nuclei familiari sempre più fragili

Al 1.1.2010, i minori residenti in Toscana ammontano a 561.175 unità pari al 15,0% della popolazione totale residente, di cui 71.072 (il 7,9%) di cittadinanza non italiana. 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

<sup>13</sup> Istat, *Health for All, database 2008*

<sup>14</sup> La mortalità prematura è rappresentata convenzionalmente dai decessi che avvengono prima dei 65 anni di età.

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<sup>15</sup>.

#### 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 subito<sup>16</sup>. Dal 1 luglio 2009 al 30 giugno 2010 le donne che si sono rivolte presso le 24 strutture toscane sono state 1.761. Il 62% ha tra i 30 e i 49 anni e circa la metà è coniugata e sono donne mediamente istruite; le donne straniere sono state quasi un terzo del totale; di queste solo un terzo lavora stabilmente e 3 su 4 hanno meno di 40 anni. La percentuale di quelle che sono state segnalate da altri è più alta tra le straniere: il 43% contro il quasi il 24 delle italiane. La maggior parte si è già rivolta ad altri servizi (forze dell'ordine e servizi sociali, rispettivamente il 21,5% e il 20%), specie le straniere. Molto bassa è la percentuale (2,3%) di chi è già andato ad un consultorio.

### **1.3.6 L'equità è la sfida emergente**

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. Inoltre si sta registrando un allargamento del gap di salute tra differenti gruppi socio-economici. Infatti i gruppi a maggiore livello socio-culturale utilizzano meglio degli altri le opportunità offerte dal sistema e, inversamente, le persone di bassa posizione sociale hanno maggior esposizione a fattori nocivi, minor possibilità di informazione, meno relazioni utili per farsi aiutare nella burocrazia dell'organizzazione sanitaria, meno motivazioni e risorse per seguire nel tempo un percorso assistenziale appropriato.

In Toscana l'impatto delle disuguaglianze, determinato da fattori socio economici, è stato stimato in circa 70-110 decessi per centomila persone per anno attribuibili in particolare al differenziale di livello di istruzione. Elemento di riflessione è costituito dall'andamento del fenomeno negli ultimi anni: proprio quando i servizi sono arrivati al livello più alto di efficienza, la differenza di accesso ai servizi stessi fra ceti diversi della popolazione ha registrato un aumento, producendo un fenomeno paradossale di diseguità in un sistema maggiormente efficiente. Differenza di accesso non solo quantitativa ma anche qualitativa: si evidenzia infatti il minore ricorso a cure alternative al ricovero ordinario, come l'accesso al Day Hospital, da parte dei gruppi meno istruiti della popolazione, come evidenziato da una ricerca del MeS (Management e Sanità); ed è la stessa ricerca che rileva come i gruppi meno istruiti della popolazione accedano al ricovero ospedaliero più frequentemente attraverso il pronto soccorso (ricovero urgente) piuttosto che con modalità programmata (fonte MES).

I primi risultati delle azioni intraprese per ridurre le disuguaglianze sono incoraggianti, ma la sfida è ancora aperta e richiede alla Toscana di:

- ü aumentare l'omogeneità del sistema
- ü migliorare la capacità di monitorare le disuguaglianze,
- ü potenziare l'efficacia degli interventi di contrasto

<sup>15</sup> Istat, Rilevazione continua sulle forze di lavoro - 2009

<sup>16</sup> Secondo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana. Un'analisi dei dati dei Centri Antiviolenza a cura della Rete degli Osservatori Sociali

- ridurre la variabilità intraregionale nei risultati di performance
- promuovere la lotta alle diseguaglianze come priorità politica<sup>17</sup>.

Solo così sarà possibile realizzare il principio della equità ancora una volta presente come faro della programmazione toscana, ma non ancora realizzato del tutto.

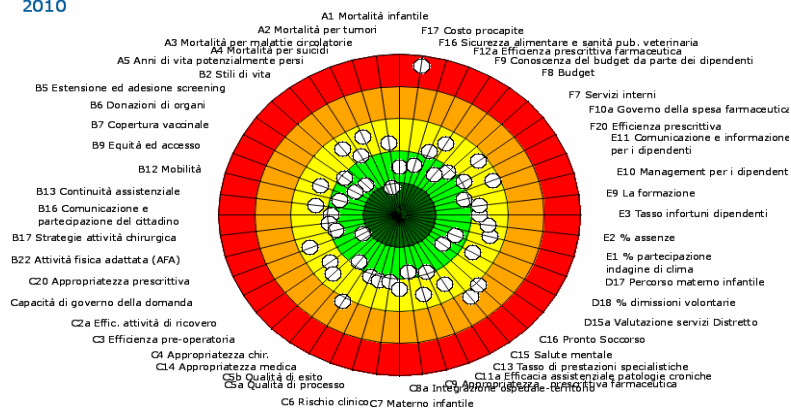
### 1.3.7 Risultati del ciclo di programmazione precedente

#### 1.3.7.1. 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, garantendo la sostenibilità stessa del sistema, è stato individuato un set di indicatori di sintesi per monitorare la “mappa strategica” del piano 2008-2010. Ad ogni area della mappa strategica sono stati associati specifici indicatori per valutare il livello di implementazione delle principali strategie regionali.

A questo fine, per valutare la capacità di perseguire gli indirizzi della programmazione regionale, la Regione Toscana aveva attivato, già dal 2004 il 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 ha potuto orientare e governare il sistema al fine di garantire al cittadino valore e qualità dei servizi rispetto alle risorse utilizzate.

Toscana  
2010



Grazie ad un sistema basato su 130 indicatori di valutazione, 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, la regione Toscana può oggi dimostrare di avere conseguito un miglioramento negli ultimi tre anni su oltre il 60% degli indicatori monitorati, riuscendo in molti casi anche a garantire una riduzione della variabilità intraregionale, perseguendo meglio l’equilibrio di equità sostanziale.

#### ◦ Migliorare i risultati di esito, nell’equità e nella sostenibilità

Migliorare i risultati di esito, garantire maggiore equità e mantenere condizioni di sostenibilità finanziaria sono stati gli obiettivi di sintesi globale che la Regione Toscana ha definito per il ciclo di programmazione strategica sanitaria del periodo 2008 – 2010.

Pur essendo la Regione Toscana, fin dal 2008, una delle Regioni italiane con risultati eccellenti e superiori alla media nazionale, al termine di questo ciclo di programmazione la vita media dei toscani si è ulteriormente allungata e la mortalità nel primo anno di vita si è ridotta del 2.53%. La mortalità per tumori si è ridotta di 1.75%, così come quella determinata da malattie cardiocircolatorie che è diminuita del 3.32%.

Il sistema sanitario toscano ha lavorato in questi anni per far sì che questi risultati di esito non fossero solo patrimonio dei cittadini più colti e con condizioni economiche agiate.

La complessa sfida per riuscire a rispondere ai bisogni dei cittadini non in modo uniforme ma in base alle specifiche esigenze in modo da dare maggiori opportunità a chi ha più necessità è stata affrontata e si evidenziano i primi parziali risultati: il rischio relativo di ospedalizzazione per titolo di studio si è ridotto del 20% circa per scompenso, diabete e BPCO e di oltre il 13% nel caso della

<sup>17</sup> Commission of the European Communities, “Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU”, October 2009

polmonite. Anche le ospedalizzazioni tramite pronto soccorso, più frequenti nelle persone con basso titolo di studio, si sono ridotte di oltre il 12%.

#### Ø Umanizzazione dei servizi

Considerando i risultati di output conseguiti si evidenziano, oltre ai miglioramenti in termini di equità, significativi passi avanti nell'umanizzazione dei servizi erogati.

I cittadini infatti dichiarano che la capacità di gestione del dolore, che soprattutto nei servizi di pronto soccorso risultava essere un punto di grande debolezza, dal 2008 al 2010 ha avuto un miglioramento passando da un grado di soddisfazione di 2.41 a 2.57 su 5, così come il livello di soddisfazione complessivo per i servizi distrettuali, che passa da 3.44 a 3.50.

#### Ø Partiamo dalla salute

Sul versante della Sanità Pubblica, i Dipartimenti della Prevenzione e i medici di famiglia si sono impegnati ad orientare la popolazione alla consapevolezza e all'applicazione di corretti stili di vita. Il lavoro è stato agevolato dallo sviluppo di una base informativa, soprattutto di tipo epidemiologico, sullo stato di salute della popolazione toscana, sui suoi determinanti ma anche grazie all'introduzione di metodologie per la verifica dell'appropriatezza degli interventi realizzati (Evidence Based Prevention).

Molto è stato fatto anche sul versante della sicurezza sui luoghi di lavoro dove, mediante l'implementazione della rete della prevenzione e l'integrazione con gli altri settori sanitari, è stato conseguito, da un lato un calo costante degli infortuni sul lavoro e, dall'altro, un aumento di denunce di malattia professionale, grazie ad una maggiore consapevolezza dei cittadini e degli operatori.

E' importante evidenziare che le azioni effettuate su questi percorsi hanno interessato molti attori e coinvolto vari settori, andando oltre i classici confini dei servizi sociali e sanitari. Questo ha consentito di consolidare i risultati a livello territoriale attraverso alleanze interistituzionali possibili nel nuovo contesto organizzativo proposto nella nostra Regione: la Società della Salute.

#### Ø Le Società della Salute: dalla sperimentazione alla norma

La tempistica prevista dalla L.R. 60/2008 prevedeva una "fase transitoria", della durata di un anno dall'entrata in vigore, entro cui effettuare l'adeguamento per la "messa a regime" delle Società della Salute, nelle zone che avevano effettuato la sperimentazione.

Entro tale data (4 dicembre 2009) sono stati avviati 28 processi di costituzione con il coinvolgimento di 242 Amministrazioni comunali e di tutte le Aziende Usl della regione, otto delle quali con tutte le zone distretto ad esse afferenti. In totale, gli abitanti delle zone coinvolte sono circa 3.250.000.

#### Ø L'ospedale: un nuovo modello per risposte più appropriate

Il PSR 2008-2010 ha visto i suoi principi ispiratori nella riconferma dell'orientamento verso l'ospedale per intensità di cura, nell'appropriatezza, qualità, produttività (piena utilizzazione delle risorse), iniziativa (tutoraggio clinico e assistenziale). Sono attualmente presenti nel territorio regionale esperienze avanzate di aree di degenza multidisciplinare, sia in ambito medico che chirurgico, che consentono un utilizzo flessibile dei posti letto in relazione alla domanda effettiva e quindi ai reali bisogni dei pazienti. Il ridisegno dei modelli organizzativi ha inoltre consentito lo sviluppo di esperienze avanzate di assistenza infermieristica personalizzata.

Il processo chirurgico è stato oggetto di interventi specifici che hanno posto l'accento sulla necessità di separare funzionalmente il percorso di chirurgia programmata da quello in urgenza e sulla possibilità di pianificare l'utilizzo delle sale operatorie e delle aree di degenza con criteri differenziati in base alla priorità di accesso, superando i vincoli di una assegnazione rigida delle risorse alle singole articolazioni organizzative specialistiche.

Questo nuovo modello ha consentito di riorganizzare le risposte dell'ospedale prioritariamente verso le patologie acute, con grande impegno da parte delle aziende sanitarie e evidente riduzione dell'uso inappropriato di questa costosa risorsa.

Si registra complessivamente una riduzione della degenza dal 2008 al 2010 pari a 82.353 giornate così come una netta riduzione delle giornate di degenza preoperatoria per interventi chirurgici programmati (da 1,14 a 0,79).

La maggiore efficienza ospedaliera non ha determinato una riduzione della qualità dei servizi di ricovero, anzi si registra un netto miglioramento negli indicatori specifici: i ricoveri entro trenta giorni per la stessa patologia sono passati da 5,83% a 4,9%, le fratture di femore operate entro due giorni da 44,82% a 55,08%. Quest'ultimo rappresenta a livello nazionale il risultato migliore dopo la Provincia autonoma di Bolzano ed il trend migliore in assoluto in termini di capacità di miglioramento. Nei servizi di ricovero ospedaliero grande attenzione hanno avuto le pratiche e gli interventi per garantire la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico: l'indice di richieste

di risarcimento è diminuito del 17% e la mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità si è ridotta di oltre il 42%.

La tenuta economico – finanziaria del sistema da un lato e il miglioramento della qualità dei servizi dall'altro sono stati quindi ottenuti grazie ad un insieme di azioni che hanno permesso di rendere più coerente l'offerta dei servizi nei setting assistenziali più adeguati.

#### Ø Il territorio: più iniziativa e meno attesa

In questi anni ha preso avvio il grande progetto della "sanità d'iniziativa", particolarmente orientato ad un approccio proattivo e preventivo a livello territoriale dei malati cronici.

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

L'attivazione di moduli in tutti i territori della Regione ha raggiunto un livello di copertura della popolazione assistita dai MMG oramai pari a circa 1/3 dei residenti (93 moduli, circa 950 MMG per 1.100.000 cittadini).

I moduli hanno avviato la presa in carico dei pazienti con diabete e scompenso cardiaco e, da aprile 2011, dei pazienti con pregresso ictus/TIA o affetti da BPCO.

Presso tutti i moduli è stata posta particolare attenzione al counseling individuale e di gruppo, finalizzato all'aumento della consapevolezza e all'autocura del paziente.

Anche sul piano degli esiti si cominciano già a misurare i primi risultati incoraggianti: l'ospedalizzazione evitabile per scompenso e BPCO si è ridotta rispettivamente del 2,28% e 14,27%, e si registra un miglioramento netto negli indicatori di processo, tra i quali un aumento di oltre il 10% di pazienti diabetici con almeno una misurazione di emoglobina glicata.

Fa parte della sanità d'iniziativa anche il progetto Attività Fisica Adattata. Unico nel panorama italiano, il progetto AFA prevede l'attivazione di percorsi di attività fisica per persone con oltre 65 anni affetti da patologie croniche. In questi anni sono stati attivati sul territorio regionale più di 2500 corsi, grazie al lavoro di squadra realizzato dalle Società della Salute con gli enti locali, le associazioni, la collettività.

#### Ø Un forte impegno sulla non autosufficienza

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

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

Restano ad oggi aspetti critici non ancora risolti, evidenziati dai singoli contesti, sui quali sarà necessario agire nell'attuale ciclo di programmazione.

#### Ø Informazioni per la salute: la Carta Sanitaria

Molti degli obiettivi raggiunti sono stati conseguiti anche grazie alla disponibilità di un sistema informativo in continua espansione e capace sempre più di misurare i processi e i risultati. Significativo in proposito l'avvio della Carta Sanitaria Elettronica.

L'obiettivo primario della Carta Sanitaria è offrire all'utente, principale destinatario del progetto, un sistema per tracciare e conservare i propri dati sanitari.



Attraverso la Carta, strettamente personale, ogni cittadino può attivare il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico e accedere alle informazioni sanitarie che lo riguardano.

Ad oggi ecco i primi risultati concreti del progetto:

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

### **1.3.7.2. 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.

#### Ø 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.

#### Ø Eliminazione di tutte le forme di discriminazione a favore dell'inclusione sociale

Al fine di garantire il principio costituzionale di uguale dignità sociale di tutti i cittadini, la Regione ha seguito percorsi politici ed operativi a favore delle persone che, per motivi diversi, sono a maggiore rischio di esclusione sociale. Sono state attuate specifiche azioni volte all'inserimento sociale dei cittadini immigrati e dei gruppi vittime di discriminazioni, al rafforzamento della capacità di azione delle persone vittime di violenza, al re-inserimento lavorativo e sociale di ex detenuti. Inoltre è importante sottolineare il rafforzamento degli interventi di assistenza immediata e globale fornita in modo coordinato, multidisciplinare e professionale alle persone vittime di discriminazione e violenza, alla sensibilizzazione dei cittadini e dell'opinione pubblica sui temi relativi all'esclusione sociale, nonché allo sviluppo del welfare abitativo attraverso una politica sociale ed urbana della casa intesa come fattore di coesione sociale e di sviluppo sostenibile dei diversi territori della Toscana. Tali azioni con la finalità del soddisfacimento dei bisogni minimi essenziali delle famiglie meno abbienti, agendo sia sul versante dell'offerta di abitazioni in affitto regolato a vari livelli (libero, concordato, calmierato), sia sul versante del sostegno al reddito per l'accesso al mercato privato (adeguamento della consistenza e delle modalità di ripartizione del Fondo nazionale ex L. 431/98), allo scopo di ricostruire le basi per una forte azione di recupero, riqualificazione e rilancio dell'edilizia residenziale sociale pubblica, a fronte di un'emergenza abitativa sempre più grave.

#### Ø 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.

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

Il fondo sociale regionale ha rappresentato il principale strumento finanziario per l'attuazione e lo sviluppo omogeneo sul territorio del sistema degli interventi e dei servizi sociali. Esso ha avuto un carattere contributivo e perequativo rispetto all'impegno finanziario dei Comuni e degli Enti Locali, contribuendo all'innalzamento della spesa sociale e alla sua progressiva standardizzazione.

La parte più consistente del fondo è stata assegnata agli Enti Locali, mentre una cifra non superiore al 15% è stata riservata al livello regionale per piani e programmi di intervento tali da rappresentare strumenti di qualificazione del sistema e di sperimentazione di azioni trasversali.

L'andamento complessivo del fondo sociale, negli anni di vigenza del PISR 2007-2010 è rappresentato dalla seguente tabella.

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

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

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) ha subito negli ultimi 4 anni un decremento costante con un taglio del 60% circa. Avendo mantenuto più o meno costante l'ammontare del Fondo Regionale di Assistenza Sociale (FRAS) e, con una misura straordinaria nell'anno 2009, la Regione è riuscita in questi anni a far ricadere sulle Zone distretto una percentuale di taglio inferiore a quella del FNPS; per tutte le Zone distretto, infatti, la percentuale di riduzione dal 2007 al 2010 è stata di circa il 44,50%.

Oltre al finanziamento ordinario, particolare importanza ha rivestito il Fondo di Solidarietà Interistituzionale (art. 46 L.R. 41/05) attribuito ai Comuni che hanno avanzato istanza motivata alla Regione Toscana al fine di venire incontro a situazioni di carattere non programmabile e di difficile sostenibilità economica a livello locale.

La Regione è intervenuta in maniera consistente anche con il programma degli investimenti: sono stati sottoscritti due accordi di programma, uno nel 2008 e l'altro nel 2010, con un impegno regionale finanziario di Euro 19.404.500 nel 2008 su una richiesta complessiva di Euro 80.337.352 ed Euro 12.449.000 nel 2010 su una richiesta complessiva di 46.798.185. Il programma degli investimenti ha rappresentato un forte volano economico - finanziario ed un interessante processo di riqualificazione delle strutture pubbliche a carattere sociale per attività giornaliere o per permanenza residenziale.

La maggior parte dei progetti di questo ultimo accordo di programma risultano già conclusi.

## Tabella analisi SWOT

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> <li>- raggiungimento negli ultimi anni di buoni livelli medi di salute per i cittadini toscani migliori rispetto ad altre realtà regionali (aspettativa di vita, mortalità per tumori, mortalità cardiovascolare,...)</li> <li>- Attenzione allo sviluppo di servizi sanitari sia ospedalieri che territoriali, che consentono di fornire risposte nelle varie fasi di salute e malattia, attraverso professionisti diversi, più vicini alla persona e presenti sul territorio al primo accesso, più centralizzati e specializzati quando necessario</li> <li>- realizzazione dell'integrazione tra sociale e sanitario</li> <li>- definizione dei presupposti per la costruzione dei livelli di servizio omogenei su tutto il territorio regionale sulla base della definizione dei diritti di cittadinanza sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- permangono differenze organizzative e strutturali dei servizi sanitari che comportano, ad oggi, disuguaglianze negli obiettivi di salute fra i cittadini toscani (<i>disuguaglianze geografiche</i>)</li> <li>- l'aumento dell'efficienza del sistema degli ultimi anni non è stato capace, anzi ha evidenziato, il divario dell'accesso ai servizi fra le persone con livello socioculturale più alto rispetto a quelle con livello inferiore (<i>disequità</i>)</li> <li>- incertezza e frammentarietà del quadro finanziario</li> <li>- incertezza riguardo all'impatto del federalismo fiscale (e della conseguente fiscalizzazione dei fondi per il sociale) sul relativo sistema di finanziamento, con particolare riguardo al ruolo della Regione nei confronti degli enti locali, tra le cui funzioni fondamentali è compresa l'assistenza sociale</li> </ul>
Opportunità	Rischi
<ul style="list-style-type: none"> <li>- la presenza della società della salute, come sede istituzionale di integrazione fra più settori, rappresenta un ottimo contenitore per progetti di</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- netto cambiamento dell'accesso ai servizi, per l'aumento delle patologie croniche in comorbilità rispetto alle forme acute monopatologiche: questo mette fortemente</li> </ul>

<p>programmazione rivolti a tutti i determinanti di salute, sanitari e non sanitari, attraverso interventi politici ed azioni comunitarie in grado di favorire scelte personali sane sugli stili di vita (<i>la salute in tutte le politiche</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la formazione continua dei nuovi professionisti della salute (infermieri, fisioterapisti, oss,...) con una forte impronta assistenziale, può favorire una presa in carico sulla persona, attenta al recupero globale della sua funzionalità, molto più adeguata nei confronti delle patologie croniche ormai dilaganti e dei problemi legati alla perdita dell'autonomia in continuo aumento. Un loro coinvolgimento innovativo nel sistema potrebbe sicuramente migliorare la capacità di risposta</li> <li>- capacità del sistema integrato di configurarsi come sistema articolato di azioni in grado di incidere sostanzialmente nelle condizioni di benessere delle persone e delle loro famiglie</li> <li>- configurazione dei livelli di servizio omogenei al fine di assicurare a tutti i cittadini pieno godimento dei diritti sociali e pari opportunità nell'accesso ai servizi...</li> </ul>	<p>in crisi il nostro sistema dove i professionisti sono formati su un approccio alla malattia, creando così percorsi monotematici che non rispondono alle reali necessità delle persone e che, spesso, si intersecano senza integrarsi in modo non coordinato</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- negli ultimi anni le aspettative di salute non sempre sono cresciute in maniera realistica, creando una discrasia fra la domanda e le reali possibilità di risposta da parte del sistema. Questo è legato ad una comunicazione impropria da parte dei mass media, che amplifica gli sviluppi tecnologici e scientifici rendendoli capaci di sovvertire la naturale evoluzione fisiologica. A ciò di deve il continuo aumento di domanda ai servizi diagnostici di ultima generazione, alle prescrizioni farmaceutiche ancora in fase di sperimentazione, in modo non correlato al bisogno di salute e quindi nella piena inappropriatazza del sistema (<i>Mercato della salute</i>)</li> <li>- difficoltà per la Regione di mantenere un ruolo attivo nella composizione del quadro delle risorse</li> <li>- difficoltà di realizzare la piena attivazione dei principali livelli di servizio su tutto il territorio regionale</li> </ul>
---	---

**1.4 OBIETTIVI GENERALI**

Indispensabile appare, prima ancora di entrare nel merito delle strategie del Piano, richiamare la forte integrazione fra tutte le politiche regionali, necessaria al fine di garantire ai nostri cittadini che siano mantenute e sviluppate quelle condizioni di qualità della vita - ambientali, strutturali, economiche e culturali - che hanno consentito già oggi il raggiungimento di standard così elevati negli indicatori di salute.

Preme sottolineare che l'OMS indica i settori per i quali vi è evidenza scientifica di un loro impatto in termini di miglioramento della salute pubblica: trasporto, alimentazione e agricoltura, alloggi, rifiuti, energia, industria, urbanizzazione, acqua, radiazione, nutrizione; in attuazione anche dei principi di *Health in All Policies* definiti dal *Libro Bianco* della UE "Un impegno comune per la salute: approccio strategico della UE per il periodo 2008 – 2013".

Vogliamo riferirci in particolare alla correlazione con le politiche in materia ambientale ed alla relativa programmazione richiamando quanto previsto dal Programma Regionale di Sviluppo per favorire l'integrazione fra ambiente e salute attraverso la prevenzione del rischio e la riduzione degli inquinamenti ed all'approccio integrato con le politiche per la mobilità.

Grazie quindi all'analisi dei risultati dei piani precedenti e all'attenta osservazione dei cambiamenti epidemiologici in corso, possiamo avere un quadro di dettaglio che ci guida nella scelta delle linee programmatiche con cui affrontare nei prossimi cinque anni i problemi della salute e del benessere dei cittadini toscani, individuando il percorso di salute e le linee strategiche.

**Il percorso di salute**

Si riporta di seguito il modello nel quale inserire le strategie; su questo da subito è stata ampia la condivisione politica che si propone di costruire uno schema che segua con i suoi capitoli il percorso di salute delle persone e che, in base ai loro bisogni, ordini in modo logico le modalità con cui il sistema intende fornire risposte.

In questo disegno i punti salienti sono:

### ► la promozione della salute, del ben essere e dei diritti di cittadinanza

Vi sono momenti nella vita in cui la salute è un valore da garantire attraverso scelte personali supportate da politiche ambientali, sociali e sanitarie.

Salute intesa come ben essere, non solo dell'individuo in sé, ma come parte attiva di una comunità civile; fase in cui le politiche diventano intersettoriali, dove il contesto socio familiare può o meno facilitare scelte di vita salubri e solidali, tutelando uno stato di ben essere per più tempo possibile. E' la fase delle azioni sui determinanti di salute detti "non sanitari" (ambiente, status sociale, cultura), che nel piano sarà sicuramente ricca di proposte, rivolta a più attori, ma soprattutto destinata a fornire alle persone tutti gli strumenti possibili per fare ogni giorno le scelte giuste per la propria salute. In questa ottica assume rilievo fondamentale il processo iniziato, nella precedente programmazione, con la definizione dei diritti di cittadinanza sociale: tale percorso prosegue con la configurazione dei livelli di servizio omogenei su tutto il territorio toscano.

### ► il rischio della perdita della salute e l'emersione del disagio sociale

Nel corso della vita determinati fattori comportano il rischio di perdere la salute. Spesso in modo non evidente, senza segni o sintomi eclatanti, ma con l'inizio di un disagio, di un disturbo, di una malattia che se non evidenziata può solo evolvere e peggiorare.

Si tratta persone che non si recano ai servizi perché non hanno ancora la percezione di un problema; ma sono anche persone che, attraverso interventi mirati, possono ridurre drasticamente il rischio e recuperare del tutto la propria risorsa salute. Naturalmente questo è possibile solo attraverso uno sforzo innovativo da parte del sistema che non aspetta ma cerca ("sistema proattivo"), non informa in modo indifferenziato ma individua strategie comunicative mirate alle caratteristiche specifiche degli individui da raggiungere ("*cluster* di popolazione"), si rende capace di creare alleanze con le persone per coinvolgerle seriamente in cambiamenti nella vita ritenuti spesso inutili, muove le istituzioni per scelte politiche coraggiose e volte a ridurre tutte le diseguità legate a fattori socio-economico-culturali, sui quali una regione civile come la Toscana ha tutta l'intenzione di intervenire con azioni concrete.

### ► prendersi cura

E quando gli interventi precedenti non hanno raggiunto il loro obiettivo o, comunque, quando l'evoluzione delle cose porta al problema, le strategie integrate di risposta diventano fondamentali per intervenire prima possibile, con il maggior risultato, con azioni coordinate tra i diversi attori.

Molti possono essere i "problemi" e di vario tipo: una malattia, uno sfratto, un licenziamento, una crisi adolescenziale, la perdita dell'autonomia, etc.

Sono problemi spesso così complessi ed intersecati che solo un approccio multiprofessionale e multisistemico può garantire efficacia di risposta e offrire ancora e nonostante tutto una progettualità di vita al cittadino.

Per questo è importante identificare e quantificare sistematicamente i bisogni, per decidere quali risorse umane e tecnologiche e quali attori mettere in campo e in quale assetto organizzativo, Solo così questa parte del piano potrà divenire per gli operatori strumento nella pianificazione delle attività in una logica di processo e percorso per offrire agli utenti risposte concrete che valorizzino tutte le capacità residue degli utenti stessi.

## **Le linee strategiche**

Un piano quindi che si snoderà lungo questi grandi capitoli riempiendoli di contenuti tradotti in azioni: quelle azioni che dall'analisi dei dati e dallo studio della letteratura scientifica e sociologica si sono rivelate le più efficaci, con le risposte più innovative, ma in ogni caso sostenibili ed attuabili nel sistema attraverso, se necessario, cambiamenti organizzativi e normativi.

Azioni che conterranno in sé la traduzione delle parole chiave che hanno da subito suggellato l'alleanza politica di intenti con la quale il PSSIR è nato. Le stesse parole che non a caso sono tornate spesso nella fase di ascolto del territorio, dimostrando la loro validità e la percezione forte del loro valore.

Parole che diventano in tal modo le radici del piano, pietre miliari su cui fondare la programmazione sociale e sanitaria toscana dei prossimi cinque anni.

Eccole:

### ► Evoluzione

E' innegabile che il Piano non parte dal nulla, ma prende l'avvio da grandi risultati. Risultati che naturalmente devono essere confrontati con il nuovo panorama dei bisogni e riallineati verso nuove direttrici, individuando necessari cambiamenti nell'ambito dell'offerta dei servizi, che saranno improntati in primo luogo alla qualità e sicurezza.

Si tratta quindi di guidare il sistema verso un'**EVOLUZIONE** che consenta di garantire soglie di attività e percorsi clinico assistenziali efficaci per la qualità dei servizi mediante la revisione degli snodi strutturali ed organizzativi, le funzioni dei presidi ospedalieri e territoriali e il ruolo dei professionisti.

#### ► Equità

Il sistema toscano da sempre ha vinto le proprie sfide civiche puntando in modo fermo alla definizione dei diritti dei cittadini: eppure lo scenario sociale ci evidenzia con chiarezza l'incapacità di raggiungere tutti coloro che manifestano un bisogno e la necessità di individuare tutti coloro che hanno già un bisogno ma non ne sono ancora del tutto consapevoli. La ricerca proattiva e articolata di questa domanda è la risposta al principio dell'**EQUITA'** e diventa obiettivo prioritario da realizzare attraverso strategie comunicative e informative rispondenti ai diversi "cluster" della popolazione. Di assoluto rilievo sono anche le scelte politiche e organizzative, necessarie ad affrontare il problema delle disuguaglianze che non è legato soltanto a fattori individuali ma anche a fattori strutturali o organizzativi del sistema stesso, di contesto e dinamiche sociali. E dopo aver colto anche nella domanda inespressa un bisogno di salute su cui intervenire in ogni fase del percorso, è necessario rispondere a quei bisogni attraverso servizi riorganizzati più su un principio di iniziativa che di attesa, all'interno di contesti di lavoro multidimensionali e in tal modo capaci, attraverso alleanze interistituzionali, di incidere sulla variabilità geografica presente oggi nei processi di erogazione dei servizi.

#### ► Interazione

La complessità crescente dei bisogni innegabilmente porta con sé la necessità di trovare nuove modalità di risposta, che vedano gli operatori non come realizzatori di prestazioni isolate e finite in sé, ma all'interno di team multidisciplinari, in contesti organizzativi sociosanitari, attraverso una programmazione comune e condivisa. Risposte dinamiche che coinvolgano i servizi sanitari e sociali, ospedalieri e territoriali, pubblici e privati, in attuazione di linee politiche intersettoriali coerenti fra loro. Un lavoro di squadra che può funzionare soltanto attraverso una reale **INTERAZIONE** a tutti i livelli: in primis tra operatori diversi che si formano con percorsi lunghi e complessi, si trovano in nuovi ruoli ed incontrano nuove possibilità di relazioni capaci di potenziare il ruolo di ciascuno all'interno di contesti organizzativi più ricchi e in grado di garantire una reale presa in carico. Ma anche, e soprattutto, fra istituzioni mature, che confermano la volontà di confrontarsi sia sul piano programmatico che operativo, per costruire percorsi di salute che escano dagli argini dei servizi sanitari e sociali per dilagare in tutti i settori nei quali sia possibile intervenire su quei fattori che determinano la salute dei cittadini toscani. Preme sottolineare come le Società della Salute rappresentino un ambito privilegiato nel quale sono presenti tutte le componenti del sistema (enti locali, azienda sanitaria, terzo settore, volontariato etc). In tale contesto è possibile individuare, da un lato, specifiche eventuali criticità e, dall'altro, opportunità e valorizzazione di punti di forza sui quali agire, con modalità integrate tra i diversi attori.

#### ► Prossimità e orientamento

Nella percezione delle persone, la tutela della salute si realizza quando il sistema viene sentito vicino al bisogno. Ma questo risultato non si realizza, come si potrebbe pensare, attraverso la presenza di più servizi vicino a casa, che non sono assolutamente garanzia di una reale capacità di intercettare il problema e prenderlo in carico il prima possibile e con gli esiti migliori. Dalle testimonianze raccolte durante la fase dell'ascolto e negli incontri quotidiani con gli operatori, emerge che il sistema è vicino non solo quando fornisce servizi facilmente raggiungibili, ma soprattutto quando dai servizi viene avviato un percorso semplice, chiaro nei suoi passaggi, teso ad eliminare appesantimenti burocratici spesso onerosi per il cittadino. E tutto questo può essere realizzato soltanto se all'interno di quei servizi sono presenti operatori capaci di ascoltare le persone, orientarle e coinvolgerle attivamente nelle loro storie di salute e di malattia.

In sintesi attraverso una ricerca attiva della **PROSSIMITA'** con un'adeguata comprensione del bisogno anche se espresso con modalità, culture, contesti diversi e **ORIENTAMENTO** nel percorso più idoneo alle specificità della persona.

#### ► Solidarietà

Gli obiettivi sopradescritti sono orientati con forza agli individui, nel rispetto delle loro peculiarità e delle loro differenze. Ma fermandosi all'individuo non sarebbe possibile intervenire su tutte quelle situazioni in cui altri fattori, che esulano dalle scelte individuali, cambiano la storia della vita e determinano o meno la salute delle persone: tutto ciò che è contenuto all'interno di una comunità civile e in un contesto politico organizzato. Da qui deriva l'importanza di recuperare il ruolo di questo contesto comunitario, nel quale tutelare ogni persona che ne fa parte utilizzando tutte le

risorse presenti, mirando a obiettivi comuni, affrontando problematiche di genere o di generazione e, comunque, costruendo davvero una rete di protezione sociale.

In parole povere ma chiare ricostruendo i diritti delle persone attraverso una **SOLIDARIETA'** profonda, diffusa, non volontaristica, ma tradotta in valore civico e di vita.

#### ► Sostenibilità e responsabilità

Su queste direttrici il sistema sociosanitario toscano intende impostare la sua rotta, valorizzando i risultati ottenuti attraverso un monitoraggio attento e capace di intervenire con azioni innovative e migliorative quando necessarie. E lo vuol fare anche in questo momento storico nel quale il controllo dell'efficacia della spesa e dell'efficienza del sistema diventa essenziale per la **SOSTENIBILITA'** del sistema stesso, principio politico forte e irrinunciabile che necessita di un governo fermo, realizzato attraverso la collaborazione e la **RESPONSABILITA'** diffusa di tutti i suoi protagonisti: dalle istituzioni attraverso scelte più coraggiose e non demagogiche, agli operatori attraverso un uso corretto delle risorse e non improntato a logiche "consumeristiche" e di mercato, sino ai cittadini stessi nelle loro scelte sugli stili di vita e nel diritto/dovere di accedere al sistema non solo come individui, ma come parte di una comunità attiva. Si ricollega ai temi della sostenibilità e responsabilità la definizione di appropriatezza che individua come appropriata una prestazione "*..quando viene erogata al paziente giusto (in considerazione della situazione clinica), al momento giusto, nella giusta quantità e al livello organizzativo (setting) ottimale*".

Tale approccio è oggi ancor più doveroso in considerazione della progressiva riduzione delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali derivanti dal trasferimento nazionale a fronte del costante incremento dei costi e dell'aumento dei bisogni della popolazione. In questo quadro occorre, da un lato procedere in un'ottica di trasparenza e responsabilità ad una sistematica ottimizzazione delle risorse disponibili, dall'altro tenere conto degli effetti di possibili riforme sulla nuova configurazione del sistema di finanziamento degli interventi sociali. Il riferimento è all'introduzione del federalismo fiscale ed all'impatto delle conseguenze di tale riforma sul rapporto tra Regione ed enti locali, titolari della funzione di assistenza sociale. Una riforma che dovrà costituire la nuova modalità di finanziamento del sistema locale garantendone la sostenibilità assieme a strumenti più efficaci a modulare un'equa distribuzione della compartecipazione.

Questi gli obiettivi che daranno vita necessariamente ad un'evoluzione del sistema sanitario e sociale; attraverso lo sviluppo di strategie che si integrano, evitano duplicazioni, mettono al centro il cittadino, riducono la burocrazia e garantiscono sempre e soprattutto qualità e presa in carico.

E' solo la qualità infatti che permette, nei servizi sanitari, di garantire efficacia, evitare sprechi, duplicazioni di prestazioni, inappropriatelyzza e il raggiungimento della sostenibilità economica. Qualità non soltanto nella rete ospedaliera, ma nel territorio, nelle strutture residenziali e diurne, nell'assistenza in carcere, nei percorsi terapeutici e assistenziali.

L'obiettivo qualità sarà perseguito mediante un percorso evolutivo del sistema socio sanitario che colga le opportunità che l'innovazione organizzativa e tecnologica, affiancata ad una revisione costante e sistematica della letteratura scientifica, le tecnologie e la letteratura scientifica possono offrire. Tale approccio permette sia una condivisione di linee guida e best practice con i professionisti, sia una rimodulazione dei setting assistenziali caratterizzati da "soglie" e "volumi" di attività capaci di assicurare la sicurezza del paziente.

E' un percorso che consentirà, in un circuito virtuoso e trasparente, di far crescere il sistema, rafforzare il patto con i cittadini e puntare non più ad erogare solo "prestazioni e servizi" ma ad assicurare "salute" e "ben essere".



## 1.5 RICOGNIZIONE DELLE RISORSE ATTIVABILI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO

### Quadro di riferimento finanziario pluriennale

#### PARTE SANITARIA

#### PLURIENNALE VIGENTE

UPB	Sanitario/Sociale	Corr/Inv	Fonte	2012	2013	Totale
136*	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	2.000.000,00	2.000.000,00	4.000.000,00
235	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	236.500.000,00	236.500.000,00	473.000.000,00
235	Sanitario	Corr	Regionali	3.051.000,00	30.000.000,00	33.051.000,00
241	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	36.900.000,00	36.900.000,00	73.800.000,00
242	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	1.173.000,00	1.173.000,00	2.346.000,00
243	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	185.421.643,00	185.552.643,00	370.974.286,00
244	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	4.073.000,00	4.073.000,00	8.146.000,00
245	Sanitario	Inv	Regionali	258.000.000,00	258.000.000,00	516.000.000,00
246*	Sanitario	Inv	Fondo Sanitario	4.880.000,00	1.780.000,00	6.660.000,00
246	Sanitario	Inv	F.A.S. 2007-2013	2.240.000,00	1.240.000,00	3.480.000,00
251	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	300.103.066,40	306.775.224,14	606.878.290,54
252	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	2.971.094.513,81	3.041.819.385,88	6.012.913.899,69
253	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	2.520.865.757,74	2.576.911.882,78	5.097.777.640,52
261	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	8.935.000,00	8.935.000,00	17.870.000,00
262	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	16.040.000,00	16.040.000,00	32.080.000,00
263	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	2.235.000,00	2.235.000,00	4.470.000,00
264	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	47.375.900,00	48.148.718,00	95.524.618,00
265	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	42.426.355,00	42.426.355,00	84.852.710,00
266	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	276.304.745,00	276.304.745,00	552.609.490,00
514	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	1.151.357,56	1.174.384,71	2.325.742,27
711	Sanitario	Corr	Fondo Sanitario	133.661,49	133.661,49	267.322,98
<b>totale</b>				<b>6.920.904.000,00</b>	<b>7.078.123.000,00</b>	<b>13.999.027.000,00</b>



## STIMA IN RELAZIONE ALLA PROPOSTA DPEF 2012

Stima	2012	2013	2014	Totale
<b>totale</b>	<b>7.085.522.890,21</b>	<b>7.172.614.682,66</b>	<b>7.113.593.845,65</b>	<b>21.371.731.418,52</b>

## PARTE SOCIALE

UPB	Sanitario/Sociale	Corr/Inv	Fonte	2012	2013	2014	2015	Totale
122	Sociale	Corr	Regionali	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	400.000,00
136	Sociale	Corr	Regionali	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	4.000.000,00
212	Sociale	Corr	Regionali	330.000,00	330.000,00	330.000,00	330.000,00	1.320.000,00
213	Sociale	Corr	Regionali	4.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00	18.000.000,00
214	Sociale	Inv	Regionali	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	8.000.000,00
215	Sociale	Corr	Regionali	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	400.000,00
221	Sociale	Corr	Regionali	603.829,82	603.829,82	603.829,82	603.829,82	2.415.319,28
222	Sociale	Inv	Regionali	2.300.000,00	2.300.000,00	2.300.000,00	2.300.000,00	9.200.000,00
222	Sociale	Inv	UE-Stato -FESR	2.995.020,25	3.054.920,63	0,00	0,00	6.049.940,88
231	Sociale	Corr	Regionali	17.500.000,00	17.500.000,00	17.500.000,00	17.500.000,00	70.000.000,00
233	Sociale	Inv	Regionali	437.873,00	437.873,00	437.873,00	437.873,00	1.751.492,00
331	Sociale	Inv	Regionali	85.000.000,00	85.000.000,00	0,00	0,00	170.000.000,00
<b>totale</b>				<b>116.866.723,07</b>	<b>116.926.623,45</b>	<b>28.871.702,82</b>	<b>28.871.702,82</b>	<b>291.536.752,16</b>

Le risorse relative al Fondo Nazionale Politiche Sociali sono stimabili per l' anno 2012 in € 4.581.987,00 e per l' anno 2013 in € 2.920.645,00

Il quadri finanziari relativi sia alla Parte sanitaria che al Sociale includono le risorse già impegnate, mentre i quadri finanziario che saranno contenuti nel Piano definitivo, daranno conto delle risorse effettivamente disponibili

La ricognizione delle risorse attivabili per l'attuazione del piano è ancora teorica in quanto basata sulle previsioni dell'attuale bilancio pluriennale 2012/2013. Il quadro finanziario definitivo sarà stabilito in parallelo con la formazione della proposta di legge di bilancio 2012 e pluriennale 2012-2014, che verrà presentata a fine ottobre 2011. Inoltre, se non verranno modificate le regole del patto di stabilità, i vincoli attualmente esistenti non consentiranno di utilizzare tutte le risorse attualmente previste. Sarà quindi necessaria un'attenta programmazione dell'utilizzo delle risorse rispetto alle priorità programmatiche del PRS, con l'obiettivo di evitare in primo luogo il disimpegno delle risorse UE e dello Stato per il finanziamento dei programmi comunitari e del programma FAS.

La presente ricognizione delle risorse finanziarie prescinde da un eventuale recupero dei tagli del 2010 e non tiene conto né dell'impatto derivante dall'avvio del federalismo fiscale né di quello derivante dalle future manovre del Governo nazionale, che potrebbero ridurre le risorse a disposizione per le politiche regionali.

## 1.6 INDICAZIONI VAS AI SENSI DELLA L.R. 10/2010

Il Piano sanitario e sociale integrato regionale è soggetto a verifica di assoggettabilità ai sensi dell'art. 5, comma 3, lett. C) della Legge Regionale 10/2010, in quanto, pur non rientrando nel comma 2 del medesimo articolo, definisce il quadro di riferimento per l'autorizzazione di progetti sottoposti a VIA o a verifica di VIA.

## 1.7 INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITA' DI CONFRONTO ESTERNO

### 1.7.1 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](mailto: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 seminariati organizzati dal Consiglio Sanitario Regionale e dalla DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale.

### 1.7.2 Le fasi successive

In concomitanza con le successive fasi di stesura della proposta di Piano, della verifica di assoggettabilità a VAS, e della approvazione finale della proposta al CR, sono previsti confronti con i soggetti della concertazione ed il proseguimento e l'estensione del confronto con i cittadini, i professionisti, con le associazioni del volontariato e col terzo settore.

**1.8 DEFINIZIONE DEL CRONOGRAMMA DI ELABORAZIONE DEL PIANO**

Mese/anno		2011											2012
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	
<b>FASE</b>	<b>AZIONE</b>												
<b>A INFORMATIVA</b>	1.1: fase di ascolto dei cittadini e delle associazioni												
	1.2: fase di ascolto dei professionisti												
	1.3: esame CTD				16/6								
	1.4: adozione GR e trasmissione al CR per indirizzi (previsti entro luglio)					4/7							
<b>B PROPOSTA DI PIANO</b>	2.1: seconda fase di ascolto												
	2.2: invio al NURV del documento preliminare per verifica assogg. VAS												
	2.3: consultazioni (screening)												
	2.4: partecipazione, concertazione												
	2.5: validazione NURV + provvedimento di verifica										Entro il 10/10		
	2.6: esame CTD										Entro il 20/10		
<b>C PROPOSTA FINALE</b>	3.1: esame Giunta regionale									Entro il 31/10			
	3.2: esame ed approvazione del Consiglio regionale											Entro il 31/12	
<b>D AVVIO OPERATIVA'</b>	4.1 comunicazione e diffusione												Entro il 31/01

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