

PIANO SANITARIO E SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2018 – 2020



Versione 08 agosto 2018
(formato grafico provvisorio)

PREMESSA

Il 2018 è un anno importante perché celebra 40 anni dalla promulgazione della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, dalla approvazione della Legge Basaglia sulla riforma dell'assistenza psichiatrica, dalla legge 194 per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza che libera le donne dalla schiavitù dell'aborto clandestino, nonché dalla dichiarazione di Alma Ata dell'OMS. Sempre nel 2018 si celebrano i 70 anni dalla Costituzione il cui Art 32. sancisce il Diritto alla salute e per quanto concerne invece i servizi sociali, si celebrano 20 anni dalla riforma delle adozioni internazionali (1998) che un enorme impatto ha avuto per le famiglie e i servizi socio-sanitari toscani, mentre sono passati 10 anni dall'istituzione a livello nazionale (con il decreto legge 112/2008) della prima esperienza di fondo per i cittadini meno abbienti che, dalla versione iniziale di "carta acquisti" o "social card" si è successivamente trasformato fino a giungere alla forma attuale di **Reddito di inserimento (REI)**. Inoltre nel 2015 l'Assemblea Generale dell'ONU ha definito gli obiettivi 2020/30 di sviluppo sostenibile.

In quest'occasione la Regione Toscana vuole dunque celebrare degnamente questi anniversari, che hanno profondamente inciso sulla sanità pubblica e sul sistema di welfare, con l'approvazione del nuovo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale per il 2018/20.

La regione ha una lunga tradizione di rispetto dei diritti civili e sociali, di promozione delle buone pratiche e di coinvolgimento partecipativo dei cittadini e dei professionisti nella definizione e nella attuazione delle linee di indirizzo e di programmazione.

Tuttavia non possiamo non mettere in evidenza che lo sforzo programmatico, che vogliamo porre in essere per migliorare i servizi e per tutelare ancor meglio la salute e il benessere sociale della popolazione toscana, cade in un periodo di grande incertezza economica e politica. La dimensione delle risorse finanziarie incide profondamente sull'organizzazione di un servizio la cui incidenza sul PIL è tra le più basse nelle nazioni avanzate e pur tuttavia raggiunge tra i migliori risultati in termini di salute.

Far fronte a questa situazione significa da un lato evitare ogni forma di spreco, dall'altro perseguire fermamente e costantemente l'appropriatezza delle cure e dei percorsi di intervento socio-sanitari.

L'epoca che viviamo è caratterizzata inoltre da un inarrestabile e tumultuoso progresso scientifico e tecnologico della medicina, così come da prospettive di innovazione sociale che si affermano nei metodi e nei dispositivi di azione. Adeguare le strutture del servizio e la formazione di tutti i professionisti della sanità e del sociale alle complesse trasformazioni che viviamo è altro scopo fondamentale della programmazione regionale.

L'intreccio di queste complesse tematiche della modernità fa sì che lo sforzo della programmazione regionale e di tutti gli attori coinvolti nel sistema sia volto a mantenere l'impegno con la cittadinanza che deriva dagli anniversari che abbiamo citato e quindi a garantire l'universalità del diritto alla tutela della salute e del benessere e l'uguaglianza dell'accesso alle prestazioni.

Ne deriva che ogni atto programmatico deve essere volto a questi fini e, nello stesso tempo, a contrastare ogni deviazione verso la privatizzazione o il ritorno a fallite forme mutualistiche, anzi perseguendo e valorizzando in modo strategico le migliori opportunità della co-progettazione e della sussidiarietà tra istituzioni pubbliche, soggetti del Terzo Settore e dell'impresa profit.

E' uno sforzo che deve coinvolgere tutti gli attori del sistema:

- da una parte, il servizio sanitario rappresenta la miglior barriera eretta a contrastare le disuguaglianze nella tutela della salute ed è questa la finalità che ha sempre caratterizzato la deontologia delle professioni sanitarie;
- dall'altra, l'investimento sulla cooperazione virtuosa tra il contributo dei servizi pubblici e il protagonismo di tutte le altre risorse del territorio apre rinnovate prospettive di collaborazione utili a corrispondere alle sfide a venire.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale è strumento di lavoro della Giunta e del Consiglio. Questa affermazione deve tradursi in prassi: i cittadini, di fronte alle grandi trasformazioni antropiche dell'ambiente, pongono questioni di tutela della salute, protezione e promozione del benessere. Non possiamo affrontare le nuove e vecchie forme di povertà, le pressanti criticità determinate dai flussi migratori, così come l'epidemia dei tempi moderni, le malattie non trasmissibili, senza intervenire sugli aspetti epigenetici e quindi sui rischi individuali e collettivi legati al contesto territoriale, all'alimentazione, agli ambienti di lavoro, alla vita quotidiana. Finalità del Piano è concretizzare il tema della salute e del benessere in tutte le politiche, offrire collaborazione a tutti i settori dell'amministrazione perché questa indicazione dell'OMS diventi realtà operante nella nostra regione.

Il Piano riafferma anche la realtà del servizio sanitario come fattore produttivo. La sanità non è un costo sociale, ma una grande settore dell'economia di un paese moderno. E ciò non solo per la salvaguardia della salute, ma per il grado di libertà e di dignità che garantisce ai cittadini rispettando il loro essere persone. Il Piano non sfugge alla logica ineludibile di essere un programma sia sociale che sanitario. In tal senso di predisporranno PDTAS, cioè percorsi diagnostici terapeutici sia assistenziali che sociali.

Vi sono alcuni progetti che rappresentano il nucleo innovativo del nuovo piano integrato:

- la realizzazione della medicina di iniziativa e dell'assistenza sociosanitaria alla cronicità compresa la soluzione delle problematiche della lungodegenza;

- l'affermazione della logica dell'attivazione sociale e il cambiamento del paradigma delle politiche di welfare verso obiettivi di natura promozionale e di sostegno all'autonomia delle persone e delle famiglie, con particolare attenzione alle diverse vulnerabilità sociali;
- il monitoraggio dei progetti personalizzati e delle prestazioni, valutandone i risultati anche in termine di sviluppo della relazione con il cittadino;
- il coinvolgimento dei cittadini e delle loro forme associative nella progettazione dei servizi;
- l'omogeneità delle soluzioni adottate in tutto il territorio regionale;
- la soluzione del problema delle liste d'attesa;
- la valorizzazione dell'apporto delle professioni attraverso gli strumenti del governo clinico;
- la promozione di team multidisciplinari integrati tra sociale e sanitario e tra ospedale e territorio in grado di corrispondere agli obiettivi di presa in carico ed erogazione coordinata delle prestazioni e dei servizi;
- la creazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziale e sociali (PDTAS);
- il superamento delle disuguaglianze dell'offerta dei servizi sociali e sanitari e dell'attenzione alla salute anche nella prospettiva della medicina di genere;
- la realizzazione di un continuum ospedale territorio superando anacronistiche separatezze;
- la definitiva articolazione della medicina generale in Aft e la riorganizzazione h 16 della continuità assistenziale;
- l'impegno a incrementare le borse di studio per le specializzazioni e la medicina generale;
- la particolare attenzione ai rischi ambientali e ai determinanti di salute .

Il piano socio-sanitario integrato regionale individua obiettivi e indirizzi strategici coerenti con i valori che lo ispirano e si traduce non solo in idonei atti attuativi, ma, anche, nella creazione di un clima che, esaltando la professionalità di tutti (servizi, professionisti operatori pubblici e privati), tende all'eccellenza dei percorsi.

A tale scopo è evidente la necessità di **stimolare la partecipazione attiva dei cittadini** e l'attivazione delle risorse della comunità che deve tradursi in un equilibrio tra i diritti giustamente reclamati e i doveri verso la collettività.

Il piano vuol coniugare innovazione e sostenibilità, protezione dai rischi ambientali e slancio economico, considerando il servizio sanitario e i servizi sociali quale pilastro della produttività e non come costo sociale.

Il piano vuol essere strumento di indirizzo operativo per la prassi quotidiana del servizio; ha scopi ambiziosi ma coerenti con la tradizione di efficacia e di efficienza del welfare socio-sanitario toscano.

ARTICOLAZIONE DEL PIANO

Analogamente a quanto attuato di recente da altre regioni abbiamo scelto di realizzare un Piano snello, sintetico nella forma, di facile lettura con l'intento di renderlo accessibile a tutti, riportando in maniera ben visibile le parole-chiave e gli obiettivi e ricorrendo a numerosi elementi infografici che ne rinforzino i contenuti. La finalità è quella di raggiungere già nella forma grafica di redazione del PSSIR uno degli obiettivi strategici che il piano stesso si pone ovvero quello di "creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato" rendendolo più usufruibile e accessibile non solo agli addetti ai lavori, ma anche ai singoli cittadini che devono comprendere e capire con parole semplici e immediate ciò che la propria Regione intende fare.

Il documento che vede, nel suo stesso formato, cambiamenti importanti punta alla semplicità, alla sinteticità e alla rapidità di comprensione, e non riporterà, pertanto, tutte le iniziative ad azioni da intraprendere, nell'ambito del Sistema sanitario e sociale integrato regionale, in attuazione di disposizioni cogenti di livello regionale o nazionale e che si concretizzano in meri adempimenti privi di discrezionalità.

Nella stesura del piano si sono fatte le seguenti scelte di forte cambiamento:

- non tenere separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali;
- non tenere separate la parte descrittiva della rete ospedaliera e da quella descrittiva della rete territoriale;
- includere la tematica della prevenzione in tutti gli obiettivi di piano;
- presentare i dati epidemiologici in maniera prospettica anziché retrospettiva.

Quanto sopra al fine di rendere **l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie** ancora più forte e ancora più operativa. Sebbene questo non sia il primo piano sanitario e sociale integrato della Regione Toscana sarebbe quasi un paradosso continuare a considerare in modo parcellizzato e frammentato la descrizione degli sforzi e degli interventi che quotidianamente la Regione fa per rispondere in maniera coordinata ai bisogni che necessitano di risposte socio-sanitarie. L'integrazione socio-sanitaria smetterà di essere solo uno slogan o una enunciazione di principio se effettivamente cominciamo a ragionare non più per compartimenti stagni ma in maniera trasversale sia sul versante degli operatori pubblici che mettono in atto gli interventi, sia sui bisogni che provengono dai nostri cittadini.

Analogamente la necessità di **integrazione organizzativa tra le componenti assistenziali ospedaliere e quelle territoriali** rappresenta un'urgenza tale da rendere anacronistico il trattarle, come è sempre accaduto in passato, in parti differenti del piano. La necessità di creare criteri di organizzazione che abbraccino tutto il percorso

del paziente garantendo una presa in carico reale e definitiva, annullando le dicotomie organizzative nella visione del mondo sanitario, è tale da introdurre all'interno del piano una nuova definizione dei PDTA che diventano **PDTAS (Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali sociali)**.

Arricchendosi di una "s" finale viene indicato l'"obbligo" di integrazione all'interno dei percorsi assistenziali con le valutazioni e gli interventi della sfera sociale, individuando un forte richiamo alla presa in carico totale e trasversale del cittadino che si trova ad interagire con il sistema socio sanitario regionale. Con questa finalità Regione Toscana potrà portare a definitivo valore l'esperienza dell'integrazione istituzionale delle funzioni sanitarie e sociali perseguita con le esperienze delle Società delle Salute e delle Convenzioni sociosanitarie nelle zone distretto.

Con questo approccio di governance integrata della salute, il Piano vuole cogliere e **vincere la sfida che la cronicità oggi impone al Sistema Sociosanitario Pubblico nazionale e regionale**, andando oltre i limiti delle diverse istituzioni, attribuendo una effettiva ed efficace "centralità" alla persona ed al suo progetto di cura e di vita nella comunità. Il riconoscimento dei bisogni della popolazione anche attraverso l'utilizzo dei dati sanitari e sociali disponibili a livello regionale ed a supporto di una visione di Population Health Management sosterrà una modalità di reale presa in carico proattiva del paziente che consenta oltre al miglioramento degli obiettivi di salute anche la realizzazione di nuovi equilibri di sostenibilità del sistema. Questo risultato si potrà ottenere partendo dai risultati della Sanità di Iniziativa, riorganizzando l'integrazione delle reti cliniche specialistiche, coinvolgendo e assegnando nuovi ruoli alle figure assistenziali, identificando livelli di servizio innovativi per la continuità delle cure e creando un nuovo sodalizio terapeutico con il cittadino affetto da una patologia cronica. Particolare significato assumerà inoltre la necessità di adottare nuove e più efficaci strategie di Prevenzione facendo diventare la filosofia preventiva come un tracciante trasversale in tutti i driver e non solamente un insieme di iniziative trattate in argomenti isolati del piano. Di qui la volontà di prevedere una forte interazione con tutte le politiche sanitarie, con azioni a corredo e supporto del restante ambito sociosanitario. Fondamentale risulta inoltre la promozione della cultura della prevenzione primaria in tutti gli ambiti di attività del sistema socio sanitario e di coprogettazione sociale e di comunità. La Prevenzione, che si è andata affievolendo in questi ultimi anni per varie cause, deve essere rilanciata in tutti gli ambiti sanitari, ospedale compreso, e deve uscire anche dalla stretta influenza sanitaria con l'obiettivo, già fortemente sostenuto dall'OMS, della "salute in tutte le politiche".

Anche nell'inserimento dei riferimenti epidemiologici è stata fatta una scelta orientata alla facilità di comprensione e alla contestualizzazione rispetto all'argomento trattato. Pertanto non è stato redatto un capitolo specifico dedicato a questa materia ma nella trattazione dei capitoli dedicati ai singoli TARGET (vedi oltre) è stata inserita la parte epidemiologica di riferimento cercando di effettuare, per alcuni dei singoli fenomeni

Articolazione del piano

osservati, delle proiezioni statistiche riferite al periodo di validità del piano.

Il piano viene articolato su 8 grandi obiettivi strategici (DRIVER) che rappresentano le forti linee di indirizzo cui il PSSIR è ispirato.

L'articolazione poi prosegue con la definizione dei suddetti Driver articolandone le azioni su 11 destinatari (TARGET) che ricomprendono nel loro insieme la nostra popolazione di riferimento distinta per età, fasi della vita e o particolari condizioni di malattia.

Il presente piano troverà attuazione attraverso l'adozione dei necessari successivi atti esecutivi di valenza tecnica, che potranno assumere anche la forma di schede operative, nelle quali saranno definite in maniera puntuale le singole azioni e/o percorsi previsti, nonché i relativi indicatori per il monitoraggio e la valutazione dello stato di attuazione della programmazione

I NUOVI SCENARI SOCIALI ED ECONOMICI DELLA REGIONE TOSCANA. CAMBIAMENTI DEL CONTESTO

Nel 2016 l'economia toscana è tornata a crescere, segnando un aumento di circa un punto e mezzo percentuale del Prodotto interno lordo.

Tuttavia la recessione iniziata nel 2008, in seguito alla crisi finanziaria mondiale, ha indebolito il sistema economico con evidenti riflessi sul mercato del lavoro: i disoccupati sono 66 mila in più di quelli osservati nel 2008; il tasso di disoccupazione, che allora si attestava intorno al 5%, è ora al 8,6%. L'incidenza della disoccupazione di lunga durata – la frazione di disoccupati in cerca di un impiego da più di un anno – è ancora molto alta (51,9%), anche se inferiore al picco raggiunto nel 2014. Nel 2017 sono 53.560 le persone disponibili in cerca di un impiego.

nel 2016
**disoccupati
da più di 1 anno**
51,9%
inferiore al 2014

La crisi ha colpito soprattutto i giovani: tra il 2007 ed il 2016 il tasso di disoccupazione giovanile (i giovani in cerca di lavoro) è cresciuto di 9 punti, mentre nello stesso periodo il tasso di disoccupazione totale è salito di 4 punti percentuali (e quello degli adulti di 3 punti). Tale dato assume ancor maggiore rilievo se si considera che vi è una larga fetta di giovani, circa il 18% degli under 30 che si trovano in condizione di disoccupazione ed inattività, i cosiddetti NEET (not engaged in education, employment or training).

Sebbene la Toscana non sia una regione povera, la crisi economica ha avuto effetti negativi sulle famiglie ed individui che vivono sotto il minimo vitale, la cosiddetta povertà assoluta che è salita dall'2% del 2008 al 3,8% del 2016 passando da circa 32mila a 62mila famiglie e da 52mila a 142mila individui. Tra le famiglie in cui sono presenti componenti in età da lavoro la povertà relativa è aumentata mediamente di 4,3 punti percentuali tra il 2008 e il 2014. Parallelamente è cresciuta anche la quota di famiglie che si trovano in una condizione economica inferiore a quella necessaria per accedere agli stili di vita prevalenti (la cosiddetta povertà relativa), che è cresciuta dal 2008 al 2016 dal 9,2 per cento all'9,6 per cento.

Inoltre da segnalare il fatto che l'aumento della povertà è stato, conseguentemente, più forte, tra le famiglie con più componenti e tra quelle in cui sono presenti minori, all'interno delle quali, più probabilmente, sono presenti componenti in età da lavoro. In

I nuovi scenari sociali ed economici

generale, quindi, la crisi ci ha reso più poveri, più disuguali, e ha prodotto significative divergenze nei tenori di vita fra i lavoratori e i pensionati e, all'interno della categoria dei lavoratori, fra le generazioni più giovani e quelle presenti nel mercato del lavoro da più tempo.

La crisi ha fatto emergere, quindi, nuovi rischi sociali, che si sono sommati ad altri già esistenti, come quelli legati alle dinamiche demografiche. In seguito all'invecchiamento della popolazione e al contestuale calo della natalità la società toscana è oggi composta sempre di più da anziani e sempre meno da giovani.

OBIETTIVI STRATEGICI SU CUI SI ARTICOLA IL PIANO: I DRIVER

Il piano risponde al mandato del Governo regionale di accelerare il processo di trasformazione del nostro SSR verso un sistema che metta effettivamente i bisogni delle persone al primo posto e assicuri l'erogazione dei LEA di cui al DPCM 12/01/2017 secondo i principi di equità, appropriatezza, evoluzione e valorizzazione della sostenibilità.

Questo si realizza sulle basi solide costruite dai precedenti piani che hanno consentito di conseguire risultati importanti, ma siamo consapevoli che c'è ancora da fare per migliorare l'esperienza dei cittadini che si rivolgono ai nostri servizi e per rendere il sistema più trasparente e responsabile e soprattutto per preservarlo per le generazioni future.

Il piano si sviluppa a partire dall'impegno nei confronti delle persone perché prendersi cura dei bisogni della gente è alla base di ogni decisione che dobbiamo assumere come sistema socio sanitario.

Un impegno confermato per l'equità, la partecipazione e l'universalità, questi sono i principi che ispirano il nostro Sistema Sanitario Pubblico Regionale e per i quali vale la pena lottare e difendere sempre.

Ma dobbiamo anche approcciare da una diversa prospettiva le sfide che la maggior parte dei sistemi sanitari si trova ora ad affrontare, se crediamo nel diritto alla salute e all'assistenza sanitaria - come nel nostro caso - allora la domanda che dobbiamo porci è: come possiamo continuare a garantire l'accesso alle cure e fornire al tempo stesso la massima qualità delle risposte?

Ci sono aspetti economici e demografici di cui dobbiamo tenere conto, la nostra popolazione sta invecchiando, le possibilità di cura per molte malattie aumentano e le risorse finanziarie sono limitate. Ma queste non sono sfide insormontabili. È soprattutto una questione di scelte. Le nostre devono essere sempre più legate alle evidenze e mettere sempre la persona al primo posto.

Per poter offrire un'assistenza sanitaria e sociale migliori occorre infatti prevedere e comprendere i bisogni dei cittadini della Toscana e sviluppare e supportare le risposte che meglio li possono soddisfare, basate sul valore e sulla qualità, per preservare il sistema per le generazioni a venire.

Ogni decisione deve essere centrata su questi principi ma occorre darsi delle priorità ed il piano contiene le scelte che ci consentirà di raggiungere gli obiettivi ambiziosi ma realizzabili che sono stati individuati.

Obiettivi strategici del piano: i driver

Il piano si concentra quindi su **otto obiettivi chiave (DRIVER)**.

- ① Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali
- ② Gestire la cronicità
- ③ Sviluppare nuovi modelli di 'care'
- ④ Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione
- ⑤ Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato
- ⑥ Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile
- ⑦ Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario
- ⑧ Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita.

Driver ①

RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E SOCIALI

“ **Equità e giustizia sociale: non solo contrasto alle disuguaglianze e accoglienza delle differenze, ma anche centralità di persone, famiglie e comunità nelle politiche per la salute e sociali** ”

Equità, giustizia sociale e centralità della persona nelle politiche

Innovare le politiche sociali e per la salute significa pensare strategie e percorsi che rendano protagonista, la persona, costruendo progetti di cura e di vita a partire dai suoi bisogni, dalle sue aspettative e dalle sue risorse, nel rispetto della sua libertà di scelta terapeutica. La personalizzazione dei percorsi di cura e di presa in carico, si coniuga con equità e giustizia sociale nella lotta alle disuguaglianze. I principi di uguaglianza, universalità e appropriatezza divengono presupposti essenziali che muovono le azioni e i programmi dei servizi e dei sistemi locali per garantire a tutti i cittadini le stesse condizioni di informazione, accesso, fruizione e adeguatezza dei servizi e delle cure, a partire da una concreta presa in carico delle persone e dei loro bisogni.

I servizi oggi sono chiamati a misurarsi con situazioni nuove, non identificabili con le tradizionali forme di disuguaglianza; le diversità dei bisogni, l'incremento e lo sviluppo di nuove e moderne forme di svantaggio e disagio anche legate ai corsi di vita individuali e familiari, così come agli effetti sul piano nazionale e regionale delle tensioni geopolitiche che caratterizzano lo scenario internazionale, con i correlati flussi migratori, impongono un ineludibile ripensamento della mission dei servizi stessi.

Anche per questo è importante riaffermare la cultura della conoscenza e dello studio dei fenomeni di mutamento in atto nelle società locali, per sostenere i servizi a “stare nel cambiamento” e a presidiarlo. In questa direzione va la riforma degli assetti istituzionali del sistema toscano in quanto la riorganizzazione delle zone sociosanitarie permette una maggiore incisività e uniformità dei sistemi locali, con una significativa e responsabile presenza dei soggetti delle economie solidali. Sul lato delle politiche sociali, in piena attuazione delle direttive comunitarie sul tema, sia la scelta di utilizzare, strategicamente, una quota rilevante delle risorse del POR FSE 2014/2020 (in particolare

all'interno delle misure dell'Asse B "Inclusione Sociale e lotta alla povertà") quale leva per rafforzare l'inclusione sociale, sia l'attuazione del REI come misura universale di contrasto alla povertà, danno una spinta decisiva all'innovazione dei sistemi locali di welfare.

L'obiettivo è quello di ripensare modelli e sistemi organizzativi che non solo si devono preoccupare della cura, ma anche e soprattutto della prevenzione e della capacità di rilevare le condizioni di rischio sia a livello sanitario sia sociale, garantendo a tutti le medesime opportunità per aspirare al massimo livello potenziale di benessere per ciascuno, senza rinunciare mai – sia sul piano dei principi sia su quello metodologico – al coinvolgimento attivo e al protagonismo delle persone e delle comunità. Quindi servizi che non si soffermano solo su singole soluzioni a singoli problemi, né che attuano misure assistenzialiste orientate a "riparare problemi" ma che si adoperano per ricercare integrazioni di saperi in una ottica multidisciplinare, strategie, promozionali, efficaci di contrasto a disuguaglianze e iniquità. In questo senso l'adozione di un vero e proprio patto di cura come modalità formale di relazione tra servizio e persona associata alla condivisione di responsabilità di cittadinanza, diventa leva fondamentale per la qualità della vita dei cittadini.

Quattro linee di azione:

1

PROMUOVERE STILI ED AMBIENTI DI VITA SANI E CONSUMI CONSAPEVOLI

Le misure di prevenzione si dispiegano attraverso interventi, precoci e diffusi, allo scopo di aumentare conoscenze, competenze e potenzialità per vivere bene e dignitosamente, che consentano alle persone di ridurre rischi e disagi per il benessere fisico, psichico e sociale. Quindi tecniche e pratiche delle organizzazioni sanitarie e sociali devono mirare alla responsabilizzazione del cittadino, favorendone la capacità di comprensione delle informazioni e l'orientamento consapevole propedeutico alle scelte.

In quest'ottica, l'impegno regionale intende esprimersi nel sostenere e promuovere la cooperazione tra le istituzioni territoriali per presidiare proattivamente tutti quei settori (salute, scuola, mobilità, occupazione, ambiente, ecc.) e contesti territoriali, che rappresentano fattori di rischio sovra individuali sforzandosi di favorire le scelte favorevoli alla salute individuale collettiva rendendole più semplici e convenienti per tutti.

2

ACCESSO AI SERVIZI, FRUIZIONE, INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

A fronte della crescente eterogeneità della popolazione per genere, età, abilità,

provenienza, lingua, cultura, religione, orientamento sessuale, mobilità sul territorio, condizioni di vita e status economico e giuridico, il primo obiettivo è garantire condizioni di accesso ai servizi e modi di fruizione equi e appropriati a individui e famiglie, in considerazione della varietà di situazioni in cui possono trovarsi. Un ruolo crescente lo assume così naturalmente il terzo settore quale soggetto partner e co-protagonista del sistema di interesse pubblico, in quanto antenna sensibile che intercetta nuovi bisogni socio sanitari e, in taluni casi, porta di accesso ai servizi.

Di particolare rilievo appaiono infatti le funzioni di orientamento e accompagnamento all'accesso consapevole e all'utilizzo responsabile della rete dei servizi, soprattutto laddove si registrano potenziali rischi di vulnerabilità e marginalità tali da pregiudicarne la piena fruizione (si pensi alle misure finalizzate a sostenere l'inclusione scolastica e formativa di bambini, adolescenti e giovani oppure alle iniziative volte a favorire l'integrazione socio-lavorativa di soggetti svantaggiati o, ancora, agli strumenti di orientamento e mediazione linguistico-culturale rivolti alle persone straniere).

3

COMUNITÀ LOCALE, SALUTE ED ECONOMIE SOLIDALI

Le politiche di promozione della salute e gli interventi sociali non possono prescindere dal coinvolgimento dei territori e dei cittadini nel definire gli obiettivi, assumere le decisioni, disegnare e dare attuazione alle strategie volte al perseguimento di un miglioramento del livello di vita collettiva e individuale. Questo paradigma connota lo sviluppo delle politiche e rappresenta un cambiamento di visione che si basa sull'idea di empowerment di individui e comunità. Ciò significa introdurre forme di cittadinanza responsabile e dare spazio al dialogo fecondo tra cittadini e mondo delle professioni sanitarie e sociali, anche in relazione al ruolo strategico e operativo assunto dal variegato mondo del terzo settore, vettore protagonista delle economie solidali.

Il modello di riferimento è una comunità che metta in relazione le competenze degli operatori con le risorse e le energie portate dai cittadini, con i saperi non professionali e le esperienze aggregative anche di natura informale. Questo cambiamento avviene grazie al dispiegamento di nuovi strumenti di prossimità, di proattività e di integrazione tra i servizi, tra cui particolare interesse riveste il metodo della co-progettazione a livello territoriale, comprese le nuove esperienze di welfare mix e di welfare integrativo, ma anche grazie all'apporto delle nuove tecnologie (si veda per questo il successivo driver 4) per la creazione di piattaforme di scambio e condivisione sia tra operatori, sia tra persone e famiglie, e piattaforme miste in cui le due componenti si incontrano, dialogano con l'obiettivo di costruire strategie e percorsi per rafforzare le politiche per la salute e l'inclusione sociale.

4

ACCESSO E QUALITÀ DELLE CURE

Obiettivi primari in questa ottica sono:

1. promuovere un'offerta di servizi e percorsi di pari qualità in tutti i territori e in tutti i livelli e setting assistenziali, eliminando la variabilità esistente tra i territori e le aziende sanitarie in termini di tempestività, appropriatezza e qualità delle cure, con specifico riferimento ai percorsi di cura delle malattie croniche e oncologiche con uno sguardo specifico alla salute mentale;
2. aumentare l'accesso da parte della popolazione immigrata ai percorsi di cure primarie, compresi quelli di prevenzione oncologica (screening) per facilitare cure appropriate e tempestive, nonché cure di qualità;
3. aumentare l'accesso delle mamme a basso titolo di studio o in condizioni di vulnerabilità ai servizi offerti dai Consulenti per il sostegno e l'accompagnamento alla maternità e alla genitorialità, come illustrato nella sezione del Piano dedicata ai genitori.

Costituiscono infine espressione delle funzioni regionali previste dalla normativa in essere le specifiche determinazioni di livello gestionale assunte, anche in ottica perequativa tra i diversi territori, in materia di inclusione sociale e contrasto alle disuguaglianze, relativamente al cofinanziamento delle politiche, come meglio specificato più avanti all'interno del capitolo sulla ripartizione delle risorse.

Specifiche finalità assolvono le misure di sostegno in conto capitale agli investimenti nel settore sociale, destinate – secondo un principio di coerenza e conformità rispetto alla programmazione integrata regionale e di zona-distretto – agli enti locali e agli altri enti pubblici del territorio regionale per l'incremento della capacità di offerta dei servizi alla persona, il potenziamento e la qualificazione della rete dei servizi sociali e socio-sanitari. Ai fini di tali tipologie di interventi, per i quali è stabilito un co-finanziamento necessario da parte degli enti pubblici beneficiari non inferiore al 15% del costo totale dell'opera, potranno essere erogate risorse ordinarie della Regione e risorse attribuite o trasferite, anche in modo finalizzato, dallo Stato o dall'Unione europea.

Driver ②

GESTIRE LA CRONICITÀ

La cronicità e la salute al nostro tempo: il Sistema Sociosanitario Pubblico si ridisegna, la comunità si organizza e il cittadino si rafforza

Circa due decenni fa la comunità scientifica dei sistemi sanitari avanzati ha iniziato in modo sempre più pressante a richiamare l'attenzione sul fatto che la cronicità rappresenta la novità e la sfida per i sistemi sanitari, costruiti nel '900 per rispondere a malattie prevalentemente acute. Ciò a partire dal fatto che le malattie croniche rappresentano il principale problema di salute pubblica nei Paesi occidentali in termini di mortalità prematura e di disabilità evitabile, oltre a minare a fondo la sostenibilità dei sistemi di welfare e del settore sanitario in particolare.

Un Sistema Sociosanitario Pubblico efficace nel contrasto alla cronicità contribuisce alla salute e allo sviluppo umano (qualità di vita e benessere) delle persone ovvero alla crescita qualitativa e quantitativa di un paese.

Oggi, pertanto, il sistema socio-sanitario deve affrontare la cronicità superando approcci settoriali, adottando modelli efficaci di prevenzione e cura, promuovendo e sostenendo la salute in tutte le politiche, locali e regionali, coltivando alleanze nella comunità, coi settori sociali, educativi, della formazione, dell'ambiente e dell'industria. Il Sistema Sociosanitario Pubblico toscano, costituito da saperi tra i migliori, può offrire risposte efficaci e suggerire a tutto il sistema, soluzioni alla complessità della sfida della cronicità.

Il piano d'azione per la prevenzione e controllo delle malattie croniche elaborato dall'OMS (Piani d'azione WHO 2008-2013 e 2013-2020) si fonda sui seguenti principi generali e approcci:

- **Approccio basato sui diritti umani:** è necessario che il godimento del più alto livello di salute raggiungibile sia riconosciuto come uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano.
- **Approccio basato sull'equità:** è necessario riconoscere che le disuguaglianze nel carico delle malattie non trasmissibili sono influenzate dai determinanti sociali della salute.
- **Azione multisettoriale:** è necessario riconoscere che un'efficace prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili richiede leadership, coinvolgimento coordinato di stakeholder diversi e azioni multisettoriali per la salute.

- **Approccio basato sull'intero corso dell'esistenza:** le opportunità di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili si presentano a diversi stadi dell'esistenza; spesso sono gli interventi attuati nel periodo iniziale della vita ad offrire le migliori possibilità di successo per la prevenzione primaria.
- **Empowerment degli individui e delle comunità:** è necessario un processo di crescita, sia dell'individuo che delle comunità, basato sull'incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione coinvolgendo entrambi nelle attività per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili.
- **Strategie basate sulle evidenze scientifiche:** le strategie e le pratiche per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili devono basarsi sulle evidenze scientifiche e/o sulle buone pratiche, il rapporto costi-efficacia, l'accessibilità economica e i principi di sanità pubblica, tenuto conto degli aspetti culturali.

Anche il nostro Paese ha raccolto le indicazioni provenienti dall'OMS e dai risultati di esperienze fatte in alcune regioni (tra cui la Toscana) nel Piano Nazionale Cronicità (Ministero della Salute 2016). Questo documento di indirizzo descrive le strategie chiave per ridisegnare le modalità con cui il SSN gestisce le malattie croniche, strategie che vengono riprese integralmente dal presente PSSIR tenendo in considerazione anche le difficoltà, i ritardi e gli errori nel tradurre gli atti di indirizzo che i pazienti e le associazioni di categoria hanno nel frattempo evidenziato.

Le strategie individuate sono pertanto le seguenti:

- Stratificazione e targeting della popolazione
- Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce
- Presa in carico e gestione del paziente (definizione dei PDTAS)
- Erogazione di interventi personalizzati
- Valutazione della qualità delle cure erogate

Stratificazione e targeting della popolazione

Non si può parlare di una cronicità ma di tante cronicità: la definizione OMS di malattia cronica ("problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni") delinea una grande categoria in cui entrano condizioni molto diverse.

Alcuni fattori che descrivono questo panorama variegato sono:

- **prevalenza:** vi sono condizioni ad alta o altissima prevalenza (vedi diabete tipo 2 e ipertensione) e condizioni a bassa prevalenza o rare (vedi: SM, SLA, Lupus eritematoso sistemico...);

- **insorgenza:** alcune condizioni hanno un'insorgenza improvvisa (esempio Diabete tipo 1) mentre in altri casi si ha uno sviluppo lento e una lunga latenza prima che la patologia si manifesti (es. diabete tipo 2, ipertensione...); in questo secondo caso, per alcune condizioni è possibile una diagnosi precoce che anticipando l'avvio della gestione terapeutica permette di controllare l'evoluzione e/o gli esiti;
- **sintomatologia** più o meno importante e disabilitante: vi sono condizioni che comportano dolore, impotenza funzionale, astenia e in generale sintomatologia importante (si pensi alle artriti, alle malattie infiammatorie intestinali, all'asma) mentre per altre condizioni (insufficienza renale, diabete tipo 2, ipertensione) le manifestazioni sintomatologiche sono più sfumate e meno rilevanti;
- **controllabilità** con interventi terapeutici alcune condizioni croniche come, la demenza ad esempio, non sono al momento controllabili con una terapia specifica altre (vedi SM, Parkinson, diabete) trovano presidi terapeutici in grado di controllarne il decorso;
- **evoluzione verso la disabilità:** a rendere più complesso il quadro vi è il fatto che tra le condizioni croniche sono ricomprese anche malattie per le quali, grazie all'evoluzione delle terapie, si è giunti ad una lunga sopravvivenza, come i tumori e l'HIV. Inoltre sono considerate croniche anche le patologie psichiatriche come la depressione.

Per la loro lunga durata le condizioni croniche hanno un'evoluzione nel tempo e una variabilità legata a fattori individuali, sociali e contestuali.

Alla luce delle considerazioni precedenti, un sistema evoluto di gestione delle condizioni croniche necessita da un lato di standardizzare dall'altro di personalizzare l'offerta di servizi. Questo richiede di:

- riconoscere e valutare le persone che hanno una condizione cronica allo scopo di ricomprenderle in livelli o fasce di complessità e rischio progressivamente crescenti (**STRATIFICAZIONE**). Al crescere del rischio e complessità corrispondono bisogni crescenti e modalità di gestione più intensive nei livelli adeguati del sistema;
- garantire un'offerta proattiva e continua nel tempo degli interventi adeguati ai bisogni di ogni sottogruppo di pazienti (**TARGETING**) e che non "attenda le persone sulla porta dell'ambulatorio" ma assuma l'iniziativa nei loro confronti (ulteriore estensione della già nota Sanità di Iniziativa). L'**offerta attiva** richiede la creazione di un elenco o **registro di patologia**.

Il modello consolidato utilizzato per la stratificazione (Piramide di Kaiser) punta a individuare:

- una fascia di pazienti con rischi più bassi, come quelli legati agli stili di vita, sui quali muovere azioni di **prevenzione primaria e secondaria**;

- pazienti affetti da patologia conclamata ma in fase iniziale o di complessità medio bassa, sui quali agire con interventi di **Chronic Disease Management**;
- malati più complessi, sui quali muovere azioni di presa in carico sanitaria e sociosanitaria tramite modelli di **Chronic Case Management**.

Questa schematizzazione ha avuto ed ha ancora un valore sia concettuale sia operativo. Come tutti i modelli però non può riuscire a catturare i fenomeni nella loro complessità. Oltre agli aspetti sopra elencati, negli ultimi anni si è reso evidente il fatto che le condizioni croniche spesso coesistono nella stessa persona.

Più della metà della popolazione con patologie croniche (il 52% - ISTAT 2015) ha più di una malattia. La compresenza di più patologie porta alla necessità di adattare i criteri di stratificazione, da criteri solo clinici a criteri funzionali e di rischio aggregato.

52%
della popolazione
con patologie
croniche
ha più di
una malattia

Istat 2015

Per quanto sopra ai fini dello sviluppo di un sistema di gestione della cronicità risulta evidente l'urgenza di superare le criticità che sino ad ora hanno rallentato e/o impedito l'adozione nel SST di un sistema di stratificazione basato sulle condizioni di salute o di malattia della popolazione. Tale criticità sono state rappresentate:

- dalla complessità dei vincoli derivanti dall'applicazione della normativa a tutela della privacy;
- dai ritardi nella implementazione del fascicolo sanitario elettronico quale strumento per la condivisione dei dati sanitari individuali resi disponibili a tutti gli operatori del SST;
- dalla difficoltà di arrivare ad una condivisione dei dati sanitari raccolti e gestiti su strumenti informatici in dotazione ai MMG e PLS;
- dal ritardo nell'acquisire una cultura della documentazione clinica come strumento fondamentale per il continuo miglioramento della gestione dei percorsi nell'ambito delle cure primarie;
- dalla necessità di adattare i sistemi di stratificazione alla complessità e multidimensionalità del fenomeno "cronicità".

Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce

Le condizioni croniche a maggiore prevalenza, in particolare malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito e malattie respiratorie croniche, condividono alcuni fattori di rischio comuni modificabili (fumo di tabacco, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà) e alcuni cosiddetti fattori di rischio intermedi (ipercolesterolemia,

ipertensione arteriosa, intolleranza ai carboidrati, sovrappeso/obesità).

Questi fattori di rischio o determinanti prossimali di salute sono strettamente legati a determinanti distali quali:

- livello d'istruzione;
 - condizione occupazionale;
 - professione svolta;
 - reddito medio familiare;
 - grado di deprivazione dell'area in cui le persone vivono;
-
- È possibile affermare che vi è un'enorme potenzialità di prevenzione delle condizioni croniche e della loro evoluzione attraverso:
 - un aumento dell'attività fisica in tutte le età nella popolazione;
 - un miglioramento delle abitudini alimentari in tutte le età;
 - una riduzione del consumo di tabacco;
 - una riduzione dell'abuso e/o consumo a rischio di alcol.

Per rendere concreta questa potenzialità è necessario implementare in modo sistematico tutti gli interventi di promozione di **stili di vita** che abbiano un impatto positivo sull'insorgenza o la progressione delle condizioni croniche e di contrasto ai fattori di rischio ivi compresa la sensibilizzazione ai piani vaccinali per l'adulto . A livello nazionale sono definiti programmi di promozione della salute e di prevenzione delle patologie croniche (Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione, Guadagnare Salute) che devono essere declinati e tradotti in azioni concrete e misurabili a tutti i livelli di pianificazione.

Questi interventi richiedono almeno tre tipi di azioni:

- 1. Epidemiologia e sorveglianza:** realizzare ricerche per guidare e orientare le priorità nonché implementare e monitorare gli interventi di prevenzione a livello di popolazione;
- 2. Azioni a livello ambientale sociale e comunitario** per favorire le abitudini positive e per sviluppare risorse accessibili per l'adozione di comportamenti sani;
- 3. Azioni a livello individuale:**
 - identificazione, quanto più possibile precoce, dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT:
 - attuazione di iniziative di counselling motivazionale individuale o di gruppo.

La realizzazione di queste azioni implica il potenziamento e la realizzazione di un coordinamento trasversale degli attuali sistemi di sorveglianza (Okkio alla Salute, Hbsc, Edit, Espad, Passi ed in futuro Passi d'Argento), attualmente gestiti da diverse

articolazioni dell'organizzazione sanitaria regionale, affinché siano sistematici e continui nel tempo al fine di fornire informazioni per la programmazione e la verifica degli interventi da attuare a tutti i livelli del sistema. Le evidenze derivanti dai **sistemi di sorveglianza** dovranno essere recepite e utilizzate non solo in ambito sanitario e sociale ma anche dalle amministrazioni comunali, dalle istituzioni scolastiche ed educative, dalle associazioni dei pazienti e dal terzo settore diventando **patrimonio delle comunità**.

Rispetto alle azioni di prevenzione a livello ambientale, sociale e comunitario sono necessarie:

- l'adozione di strategie di comunità, scolastiche, individuali ed interventi multisettoriali e multifattoriali su alimentazione, attività fisica, consumo di alcol, tabacco, sostanze stupefacenti e gioco d'azzardo per guadagnare salute. Occorre lavorare;
- la formazione degli operatori, con metodologie innovative e con apposite mappature;
- il coinvolgimento e la collaborazione di competenze di altre istituzioni negli ambiti dell'agricoltura e sviluppo rurale, turismo, ambiente ed energia, sviluppo sostenibile per una salute in tutte le politiche.

Rispetto alla prevenzione a livello individuale nel sistema di cure primarie deve essere promossa la valutazione del livello di rischio per patologie croniche (rischio cardiovascolare, rischio d'insorgenza di diabete tipo 2) oltre che dei fattori di rischio comportamentali conosciuti (fumo, alcol, sovrappeso, obesità ...). Alla valutazione del rischio si devono accompagnare interventi di colloquio motivazionale breve ed attivazione di risorse esistenti nel territorio per supporto al cambiamento comportamentale.

Preso in carico e gestione del paziente: interventi sull'organizzazione

PRINCIPI DA GARANTIRE

- **tempestività**: occorre assicurare l'ingresso precoce nel PDTAS per cogliere appieno l'opportunità della prevenzione secondaria e per evitare che si instaurino circoli negativi spesso avviati da una condizione cronica non gestita adeguatamente;
- **coordinamento e continuità**: una condizione cronica in genere richiede che la persona venga seguita in fasi diverse della malattia nei tre classici livelli assistenziali (assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera). I contatti con questi livelli devono essere coordinati e organizzati in un percorso interconnesso in cui non sia la persona a garantire la comunicazione tra i setting assistenziali ma sia

il sistema a garantire un continuum tra i professionisti che operano nei vari livelli, per erogare prestazioni che siano funzionali e orientate alle necessità specifiche della persona e agli obiettivi clinici definiti per la sua condizione;

- **globalità e multidimensionalità:** Dall' 800 la medicina si è sviluppata definendo le malattie come fenomeni oggettivi e impersonali separabili dalla persona che ne è colpita. Questo ha portato all'evoluzione tecnica e scientifica che conosciamo. Ma le misure cliniche oggettive non sono adeguate per comprendere il carico delle malattie croniche. E' necessario re-integrare la malattia (o le malattie) nella persona. E soprattutto è necessario spostare l'accento da malattia a salute che non è traducibile con le sole dimensioni cliniche, ma ha una globalità bio-psico-sociale. La multidimensionalità bio-psico-sociale richiede un approccio multidisciplinare, nella valutazione dei bisogni, nella definizione del piano di cura, nell'integrazione delle risposte sanitarie e socio-assistenziali.
- **flessibilità:** le condizioni croniche hanno un'evoluzione nel tempo e una variabilità legata a fattori individuali, sociali e contestuali. Per tale motivo è necessario che i PDTAS non siano formati rigidi con un'offerta invariante, ma che alla variabilità delle condizioni cliniche e psico-sociali si possa rispondere con variazione del piano di cura.
- **facilitazione:** le condizioni croniche richiedono un impegno importante ai pazienti ed ai caregivers nella gestione quotidiana; questo impegno non può essere appesantito con adempimenti burocratici e accessi non necessari al sistema. La relazione tra il sistema, nella sua complessità e il paziente deve essere semplificata e resa snella ed essenziale,
- **appropriatezza:** corretta ed adeguata formulazione del percorso di cura da parte degli operatori, che selezioni accuratamente le fasi e le sedi di erogazione dei servizi e delle singole prestazioni, in base allo stadio di patologia individuato. La capacità di valorizzare tutte le risorse disponibili nell'ambiente di vita della persona e nella sua comunità costituisce una dimensione nuova dell'appropriatezza del percorso di cura.
- **autodeterminazione:** la persona affetta dalla patologia cronica considerata e parte attiva nella formulazione del percorso e ne deve essere resa consapevole e corresponsabile. La corretta informazione e l'accompagnamento nel percorso di cura sono il presupposto dell'esercizio dell'autodeterminazione nell'ambito delle scelte terapeutiche e di assistenza che si concretizza nella pianificazione condivisa delle cure nell'ambito delle malattie croniche.

MAPPATURA E GEOREFERENZIAZIONE DEI SERVIZI

Come azione preliminare per una migliore presa in carico ed a supporto della partecipazione del cittadino ad ogni azione di riorganizzazione occorre procedere a una puntuale mappatura sul territorio (georeferenziazione) delle varie tipologie di

servizio sia istituzionale che gestito dal terzo settore o da altre soggettività informali, con l'obiettivo di potere prima di tutto conoscere la coerenza e la praticabilità dei livelli attuali di offerta con i bisogni dei pazienti cronici.

Rendere immediatamente visibile e fruibile la mappatura dei singoli servizi sul territorio ai case manager che si trovino ad organizzare l'assistenza ai pazienti cronici secondo gli standard definiti nei PDTAS in un qualsiasi punto del territorio regionale diventi un requisito minimo di funzionamento della rete.

REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE

In tutto il mondo è stato dimostrato che sistema di cure primarie efficace, con copertura universale e orientata alla comunità, può significativamente migliorare i risultati di salute per i pazienti con il minor impegno economico. Il fulcro dell'intervento sull'organizzazione non può quindi che essere questo livello del sistema.

L'incremento di cronicità, disabilità e lo sviluppo di bisogni complessi necessitano di interventi della Medicina Generale e rendono sempre più necessario il lavoro in team, a partire dall'importanza di garantire una relazione di lungo termine tra i pazienti e i team nell'ambito delle cure primarie, organizzate a livello delle AFT, in un contesto appropriato alle preferenze delle persone e ai bisogni combinati, biomedici e psicosociali.

Nella volontà di abbattere le barriere ancora determinanti tra l'organizzazione assistenziale ospedaliera e territoriale la soluzione non consiste nella riallocazione della casistica da una parte all'altra del sistema ma nella **riarticolazione dell'offerta** in un continuum di cure orientate attorno ai bisogni specifici dei pazienti cronici nelle varie condizioni stratificate secondo il modello sopra definito.

Mentre da un lato risulta ormai evidente con non è appropriata e sostenibile la gestione della cronicità esclusivamente nell'ambito di strutture specialistiche ospedaliere risulta altrettanto chiaro che la gestione della cronicità non possa essere ritenuta come competenza esclusiva dell'assistenza territoriale secondo la sua attuale articolazione. Ne consegue che il ruolo del livello specialistico e del setting ambulatoriale ospedaliero si dovrà tradurre, sulla base della specifica malattia o della fase di evoluzione della medesima, in percorsi di presa in carico, gestiti direttamente, così come in processi di integrazione nella rete clinica territoriale definiti secondo criteri indicati nei PDTAS.

PDTAS: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Sociali

L'articolazione e integrazione delle prestazioni e degli interventi delle diverse componenti e dei diversi profili del sistema dovrà trovare un'esplicitazione condivisa nei percorsi terapeutico assistenziali sociali, in cui il contributo di ogni segmento e attore del percorso dovrà essere facilitato da un miglioramento degli strumenti per rendere fruibile lo scambio, con il supporto di sistemi per decisioni cliniche.

Si tratta di qualcosa che va al di là del semplice coordinamento delle varie prestazioni specialistiche, ma che si configuri come messa a punto di percorsi diagnostico-

terapeutici-riabilitativi il più possibile individualizzati, con buon rapporto costo/efficacia, e che prevedano sempre di più l'empowerment del paziente e della sua famiglia e la costituzione di percorsi assistenziali in continuità ospedale-territorio. La resa disponibilità di PDTAS da parte del livello Regionale ed Aziendale rappresenterà il supporto alla definizione personalizzata dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) quale strumento di lavoro dei team multiprofessionali,

L'aspetto tecnico-clinico, necessario per un adeguato studio del paziente dovrà essere affiancato a quello umanistico-comunicativo per analizzare appropriatamente la persona e a quello economico-gestionale per realizzare gli approcci che per i diversi contesti clinici l'HTA indica come adeguati, con specifica attenzione al "team learning" perché l'approccio olistico inclusivo richiede la formazione contestuale dei diversi professionisti della sanità responsabili dello studio e della gestione della singola persona ammalata.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'impatto combinato di più condizioni croniche è causa di **progressiva perdita di indipendenza** ed evoluzione verso la disabilità e aumenta il bisogno di supporto sociale. Infatti se già oggi la gran parte degli oneri di assistenza sono a carico del caregiver e dei familiari è ragionevole prevedere una crescente domanda di servizi sociali e socio-sanitari. Tale crescita dei bisogni complessi non può essere affrontata solamente dal SSR. Per molte persone anziane che hanno avuto limitazioni funzionali nella vita magari per più condizioni croniche concomitanti come la limitazione dell'udito o della vista, la ridotta mobilità, il dolore cronico, l'isolamento sociale, il bisogno di riabilitazione o riattivazione e di supporto sociale nonché l'integrazione nella comunità locale può diventare più importante che non la sola accessibilità alle cure mediche.

Un intervento precoce sui bisogni sociali migliora l'esperienza del soggetto rispetto alle cure sanitarie, evitando il ricorso all'ospedalizzazione, e permette l'utilizzo delle risorse (letti e personale) per i pazienti che presentano un'acuzie. Occorre evitare che i servizi sanitari siano usati come risposta di "default" quando il supporto sociale, domiciliare o di comunità, potrebbe essere più appropriato portando alla medicalizzazione dei disagi e delle fragilità sociali.

E' quindi vitale tradurre operativamente la sinergia e l'integrazione tra sociale e sanitario all'interno di condivisi PDTAS, laddove la S evidenzia il forte coordinamento, non solo programmatico, con il settore dell'assistenza sociale e di prossimità. E' altresì necessario potenziare l'assistenza sul territorio promuovendo un approccio che favorisca il benessere delle persone con cronicità, attraverso modelli di welfare di comunità:

- sostenere interventi volti a garantire il diritto di fruizione dei servizi e delle prestazioni e l'equità di accesso alle reti sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali;
- implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei punti unici di accesso nonché dei Punti Insieme presso i Distretti sanitari e potenziamento

- dell'Agenzia Continuità Ospedale-Territorio;
- potenziare l'Assistenza domiciliare integrata non solo in termini di risorse ma anche di strumenti giuridici perché sia possibile l'erogazione a domicilio di interventi tradizionalmente considerati "ospedalieri" (somministrazione farmaci H, nutrizione, ventilazione, PICC team, etc);
- assistenza adeguata presso le strutture residenziali e i centri diurni.

Welfare di comunità significa però anche l'articolazione di una rete di supporto sociale che integri e sostenga da un lato la rete familiare sempre più debole e dall'altro la rete dei servizi. Occorre sostenere un maggiore soggettività e protagonismo alla società civile, favorendo il un percorso di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori comunitari della solidarietà e della coesione sociale.

La disponibilità di risorse comunitarie (gruppi di ascolto, di auto-aiuto, di volontariato organizzato) sostiene l'adozione di pratiche di auto-cura e il benessere mentale e relazionale. Inoltre, al crescere dei bisogni, le risorse della rete sociale espandono la portata della rete istituzionale, garantendone una maggior efficacia, copertura e sostenibilità.

I VANTAGGI DELLA TECNOLOGIA NELLE CURE CONTINUATIVE: LA TELEMEDICINA

Un approccio tecnologico nella gestione del paziente complesso è riconosciuto come priorità a livello globale, rappresentando un presidio in grado di garantire l'efficienza e la sostenibilità della continuità di cura. La possibilità di accedere a dati fedeli, completi e aggiornati sullo status istantaneo di ogni singolo paziente in qualsiasi fase del suo percorso di gestione sanitaria, garantirebbe un'ottimizzazione della gestione globale del paziente stesso. L'implementazione sul territorio di modelli di gestione innovativi ad alto contenuto tecnologico consentirebbe pertanto l'attuazione di interventi con ricadute dirette a livello di prevenzione, cura e riabilitazione.

Nell'ambito della cronicità i servizi di Telemedicina possono facilitare la realizzazione di una modalità operativa a rete, consentendo non una più facile accessibilità a cure integrate anche nei contesti più svantaggiati dal punto di vista geografico o della densità abitativa, favorendo così la gestione domiciliare della persona e riducendo gli spostamenti spesso non indispensabili e i relativi costi sociali. Oggi i cittadini, anche in età anziana, hanno conoscenza dei diversi strumenti tecnologici utili ad una semplificazione della comunicazione (dal PC agli smartphone) che possono aiutare e accompagnare la persona nella gestione della propria salute nella vita di tutti i giorni, attraverso l'utilizzo di dispositivi anche biomedicali per il tele monitoraggio clinico o assistenziale, per il supporto allo svolgimento di attività riabilitative oppure per il teleallarme.

La Telemedicina può essere di supporto nelle diverse fasi della malattia:

- **prevenzione:** attraverso servizi dedicati alle persone già classificate a rischio o già affette da patologie (ad esempio diabete o patologie cardiovascolari), le quali devono essere supportate nel mantenimento di adeguati stili di vita oppure devono sottoporsi a costante monitoraggio di alcuni parametri vitali, al fine di ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni.
- **diagnosi:** favorendo la circolazione delle informazioni diagnostiche tra i diversi operatori sanitari coinvolti come nella telerefertazione a disposizione della rete clinica;
- **cura e riabilitazione:** attraverso la trasmissione di dati relativi ai parametri vitali tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali) e una postazione di monitoraggio, per la loro interpretazione e l'adozione delle scelte terapeutiche necessarie (ad esempio, servizi di Teledialisi).

La fattibilità e l'inserimento nella pratica ordinaria di gestione della cronicità degli strumenti della Telemedicina è subordinata alla possibilità di attivare su volumi significativi di assistiti dei "Centri servizi" con la funzione di gestione, da parte di operatori del SSR, delle informazioni rilevate dai sistemi di telemedicina e messe a disposizione dei team di cura delle persone.

La telemedicina può diventare una modalità operativa non solo tecnicamente sostenibile ma anche uno strumento per promuovere l'equità di accesso all'assistenza sanitaria nelle zone remote, favorire la continuità delle cure, sostenere la qualità della vita di pazienti cronici attraverso soluzioni di auto-gestione e monitoraggio remoto, rendere facilmente fruibile la comunicazione fra i diversi attori.

LE CURE DI FINE VITA E LA DOMICILIARITÀ

Sappiamo anche che la stragrande maggioranza delle persone dichiarano il desiderio di morire a casa. Attualmente in Italia molte morti si verificano in ospedale, e la gente può vivere un'esperienza spersonalizzata e di forte disagio.

Per questo motivo occorre strutturare percorsi che consentano di gestire il cittadino nella propria abitazione supportando i famigliari attraverso servizi adeguati. L'attuazione della L 219/17 su DAT e Pianificazione Condivisa delle Cure richiede un'innovazione profonda nella gestione della cronicità, nella domiciliarizzazione delle cure come trattato nello specifico "Driver - Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita" nella ferma convinzione della Regione Toscana che il livello di civiltà di una società sia rappresentato anche dalla realizzazione dell'offerta strutturata di questo percorso.

Erogazione di interventi personalizzati

Negli ultimi anni si è spesso abusato del concetto di assistenza centrata sul paziente, senza che questa fosse davvero messa in pratica. Anche quando questo concetto si è concretizzato, spesso è stato concepito in modo superficiale. La gestione delle condizioni croniche insegna due lezioni fondamentali:

- ci si deve basare sull'esperienza e prospettiva del paziente per definire la natura dei problemi clinici e i criteri per giudicare l'efficacia di un intervento;
- l'assistenza deve sempre puntare ad aumentare la capacità del paziente per l'autocura.

L'assistenza alle malattie croniche centrata sul paziente richiede che questo sia riconosciuto come colui/colei che percepisce e produce salute (Sullivan 2017). Il processo decisionale clinico deve perciò focalizzarsi principalmente sulle priorità dei singoli pazienti e sui suoi bisogni psico-sociali.

Il sistema non deve solo passare da una visione del paziente come passivo a un paziente informato e attivato, ma a un paziente autonomo. Raggiungere un cambiamento duraturo nelle azioni per la salute richiede attenzione alla qualità autonoma della motivazione del paziente. La teoria dell'autodeterminazione e il concetto di motivazione intrinseca aiuta a capire il processo con cui la persona fa propria la motivazione al cambiamento.

Personalizzare gli interventi per gli operatori sanitari significa quindi cambiare l'equilibrio di potere: **coprodurre salute e benessere** in collaborazione con individui, famiglie e comunità.

Questo richiede competenza e capacità nell'ascolto e nella gestione efficace della "**comunicazione/relazione**" (che costituisce uno degli strumenti e dei "prodotti" più importanti dell'assistenza sanitaria).

Per sostenere la capacità di autocura delle persone la gestione della malattia va contestualizzata nella vita quotidiana (con le preoccupazioni relative ai problemi economici/abitativi, famigliari, stress ed altro) al fine di supportare, quando possibile, l'attivazione delle risorse che possono aiutarle a risolvere i problemi.

La relazione reciproca che si stabilisce tra la persona e il team di assistenza si sostanzia nel Patto di cura, che non è un modulo da firmare ma la traduzione concreta degli impegni che si assumono le due parti:

- il sistema socio-sanitario con gli interventi definiti dal PDTAS che vengono tradotti in un piano individuale per la persona;
- la persona con l'adesione al piano e ai suoi impegni nei confronti della propria salute.

Questo cambiamento è culturale oltre che tecnico e deve essere sostenuto da una formazione adeguata ed efficace che deve permeare tutto il sistema, non solo il fronte degli operatori, principalmente infermieri, che sono il punto di contatto principale della persona con il sistema di cura delle malattie croniche. L'orientamento del sistema ad assumere la "novità" dell'autonomia dei pazienti, infatti, non può essere agito solo negli incontri individuali tra infermiere e paziente, ma tradursi in un **impegno del sistema a modificare il proprio modo di comunicare, di accogliere le persone, di organizzare i momenti e gli spazi di incontro, di riconoscere il valore della relazione e comunicazione.**

Valutazione della qualità delle cure erogate

I sistemi informativi integrati oltre a consentire un'adeguata stratificazione e targeting della popolazione, hanno anche lo scopo di permettere la valutazione della qualità delle cure erogate.

Relativamente a questo aspetto il Piano Nazionale Cronicità sollecita la revisione del paradigma di fondo relativo al concetto di "esiti".

Gli operatori sanitari attualmente misurano il percorso assistenziale solo alla fine del processo, definendolo attraverso parametri clinici (mortalità, morbosità, ecc.) o al più aggiungendo generici parametri di "qualità percepita". Si propone oggi di considerare gli esiti come un "insieme di risultati intermedi" e non solo finali, non solo clinici ma anche connessi alla disabilità e alla qualità di vita, dislocandoli lungo tutto l'iter dell'assistenza erogata e misurandoli attraverso indicatori che esplorino in modo multidimensionale la "salute globale".

Quanto sopra è realizzabile attraverso le seguenti misurazioni:

- il benessere auto percepito dal paziente;
- la qualità della vita;
- l'impatto della condizione cronica sulla vita quotidiana;
- la pratica dell'"autocura".

Questi parametri trovano già strumenti di valutazione validati in letteratura e devono essere considerati ed inseriti nella pratica clinica quotidiano con lo stesso peso di valutazione dell'emoglobina glicata o della colesterolemia.

Driver ③

SVILUPPARE NUOVI MODELLI DI “CARE”

Interpretare e trarre il massimo dalle migliori esperienze disponibili per un sistema socio sanitario regionale moderno e a misura di cittadino

L'aggiornamento costante dei modelli di care (cura ed assistenza) è un elemento cardine per un sistema che intende essere al passo con i tempi e l'evoluzione della domanda di salute e cogliere tutte le opportunità che la ricerca e l'innovazione mettono a disposizione. L'aspetto però da evidenziare e che deve costituire la principale indicazione è riferito alla necessità di procedere con il rigore metodologico necessario per introdurre con successo un cambiamento organizzativo calibrato sulle criticità evidenziate da un'analisi a monte e implementato con una seria pianificazione delle soluzioni da testare e valutare nella loro efficacia.

- L'orientamento che si vuole far emergere è legato ad una **maggiore integrazione tra risposte sanitarie e sociali** nella care avviando un'azione incisiva di ridisegno organizzativo dei servizi. I punti cardine di questa azione dovranno essere:
 - una **potenziata dimensione regionale** nel disegno e nel governo dei macroprocessi di cura e di assistenza;
 - un **coordinamento reale ed efficace** tra i diversi servizi coinvolti nei percorsi di cura;
 - saper conciliare nell'organizzazione delle competenze l'obiettivo di **concentrare la casistica a maggiore complessità** con quello di garantire la prossimità dei servizi e delle prestazioni fortemente ancorate ai contesti territoriali;
 - **presidiare l'equità e la continuità dell'assistenza** attraverso integrate di servizi e professionisti.

Le scelte organizzative dovranno quindi essere orientate a riequilibrare la presenza e gli interventi del SSR sull'intero territorio regionale

- la ridefinizione di un **Sistema Sociosanitario Pubblico** nativamente integrato nell'ambito territoriale della zona distretto;
- la presa in carico secondo il paradigma della medicina sistemica, basata sulla visione globale della persona e sulla integrazione dei possibili sistemi di cura e della **Medicina delle 4P** (proattiva, preventiva, personalizzata e partecipata);
- il disegno di un'**offerta complessiva pubblico-privato** coerente con i fabbisogni

della popolazione, strutturata attraverso la disciplina degli accordi contrattuali con i soggetti privati accreditati, (art.8-quinquies ed 8-sexies del D.Lgs.502/1992), e ridefinita tenendo conto dei vincoli normativi introdotti dall'art.15 c.14 del D.L.95/2012 (c.d.Spending Review);

- un maggiore ed effettivo **coinvolgimento delle comunità e del terzo settore** nei percorsi di cura.

Le **reti cliniche** rappresentano in questo scenario uno dei modelli organizzativi da sviluppare ulteriormente a livello regionale. La tendenza a “**lavorare in rete**” nasce dalla sempre maggiore specializzazione dell'attività clinico assistenziale che alimenta il bisogno di interscambio e connessione tra professionisti, sia per rafforzare il proprio bagaglio di competenze che per mettere al meglio queste ultime a disposizione dei pazienti. L'organizzazione dei percorsi clinico assistenziali in reti cliniche e logistiche viene infatti oggi ritenuta una soluzione adeguata per rispondere alla domanda di salute che è, nella maggioranza dei casi, una domanda complessa ed articolata, rivolta ad una pluralità di servizi. Oggi il valore della migliore competenza non può che essere misurato sulla possibilità e impegno di esercitarla come risorsa attiva in di una rete

Negli ultimi anni l'introduzione di questo modello ha subito una decisa accelerazione all'interno del SSR, nello sviluppo previsto allo strumento “rete” viene affidato il compito di rispondere alle esigenze molteplici che negli anni sono emerse, quali quelle di:

- ottimizzare la gestione del **percorso** del paziente definendo esattamente il ruolo che ogni singolo servizio è chiamato a svolgere, con un conseguente miglioramento del coordinamento dell'assistenza;
- rendere più estesamente fruibili gli **ambiti iper-specialistici**, aumentando così gli standard di assistenza erogati e garantendo una maggiore equità di accesso alle cure;
- rispondere alla **complessità** crescente dei processi clinico assistenziali ed alla necessità non procrastinabile di condividere ed integrare, con modalità codificate, le conoscenze e le competenze;
- migliorare l'utilizzo delle **risorse** complessivamente disponibili.

Il modello avanzato di Sistema Sanitario Pubblico Regionale si va sempre più avvicinando al concetto di “**meta-ospedali e meta-aziende**” dove, come in una “staffetta”, medici,

Reti cliniche e logistiche

Lavorare in rete nasce da:

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

infermieri e servizi diversi prendono in carico il paziente all'interno di reti inter-organizzative strutturate. Questa scelta strategica permette di collegare flessibilmente le diverse articolazioni organizzative presenti sul territorio regionale, rispondendo così all'esigenza di **continuum of care**, ossia assicurare agli utenti un'offerta di servizi di tipo preventivo-diagnostico-terapeutico-riabilitativo, non più basata sulla gerarchia tra le diverse organizzazioni, ma sullo **spostamento “di tipo circolatorio” del paziente all'interno del sistema di offerta**.

Tale modello verrà messo a punto, considerando da un lato le opportunità offerte dalle nuove tecnologie che consentono sempre più la tele l'assistenza a distanza, il monitoraggio di parametri in continuo o in differita fino alla tele visita e dall'altro la necessità definire la corretta articolazione dei relativi centri servizi dentro gli ospedali o sul territorio.

Un'attenzione particolare verrà rivolta all'utilizzo efficiente delle risorse tramite il **contenimento degli sprechi dovuti a modelli gestionali obsoleti o deboli** favorendo e sostenendo l'introduzione di tecniche e strumenti per l'analisi ed il miglioramento dei processi di pianificazione e programmazione dell'utilizzo delle aree di attività (posti letto, sale operatorie, spazi ambulatoriali, servizi) come strategia regionale introducendo all'interno del Sistema Sanitario Pubblico Regionale competenze e team appositamente dedicati.

In questa prospettiva occorre agire sinergicamente sul secondo pilastro su cui poggia il sistema: **la governance clinica** che rappresenta la prospettiva concettuale e l'insieme delle tecniche di gestione in grado di fondere, in modo equilibrato, la dimensione economico-finanziaria, da un lato, e quella qualitativo-professionale, dall'altro, avendo come base comune l'appropriatezza delle risposte. In questa accezione i professionisti diventano il riferimento essenziale per una governance clinica efficace

Il terzo pilastro è rappresentato dal **team multiprofessionali** che rappresentano l'unità minima di funzionamento (microsistema) del SSR. **Un microsistema clinico** viene definito in letteratura come la combinazione di un piccolo gruppo di operatori che lavorano insieme su base regolare per fornire assistenza ad una sottopopolazione discreta di pazienti, che fanno parte essi stessi del microsistema. Anche se non le vediamo tradizionalmente come tali, le nostre organizzazioni sanitarie sono di fatto composte da centinaia di microsistemi. Come unità minima di funzionamento produce servizi che possono essere misurati come risultati di prestazioni, un impegno importante verrà pertanto rivolto a sviluppare maggiormente forme di collaborazione basate su una reale integrazione tra i diversi ambiti professionali coinvolti.

In questo modello verrà promosso lo sviluppo di nuove competenze e nuovi ruoli in particolare all'interno dei modelli organizzativi territoriali che dovranno essere sempre più configurati come riferimento chiaro per gruppi di popolazione. Sarà importante pertanto valorizzare la presenza di tali figure nella rete assistenziale.

Quale supporto alla professionalità degli operatori sarà inoltre utile favorire lo scambio ed il confronto tra i professionisti nell'ottica di un'operatività flessibile, promuovere la formazione e azioni di supervisione congiunta tra personale di area sociale e sanitario. Questo per facilitare il lavoro in team ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo per meglio integrare e coordinare interventi di elevata complessità e articolazione.

L'apertura della realtà regionale e territoriale alla dimensione europea e internazionale tramite la messa in campo di scambi di esperienze e buone pratiche, la partecipazione a piattaforme di rilievo sovranazionale, la progettazione congiunta con istituzioni e partner nazionali ed europei, potrà garantire un ulteriore e fondamentale tassello di crescita di modelli, competenze e servizi.

Driver ④

ACCELERARE L'UTILIZZO DELL'INNOVAZIONE E SFRUTTARE LA RIVOLUZIONE DELL'INFORMAZIONE

“ Supportare e abilitare la trasformazione del sistema sanitario e sociale con un utilizzo pervasivo della tecnologia per una reale rivoluzione digitale che crei effettivo valore ”

Le scienze e la tecnologia stanno trasformando la capacità di prevedere, diagnosticare e curare le malattie. Le novità nei trattamenti farmacologici, nei dispositivi medici, nell'intelligenza artificiale e nella erogazione delle cure si susseguono a ritmi incalzanti. Un uso migliore della tecnologia e dei dati è un prerequisito per supportare e abilitare gli sviluppi necessari per rimodellare il sistema sanitario e sociale, in risposta all'aumento della domanda e delle risorse limitate.

Alcuni degli sviluppi chiave principali sono:

- la **personalizzazione delle cure**, incluso il benessere individuale e la cura di sé e l'impatto della genomica;
- lo sviluppo di **nuovi modelli di presa in carico** ed integrazione della rete assistenziale anche tramite l'utilizzo di sistemi di **telemedicina** con l'obiettivo di fornire servizi migliori, più sicuri, più efficienti e raggiungendo contemporaneamente un numero elevato di persone coinvolte attivamente nell'adesione alle cure e ai percorsi di salute;
- il ridisegno del processo di erogazione delle prestazioni specialistiche incentrato sul pensare a come **creare valore per i cittadini**;
- il **rimodellamento della forza lavoro**, migliorando i flussi di informazione e l'accesso ai sistemi, ma anche attivando nuovi percorsi formativi, in modo tale che le abilità, le capacità e le interazioni siano migliorate.

Sappiamo, sia dagli esempi virtuosi presenti all'interno del nostro SSR che a livello nazionale od internazionale, che ci sono modi migliori per organizzare le cure ed uscire dai "confini artificiali" tra ospedali e territorio, tra assistenza sanitaria e sociale, tra medici di medicina generale e specialisti.

Confini che ostacolano la cura che deve essere sempre più orientata a ciò di cui le persone hanno bisogno. Le tecnologie informatiche, le tecnologie biomediche, la

telemedicina e l'innovazione in generale, dovranno quindi essere elementi strumentali al miglioramento della qualità della vita dei cittadini e al contempo supportare il sistema organizzativo e professionale della sanità, per trovare la convergenza tra qualità dei servizi erogati ed efficacia, efficienza e sostenibilità complessiva del sistema.

Mentre gli sviluppi nella tecnologia clinica hanno avuto negli ultimi 30 anni un impatto rivoluzionario sull'assistenza sanitaria, lo stesso non si può dire per l'uso dell'ICT per migliorare la salute o per migliorare il modo in cui vengono erogati i servizi sanitari e di assistenza sociale.

L'esperienza dei cittadini nei confronti di questi servizi, rimane a volte ancora com'era prima dell'avvento di Internet e degli smartphone, che d'altra parte sono invece diventati di uso comune e pervasivo in ogni aspetto della vita quotidiana. Nella nostra vita possiamo infatti vedere chiaramente i vantaggi della tecnologia: nel modo in cui prenotiamo i nostri viaggi e vacanze, gestiamo i nostri conti bancari e le bollette, acquistiamo generi alimentari o beni di consumo, ci connettiamo e comunichiamo con i nostri amici e familiari. Le tecnologie digitali hanno già cambiato il modo in cui facciamo le cose, migliorando la responsabilità di chi eroga i servizi, riducendone il loro costo, dandoci nuovi mezzi per completare le transazioni ma anche per consentire una reale partecipazione.

Questa è più di una rivoluzione: mette le persone al primo posto, dandoci un maggiore controllo della nostra vita e più trasparenza.

Tuttavia, un aspetto fondamentale è stato fino ad oggi largamente ignorato. Si è dato per scontato, almeno come appare evidente in alcuni progetti, che le applicazioni del servizio sanitario siano fondamentalmente uguali a qualsiasi altra applicazione dell'industria o del commercio. In realtà questo non è vero; l'assistenza sanitaria è radicalmente diversa dagli altri settori industriali, sia pubblici che privati. In questi "modelli aziendali" infatti la comunicazione è essenzialmente riconducibile alla condivisione di informazioni, attraverso l'infrastruttura informatica stessa, piuttosto che attraverso il contatto tra persone. L'assistenza sanitaria invece si basa e richiede sempre più **interazioni tra persona e persona** per diagnosi collaborativa, valutazione del trattamento, pianificazione e decisione finale, senza dimenticare la interazione-relazione, di cura e di fiducia, tra paziente e medico.

Il focus delle applicazioni industriali è di solito l'impresa stessa o uno dei suoi sottoinsiemi (come la fabbrica, l'ufficio od il quartier generale). L'assistenza sanitaria, d'altra parte, è invece sempre più (o dovrebbe essere) basata su una scala inter-aziendale e regionale, di conseguenza l'attenzione deve essere posta non solo sulla singola unità operativa, sul singolo dipartimento o sul singolo ospedale, poiché il focus sta nel concetto stesso di **percorso di cura integrata**.

Per i professionisti della salute e della cura, assistenti sociali, medici ed infermieri, l'arrivo dell'era digitale è stato spesso vissuto non come una chance di cambiamento, ma piuttosto come un onere aggiuntivo, intrusivo, in un'esistenza già sotto pressione.

Allo stesso tempo, l'industria mondiale della tecnologia sta investendo massicciamente nello sviluppo di prodotti legati alla salute dei consumatori, ma questi non sono ancora collegati al settore pubblico o privato della salute e delle cure.

Dal punto di vista dello sviluppo di tecnologie a supporto dei servizi e dei cittadini, è da prevedersi quindi un consolidamento delle tecnologie a supporto dei processi (cartella clinica, cartella ambulatoriale, percorso chirurgico), che al contempo favoriscano e agevolino il lavoro degli operatori e producano nei confronti dei cittadini un maggiore livello di trasparenza e conoscenza dei processi e dei percorsi che li vedono coinvolti, con una forte personalizzazione, nonché una facilitazione nell'accesso ai servizi ed in alcuni casi anche strumenti di gestione autonoma di alcune fasi del percorso assistenziale tarate sulle singole e diverse capacità di ciascuno.

Sviluppo delle tecnologie a supporto dei processi di cura:

- cartella clinica
- cartella ambulatoriale
- percorso chirurgico

L'elevato tasso di informatizzazione proprio dei servizi sanitari dovrà essere il modello di riferimento per i servizi sociosanitari pubblici per una piena integrazione dei flussi informativi e dell'interoperabilità degli applicativi. Ulteriore obiettivo sarà sviluppare appieno il ruolo di consapevole committenza dei professionisti nei confronti dell'innovazione tecnologica e nell'utilizzo degli strumenti informatici.

La nostra ambizione per l'informatica è che, entro il 2020, ciascuno dei nostri professionisti del sistema sia in grado di accedere ai dati di salute e di cura pertinenti sugli utenti del servizio, utilizzando strumenti tecnologici intelligenti ed affidabili per supportare il lavoro clinico, ovunque essi si trovino, e tali dati saranno prontamente condivisi laddove pertinenti con tutti gli operatori sanitari e poi resi disponibili in forma anonima per l'analisi dei risultati, efficacia, audit clinico, ricerca e miglioramento del servizio stesso nel rispetto della normativa e della sicurezza.

La difficoltà nel creare un sistema per l'implementazione informatica altamente centralizzato ha determinato una reazione diametralmente opposta favorendo la proliferazione delle singole iniziative o addirittura il blocco dei progetti di sviluppo. Questo ha prodotto sistemi che non parlano tra loro e quindi una criticità nello sfruttare in modo completo benefici complessivi derivanti da sistemi interoperabili.

In futuro sarà determinate un approccio diverso che punti sulla definizione di standard chiarendo le aspettative in merito all'interoperabilità e sostenendo il processo decisionale locale su sistemi, programmi, interfacce e applicazioni.

Le comunità sanitarie dovranno essere supportate rispettando le loro necessità e priorità locali e riconoscendo la loro maturità digitale, per decidere e procurarsi le proprie soluzioni, a condizione che soddisfino gli standard tecnici e professionali specificati a livello regionale.

Driver ⑤

CREARE UNA NUOVA RELAZIONE CON I CITTADINI E LE COMUNITÀ PER UN SISTEMA DI SALUTE E DI WELFARE ETICO E PARTECIPATO

“ Il cittadino protagonista degli atti di cura e dei percorsi di promozione sociale, per valorizzare risorse, identificare bisogni e fornire risposte adeguate anche sotto il profilo dei valori individuali

Un welfare partecipato

Nell'ultimo anno sono stati introdotti nel Sistema Sociosanitario Pubblico della Regione Toscana nuovi processi e più ampi meccanismi di coinvolgimento della popolazione, creando un framework mediante il quale rispondere alla difficile sfida della richiesta di maggiore protagonismo dei cittadini nelle decisioni che riguardano la loro salute o quella dei loro familiari e per migliorare la qualità dei servizi.

La **partecipazione**, presente da tempo come istanza internazionale, è riconosciuta quale principio fondante del nostro modello di welfare e del Servizio sanitario nazionale sin dalla sua istituzione e si affianca alla richiesta degli stessi cittadini, avanzata anche attraverso le loro associazioni di rappresentanza.

L'assunzione bilaterale di responsabilità sociale appare un elemento fondamentale del welfare regionale, che coinvolge i cittadini, le associazioni di tutela e le reti di cittadinanza in azioni di governance nelle quali essi divengano sponsor e attori del Sistema Sanitario Pubblico Regionale, per favorire l'erogazione di risposte efficaci ed appropriate sotto il profilo clinico ed etico e, nel contempo, garantire il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse.

In questo quadro la partecipazione costituisce uno degli elementi strategici inseriti strutturalmente nei meccanismi di **governance del SSR** e della rete integrata dei servizi sociali e socio-sanitari pubblici. Considerato che la maturazione delle capacità di coinvolgimento, della responsabilità e del senso di appartenenza dei cittadini e degli operatori favoriscono la sostenibilità del sistema, la partecipazione rappresenta uno strumento tecnico fondamentale per il governo del sistema.

Per far ciò la Regione Toscana intende sostenere la partecipazione nella sua accezione complessiva: sia la partecipazione consapevole del cittadino a livello individuale che della comunità mediante le associazioni. L'obiettivo è quello di promuovere "**cittadini competenti**", singoli o associati, in grado di partecipare in modo preparato e collaborativo alle scelte nelle politiche sociali e sanitarie.

Questo richiede un forte impegno per sviluppare le capacità di svolgere una reale partecipazione avendo anche consapevolezza della responsabilità che essa comporta e della necessità di aumentare il senso positivo di appartenenza dei cittadini al SSR e ai processi di inclusione sociale.

Gli ambiti che rappresentano i prossimi impegni a livello regionale sono:

- la piena realizzazione del **modello di partecipazione** introdotto con la l.r. n.75/2017;
- una **formazione estesa** rivolta ai cittadini ed alle associazioni per creare le competenze necessarie e costruire i presupposti per una collaborazione fattiva, in modo da aumentare la potenzialità dell'apporto ed identificare le modalità più efficaci ed eticamente corrette di partecipazione;
- favorire l'adozione dell'approccio sistemico e ecologico nella gestione dei servizi sociali, attraverso la diffusione del metodo della **co-progettazione territoriale** quale strumento per praticare effettivamente il lavoro di comunità finalizzato all'innovazione e alla coesione sociale;
- sviluppare la capacità di **ascolto attivo** dei pazienti e dei loro familiari per renderli sempre più parte attiva nel processo di cura ed instaurare una **relazione terapeutica** che migliori anche l'aderenza al percorso di cura da parte del paziente e la valorizzazione dell'**autoderminazione di ciascuna persona**.

I cittadini sono la componente essenziale dei sistemi di salute ed è necessario ricercare il loro massimo coinvolgimento anche a sostegno dell'adozione da parte delle istituzioni di metodi di programmazione, decisionali e valutativi maggiormente partecipativi (nell'ambito della metodologia della co-progettazione territoriale dei servizi, la partecipazione degli utenti e/o di loro forme di associative e di rappresentanza per favorire la definizione dei bisogni, l'ascolto e l'approfondimento dei diversi aspetti in gioco, quali esercizio e dei diritti, advocacy, etica).

La comunicazione e l'informazione come strumento per la partecipazione e l'empowerment

In tale prospettiva è fondamentale una politica di trasparenza, di informazione e comunicazione basata su chiare evidenze capaci di permettere una valutazione corretta delle scelte del sistema e comprensibili per la comunità.

La capacità degli individui di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni

sanitarie è fondamentale per il servizio pubblico che si deve dotare di tecniche e pratiche che favoriscano l'orientamento consapevole dei cittadini. L'informazione corretta è alla base di ogni scelta consapevole e preconditione per una partecipazione anche alle scelte pubbliche per la salute. E' importante creare una strategia comunicativa volta a rafforzare la capacità del cittadino di effettuare scelte consapevoli rispetto alla propria salute, orientare la popolazione a stili di vita sani, informare sui cambiamenti organizzativi e sulle diverse modalità di cura.

La prevenzione e la promozione della salute e del benessere sociale in tutte le azioni pubbliche

La salute ed il benessere dei singoli e della comunità sono influenzati anche da fattori politici, economici, sociali, culturali ed ambientali. È necessario quindi che la prevenzione e la promozione della salute vengano assunte come principio fondamentale anche da altri settori di intervento, con il coinvolgimento dei cittadini nel definire le priorità abbattendo le barriere che, tradizionalmente, separano le politiche per la salute dai luoghi di vita, dal lavoro, dall'istruzione, dall'ambiente e dallo sport.

Gli obiettivi di salute e benessere, attuati secondo la prospettiva di inclusione sociale attiva, richiedono di porre al centro del sistema dei servizi il processo di crescita delle persone e delle comunità, basato sull'incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione, nella logica dell'empowerment e del partenariato.

Disuguaglianze e politiche per l'equità

Come ricordato in apertura all'interno del driver n.1, nessuna politica per la salute e il benessere sociale deve dimenticare le differenze che caratterizzano ogni singolo individuo, valorizzando le risorse che derivano dalla diversità e rimuovendo le disuguaglianze nella risposta ai bisogni e garantendo le stesse opportunità per raggiungere il massimo potenziale di benessere.

Il servizio pubblico deve essere più vicino a chi maggiormente soffre il disagio, soprattutto quando associato alla disabilità o alla patologia psichiatrica e nei casi di maggiore fragilità: vanno incentivate soluzioni integrate rivolte al raggiungimento del massimo grado di autonomia possibile ed a scongiurare un approccio esclusivamente sanitario e/o farmacologico così come, nel caso dei servizi sociali, puramente fondato su una logica riparativo-assistenzialista.

Particolare attenzione è rivolta a bambini e famiglie in condizioni di fragilità o vulnerabilità sociale, laddove i temi del coinvolgimento e dell'attivazione sociale, della

partecipazione e della cittadinanza si misurano con la capacità del sistema territoriale di ridurre le distanze all'accesso ai diversi servizi e di esprimere una funzione di regia, che assicuri tempestività, coerenza e continuità agli interventi, siano essi a valenza tutelare o preventiva.

Anche in relazione ai flussi migratori, il modello di presa in carico è finalizzato a favorire l'integrazione dei migranti all'interno delle comunità ospitanti, nella convinzione che "accoglienza diffusa" significa prima di tutto capacità di includere le persone nel contesto locale, riconoscendole come parte di una comunità più ampia.

A questo fine occorre porre il territorio al centro, in quanto cardine di un sistema di governance che vuole essere improntato alla solidarietà e alla coesione sociale. Questo significa sostenere e incoraggiare progettualità basate sulla collaborazione territoriale che sappiano far leva sulla rete degli attori che storicamente rappresentano il tessuto sociale di un territorio accanto agli enti di governo locale: terzo settore, imprese, associazioni di categoria, Università e istituti scolastici.

Prendersi cura della comunità

I bisogni di salute nascono e si manifestano in contesti concreti, spesso in condizioni sociali complesse, e le risposte più adeguate devono essere identificate e rese disponibili a partire dall'ascolto sistematico dei cittadini e dalle risorse esistenti nei loro contesti quotidiani di vita: i servizi devono essere nei luoghi di vita. L'obiettivo è creare un welfare relazionale con la comunità che rappresenta il contesto nel quale il cittadino vive e si relaziona. La comunità pertanto diviene protagonista dei percorsi di cura, per costruire insieme alle istituzioni risposte ai bisogni assistenziali in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale che coinvolga la persona e la sua famiglia. Queste forme di rete, cui devono partecipare i cittadini possono essere fruttuosamente sostenute dal pubblico in una collaborazione fattiva con quanti siano in grado di contribuire agli obiettivi comuni:

- le Case della Salute;
- la medicina generale e distrettuale;
- la medicina specialistica;
- i servizi sociali;
- la scuola;
- l'associazionismo locale;
- gli Enti locali;
- i caregiver familiari e/o assistenti privati;

- le risorse individuali;
- percorsi di medicina integrata.

I team delle cure primarie devono poter contare nella gestione della salute dei propri assistiti su opportunità e servizi non clinici presenti nella comunità e organizzati dall'associazionismo o dal privato sociale. Occorre introdurre per questo una prassi riferibile alla "social prescription" modalità con la quale si risponde ai bisogni delle persone in modo olistico, all'interno della comunità di vita, a sostegno della propria capacità di assumere maggiore controllo sulla propria salute.

I programmi di prescrizione sociale possono comprendere una varietà di attività che sono tipicamente fornite da organizzazioni del volontariato e del settore comunitario. Gli esempi includono il volontariato, le attività artistiche, l'apprendimento di gruppo, il giardinaggio, l'amicizia, la cucina, la sana alimentazione e una vasta gamma di sport.

Valori individuali e salute

Se l'obiettivo da raggiungere è la piena possibilità per ogni singola persona di sviluppare ogni capacità (fisica, cognitiva, emotiva, sociale) e di realizzare il proprio piano di vita, legata alla promozione del "miglior stato di salute possibile", esso non può scindersi dal rispetto per l'integrità di ciascuno, identificabile nella possibilità di dare un senso autonomo e morale ai propri vissuti di malattia anche nelle **fasi finali della vita**.

Affinché il cittadino possa essere sempre più soggetto di partecipazione e non più oggetto di prestazioni, è essenziale un impegno istituzionale per la tutela dei diritti connessi alle scelte per la salute: tutti devono poter essere sostenuti da una corretta informazione e da un approccio relazionale dei curanti, utili per sviluppare scelte autonome e conformi ai valori individuali. **L'integrità biografica** di ciascun cittadino deve poter essere accudita nei percorsi di prevenzione e cura: ciascun attore del sistema sanitario, a partire dal cittadino, deve essere aiutato dal sistema a divenire consapevole e operare in modo responsabile le proprie scelte private e professionali. Tale impegno deve valere anche per la partecipazione dei cittadini alla ricerca medica quando coinvolti in sperimentazioni cliniche.

La **Commissione Regionale di Bioetica** è strumento di indirizzo e coordinamento di questo intervento culturale ed etico per creare contesti in cui la responsabilizzazione verso le azioni di prevenzione e cura della salute sia accompagnata dal rispetto delle identità individuali e professioni, connotate da valori e preferenze in grado di sostenere la crescita civile di una società multiculturale, multi-etnica e multiconfessionale. Un sistema sanitario sostenibile è un sistema che ricerca l'equilibrio nel bilanciamento tra spesa sanitarie e benefici di salute, ma anche, in ciascun contatto del cittadino con i servizi, l'equilibrio tra valori/preferenze individuali e interessi della collettività.

Driver ⑥

RIDISEGNARE LE COMPETENZE E SOSTENERE LE “AVANGUARDIE” PER SVILUPPARE UNA FORZA LAVORO MODERNA E FLESSIBILE

“ La medicina moderna esige un cambiamento radicale nell’organizzazione di un’impresa complessa e costosa. Il personale rivendica autonomia nell’interesse del paziente, ma non può evitare di sottostare a regole aziendali, il che comporta di perseguire l’equilibrio decisionale (la governance) tra tutti gli attori del sistema.

Chi decide a letto del malato ciò di cui ha bisogno e chi decide, in una visione di collettività, ciò che invece può essergli offerto? Da un lato la complessità della medicina tecnologica, dall’altro l’incremento progressivo e inarrestabile dei costi, infine l’applicazione alla tutela della salute delle regole del mercato finanziario, costringono a continui aggiustamenti organizzativi mentre occorre trovare un sistema di formazione delle decisioni equilibrato e efficace.

Inoltre le scoperte della scienza e l’innovazione tecnologica fanno sì che qualsivoglia domanda di salute implichi la messa in atto di complessi percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali (e sociali) che richiedono l’intervento di molteplici discipline e professioni. Infine è difficile prevedere l’impatto della tecnologia informatica, cioè dell’intelligenza artificiale della macchina cui deve far fronte l’intelligenza naturale dell’uomo.

Riguardo alle professioni sanitarie il PSR si pone alcune priorità.

- La necessità di lavorare in **team multidisciplinari e poliprofessionali** e di orientare in tal senso la formazione che deve costantemente prevedere strumenti per la sicurezza del paziente.
- I nuovi scenari richiedono l’acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell’equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell’area sanitaria. La ridefinizione degli

ambiti di attività con modalità multiprofessionali, e il conseguente ampliamento delle competenze/responsabilità acquisite nel percorso formativo accademico, oltre a percorsi formativi modulari strutturati dalle Regioni in base a specifiche esigenze, costituiscono l'ambito di azione e lo spazio istituzionale in cui proporre le necessarie modifiche. Attraverso specifici protocolli con l'Università il **riorientamento della formazione** deve essere centrato sullo sviluppo di piani di studio, programmi di formazione, basati sulle competenze, orientati alla comunità, rivolti allo studente e alla soluzione dei problemi di salute e dei servizi. I livelli di formazione curriculare e non devono basarsi su modelli di apprendimento per competenze e tendere a certificare le conoscenze, le abilità e i comportamenti del professionista. Un esercizio professionale flessibile, dinamico ed integrato rende necessaria l'innovazione dei rapporti fra le diverse professionalità sanitarie e socio-sanitarie e la riorganizzazione dei processi produttivi. Parimenti è necessario informare l'organizzazione aziendale, complessa e complicata oltre qualsivoglia impresa manifatturiera, ad una gestione rispettosa delle competenze ma gerarchicamente adeguata.

- **Valorizzare la responsabilità** e quindi la corretta valutazione dei costi e dei risultati, dal momento che i servizi medici incidono per circa il 10% sul PIL.
- Operare al fine di trovare sintesi tra appropriatezza clinica, organizzativa, sociale e personale (del paziente). Impegno del SSR è di perseguire l'**appropriatezza**, cioè la prestazione più adatta per il singolo in quel contesto personale, sociale e culturale.

Il PSR vuol enfatizzare entrambi i ruoli – professionale e gestionale – cui è chiamato il personale sanitario, in particolare medico, valorizzando la competenza decisionale dei professionisti che si trasfonde nella governance. L'approccio integrato della governance valorizza il ruolo di tutti i professionisti della sanità, assicura qualità, sicurezza, risultati valutabili in termini di salute, uso efficiente delle risorse. In tal senso, la Regione è impegnata a promuovere e coordinare l'adozione da parte di tutti gli enti del SSR di strumenti organizzativi e gestionali che, utilizzando tutti gli istituti previsti dai contratti collettivi di lavoro, possano adeguatamente riconoscere e valorizzare i percorsi di sviluppo di carriera sia sul versante professionale, sia su quello gestionale, individuando altresì formule innovative in grado di abbracciare entrambi i profili. Il nuovo inquadramento del sistema degli incarichi disegnato dal CCNL per il personale del comparto firmato il 21 maggio 2018 agevola la progettazione di un nuovo quadro organizzativo idoneo ad assicurare la declinazione di un'ampia gamma crescente di livelli sia sulla linea delle responsabilità gestionali, sia su quella della complessità delle competenze professionali e ben si presta anche alla definizione di ruoli modulabili in maniera flessibile rispetto ad entrambe le componenti.

Nei **Team interprofessionali** non ci si limita alla collaborazione tra professionisti di discipline diverse ma, all'interno di questo processo di collaborazione, viene inserito

anche il paziente. Il ruolo attivo del paziente permette ai professionisti di definire obiettivi comuni, di condividerli con lui e di chiedere anche il suo impegno per raggiungerli.

La mancanza di collaborazione e comunicazione determina stress e frustrazione nei professionisti e, a seguire, i risultati che ne derivano possono trasformarsi in errori e fallimento di interventi. Al contrario, la presa di decisioni condivisa da parte di tutto il team assistenziale determina una migliore qualità delle cure, una maggiore soddisfazione del paziente, una migliore performance del sistema di cure.

La discussione tra “pari”, la partecipazione a programmi di formazione pensati e creati per i team interprofessionali rappresentano un insieme di fattori che determinano la **fidelizzazione al team**, diminuiscono il turnover delle risorse, contribuendo di conseguenza ad una migliore gestione della risorsa professionale.

Analogamente, la Regione è impegnata a promuovere iniziative volte ad adeguare il sistema degli incarichi dirigenziali agli assetti organizzativi derivanti dall'attuazione della riforma del SSR, con particolare riferimento all'individuazione di ruoli in grado di ricomprendere ed esprimere sia competenze gestionali, sia competenze professionali nelle linee di produzione che hanno interessato più strutture precedentemente riconducibili a diverse ex Aziende.

I rapporti di lavoro debbono essere orientati verso **tre linee di indirizzo: tempo per la relazione col paziente, valutazione delle performance, lavoro in gruppo**. Tutto ciò si fonda sulla precisa definizione di ruolo delle molteplici professionalità impegnate nel SSR. I curricula formativi e la prassi assistenziale delimitano competenze e skills di ciascun professionista. La finalità del servizio è di elevare il livello professionale di tutto il personale. Al di là delle inevitabili embricazioni della prassi quotidiana, il riconoscimento dei livelli di competenza deve avvenire per successivi maggiori impegni.

In collaborazione con le associazioni professionali e i sindacati, il PSR mira a creare le condizioni perché il comportamento dei professionisti sia conforme alla deontologia, in particolare verso la trasparenza delle scelte, la partecipazione alla gestione degli interventi individuali e comunitari, la responsabilità e l'efficienza, l'efficacia clinica.

Le Aziende favoriscono quindi soluzioni di avanguardia dal punto di vista professionale e gestionale. Le linee guida professionali debbono essere trasformate in percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e sociali (PDTAS), non essendo più sostenibile la divaricazione degli interventi sanitari da quelli sociali. L'integrazione avviene a tutti i livelli del percorso ma è massima nel territorio.

Alla luce del presente PSSIR la Regione intende dotare le Aziende di strumenti per affrontare:

- il tempo disponibile per la professione rispetto a quello per le esigenze amministrative;
- la relazione col paziente, come rivendicazione di ruolo sociale, “ la comunicazione è tempo di cura;
- l'informatizzazione strutturale al servizio;

- la femminilizzazione della professione;
- la carriera professionale e gestionale;
- la questione delle linee guida;
- la formazione pre-laurea, post laurea e durante la professione (lifelong learning).

Il cambiamento metodologico più profondo per l'organizzazione del servizio e professionale è rappresentato tuttavia dal tentativo, peraltro ineludibile, di costruire intorno alle esigenze del cittadino, dalla medicina delle persone sane, alla cronicità, alla terminalità, un continuum tra il territorio e l'ospedale che rappresentano differenti momenti di un percorso univocamente gestito.

Viviamo un'epoca di cambiamenti tumultuosi. I professionisti debbono partecipare al governo del cambiamento con il fine della salvaguardia dei valori fondanti del servizio sanitario: l'universalità del diritto alla tutela della salute e l'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni. La sanità non è pensabile senza l'apporto dei professionisti, è un'impresa in cui il prodotto, la salute della gente, si ottiene per il lavoro di ciascun operatore su ciascun cittadino. Questa consapevolezza di fondo deve improntare di sé il cambiamento.

Analoghe prospettive si pongono nel campo del sociale, ove si pone l'esigenza di sviluppare la qualificazione delle professionalità (assistenti sociali, educatori professionali, tutor, mediatori linguistico-culturali) coinvolte nel lavoro di rete sociale e socio-sanitario. Così come nell'ambito prettamente sanitario, anche nel campo del sociale è necessario sviluppare lo strumento del team multidisciplinare e poliprofessionale come contesto più adeguato per la presa in carico e la gestione integrata dei casi (minori, materno-infantile, violenza, povertà).

Driver ⑦

CREARE UNA NUOVA ALLEANZA CON I CITTADINI PER PRESERVARE IL NOSTRO SISTEMA SOCIO-SANITARIO

“ Il sistema socio-sanitario appartiene a tutti ed ognuno di noi deve fare la propria parte per preservarlo. ”

La sostenibilità del sistema pubblico è fortemente legata alle scelte di appropriatezza fatte da operatori e da cittadini che lavorano in squadra per preservare l'universalità del nostro sistema sanitario prendendo decisioni basate sul valore e sulla qualità al fine di mantenere il sistema per le generazioni future.

Sostenere e proteggere il nostro sistema universale pubblico di assistenza sanitaria operando e prendendo decisioni basate sul valore e sulla qualità, per preservare il sistema per le generazioni a venire. Questo è uno degli aspetti chiave su cui è necessario investire con la consapevolezza di tutti che ognuno deve fare la propria parte: i decisori politici, i manager, i professionisti ed i cittadini.

Il nostro sistema sanitario appartiene ai cittadini lo finanziano e ne dipendono per la loro salute. Mantenere un sistema sanitario di qualità sostenibile significa controllare i costi ed investire sulla prevenzione delle malattie e sul miglioramento dei risultati di salute per i cittadini, ora ed in futuro.

Per ottenere questo risultato occorre rendere il nostro sistema sempre più trasparente agendo in una prospettiva sistemica per realizzare in concreto un cambiamento nei comportamenti. Questo si basa sull'assunzione di **responsabilità da parte dei professionisti nelle scelte di cura** e sulla **partecipazione dei pazienti e dei cittadini** e richiede un forte impegno per aiutare i cittadini a comprendere meglio come funziona il sistema in modo che possano individuare correttamente le opportunità che esso offre e le modalità con le quali usufruirne nel modo migliore.

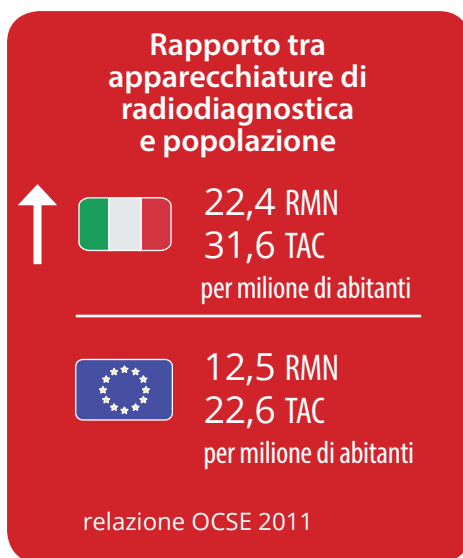
Da tempo è stato evidenziato che numerosi esami, procedure e trattamenti farmacologici largamente diffusi non apportano benefici per i pazienti e anzi rischiano di essere dannosi. La stima dell'OMS, secondo la quale una percentuale della spesa sanitaria compresa tra il 20% e il 40% rappresenterebbe uno spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse (WHO 2010), appare molto verosimile anche per l'Italia. In molti settori è di fatto possibile evidenziare un sovra utilizzo di esami diagnostici e trattamenti

che emerge anche dal confronto dell'Italia con gli altri paesi sviluppati dell'area OCSE. Uno di questi settori, come riporta la relazione OCSE 2011 per il nostro paese, è rappresentato dalla radiodiagnostica. Il numero di apparecchiature di RMN e TAC nel nostro paese presenta un rapporto rispetto al numero di abitanti tra i più alti (22,4 RMN e 31,6 TAC per milione di abitanti), molto al di sopra della media OCSE (rispettivamente 12,5 e 22,6). Analogamente le stime sul numero di esami effettuati ci pongono ai primi posti tra i paesi OCSE.

La letteratura di settore ha messo in evidenza recentemente che il 56% delle prestazioni radiologiche ambulatoriali eseguite nel nostro paese è inappropriato, questo significa che quasi la metà delle prestazioni prese in esame poteva essere evitata senza alcuna conseguenza per il paziente. Analogamente risulta molto più alto rispetto agli altri paesi l'utilizzo di tecnologie complesse in cardiologia. Riguardo ai farmaci il consumo pro capite di antibiotici in Italia è uno dei più alti tra i paesi OCSE, con conseguenze dirette sulla salute della popolazione in relazione all'incremento delle resistenze tanto che questa problematica è diventata una vera e propria priorità di sanità pubblica. Infatti, oltre alle implicazioni cliniche (aumento della morbilità, letalità, durata della malattia, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), vi è anche la ricaduta economica delle infezioni da batteri antibiotico-resistenti, dovuta al costo aggiuntivo richiesto per l'impiego di farmaci e di procedure più costose, per l'allungamento delle degenze in ospedale e per eventuali invalidità.

La prescrizione di esami e trattamenti non supportati da prove di efficacia è riconducibile a molteplici ragioni: per abitudine, per soddisfare pressanti richieste dei pazienti, per timore di sequele medico legali, perché spiegare al paziente che non sono necessari richiede più tempo o perché si applica in modo acritico il concetto del "fare tutto il possibile".

La riduzione di prestazioni inappropriate, che non offrono benefici tangibili ai pazienti ma piuttosto espongono a maggiori rischi, costituisce pertanto un preciso imperativo etico che diviene tanto più pressante in questo momento in quanto mette a rischio inutilmente la sostenibilità del servizio sanitario pubblico e la tutela della salute. D'altra parte molti interventi di prevenzione primaria e secondaria rimangono fortemente sottoutilizzati, sia per la debole integrazione della prevenzione nei percorsi assistenziali



sia per la necessaria maggiore convergenza su obiettivi di salute delle politiche incidenti sui determinanti della salute.

E' quindi necessario promuovere una crescita culturale collettiva, coinvolgendo i professionisti, i cittadini e le associazioni, agendo in più direzioni.

L'impegno ad un corretto ed equo utilizzo delle risorse chiama in causa innanzi tutto i medici che sempre più devono assumersi la responsabilità dell'appropriatezza delle scelte dato che "fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri". Numerosi studi sottolineano come, per limitare esami e trattamenti non necessari, sia fondamentale il ruolo dei medici, dalle cui decisioni si stima dipenda circa l'80% della spesa sanitaria. Occorre pertanto promuovere una nuova consapevolezza da parte dei medici, sottoposti a forti pressioni da parte delle aziende produttrici e condizionati dalla concorrenza di colleghi meno attenti a questi aspetti e da un'informazione distorta e non sufficientemente libera da conflitti di interesse.

La relazione fra professionista sanitario e paziente va riposizionata al centro dell'intervento di cura, rendendoli **entrambi attivi e cooperativi** per giungere a scelte informate e condivise su esami diagnostici, trattamenti e procedure in modo da evitare quelle a rischio di inappropriatazza, attuando in maniera sistematica le raccomandazioni su esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi alla maggior parte dei pazienti ai quali sono prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi.

Vanno anche potenziati gli interventi di prevenzione e di promozione della salute ripensandone le modalità attuative per renderli maggiormente efficaci e diffondere i concetti di cura efficace, riabilitazione possibile e valorizzazione delle capacità residue, in contrapposizione all'eccesso di cure e alla ricerca della guarigione ad ogni costo.

Gli ambiti che rappresentano i prossimi impegni a livello regionale sono:

- lo sviluppo di piani di implementazione delle raccomandazioni sull'utilizzo appropriato di esami e trattamenti che comprendano l'identificazione di indicatori da utilizzare per valutarne l'effettiva applicazione;
- la realizzazione di Iniziative per migliorare il rapporto medico-paziente e la relativa presa in carico aumentando e migliorando la comunicazione con i cittadini/pazienti, "la comunicazione è tempo di cura";
- la ricerca di una maggiore responsabilizzazione dei professionisti attraverso l'impegno delle società scientifiche, degli ordini e dell'università;
- la ri-progettazione degli interventi di prevenzione e di educazione alla salute;
- la promozione dell'informazione indipendente dei medici e degli altri professionisti sanitari;
- la diffusione dei concetti di cura efficace ed appropriata tra i cittadini, i pazienti e le loro rappresentanze rendendo disponibili maggiori informazioni;

- l'allineamento della formazione continua con la ricerca di appropriatezza e sostenibilità.

Nuove politiche del farmaco: appropriatezza e sostenibilità

Due strumenti per garantire la salute dei cittadini e la sostenibilità del sistema: la riconciliazione della terapia e la lotta agli sprechi dei farmaci grazie al loro riutilizzo. Ruolo dei MMG, Infermieri di Famiglia, Farmacisti Ospedalieri e Farmacie dei Servizi.

Il pericolo di effetti collaterali da farmaci triplica dopo i 65 anni e quadruplica dopo i 75 (dato AIFA) soprattutto per la frequente mancanza di una regia che indichi priorità di trattamento e riconsideri periodicamente gli schemi terapeutici; quindi almeno tre milioni di ricoveri di anziani sarebbero evitabili semplicemente riconciliando le terapie con le effettive esigenze del paziente. I farmaci sono beni preziosi e vanno usati attentamente per dare i loro migliori effetti terapeutici, quindi vanno gestiti attraverso processi di

revisione e riconciliazione. Gran parte dei ricoveri e degli accessi al Pronto Soccorso hanno come causa terapie non monitorate e carenti di un momento di verifica che indichi priorità di trattamento e riconsideri periodicamente gli schemi terapeutici. E' necessario che Farmacisti con le Farmacie dei Servizi, Infermieri di Famiglia e Medici di medicina generale siano attori e gestori della presa in carico della cronicità, migliorando l'aderenza alla terapia, e conseguentemente generando la riduzione degli accessi al pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri, ottenendo anche un risparmio documentato e quantificato in termini di sostenibilità economica. Il rationale per la sostenibilità può essere cambiare il modello organizzativo legato alla cronicità. Il lavoro integrato di Farmacista, Medico ed Infermiere, per mezzo della riconciliazione della terapia può portare l'aderenza al massimo livello. E, proprio sulla base del dato relativo al numero dei "ricoveri evitabili", possiamo stimare l'impatto di questo modello organizzativo in circa tre miliardi di euro, pari al 45% della spesa farmaceutica convenzionata 2017. Generalmente sono i momenti di transizione di cura (cioè il passaggio dal ricovero in ospedale alla dimissione oppure i trasferimenti tra reparti della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria) quelli in cui si generano gli errori in terapia (politerapia, interazioni tra farmaci, overuse/underuse dei farmaci stessi).

Un altro argomento di appropriatezza e sostenibilità, ma anche un valore etico e sociale è dato dal recupero e reimpiego o donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso

Pericolo da effetti collaterali da farmaci

3 volte maggiore
dopo i 65 anni

4 volte maggiore
dopo i 75 anni

dato AIFA

di validità. Il “Rapporto Rifiuti Urbani 2015 di ISPRA” (Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale) evidenzia che da un campione di 1.980 Comuni italiani, è emerso un valore di 1.546 tonnellate di farmaci in raccolta differenziata. Lo smaltimento di questi farmaci rappresenta un costo sociale aggiunto al costo economico se si considera che buona parte de farmaci conferiti sono farmaci mai aperti, oppure utilizzati solo parzialmente per cambio di terapia e comunque erogati a carico del SSN.

La soluzione ci viene dalla Legge Finanziaria 2008 (Legge 24 dicembre 2007, n. 244). Tale legge dispone che le confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, in possesso di ospiti delle RSA o in possesso di famiglie che hanno ricevuto assistenza domiciliare, potessero essere riutilizzate nell’ambito della stessa RSA o della stessa ASL. La finalità della norma è quella di garantire ai cittadini la possibilità di recuperare, restituire, o donare i medicinali rimasti inutilizzati nei casi in cui si fosse reso necessario per il medico modificare una terapia già in atto a causa, ad esempio, della sua inefficacia, oppure per sopravvenuti effetti collaterali al farmaco, per variazioni della terapia fino al caso in cui il paziente fosse deceduto.

Quindi un contributo alla riduzione dello spreco di medicinali non più utilizzati può venire da una maggiore consapevolezza da parte del cittadino del valore non solo individuale ma anche sociale del bene “farmaco” e dalla messa in atto di progetti con le Farmacie dei Servizi, con i Distretti, Infermieri di famiglia e Medici di Medicina generale ed ONLUS per garantire la salvaguardia degli sprechi.

Farmaci in raccolta differenziata

1.980 comuni italiani

1546 tonnellate
di farmaci



rapporto ISPRA 2015

Driver ⑧

PIANIFICARE IN MANIERA CONDIVISA LE CURE NELL'ULTIMA FASE DELLA VITA

“ **Partecipazione e scelta per il diritto alla tutela della salute nel rispetto della dignità della persona e della qualità di vita nell'ultima fase di malattia.** ”

La valutazione prognostica dell'aspettativa di vita e della complessità dei sintomi nel paziente affetto da patologia in fase avanzata e la ricognizione della possibile traiettoria della malattia, permettono di identificare il momento di iniziare un programma di Cure Palliative Precoci per venire incontro ai bisogni della persona in modo tale che la giusta cura possa essere fornita al momento giusto, in linea con i desideri e le preferenze del paziente.

Criteri fondanti della **pianificazione condivisa delle cure** sono la corretta **relazione/comunicazione/informazione** con il paziente, l'autodeterminazione del malato, la condivisione del percorso con le persone di riferimento del paziente. E' possibile così formulare un **Piano di Assistenza Individuale (PAI)** che si realizza attraverso la condivisione del percorso di cura. Questo modello si basa sul coinvolgimento attivo del paziente nelle fasi cruciali del trattamento con l'assunzione di un ruolo attivo nelle decisioni riguardanti il suo percorso di cura.

La pianificazione condivisa delle cure è un percorso progressivo di comunicazione, ma soprattutto di ascolto attivo, che permette di strutturare un **piano di cura condiviso e documentato**, in cartella clinica. Il piano di cura, il consenso e la comunicazione effettuata, nonché il grado di comprensione e di consapevolezza dovranno essere aggiornati in base alle variazioni dello stato clinico. Solo in questo modo la pianificazione condivisa delle cure risulterà rispettosa delle volontà e delle scelte attuali e pregresse del paziente.

A questo scopo è fondamentale il **coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale**, e dei **team dei professionisti delle cure primarie**, i quali saranno i fautori di un cambiamento che può coniugare la necessità di una miglior cura con quello di un'ottimizzazione dell'assistenza nella personalizzazione delle cure; questa risulta fondamentale soprattutto in pazienti "complessi", intendendo con questo termine non solo la molteplicità di patologie e di trattamenti, ma anche la fondamentale incidenza di fattori psicologici e sociali.

Al contempo risultano fondamentali i seguenti elementi di cambiamento:

- **integrazione dei percorsi** indicati dagli specialisti, che, sempre più numerosi, seguono il paziente nelle sue patologie e nei suoi ricoveri ospedalieri;
- vera **esecuzione delle disposizioni** relative ad un consenso veramente informato e alla legge 219/2017;
- realizzazione di **percorsi di diagnosi e cura realmente appropriati rispetto allo stato e alle volontà del paziente**, giungendo a una esecuzione di esami diagnostici solo nel caso che il giudizio clinico li indichi come fondamentali per cambiare il percorso della malattia e a prescrizioni che consentano un'aderenza al trattamento tale da migliorare le condizioni cliniche riducendo al minimo gli effetti negativi delle interazioni fra i trattamenti farmacologici.

Oggi troppo spesso il servizio specialistico di Cure Palliative è attivato soltanto nelle ultime settimane di vita per la presa in carico dei malati oncologici terminali. Molte volte ancora oggi il paziente oncologico muore in fase di trattamento con chemioterapie o radioterapie, talora attivate nell'ultimo mese, senza la necessaria attenzione alla dignità e qualità di vita della persona. E' necessario valorizzare al massimo i benefici della messa a disposizione da parte del SSR dei farmaci innovativi curativi facendo in modo che il loro impiego risponda a criteri di uso appropriato ed etico rispetto ai benefici e agli esiti sulla persona e non soltanto in ossequio a schemi e protocolli sviluppati e definiti nei processi funzionali ad ottenere l'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco.

Le cure palliative sono per questo uno strumento necessario di aiuto nella scelta delle terapie nella cura di malati ad elevata complessità nella fase avanzata del percorso di malattia, un supporto alla definizione degli obiettivi di cura in tutte quelle condizioni di malattia (sempre di più polipatologia), che significhino l'ingresso nella fase finale della vita. Tali aspetti rappresentano il razionale della necessità di lavorare con una visione di cure palliative alla Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) .

E' pertanto un obiettivo strategico della programmazione socio-sanitaria la realizzazione di azioni di sostegno ad un cambiamento del paradigma assistenziale che, a partire dalla medicina di iniziativa e dall'implementazione della cosiddetta palliazione precoce, veda il cittadino soggetto sia della cura che del prendersi cura attraverso un suo concreto coinvolgimento nel processo decisionale che lo riguarda.

Descrizione

Il percorso clinico-assistenziale dei pazienti con patologie croniche dovrebbe prevedere l'inserimento delle Cure palliative Precoci e Simultanee al momento appropriato e l'eventuale passaggio alle cure palliative specialistiche, se necessario, maturato in un

modello di pianificazione delle cure. A tal fine il Medico di Medicina Generale, e tutti i professionisti coinvolti nelle cure primarie, identificati precocemente i malati cronici che si avvicinano alla fase end stage, prima che intervengano condizioni d'urgenza, attraverso la relazione di cura devono rendere consapevoli il malato e la sua famiglia della situazione reale, allo scopo di realizzare un percorso condiviso e pianificato di assistenza nelle cure di fine vita.

Le finalità delle Cure Palliative Precoci e Simultanee sono:

- la presa in carico globale del malato e della famiglia;
- il trattamento di tutti i sintomi fisici correlati alla malattia;
- la valutazione dei bisogni psicologico-relazionali e del livello di consapevolezza della prognosi da parte del paziente e dei familiari;
- la valutazione dell'opportunità di rendere più consapevole della prognosi;
- la coniugazione, nell'ambito delle malattie neoplastiche, dell'aspetto terapeutico con quello palliativo nel continuum della cura del malato evitando il senso di abbandono nella fase avanzata e terminale.

In quest'ambito le Cure Palliative Precoci e Simultanee garantiscono la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, sostengono e aiutano il paziente nelle scelte terapeutiche e nella programmazione del percorso di cura, collaborano con l'oncologo e il MMG e supportano lo specialista e il MMG nel percorso di comunicazione con il malato e la famiglia.

La collaborazione con lo specialista può evitare ad esempio chemioterapie inappropriate e approcci di ostinazione diagnostica e terapeutica nelle fasi avanzate di malattia, accompagnando il paziente e la famiglia nell'accettazione della fase di malattia al fine di raggiungere la migliore qualità di vita possibile.

In questo percorso assistenziale continuo e coerente, ad ogni snodo decisionale dovranno essere pertanto valutate le condizioni cliniche, psicologiche, sociali e spirituali del paziente, l'efficacia del trattamento, sia questo antitumorale che palliativo, le ulteriori opzioni ed il relativo costo/beneficio e, soprattutto, la volontà e le scelte del paziente.

Questa modalità presa in carico ha come obiettivo la condivisione delle scelte terapeutiche ed assistenziali in ogni fase del percorso di cura, soprattutto nelle fasi più avanzate; è evidente la sua rilevanza nella decisione di accettare le esclusive cure palliative, nella scelta del setting assistenziale (domicilio o Hospice) al momento della progressione della malattia e nelle decisioni che riguardano il periodo di fine vita.

È necessario che le informazioni fornite al paziente e alla sua famiglia non siano riservate al sanitario che ha effettuato il colloquio, ma che siano condivise con l'equipe, per garantire la continuità e la coerenza della comunicazione, al fine di formulare un piano individuale di cura condiviso fra i curanti, con il malato e la sua famiglia e documentato

nella cartella clinica, in cui siano raccolte anche le scelte del malato.

In previsione della gestione di questa fase, attraverso la pianificazione condivisa delle cure dovrebbe essere affrontato il tema della possibilità del controllo di eventuali sintomi refrattari attraverso la riduzione più o meno profonda dello stato di coscienza, fino alla sedazione proporzionale/palliativa (Art. 2 Comma 2 L.219/2017).

È fondamentale che tali decisioni non siano prese dai curanti "in urgenza", ma siano valutate e condivise per tempo con il paziente e con la famiglia per avere un'indicazione documentata della volontà del paziente prima del momento della decisione effettiva, in cui spesso le condizioni sono troppo compromesse per permettere l'espressione di una scelta davvero libera e consapevole.

Il cambiamento di paradigma (dall'attesa all'iniziativa, dall'intervento in condizioni di urgenza all'intervento programmato) deve essere esteso a tutta la comunità e, dato l'elevato numero di coloro al quale questo si applica, solo il team assistenziale delle Cure Primarie (Medico di Medicina Generale, Infermiere, Assistente Sociale coadiuvati da tutti gli altri professionisti sanitari) possono garantire la capillarità di intervento necessaria.

Il Medico di Medicina Generale conosce bene il paziente, le sue preferenze, le sue abitudini di vita, il suo ambito sociale e familiare e può avere una maggiore facilità di azione in un ambito così importante e delicato. Già la stessa legge 38/2010 dispone che le cure palliative debbano essere a carico del MMG, che richiede, nei casi che non ritiene di poter affrontare da solo, affiancato dagli altri professionisti delle Cure Primarie, l'intervento delle cure palliative specialistiche, sia in consulenza che con una completa presa in carico, senza peraltro abbandonare mai il paziente che lo ha scelto.

Il necessario cambiamento nell'organizzazione dei servizi deve essere tuttavia sostenuto da un cambiamento culturale nei confronti del fine vita: nella Regione Toscana tale obiettivo è raggiungibile anche tramite l'azione della Commissione Regionale di Bioetica e dei Comitati per l'Etica Clinica con l'indispensabile collaborazione delle Associazioni dei cittadini attive nel territorio per questo settore.

Linee d'azione

Garantire la pianificazione condivisa delle cure (PCC) e l'attivazione di percorsi di cure palliative precoci nella cura delle persone affette da patologie croniche

Un cambiamento di paradigma: dall'attesa all'iniziativa, dall'intervento in condizioni di urgenza all'intervento programmato

Disposizioni anticipate di trattamento: indirizzi e fruibilità

UN UNICO SISTEMA TANTI DESTINATARI I TARGET

Il piano si sviluppa a partire dall'impegno nei confronti delle persone perché prendersi cura dei bisogni della gente è alla base di ogni decisione che dobbiamo assumere come sistema socio sanitario. Per quanto definito vengono individuate le priorità per i diversi destinatari.

Le macro azioni di piano vengono pertanto definite dedicandole a 12 destinatari (TARGET) che ricomprendono nel loro insieme la nostra popolazione di riferimento distinta per età, fasi della vita, particolari condizioni di malattia e/o territorio di residenza.

Per quanto attiene la tematica della "cronicità" in considerazione della particolare rilevanza della stessa sarà predisposto, tenuto conto anche delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale Cronicità, uno specifico documento attuativo di indirizzo regionale.

DESTINATARI AI QUALI SONO DEDICATE LE AZIONI DEL PIANO

Target:

- (A) dedicato ai genitori
- (B) dedicato ai bambini
- (C) dedicato ai giovani
- (D) dedicato alle donne
- (E) dedicato ai pazienti oncologici
- (F) dedicato agli anziani
- (G) dedicato alle persone con disabilità
- (H) dedicato agli stranieri
- (I) dedicato ai lavoratori
- (L) dedicato alle popolazioni residenti nei territori difficili
- (M) dedicato alle persone detenute negli istituti penitenziari
- (N) dedicato a tutti i cittadini

Target (A)

DEDICATO AI GENITORI

“ La promozione del benessere e del sostegno alla genitorialità e all'essere genitori nella ricomposizione dell'approccio sociale, educativo e sanitario, capace di produrre sia nel presente sia nel futuro, effetti positivi sulla salute e sulla qualità della vita delle persone a favore della collettività.

Riferimenti epidemiologici

- Le coppie con figli costituiscono in Toscana il 31% delle famiglie, ma aumentano le famiglie monogenitoriali costituite prevalentemente da madri sole che vanno particolarmente sostenute (Profilo regionale sociale 2016). Vari studi hanno evidenziato l'effetto negativo della assenza del supporto sociale e della assenza del partner, non solo fisica, ma anche emotiva, sulla capacità genitoriale delle donne. Aumentano anche gli altri fattori di rischio che si intrecciano tra di loro sviluppando quadri di sempre maggiore complessità. Alta attenzione va posta in presenza di violenza domestica o di alta conflittualità familiare.
- L'età della prima maternità si è progressivamente elevata, la genitorialità è prevalentemente una scelta ponderata, meno casuale e spesso unica
- Il livello culturale si è innalzato. Maggiori sono i messaggi informativi, anche contraddittori, sulle tematiche psico-pedagogiche in assenza di modelli e punti di riferimento certi con conseguente disorientamento dei genitori. Vengono offerte molte opportunità che si sente il dovere di cogliere per sentirsi adeguati agli altri e al proprio tempo.



31%
famiglie
con figli



in aumento
età della
prima
maternità



livello
culturale



messaggi
informativi su
tematiche
psico-pedagogiche



- Si indeboliscono le reti di protezione familiare, vengono meno luoghi in cui, in modo informale, si dialoga, ci si confronta sui problemi della vita quotidiana. Spesso si è soli: cercare e trovare soluzioni diventa un fatto privato o all'opposto troppo pubblico.
- Gli attuali cambiamenti sociali coinvolgono anche i genitori ed il modo in cui essi praticano la loro genitorialità con un'estensione della vulnerabilità. C'è difficoltà a comprendere le profonde trasformazioni della nostra società (globalizzazione economica, cambiamenti climatici, avvento di società multietniche, impatto delle nuove tecnologie sul modo di vivere, perdita della sicurezza economica, ecc.).
- In Italia (ISTAT 2015 – Profilo regionale sociale 2016) aumenta l'instabilità familiare che colloca la Toscana fra le regioni con i più alti tassi di separazione e divorzi. I fattori che portano alla crisi della coppia sono molteplici e possono sorgere in tutte le fasi del ciclo vitale della famiglia. Quando ciò accade, le coppie, di solito, hanno difficoltà a esprimere le differenze per il timore di incentivare il conflitto, ma in questo modo non riescono a modificarsi con pesanti conseguenze sulle relazioni familiari, oltre che sull'equilibrio personale.

Nuovi ruoli e nuovi bisogni

La transizione alla genitorialità indica il periodo di passaggio in cui una coppia si prepara allo status di genitore, inteso come assunzione di responsabilità non solo biologica, ma soprattutto sociale/educativa: è una fase molto delicata in quanto le modalità di assunzione della genitorialità definiranno la futura fisionomia della famiglia. Sul territorio i soggetti maggiormente attivi e qualificati per svolgere la funzione di 'motori' per l'avvio di iniziative di empowerment a supporto della genitorialità sono gli operatori sociali (assistenti sociali ed educatori dei servizi sociali territoriali, operatori dei centri per le famiglie, delle comunità di accoglienza,...), sanitari (medicina generale, pediatria di famiglia, psicologia, consultori familiari, servizi specialistici), educativi (operatori dei servizi per la prima infanzia 0-6 anni) in raccordo con le Istituzioni pubbliche, il mondo del volontariato, l'associazionismo.

- All'interno del ciclo di vita familiare ci sono alcuni momenti particolarmente critici in cui la coppia va accompagnata nel trasformare il legame adeguandolo al mutare delle esigenze familiari e sociali nel corso del tempo. L'adolescenza di un membro della famiglia mette alla prova la capacità dell'intera organizzazione familiare di adattarsi. Frequentemente i genitori dei figli adolescenti, così come alla nascita del primo figlio, possono infatti sviluppare sentimenti d'inadeguatezza e di disagio nei confronti del proprio compito formativo. Non è un caso che proprio questi due momenti possono risultare particolarmente critici per la stabilità della coppia che si può trovare in difficoltà sia nel rimodellare il proprio rapporto che a gestire quello con i figli.
- L'arrivo di un bambino è per la coppia e per la famiglia uno dei periodi caratterizzato da maggiori cambiamenti. La nascita di un figlio è infatti un evento complesso che coincide con rapide modificazioni biologiche, sociali e psicologiche e corrisponde ad una crisi individuale che richiede notevoli capacità di adattamento psicologico e di riorganizzazione delle relazioni interpersonali e di coppia. In particolare il puerperio, sovente relegato in secondo piano rispetto alla gravidanza, rappresenta un periodo critico per i rilevanti aspetti assistenziali della madre, il disorientamento di fronte al bambino "reale" e l'instaurarsi di nuovi equilibri emotivi e sociali nella coppia. Nella genitorialità si possono sperimentare sentimenti di inadeguatezza e disagio rispetto al proprio compito educativo/formativo, poiché essere genitore significa mediare tra la rappresentazione ideale e la realtà, che risente anche delle influenze sociali e culturali.
- In adolescenza è necessario stabilire un nuovo contratto educativo che tenga conto di dispositivi diversi, in linea con la traiettoria evolutiva e le differenti esigenze cognitive, affettive e relazionali. Le problematiche concernenti la conquista, da parte del figlio, di una progressiva autonomia nello sviluppo sociale (scelta delle amicizie, delle compagnie, delle attività extrascolastiche) sono per i genitori autentiche sfide educative. I genitori anche qui devono prendere la distanza tra il "figlio immaginato" e il "figlio reale"; durante questo distacco potrebbero sentirsi non tanto "più liberi" quanto "più soli".
- Il dato più rilevante in merito alle separazioni e ai divorzi è la portata sempre maggiore della loro problematicità e della loro complessità. Questo ambito è altamente variegato fino ad arrivare a situazioni connotate da alta conflittualità intrafamiliare, sociale, culturale o che frequentemente sfociano in procedimenti giudiziari. In particolare le coppie che giungono ai servizi socio-sanitari attraverso mandato del giudice presentano una conflittualità esacerbata e spesso patologica. Nella genitorialità disfunzionale l'accudimento è precario, ambivalente, non orientato ai bisogni del bambino. Il parenting disfunzionale si può trasformare in un parenting maltrattante con situazioni di trascuratezza, deprivazione affettiva, maltrattamento e abuso.

Indirizzi a favore dei genitori

NELLA PROMOZIONE DEL BENESSERE E DEL SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

- Facilitare la formazione di un'identità genitoriale, finalizzata ad una scelta consapevole e responsabile della maternità e della paternità, sostenendo la genitorialità nei momenti di cambiamento all'interno del ciclo di vita delle famiglie. I Servizi, in particolare i Consulitori, devono porsi accanto alla famiglia in questo cammino per rafforzare i fattori di opportunità già presenti e per aiutarla a trovare al suo interno le risposte e sviluppare le proprie potenzialità.
- Promuovere il "percorso nascita, dall'inizio della gravidanza fino ai primi mesi di vita del bambino, secondo un modello bio-psico-sociale di salute in cui la nascita viene considerata un evento biologico, sociale e affettivo. L'ottica è quella della garanzia della fisiologia degli eventi legati al parto e al puerperio e della continuità Ospedale/Territorio per facilitare lo sviluppo della relazione madre-neonato-famiglia, orientando, in tale prospettiva, le modalità assistenziali sia a livello ospedaliero che territoriale, in stretto raccordo con i servizi sociali.
- Favorire pratiche "vettori" di genitorialità e di attaccamento tra cui il contatto precoce alla nascita, la promozione del contatto fisico espletato attraverso il contatto pelle a pelle, l'allattamento al seno, il massaggio neonatale, la lettura ad alta voce. È importante che i Servizi esercitino una funzione di "holding" per i neogenitori e che siano punti di riferimento che accolgano i bisogni, che si definiscono a seconda delle fasi evolutive, in un'ottica di ascolto attivo e di non giudizio.
- Inserire, nell'ambito di percorsi strutturati nelle varie fasi del percorso nascita e nei primi anni di vita del bambino, interventi di sostegno psicologico, educativo, sociale offerti a tutti, ma modulati in base al bisogno, privilegiando spazi e momenti, attraverso esperienze di gruppo, per il confronto, la riflessione e la rielaborazione (corsi e incontri di accompagnamento alla nascita, gruppi post-partum, gruppi massaggio infantile, gruppi di sostegno alla genitorialità). Particolare attenzione deve essere rivolta a temi specifici della genitorialità come:
 - paternità
 - procreazione medicalmente assistita
 - genitorialità in terra straniera
 - genitorialità nel percorso adottivo con sensibilizzazione, informazione e preparazione all'adozione e sostegno post-adozione
- Sostenere i genitori di figli adolescenti nel passaggio di fisiologica maturazione del ciclo di vita della famiglia attraverso azioni congiunte in particolare dei Consulitori Giovani e della Scuola favorendo l'uscita dall'isolamento delle famiglie e valorizzando le reciproche competenze.

- Introdurre strumenti informatizzati, anche mobile che accompagnino i futuri genitori nel percorso di gravidanza facilitando il reperimento delle informazioni volte a promuovere la salute di mamme e bambini e indicazioni sui servizi consultoriali ed ospedalieri e garantendo l'adesione al protocollo di riferimento regionale indipendentemente dal livello culturale e dalla lingua parlata.

NELLA PREVENZIONE E NEL SOSTEGNO DELLA GENITORIALITÀ A RISCHIO

- Strutturare interventi sin dall'inizio del percorso nascita per il riconoscimento precoce delle difficoltà e delle situazioni di rischio psichico e psicosociale da parte delle figure professionali che entrano in contatto con la gestante e/o partner dalla fase preconcezionale in poi (visite preconcezionali, consegna libretto gravidanza, CAN, visite ostetriche-ginecologiche in gravidanza)
- Mantenere nel tempo durante tutto il percorso un'offerta attiva di azioni di sostegno multi professionali differenziate in base alla gravità del rischio a sostegno delle dinamiche relazionali e affettive connesse al ruolo genitoriale, favorendo positive competenze genitoriali, al fine di assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico (esempio: consultazioni psicologiche, attività di gruppo, home visiting, progetti post partum)
- Attivare sinergie tra Consultori, Punti Nascita, Salute mentale infanzia e adolescenza, Serd, servizi sociali MMG e PdF, per una presa in carico multidisciplinare, preferibilmente nell'ambito di team dedicati, modulata in funzione delle problematiche emerse nella fase di valutazione con formazione di team di base per la definizione del progetto individualizzato di sostegno
- Introdurre modalità innovative di sostegno educativo domiciliare, anche attraverso apposite iniziative di qualificazione finalizzate al recepimento e all'attuazione delle Linee di indirizzo nazionali in materia di sostegno alla genitorialità.

NELLA PROTEZIONE E NELLA CURA ALLA GENITORIALITÀ

1. GENITORIALITÀ CONFLITTUALE:

- Attivare percorsi per favorire e sostenere l'esercizio di una adeguata funzione genitoriale nei momenti di crisi nella coppia e nel corso dei processi separativi laddove essi risultino particolarmente conflittuali.
- Articolare percorsi differenziati per accogliere e gestire in modo appropriato le diverse situazioni con:
 - Interventi di prevenzione e sostegno in particolare nei momenti di criticità
 - Cura dei conflitti qualora vi siano, da ambo le parti, sufficienti risorse residue per una rielaborazione della relazione di coppia
 - Mediazione familiare in caso di separazione e/o divorzio per aiutare i genitori

a trovare un accordo per svolgere ognuno il proprio ruolo genitoriale in modo condiviso e non suddiviso perché il figlio possa essere compreso e non conteso

- Interventi di presa incarico terapeutica ed assistenziale con programmi personalizzati

2. GENITORIALITÀ DISFUNZIONALE

Prevedere modalità e strumenti per ottimizzare la comunicazione, la relazione e la collaborazione tra le diverse Istituzioni coinvolte in area tutela minori e sostegno alla genitorialità in difficoltà

- Costituire Unità di valutazione integrate ad hoc per la valutazione delle competenze genitoriali su richiesta della Magistratura con
 - verifica della capacità di un genitore di riconoscere il rischio di danno o il danno subito dal figlio e di accettare un aiuto in un contesto non prescrittivo
 - valutazione delle risorse e della recuperabilità delle funzioni genitoriali con lo scopo di verificare in modo dinamico la motivazione, responsività, modificabilità di un genitore a fronte di interventi volti al cambiamento
- attuare progetti di recuperabilità delle funzioni genitoriali attraverso
 - costruzione di alleanze tra famiglia, servizi e comunità di riferimento
 - presa in carico terapeutica
 - interventi di domiciliarità (educativa domiciliare, tutor familiare, home visiting)
 - interventi di prossimità (affido part-time, reti di famiglie solidali, educativa di strada)

3. GENITORIALITÀ DIFFICILE

Accompagnare i genitori con bambini affetti da disabilità, malattie rare e croniche nel percorso di assistenza attraverso gli strumenti di valutazione multidisciplinare e multiprofessionale con elaborazione di Piani di Assistenza personalizzati e percorsi facilitanti e integrati rivolti al bambino ma di sostegno anche per i genitori.

Target ②

DEDICATO AI BAMBINI

“ **La promozione e la protezione del benessere e della salute dei bambini, la tutela senza discriminazioni dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza, attraverso una rete integrata dei servizi per un welfare di comunità.** ”

Combattere la povertà minorile e la discriminazione

La promozione del benessere e della salute dei minori e la tutela dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza si fondano sull’affermazione dei bambini come soggetti sociali e soggetti di diritto, a partire dalla Convenzione internazionale sui diritti dei bambini di New York del 1989, che ne definisce, promuove e tutela la natura e il loro esercizio.

Sono pertanto affrontati in questo capitolo fenomeni e interventi specifici che si raccordano con altre aree di attività e servizi rivolti ai genitori, ai giovani, al contrasto allo svantaggio sociale, alla prevenzione e alla promozione del benessere e di stili di vita corretti avendo come riferimento un’immagine di bambino quale persona competente e pienamente protagonista, attraverso i suoi “cento linguaggi”, della sua crescita e destinatario – sotto questa luce – di politiche che ne sappiano accompagnare lo sviluppo e valorizzare adeguatamente risorse e possibilità.

Riferimenti epidemiologici

I minorenni residenti in Toscana al 1° gennaio 2017 sono complessivamente 569.203 e nell’anno 2017 vi sono stati 26.324 parti.

In Toscana come in Italia, dall’inizio della crisi economica del 2010 il numero dei parti continua ad essere in forte calo (anche da madre straniera). Gli scenari Istat ci dicono che avremo un re-innalzamento delle nascite di qualche unità fino al 2020 e che porterà nel 2030 i nuovi nati ad essere intorno alle 27.500 unità.

Si è assistito, inoltre, ad aumento dell’età materna, delle famiglie monogenitoriali, dell’isolamento sociale,

della povertà, portando ad una sostanziale crescita della fragilità del contesto in cui nascono e vivono i bambini e ragazzi toscani.

Nella primissima infanzia le scelte dei genitori sono importanti per la qualità della salute futura, infatti nei primi anni di vita il bambino che nasce in Toscana non ha problemi particolari ed è assistito da una rete di servizi efficace e all'avanguardia e da professionisti qualificati.

Già durante la gravidanza in Toscana, attraverso i consultori effettuano una raccolta di informazioni sul nascituro e sulla famiglia; nel neonato sono poi assicurati primi esami clinici come gli screening neonatali che consentono di intervenire subito in situazioni in cui potrebbe essere a rischio la vita del bambino o la qualità della vita stessa. La Toscana ed altre 7 regioni hanno recentemente adottato anche lo screening di altri 40 tipi di malattie rare, offrendo nuove opportunità di salute ad un numero crescente di bambini.

In Toscana la mortalità infantile, cioè nel primo anno di vita, è bassa, sia rispetto alle altre regioni italiane sia all'Europa, ed ha raggiunto livelli ormai difficilmente migliorabili. La bassa mortalità infantile è il segnale più chiaro, condiviso a livello internazionale, del buon funzionamento dei sistemi sanitari.

Un altro indicatore positivo è il buon livello di diffusione dell'allattamento esclusivo al seno, pratica così importante per la salute del bambino e del futuro adulto. La Regione Toscana, seguendo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale di sanità, lo promuove da anni a partire dai punti nascita, con ottimi risultati: la percentuale di mamme toscane che allattano al seno alla dimissione oggi è infatti molto alta e in aumento. Ci sono comunque ancora margini di miglioramento nel sostenere le donne a proseguire l'allattamento esclusivo fino al sesto mese, per evitare uno svezzamento precoce.

A fronte di questi buoni dati, si osserva però un incremento di bambini e adolescenti affetti da malattie

cronico-complesse, tra cui le rare, e soprattutto un'ascesa esponenziale del numero di quelli affetti da disagio psichico e disturbi della condotta.

Una stima della prevalenza dei bambini residenti in Toscana al primo gennaio 2016 riporta che i minorenni aventi due o più condizioni complesse sono 557 nella fascia tra i 2 e i 4 anni di età, mentre il gruppo 5-17 anni è rappresentato da 3.500 minori. Si tratta di un numero crescente di bambini che, indipendentemente dalla diagnosi, sono accomunati dal presentare bisogni assistenziali complessi. Inoltre, per quanto riguarda i decessi, ogni anno in Toscana muoiono circa 80 minori per patologie croniche non guaribili, di cui una trentina affetti da tumore.

Tali radicali mutamenti nel profilo dei bisogni di cura della popolazione pediatrica, richiedono una profonda riflessione e riprogrammazione dell'offerta dei Servizi socio-sanitari impegnati nella promozione della salute e nell'assistenza ai minori.

Durante l'infanzia, la salute, più che mai, si gioca sugli stili di vita che i genitori scelgono per il bambino. Sappiamo oggi che una corretta alimentazione e l'attività fisica già in questa età sono fondamentali per la salute del futuro adulto. Su questi due fattori si gioca il peso corporeo del bambino, che - se eccessivo - aumenta il rischio di problemi futuri anche gravi come diabete, malattie del cuore fino ai tumori. Meno attività fisica significa anche meno efficienza dei muscoli e delle ossa e maggiore fragilità e disabilità in età anziana.

I bambini in Toscana fanno più movimento e mangiano in modo più corretto rispetto ai coetanei italiani: più frutta e verdura, meno dolci, snack e salumi e fanno anche una colazione più adeguata. Non a caso i nostri ragazzi sono un po' meno in sovrappeso ed obesi, in particolare rispetto ai loro coetanei del Sud Italia.

I dati di Okkio alla salute 2016 indicano nell'età 8-9 anni, un allineamento col dato nazionale per la prevalenza del sovrappeso (Toscana. 21,4%; Italia: 21,3%), mentre il

dato regionale relativo all'obesità si attesta al di sotto di quello nazionale (Toscana. 5,5%; Italia: 9,3%).

L' "epidemia" di obesità segnalata in questa età con tanta evidenza sui media nazionali non trova comunque riscontro ad oggi nei dati recenti toscani, che sono stabili o in lieve diminuzione dal 2005. Sono i bambini di mamme poco istruite a pagare il conto più salato in termini di peso. Istruzione e reddito, infatti, sono tra i fattori più importanti per la salute, come sanno da sempre gli esperti di sanità pubblica.

Siamo però ancora distanti dalle raccomandazioni internazionali sul consumo appropriato di frutta e verdura e i bambini europei risultano in media meno "paffutelli" degli italiani e dei toscani.

La protezione dei bambini dalle malattie infettive è garantita dal Piano Vaccinale Regionale. In Italia per contrastare il calo delle coperture vaccinali (CV) è stata recentemente approvata la "Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119" che nasce dal "Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. In Toscana, dove storicamente le CV sono superiori alla media nazionale, i risultati dell'attuazione di tale norma confermano nel 2017 valori più elevati per tutte le vaccinazioni: 95,8% per esavalente e 93,5 per MPR. Mentre negli anni 2015 e 2016 le CV erano scese al di sotto della soglia critica del 95% per esavalente e addirittura al di sotto del 90% per morbillo-rosolia-parotite (MPR). I bambini vaccinati contribuiscono anche così alla protezione della propria comunità di appartenenza.

Per quanto concerne la rete dei servizi sociali e socio-sanitari integrati per l'infanzia e l'adolescenza i dati (anno 2016) evidenziano che i minori seguiti (ovvero le cartelle sociali aperte) sono circa 32 mila (57% italiani e 43% stranieri) e tra questi:

- per circa 27.000 minori (di cui 58% italiani, 42% stranieri) all'apertura della cartella sociale ha fatto seguito un'effettiva presa in carico da parte del servizio pubblico;

- 2.136 minori vivono per ragioni diverse fuori dalla propria famiglia e, in particolare, tra questi, 1360 sono gli affidamenti familiari attivati mentre circa 1200 sono i bambini e ragazzi collocati in strutture residenziali socio-educative.

La rete dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari per il benessere e la salute dei minori

Per quanto concerne gli aspetti più squisitamente sanitari, la rete regionale, interaziendale e multidisciplinare richiede nuove ed efficaci modalità di condivisione di conoscenze, competenze e informazioni capaci di supportare l'attività clinica, permettendo inoltre il consolidamento e affiatamento dei gruppi di lavoro della Rete già attivi nei diversi ambiti.

Per assolvere al progressivo aumento dei piccoli pazienti affetti da condizioni cronicocomplesse è necessario che l'ospedale pediatrico Meyer, centro regionale per la gestione delle patologie complesse, sia fortemente integrato con i Servizi territoriali distrettuali, della pediatria di famiglia e delle pediatrie ospedaliere, per garantire completezza nella risposta ai bisogni di salute e continuità delle cure dai setting ad alto grado di specializzazione e intensità assistenziale a quelli a minore intensità e maggiore prossimità al luogo di vita di bambino e famiglia.

Questa necessità trova forma appunto nella struttura ed organizzazione della Rete Pediatrica, che ha l'obiettivo di evitare ripetizioni e colmare vuoti nell'assistenza, assicurando ad ogni bambino toscano tempestività e qualità delle cure.

Lo sviluppo delle tecnologie informatiche, grazie ad un vero e proprio piano digitale, può rappresentare lo strumento che supporta e consente la realizzazione della rete.

La Carta europea dei diritti dei bambini in ospedale riconosce che l'ospedalizzazione dei bambini e delle bambine e degli adolescenti hanno caratteristiche differenti da quelle degli adulti. Per questo è necessario combinare l'alta specializzazione medica, la ricerca e l'innovazione con la parte più umana dell'assistenza attraverso un approccio globale al paziente e alla sua famiglia non solo centrato sulla malattia.

La malattia cronica può essere un fattore che accomuna molti bambini, ma ognuno di essi è unico e con caratteristiche sue proprie: è una persona a tutti gli effetti con la sua complessità, peculiarità, risorse affettive e cognitive sulle quali far leva in particolare nei periodi critici.

A tale proposito nei contesti di cura diventa fondamentale che ci sia da parte di tutti gli operatori massima attenzione a coinvolgere i genitori in iniziative volte a rinforzare la capacità del bambino con malattia cronica ad affrontare le difficoltà piccole e grandi del quotidiano sviluppandone la resilienza e l'autonomia dagli adulti.

Così come in sanità, anche in relazione alle tematiche socio-sanitarie e sociali, prevenzione e promozione della centralità della persona costituiscono il denominatore

comune che attraversa le politiche regionali dedicate ai minori e alle famiglie, soprattutto a quelle più vulnerabili.

Tale approccio fondato sull'empowerment di bambini e ragazzi non deve considerarsi un "fuori" o un "oltre" i percorsi di cura e protezione, di cui invece costituisce uno spaccato peculiare che contribuisce, senza soluzione di continuità, all'affermazione del benessere e della sicurezza dell'infanzia e dell'adolescenza nel suo complesso. Proprio la delimitazione di questo arco educativo ed assistenziale – su cui si va rifondando la visione del sistema di interventi e servizi per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie – rappresenta il risultato più innovativo cui si sta gradualmente giungendo, grazie alla convergenza di una serie di percorsi, progetti e pratiche, in modo da riuscire a abbracciare tutte le dimensioni dell'intervento (prevenzione, cura, sostegno, accompagnamento) e orientare i servizi ad agire contestualmente sui livelli di sicurezza, sulle misure di aiuto ai nuclei, sulle modalità di intervento per l'autonomia e l'inserimento sociale:

- prevenzione e vaccinazioni;
- percorsi specifici di cura e accompagnamento dei minori con disagio psichico;
- gli affidi familiari per bambini 0-3 anni;
- interventi di protezione e tutela infanzia;
- il servizio di sostegno educativo territoriale/per gruppi;
- le reti di prossimità per minori;
- prevenzione e presa in carico obesità;
- i minori vittime di violenza assistita e il "Codice rosa";
- percorsi specifici per bambini affetti da patologie rare e/o croniche;
- percorsi per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnanti.

Il benessere e la salute mentale (che si evolve nel corso dell'intero ciclo di vita) sono componenti essenziali del concetto generale di salute e sono determinanti per la qualità della vita del singolo individuo e delle famiglie e per la coesione e sviluppo delle comunità, e durante l'infanzia e l'adolescenza pongono le basi per lo sviluppo e la strutturazione delle caratteristiche psichiche dell'individuo.

Il benessere mentale del bambino implica senso di identità, autostima e buona immagine di sé, relazioni con i familiari e i coetanei sicure, stabili ed appaganti, la capacità di provare empatia e rispettare gli altri, di imparare, di raccogliere le sfide dell'ambiente in cui si vive, di affrontare e di gestire le più comuni fonti di stress correlate all'età, di sfruttare le risorse per una buona crescita, partecipando in maniera attiva nella comunità.

Per tutelare la salute mentale nei bambini è necessario un approccio volto a:

- promozione e prevenzione con azioni promosse dai servizi sanitari che coinvolgono in un progetto comune il settore sociale, la scuola, gli altri enti locali, l'associazionismo ecc.
 - la scuola, in primis, può rappresentare uno dei partner e dei contesti di vita

privilegiati nell'ambito dei quali implementare efficaci azioni di promozione della salute mentale in particolare per potenziare nei bambini i fattori protettivi e di resilienza, competenze di vita (life skills) e capacità di coping, autostima ed autoefficacia e contrastare, in un ambiente inclusivo, bullismo e altre forme di violenza;

- parallelamente occorre sviluppare analoghi interventi per il tempo extrascolastico al fine di consolidare i percorsi educativi e contemporaneamente offrire opportunità di gioco e di attività ludico motorie;
- intercettazione precoce e proattiva sia del disagio che del disturbo per una presa in carico tempestiva e personalizzata. Tale azione vede impegnati in prima linea i PLS (Pediatri di Libera Scelta) affiancare i genitori e gli insegnanti nel cogliere i segnali precoci di difficoltà e nell'attivare i team sociosanitari multidisciplinari dei servizi per la salute mentale dell'infanzia adolescenza come affermato anche dalle "Linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità" approvate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel dicembre 2017.
-

I team saranno funzionalmente integrati da insegnanti e docenti di riferimento, coinvolti nell'attuazione dei progetti personalizzati affinché la presa in carico possa essere efficace evitando la frammentazione e il drop out.

Anche la salute psichica e mentale delle future mamme e neomamme è importante per favorire una buona relazione madre-bambino e l'attaccamento del neonato e nel "target dedicato ai genitori" sono già stati trattati gli interventi per la prevenzione del rischio psicosociale in gravidanza e per il sostegno della genitorialità disagiata.

Eventi di vita avversi (malattie, lutto, separazioni), fenomeni di violenza, abuso e abbandono, così come le condizioni di salute dei genitori influenzano in modo notevole il benessere dei bambini ed è necessario porre attenzione ai bisogni delle famiglie in cui uno o entrambi i genitori soffrono di disturbi mentali cronici e/o dipendenze. Anche le condizioni di disagio familiare sociale ed economico, la migrazione la discriminazione ed emarginazione rappresentano tutti fattori che possono aumentare il rischio di disagio e sofferenza psicologica, così come anche i rischi di allontanamento del minore dalla propria famiglia.

In relazione ai flussi migratori una speciale attenzione merita il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati, cui corrispondere non esclusivamente attraverso gli strumenti consolidati della tutela e protezione che essi meritano i quanto identificati come privi sul territorio di figure genitoriali/parentali di riferimento ma anche e soprattutto attraverso soluzioni e percorsi tesi a sostenerli nella progressiva ricostruzione di autonomia personale e sociale (vanno in questa direzione, ad esempio, il sostegno offerto dalla Regione all'esperienza dei tutori volontari e lo sviluppo di una residenzialità più "leggera" e a minore intensità assistenziale per i ragazzi tra 16 e 21 anni).

In questo quadro appare di primaria importanza che ai bisogni dei bambini e delle famiglie si corrisponda in ottica integrata attraverso team territoriali multidisciplinari costituiti da figure professionali dell'area sociale e sanitaria (assistente sociale, psicologo, neuropsichiatra, educatore) in grado di formulare, attuare e monitorare i progetti, come affermato anche dalle "Linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità" approvate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel dicembre 2017.

Per i bambini la promozione di uno stile di vita sano, che comprende una sana alimentazione, la vita all'aria aperta, il movimento, il gioco, le buone relazioni, lo sviluppo della curiosità per il mondo che li circonda, è un fattore di protezione per il benessere e la salute mentale da svilupparsi in ambito familiare, scolastico e nell'extrascuola. Questi obiettivi possono essere perseguiti con l'attivazione delle risorse delle collettività, del terzo settore e dell'associazionismo, anche per rafforzare i legami con la comunità e l'appartenenza e offrire opportunità costruttive per il tempo libero ed esperienze culturali e modelli positivi.

Gli attori che si occupano del bambino nei diversi contesti di vita, educativi e sociali hanno un ruolo parimenti importante nell'intercettazione dei bambini che presentano problemi psicologici, emozionali e/o comportamentali e nell'attivazione del sistema socio-sanitario pubblico, di tutela e protezione.

VACCINAZIONI

Il diritto ad evitare le malattie prevenibili con la vaccinazione è una azione prioritaria per le collettività. In uno scenario che ha visto la recente introduzione del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), già recepito dalla Regione Toscana, e il Decreto-legge n. 73 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" che estende l'obbligo ad un numero maggiore di vaccinazioni e alla fascia di età 0-16 anni, coinvolgendo, oltre ai servizi educativi per l'infanzia, anche le scuole dell'infanzia e la scuola dell'obbligo, è necessario consolidare e rinnovare le azioni di promozione delle vaccinazioni, uno degli interventi sanitari a maggior costo efficacia disponibili. Nel corso degli ultimi anni infatti si è assistito ad un calo delle coperture vaccinali, non solo nell'adulto e nell'anziano, ma anche nel bambino. Oltre alle attività di informazione alla cittadinanza, formazione degli operatori, rilevazione delle criticità, ci siamo trovati ad affrontare negli ultimi anni la lotta alla diffusione della meningite, contro la quale abbiamo intrapreso una campagna vaccinale su tutta la Regione. Le azioni di miglioramento della copertura vaccinale per il triennio 2019-20 prevedono la completa attuazione dell'accordo con i Pediatri di Famiglia, siglato nel 2015 e progressivamente attuato su tutto il territorio regionale. L'accordo nasce dall'obiettivo di riportare il monitoraggio della copertura individuale nelle azioni di salute operate dal pediatra all'interno del rapporto di fiducia. Resta da completare il passaggio dell'intero calendario vaccinale sulla Pediatria di Famiglia, di cui occorre irrobustire l'organizzazione.

E' appena stato fatto un ulteriore accordo in tal senso ed una potenzialità futura potrà essere la nascita delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Particolare riguardo va poi riservato alla copertura.

LA LOTTA ALL'OBESITÀ INFANTILE

L'obesità infantile è un fenomeno ormai diffuso nella nostra Regione, dove l'obesità interessa il 5,5 % dei bambini, mentre il 21,4% è in sovrappeso. Già da tempo è attivo un progetto di medicina di iniziativa che ricerca in modo proattivo i bambini con eccesso ponderale attraverso le visite alle età filtro effettuate dai Pediatri di Famiglia in occasione dei bilanci di salute. In questo triennio il percorso proattivo sarà potenziato anticipando il monitoraggio all'età di 6 anni, perché la prevalenza dell'obesità e del sovrappeso in Toscana appare maggiore nell'età infantile piuttosto che in quella adolescenziale (26,8% contro il 15,3%, dati Okkio alla Salute e PASSI). Inoltre, le evidenze di letteratura mostrano che gli interventi più costo efficaci sono quelli che iniziano precocemente, intorno ai 6 anni (Waters et al., 2011), con preferenza per l'approccio di sanità pubblica, che preveda l'integrazione fra tutti i possibili attori. Inoltre hanno evidenza di efficacia gli interventi mirati alla promozione dell'attività fisica, anch'essa prevista nel percorso toscano. L'attività della Pediatria di Famiglia andrà dunque integrata con quanto già previsto nel Piano Regionale di Prevenzione.

UNA BOCCA SANA, NASCERE E CRESCER CON IL SORRISO

Favorire l'assunzione di atteggiamenti e comportamenti positivi per la salute orale (igiene orale, alimentazione eccetera) e ridurre i comportamenti a rischio (consumo frequente di dolci eccetera) in età evolutiva concorrerà migliorare la qualità di vita e la tutela della salute dei bambini, soprattutto per i bambini a maggiore fragilità sociale. Gli interventi per l'educazione ad una corretta igiene orale anche con l'identificazione dei bambini con problemi odontoiatrici promossi in collaborazione con le scuole e la disponibilità di una visita preventiva nei servizi odontoiatrici pubblici sono una modalità e un'esperienza ancora parziale anche se positiva; essere più efficaci nella prevenzione richiederà un consolidamento del ruolo del Pediatra di Famiglia in tutte le attività di prevenzione come questa. Non c'è salute senza sorriso.

Target ©

DEDICATO AI GIOVANI

“ Promuovere salute, benessere e corretti stili di vita attraverso lo sviluppo delle competenze nei giovani, la promozione di scelte consapevoli e di pratiche salutari finalizzate all’equilibrio biopsicosociale.

La fase dell'adolescenza è la più critica nella vita delle persone e in questo breve arco di tempo si decidono molti degli stili di vita che influiranno sulla salute futura. A differenza di quanto accade nell'infanzia, in cui il ruolo della famiglia è predominante, adesso l'adolescente inizia a scegliere in autonomia ed ha una spiccata predisposizione a fare nuove esperienze. Gli adolescenti toscani consumano alcol quanto i coetanei italiani, ma lo fanno in modo meno smodato.

Tra loro è meno frequente il “binge-drinking”, ovvero bere più di 5-6 bevande alcoliche in un'unica occasione, un modello molto diffuso tra i ragazzi di tutta Europa. Evidentemente i nostri ragazzi, pur seguendo modelli di consumo globalizzati, riescono a contenere meglio gli abusi alcolici, forse grazie al modello sociale dominante tra gli adulti del bere il vino a tavola. Comunque anche in Toscana, come in Italia e in Europa, sono frequenti i pericolosi episodi di ubriacatura adolescenziale fenomeno ormai da tempo stabile tra i maschi, ma in significativo aumento fra le ragazze: l'indagine EDIT sugli adolescenti toscani (età 14-19 anni) per il 2018 (dati preliminari) ci dice che La metà del campione riferisce di aver avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno e uno su tre di binge drinking negli ultimi 30 giorni. Gli stessi indicatori riferiti alla precedente indagine (2015) non mostrano

tuttavia variazioni significative. Sono circa 63.000 i ragazzi in questa fascia d'età che vanno incontro al binge saranno 65.000 nel 2020 per poi ridursi di nuovo a 64.000 nel 2030.

I nostri ragazzi non brillano nelle statistiche nazionali quanto a fumo di tabacco: sono in aumento i fumatori regolari, soprattutto tra le ragazze, che detengono il non invidiabile primato nazionale. I maschi, invece, fumano come i loro coetanei di altre regioni. Gli adolescenti che continuano a fumare dopo i primi tentativi saranno con ogni probabilità i forti fumatori dell'età adulta, anche se molti, dopo i primi tentativi, finiscono per smettere.

Un ragazzo toscano su 3 ha provato almeno una volta nella vita una droga illegale nell'ultimo anno: meno dei coetanei europei, ma in modo simile agli italiani. Si tratta soprattutto di cannabis e molto meno di cocaina; stimolanti e farmaci sono consumati soprattutto dai maschi. Questo trend è stabile ormai da diversi anni e che vede quindi coinvolto circa 22.600 ragazzi tra i 14 ed i 19 anni, e non è in aumento lo rimarrà nel 2020 come nel 2030 (22.400 circa). E' in aumento invece il "poliuso", cioè il consumo contemporaneo di più droghe o sostanze, che potenzia i rischi delle sostanze assunte, mentre si sta affermando anche l'acquisto di droghe su Internet, fenomeno di cui però ancora sappiamo poco. Tra i molti ragazzi toscani che consumano droghe, la maggioranza esce più o meno indenne da questa esperienza: diventeranno tossicodipendenti tra 1 e 3 ragazzi su 100. Gli altri dimezzeranno il consumo di droghe, e intorno ai 30 anni saranno utilizzatori saltuari, per lo più di cannabis. Tra i nuovi rischi di dipendenza non è da trascurare il gioco d'azzardo, che sempre più sta diventando una forte attrazione anche in questa fascia d'età, portandosi dietro problemi di comportamento sempre più complessi (zoom quasi 1 ragazzo su 10 è a rischio di sviluppare una vera e propria dipendenza etc)

I ragazzi toscani fanno più sport e sono in generale meno sedentari dei coetanei italiani, oltre ad avere

un'alimentazione un po' più corretta e salutare. I ragazzi che praticano sport sono in aumento negli ultimi anni: nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza cresce l'attività sportiva e diminuisce la sedentarietà. I ragazzi sportivi hanno una vita meno complessa: meno fumo, alcol e droga, meno incidenti stradali ed anche migliori risultati scolastici. L'adolescenza è anche l'età in cui si fanno le prime esperienze sessuali e sono anni già di completa fertilità. Anche in Toscana i primi rapporti sessuali sono sempre più precoci; il tasso di abortività, pur se in diminuzione rispetto agli anni precedenti, si mantiene comunque ancora al di sopra della media nazionale. Un'eccessiva precocità sessuale può accompagnarsi anche a maggiori difficoltà relazionali e affettive. Fra i ragazzi si usa sempre meno il profilattico e, quando si usa, lo si fa a scopo contraccettivo, trascurando i rischi di malattie a trasmissione sessuale. E paradossalmente, lo si usa meno con il crescere dell'età e del numero dei partner. Grazie all'efficacia dei nuovi farmaci sono diminuiti i casi mortali di AIDS, e questo ha attenuato il timore sulla diffusione dell'HIV - che invece non sta diminuendo - ed ha anche portato alla riduzione dell'uso del preservativo. L'attuale ampia copertura della vaccinazione contro il virus a trasmissione sessuale HPV, invece, ha quantomeno interrotto il rischio di sviluppare la maggioranza dei tumori dell'utero nelle età successive. In Toscana, per promozione della salute, assistenza e consulenza sui temi legati alla sessualità, alla vita affettiva e relazionale, alla ginecologia sono diffusi su tutto il territorio i Consultori Giovani, punti di accesso dedicati alla fascia d'età 14-24 anni, con team multiprofessionali opportunamente formati.

In questa fase della vita la salute dei ragazzi è al sicuro, forti di difese naturali biologiche. I pochi decessi e ricoveri ospedalieri sono soprattutto per incidenti stradali, di più con scooter e moto, spesso associati all'uso di alcol, droghe e farmaci. In Toscana 1 ragazzo su 4 (indagine Edit di Ars 2018) ha guidato dopo aver bevuto troppo, mentre 1 su 10 lo ha fatto dopo aver

assunto droga. Si tratta anche di eventi gravi, che comportano a volte danni ed invalidità permanenti, se non addirittura un esito fatale. Sono eventi quasi completamente evitabili, su cui famiglie ed istituzioni hanno responsabilità specifiche. Più controlli sulle strade e sulla vendita di alcolici nei locali frequentati nei week end dai ragazzi sono vie efficaci per salvaguardare la loro salute. In caso di gravi problemi con le droghe, l'alcol e le dipendenze, c'è in Toscana una risposta capillare fatta di 40 Sert, 35 equipe algologiche, 30 centri per la dipendenza da gioco d'azzardo, 27 centri antifumo, 11 Comunità terapeutiche pubbliche e 44 gestite da altri enti per la Regione toscana, fino ad arrivare ai servizi per affrontare problemi di strada e casi che non accedono ai servizi normali.

I giovani di origine straniera sono in aumento e rappresentano una delle fasi di evoluzione della società moderna. Dietro ai numeri si celano percorsi e storie di vita che rendono sfaccettato l'insieme dei minori ricongiunti o delle vere e proprie seconde generazioni.

Spesso sono alla ricerca di una nuova identità che concili le tradizioni delle famiglie con la cultura del Paese in cui vivono e allo stesso tempo vivono la fase adolescenziale con problemi analoghi a quelli dei loro coetanei. E' una fase cruciale in cui devono essere aiutati a trovare l'equilibrio tra differenza e uguaglianza, tra individuazione e identificazione, tra cultura di origine e cultura nella quale crescono per evitare forti conflittualità.

E' quindi necessario porre attenzione in ambito sociale, culturale, ambientale, sportivo e istituzionale in quanto i giovani stranieri rappresentano, se riconosciuti e accompagnati nel desiderio di molti di loro di essere protagonisti attivi nella società, un'opportunità per le diversificate realtà territoriali in cui vivono

La psicopatologia nell'adolescenza e nei giovani adulti

I disturbi psicopatologici dell'infanzia e dell'adolescenza sono in continuo aumento e rappresentano una sfida importante per i servizi sociali, sanitarie ed educativi. La possibile gravità delle manifestazioni cliniche (sovente rappresentate da momenti

di acuzie o di crisi) mette spesso in crisi la gestione del ragazzo in ambito familiare e scolastico, per la non sempre agevole diagnosi e, soprattutto, per la necessità di instaurare interventi terapeutico-riabilitativi precoci, efficaci e calibrati sul singolo paziente al fine di curare e prevenire la drammatica evoluzione verso quadri psichiatrici più gravi e più tipici dell'età adulta.

Situazioni di alta complessità clinica e di gravità espressa, prevalentemente sul piano comportamentale, richiedono nuovi approcci rispetto a quelli forniti nella impostazione tradizionale dei servizi, i quali non appaiono oggi sufficientemente in grado di incidere sullo stato di salute mentale della popolazione in età target. In una prospettiva di guarigione possibile (recovery) questo rappresenta una priorità sanitaria e sociale. Occorrono risposte integrate e flessibili per fabbisogni che per loro natura sono evolutivi ed è necessario garantire il raccordo con i servizi per adulti nell'ottica di una continuità che rafforzi le strategie di prevenzione selettiva e di prevenzione indicata.

Il passaggio ai servizi per i giovani adulti è spesso contrassegnato da una serie di discontinuità in termini di approccio, personale di riferimento, frequenza del trattamento (spesso meno intenso nei servizi per adulti) e molte volte queste problematiche pregiudicano, o semplicemente ostacolano, l'aderenza al nuovo profilo di cura. Questo passaggio può essere difficile per i giovani con disturbo mentale e i loro genitori, che avvertono i distacchi come particolarmente problematici. In tali circostanze, il lavoro comune tra i Servizi di salute mentale per adulti e per l'infanzia e l'adolescenza, deve facilitare la transizione.

Inoltre la frequente comorbidità per uso di sostanze e disturbi psichici riscontrabile nella popolazione adolescente e giovane adulta esige, in ragione della complessità dei casi, il raggiungimento di un percorso diagnostico-terapeutico integrato e condiviso dai servizi di Salute Mentale e dai SER.D con un progetto di trattamento congiunto che comporti un appropriato utilizzo delle risorse sanitarie e sociali dei due servizi. Occorre inoltre rendere facile l'accesso ai percorsi di cura alle persone adolescenti e giovani adulte e semplificare l'autoriferimento per i minori, garantendo con i Consultori Giovani continuità e trasversalità tra promozione del benessere, prevenzione del rischio e cura. Sono necessari operatori formati sull'adolescenza, tempestività nel riconoscimento dei fattori di rischio, trattamenti personalizzati orientati all'empowerment e alla recovery del ragazzo, evitando atteggiamenti giudicanti e sostenendo il ruolo e le potenzialità familiari con l'offerta nei territori di spazi di consultazione anche per genitori e adulti di riferimento.

Stili di vita

Politiche di prevenzione e promozione della salute per ricondurre il sistema a buone pratiche con azioni evidence based e grazie all'aiuto di informazioni sempre più dettagliate e funzionali sugli stili di vita in Toscana con l'adozione di strategie di comunità,

scolastiche, individuali ed interventi multisettoriali e multifattoriali su alimentazione, attività fisica, consumo di alcol, tabacco, sostanze stupefacenti e gioco d'azzardo. A supporto i sistemi di sorveglianza e di monitoraggio con un insieme di indagini (Okkio alla Salute, Hbsc, Edit, Espad, Passi ed in futuro Passi d'Argento, ecc) per guadagnare salute lavorando sulla formazione degli operatori, con metodologie innovative e con apposite mappature, il coinvolgimento e la collaborazione di competenze di altre istituzioni negli ambiti dell'agricoltura e sviluppo rurale, turismo, ambiente ed energia, sviluppo sostenibile per una salute in tutte le politiche.

HIV/AIDS - Malattie sessualmente trasmesse ed affettività

Agire e far conoscere a partire dai giovani, cosa sono e come si contraggono le malattie a trasmissione sessuale è un'indispensabile e precoce attività di prevenzione. Gli ambienti scolastici, in particolare con gli adolescenti di 11-18 anni, consentono di intervenire laddove c'è difficoltà a creare relazioni emotivamente significative e la comparsa conseguente di disagi, con la diffusione di comportamenti a rischio.

I giovani devono essere sensibilizzati sul tema del sesso protetto, attraverso l'utilizzo del loro linguaggio ed i loro canali di comunicazione (film a tema, clips dedicate, spots mirati di pari tematiche di prevenzione, app come I love Save Sex già in uso) ed incontri regionali ad hoc, con la presenza di professionisti sanitari per avere libero e diretto accesso a quelle informazioni e curiosità di cui si parla poco e che invece possono fare la differenza per proteggersi e per vivere la propria sessualità in modo sicuro: modalità di trasmissione, i sintomi, cura e a chi rivolgersi per fare in forma anonima e gratuita il test HIV, i servizi dei Centri Consulenza Giovani.

Educare alla sessualità infatti non vuol dire solo stimolare negli stessi una graduale presa di coscienza delle caratteristiche somatiche e fisiologiche proprie dei due sessi, ma soprattutto estendere tale consapevolezza agli aspetti psico-sociali che la sessualità coinvolge e quindi fare prevenzione e tutelare se stessi e gli altri per poter scegliere ed agire per migliorare la propria salute e per aggiungere non solo "anni alla vita ma vita agli anni".

Vaccino contro il papilloma virus

Il papillomavirus umano, che si contrae di norma con l'inizio dell'attività sessuale, è causa del tumore al collo dell'utero: il preservativo, che va sempre usato, non garantisce una protezione totale contro questo virus. La vaccinazione rappresenta quindi un'arma efficace di prevenzione oltre che un atto di responsabilità rispetto alla salute dei propri figli. La vaccinazione è rivolta a tutte le ragazze e a tutti i ragazzi a partire dagli undici

anni compiuti perché la risposta immunitaria in questa fascia di età è maggiore e quindi il beneficio è massimo. Si effettua presso il proprio Pediatra di Libera Scelta o nei Centri vaccinali della Regione Toscana secondo calendario di riferimento”.

Bullismo e cyberbullismo

Si intende proseguire lungo la linea della prevenzione già intrapresa, a livello regionale, dalla DGRT n.1187/2017 ed in ottemperanza alla legge nazionale n.71/2017 ponendo in essere iniziative per gli studenti volte ad educare alla parità tra i sessi, a prevenire la violenza di genere e tutte le forme di discriminazioni, incluso l’inserimento dei ragazzi/e stranieri/e o con disagio, coinvolgendo i genitori, le aziende usl, l’università, l’USR e tutti gli altri opportuni stakeholders e direttamente il maggior numero possibile di istituzioni scolastiche per contrastare fenomeni del bullismo, del cyber-bullismo e di qualsiasi espressione di disagio adolescenziale in ambito scolastico. Le scuole saranno invitate e chiamate a contribuire alla realizzazione di spots contro il bullismo ed il cyber-bullismo, progettati e realizzati dagli studenti all’insegna di “generazioni connesse” e con particolare attenzione alla cittadinanza digitale consapevole.

Giovani e farmaci

Indispensabile creare e diffondere i presupposti, a partire dalla scuola media inferiore, per un uso consapevole dei farmaci, sempre più considerati erroneamente come beni di consumo ed utilizzati con eccessiva leggerezza per problemi risolvibili anche senza il loro utilizzo. L’offerta formativa, informativa e divulgativa deve portare a conoscenza degli effetti delle interazioni fra farmaci e farmaci e tra farmaci ed alimenti, per favorire la formazione di una coscienza critica verso gli stessi e l’adozione di comportamenti personali coscienti.

Salute, cultura della donazione e trapianti

Si intende offrire un percorso finalizzato allo sviluppo di una cultura solidale, rafforzando le collaborazioni con le associazioni di volontariato e promuovendo le progettualità delle Aziende sanitarie per favorire stili di vita sani, prevenire le malattie croniche e promuovere anche la cultura della donazione ed alla corretta comunicazione rivolta principalmente al mondo della scuola per sensibilizzare insegnanti e studenti a compiere azioni solidali concrete e fattibili.

Resilienza

La resilienza è la capacità di adattamento anche in circostanze sfavorevoli, legata alle risorse individuali e del contesto, è quindi un processo di crescita per il tramite di accresciute capacità di funzionamento, in cui interagiscono consapevolezza, intenzione e riflessione. Promuovere la resilienza nel contesto scolastico, stimolando la partecipazione attiva degli insegnanti, il contatto con la comunità locale e la valorizzazione delle reti di prossimità (genitori, altre agenzie di socializzazione, attori sociali attivabili, associazioni), favorisce la promozione di stili di vita salutogeni e scelte consapevoli negli studenti delle scuole coinvolte. La formazione degli insegnanti, promuovendo benessere e resilienza, può favorire una professionalità docente maggiormente empowered e introduce elementi di cambiamento positivo anche tra le future coorti di studenti.

Sicurezza stradale

Sviluppare la consapevolezza della necessità e dell'importanza delle norme che regolano la nostra vita per favorire la riflessione sui limiti personali oggettivi e promuovere un'attenta analisi delle motivazioni che portano alla messa in atto delle condotte a rischio, con particolare attenzione alle norme del codice stradale per contenere ed interrompere comportamenti pericolosi per sé e per gli altri, indirizzandoli verso condotte positive e consapevoli su strada, informando su effetti di incidenti e possibili traumi connessi.

Sicurezza sul lavoro

Al fine di contrastare il fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali risulta prioritario effettuare interventi educativi e formativi rivolti ai giovani. E la scuola risulta un ambito privilegiato di riferimento. Gli insegnanti necessitano però di essere maggiormente sensibilizzati e messi in grado di attuare, nell'ambito della propria materia e interdisciplinariamente, interventi volti a favorire l'acquisizione nei giovani di comportamenti sani e sicuri. Una particolare opportunità risulta offerta dai percorsi di alternanza scuola/lavoro, divenuti obbligatori, ai sensi della legge 107/2015, nel secondo biennio e nell'ultimo anno della scuola secondaria di secondo grado. L'intervento che si prevede di realizzare riguarda l'effettuazione di Corsi di formazione formatori alla sicurezza rivolti ai docenti degli Istituti scolastici toscani che seguono i percorsi di alternanza. Ciò permetterà loro sia di formare adeguatamente gli studenti che si recano nelle strutture ospitanti e che, ai sensi del D. Lgs.81/2008, risultano equiparati ai lavoratori, sia di predisporre interventi didattici in aula.

Target ④

DEDICATO ALLE DONNE

“ **Sostenere il ruolo delle donne consente di sostenere il ruolo di resilienza dell'intera comunità. Il miglioramento delle prospettive di salute dell'intera popolazione può essere ottenuto facilitando alle donne l'accesso a percorsi chiari e interconnessi tra specialità e competenze che tengano conto della specificità di genere.** ”

- Le donne toscane, come in Italia, decidono di avere un figlio sempre più tardi – l'età media al parto è di 32,2 anni nel 2018, sarà di 32,3 nel 2020 per arrivare a ben 32,5 nel 2030 – tutte età in cui la fertilità comincia a indebolirsi. Da ciò deriva il ricorso alla procreazione medicalmente assistita che nel 2018 riguarderà il 3,3 % dei parti; nel 2020 se ne ipotizza un aumento al 3,6% fino ad arrivare nel 2030 al valore del 4,9%. Questo a sua volta potrà determinare un numero maggiore di gravidanze e parti gemellari.
- La salute del bambino si gioca molto presto, fin dall'utero materno. Il nascituro è un organismo in forte crescita, con cellule biologicamente attive e più sensibili ad ogni tipo di esposizione. Il bambino in questa fase dipende completamente dalla mamma, le cui abitudini di vita sono importanti per la salute del neonato nei primi anni di vita ed anche in quelli successivi. Se una donna fuma in gravidanza oppure è sovrappeso o obesa già prima di rimanere incinta, aumenta la sua probabilità di partorire troppo presto (prima delle 37 settimane), così come aumenta la probabilità che il bambino alla nascita sia sottopeso (meno di 2.500 gr) o di peso eccessivo (più di 4.000 gr).

Le donne toscane che hanno un titolo di studio medio-basso fumano di più ed hanno anche più problemi di sovrappeso e obesità rispetto a quelle più istruite.

- Venendo alla differenza di genere sappiamo come la medicina recentemente studi la distinzione delle cure in base al genere di appartenenza, non solo da un punto di vista anatomico, ma anche secondo differenze biologiche, funzionali, psicologiche e culturali. Per quanto recentemente la comunità scientifica si sia sensibilizzata nei confronti di questa nuova dimensione della medicina, sono ancora molte le lacune da colmare, prima fra tutte la formazione del personale medico: conoscere e riconoscere rapidamente quali sono i diversi sintomi di una stessa patologia, nei maschi e nelle femmine, sono alla base della scelta del trattamento di cura più appropriato e quindi più efficace. Ad esempio le malattie cardiovascolari (MCV) presentano differenze di genere legate a:
 - differenze biologiche (quali il ruolo degli ormoni sessuali ed in particolare durante la menopausa),
 - differenze nella prevalenza dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare quali il fumo, il diabete, l'ipertensione e la depressione,
 - una diversità nei sintomi di presentazione, vale a dire una maggior frequenza di sintomi "atipici" nelle donne, un fraintendimento dei sintomi da parte delle donne ed una minor consapevolezza tra gli stessi operatori sanitari dell'importanza delle MCV nelle donne per la convinzione che siano protette rispetto ad esse. Per fare un esempio i sintomi di infarto per gli uomini sono facilmente riconoscibili e da tempo noti, rendendo così più rapido l'intervento del personale medico per ridurre il danno della malattia, mentre per le femmine i sintomi sono meno omogenei esponendo così queste ultime ad esiti più gravi.

Questa serie di fattori porta a differenze di genere nel trattamento e negli esiti delle sindromi coronariche acute legati anche a una diversa risposta ai farmaci tra donne ed uomini, in particolare nelle donne si osserva spesso un minor uso delle terapie indicate dalle linee-guida.

- In Toscana le stime 2016 indicano una speranza di vita alla nascita ancora in netto vantaggio per il genere femminile. Il differenziale tra i sessi rimarrà invariato nei prossimi anni ed è prevista un'aspettativa in aumento in entrambi i generi: tra i maschi dall'attuale aspettativa di vita di 81,2 anni passeremo nel 2020 ad un'aspettativa 81,8 anni ed infine nel 2030 a 82,9 anni; tra le femmine dagli attuali 85,5 anni a 86 anni nel 2020, fino a 87 anni nel 2030. Diverso è il discorso quando si valuta l'aspettativa di vita in buona salute al compimento del 65° anno di età. Considerando infatti solamente questi dati, per i quali le ultime stime disponibili si riferiscono al 2013 (ISTAT), la speranza di vita per uomini e donne, rispetto alla media nazionale, si differenzia. Gli uomini toscani mantengono valori al di sopra della media nazionale: 7,8 anni medi in buona salute oltre i 65 anni di età in Toscana contro la media nazionale di 6,7 anni. Le donne mostrano valori sostanzialmente simili a quelli nazionali ovvero 5,6 anni medi in buona salute oltre i 65 anni di età in Toscana contro 5,7 anni in Italia.
- I principali indicatori sugli stili di vita calcolati sui dati dell'indagine Passi (età 18-69 anni) rivelano che le donne toscane sono più virtuose rispetto ai maschi: sono meno fumatrici, meno bevitrici a rischio e meno in sovrappeso od obese, consumano più frutta e verdura, ma sono più sedentarie. E' importante tuttavia segnalare che nella popolazione giovanile, le differenze negli stili di vita a rischio tra i generi, si stanno progressivamente annullando, in particolare per quanto riguarda il fumo che sta aumentando nelle

donne. L'analisi dei principali problemi di salute rivela che nel 2017 le donne hanno una prevalenza più bassa rispetto agli uomini per quanto riguarda le malattie cardiovascolari, diabete e BPCO. Viceversa sono più elevate nel genere femminile le prevalenze di demenza, sclerosi multipla, il ricorso ad indagini di diagnostica strumentale (complessivo radiologia tradizionale, ecografie, TAC, RMN) che determina maggiore esposizione a radiazioni ionizzanti, l'utilizzo di farmaci, in particolare farmaci antidepressivi.

- Numerosi studi hanno documentato l'elevato ricorso delle donne alle medicine complementari. Oltre allo studio multicentrico di Frass (2012), l'indagine Kristoffersen (2014) ha rilevato che le terapie complementari sono molto più diffuse fra le donne (42% contro 24%) di età media e con istruzione medio-alta, più attive anche nella promozione della salute personale e più interessate ai temi di salute. In Toscana (dati SPA 2017) il 75% dei pazienti che si curano con queste terapie sono donne.
- Negli ultimi anni si osserva un processo di femminilizzazione del fenomeno migratorio che mette in evidenza le questioni relative alla parità di genere e alla delicata condizione sociale delle donne che migrano da sole per motivi di lavoro. Le donne migranti sono maggiormente a rischio in una popolazione straniera già vulnerabile, ma parallelamente costituiscono una grande opportunità.
- La maggior parte dei ricoveri ospedalieri delle donne straniere avviene per parto, complicanze della gravidanza e IVG. L'esperienza del parto è quindi per molte donne l'occasione per avvicinarsi per la prima volta alle istituzioni sanitarie del Paese ospite e la gravidanza un'importante occasione di "aggancio" per attuare interventi di promozione della salute.
- Nelle gestanti straniere più alto è il rischio di

attivazione del “ciclo dello svantaggio”: titolo di studio spesso medio-basso, maggiore percentuale di famiglie monoparentali, rete di sostegno carente, condizioni di precarietà socio-economica e di marginalità sociale, ridotta conoscenza dei servizi disponibili e delle modalità di accesso, ritardo nell'accesso all'assistenza prenatale e ai servizi post-partum, ridotta conoscenza delle norme di tutela relative al percorso nascita e alla maternità.

- Le donne straniere ricorrono più frequentemente all'interruzione volontaria di gravidanza rispetto alle donne italiane e mantengono, anche per il 2016, un tasso di abortività più di tre volte superiore a quello delle donne italiane . Le straniere in proporzione più alta rispetto alle italiane ripetono più volte l'esperienza dell'IVG: nel 2016 il 41,2% delle straniere che ha effettuato una IVG ne aveva già effettuata una in precedenza (rispetto al 19,7% delle italiane).
- Si assiste a una preoccupante riduzione della vaccinazione HPV, importante per la prevenzione del tumore della cervice uterina come descritto nel target dedicato ai giovani.

Nuovi ruoli e nuovi bisogni

- Le donne hanno acquisito nel tempo nuovi ruoli e nuove responsabilità all'interno della società. Sono progressivamente cambiate le aspettative e i comportamenti rispetto alla sessualità, alla procreazione, alla maternità. I bisogni sono sempre più complessi e non riguardano esclusivamente la sfera riproduttiva. Gli aspetti sanitari si intrecciano sempre più con gli aspetti culturali, psicologici e sociali e per poter cogliere tutti questi aspetti, farsene carico e agire preventivamente, diventa essenziale un approccio multidisciplinare e l'integrazione. Il nuovo assetto del Sistema Sanitario Pubblico Regionale ed in particolare delle SDS/ZD costituisce un'importante occasione di rinnovamento e rivalutazione dei Consulenti. Questo in fatti valorizza il lavoro in rete di tutti i Servizi coinvolti e consente di aumentare, non solo la qualità dell'assistenza, ma anche la capacità di equità del sistema in percorsi assistenziali strategici per la salute della collettività.

- Emerge la necessità di affrontare in modo organico la complessa problematica relativa al rischio psichico e al rischio sociale in gravidanza e puerperio che, anche a causa dei processi sociali e culturali che attraversano la nostra società, si sono evidenziati nel corso degli ultimi anni in maniera sempre più rilevante.
- Per le donne, si rileva inoltre in impegno sempre più elevato nei compiti di cura in famiglie strutturalmente più fragili spesso associato ad un'attività lavorativa con conseguente doppio carico o triplo carico quando si assumono anche il ruolo di caregivers di familiari affetti da patologie croniche o non autosufficienti. Lo stress psicosociale e lavorativo rappresenta un fattore di rischio di patologia nei due sessi, in particolare nelle donne che, partecipando sempre più al mondo del lavoro, hanno adottato stili di vita meno salubri e alcune abitudini fino ad ora tipicamente maschili, come il fumo (vedi riferimenti epidemiologici). Esistono differenze di genere nella risposta allo stress, agli stati emozionali e alle strategie di coping (capacità di gestire situazioni stressanti) (Matud M 2004; Hofer A 2006; Glaser R 1999; Mercadillo RE 2011). È importante promuovere iniziative per favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro, flessibilità organizzativa e la condivisione tra uomini e donne delle responsabilità nella cura di bambini, anziani e disabili.
- L'occupazione femminile ha risposto alla crisi meglio di quella maschile e si è verificata una progressiva riduzione del divario di genere, ma permangono comunque differenze relative alle retribuzioni e alle progressioni di carriera (minori per le donne). La crisi ha inoltre aggravato i problemi strutturali dell'occupazione femminile soprattutto dal punto di vista dell'accesso e della qualità del lavoro. Anche l'incidenza dei NEET è più elevata tra le donne.
- Per i cambiamenti demografici la menopausa è un fenomeno che interessa gran parte della popolazione femminile e coincide con l'inizio di un periodo che ricopre all'incirca un terzo dell'intero arco vitale. Rappresenta un evento fondamentale nella vita della donna, che coinvolge aspetti fisici e psicologici in grado di influire sul benessere e sulla qualità della vita. L'impatto sulla qualità di vita non dipende esclusivamente dal cambiamento ormonale, biologico, ma anche dalla percezione psicologica e culturale dei fenomeni connessi con l'invecchiamento ed è condizionato da un approccio spesso troppo tecnico e medico, tanto da correre il rischio di medicalizzare una fase fisiologica della vita trasformandola in un "problema" da contrastare e combattere con ogni mezzo, anche non appropriato. D'altra parte c'è la necessità di identificare e proporre percorsi che abbraccino misure preventive e strategie operative nei confronti di quadri clinici cronici spesso invalidanti che la menopausa, unitamente ai processi di invecchiamento, può favorire o accelerare, come le malattie cardiovascolari. Da considerare la tendenza al sovrappeso e alle patologie osteoarticolari che può accentuarsi in menopausa per alimentazione incongrua e limitata attività fisica già scarsa nelle fasi precedenti di vita.

- Il ricorso delle donne alla medicina integrata in menopausa si colloca fra il 40% e il 70% (Linee guida “Menopausa” 2015, Regione Toscana). E' opportuno quindi che gli ambulatori di medicina complementare toscani sviluppino specifici progetti gender oriented a partire dal trattamento dei disturbi della menopausa.
- La stabilizzazione delle comunità straniere presenti da tempo sul Territorio consente interventi più strutturati da parte delle équipe dei Consulitori integrate da Mediatori Culturali formati. La donna migrante è infatti una figura strategica all'interno della comunità, una figura “ponte” su cui è opportuno investire anche per il grande risvolto in termini di prevenzione del malessere nelle nuove generazioni.
- Si assiste a incremento delle donne che si rivolgono ai servizi sanitari e ai Centri Anti Violenza (CAV) per un aumento della consapevolezza rispetto al riconoscimento dei comportamenti violenti subiti e per una maggiore conoscenza dell'offerta delle reti territoriali che devono però essere rafforzate e integrarsi maggiormente. Carente la situazione riguardo la presa in carico degli uomini maltrattanti.

Indirizzi a favore della donna . . .

NELLA FAMIGLIA

- Tutelare la salute della donna, elemento strategico in quanto influisce non solo sulla persona stessa, ma in tutto il contesto familiare e sociale.
- Promuovere sani stili di vita e di salute riproduttiva in particolare tra gli adolescenti e i giovani adulti e necessità di diffondere una cultura della preservazione della fertilità.
- Accompagnare la neomamma garantendo sicurezza, continuità assistenziale e qualità delle cure in un contesto di supporto alla naturalità dell'evento nascita che permetta alla donna di riappropriarsi del proprio sapere e compiere scelte informate basate sui propri bisogni e valori.
- Migliorare la capacità di riconoscimento precoce delle difficoltà, delle situazioni di rischio psico-sociale, della depressione post-partum.
- Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno e di presa in carico diversificate in gravidanza e nei primi mesi di vita del bambino sulla base del profilo di rischio favorendo positive competenze genitoriali.

NELL'ACCOGLIENZA E INTEGRAZIONE DA ALTRI PAESI

- Definire nei Consulitori percorsi assistenziali specifici per la presa in carico delle donne straniere in particolare per quanto riguarda l'IVG, la contraccezione, il Percorso nascita e la presa in carico del bambino/a durante il primo anno di vita, caratterizzati da un approccio culturale che tenga conto dei Paesi di provenienza.

- Attuare modelli per la presa in carico socio-sanitaria delle donne titolari e/o richiedenti protezione internazionale in particolare situazione di vulnerabilità. Tali donne, pur rappresentando un numero contenuto rispetto al totale dei migranti in accoglienza (prevalentemente di sesso maschile), presentano, nella quasi totalità dei casi, vulnerabilità multiple, situazioni familiari e personali complesse e per tali motivi necessitano di una presa in carico multidisciplinare che coinvolga più servizi del sistema sanitario e sociale territoriale.

NELLA MEDICINA DI GENERE

- Dare valore alle differenze e riconoscere le somiglianze, creando nuovi prototipi di salute che incorporano gli aspetti sociali, per arrivare all'obiettivo dell'equità di cura.
- Promuovere all'interno della ricerca medica e farmacologica un approccio di genere prendendo in considerazione uomini e donne al di là degli stereotipi e ponendo attenzione alle differenze biologiche, psicologiche e culturali per capire come curare, diagnosticare e prevenire le malattie comuni ai due sessi e che incidono diversamente per la differenza di genere.
- Integrare trasversalmente specialità e competenze sanitarie applicando il concetto di diversità per garantire a tutti il migliore trattamento possibile in funzione della specificità di genere. Da tenere presente nella cura e nella protezione della salute, che le donne appaiono più svantaggiate e spesso l'interesse per la salute femminile è prevalentemente circoscritto agli aspetti riproduttivi.
- Affrontare la menopausa in un'ottica interdisciplinare che consenta scelte consapevoli, modifica degli stili di vita, interventi differenziati in base al rischio.
- Prevenire le malattie cardiovascolari nelle donne attraverso un approccio personalizzato che identifichi la presenza di fattori di rischio e individui le donne sintomatiche.

NELLA PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

Applicazione delle "Linee guida nazionali percorso per le donne che subiscono violenza" per garantire adeguata e tempestiva presa in carico, continuità assistenziale e definizione di un progetto individualizzato per il percorso di uscita; coinvolgimento di tutti gli attori, pubblici e privati, che operano in questo settore; formazione degli Operatori (Linee guida nazionali sulla violenza di genere - Gazzetta Ufficiale 24 del 30/01/2018 recepimento DPCM 4/11/2017):

- individuazione precoce situazioni a rischio in particolare nelle situazioni di vulnerabilità;
- prevenzione in particolare nelle coppie di adolescenti e nella conflittualità familiare;
- rafforzamento rete dei Consulitori dedicati per le MGF con percorsi di cura e prevenzione e momenti di relazione - comunicazione - contatto per garantire la

presa in carico integrata delle donne e delle minori provenienti da paesi considerati a rischio;

- attuazione del documento regionale "Raccomandazioni per la prevenzione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio", di cui alla Delibera GR n.619/2016.

Target

DEDICATO AI PAZIENTI ONCOLOGICI

 **Personalizzazione, prossimità, equità e sicurezza delle cure: gli impegni per le persone colpite da tumore.**

Quanti e quali tumori in toscana

Ogni anno in Toscana sono diagnosticati circa 25mila nuovi tumori (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma). Secondo i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (anno 2013) i tumori più frequenti sono la mammella (13% di tutte le nuove diagnosi considerando uomini e donne assieme), il colonretto (13%), il polmone (11%) e la prostata (10%).

Oltre la metà di tutte le nuove diagnosi effettuate nella nostra regione riguardano persone di 70 e più anni di età, poco più di un terzo gli adulti in età 50-69 anni; tra i giovani sotto i 50 anni di età è diagnosticato il restante 10-15% delle patologie oncologiche.

Non tutte le età sono uguali

L'invecchiamento è un fattore determinante nello sviluppo del cancro e infatti l'incidenza (numero delle nuove diagnosi) aumenta in modo evidente con l'età. Per quelle sedi tumorali che hanno picchi di incidenza nelle età più avanzate (ad esempio polmone e stomaco).

La frequenza è intorno al centinaio di casi ogni 100.000 persone/anno dopo i 35 anni, mentre dopo i 60 anni si osserva un netto incremento dell'incidenza, arrivando a superare il migliaio di casi ogni 100.000 persone/anno.

Cosa sta cambiando?

Se consideriamo l'andamento del numero delle nuove diagnosi al netto delle modificazioni demografiche dovute al continuo invecchiamento della popolazione, tra gli uomini osserviamo una riduzione per tutti i tumori nel complesso (-0.6% ogni anno). Questo trend è sostenuto dalla diminuzione marcata del tumore del polmone (-1.9%/anno) e della vescica (-1.2%/anno), effetto della riduzione del numero di fumatori, ma anche dalla riduzione del tumore dello stomaco (-4.1%/anno) ma anche della riduzione del colonretto (1.8%/anno), associato con l'introduzione dei programmi di screening organizzato.

Due patologie a buona prognosi, frequenti tra i giovani, sono invece in crescita nel sesso maschile: melanoma (+6.3%/anno) e tiroide (+5.0%/anno), fenomeno potenzialmente associato con una crescente pressione diagnostica.

Nel sesso femminile, invece, l'incidenza (numero delle nuove diagnosi) di tutti i tumori nel complesso presenta una lieve tendenza all'aumento (+0.6%/anno). Anche in questo caso si considerano gli andamenti al netto dell'effetto dell'invecchiamento della popolazione. È in marcata crescita l'incidenza del tumore del polmone (+2.4%/anno), trend associato con l'aumento del numero delle donne fumatrici negli anni passati. Sono in crescita, come nel sesso maschile, anche melanomi cutanei e tiroide (+5.2% e +6.0%/anno rispettivamente). L'incidenza del tumore più frequente, la mammella, che è aumentata fino a metà degli anni Duemila, è attualmente stabile. L'incidenza del tumore del colonretto è in riduzione dalla metà degli anni duemila, associata con l'introduzione dei programmi di screening organizzato. L'incidenza del tumore dello stomaco è in netta riduzione (-4.2%/anno)

Esistono differenze tra aree?

L'incidenza (il numero delle nuove diagnosi) per tutti i tumori nel complesso è sostanzialmente omogenea tra aree; si osservano solo valori leggermente superiori nell'area vasta Nord Ovest tra gli uomini (+10% rispetto al Centro), nessuna differenza tra le donne.

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

Quanto si sopravvive?

Tra gli uomini la sopravvivenza per tutti i tumori nel complesso in netto aumento (sopravvivenza a 5 anni passa da 37% nel periodo 1985-89 a 59% nel periodo 2005-10). Parte di questo miglioramento è legato alla modificazione del cosiddetto case-mix, ovvero del peso delle singole patologie.

Anche tra le donne la sopravvivenza per tutti i tumori nel complesso in netto aumento (sopravvivenza a 5 anni passa da 52% nel periodo 1985-89 a 65% nel periodo 2005-10). Notevoli miglioramenti sono stati osservati nella sopravvivenza per il tumore della mammella (78% alla fine degli anni '80, 90% nel 2005-10) e del colonretto (48% alla fine degli anni '80, 62% nel 2005-10).

Cosa accadrà domani?

Il numero di nuovi casi attesi per il 2018 è pari circa 27000, di cui 14000 tra gli uomini e 13000 tra le donne. Sono fornite anche le stime del numero di casi prevalenti, ovvero del numero dei residenti nella regione Toscana che in passato hanno affrontato una diagnosi di tumore: circa 205 000 soggetti, 95000 uomini e 110000 donne. Alcuni di questi pazienti stanno effettuando approfondimenti diagnostici, alcuni stanno effettuando terapie specifiche, altri ancora solo esami di follow-up, una piccola parte si trova in una fase finale di malattia. L'insieme dei casi prevalenti è costituito, quindi, da un insieme eterogeneo di soggetti, caratterizzati da bisogni sanitari diversi, che assorbono con intensità diverse risorse del sistema regionale.

Area Vasta	ASL	Incidenza [^]		Prevalenza ^{^^}	
		Uomini	Donne	Uomini	Donne
Centro	3 Pistoia	1095	1010	7385	8592
	4 Prato	869	815	5863	6875
	10 Firenze	864	798	5861	6756
	11 Empoli	3124	2955	21260	25187
		5948	5579	40369	47410
Nord-Ovest	1 Massa e Carrara	764	718	5160	6148
	2 Lucca	856	778	5790	6632
	5 Pisa	1253	1169	8487	9933
	6 Livorno	1362	1252	9247	10710
	12 Viareggio	618	594	4167	5073
		4855	4513	32851	38496
Sud-Est	7 Siena	1035	951	7069	8111
	8 Arezzo	1306	1174	8861	9988
	9 Grosseto	891	815	6049	6978
		3234	2941	21979	25077
Totale Regione		14037	13034	95199	110983

[^] TRT. Stima 2018-2020 ^{^^} TRT. Stima 2018

La ricerca scientifica in oncologia e le recenti conoscenze genetiche ed epigenetiche degli ultimi anni, hanno consentito un miglioramento della probabilità di cura delle patologie oncologiche, il prolungamento della sopravvivenza dei pazienti ed una 'cronicizzazione' di alcune patologie tumorali con farmaci e strategie terapeutiche che consentono anche il rispetto della qualità di vita.

Questo propone un nuovo concetto di salute e malattia in ambito oncologico e quindi un aggiornamento ed una evoluzione delle risposte rivolte ai pazienti affetti da tumore che vogliono ricominciare a vivere e per questo devono poter affrontare gli effetti a lunga durata delle cure ed il loro impatto sulla vita affettiva o di relazioni.

Le nuove scelte regionali sono orientate alla definizione di nuovi modelli organizzativi con l'obiettivo di garantire l'erogazione delle cure in rete dei servizi ospedalieri e territoriali coinvolti nei diversi percorsi oncologici omogeneizzando ed integrando i centri ad alto volume con quelli dei servizi periferici, producendo così offerte di 'linee di servizio' diverse, ma complete. La necessità di un'organizzazione della rete oncologica regionale in reti cliniche per le principali patologie scaturisce dalla crescente complessità dei bisogni sanitari del paziente oncologico, paziente fragile per eccellenza al quale assicurare appropriatezza, efficacia, sicurezza e qualità di vita.

Le risposte del sistema dovranno sempre più tenere conto che sempre più pazienti sopravviveranno tornando alle loro attività, alla loro vita 'normale e questo richiede la definizione di sempre più elevati standard funzionali. Per ottenere ciò è necessario dare sempre più voce ai pazienti, ai loro bisogni, alle loro attese, condividendo, fin dall'inizio, percorsi complessi, tesi a migliorare la qualità della loro vita. Diviene essenziale rafforzare il patto di fiducia medico-paziente, più che mai indispensabile in questo tipo di patologia e attuare concretamente la raccomandazione della legislazione europea, nell'area delle politiche sanitarie, riassumibile in "Nothing about us, without us", propria dell'European Cancer Patient Coalition. La qualità della vita dei malati durante e dopo le cure deve diventare quindi una priorità.

La presa in carico globale del paziente deve accompagnare tutto il percorso di malattia, anche quando la prognosi si rivela infausta: anche in questo caso l'obiettivo è la condivisione delle scelte terapeutiche ed assistenziali in ogni fase del percorso di cura, soprattutto nelle fasi più avanzate, così come l'appropriatezza delle cure deve essere valutata nella specificità del singolo paziente e dello stadio sua malattia.

Particolarmente importante è la continuità, la qualità e la coerenza della comunicazione con il paziente e la sua famiglia, anche per l'attivazione delle Cure Palliative Precoci e la scelta del miglior setting assistenziale.

La sfida della rete oncologia regionale dovrà essere quella di saper coniugare umanizzazione, innovazione e sostenibilità e fondare i suoi buoni risultati sulla sinergia tra l'attenzione per i pazienti, la formazione costante del personale, il rigore metodologico nella pratica clinica ed assistenziale e la ricerca. La rete intercetta il bisogno nella sede in cui questo si manifesta, "avvolge" il paziente in una organizzazione in grado di modularsi sulla complessità della patologia, mette a disposizione tutte le risorse del sistema dalle risposte di base, all'alta specializzazione, all'innovazione tecnologica, alla ricerca preclinica. Accessi diffusi nel territorio in prossimità della residenza del paziente, percorsi di cura omogenei perché condivisi da tutti gli operatori, organizzazione dei servizi in funzione di volumi adeguati di casistica, expertise professionale e adeguata dotazione tecnologica sono i principi su cui si fonda e si sviluppa la rete e che producono qualità, sicurezza nelle cure, accesso governato all'innovazione quando questa è necessaria ed efficace.

Il carico empatico della patologia oncologica produce spesso il bisogno di acquisire ulteriori pareri o valutazioni: la rete promuoverà un sistema strutturato di second opinion che attivi i professionisti di riferimento di ciascun settore in caso di particolare complessità o incertezza terapeutica.

Esistono donne e uomini che hanno un rischio aumentato di tumore su base genetica: occorre in questo campo dare informazioni corrette, evitando allarmismi, ma al contempo individuando i veri soggetti a rischio prevedendo per questi programmi di monitoraggio attivi, pubblici e gratuiti. La sempre maggior conoscenza dei meccanismi molecolari alla base dello sviluppo, della crescita e della diffusione del cancro ha permesso di sviluppare

le cosiddette terapie mirate con “farmaci intelligenti” che agiscono in maniera selettiva su alcuni di questi processi cellulari. I farmaci di ultima generazione, la terapia genica consentono terapie mirate che offrono la possibilità di confezionare un trattamento “su misura” per il paziente, ma è essenziale che il loro utilizzo nella pratica clinica sia sottoposto ad un attento monitoraggio, alla luce del rapporto tra i costi molto elevati e i benefici reali. Da prove d’efficacia emerge inoltre con sempre maggiore evidenza la necessità di promuovere un approccio integrato anche con approcci terapeutici non convenzionali che consentono miglioramenti significativi nella riduzione degli effetti collaterali e nella qualità della vita e che sono utilizzabili in tutte le fasi della malattia.

Negli ultimi decenni l’evidenza della necessità di integrare tra loro i diversi trattamenti ha modificato la visione dell’intero percorso di cura del paziente oncologico. Perseguendo l’ottica dell’approccio multidisciplinare, si sono sviluppate tecniche di cura che prevedono l’utilizzo simultaneo di trattamenti diversi, di tecniche di palliazione dei sintomi (terapia del dolore, supporto psicologico, supporto nutrizionale) e di interventi di supporto psicologico.

La prevenzione è un cardine fondamentale della lotta al cancro. Circa il 25% delle neoplasie sono in realtà tumori che potrebbero essere evitati con stili di vita corretti (dal movimento, all’alimentazione, alla lotta al fumo, ad azioni contro i cancerogeni ambientali).

Oggi siamo molto attratti dai nuovi farmaci, dall’innovazione tecnologica e così via, ma in realtà ancora oggi il fattore di prognosi più importante è rappresentato dall’anticipazione diagnostica, quindi è necessario promuovere in maniera fortissima l’estensione all’adesione agli screening oncologici istituzionali facilitandone l’accesso da parte della popolazione più fragile, sostenere l’attuazione omogenea dell’allargamento della fascia di età per lo screening mammografico, e valutare se ci sono altri ambiti di potenziamento dello screening: modalità innovative per l’approfondimento colonscopico, coniugare la vaccinazione anti HPV con lo screening per i cervico carcinoma, possibilità di uno screening per il tumore polmonare associandolo ad azioni contro il tabagismo. Infine, è necessario mettere in essere azioni forti anche nel tema della prevenzione primaria: abbiamo una strage di pazienti per tumori evitabili, quelli cioè legati a stili di vita non adeguati, in particolare legati all’abitudine al fumo o a fattori ambientali. Sono necessari programmi concreti che partono dalle scuole e accompagnano i nostri comportamenti, pubblici e privati per tutta la vita. Dunque, agire attraverso la prevenzione primaria e secondaria significa ridurre il carico di patologia oncologica e quindi anche disporre di risorse per curare pazienti che devono essere curati.

Il cambiamento epidemiologico della patologia oncologica pone la necessità di affrontare il tema della vita, della qualità di vita, non solo durante, ma anche dopo il cancro. Il termine “survivors” (sopravvissuti) denuncia anche da un punto di vista semantico l’importanza di affrontare queste tematiche che vanno dai temi dei diritti sul

lavoro, al supporto alle famiglie ad aspetti squisitamente sanitari. Occorre promuovere, strutturare e rendere sempre più fruibili interventi quali la riabilitazione oncologica, la preservazione della fertilità, il trattamento della menopausa da chemio e radioterapia. La rete oncologica, sempre più inclusiva di competenze non strettamente oncologiche e con un ruolo ben definito del medico di medicina generale, deve essere in grado di trasmettere il senso della presa in carico lungo l'intero percorso, superando le criticità dei passaggi a momenti di cura diversi. I tempi sono maturi perché tutti gli apporti professionali di cura e di assistenza siano coinvolta nella gestione della patologia oncologica. Il ruolo dei medici di medicina generale è perciò da promuovere per la promozione dell'adesione agli screening, per la diffusione di buone pratiche e stili di vita corretti e diventa sempre più importante la collaborazione tra l'oncologo e il medico di medicina generale nella gestione del follow up del paziente oncologico.

Target (F)

DEDICATO AGLI ANZIANI

“Le rughe della vecchiaia formano le più belle scritte della vita, quelle sulle quali i bambini imparano a leggere i loro sogni (Marc Levy)”. **Occuparsi degli anziani e garantire loro un appropriato livello di assistenza è un dovere e un bisogno sociale.**

Riferimenti epidemiologici

Gli anziani sopra i 65 anni: cambia il ruolo sociale e aumentano le malattie croniche, ma attenzione anche a traumi e cadute.

Attualmente sono circa 960mila gli anziani in Toscana (25%). Si prevede che nel 2020 saranno 954.800 (25,4%) e 1.068.293 (28,2%) nel 2030. I 497.550 anziani over75 diventeranno 503.240 nel 2020 e 560.960 nel 2030. La speranza di vita al compimento del 65° anno d'età nei prossimi 12 anni è prevista in aumento di circa 1 anno in entrambi i generi: tra i maschi dagli attuali 19,4 anni, a 19,7 nel 2020 a 20,4 nel 2030; tra le femmine dagli attuali 22,6 anni a 23 nel 2020, 23,7 nel 2030.

Cresce adesso anche il numero di persone che hanno più di una malattia cronica, caso più frequente nelle donne rispetto ai maschi. Con l'invecchiamento, le donne superano i maschi per aspettativa di vita, ma anche purtroppo per numero e complessità delle malattie. In altre parole, vivono di più, ma in condizioni di salute meno libere da malattia. E questo si osserva un po' ovunque, non solo in Toscana. Di conseguenza, da questa età in poi, cresce molto anche il numero di richieste di visite specialistiche e prescrizioni di farmaci, con grande assorbimento di risorse sanitarie ed economiche.

Proiettando gli attuali tassi di prevalenza delle limitazioni funzionali sulla popolazione anziana prevista da Istat, gli attuali 128.900 anziani con limitazioni funzionali diventeranno 130.540 nel 2020 e 145.600 nel 2030. Gli anziani con almeno una patologia cronica, tra quelle censite da Istat, passeranno dagli attuali 703mila, a 714mila nel 2020 (429mila donne) a 798.500 nel 2030 (473mila donne).

Questa è la fase della vita caratterizzata dal pensionamento e da un relativo cambio di ruolo sociale, ma anche dal maggiore tempo a disposizione e dalla nascita dei nipoti. Questi uomini e donne diventano una risorsa importante per le famiglie più giovani, ma sono anche più soli ed hanno più difficoltà a trovare soddisfazione nelle relazioni con gli altri.

Quasi 1 cittadino su 4 deve ricorrere alle cure di un ospedale almeno 1 volta nell'anno: in oltre la metà dei casi si tratta di tumori e di malattie cardiovascolari. Aumentano a questa età un po' tutti i tipi di malattie: le respiratorie croniche, il diabete, i disturbi della funzionalità renale, dell'apparato digerente, del sistema nervoso, come Parkinson e demenze.

Sono frequenti inoltre i traumi e le cadute. A questa età si tratta di un grande problema sanitario e sociale, con fratture di femore e di altri comparti, favorite anche dall'osteoporosi, a sua volta figlia di una scarsa attività fisica e di un'alimentazione inadeguata nell'età giovanile e adulta. Comunque, i servizi ortopedici toscani affrontano la frattura del femore degli anziani con i minori tempi di attesa e con la minore mortalità post-operatoria a livello nazionale.

Come risponde il sistema sociosanitario pubblico rispetto ai bisogni specifici

Occorre lavorare per il miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana, intervenendo in fase preventiva per garantire un invecchiamento attivo e in buona salute, e rafforzando e ricreando una rete sociale capace di mantenere al suo interno l'anziano nel suo passaggio da auto a non autosufficiente. E' necessario

implementare e omogeneizzare le azioni dedicate alla non autosufficienza (L.R. 66/08) per garantire, attraverso il Sistema Sociosanitario Pubblico regionale, sia in termini di presa in carico che di accesso i servizi per la persona non autosufficiente, qualità, tempestività e appropriatezza delle prestazioni, allo scopo di ridurre liste di attesa, ricoveri impropri e ripetuti. Promuovere e assicurare un'ampia informazione ai familiari e ai caregiver sull'accesso ai servizi dedicati agli anziani attraverso tutti i canali istituzionali e informali possibili, allo scopo di evitare isolamento, solitudine, disperazione, nascita di nuovi e maggiori bisogni di assistenza sanitaria e sociale per l'intera famiglia.

Nuovi ruoli e nuovi bisogni

- Revisione qualitativa e quantitativa degli obiettivi relativi ai servizi domiciliari e semiresidenziali;
- Garanzia di percorsi di qualità e innovativi per la residenzialità anche tramite una congrua e appropriata programmazione delle offerte "modulari" residenziali in tutti gli ambiti territoriali attraverso un percorso di concertazione tra i soggetti istituzionali (Società della Salute o Zone distretto) e i gestori;
- Rilevazione del diverso bisogno sociale e sanitario, riallocando e razionalizzando le risorse oggi disponibili, anche fra ospedale e territorio, rafforzando il processo di messa in rete dei soggetti operanti sul territorio, supportati anche dai modelli ispirati alla continuità ospedale/territorio e alla medicina di iniziativa, al fine di contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione.

IL SUPPORTO ALLA FAMIGLIA NEL LAVORO DI CURA

Allo sforzo pubblico per i servizi di lungo assistenza, si accompagna quello sempre prevalente delle famiglie. In Italia sono oltre 3 milioni i caregiver familiari che assistono adulti (anziani, malati e disabili) e compensano i servizi formali, insieme a circa 830.000 assistenti familiari assunti direttamente da anziani e famiglie. In un tale contesto, emergono sicuramente importanti questioni sociali, quali l'appropriatezza e l'equità nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi pubblici di Long Term Care (LTC) nel nostro Paese, e il peso sociale ed economico del supporto (assistenziale e finanziario) delle famiglie agli anziani non autosufficienti.

Gli aspetti più evidenti del problema riguardano il carico assistenziale e la situazione di disagio che la persona e i caregiver vivono con riferimento allo svolgimento di compiti di cura gravosi, alla necessità di interventi socio-sanitari, agli investimenti necessari per permettere alla persona non autosufficiente di rimanere nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile. A ciò si aggiunge che la difficile conciliazione tra tempi di cura e di lavoro per i caregiver, specie nelle società europee in cui l'aumento dei tassi

di occupazione femminile e il modificarsi della struttura delle famiglie, suggerisce nel prossimo futuro la riduzione delle risorse di cura informali disponibili.

Alla luce di quanto evidenziato appare chiaro come l'invecchiamento della popolazione stia diventando sempre più un tema in primo piano nell'agenda politica, sia a livello internazionale che nazionale. Oggi più che mai, è fondamentale cogliere le opportunità e le sfide di questa trasformazione sociale, rivedendo modelli culturali, sociali ed economici.

L'obiettivo è quello di riconoscere e sostenere il ruolo di tali figure chiave anche attraverso servizi dedicati e percorsi formativi strutturati e integrati.

FRAGILITA' E INVECCHIAMENTO ATTIVO

Per fragilità si intende uno stato di aumentata vulnerabilità ad agenti esterni ed interni con conseguente riduzione della riserva fisiologica o addirittura scompenso di multipli sistemi fisiologici.

La fragilità è la conseguenza dell'effetto di decrementi fisiologici dovuti all'invecchiamento che si sommano con gli effetti, spesso subclinici, di patologie acute o croniche interessanti differenti organi o sistemi fisiologici. La fragilità conduce ad uno stato di elevata vulnerabilità ad eventi che modificano negativamente lo stato di salute con conseguente disabilità, dipendenza, cadute, istituzionalizzazione e morte. Da un punto di vista operativo è riconoscibile attraverso la presenza nell'anziano di almeno tre delle seguenti caratteristiche: 1) perdita di peso; 2) facile affaticabilità; 3) riduzione della forza muscolare; 4) ridotta attività fisica; 5) riduzione della velocità del cammino.

Uno stile di vita sedentario è riconosciuto come fattore favorente la comparsa di malattie croniche. Contestualmente l'attività fisica è ritenuta una componente essenziale di qualsiasi strategia che miri a risolvere i problemi della vita sedentaria e dell'obesità sia nell'infanzia che in età adulta. La vita attiva contribuisce alla salute fisica e mentale individuale ma anche alla coesione sociale e al benessere della comunità. La partecipazione all'attività fisica non si concretizza tuttavia solo attraverso lo sport o l'attività organizzata, ma è influenzata dagli ambienti costruiti, naturali e sociali in cui vivono le persone.

L'obiettivo è quello di sviluppare un sistema di supporto ai corretti stili di vita, e fra questi la pratica motoria, avvalendosi, per entrambi, della presenza di una rete di soggetti della Comunità favorita da un modello di empowerment comunitario in grado di supportare l'autogestione delle condizioni di cronicità già presenti e di sviluppare azioni di prevenzione per la popolazione in condizioni di fragilità.

PATOLOGIE CRONICHE, COMORBIDITA' E USO ECCESSIVO DI FARMACI

Il progressivo invecchiamento della popolazione con più patologie croniche e il rischio di interazioni farmacologiche fra terapie necessarie, richiedono di spostare l'intervento

dalla malattia alla globalità della persona e l'acquisizione di stili di vita salutari. In questi pazienti "fragili" trova indicazione anche la medicina integrata, in particolare per dolore e disturbi dell'umore, per la sua efficacia, gradimento dell'utenza, sostenibilità economica e scarsità di effetti collaterali, anche ai fini della riduzione del rischio di overuse (Linee guida della British Geriatric Society 2013, Linee Guida Nice 2009).

L'approccio integrato può costituire una risorsa funzionale, oltre che al benessere del paziente anziano e alla sua qualità di vita, anche al fine di ridurre i riscontrati effetti collaterali della terapia corrente, i consumi farmacologici (come ha confermato di recente la ricerca EPI3 condotta in Francia su 8.559 pazienti documentando una riduzione dell'assunzione di farmaci) e gli esami diagnostici inappropriati. Analogamente utili le tecniche di movimento e le ginnastiche mediche tradizionali, come ad esempio il Qigong e il Tai chi che coniuga efficacia ed approccio di gruppo, motivando ulteriormente l'anziano. E contribuendo in modo positivo anche al benessere psichico e relazionale.

ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

La legge regionale 66/2008, "Istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza", rappresenta l'elemento cardine attraverso il quale la Regione Toscana ha voluto accompagnare l'organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di migliorare qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, promuovendo l'organizzazione su tutto il territorio regionale di una rete di servizi orientata alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità e a favorire percorsi assistenziali domiciliari finalizzati ad una vita indipendente.

Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'indebolimento della rete sociale determinano la necessità di rivedere e innovare il modello toscano, pur continuando a favorire percorsi domiciliari e nell'ottica di garantire equità e rispetto di appropriati livelli essenziali di assistenza.

L'obiettivo, attraverso una costante manutenzione delle norme regionali e un'attenta programmazione territoriale sociosanitaria dei servizi sulla base del reale bisogno, è quello di incrementare in termini quantitativi (numero ore assistenza domiciliare e reperibilità h24 del servizio) e qualitativi (sperimentazione di modelli di integrazione pubblico-privato per alcuni servizi sociali di base) le risposte integrate sul territorio. Lo scopo sarà quello di mantenere l'anziano al domicilio, anche attraverso l'individuazione e l'attivazione di nuovi modelli di residenzialità per gli anziani (appartamenti o gruppi appartamento) promuovendo modelli di governance pubblica innovativa (co-progettazione). La convergenza dei diversi modelli territoriali dovrà rappresentare l'obiettivo principe e la modalità operativa ordinaria, allo scopo di favorire l'incontro e l'integrazione tra sociale e sanitario, ospedale e territorio, istituzioni e società civile per garantire equità, appropriatezza e sostenibilità.

Tra gli interventi innovativi si colloca il progetto sperimentale “Pronto Badante” che garantisce, attraverso soggetti del terzo settore, una attività di orientamento e sostegno per famiglie toscane che per la prima volta si trovano ad affrontare la situazione di fragilità di un anziano. I positivi risultati della sperimentazione consentono di procedere ad una conferma e stabilizzazione delle azioni intraprese con una sempre maggiore integrazione nei percorsi volti a favorire la domiciliarità degli anziani.

LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA

Il sistema di accreditamento delle strutture socio sanitarie destinate alle persone anziane che, per il loro elevato bisogno di assistenza non possono più essere mantenute al domicilio, è volto a garantire servizi sempre più rispondenti a percorsi di appropriatezza e di qualità. Il cittadino che può scegliere un posto in una struttura accreditata ha la garanzia di erogazioni e prestazioni con livelli di qualità “ulteriori” rispetto agli standard minimi previsti con i soli percorsi autorizzativi. Le strutture pubbliche e private accreditate garantiscono la tutela del diritto alla salute sulla base di requisiti superiori di qualità e sono le uniche che possono intrattenere rapporti contrattuali (accordi) con il servizio pubblico. A tale sistema deve accompagnarsi una diversa cultura che risponda ai crescenti bisogni determinati dall'invecchiamento della popolazione e che impronti la progettazione, gestione e qualità dei servizi, a tutti i livelli di responsabilità.

L'obiettivo è garantire il miglioramento qualitativo del sistema e la relativa omogeneità di applicazione sul territorio regionale, fornendo ai cittadini adeguati e semplici strumenti per la scelta delle strutture (RSA), agli operatori del servizio pubblico adeguati percorsi formativi, agli operatori delle strutture, siano essi pubblici che privati, percorsi ad hoc tesi al miglioramento delle relazioni tra tutti i soggetti e i gruppi presenti nelle RSA nei termini di qualità dell'assistenza e della vita nella residenza, condizioni di lavoro e benessere organizzativo, applicazione delle pratiche per la sicurezza e appropriatezza delle cure. E' essenziale promuovere una cultura di attenzione agli aspetti psicologico-relazionali connessi all'attività di cura e sicurezza del paziente nell'ambito della LTC .

LA CURA E L'ASSISTENZA DELLE PERSONE CON DEMENZA E IL SOSTEGNO AI FAMILIARI

Le demenze e la malattia di Alzheimer in modo particolare, sono condizioni generalmente considerate né prevenibili né trattabili, con problematiche del tutto peculiari e che mutano nelle diverse fasi cliniche e funzionali, coinvolgendo quasi tutti i Servizi presenti sul territorio, anche se in fasi e momenti diversi.

Gli interventi sulle demenze, che dovrebbero essere considerate delle vere e proprie “malattie della famiglia”, rappresentano una delle principali sfide del welfare futuro, che non sarà sostenibile senza una gestione in rete e il potenziamento dell'integrazione sociosanitaria. La demenza, a causa della rilevanza epidemiologica e del fatto che spesso

comporta la contemporanea presenza di disturbi cognitivi e comportamentali, crea bisogni personali e familiari, tali da comportare un'estrema difficoltà nell'organizzazione delle risposte sociosanitarie.

L'esperienza quotidiana, da parte di chi è "in prima fila" ad affrontare tali problematiche, mette in evidenza le frequenti carenze organizzative e strutturali del territorio in risposta alla complessità dei bisogni sociosanitari dei pazienti affetti da demenza, ed in particolare il disagio provocato dalla carenza di servizi e di percorsi assistenziali strutturati dedicati a questi soggetti.

L'obiettivo è quello di diversificare le risposte sulla base dei singoli bisogni, rafforzare la rete integrata dei servizi, attraverso una omogenea applicazione sul territorio dei relativi PTDAS, incrementare la sinergia e il rapporto di fiducia tra i diversi attori coinvolti: specialista, MMG, Unità di valutazione multidisciplinare, associazionismo e società civile, caregivers e familiari, promuovere modelli innovativi di gestione, favorendo la nascita di luoghi "Dementia friendly".

Target ①

DEDICATO ALLE PERSONE CON DISABILITÀ

“ Sostenere e valorizzare la centralità della persona con disabilità, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita finalizzate al raggiungimento e mantenimento della massima autonomia possibile e di una vita indipendente. ”

La tutela dei bisogni delle persone con disabilità rappresenta una delle più rilevanti sfide delle società avanzate. Sostenere e valorizzare la centralità della persona, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita, in una logica diversa dal puro assistenzialismo attuato con l'erogazione delle prestazioni, ma orientata allo sviluppo e al raggiungimento della massima autonomia possibile, della vita indipendente e della personalizzazione degli obiettivi degli interventi socio sanitari, costituisce una priorità della Regione Toscana. E' obiettivo programmatico prioritario la presa in carico della persona con disabilità, mediante la rete integrata dei servizi in collaborazione con tutte le componenti istituzionali coinvolte e con la piena partecipazione della persona stessa mondo associativo.

Riferimenti epidemiologici

A seguito del cambiamento radicale promosso nel 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la disabilità è definita come “la risultante di una relazione complessa tra condizioni di salute, fattori ambientali e personali”.

I fattori personali e ambientali possono modificare notevolmente gli esiti di una condizione di disabilità

influenzando le limitazioni nella funzionali e la partecipazione sociale. Dal punto di vista assistenziale lo scopo è dare una visione globale della persona mirando al raggiungimento della massima autonomia possibile attraverso un modello assistenziale che preveda la presa in carico nella continuità delle cure. Con l'indagine campionaria sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2013, Istat rileva per la Toscana una quota complessiva di 4,8 persone con limitazioni funzionali ogni 100 residenti di 6 anni e oltre. Tale valore per l'Italia corrisponde ad un tasso del 5,5% evidenziando quindi una minore incidenza della disabilità in RT rispetto al contesto medio nazionale e tra i più bassi a livello regionale, anche se in leggera crescita rispetto alla rilevazione 2005 (4,5%). In base a queste stime le persone con limitazioni funzionali attese sono circa 170mila, di cui oltre 78mila con problematiche di cosiddetto "confinamento" (condizione estrema in cui si può trovare una persona se per limitazioni nelle funzioni della mobilità o locomozione è costretta permanentemente a casa). Sempre Istat, su dati Eurostat sulle limitazioni nelle funzioni sensoriali e motorie, conferma la migliore situazione toscana rispetto al quadro nazionale e stima sul territorio regionale 460mila persone di età maggiore di 15 anni aventi limitazioni nella vista (di cui 44mila gravi), circa 600mila con limitazioni dell'udito (di cui 141mila gravi) e circa 465mila con limitazioni motorie (di cui 212mila gravi).

Un dato a complemento sulla disabilità in Toscana è quello relativo alle indennità di accompagnamento INPS agli invalidi civili totali e parziali. Secondo tale fonte al 2017 sono erogate in Toscana 106.700 indennità di accompagnamento a invalidi totali e parziali, di cui circa 99.500 a invalidi totali. Tra queste ultime, l'80% (80.400) sono destinate ad anziani e il 20% a 0-64enni (19mila). Trattandosi di invalidi totali, dunque di una accezione di disabilità teoricamente più ristretta di quella adottata dall'Istat, si può assumere questa come una buona misura di approssimazione, almeno per le disabilità gravi.

Infine, in tema di assistenza: la rilevazione Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ci dice che al 2015 erano presenti nelle strutture toscane circa 1.400 posti letto per persone con disabilità (62,5 ogni 100.000 residenti contro una media nazionale di 83,5) e quasi 1.600 ospiti con disabilità o disturbi mentali (142 ogni 100.000 adulti 18-64 anni, media Italia 157,6). La rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati (4), disponibile soltanto fino al 2014, fornisce dati sulle persone con disabilità in carico al servizio sociale professionale (oltre 14.000), e con assistenza domiciliare socio-assistenziale (oltre 1.600 utenti) e beneficiari del trasporto sociale (servizio utilizzato da oltre 2.800 persone).



Come risponde il sistema socio sanitario ai bisogni delle persone con disabilità

Il complesso della rete dei servizi socio sanitari richiede di essere tarato sulle specificità e sugli obiettivi specifici nelle varie fasi della vita della persona, da quella pre e neonatale e alla prima infanzia, fino al venir meno del supporto genitoriale o alla fase senile. Le risposte del sistema devono assicurare con particolare attenzione la continuità assistenziale e la presa in carico:

- nel passaggio tra l'età minore, adulta e anziana (medicina di transizione)
- nel raccordo tra i presidi territoriali e le aree specialistiche
- nell'integrazione tra territorio e ospedale
- tra i diversi territori, nei casi di trasferimento e nei casi di ricoveri ospedalieri o residenziali.

La valorizzazione dell'autonomia residua della persona disabile e l'inclusione nella società civile si realizza attraverso la definizione di percorsi di presa in carico integrati, sia dal punto del governo territoriale delle risposte sociali e sanitarie a livello zonale, che superino sovrapposizioni di competenze o di separatezza delle responsabilità e mettendo a disposizione delle equipe multidisciplinari competenti UVM Disabilità strumenti e processi valutativi validi e condivisi.

Fondamentale il Progetto di Vita, quale processo dinamico che accompagna la persona lungo il suo ciclo di vita, seguendone le modificazioni dei bisogni e delle aspirazioni nelle diverse fasce d'età, anche attraverso l'attivazione sperimentale del budget di salute. Sotto questo profilo di particolare rilievo appare l'impegno della Regione Toscana nel

destinare alle persone disabili una quota rilevante delle misure all'interno dell'Asse B "Inclusione Sociale e lotta alla povertà" del POR FSE 2014/2020, per lo svolgimento di percorsi individualizzati di socializzazione e accompagnamento al lavoro, come illustrato all'interno del driver n.1 sul contrasto alle disuguaglianze.

In tale direzione la sfida del sistema regionale è quindi rappresentata dalla integrazione tra i servizi socio sanitari, attraverso una modalità di lavoro improntata alla rete e quindi alla collaborazione tra i vari ambiti di competenza dei servizi e delle professioni, assicurando il governo organico degli interventi socio sanitari.

Le risposte del sistema integrato dei servizi socio sanitari è quindi finalizzata a coniugare la sostenibilità degli interventi con la realizzazione di risultati con efficacia ed appropriatezza che mirino al pieno rispetto dei Livelli essenziali di assistenza, e che siano volti a:

- garantire azioni di sostegno all'abitare e di promozione dell'autonomia abitativa, sia in forma diretta che indiretta;
- favorire la deistituzionalizzazione e facilitare i percorsi alternativi al ricovero in struttura e facilitare la de-istituzionalizzazione;
- inserire in modo strutturato la logica del "durante e dopo di noi", avviata con la L. 112/2016 e già sperimentata dalla Regione Toscana con i progetti presentati nel 2014 (DGR 594/14 all'interno dei percorsi territoriali, garantendo risposte inclusive, appropriate, partecipate e sostenibili);
- promuovere nei diversi contesti assistenziali (residenziale, semi-residenziale e domiciliare) dei modelli personalizzati orientati alla presa in carico proattiva ed in grado di ottimizzare lo stato funzionale. Esiste una stretta correlazione fra qualità di vita e le capacità fisiche conservate per cui maggiore è la possibilità di svolgere le attività di tutti i giorni migliore è lo stato di benessere e soddisfazione;
- connotare la lungo-assistenza nei servizi residenziali e diurni come un elemento integrativo del percorso di presa in carico; una maggiore articolazione dell'offerta in base alle necessità degli utenti, mutevoli nel tempo e nei diversi momenti di vita, richiede l'integrazione delle competenze del sistema pubblico con quelle messe a disposizione dal sistema privato in particolare no profit. Tale collaborazione, nel confermare il ruolo unico di regolatore e di governo dei percorsi da parte dei servizi pubblici, apre alla possibilità di innovare le modalità di gestione dei servizi ripensandole come funzionali all'attuazione del piano globale di vita della persona disabile. In particolare nella disabilità intellettiva e relazionale o per i disturbi psicopatologici più gravi, occorre valorizzare , in base alle realtà esistenti nei territori, le reti a forte integrazione rappresentate da Centri integrati di servizi, che si caratterizzano come soggetti capaci di erogare una tipologia plurima di prestazioni a supporto della piena attuazione del Progetto assistenziale individuale;
- incentivare la vita indipendente al fine di migliorare le opportunità di vita e di lavoro dei cittadini;

- assicurare i percorsi sanitari di prevenzione, diagnosi e cura per le persone con disabilità che necessitano di attenzioni particolari per effettuare accertamenti diagnostici e trattamenti in regime di ricovero, attraverso la diffusione e l'estensione delle informazioni sui servizi e strutture che offrono risposte specifiche e prestazioni finalizzate;
- incentivare l'accessibilità e fruibilità degli ambienti, l'uso degli strumenti tecnologici e di comunicazione, finalizzati al miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità, nel contesto abitativo, familiare, scolastico, ludico e sociale.

Costituiscono inoltre strumenti da favorire ed evidenziare in sinergia alle risposte del sistema integrato:

- la partecipazione attiva delle persone con disabilità e delle famiglie, il coinvolgimento delle loro organizzazioni, e, più in generale, di tutti i soggetti pubblici e privati che operano a vario titolo nel campo dell'inclusione sociale;
- la coprogettazione pubblico-privato sociale, al fine di garantire un punto di equilibrio tra i bisogni di autonomia delle persone, la capacità progettuale del privato e l'interesse di sostenibilità e di appropriatezza dei percorsi del sistema pubblico.

Target (H)

DEDICATO AGLI STRANIERI

“ Accogliere e integrare le persone straniere sul territorio, in una logica di inclusione e coesione sociale, per sostenere percorsi di empowerment individuale e di sviluppo delle comunità.

La presenza straniera in Toscana è aumentata in modo esponenziale negli ultimi venti anni e si caratterizza ormai come fenomeno strutturale, la nostra regione appare infatti in modo stabile come terra d'immigrazione. d'altra parte occorre rilevare come l'evoluzione recente mostri alcuni elementi di cambiamento in atto, soprattutto nella tipologia dei movimenti migratori, che evidenziano² la drastica riduzione dei flussi per motivi di lavoro, correlata alla crisi economica, e il peso crescente assunto dai flussi per motivi umanitari connessi alle tensioni geopolitiche internazionali e alle situazioni critiche in Nord Africa e Medio Oriente.

Riferimenti epidemiologici

Tali fenomeni sono accompagnati da processi di radicamento ed integrazione della popolazione immigrata in corso, attribuibili sia all'incremento dei ricongiungimenti familiari, sia alle nuove nascite (il 28,17% delle nascite nell'ultimo anno si registrano in coppie con almeno un genitore straniero).

² Profilo sociale regionale : anno 2016 : analisi della situazione sociale in Toscana: strumenti per la programmazione sociale e socio-sanitaria / Regione Toscana, Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Welfare e Sport, Osservatorio sociale regionale; in collaborazione con Anci Toscana; a cura di Paola Garvin e Marco La Mastra; redazione di Massimiliano Faraoni. - Firenze : Regione Toscana, 2017.

Nel 2017, sul territorio regionale, gli stranieri residenti rappresentano quasi l'11% della popolazione (rispetto a una media nazionale leggermente superiore all'8%). Sono circa 400.000 nel 2017, saranno quasi 450.000 nel 2020 e raggiungeranno quasi le 600.000 unità nel 2030 (a questi – secondo le stime della Fondazione ISMU nel Ventitreesimo rapporto sulle migrazioni 2017 – si aggiunge la quota di irregolarmente presenti sul territorio che ammonta a circa l'8% del totale dei residenti stranieri per un valore complessivo che arriva all'11,5%).

Si tratta di una popolazione mediamente molto giovane composta per il 60,6% da cittadini di età inferiore ai 40 anni con solo il 3,7% di over 65enni. Il 94,3% risulta proveniente da paesi a forte pressione migratoria (PFPM), in particolare Romania, Albania, Repubblica popolare cinese e Marocco.

Rispetto ad alcuni temi che propongono collegamenti tra salute e migrazioni, dobbiamo precisare che, attualmente, non sono disponibili dati sanitari i specifici su richiedenti protezione internazionale e protezione umanitaria, pertanto, quando parliamo di popolazione straniera, ci riferiamo soprattutto a cittadini stranieri residenti o comunque maggiormente stabili sul nostro territorio i quali, per il cosiddetto "effetto di acculturazione", adottano modalità comportamentali (stili di vita) e sanitarie che li rendono molto simili alla popolazione autoctona.

Per quanto riguarda la componente femminile, il numero di parti da donne straniere in Toscana, nel 2016, dopo una leggera flessione nel triennio precedente è nuovamente in aumento con 7.900 parti, raggiungendo il 28,9% del totale, a seguito della continua diminuzione dei parti delle donne italiane.

In linea con la lieve riduzione complessiva degli accessi in Pronto Soccorso, diminuisce anche il dato relativo alla popolazione straniera che nel 2017 è pari a 359 accessi ogni 1.000 residenti stranieri (erano 368 accessi ogni 1.000 residenti stranieri nel 2016). Valore che

comunque continua ad essere leggermente superiore a quanto osservato negli italiani dove si registrano 341 accessi ogni 1.000 residenti italiani (tassi standardizzati per età).

Il rapporto italiani/stranieri s'inverte quando analizziamo i ricoveri ospedalieri. In questo caso i ricoveri nella popolazione straniera risultano in diminuzione rispetto al 2016 con un tasso di 92,8 ricoveri ogni 1.000 residenti stranieri (102,2* 1.000 nel 2016), fenomeno non osservabile fra gli italiani dove il valore appare in lieve aumento (2017: 131,4 ogni 1.000 residenti italiani; 2016:129,5* 1.000 residenti). Il tasso continuerà a scendere nei prossimi anni

La giovane età della popolazione straniera sicuramente influisce nel favorire un minor ricorso alle cure effettuate in regime di ricovero. Fra gli stranieri, infatti, la principale causa di ricovero continua a essere il parto o le complicanze della gravidanza che mostrano, comunque, una significativa diminuzione passando dal 20,6*1.000 residenti stranieri del 2016 a 16,9* 1.000 residenti stranieri registrato nel 2017. In diminuzione anche i ricoveri per malattie del sistema circolatorio (11,1*1.000 residenti stranieri) e per tumore (8,8*1.000 residenti stranieri).

La differenza osservata fra l'accesso alle cure di Pronto Soccorso e il ricovero ospedaliero suggerisce un utilizzo improprio, da parte della popolazione straniera, delle strutture sanitarie. Probabilmente la pratica comune adottata nei Paesi di origine, associata alla difficoltà di comprendere il percorso ambulatoriale, favoriscono lo stabilizzarsi di comportamenti errati.

Stabili i ricoveri per malattie infettive e parassitarie (2,4*1.000 residenti stranieri). Rispetto a quest'ultimo gruppo diagnostico, dobbiamo comunque ricordare che la popolazione straniera è più interessata da alcune forme infettive quali l'HIV e l'infezione tubercolare.

Secondo quanto emerge dal Sistema Informativo per le malattie infettive, nel 2016 il tasso di infezione

tubercolare interessa 45,2 stranieri ogni 100.000 residenti stranieri (rispetto al 2,1*100.000 registrato fra gli italiani residenti), mentre i pazienti stranieri a cui è stata diagnosticata una infezione da HIV rappresentano il 26,8% del totale con un tasso di notifica più di tre volte superiore a quello degli italiani (Registro regionale HIV e AIDS – anno 2016).

Nella consapevolezza che le condizioni di vita e di lavoro possono esporre i cittadini stranieri a rischi sanitari maggiori, è facile supporre che vi siano differenze in termini di mortalità. Tuttavia, i dati relativi al periodo 2001-2014 non confermano tale ipotesi mostrando un andamento molto simile fra le due popolazioni con valori più elevati a carico degli stranieri soltanto negli anni 2004-2008. Una possibile interpretazione può essere legata al cosiddetto “effetto salmone” che, evocando il comportamento dei salmoni che tornano nei luoghi di origine per deporre le uova e morire, descrive la modalità messa in atto dagli stranieri che tornano nei Paesi di origine quando le loro condizioni di salute peggiorano. A questo dobbiamo aggiungere il limite informativo che risulta meno attendibile quando parliamo di popolazione immigrata non residente che sappiamo rappresentare la quota più vulnerabile.

La rete dei servizi per le persone straniere

Per quanto concerne la rete dei servizi territoriali, l’obiettivo di rappresentare il complesso delle politiche regionali di intervento, specificamente rivolte alle persone straniere, corrisponde in primo luogo all’esigenza di adeguare il quadro programmatico di settore alle novità stabilite dalla Legge regionale 31 marzo 2017, n. 15 che ha introdotto un principio di coordinamento con la programmazione socio-sanitaria integrata².

² Art. 6 bis della Legge regionale 9 giugno 2009, n. 29 “Norme per l’accoglienza, l’integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana”: Il piano di indirizzo integrato per le politiche sull’immigrazione, attuativo del Programma regionale di sviluppo (PRS) 2011-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 22 febbraio 2012, n. 20, è prorogato fino all’approvazione del Piano sanitario sociale integrato regionale (PSSIR) attuativo del PRS 2016-2020, che definisce indirizzi ed obiettivi con riferimento alle seguenti politiche di intervento a favore dei cittadini stranieri: a) accesso al sistema integrato per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale; b) diritto alla salute con particolare riferimento ai soggetti vulnerabili; d) interventi per i minori non accompagnati; e) interventi contro la tratta e lo sfruttamento; f) interventi a favore dei detenuti.

La definizione di uno spazio “dedicato” ove ospitare una narrazione integrata offre la possibilità di sostenere l’implementazione di un modello di governance, intesa come sistema nel quale la condivisione e il superamento della parcellizzazione e della frammentazione degli interventi siano finalizzati a favorire l’incontro tra cittadini, società e istituzioni; ciò senza trascurare i cambiamenti avvenuti nelle dinamiche migratorie che interessano il Paese, resi evidenti dallo spostamento del baricentro dal tema dei flussi programmati connessi a motivi di lavoro a quello dei flussi non programmati correlati alle recenti tensioni geopolitiche a livello internazionale e a flussi di persone in fuga da guerre, persecuzioni e violenza diffusa.

In questo senso giova confermare la necessità di guardare al fenomeno migratorio e alla presenza delle persone straniere sul territorio come fenomeno complesso, articolato e strutturale, vincendo la tentazione di identificarne i tratti principali unicamente secondo la prospettiva dell’accoglienza.

La scelta di concentrare l’attenzione del sistema integrato sul complesso dei bisogni cui corrispondere e delle opportunità da promuovere in relazione alle diverse tipologie di comunità straniere presenti sul territorio piuttosto che sul binomio migranti/vulnerabili e correlate azioni di “soccorso”, significa non limitarsi a guardare allo straniero come “migrante” che necessita di “essere aiutato” e “assistito”, delegando alla comunità accogliente il soddisfacimento dei suoi bisogni e delle sue richieste, quanto – al contrario – guardare ai bisogni della comunità territoriale nella sua globalità, considerando ciascuno dei suoi membri come potenziale portatore di bisogno, tanto quanto di valore.

E, coerentemente con gli obiettivi del modello regionale di welfare, questi principi si traducono nello sviluppo di azioni volte a sostenere la coesione sociale e il lavoro di comunità, animando percorsi e relazioni positive tra persone a rischio di esclusione sociale o maggiormente vulnerabili e il contesto sociale e territoriale “accogliente”, secondo quella stessa logica promozionale e di empowerment alla base dei programmi di inclusione sociale e di contrasto alla povertà attuati a livello nazionale e regionale.

Le aree strategiche di intervento dedicate, in questa sede, alle persone straniere si caratterizzano pertanto per la definizione di prestazioni e servizi specifici tesi a corrispondere, in ottica preventiva e promozionale, ai bisogni complessi dei destinatari, senza trascurare azioni e misure maggiormente orientate a obiettivi di protezione/tutela per soggetti esposti a rischi di deprivazione o marginalità:

- sistema di accoglienza per richiedenti asilo/titolari protezione internazionale (vedi scheda es.);
- rete territoriale per la formazione civico-linguistica;
- servizi di mediazione linguistico-culturale;

- rete territoriale servizi di informazione e orientamento;
- rete territoriale antidiscriminazione;
- sistema di interventi per la protezione e il reinserimento sociale vittime tratta e grave sfruttamento e per motivi sessuali e lavorativi;
- rete territoriale per accesso e presa in carico richiedenti asilo e titolari di protezione al Sistema Sanitario Pubblico Regionale.

Per un accesso e presa in carico della popolazione migrante, a prescindere dallo status giuridico, da parte del Sistema Sanitario Pubblico Regionale

La presenza strutturale dei migranti e la significatività del profilo femminile (53,6%) in Toscana richiama, l'attenzione verso i bisogni di salute di questi soggetti, secondo un approccio alle cure integrale che miri ad affrontare le molteplici criticità che ancora emergono e che variano a seconda del profilo giuridico e sociale della persona migrante come descritto nel "target dedicato alle donne".

Gli stranieri regolarmente residenti oggi richiedono un'attenzione per il loro quadro epidemiologico, che si concentra sugli aspetti di prevenzione alla cronicità. Trovare forme nuove di comunicazione e di intervento efficace sugli stili di vita acquisiti, oltre che un'adeguata informazione per l'accessibilità ai servizi, rappresentano una sfida sostenibile per il SSR da perseguire anche attraverso una collaborazione più stretta con le associazioni e le comunità rappresentative dei soggetti migranti, introducendo nel sistema nuovi profili di competenza, tra la mediazione culturale e il care management, quali gli educatori di salute di comunità (ESC).

Negli ultimi anni la domanda di salute per cittadini stranieri si è dovuta confrontare anche con i richiedenti protezione internazionale. Le criticità epidemiologiche non sono neanche in questo caso legate alla diffusione di malattie infettive importanti, ma alle conseguenze psico-fisiche del viaggio e dei traumi subiti.

Modellizzare anche dal punto di vista organizzativo le modalità di costruzione di un sistema di attenzione e sorveglianza, oltre che presa in carico, dei rischi di salute per queste persone, impone il coinvolgimento e l'attivazione organizzata non solo dei servizi sanitari territoriali ma anche dei soggetti gestori delle strutture di prima accoglienza.

Per questo target di persone, tempestività, omogeneità e certezza delle prime visite mediche all'arrivo nel territorio e un'efficace ed efficiente presa in carico sul lungo periodo, nell'ambito del sistema delle Cure Primarie, sono obiettivi propri del SSR³.

³ Primo rapporto di monitoraggio sulle politiche dell'immigrazione in Toscana: accoglienza, integrazione e cooperazione. Regione Toscana, Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Governance e Programmazione del Sistema Integrato dei Servizi Sociali, Osservatorio sociale regionale ; Fabio Bracci ... [et al.]. - Firenze : Regione Toscana, 2015.

Responsabilizzare e rafforzare la capacità di intercettare i bisogni di salute dei propri ospiti, sono i prerequisiti per qualificare, nell'orientamento alla salute, anche le strutture di accoglienza. L'obiettivo generale è infatti quello di contribuire ai processi di integrazione e alla possibilità di un progetto di vita per la popolazione migrante che presenta per le sue condizioni di vulnerabilità una maggior rischio di sviluppare alcune patologie, in particolare, quelle riguardanti la salute mentale.

La cooperazione sanitaria internazionale

La Regione Toscana ritenendo la salute come motore di sviluppo in un contesto globale non intende mancare all'appuntamento con le sfide di salute che attendono tutti i paesi, sia attraverso il tradizionale sforzo nell'aiuto allo sviluppo verso paesi terzi, sia attraverso l'inclusione dei migranti nel nostro territorio.

Con la istituzione del Centro di Salute Globale (CSG), i presso l'AOU Meyer, che si configura come struttura di coordinamento a carattere regionale in materia di salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti (L.R. n.84 del 2015), la Regione Toscana vuole affrontare in maniera integrata gli argomenti Migrazione e Cooperazione in un'ottica di diritti e di accesso universale a servizi sanitari di qualità al fine di favorire equità, solidarietà e inclusione sociale.

Da più di 10 anni, infatti, la nostra Regione sostiene progetti di cooperazione sanitaria in diverse aree del mondo, coinvolgendo gli attori del proprio SSR, gli enti locali, le università toscane e la società civile, comprese le comunità di migranti presenti sul nostro territorio che sono -sempre di più- un prezioso alleato nell'indirizzare le nostre progettualità.

Di fatto il binomio sviluppo e migrazione deve necessariamente essere considerato come una delle principali variabili sulla quale si fonda la costruzione del mondo futuro. Occuparsi di salute globale, significa quindi orientare il servizio sanitario verso una maggiore giustizia sociale, a livello sia locale che internazionale.

E' in quest'ottica che il CSG collabora con le istituzioni internazionali, nazionali e locali impegnate su queste tematiche, con le quali stabilisce partnership e alleanze al fine di garantire la presenza costante e qualificata del servizio sanitario toscano nelle sedi europee ed internazionali che operano nel settore dello sviluppo e della migrazione.

Pe il periodo di vigenza del piano verranno sviluppate le seguenti azioni:

1. Ricerca e sviluppo di modelli e metodi di monitoraggio e valutazione più efficaci per la misurazione dell'impatto delle azioni realizzate per assicurare il diritto alla salute nei paesi a risorse limitate.
2. Elaborazione di una nuova rappresentazione delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale alla luce dei nuovi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che metta

al centro la creazione e la condivisione di valori e principi, con il coinvolgimento della popolazione migrante presente nel nostro territorio.

3. Rafforzamento delle conoscenze e potenziamento delle capacità istituzionali di pianificazione e gestione (human and institutional capacity building) per promuovere innovazione, sviluppo e trasferimento tecnologico garantendo partecipazione, coinvolgimento e responsabilizzazione sociale (ownership) nei Paesi partner.
4. Promozione di un nuovo approccio strategico per una “migrazione sostenibile” che parta dal diritto alla salute come premessa di sviluppo, in coerenza con i programmi di cooperazione internazionale.

Target ①

DEDICATO AI LAVORATORI

“La salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro non è assenza di infortunio, ma la realizzazione di una realtà lavorativa nella quale il lavoratore possa lavorare in sicurezza, senza contrarre malattie da lavoro ed avere occasioni per migliorare il suo stato di salute” (definizione OMS).

Riferimenti epidemiologici

La studio della salute dei lavoratori e della sicurezza sul lavoro, riguarda l'insieme delle misure preventive e protettive da adottare per gestire al meglio la salute, la sicurezza e il benessere dei lavoratori, in modo da evitare o ridurre al minimo possibile l'esposizione dei lavoratori ai rischi connessi all'attività lavorativa, riducendo o eliminando gli infortuni e le malattie professionali.

Nel 2016 le denunce di infortunio sul lavoro sono state 46.058, di cui 37.878 (82,2%) avvenute in occasione di lavoro mentre le restanti 8.180 (17,8%) relative a eventi avvenuti in itinere. Il 67,3% (31.016) degli infortuni è stato indennizzato: 26.064 (84%) sono relativi ad infortuni in occasione di lavoro mentre 4.952 (16%) ad infortuni avvenuti in itinere.

Il trend in calo che prosegue almeno a partire dall'inizio della serie di dati disponibili, cioè dal 2000 viene confermato, con una diminuzione nel quinquennio di più del 25% . Gli infortuni in occasione di lavoro (accaduti in orario di lavoro) denunciati e quelli indennizzati si riducono all'incirca nella medesima proporzione, circa il 25%, mentre risulta più accentuata la riduzione di quelli in itinere (accaduti nel percorso

casa-lavoro) tra gli indennizzati (rispettivamente il 30% verso l'11%). Complessivamente, attingendo anche ad altre fonti informative qui non presentate, si può affermare che il rischio infortunistico da lavoro si sta riducendo, ma che il carico di anni di vita persi per mortalità precoce (gli infortuni mortali da lavoro) o vissuti con deficit funzionali (gli infortuni più gravi con invalidità permanenti) mostra maggiori difficoltà a ridursi in maniera altrettanto marcata. Se ciò possa essere dovuto anche a fenomeni di "presenteismo", la tendenza a rientrare al lavoro prima ancora di aver raggiunto la completa guarigione, o addirittura di mancata denuncia nel caso di eventi più leggeri non è possibile saperlo. Tuttavia una particolare attenzione dovrà essere mantenuta anche nel prossimo futuro per monitorare questi fenomeni, anche nella prospettiva della ripresa economica in atto.

L'analisi dei dati sanitari rivela che nel 2017 sono stati effettuati 25.363 accessi ai pronto soccorso (PS) per incidente sul lavoro con diagnosi traumatica da parte di residenti toscani di età 15-67 anni, corrispondenti a circa l'8,5% di tutti gli accessi traumatici: l'andamento dei tassi di accesso è complessivamente stabile per quanto in lieve aumento dal 2010 al 2017, passando da 946 a 1.028 accessi per 100mila ab. Numericamente le stime ci dicono che gli accessi al PS per questa causa rimarranno stabili tra il 2020 ed il 2030, intorno ai 53.000. L'età media all'accesso è di 44 anni, lievemente più elevata per le femmine (46 anni) rispetto ai maschi (43 anni). Le diagnosi più frequentemente rilevate sono "contusioni agli arti inferiori e superiori", "ferite delle dita della mano", "distorsioni e distrazioni della caviglia". Il numero di accessi da parte dei maschi nel 2017 è stato il 67,6% del totale. In base al campo "esito della dimissione", proxy della gravità dell'evento, è possibile osservare che il 92,9% degli utenti che accedono ai PS in seguito ad un incidente sul lavoro viene dimesso a domicilio mentre solo il 2% necessita di un ricovero ospedaliero. Per quanto riguarda invece gli eventi più gravi, ovvero quelli che hanno avuto come

conseguenza un ricovero, nel 2017 le ospedalizzazioni per incidente sul lavoro con diagnosi di dimissione traumatica effettuate da residenti in Toscana di età 15-67 anni sono state 434, corrispondenti ad un tasso grezzo di 17,6 per 100mila ab., in diminuzione del 6,4% rispetto al 2016. L'età media dei ricoverati è di 47 anni (F: 49 anni; M: 46 anni), inoltre i maschi hanno effettuato l'80% dei ricoveri. L'andamento dei tassi di incidenza mostra una costante riduzione dal 2000 al 2008 mentre a partire dall'anno successivo una stabilità dei valori che tuttavia si interrompe nel 2016-17, ultimo biennio in analisi, quando si osserva una lieve nuova diminuzione. Per quanto riguarda infine l'andamento della mortalità, i decessi per infortunio sul lavoro si mantengono complessivamente stabili, con un picco registrato nel 2015, quando però si verificarono circostanze eccezionali anche a livello nazionale.



Le azioni che il Ssr promuove a favore di tutti i lavoratori

Le scelte per favorire la salute dei lavoratori devono convergere in via prioritaria nella prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. In tale ottica è necessario individuare i settori di maggiore rischio per i lavoratori, con particolare riferimento alla popolazione lavorativa giovanile e anziana ed alle situazioni emergenti dall'evoluzione del mercato del lavoro.

In coerenza con l'approccio adottato dal Piano Nazionale per la Prevenzione, risulta essenziale sviluppare un'attività multi professionale di analisi dei flussi informativi su Infortuni e Malattie da lavoro nei vari ambiti e settori di attività, al fine di individuare le relative incidenze, ed i rischi prevalenti e particolari (lavori ad alto rischio, sostanze pericolose, impatto delle tecnologie ecc.). Successivamente, sulla base delle risultanze di tali analisi, è necessario pianificare interventi che abbiano evidenza di efficacia. Inoltre, sui luoghi di lavoro deve essere favorita la realizzazione di iniziative per la promozione della salute, sempre aventi evidenza di efficacia, secondo la metodologia del Workplace Health Promotion.

A tal fine il sistema sanitario e sociale integrato regionale promuove a favore di tutti i lavoratori:

- il potenziamento della sorveglianza epidemiologica inerente ai rischi ed ai danni correlati al lavoro;
- il potenziamento della condivisione delle conoscenze riguardanti i rischi per la

salute e la sicurezza (fenomeno infortunistico e malattie professionali) e l'adozione delle buone pratiche per la loro prevenzione;

- la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali attraverso azioni mirate e concordate con gli attori del sistema (sindacati, associazioni datoriali, organismi di vigilanza, etc.), secondo quanto previsto dal nuovo approccio per la materia contenuto nei nuovi LEA;
- la promozione e sviluppo del coordinamento interistituzionale di tutte le Autorità Competenti in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, per migliorare l'efficacia delle attività di controllo;
- la completa attuazione e lo sviluppo dei progetti speciali regionali già attivi, come ad esempio quello sulla sicurezza nella lavorazione del marmo o per le imprese cinesi o per la sorveglianza degli ex esposti ad amianto, e di quelli che saranno nel tempo individuati;
- la completa attuazione e lo sviluppo dei progetti del Piano Regionale per la Prevenzione che agiscono trasversalmente per setting ed età per migliorare la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro;
- la lotta alle disuguaglianze ed alle discriminazioni di genere ed etniche;
- il potenziamento della diffusione della cultura della prevenzione nelle scuole utilizzando gli strumenti mutuati dalla promozione della salute (sviluppo delle tecniche di peer educator, potenziamento delle skills, ecc);
- la promozione di metodologie e strumenti per la valutazione dell'efficacia della formazione professionale;
- il miglioramento della capacità comunicativa e dell'empowerment dei lavoratori giovani per partecipare attivamente alle dinamiche aziendali ed adeguarsi ai veloci cambiamenti delle esperienze lavorative nella consapevolezza dei propri diritti e dei propri doveri nell'ambito della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- lo sviluppo della sorveglianza sanitaria da parte del Medico competente, attraverso l'utilizzo di strumenti scientificamente riconosciuti per il monitoraggio della capacità funzionale di lavoro in relazione all'invecchiamento (ad esempio questionari per il calcolo del Work Ability Index);
- la promozione della salute nei luoghi di lavoro anche con politiche del personale e di organizzazione del lavoro basate sull'età anagrafica dei lavoratori (age management) e sui diversi bisogni e caratteristiche degli stessi (diversity management, smart working);
- lo sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili di vita e di programmi per il miglioramento della conciliazione vita-lavoro.

Target

DEDICATO ALLE POPOLAZIONI RESIDENTI NEI TERRITORI DIFFICILI

“ La fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione della Regione Toscana deve essere garantita in maniera equa ed universalistica a prescindere dalla sua collocazione geografica. ”

Il Sistema Sanitario Pubblico Regionale garantisce l'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari a tutti i cittadini in relazione ai bisogni rilevati, anche in territori che per le loro caratteristiche geografiche vengono considerati disagiati e che, come tali, possono creare una discriminazione nella fruizione dei servizi.

Le problematiche legate alle zone disagiate ed insulari nel corso degli anni sono state oggetto di particolare attenzione nei documenti di programmazione sociosanitaria della Regione Toscana individuando alcuni obiettivi generali:

- il miglioramento della fruibilità e dell'accesso ai servizi, specie per la popolazione anziana;
- l'uso, ove possibile, di servizi di telemedicina;
- la valorizzazione delle risorse professionali che operano nelle specificità geografiche;
- il potenziamento dei servizi di emergenza e urgenza;
- lo sviluppo dell'informazione e comunicazione verso l'utenza;
- la definizione di percorsi assistenziali specifici per patologie e categorie di soggetti;
- il potenziamento delle strutture e delle dotazioni tecnologiche degli ospedali;
- il rafforzamento della continuità ospedale- territorio.

Occorre consolidare e sistematizzare gli interventi sinora attuati per evitare migrazioni a scopo sanitario verso comuni e zone limitrofe, così come politiche in ambito sociale per erogare risorse e servizi anche in territori più isolati, attraverso la messa a regime di modelli organizzativi innovativi efficaci e sostenibili. In tal senso, il “Progetto pilota per l'Ottimizzazione dell'Assistenza sanitaria nelle Isole Minori e località caratterizzate da difficoltà di accesso” approvato dalla Conferenza Stato Regioni nel 2015 costituisce un riferimento condiviso a livello nazionale che pone le basi per l'avvio di progettualità regionali specifiche.

A tali territori devono essere destinate specifiche misure di pianificazione dei servizi che rispondano alla domanda di salute della popolazione residente nelle isole minori e nelle aree montane e rinforzino la capacità di accoglienza tenendo conto delle variazioni di presenze correlate ai flussi turistici.

Nel disegno e nell'attuazione di tali misure avranno un ruolo determinante le tecnologie dell'informazione e comunicazione dove l'ICT potrà concretamente segnare una svolta di efficacia ed efficienza.

Le aree in cui occorre in particolare implementare modelli di risposta innovativi, sono:

- le reti tempo dipendenti;
- la rete della cronicità;
- la rete oncologica.

Ulteriore potenzialità di utilizzo delle soluzioni innovative digitali è nella promozione di iniziative di comunità a supporto dell'invecchiamento sano e attivo sviluppando strumenti per l'autovalutazione dei comportamenti e lo stimolo all'attività fisica individuale e di gruppo.

La costruzione e conseguente messa a sistema di modelli organizzativi fondati su soluzioni innovative richiedono azioni che prevedano anche, qualora non altrimenti possibile, l'individuazione e l'impiego di strumenti organizzativi e normativi in deroga a quanto vigente in materia di impiego di risorse umane ed organizzative, sia sotto forma di meccanismi incentivanti, sia sotto forma di strumenti di facilitazione alla presenza ed alla permanenza delle figure professionali in questi territori.

Target

DEDICATO ALLE PERSONE DETENUTE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

“ Garantire il diritto alla salute e all’inclusione sociale a tutti i cittadini anche nei luoghi di limitazione della libertà senza distinzione di provenienza o di condizione di malattia. ”

Riferimenti epidemiologici

La Toscana è una regione con un’alta presenza di Istituti Penitenziari essendone presenti sul territorio 18 di cui 2 per detenuti minorenni. In tali istituti si osserva una presenza media di circa 3.300 detenuti.

La popolazione è composta prevalentemente da uomini (96%) con età media inferiore a quella della popolazione libera (detenuti: 40,6 anni; libera: 52,9 anni); in Toscana la percentuale di detenuti stranieri (48,4%) è sensibilmente superiore alla media nazionale, dove rappresentano il 34% del totale.

La popolazione di riferimento è caratterizzata da:

- molteplice appartenenza etno-culturale;
- differenze linguistiche;
- scarse conoscenze sanitarie;
- povertà non solo materiale ma anche in termini culturali e di strumenti/risorse personali;
- scarsa considerazione del proprio corpo e del proprio benessere;
- basso livello di alfabetizzazione;
- carente attenzione alle basilari norme di prevenzione.

Il consumo di tabacco è molto elevato fra i detenuti, circa il 70% dei presenti con un consumo medio di oltre

20 sigarette giornaliere. Obesità e sovrappeso sono condizioni molto più frequenti: circa il 13% dei detenuti è obeso e il 40% in sovrappeso. La lunga permanenza in cella (in media 16 ore) e la carenza di attività fisica organizzata può spiegare in parte tali prevalenze.

Circa il 58% dei detenuti è affetta da almeno una patologia. I disturbi psichiatrici, incluse le condizioni di tossicodipendenza, continuano a rappresentare il primo gruppo diagnostico (38,5%), seguiti dalle malattie infettive e parassitarie (16,2%).

In crescita la prevalenza (15,5% dei detenuti) dei disturbi del sistema circolatorio (ipertensione e cardiopatia ischemica) e del diabete (12,1%).

Circa il 30% delle persone detenute presentano problemi di tossico-alcoldipendenza; le sostanze più utilizzate sono eroina (36,2%), cocaina (22,8%) e alcol (20%).

I tentativi di suicidio e gli atti di autolesionismo agiti in ambito penitenziario, sono uno dei fenomeni maggiormente tenuti sotto attenta osservazione in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria.

Nel corso degli anni il lavoro svolto ha prodotto risultati importanti con una riduzione significativa di incidenza.

Oggi registriamo 8 tentativi di suicidio ogni 1000 detenuti rispetto ai 38 nel 2009 e condizioni igienico/strutturali degli istituti presentano numerose carenze che talora rendono difficile anche il lavoro delle equipe sanitarie.

Ad oggi il personale sanitario operante negli istituti penitenziari ammonta a complessive 386 unità di cui 174 medici, 1\49 infermieri, 23 psicologi e 40 unità tra personale tecnico e ausiliario.

Sono 65.000 circa sono state le prestazioni sanitarie specialistiche erogate ai detenuti nell'anno 2017.

Le azioni per migliorare l'assistenza all'interno degli istituti penitenziari

Nel corso degli anni sono stati i provvedimenti e le linee di indirizzo emanate in ambito sanitario penitenziario dalla regione e numerosi gli Accordi e i protocolli siglati tra la Regione, il Ministero della Giustizia e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione

Penitenziaria che hanno reso possibile, fin da prima del passaggio della sanità penitenziaria, avvenuto nel 2008, il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione detenuta, contribuito a diminuire il problema del sovraffollamento, incrementato il numero delle persone alle misure alternative alla detenzione con percorsi socio sanitari ambulatoriali e residenziali, aumentato le possibilità di inserimento socio-lavorativo e favorito percorsi di istruzione anche universitaria.

Nell'ambito del più ampio cambiamento della sanità penitenziaria, occorre rafforzare l'approccio di salute di iniziativa, assicurando non soltanto accessibilità alle prestazioni sanitarie ma lavorando attivamente per ridurre l'impatto degli stili di vita insalubri, così diffusi tra detenuti, e riconoscendo quelle condizioni di rischio di malattia che possono trovare anche nel carcere adeguate cure, come ad esempio la condizione di portatore di HCV.

Sarà un obiettivo prioritario perseguire tali obiettivi e il miglioramento dei servizi sanitari erogati ai detenuti, lo sviluppo sistematico di servizi di telemedicina, al fine di facilitare l'accessibilità ai servizi, portando le competenze specialistiche negli istituti penitenziari con più facilità, conciliando le esigenze di sicurezza e sostenibilità economica.

I servizi sanitari devono comune inserirsi nella costruzione di percorsi, sia per i minori che per gli adulti, che da un lato consentano un'esecuzione della pena orientata al recupero e al reinserimento sociale del detenuto e dall'altro creino le condizioni per sostenere e rendere autonome le persone sottoposte a misure penali, in cui spesso alla fragilità di tipo sociale, economica e culturale si somma lo stigma derivante dal coinvolgimento nel circuito penale.

Si procederà pertanto a rafforzare la collaborazione e l'integrazione tra Aziende USL, Comuni e Amministrazione Penitenziaria, con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, e gli Enti del Terzo settore, sostenere misure alternative alla detenzione, favorire e implementare i percorsi formativi per i detenuti e l'istruzione scolastica anche universitaria e implementare i percorsi di inserimento socio-lavorativo.

Particolare attenzione sarà data poi al completamento e rafforzamento della rete regionale di servizi, che coinvolgono soprattutto i Dipartimenti di Salute Mentale, finalizzati alla presa in carico in percorsi terapeutico-riabilitativi dei pazienti psichiatrici autori di reato, assicurando il collegamento tra i Dipartimenti di salute mentale, le strutture residenziali territoriali e la REMS e favorendo il coinvolgimento e la sinergia con i competenti Organi dell'Autorità Giudiziaria.

Target (N)

DEDICATO A TUTTI I CITTADINI

“ La Salute di tutti i cittadini è garantita dall’impegno delle istituzioni che assicurano servizi sanitari efficienti ed appropriati e dall’impegno personale di ciascuno, adottando corretti stili di vita.

I toscani sembrano godere di buona salute a giudicare dalla durata della vita, che assicura ad un neonato oggi in Toscana di arrivare almeno a più di 85 anni se femmina e ad 81 se maschio. E' l'attesa di vita tra le più alte in Italia, che a sua volta ha l'attesa di vita tra le più alte del mondo. Ed è ancora oggi in aumento. Negli anni '60 si sono guadagnati anni di vita soprattutto con la diminuzione della mortalità infantile e giovanile, mentre dagli anni '80 con quella negli anziani. La buona notizia è che la maggioranza degli anni di vita guadagnati sono vissuti in buona salute e senza disabilità, cioè sono potenzialmente di vita piena. Anche chi raggiunge gli 80 anni, nella maggioranza dei casi ci arriva in totale autonomia. Da tempo sappiamo che quasi tutto dipende da corretti stili di vita, ambiente sano, e servizi sanitari che funzionano.

Gli indicatori sanitari ci dicono che la salute dei toscani è buona, spesso meglio di quella degli italiani e ancora in miglioramento. Si registra la riduzione della mortalità prematura, cioè prima dei 65anni, e della mortalità evitabile con interventi di prevenzione e cure tempestive assicurate dal sistema sanitario toscano. Tutto questo grazie a grandi successi della medicina: nuovi farmaci e cure attente contro colesterolo, pressione arteriosa, trombosi, tumori e un po' tutte le malattie croniche, insieme a trapianti, interventi sulle coronarie, protesi ortopediche, interventi chirurgici selettivi e meno invasivi.

Il Servizio Sanitario Regionale garantisce in modo universale cure e prevenzione, rappresentando il cardine del welfare e della coesione sociale, che non lascia soli i cittadini con problemi, come dimostrato durante la crisi economica che abbiamo recentemente attraversato.

Secondo gli indicatori misurati, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione sostenuti dal sistema sanitario toscano sono su livelli quasi costantemente al di sopra o in linea con gli standard nazionali, spesso ai vertici della classifica delle regioni italiane e su elevati livelli internazionali, a volte con vere e proprie eccellenze. Anche i giudizi dei cittadini toscani che hanno avuto esperienze con il servizio sanitario sono in larga maggioranza positivi o molto positivi.

Sul complessivo quadro positivo, incombono però alcuni elementi di criticità su cui bisogna agire e tenere sotto controllo: centrale è la continua riduzione delle nascite, che va ad aggravare l'invecchiamento della popolazione toscana, già avviata su questa strada per la diminuzione della mortalità portando ad un aumento del numero assoluto di anziani non autosufficienti, che avranno sempre più bisogno di assistenza continua, a fronte di risorse decrescenti. Questo è un problema globale e la soluzione è un nuovo modo di fare prevenzione e cura.

Le nuove tecnologie informatiche e sanitarie, insieme a nuovi modelli organizzativi che privilegiano un atteggiamento di cura più orientato ad aggredire in tempo le cronicità, sembrano essere la soluzione più adeguata ai crescenti bisogni della popolazione che invecchia.

Il sistema socio sanitario integrato deve essere in grado di operare per agevolare le azioni e gli stili di vita che promuovono salute e per garantire l'accesso di tutti i cittadini a cure e servizi appropriati ed efficaci, al fine di ridurre le disuguaglianze e garantire il sistema universale di tutela della salute e del welfare e la sua sostenibilità. Ridurre la domanda di prestazioni per malattie evitabili e per interventi inappropriati consente di aumentare la salute delle persone, ridefinendo obiettivi di salute ancorati ai loro reali bisogni.

La prevenzione

Mantenersi in salute attraverso la prevenzione è positivo per l'individuo ma anche per la comunità, portando ad un alleggerimento degli oneri sociali ed economici legati allo stato di malattia.

Per ottenere questo vi deve essere un impegno della collettività e della persona: è la strategia propugnata dall'OMS ormai da anni della "salute in tutte le politiche" e dell'empowerment dei cittadini.

Inoltre per svolgere efficacemente le attività di prevenzione è fondamentale che i decisori e gli operatori della sanità pubblica abbiano a disposizione i dati riguardanti la salute e le abitudini della popolazione raccolti dalle specifiche sorveglianze, mentre per la scelta delle strategie si utilizzano i criteri della Evidence Based Prevention, promuovendo solo ciò che è realmente efficace.

Ambiente e salute

L'esposizione alle sostanze nocive presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo o negli alimenti rappresenta un importante determinante di salute ed il nesso tra ambiente e salute è da tempo all'attenzione del dibattito politico e scientifico nazionale ed internazionale. In generale, la necessità di fronteggiare le sfide presentate dalla carenza delle risorse naturali, dal deterioramento dei sistemi ambientali e dei cambiamenti climatici, rende la sostenibilità ambientale uno dei criteri principali nella scelta delle priorità.

Per quanto riguarda la qualità dell'aria i dati delle rete di monitoraggio regionale mostrano per il 2017 valori delle medie annuali di PM10 pressoché stabili rispetto a quanto osservato negli anni più recenti. Il limite normativo di $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ è rispettato in tutte le stazioni ma i valori medi annuali sono superiori alle linee guida dell'Organizzazione mondiale di sanità ($20 \mu\text{g}/\text{m}^3$), sia nelle stazioni di fondo che di traffico. Anche il dato sui superamenti del limite giornaliero di $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ è in linea con l'anno precedente: si sono osservati superamenti in 2 stazioni di fondo della rete regionale appartenenti alle due zone "Prato Pistoia" e "Valdarno pisano e Piana lucchese", le stesse del 2016. Anche per il PM2.5 i valori nel 2017 risultano piuttosto stabili rispetto agli anni precedenti: il limite normativo di $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$ risulta rispettato in tutte le stazioni, mentre il valore di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ raccomandato dell'OMS è superato in 13 stazioni su 15, come osservato nel 2016. I dati del 2017 confermano la criticità del fattore traffico sui livelli di il biossido di azoto (NO₂). Come per gli anni passati anche nel 2017 i valori di ozono superano nell'80% delle stazioni di monitoraggio sia il limite normativo per la protezione della salute umana che quello per la protezione della vegetazione. Autorevoli revisioni sulle evidenze relative agli impatti sulla salute da inquinamento atmosferico hanno evidenziato rischi per la salute umana (sia effetti a breve sia a lungo termine, compresi effetti di tipo oncogeno)

per livelli di PM2,5 e PM10 inferiori a quelli di cui agli standard attuali di qualità dell'aria, tanto che l'OMS ne ha raccomandati altri largamente inferiori. Nel 2016 la IARC ha inoltre classificato l'inquinamento atmosferico esterno come "cancerogeno certo per l'uomo" (Gruppo 1) per il tumore al polmone. Da ciò emerge la necessità che i livelli per il PM2,5 e il PM10 raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità siano perseguiti ovunque, sia nelle aree regionali che non presentano sforamenti sia in quelle che presentano i pochi e limitati sforamenti registrati degli standard attuali.

Relativamente alla produzione di rifiuti urbani, difatti anche nel 2016 la Toscana con 616 kg per abitante conferma il secondo posto nel panorama nazionale, dopo l'Emilia Romagna (653 kg/abitante) e rispetto ad una media italiana di 497 kg/ab. Seppur in lieve crescita rispetto all'anno precedente, la percentuale di raccolta differenziata, che nel 2016 si attesta in Toscana al 51.1% (media nazionale: 52.5%; Provincia Autonoma di Trento: 74.3%), risulta ancora lontana dagli obiettivi fissati dall'UE e dall'attuale Piano Rifiuti della regione Toscana (70% entro il 2020). Anche per quanto riguarda la percentuale di conferimento in discarica sul totale dei rifiuti urbani la Toscana presenta un livello superiore alla media nazionale (31% in Toscana e 24.7% in Italia), con la percentuale più bassa a Bolzano (3%) e quella più alta in Molise (90%). Relativamente alla qualità delle acque superficiali, i dati di ARPAT 2013-2015 mostrano che per quanto riguarda lo stato chimico, il 49% dei punti monitorati è classificato come livello "buono". Relativamente allo stato ecologico il 64% dei siti risulta in stato inferiore al buono. Per le acque destinate alla potabilizzazione, i monitoraggi dei periodi 2013-2015 e 2014-2016 confermano i dati negativi degli anni precedenti. Dal 2004 nessun corpo idrico ha raggiunto la classificazione A1 (qualità buona) e nell'ultimo triennio più del 70% è classificato come A3 o SubA3, ovvero categorie che richiedono interventi via via più consistenti per la potabilizzazione.

La tutela delle matrici acqua, aria e suolo, le politiche sulla gestione dei rifiuti, la prevenzione dalle esposizioni ad agenti fisici e chimici, il contrasto alle produzioni climalteranti, la qualità degli interventi in edilizia, costituiscono opportunità di sviluppo delle politiche intersettoriali e di possibile integrazione tra gli obiettivi di salute e di sostenibilità delle attività umane.

Sul fronte della risposta alle criticità ambientali la regione Toscana si è dotata di un Coordinamento regionale per la gestione degli aspetti sanitari in tema di ambiente e salute, istituito con Decreto n. 2040 del 27/02/2017, come previsto dalla Delibera n. 1252 del 05/12/2016 "Attuazione progetto n. 46 del Piano Regionale per la Prevenzione. Indirizzi operativi in materia di ambiente e salute". Tale Coordinamento è costituito da referenti dei Settori competenti per la Prevenzione della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana, delle tre Az.UU.SS.LL. toscane, da un referente della U.O Epidemiologia di un'Az. USL in rappresentanza delle analoghe strutture presenti nelle Az.UU.SS.LL. toscane, e dai referenti dell'Agenzia Regionale di Sanità, dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ex ISPO), e del

CNR – Istituto Fisiologia Clinica. Il Coordinamento prevede come invitati permanenti un referente del Dipartimento di Medicina Generale di ciascuna Az. UU.SS.LL. toscana (in fase di nomina) e si avvale della collaborazione dei LSP, di IZS, di ARPAT, e di altri enti eventualmente interessati, sulla base di specifiche esigenze.

Le funzioni del Coordinamento sono le seguenti:

- analisi delle criticità territoriali e riesame delle strategie regionali in tema di ambiente e salute nell'ottica dell'appropriatezza e dell'omogeneità degli interventi, coordinamento delle attività riguardanti la realizzazione del progetto n. 46 del Piano Regionale per la Prevenzione;
- coordinamento e indirizzo delle attività riguardanti la gestione, limitatamente agli aspetti sanitari, dei procedimenti VIA, VAS, AIA e AUA, e di altri procedimenti che richiedono l'espressione di parere tecnici;
- indirizzo delle azioni di prevenzione, ricerca e formazione in tema di ambiente e salute.

Per garantire questa ultima tipologia di attività è necessario aggiornare e sviluppare le conoscenze e competenze degli operatori del Servizio Sanitario Regionale, realizzando percorsi formativo-informativi integrati con lo scopo di promuovere la conoscenza delle evidenze scientifiche disponibili sull'impatto sanitario dell'inquinamento ambientale nonché la conoscenza dello stato dell'ambiente, anche attraverso l'opportuna condivisione delle conoscenze degli esiti dei monitoraggi ambientali.

Il miglioramento della capacità di gestione delle tematiche riguardanti Ambiente e Salute è promosso anche dall'aumento delle conoscenze sulla percezione delle problematiche ambientali e sanitarie da parte della popolazione e dall'individuazione di modalità condivise con gli enti locali per la prevenzione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente-salute. In particolare, i protocolli di comunicazione rivolti ad affrontare le diverse situazioni di gestione degli allarmi in ambito di Ambiente e Salute, devono tendere alla determinazione di un unico e condiviso canale di comunicazione, con l'obiettivo di fornire un'informazione chiara, certa e univoca ai cittadini.

La salute in tutte le politiche

Ormai da molti anni in Toscana la sanità lavora in modo integrato con i sindacati, gli imprenditori, l'associazionismo e soprattutto gli amministratori locali per garantire ambienti sani, alimenti salubri e lavoro sicuro.

Agricoltura e zootecnia di qualità, attività produttive attente alla sicurezza sul lavoro, rispetto dell'ambiente, servizi che offrono sicurezza sulle strade, disponibilità di acqua potabile di qualità per tutti, sono solo alcuni degli esempi in cui la prevenzione garantisce salute alla collettività e che nel corso degli anni si è migliorata seguendo

lo sviluppo tecnologico e il modificarsi dei comportamenti. Strumento cardine resta l'attività di vigilanza, comunque evolutasi profondamente nel corso degli ultimi 10 anni, ma sempre più trovano spazio le attività di assistenza, comunicazione e supporto alla formazione.

Per il prossimo triennio gli obiettivi da perseguire sono:

- Implementazione e completamento della realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione: attualmente in fase di conclusione il Piano 2014-2018 (rimodulato per il 2018 e prorogato al 2019). A livello nazionale è in fase di avvio l'elaborazione del nuovo Piano di durata quinquennale.
- Adeguamento dell'attività dei servizi Veterinari e di Sicurezza alimentare per l'attuazione dei nuovi Regolamenti Comunitari ed agli aggiornamenti del Piano Nazionale Integrato; sviluppo della sorveglianza epidemiologica in ambito di igiene degli alimenti e sanità pubblica veterinaria, nell'ottica della prevenzione delle malattie correlate con l'alimentazione e delle zoonosi, del miglioramento della salute animale e del benessere animale e della sorveglianza dell'utilizzo dei farmaci ad uso veterinario nell'ambito del Piano Nazionale di Contrasto all'antimicrobico-resistenza:
 - Reg. (UE) 2017/625 relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuate per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari ...entrerà in vigore il 14/12/2019;
 - Reg. (UE) 2016/429 relativo alle malattie animali trasmissibili, già in vigore, sarà applicato a partire dal 21 aprile 2021.
- La vita sociale e politica della Toscana si è sempre caratterizzata per una forte presenza di animali d'affezione. Lo Statuto della Regione riconosce tra le finalità (Art.4 comma L) " ...la promozione della cultura del rispetto per gli animali... " La concretizzazione delle azioni a sostegno di questa finalità si è realizzata con un articolato corpo normativo, oggetto di periodiche revisioni che ha portato ad un ottimo controllo del randagismo. Ma con circa 3000 morsicature ed aggressioni annue, il cui rischio infettivo è praticamente nullo ma che genera allarme sociale in quanto il cane viene frainteso quale mezzo di offesa o prepotenza con giudizio di insicurezza verso le istituzioni, impone di rivedere i protocolli di profilassi antirabbica previsti per legge e, attraverso la promozione di un corretto rapporto uomo animale, valorizzare la valutazione predittiva del cane condotto in modo inadeguato, con susseguenti azioni di tipo formativo, integrate da azioni di vigilanza e controllo sanitario.
- Sviluppo del sistema integrato dei laboratori per la prevenzione della Toscana per assicurare servizi adeguati rispetto all'evoluzione delle strategie di prevenzione regionali
- Sviluppo di programmi regionali per assicurare la sicurezza chimica negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso l'attuazione dei regolamenti europei (REACH, CLP,

- Biocidi) e della normativa nazionale (ad esempio fitosanitari, cosmetici).
- Sviluppo di azioni per il miglioramento della sicurezza delle abitazioni, nell'ottica della prevenzione degli eventi infortunistici, e per il miglioramento della salubrità e sostenibilità degli ambienti di vita, attraverso la promozione di regolamenti urbanistici ed edilizi mirati alla sostenibilità ambientale- Potenziamento delle azioni regionali finalizzate alla promozione della salute e della coltura della sicurezza per tutte le fasce di età ed in tutti i setting (comunità, scuola, lavoro, servizi sanitari), programmate sulla base delle evidenze di efficacia disponibili e nell'ottica della riduzione alle disuguaglianze, ed integrate con le attività delle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in primis con la Medicina Generale, in coerenza con il disegno regionale della sanità di iniziativa.
 - Sviluppo dei sistemi di sorveglianza epidemiologica regionale nell'ottica del miglioramento della conoscenza e dell'interpretazione dei fenomeni regionali, con particolare riferimento agli stili di vita ed alla sicurezza in ambienti di vita e di lavoro.
 - per quanto riguarda lo sviluppo di azioni sulla sicurezza sul lavoro si fa riferimento a quanto espresso nello specifico target dedicato a tutti i lavoratori.

La sicurezza delle cure

La sicurezza delle cure è uno dei pilastri della sanità moderna e un vero e proprio motore di cambiamento per il miglioramento della qualità dell'assistenza a livello internazionale.

si ricorda che 9 pazienti su 100 vanno incontro a un evento avverso durante il ricovero e nella metà dei casi si tratta di eventi prevenibili (WHO, 2017). La carenza nella sicurezza delle cure comporta, inoltre, una spesa poco sostenibile e non eticamente giustificabile per i servizi sanitari nazionali. Secondo OECD-OCSE tale spesa ammonta a circa il 15% dell'intero budget di un ospedale. E' necessario quindi, nei servizi sanitari di tutti i Paesi, tener conto delle linee d'azione individuate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità durante i Summit per la Sicurezza delle Cure del 2016 (Londra), 2017 (Bonn), 2018 (Tokio) che hanno tracciato la strada da seguire per i prossimi anni. Il nostro Paese va detto che, già con l'Accordo Stato Regioni del 2008, ha anticipato i contenuti della Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 Giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti (2009/C 151/01), della ricerca scientifica e della Legge 24/2017 sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale. Oggi l'Italia è una delle poche nazioni a disporre di una legge dedicata in modo specifico alla sicurezza delle cure, come ci ha riconosciuto lo stesso British Medical Journal in un editoriale del 2017.

La Toscana, prima ancora dell'approvazione della Legge 24/2017, si è dotata di un proprio Centro regionale di governo clinico per la gestione del rischio.

Si riportano di seguito i principali obiettivi strategici da perseguire, in conformità ad alcuni principi ed azioni stabilite dai recenti Summit sulla sicurezza delle cure dell'OMS:

- rispettare la qualità e sicurezza delle cure rispetto allo scopo di una copertura e accesso di tutti all'assistenza (verificare volumi ed esiti delle cure al fine di valutare l'affidabilità della struttura sanitaria);
- promuovere ad attuare un approccio sistemico e proattivo per individuare le criticità nei PDTA (evitare di attivare percorsi in carenza di risorse umane e tecnologiche sufficienti);
- definire indicatori di qualità e sicurezza comuni per monitorare le performance in una ottica nazionale e internazionale;
- mettere in atto modalità di apprendimento reciproco con le strutture sanitarie che hanno gli esiti migliori con lo scopo di promuovere ed attuare la "value based medicine" (anche favorendo gemellaggi con strutture di riferimento nazionali e internazionali);
- condividere le pratiche migliori per la sicurezza delle cure mediante campagne di diffusione e implementazione, in ottemperanza alle Legge 24/2017;
- sviluppare la sicurezza delle cure sul territorio e nelle reti socio-sanitarie attraverso l'adozione di modelli di partecipazione innovativa delle comunità (vedi modello del "Triple aim" promosso dall'Institute for Healthcare Improvement);
- migliorare, anche alla luce della legge 219/2017, la qualità del processo d'informazione e comunicazione al paziente, incluso il consenso informato, utilizzando gli strumenti che la tecnologia mette oggi a disposizione per valutare la leggibilità e comprensibilità del contenuto;
- migliorare l'ergonomia e usabilità degli applicativi informatici, in primis della cartella clinica, al fine di facilitare la gestione amministrativa da parte dei clinici e liberare tempo-operatore da dedicare alla cura e alla relazione con il paziente.

In rapporto a suddette attività il Centro GRC opera in stretta collaborazione con le associazioni di pazienti e cittadini esperti che sono rappresentati nel GART (Gruppo Accademia Regionale del Cittadino).

Tra le attività che andranno attuate è inoltre importante sottolineare la formazione del personale sanitario sulle "Non technical skills" e sulle pratiche sulla sicurezza mediante simulazione. Lo scopo principale è ridurre i costi umani ed economici derivanti dagli eventi avversi prevenibili mediante la corretta e diffusa applicazione delle pratiche della sicurezza basate su evidenze.

Il tema delle liste d'attesa

La qualità e la responsività del servizio sanitario regionale sono oggi fortemente correlate alla garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie. Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, cliniche o diagnostiche o chirurgiche rappresentano una dimensione di particolare attenzione da parte della collettività.

L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, ridurre l'inappropriatezza garantendo a tutti i cittadini i servizi e le prestazioni ad elevato valore, rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA. Ad oggi, la mancanza di un governo unitario della rete dell'offerta, sia pubblica che privata, capace di rispondere in modo adeguato alla domanda espressa, ricostruita attraverso analisi strutturate dei fabbisogni, è stata sicuramente uno degli elementi di maggiore debolezza nella ricerca di efficienza e coordinamento della fase erogativa delle prestazioni specialistiche a livello aziendale. Occorre superare la logica della compartimentazione tra diversi setting di erogazione nell'affrontare la problematica dei tempi di attesa, operando all'interno dell'intero sistema della domanda e dell'offerta che comprende unitariamente sia le attività ambulatoriali sia quelle erogate in regime di ospedalizzazione, quali componenti di un unico sistema che condivide le stesse logiche e le stesse risorse. E' compito delle aziende sanitarie perseguire l'utilizzo efficiente delle risorse umane, strumentali e logistiche nei diversi setting di erogazione delle prestazioni anche attraverso un presidio strutturato di governo operativo dell'intero processo, dalla fase di definizione dei livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni da assicurare sulla base dell'analisi della domanda (Piano di offerta specialistica aziendale) fino alla programmazione della gestione operativa degli spazi e delle tecnologie presenti nella rete dei servizi aziendali.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se, parallelamente all'efficientamento dell'offerta di prestazioni, si rendono operativi quegli che, con la collaborazione di tutti gli attori, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino, sostengono l'espressione della domanda e della modalità di erogazione della prestazione nell'ambito di un processo ad elevato valore clinico e assistenziale per il cittadino.

Tale obiettivo è da perseguire operando per una concreta presa in carico dei pazienti sia in ambito di prestazioni di primo accesso, relative alla definizione o ad un approfondimento diagnostico e assicurate attraverso criteri di priorità clinica condivisi tra i professionisti, sia in ambito di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei protocolli diagnostici terapeutici definiti nei PDTA.

La corretta programmazione delle prestazioni di controllo di tali pazienti, in maniera codificata, con un respiro temporale di lungo periodo potrà consentire una migliore gestione delle agende di programmazione e prenotazione delle prestazioni e una reale verifica delle necessità contingenti per le prestazioni non programmabili, oggi non pienamente possibile per la scarsa codifica delle classi di priorità e per la non frequente indicazione in fase di prescrizione tra prima visita e controlli.

La costruzione di protocolli clinico-assistenziali, l'identificazione e l'esplicitazione del fabbisogno di prestazioni per la fase di diagnosi e di follow up, l'organizzazione della fase erogativa per pacchetti di prestazioni o secondo la modalità di Day Service, la certezza

della prenotabilità della prestazione prescritta rappresentano criteri irrinunciabili nell'organizzazione erogativa delle reti cliniche e dei servizi specialistici regionali.

La ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita

Cardine fondamentale di un Sistema socio sanitario integrato regionale evoluto è quello di investire nella formazione, nella ricerca, nell'innovazione e nella sperimentazione clinica, favorendo il necessario raccordo con i bisogni assistenziali e il trasferimento dei risultati, al fine di rendere disponibili ai cittadini l'accesso alle innovazioni più avanzate in regimi di costi sostenibili.

In tal senso, la Regione Toscana individua quali obiettivi strategici da perseguire:

- sostegno alla ricerca nel campo delle scienze della vita, anche attraverso l'adozione di specifici bandi regionali, sia attraverso il supporto alla partecipazione a bandi ed iniziative nazionali ed internazionali;
- valorizzazione dei risultati e trasferimento alla pratica assistenziale e organizzativa delle innovazioni prodotte, dei risultati della ricerca, delle competenze e del know-how più innovativi in ambito biomedico e di organizzazione sanitaria e sociale integrata;
- sinergie fra i vari attori della sistema regionale per l'attrazione di risorse e scambio di know how anche in ambito internazionale, in raccordo con il Distretto Scienze della Vita;
- condivisione e valorizzazione fra i soggetti del sistema delle infrastrutture, quali piattaforme organizzative e di ricerca integrate, nell'ambito delle nuove frontiere della medicina (quali, fra l'altro, Big Data e Precision and Personalized Medicine);
- attivare sinergie utili alla ricerca e allo sviluppo in contesti non profit, con particolare attenzione ai farmaci orfani per malattie rare o neglette;
- valorizzazione della sperimentazione clinica, al fine di promuovere un sistema pubblico sempre più efficiente e ispirato ai principi di trasparenza ed eticità degli interventi.

L'empowerment del cittadino

Tutte le scelte pubbliche devono favorire la salute e il benessere dei cittadini, anche attraverso azioni efficaci di promozione della salute e prevenzione delle malattie. Concetti centrali e largamente diffusi sono quelli delle life skills, dell'empowerment dei singoli, conquistare il massimo potenziale di salute richiede di essere in grado di conoscere i fattori determinanti di salute, adottando sani stili di vita.

L'educazione alle life skills (capacità personali e sociali per rapportarsi con fiducia ed in

modo competente con se stessi e con la comunità in generale), genera la motivazione a prendersi cura, efficacemente, di sé e dell'altro, promuovendo un percorso formativo fondamentale in tutti gli ambiti della vita di ognuno di noi, contribuendo a creare il senso di autoefficacia indispensabile per poter contrastare i comportamenti a rischio. Attraverso l'addestramento alle life skills è possibile agire su un numero elevato di fattori protettivi nei confronti delle condizioni di vulnerabilità. Attraverso l'empowerment (processo che può essere sociale, culturale, psicologico o politico, individuale e di comunità) gli individui e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale ed intraprendere azioni che consentano loro di soddisfare tali bisogni. In questo modo gli individui riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti.

L'approccio personalizzato e la relazione fra pari, tipica dell'approccio integrato, contribuisce a sostenere l'empowerment del cittadino e le sue scelte in materia di salute che, anche tramite l'adozione di stili di vita salutari funzionali a una visione di benessere a 360°, ne rafforzano la resilienza.

All'interno di questa visione sistemica, interdisciplinare e sostanzialmente moderna della salute, anche le discipline del benessere e bio-naturali normate dalla L.R. 2/2005, dato il loro valore di prevenzione e di promozione della salute, sono una risorsa da tenere in considerazione per rafforzare i percorsi di empowerment del cittadino e il suo protagonismo per migliorare salute e qualità di vita personale, con ricadute positive anche sulla salute dell'ambiente. Queste discipline possono pertanto affiancare progetti a sostegno dell'invecchiamento attivo della popolazione nell'ambito dell'attività fisica adattata (AFA) e delle azioni della sanità d'iniziativa.

Un approccio integrato che si pone come obiettivo l'intervento sui principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili più comuni, di importanza epidemiologica e di impatto sulla sanità pubblica, risulta un investimento per ridurre nel lungo periodo il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società ma anche un modo per agire direttamente sulle condizioni di vita dei singoli cittadini seguendo un'alimentazione corretta, svolgendo attività fisica regolare, smettendo di fumare e limitando il consumo di alcol: Regione Toscana lavora ormai da anni su questi 4 fattori con il programma Guadagnare Salute.

In questo modo la promozione della salute mira soprattutto a raggiungere l'eguaglianza nelle condizioni di salute. Il suo intervento si prefigge di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, offrendo a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute possibile. Questo comprende un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute. Le azioni da sviluppare nel triennio vedi "Target dedicato ai giovani".

Medicina complementare integrata negli interventi per la salute

La legge regionale 40/2005 di organizzazione del Servizio sanitario regionale, all'art. 4, specifica che i servizi sanitari territoriali e ospedalieri erogano anche prestazioni di medicina complementare e integrata, in base alla valutazione di comprovata efficacia e nel rispetto della programmazione regionale in materia.

A tal fine, nel solco dell'appropriatezza, dell'equità e della qualità delle cure e tenendo in conto l'efficienza del sistema, si prevede di promuovere una sempre maggiore efficienza dell'offerta dei servizi di medicina integrata nel Servizio sanitario toscano.

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

Le nuove dipendenze

In questi anni si è definitivamente configurato un nuovo scenario dei consumi e delle dipendenze soprattutto delle dipendenze senza sostanze (es. Gioco d'Azzardo Patologico, videogiochi, internet, shopping compulsivo, etc.).

Rispetto al consumo di eroina o all'abuso di alcol, il gioco d'azzardo è socialmente accettato e percepito come un normale passatempo. Ciò ha in parte influenzato la consapevolezza del reale rischio che questa attività rappresenta nella sua forma patologica. Per di più l'accessibilità al gioco nell'ultimo ventennio è aumentata sensibilmente e, con questa, anche la proporzione dei giocatori e l'entità del fenomeno della dipendenza da gioco.

I maschi risultano più coinvolti delle femmine in questa problematica (rapporto M/F=9:1), anche se nel tempo questa differenza tende a diminuire. L'età media delle donne con problemi legati al gioco è più alta dei maschi, ma il percorso verso la dipendenza è più veloce. Tuttavia, le donne con problemi o dipendenza da gioco d'azzardo, si recano prima in trattamento.

In Toscana si stima circa 30.000 residenti affetti da gioco d'azzardo patologico (GAP); nel 2017, erano circa 1.500 gli utenti in carico presso i Servizi per le Dipendenze in cura per la stessa patologia (oltre il 10 % di tutta l'utenza afferente in Toscana). La fascia di popolazione giovanile appare più vulnerabile ciò che rende ancor più alto il rischio è la rapida diffusione del remote gambling, una modalità di gioco che si attua per mezzo di internet, telefonia (fissa e mobile) e TV digitale e/o interattiva.

Nel 2018 la Toscana ha adottato il primo Piano regionale di attività per il contrasto al gioco d'azzardo.

Occorre agire lavorando in maniera intersettoriale e interistituzionale per la rimozione delle cause sociali e culturali che possono favorire le forme di dipendenza da gioco e promuovere una risposta coordinata e continuativa alle persone che manifestano un problema di gioco d'azzardo patologico.

La priorità è quella di agire prevalentemente sul versante della prevenzione, non trascurando indispensabili azioni di conoscenza e ricerca sul fenomeno a livello regionale, nonchè azioni tese alla formazione/informazione di tutti gli operatori coinvolti nella tematica sia dei servizi pubblici che delle Associazioni di volontariato, del terzo settore e dei gruppi di mutuo-auto-aiuto.

E' inoltre un obiettivo prioritario rafforzare e consolidare la rete di aiuto alle persone e alle loro famiglie con problemi di Gioco d'azzardo attraverso l'integrazione degli interventi tra servizio pubblico, privato sociale e territorio e incentivare iniziative dirette al potenziamento dei servizi sociosanitari di comunità rivolti al cittadino.

Sono inoltre obiettivi prioritari:

- perseguire la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo all'interno e in collaborazione con le istituzioni scolastiche;
- sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo e delle associazioni territoriali affinché vi sia il riconoscimento dei segni legati alla presenza di gioco patologico nelle famiglie promuovendo una responsabilità sociale diffusa;
- coinvolgere in iniziative di sensibilizzazione anche il personale operante nei locali che offrono gioco d'azzardo per il riconoscimento dei giocatori patologici e la conoscenza della rete di trattamento;
- favorire l'apertura di spazi di riflessione per la popolazione generale o mirati a fasce specifiche (gli adolescenti con interventi nella scuola, gli insegnanti e le famiglie, gli anziani con i centri di aggregazione sociale, gli extracomunitari con le comunità di immigrati).

Medicina trasfusionale

Il Sistema trasfusionale rappresenta un settore strategico della sanità e attraverso la donazione di plasma, sangue e piastrine garantisce la disponibilità di emocomponenti e emoderivati indispensabili per la quotidiana attività sanitaria.

Il Sistema trasfusionale è anche un momento importante di costruzione e di verifica del rapporto di fiducia tra cittadini e sistema sanitario perché i donatori sono persone sane che non hanno bisogno di prestazioni, ma che per valori etici e per condivisione delle esigenze generali di una comunità, si recano in ospedale per mettere a disposizione parte del proprio tempo e parte di sé stessi senz' altro ritorno se non la convinzione di aver contribuito ad erogare cure salvavita.

E' quindi appropriato parlare del Servizio trasfusionale come luogo e occasione per la verifica del capitale sociale di una comunità e per il rafforzamento della coesione sociale di un territorio.

Anche i sistemi di eccellenza, ed il Sistema trasfusionale toscano è sicuramente un sistema di eccellenza, hanno bisogno di "manutenzione evolutiva" e di innovazione e nei prossimi anni alcune grandi trasformazioni già in atto arriveranno a compimento:

- Completamento del Sistema Officina trasfusionale attraverso l'attivazione e la piena inter operatività dei poli di lavorazione di Pisa, Siena e Firenze;
- Completa implementazione del nuovo sistema informatico unico per tutta la Regione Toscana che centralizza tutte le attività dalla donazione al letto del paziente;
- Esecutività della nuova gara interregionale di plasma lavorazione di cui la Regione Toscana è capofila (Accordo PLANET con Marche, Lazio, Campania, Molise e Forze Armate) con sviluppo di sinergie tra le regioni aderenti per tutti gli aspetti connessi;
- Applicazione della Direttiva Europea 2016/1214 in materia di qualità e sicurezza dei Servizi Trasfusionali che introduce le GPGs (Good Practice Guidelines), e le GMPs (Good Manufacturing Practice) da cui discenderanno i nuovi requisiti di accreditamento.

Politiche per lo sport e l'attività motoria

Lo sport rappresenta uno dei pilastri contemporanei della buona socialità, tiene assieme salute, benessere individuale e collettivo e privilegia percorsi di integrazione. Con la diffusione dell'attività sportiva si costruiscono le fondamenta civili e culturali della vita collettiva, a partire dal coinvolgimento delle giovani generazioni. Pratica sportiva e attività motoria sono una risposta alle esigenze personali di natura salutistica e al desiderio di curare passioni e piaceri. Inoltre lo sport, riducendo la sedentarietà e quindi le probabilità di ammalarsi di alcune patologie, produce benefici alle persone che lo praticano e vantaggi all'intero sistema pubblico con un risparmio della spesa sanitaria. In Toscana è presente un contesto favorevole frutto di una serie di fattori che nel tempo hanno contribuito a definire profili e sfondi del mondo sportivo: dalla vocazione sportiva delle collettività locali toscane (movimento dilettantistico e amatoriale, soggetti del Terzo settore) che rappresentano un presidio sociale formidabile per la tenuta e la coesione sociale, all'azione delle istituzioni pubbliche per la valorizzazione e diffusione dei luoghi e degli spazi per lo sport (impiantistica sportiva) e più in generale dell'attività fisica, fino all'impegno delle istituzioni nel sostegno alle organizzazioni sportive e alla promozione di corretti stili di vita.

L'impegno di Regione Toscana è da tempo orientato alla promozione e valorizzazione della pratica sportiva e dell'attività motoria come fattori determinanti per la salute ed

il benessere dei cittadini e delle comunità locali in quanto lo sport è salute, aiuta a costruire relazioni significative, favorisce il rispetto delle regole e alimenta il senso di comunità e di appartenenza. Possiamo evidenziare come sia presente nella nostra regione l'impegno a sviluppare la pratica sportiva e fisica anche come elemento propedeutico ai processi di integrazione, affinché i cittadini toscani o coloro che hanno deciso di progettare la loro vita nella nostra regione, possano trovare un maggior benessere psicofisico, vivere meglio e più a lungo, perché ci siano per tutte le stagioni della vita (infanzia, adolescenza, giovinezza, maturità, terza età) opportunità per fare sport, svolgere attività fisica in modo sano, inclusivo, etico e partecipativo.

Tra gli obiettivi strategici possiamo segnalare il rafforzamento del ruolo dell'educazione fisica e dell'attività motoria fin dai primi anni di vita, anche attraverso lo sviluppo di percorsi integrati tra mondo sportivo e scolastico, e la rimozione di tutte le barriere, fisiche, culturali, economiche e sociali come condizione essenziale per garantire appieno pari opportunità d'accesso e di fruizione in materia di attività fisica.

Il sostegno alle manifestazioni sportive, la promozione dei progetti di interesse regionale e il finanziamento dell'impianistica sportiva rappresentano gli strumenti attraverso cui raggiungere gli obiettivi strategici individuati, per la cui attuazione che verranno adottati gli atti amministrativi necessari.

IL RUOLO DELLA ZONA DISTRETTO E IL SUO ASSETTO

1. La funzione – finalita' e riferimenti normativi

La LR 84/2015 pone grande attenzione alle attività territoriali innovando fortemente l'art. 64 della 40/2005; la zona-distretto è considerata l'ambito ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. Analogamente la L.R.41/2005, disciplina la zona-distretto come l'ambito territoriale sia per l'integrazione socio sanitaria sia per l'esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale, e la individua come la dimensione adeguata per l'assolvimento dell'obbligo di esercizio associato della medesima funzione fondamentale da parte dei comuni a ciò tenuti ai sensi della legislazione statale.

La funzione delle zone è di tipo pro attivo, potremmo dire di orientamento, a partire dai territori, del Sistema sociale e sanitario regionale (art.71 ter l.r.40/2005). Le funzioni della zona-distretto sono esercitate nel rapporto complesso che intercorre tra assetto organizzativo, funzioni tecnico-professionali, attività assistenziali e governance istituzionale. Rapporto da costruire e gestire sia in relazione alle materie sanitarie territoriali e sociosanitarie, sia in relazione ai processi di integrazione e ai processi di tipo comunitario.

La L.R. 11/2017 definisce in particolare 3 questioni: la dimensione adeguata delle zone distretto riducendole da 34 a 26; sono inseriti importanti elementi per una maggiore autonomia e un miglior funzionamento delle zone; viene individuata una preferenza verso il modello della Società della salute a gestione diretta.

2. La struttura dell'ambito zonale

Vengono individuate nell'ambito zonale tre grandi aree che ricomprendono funzioni, processi e attività omogenei tra loro a cui si aggiunge una interazione sistematica di particolare rilievo con le reti cliniche per le cronicità:

- l'organizzazione funzionale e operativa distrettuale;
- la filiera assistenziale extraospedaliera;
- il sistema per l'integrazione basato sulle società della salute e sulle convenzioni sociosanitarie;
- l'interazione con le reti cliniche strutturate e integrate per le cronicità.

a. La zona-distretto costituisce sia il livello organizzativo (direzionale, professionale e

Il ruolo della zona distretto e il suo assetto

tecnico-amministrativo) deputato alla costruzione, alla gestione e al controllo dei sistemi di servizi territoriali; sia l'ambito territoriale di riferimento per la costruzione delle reti afferenti alle materie della sanità territoriale, del sociosanitario e dell'integrazione. La coincidenza delle due macro funzioni rappresenta il cardine principale per la costruzione dei nuovi assetti della sanità territoriale. L'aspetto più delicato che riguarda l'assetto organizzativo è costituito dal rapporto tra la zona e i dipartimenti, indipendentemente dal fatto che sia presente una Sds o una convenzione sociosanitaria. La l.r.40/2005, all'art. 69 bis, nel primo comma recita: "I dipartimenti sono lo strumento organizzativo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali". Al comma 3 dello stesso articolo è previsto che ogni azienda USL, nel proprio statuto e, di conseguenza, nel regolamento di organizzazione, declini le finalità e i compiti del dipartimento. Lo scopo è quello di evitare che i modelli a matrice attivati nelle diverse USL non siano coerenti nell'assegnazione delle responsabilità (gerarchiche e funzionali) e dunque nella costruzione del budget, nell'assegnazione delle risorse (umane, finanziarie e strumentali). Il presente PSSIR rimanda ad atto successivo la definizione un modello standard di organizzazione a matrice tra zona e dipartimenti.

b. Se il complesso dei presidi distrettuali può essere strutturato intorno a centri fortemente organizzati ed articolati come le Case della Salute, occorre nel contempo dotare il territorio di servizi residenziali e domiciliari che siano realmente in grado di sostenere il carico assistenziale esterno all'ospedale. A questo scopo l'elemento decisivo è rappresentato dalla creazione di una vera e propria 'filiera assistenziale' formata da una serie continua di strutture e di servizi organizzata su differenti intensità assistenziali. La continuità della filiera assistenziale e la sua 'circolarità', cioè la possibilità di utilizzare le varie soluzioni residenziali o domiciliari seguendo i miglioramenti o gli aggravamenti delle persone prese in carico, rappresentano l'investimento indispensabile per creare una alternativa reale e appropriata rispetto al ricovero ospedaliero. Oltre alla presa incarico delle cronicità, la filiera assistenziale del territorio deve essere in grado di rispondere anche alle condizioni di fragilità e di complessità. Le singole strutture o i singoli servizi che compongono una filiera completa e consistente non devono essere necessariamente presenti in ogni singolo ambito territoriale, poiché la loro diffusione dipende dall'entità del relativo bacino di servizio. Occorre dunque passare ai concetti di 'sistema dei servizi territoriali' e di 'reti dei sistemi territoriali', in modo da garantire i necessari livelli di efficacia, appropriatezza e accessibilità in tutte le zone, individuando, quando necessario, su dimensioni territoriali più vaste la pertinenza delle risposte offerte.

c. L'approccio sistemico all'integrazione adottato dalla Regione Toscana porta a comprendere come i processi di integrazione possano essere consolidati in un sistema durevole solo attraverso un'azione contestuale capace di affrontare

contemporaneamente più livelli organizzativi: istituzionale; programmatico e finanziario; professionale; gestionale; comunitario (istituti per la partecipazione). A questo scopo sono stati destinati due strumenti associativi complessi: la società della salute e la convenzione sociosanitaria.

d. L'organizzazione di reti cliniche dedicate in modo stabile alle cronicità necessita di strategie di sviluppo piuttosto complesse e di azioni mirate all'integrazione programmatica e organizzativa, azioni da attuare sia in direzione orizzontale con la creazione di team, mono e multi professionali, con modelli a rete multiprofessionali, sia in direzione verticale con sistemi assistenziali integrati con l'ospedale.

3. La programmazione e i processi operativi zonali

La missione della programmazione di zona è quella di confrontarsi con un quadro complesso e frammentato che deve essere ricondotto a un'unità attraverso la costruzione di scenari locali, frutto anche della valorizzazione di dati, informazioni e conoscenze rese disponibili dall'Osservatorio Sociale regionale e dagli altri soggetti pubblici che si occupano di ricerca e analisi sociale e sanitaria. Questo patrimonio informativo contribuisce alla costruzione del sistema dei servizi e dei percorsi assistenziali, la definizione degli obiettivi essenziali di assistenza, la valutazione del soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere in ambito zonale. Inoltre la programmazione richiede una coerenza con il livello della gestione dell'erogazione dei servizi.

I Piani integrati di salute (PIS) sono il luogo della ricomposizione tra le finalità degli enti locali e delle aziende USL, le funzioni sociali e funzioni socio-sanitarie; le risorse comunali, aziendali o di altri fondi pubblici o privati.

Le linee di indirizzo PIS e PIZ sulla programmazione zonale (DGR 573/2017) hanno introdotto l'obiettivo di fornire un metodo di lavoro comune, favorire l'elaborazione e la comparazione delle informazioni raccolte, sviluppare e implementare un sistema di valutazione dei risultati ma soprattutto degli esiti, in una logica non competitiva ma di comparazione, imitazione e diffusione delle buone pratiche tra SdS/Zone-distretto. In questa direzione è opportuno anche soffermarsi sul tema dell'impatto sociale generato dagli effetti dei programmi e dei progetti messi in atto in ogni singolo ambito zonale, individuando una metodologia condivisa che potrà essere definita e adottata a livello regionale.

L'art. 21, comma 7, della l.r.40/2005 prefigura un livello di integrazione tra sanitario e sociale sempre più avanzato, fino a prevedere che il ciclo di elaborazione del PIS possa assorbire quello del PIZ (art.21, comma 4, l.r. 40/2005). Le linee di indirizzo precisano che l'elaborazione unica dei due piani è prioritaria: il PIZ può essere separato dal PIS solo se non c'è accordo nella conferenza zonale, ma deve essere comunque garantito il coordinamento dei due piani.

4. La società della salute e la convenzione sociosanitaria

La L.R. 40/2005 dispone che ogni zona possa scegliere tra due diversi modelli organizzativi: la Società della salute oppure la convenzione sociosanitaria. Nell'ambito della Conferenza zonale, è necessario che le amministrazioni locali attivino uno dei due strumenti.

La convenzione sociosanitaria si occupa dell'ambito sociosanitario, ma può essere ampliata con ulteriori funzioni di carattere sociale e socioassistenziale. L'ente gestore è, di norma, l'azienda USL. La Società della salute si occupa dell'ambito sociosanitario e sociale e dell'organizzazione della sanità territoriale. L'ente gestore è il consorzio e questo facilita l'aggregazione dei servizi attraverso un'organizzazione unitaria e un bilancio economico zonale.

L'art. 7 della L.R. 11/2017, al comma 3 prevede l'attivazione della modalità di gestione diretta da parte delle Società della salute: il PSSIR ne deve specificare "i contenuti minimi i tempi e le modalità". Per gestione diretta si intendono la gestione e l'organizzazione delle attività sociosanitarie e di quelle socioassistenziali (l.r.40/2005, art 71-bis, comma 3 lettere c e d).

Il presente PSSIR deve individuare le materie oggetto di organizzazione e gestione da parte della Società della Salute, in attuazione del comma 3 dell'articolo 71 bis della L.R. 40/2007, lettera c) e d):

- c) organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 3 del decreto delegato, individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale;
- d) organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale.

Ambito di applicazione delle funzioni C e D

Per quanto riguarda la regolazione della funzione C, le materie individuate sono:

- Le attività sociosanitarie e le attività sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori Anziani e Disabili, nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata.
- Le attività sanitarie a rilevanza sociale, dei settori Materno-Infantile, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare, nonché quelle inerenti prestazioni per il sostegno psicologico e socioeducativo, quelle inerenti prestazioni di mediazione interculturale e quelle inerenti prestazioni per il sostegno lavorativo.

Per quanto riguarda la regolazione della Funzione D, le materie individuate sono:

- L'intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate dal nomenclatore regionale.
- Le attività di assistenza sociale riferite alle azioni relative al sistema REI, al sistema SPRAR e al sistema CAS.

Ambito di gestione diretta delle Funzioni C e D

Il presente Piano sanitario e sociale integrato regionale individua seguenti contenuti minimi per la gestione diretta da parte delle Società della salute:

- Per quanto riguarda i contenuti minimi riferiti alla Funzione C, le materie individuate sono: Le attività sociosanitarie e le attività sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori Anziani e Disabili; nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata.
- Per quanto riguarda i contenuti minimi riferiti alla Funzione D, le materie individuate sono: l'intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate dal nomenclatore regionale.
- I tempi con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta delle funzioni C e D sono così determinati:
 - La gestione diretta da parte della società della salute delle materie definite in attuazione del comma 3 ter dell'articolo 71 bis della L.R. 40/2005 decorre dal 1.1.2020.
 - Entro il 30.6.2019 le società della salute trasmettono alla Giunta regionale la documentazione attestante il passaggio alla gestione diretta e quella relativa alla gestione unitaria delle altre materie comprese nelle Funzioni C e D. La Giunta regionale, sentita la Conferenza regionale dei sindaci, verifica la completezza della documentazione trasmessa dalle società della salute e avvia il processo di monitoraggio delle modalità di gestione delle Funzioni C e D.

Le modalità con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta delle funzioni C e D sono così determinate:

- La Società della Salute provvede tramite le proprie strutture organizzative all'intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività inerenti le materie oggetto della gestione diretta individuate dal presente PSSIR.
- La Società della Salute provvede tramite le proprie strutture organizzative, nonché tramite specifici accordi di avalimento stipulati con uno o più degli enti aderenti, all'intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività inerenti le materie oggetto della gestione diretta individuate dal presente PSSIR. Gli accordi di avalimento sono esplicitamente

Il ruolo della zona distretto e il suo assetto

funzionali in modo esclusivo agli assetti organizzativi della società della Salute; devono trovare opportune e specifiche declinazioni operative in relazione al ciclo complessivo di produzione ed erogazione oggetto della gestione diretta da parte della Società della Salute e possono riferirsi unicamente a: avalimento per servizi inerenti i processi di tipo amministrativo, per servizi inerenti i processi di tipo contabile e di controllo gestionale, per processi di tipo tecnico.

- La modalità di attuazione della gestione diretta possono prevedere, nella fase di avvio, per i percorsi di tipo residenziale e semiresidenziale di Anziani e Disabili, nonché relativamente alle attività amministrative e professionali, l'utilizzo dello strumento dell'assegnazione di budget, anziché il trasferimento diretto di risorse e personale. Il budget, in coerenza con le attività oggetto di programmazione operativa annuale del territorio, ed al fine di garantirne un corretto e puntuale utilizzo, dovrà essere condiviso con la SdS entro un tempo congruo e per importi certi e appropriati rispetto ai bisogni territoriali, ove non sia prevista da atti regionali una ripartizione economica sui diversi percorsi. Resta inteso che il governo del percorso nonché la responsabilità dei relativi risultati raggiunti, sulla base del budget, della programmazione operativa zonale e degli indicatori di risultato e di processo stabiliti, resta in carico alla Sds.

PROGRAMMAZIONE MULTILIVELLO E STRUMENTI DI INTEGRAZIONE

Nel sistema sanitario e sociale della Regione Toscana la governance istituzionale si articola attraverso un sistema di conferenze dei sindaci, dal livello di zona distretto (Conferenza zonale e zonale integrata con il direttore generale USL, o Assemblea dei soci della Società della salute) al livello dell'azienda USL (Conferenza aziendale) e infine al livello regionale (Conferenza regionale dei sindaci).

La funzione principale di tali conferenze è quella di formulare e/o approvare gli atti fondamentali di programmazione per il livello di propria competenza, rappresentano il momento decisionale nel quale si traducono le finalità istituzionali dei comuni in obiettivi e azioni concrete.

1. I livelli e gli strumenti di programmazione

La riforma della normativa regionale operata tra il 2014 e il 2015 ha definito con chiarezza i livelli regionali di gestione dei sistemi sanitario e sociale, e ha allineato secondo questa stessa scansione gli organismi della governance istituzionale. A ciascun livello corrisponde un insieme di strumenti di programmazione.

Livello Regionale:

- Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR); Atto regionale di definizione delle linee annuali di programmazione e individuazione degli obiettivi.

Livello di Area Vasta / Aziendale:

- Piano di Area Vasta; Piano Attuativo Ospedaliero delle aziende ospedaliero-universitarie (PAO), Piano Attuativo locale delle aziende sanitarie (PAL).

Livello Zonale:

- Piano Integrato di Salute (PIS); Piano d'Inclusione zonale (PIZ).

Tra le altre funzioni, il PSSIR definisce le azioni programmate di rilievo regionale e i progetti obiettivo da realizzare mediante il concorso di tutti i soggetti del sistema regionale sanitario e sociale. Il sistema multilivello regionale è predisposto in modo che le azioni programmate di rilievo regionale possano essere assunte nei livelli di area vasta e nei livelli zonali.

In ciascun passaggio le azioni programmate del livello superiore diventano gli obiettivi da realizzare mediante la programmazione operativa pluriennale o annuale recata dai piani di ambito aziendale o dai piani di ambito zonale.

I diversi strumenti di programmazione integrano tra i propri obiettivi pluriennali le azioni programmate regionali secondo la declinazione operativa più adeguata, efficace e sostenibile. I competenti organismi decisionali della governance istituzionale (Conferenze aziendali o Conferenza integrate zonali-assemblee dei soci Sds) e le strutture direzionali e professionali, esprimono le proprie prerogative di indirizzo e di elaborazione ricercando la migliore complementarietà tra le azioni programmate di rilievo regionale e gli obiettivi e le azioni programmate del proprio livello di area vasta / aziendale o zonale.

A loro volta, gli obiettivi e le azioni programmate del livello di area vasta / aziendale o zonale possono contribuire alla elaborazione e alla definizione delle azioni di rilievo regionale, creando così gli elementi cardine per la costituzione ordinata e sistematica dei necessari cicli discendenti e ascendenti della programmazione regionale multilivello.

2. Gli obiettivi di servizio

Gli obiettivi di servizio sono processi o servizi da erogare, aventi caratteristiche di generalità e di permanenza, verso cui orientare le azioni di convergenza dei vari livelli di programmazione allo scopo di garantire, al pari dei Livelli Essenziali di Assistenza, equità di accesso ai servizi. Vengono determinati nel rispetto dei vincoli di bilancio e della compatibilità economico-finanziaria degli enti interessati. Costituiscono gli obiettivi comuni, corredati con le caratteristiche qualitative e quantitative da raggiungere, che gli strumenti di programmazione devono perseguire in relazione ai caratteri dei singoli ambiti territoriali di competenza. Gli obiettivi di servizio permettono all'insieme degli strumenti di programmazione di acquisire coerenza, efficacia, misurabilità, verificabilità, offrendo una griglia di riferimento facilmente comprensibile, monitorabile e comunicabile.

Per ciascuna delle aree assistenziali oggetto della programmazione integrata, chiamate 'macrolivelli', sono identificati due tipologie di obiettivi di servizio: gli obiettivi che riguardano i processi da attuare; e gli obiettivi che riguardano le dotazioni di servizi e prestazioni da raggiungere in modo stabile e strutturato.

Per ogni Macrolivello la programmazione regionale definisce con apposito atto:

- Gli obiettivi di servizio, distinti in obiettivi di processo e obiettivi di dotazione.
- I parametri di riferimento.
- Il livello territoriale adeguato in cui realizzare i contenuti degli obiettivi di servizio.
- Le modalità di convergenza verso i parametri di riferimento.

3. Il rapporto tra PAL e PIS

Il rapporto tra il principale strumento di programmazione aziendale (PAL) e il principale strumento di programmazione zonale (PIS) è definito dalla normativa regionale agli articoli 21 e 22 della L.R. 40/2005.

Il PIS a sua volta è posto in strettissima connessione con il principale strumento di programmazione sociale (PIZ) definito all'articolo 29 della L.R. 41/2005.

Il piano attuativo locale (PAL) è lo strumento di programmazione delle aziende sanitarie locali, relativamente alle attività sanitarie territoriali e socio-sanitarie recepiscono i PIS zonali. Il piano integrato di salute (PIS) è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale, definisce gli obiettivi di salute e benessere, i relativi standard quantitativi e qualitativi, e ne individua le modalità attuative.

Il piano d'inclusione zonale (PIZ) è lo strumento di programmazione della funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni che viene esercitata nell'ambito ottimale della zona-distretto, definisce le attività da perseguire tramite le reti del welfare territoriale e determina gli obiettivi di servizio.

Allo scopo di connettere tra loro questi tre strumenti generali di programmazione, il PAL contiene al suo interno due dispositivi specifici articolati per zone:

- Il Programma operativo delle cure primarie è lo strumento per la progettazione operativa del sistema dei servizi territoriali extra-ospedalieri. Definisce i programmi attuativi delle cure primarie, della sanità d'iniziativa, dei presidi distrettuali, delle unità complesse e delle forme associate della medicina generale; tale programma operativo definisce anche i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.
- L'Atto per l'integrazione è lo strumento di base della programmazione sociosanitaria e comporta la compartecipazione diretta delle amministrazioni comunali e dell'azienda sanitaria. Definisce i programmi attuativi dei servizi e delle attività ad alta integrazione sociosanitaria determinando nel contempo il relativo budget di livello zonale costituito dalle risorse sanitarie e dalle risorse sociali; tale programma operativo definisce anche i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

I due dispositivi interni al PAL sono articolati per zone e sono predisposti per essere connessi con il processo di programmazione integrata del PIS e con il processo di elaborazione del PIZ.

In ciascun ambito zonale vengono allineati: la specifica sezione zonale del Programma operativo delle cure primarie, la specifica sezione zonale dell'Atto per l'integrazione, gli ulteriori Programmi operativi recati dal PIS.

Il Piano Integrato di Salute è dunque lo strumento che produce l'integrazione operativa tra queste tre sezioni e le orienta verso i bisogni di salute degli ambiti zionali, nel rispetto della programmazione economico-finanziaria relativa alle dotazioni e alle risorse zionali.

4. Dispositivi di integrazione della programmazione

Per realizzare una efficace governance regionale è necessario un collegamento tra i territori e le aziende USL che possa rendere cooperativo e coordinato il lavoro di entrambi in relazione agli indirizzi regionali.

La legge 40/2005 e s.m.i. prevede tra gli strumenti di integrazione tra Sds/zone distretto e Aziende USL gli Uffici di piano zionali (art. 64 comma 2 l.r. 40/2005; art 29 comma 7 e art. 35 comma 3 l.r.41/2005) che coordinati a livello di Azienda USL, supportano le conferenze aziendali dei sindaci (art.12 comma 7, l.r.40/2005) nella predisposizione del Piano attuativo locale (PAL) e, per quanto riguarda gli aspetti economici, il documento, allegato al bilancio delle aziende USL, di riclassificazione delle risorse per le zone distretto collegato agli strumenti di programmazione zonale e aziendale (art.120 comma 5 e 5 bis l.r.40/2005).

Il presente PSSIR si pone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Attuazione uniforme, da parte delle aziende USL e delle Sds, agli articoli che riguardano l'Ufficio di piano (art. 64 comma 2 l.r. 40/2005; art 29 comma 7 e art. 35 comma 3 l.r.41/2005; art.12 comma 7, l.r.40/2005) e il documento di riclassificazione delle risorse per le zone distretto (art. 120 comma 5 e 5 bis l.r.40/2005);
- Integrazione della programmazione fra i suoi vari livelli, in particolare tra il Piano integrato di salute (PIS) e il Piano attuativo locale (PAL);
- Elaborazione di un linguaggio condiviso per la programmazione zonale e per la programmazione aziendale;
- Strutturare e dare continuità ai processi di programmazione zonale e aziendale;
- Contribuire al miglioramento della governance regionale coordinando gli obiettivi attraverso un maggiore integrazione tra le varie conferenze dei sindaci e i rispettivi livelli di programmazione sociale e sanitaria.

L'obiettivo è attivare e strutturare in ogni zona distretto un Ufficio di piano capace di supportare la programmazione zonale attraverso l'individuazione e la messa a disposizione di personale adeguato e lo sviluppo delle competenze necessarie.

Per quanto riguarda la creazione di un linguaggio comune relativamente alle risorse economiche è necessaria la rappresentazione di significati comuni attraverso una condivisa scheda di budget di zona. Si intende per budget di zona una modalità condivisa ed omogenea per la rappresentazione delle risorse del SSR che le Aziende

sanitarie e la Regione impegnano a vario titolo sul livello zonale. La relativa scheda di budget utilizza come riferimento il linguaggio della programmazione così come definito nelle "Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale" (DGRT 573/2017) e già concretizzato nella compilazione della programmazione operativa annuale POA 2018.

In apposite linee di indirizzo verrà proposto il modello di Ufficio di piano per le Sds/zone distretto e la scheda di budget zonale verso la quale dovranno convergere le Aziende USL della Toscana.

LA RIPARTIZIONE DELLE RISORSE

ASSETTI ECONOMICI

Il Fondo sanitario regionale

Ai sensi dell'art. n. 25, comma 1, della L.R. n. 40/2005, il Fondo Sanitario Regionale viene suddiviso in tre parti:

1. Fondo ordinario di gestione, destinato alle aziende unità sanitarie locali ed al funzionamento dell'ESTAR;
2. Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi;
3. Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema

Alle tre parti sopra elencate se ne aggiunge, di norma, una quarta, prevista dall'art. n. 25, comma 2, della L.R. n. 40/2005, destinata al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema, da attribuire alle aziende sanitarie anche sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati.

L'importo del fondo ordinario di gestione è determinato con il seguente procedimento:

- Calcolo del costo pro-capite ponderato di ciascuna azienda USL nell'ultimo bilancio d'esercizio adottato.
- Definizione del costo pro-capite standard, individuato nel costo medio pro capite dell'azienda USL avente costo pro-capite ponderato minore.
- Determinazione del Fondo ordinario di Gestione, ottenuto moltiplicando il costo pro-capite standard, al netto della quota coperta dalle entrate proprie, per il totale della popolazione ponderata regionale. Tale valore rappresenta il fabbisogno regionale complessivo di risorse delle aziende USL, qualora avessero costi pro-capite ponderati medi pari alla usl con costi minori.

L'importo del Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario è calcolato come differenza fra Il Fondo Sanitario Regionale, al netto dei Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi e dei Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema, ed il Fondo Ordinario di Gestione.

In ogni caso il Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario non può essere determinato per un importo superiore al 7,5% del Fondo Sanitario Regionale.

Per l'attribuzione dello stesso alle Aziende Sanitarie potranno essere tenuti in considerazione anche criteri legati alla densità abitativa e alle caratteristiche infrastrutturali, economiche e sociali del territorio.

Qualora non vi sia sufficiente disponibilità di contributi in c/capitale da destinare al finanziamento degli investimenti necessari a garantire il mantenimento del patrimonio

Ripartizione delle risorse

tecnologico e strutturale delle aziende sanitarie, l'attribuzione di quota del fondo di riequilibrio potrà essere legata anche all'eventuale finanziamento di investimenti con contributi in c/esercizio, o alla necessità di contribuire alla copertura dei costi diretti ed indiretti derivanti dai mutui stipulati dalle aziende sanitarie per il finanziamento di investimenti.

In termini programmatici, si conferma il vincolo di destinazione del fondo sanitario regionale per la prevenzione previsto dal precedente piano sanitario regionale nel 5%, alla cui determinazione concorrono i finanziamenti ordinari per quota capitaria alle aziende unità sanitarie locali e parzialmente i fondi speciali a destinazione vincolata, che dovranno tener conto anche dell'allocazione dei Laboratori di Sanità Pubblica.

Del 5% così definito, si assume nel triennio al 2% l'obiettivo di spesa per l'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il Fondo sociale regionale

Il Fondo Sociale Regionale rappresenta il principale strumento finanziario regionale per lo sviluppo omogeneo sul territorio del sistema degli interventi e dei servizi sociali, Contribuiscono alla sua composizione il Fondo Regionale di Assistenza Sociale ed il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali.. Il fondo viene ripartito in tre parti:

- Trasferimenti ordinari Zone distretto (quota non inferiore all'80% del totale) a carattere contributivo e perequativo, rispetto all'impegno finanziario dei Comuni e degli Enti Locali, per il mantenimento ed il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali in particolare per l'attuazione degli obiettivi di servizio correlati ai Livelli Essenziali di Prestazione di assistenza sociale;
- fondo di solidarietà interistituzionale per sostenere le zone distretto (quota non inferiore al 10% del totale) per interventi urgenti non programmabili che creano squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni;
- interventi di interesse regionale che assumono valenza di strumenti di qualificazione del sistema e di progressiva attuazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni, di sperimentazione di azioni trasversali e di interventi conseguenti ad obblighi di legge (utilizzando le risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque non superiore al 10% del totale).

Criteri di ripartizione economica

a. IL FINANZIAMENTO ORDINARIO ALLE AZIENDE SANITARIE

Il totale del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali è determinato annualmente dalla Giunta regionale sulla base di quanto già indicato nel paragrafo 9.1.1

Per l'assegnazione del fondo ordinario di gestione alle aziende unità sanitarie locali si seguono i seguenti criteri:

a. l'85% del fondo è ripartito a livello regionale tra i livelli e i sottolivelli di assistenza in quote determinate, tenendo conto delle risorse effettivamente impiegate negli esercizi precedenti, corrette da indicazioni programmatiche e depurate delle quote finalizzate relative ai fondi speciali, che non si distribuiscono uniformemente tra tutti i livelli di assistenza; per gli anni 2012-2015 le quote nette di distribuzione del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali sono le seguenti.

Livelli e sottolivelli	Composizione del fondo %
Prevenzione collettiva	5
Assistenza territoriale	53
di cui:	
Assistenza medica di base	5,5
Assistenza farmaceutica	14
Assistenza specialistica ambulatoriale	14
Assistenza distrettuale	7,5
Riabilitazione	2,5
Assistenza agli anziani	3,5
Salute mentale	4,5
Dipendenze	1,5
Assistenza ospedaliera	42

La quota di fondo per la prevenzione è attribuita, nei limiti dell'ammontare complessivamente determinato in relazione alla precedente tabella, in quota parte in sede di assegnazione del fondo ordinario ed in quota parte, determinata annualmente dalla Giunta regionale, sulla base di specifici progetti, in linea con le linee guida definite dal Piano in vigore. Per ciascun livello l'attribuzione alle aziende unità sanitarie locali delle risorse di cui al fondo ordinario di gestione è determinata sulla base della popolazione residente suddivisa per classe d'età con pesi differenziati per ciascuna classe in relazione ai differenti e specifici consumi per abitante rilevati. Per popolazione residente si intende quella ufficialmente riconosciuta nei flussi regionali relativi alle rilevazioni anagrafiche dei comuni toscani, nonché, in quanto aventi diritto all'assistenza, gli stranieri extracomunitari non residenti con o senza regolare permesso di soggiorno. I pesi attribuiti alle classi d'età per livello e sotto-livello sono riportati nella tabella allegata al presente Piano sanitario e sociale integrato regionale.

Ripartizione delle risorse

La ripartizione di tale quota di risorse tra le Zone distretto presenti all'interno di ciascuna Azienda USL è concordata tra le direzioni aziendali e la Conferenza dei Sindaci.

b. Il 10% del fondo è attribuito alle aziende sanitarie sulla base della popolazione residente pesata in relazione alle condizioni socio-ambientali del territorio delle aziende medesime, come segue:

- il 5% per le caratteristiche morfologiche del territorio, con pesi applicati alla popolazione come di seguito indicato

Caratteristiche del territorio	Peso
Pianura	1
Collina litoranea	1,5
Collina interna	2
Montagna	3
Isole	10

- il 5% destinato a riconoscere i maggiori fabbisogni derivanti dal grado di accentramento della popolazione in ragione dei maggiori costi registrati nelle zone ad alta dispersione abitativa e dei maggiori consumi presenti nelle aree a forte concentrazione urbana. Il parametro utilizzato, definito di "accentramento/rarefazione" della popolazione, valuta le caratteristiche insediative dei territori delle diverse aziende unità sanitarie locali individuando sei classi caratteristiche alla cui popolazione relativa è attribuito un peso così determinato

Distribuzione della popolazione	Peso
Popolazione in centri abitati inferiori a 2.500 abitanti	10
Popolazione in centri abitati da 2.501 a 5.000 abitanti	8
Popolazione in centri abitati da 5.001 a 10.000 abitanti	3
Popolazione in centri abitati da 10.001 a 50.000 abitanti	2
Popolazione in centri abitati da 50.001 a 100.000 abitanti	1,5
Popolazione in centri abitati superiori a 100.001 abitanti	2,5

- il 5% del fondo è attribuito in proporzione ai tassi di prevalenza, standardizzati per età, moltiplicati per la popolazione residente maggiore di 16 anni, relativi alle diverse patologie croniche, rilevate dall'ARS, e ponderate con i pesi della seguente tabella

Patologia Cronica	Peso
Diabete Mellito	1,11
Pregresso Ictus	1,55
Insufficienza Cardiaca	1,35
BPCO	1,11
Cardiopatia Ischemica	1,61

b. IL FINANZIAMENTO ORDINARIO ALLE AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE E ALLA FONDAZIONE MONASTERIO

I criteri sono i seguenti:

- In via principale la remunerazione delle prestazioni erogate e valorizzate in base ai tariffari regionali;
- politica tariffaria regionale tendente a incentivare o a disincentivare forme di erogazione, o particolari prestazioni, al fine di ottenere maggiori livelli di appropriatezza e di favorire la concentrazione delle funzioni di alta specializzazione;
- l'entità dei trasferimenti tra aziende unità sanitarie locali ed aziende ospedaliero universitarie e Fondazione Monasterio può essere regolata, in sede di concertazione di Area Vasta, da accordi tra le stesse, in cui si possono determinare:
 - i volumi massimi erogabili per settore di prestazioni e il livello atteso;
 - alcuni valori tariffari particolari anche articolati per percorsi assistenziali;
 - sistemi alternativi di pagamento per funzioni assistenziali particolari;
 - volumi finanziari di scambio onnicomprensivi, definiti in base a volumi di prestazioni complessivamente predeterminati.

La Giunta regionale promuove gli accordi, anche intervenendo sulla loro congruità e correttezza in relazione agli indirizzi della programmazione regionale.

c. FONDI FINALIZZATI

Annualmente, la Giunta regionale provvede ad accantonare sul fondo sanitario regionale le quote corrispondenti ai finanziamenti necessari:

- al funzionamento di enti o organismi regionali costituiti ai sensi di legge e all'esercizio

Ripartizione delle risorse

- delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema;
- al finanziamento delle Aziende Ospedaliere e della Fondazione Monasterio;
- alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale;
- al finanziamento delle funzioni regionali di riferimento delle Aziende sanitarie.

C.1. Fondi destinati al funzionamento di enti o organismi regionali costituiti ai sensi di legge e all'esercizio delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema

Rientrano in questa categoria di fondi:

- il finanziamento dell'ARS, determinato in misura pari all'importo complessivamente assegnato nell'esercizio precedente eventualmente modificabile in relazione alla dinamica delle risorse e alla sostenibilità del sistema ed ai bisogni di informazione della Regione Toscana. L'ammontare del finanziamento annuo tiene conto anche dei risultati economici degli esercizi precedenti e dei programmi di attività predisposti dall'agenzia;
- il finanziamento di quota parte delle attività dell'ARPAT determinato ai sensi della l.r. 66/1995;
- il finanziamento delle attività dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) di cui all'articolo 15 comma 1, lettera a) della l.r. 74/2017 (ex ISPO). Tale fondo è quantificato per ciascun esercizio di vigenza del Piano in misura pari all'importo complessivamente assegnato nell'esercizio precedente eventualmente modificabile in relazione alla dinamica delle risorse e alla sostenibilità del sistema;
- le spese dirette della Direzione Generale: Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.

C.2. Fondi destinati al finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie e della Fondazione Gabriele Monasterio

Rientrano in questa categoria di fondi:

- fondo di sostegno all'attività di alta specializzazione delle aziende ospedaliere-universitarie e della Fondazione Monasterio . Il fondo è determinato, per ciascun anno di vigenza del Piano in 155 Meuro ed è ripartito fra aziende ospedaliere e la Fondazione Monasterio in proporzione al valore tariffario dei DRG di alta specialità (peso superiore a 2,5);
- fondo per la funzione di didattica, ricerca e diffusione dell'innovazione nelle aziende ospedaliero-universitarie e nella Fondazione Monasterio per attività gestite con risorse del servizio sanitario regionale e dell'università. Il fondo è ripartito tra le aziende ospedaliero-universitarie e la Fondazione Monasterio in proporzione a specifici indicatori basati sull'impact factor totale aziendale, elaborato nell'ambito del sistema della valutazione della performance della sanità toscana. Il fondo è

- determinato, per ciascun anno di vigenza del Piano, in 20 milioni di Euro;
- specifici finanziamenti per le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario;
- specifici fondi per l'integrazione nella rete formativa delle aziende sanitarie.

C.3. Fondi destinati alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale
Costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale o sulla base di progetti specifici, anche in funzione degli obiettivi contenuti nel presente Piano.

L'assegnazione dei fondi speciali di finanziamento destinati a progetti specifici seguirà i seguenti criteri:

- i progetti devono riguardare argomenti o settori specifici definiti;
- i progetti devono contenere in modo esplicito indicatori di risultato o, eventualmente di processo, la cui tipologia è definita sulla base di un atto di indirizzo regionale, con i quali è valutata l'esecuzione del progetto stesso
- per i finanziamenti di natura pluriennale, in mancanza di una valutazione finale o in presenza di una valutazione negativa, l'assegnatario non potrà usufruire, per l'anno successivo, di finanziamenti specifici dello stesso tipo. La valutazione del progetto e l'utilizzo delle risorse attribuite fa parte della valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende.

Per tali Fondi, la Giunta regionale può stabilire che la erogazione negli esercizi successivi al primo sia condizionata alla valutazione positiva degli obiettivi raggiunti ed alla disponibilità di una adeguata rendicontazione economica. I fondi speciali finalizzati sono definiti annualmente con legge di bilancio.

C.4. Fondi destinati al finanziamento delle funzioni regionali di riferimento delle aziende sanitarie

Costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale sulla base di progetti specifici relativi a funzioni regionali di riferimento anche in funzione degli obiettivi contenuti nel presente Piano.

Ripartizione delle risorse

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

ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI

AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
BPCO	BroncoPatie Croniche Ostruttive
CV	Copertura Vaccinale
ICT	Information Communication Technology)
MCNT	Malattie Croniche Non Trasmissibili
MMG	Medici di Medicina Generale
MPR	Vaccino per Morbillo-Rosolia-Parotite
MST	Malattie Sessualmente Trasmesse
NEET	Not Engaged in Education, Employment or Training (persone non impegnate nello studio, né nel lavoro né nella formazione)
PAI	Piani Assistenziali Individuali
PDTAS	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Sociali
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PSSIR	Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale
RT	Regione Toscana
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
SSR	Sistema Sanitario Pubblico Regionale

COLLEGAMENTI A DOCUMENTI ESTERNI

1. PROFILI DI SALUTE - SCHEDE E INDICATORI A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE DI ZONE DISTRETTO E SOCIETÀ DELLA SALUTE
<http://www.regione.toscana.it/-/profili-di-salute>



2. INTERVENTI SOCIALI PER BAMBINI E RAGAZZI IN FAMIGLIA E FUORI FAMIGLIA - IL MONITORAGGIO CON LE ZONE E SDS
<https://www.minoritoscana.it/?q=node/481>



3. I SERVIZI PER L'ACCOGLIENZA RESIDENZIALE - IL SISTEMA INFORMATIVO ASSO - ASMI
<https://www.minoritoscana.it/?q=node/216>

