

Le riforme del Sistema Sanitario e Sociale: processi e valutazione

2019



Introduzione

In questo volume saranno analizzati i processi di riforma del Sistema Sanitario e Sociale Regionale, operando nel contempo un primo tentativo di valutazione dei processi in atto. L'insieme delle politiche e dei servizi che formano il Sistema toscano di Diritti di cittadinanza è fortemente influenzato e condizionato dal contesto in continuo movimento nel quale si trova a operare.

Il quadro di contesto

Il primo elemento di contesto da tenere in considerazione è la crisi della finanza pubblica, acuita da una crisi economica di dimensione internazionale che, in un Paese come l'Italia, gravato da un pesante debito pubblico, ha colpito in modo affatto particolare.

Il tentativo di “tenere i conti in ordine” ha comportato scelte fortemente impattanti sul Sistema Sociosanitario Nazionale, imponendo una forte stretta alla spesa pubblica e una definizione delle competenze fra i vari livelli di governo che, in alcuni casi, hanno comportato un ridisegno delle responsabilità locali. Per fare un esempio, si guardi all'attribuzione ai Comuni della responsabilità diretta, per decreto, sul comparto socio-assistenziale: tale delega è stata accompagnata da un ridimensionamento del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e da una stretta sulla spesa pubblica, la quale, ingabbiata all'interno dei vincoli del Patto di Stabilità, ha finito per condizionare anche i Comuni con i bilanci in ordine e con capacità di spesa.

Ancorché spendere bene (con i conti in regola) significhi in generale spendere meglio, come dimostra il caso della Sanità, la contrazione dei finanziamenti ha portato il Sistema ad affrontare un tornante difficile da affrontare. Ci sono evidenze che dimostrano in modo chiaro come le Regioni con i conti in ordine siano anche quelle capaci di erogare le migliori prestazioni, seppure i vincoli di bilancio ormai assurti a norma costituzionale stiano mettendo a repentaglio i servizi sociali e sanitari in modo strutturale.

Il secondo elemento, non per importanza, è dato dal mutare del quadro epidemiologico delle nostre comunità, con l'accentuazione delle cronicità, che da sole assorbono gran parte della spesa sanitaria e che impattano fortemente anche su quella sociale. Affrontare le cronicità è diventato un punto essenziale dell'organizzazione sanitaria ormai in tutto il mondo occidentale. Un ulteriore aspetto, altrettanto rilevante, è dato dagli effetti negativi della crisi economica, i cui esiti si sono protratti per un lungo periodo. Sono numerose le famiglie italiane in stato di povertà, con una situazione tale da necessitare interventi strutturali di ampio respiro.

La riforma del Sistema Sanitario e Sociale

All'interno dello scenario dinamico e denso di criticità pur brevemente delineato, il Sistema Sanitario e Sociale toscano, con le riforme che si sono susseguite dal 2014 al 2018, ha vissuto



profonde trasformazioni produttrici di effetti, principalmente, su:

- fusione delle Aziende sanitarie;
- nuova perimetrazione degli ambiti territoriali e piena attivazione delle Zone Distretto;
- riordino degli enti scientifici;
- *governance* multilivello e strumenti di programmazione.

Tali innovazioni hanno orientato gli sforzi organizzativi nella direzione di garantire maggiore qualità, equità e sostenibilità degli assetti sanitari e sociali, mentre l'equilibrio di *governance* multilivello insiste marcatamente sul ruolo della programmazione di Area Vasta (luogo strategico della trasformazione dei bisogni sociosanitari in percorsi di cura adeguati e efficaci) e delle Zone Distretto (luogo della organizzazione e della gestione dei servizi sociosanitari che rappresentano il livello disaggregato di *governance* più prossimale ai territori).

Le sfide attuali

A complicare la situazione del Sistema si rileva l'avvenuta maturazione di un fenomeno evidenziato dai più attenti osservatori e addetti ai lavori ormai da alcuni anni, e cioè la carenza di professionisti sanitari, scenario che sta assumendo dimensioni preoccupanti. Medici e Infermieri scarseggiano ormai in molte strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, sottoponendo il personale in servizio a stress significativo. Sono molti i fattori che contribuiscono a questo risultato: limitandoci ai più evidenti, possiamo citare il blocco del *turnover*, ormai insostenibile, e la sotto stima del fabbisogno di alcune specializzazioni in Medicina. Verrebbe da dire che, in questo frangente, l'innovazione di maggior impatto in sanità e nel sociale sarebbe l'assunzione di personale sociosanitario.

Regione e Comuni quindi hanno agito in un ambito scosso da continui mutamenti del contesto sociale, economico e epidemiologico. Non sempre la risposta normativa di livello nazionale è stata coerente e, in qualche caso, ha semmai costituito un ostacolo, per esempio, alla indispensabile integrazione fra sociale e sanitario, della quale si parla ormai da tanti anni, ma alla quale non corrisponde sempre una produzione normativa di supporto.

La necessità di tenere in ordine i conti ha guidato la mano del legislatore nazionale, mettendo talvolta in difficoltà le Regioni e i Comuni, come nel caso della Toscana, che erano in grado di compiere quei passi in avanti sull'integrazione necessari a rispondere alle nuove necessità espresse dalle comunità locali.

Il passaggio dal Reddito di Inclusione (ReI) al Reddito di Cittadinanza (RdC) rappresenta un ulteriore elemento di stress su un sistema che si stava consolidando dopo anni di rodaggio e che deve rivedere ora profondamente le linee di intervento di contrasto alla povertà, avendo spostato il focus dalla *governance* territoriale della presa in carico sociale, a una più nazionale di stampo formativo/lavoristico. Rimanendo fermi i meriti dell'introduzione del Reddito di Cittadinanza come Livello Essenziale delle Prestazioni (LEP) e dell'adeguata copertura finanziaria, rimangono le difficoltà di far virare un Sistema complesso come quello dei Servizi





Sociali, ormai fortemente orientato verso la manovra ReI, in direzione del nuovo obiettivo, senza fra l'altro un fattivo ed esplicito coinvolgimento né delle Regioni né degli ambiti territoriali.

Per questi motivi, la normativa regionale si è talvolta dovuta muovere al limite delle proprie competenze per non disperdere il patrimonio accumulato nel corso degli anni, come nel caso della legislazione sulle Zone Distretto e Società della Salute, e ha dovuto anticipare i tempi in merito alla diminuzione delle Ausl territoriali portandole da 12 a 3.

La Regione Toscana e gli Enti Locali toscani non sono stati a guardare, ma hanno prodotto una serie di atti normativi e deliberativi, accompagnati da un profondo lavoro sul territorio, non dimenticando di coinvolgere le comunità locali, i cittadini organizzati e non, il Terzo settore, il Volontariato, le Organizzazioni di *advocacy*, il mondo ecclesiale, in breve tutte le componenti del Sistema toscano nel suo complesso.

Le pagine che seguono ne rendono conto.

Simone Naldoni
Federsanità – ANCI Toscana







Introduzione

I processi riorganizzativi del Sistema sanitario	11
Regione Toscana: R. Nocentini Anci Toscana: M. Caiolfa	
I processi riorganizzativi del Sistema di welfare	31
Regione Toscana: S. Lomi, M. La Mastra, S. Brunori, C. Corezzi, P. Tronu	
Nuove progettualità e innovazioni	51
ARS Toscana: A. Berti, F. Collini, V. Di Fabrizio, S. Forni, F. Ierardi, F. Innocenti, F. Profili, M. Puglia, C. Silvestri Regione Toscana: L. Baggiani, L. Bani, S. Biagi, S. Lomi, S. Brunori, C. Tocchini, E. Mosconi, P. Morelli, D. Volpi, V. Doretti	
Gli effetti sulla salute e il ricorso ai servizi dei toscani	73
Il Servizio Sanitario Regionale si preoccupa di mantenermi in salute?	74
ARS Toscana: C. Silvestri	
Se ho un problema di salute acuto, sono curato nel modo migliore possibile?	82
ARS Toscana: V. Di Fabrizio, C. Szasz	
Se ho un problema di salute cronico, sono adeguatamente preso in carico?	89
ARS Toscana: P. Francesconi	
Se scopro di avere un tumore, ricevo cure tempestive, efficaci e appropriate?	97
ARS Toscana: L. Bachini, F. Gemmi	
Se ho un figlio, sono aiutato nelle scelte genitoriali?	108
Regione Toscana: L. Baggiani Centro regionale Infanzia e Adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): R. Ricciotti	
Io, donna che ha subito una violenza, a chi mi posso rivolgermi? In chi posso trovare un sostegno?	113
Regione Toscana: S. Lomi, S. Brunori Anci Toscana: M. Faraoni, L. Caterino	
Sono un bambino arrivato da solo da un altro paese. Mi sento protetto, rispettato e aiutato a diventare autonomo?	118
Regione Toscana: L. Baggiani Centro regionale Infanzia e Adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): R. Ricciotti	
Se la mia famiglia si trova in una condizione di difficoltà economica e di disagio, su quale rete di supporto può contare?	123
Regione Toscana: S. Lomi, C. Tocchini, B. Cigolotti Anci Toscana: L. Caterino, M. Faraoni	



Mi sento trattato in modo sicuro, con rispetto e dignità dal personale sanitario?	128
Scuola Superiore Sant'Anna: M. Bonciani, S. De Rosis	
In futuro potrò ancora fare affidamento su un Sistema Sanitario pubblico che utilizza in modo appropriato le risorse a disposizione?	134
ARS Toscana: G. Galletti	
Io, operatore, sono motivato a lavorare nel Servizio Sanitario toscano?	139
Scuola Superiore Sant'Anna: N. Bellé, M. Vainieri	

I processi riorganizzativi del Sistema Sanitario



Finalità normative e operative della riforma del Sistema Sanitario Regionale

Delineare un quadro organico dei processi attuativi della Riforma del Sistema Sanitario Regionale richiede prima di focalizzare le finalità normative e operative, per poi successivamente descrivere come siano state realizzate attraverso atti funzionali e dispositivi di integrazione. Potremmo affermare che la finalità generale della legge regionale 84/2015 “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005” sia la semplificazione e l’efficientamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR) tramite la riduzione della frammentazione, l’uniformità e omogeneità organizzativa in contesti più ampi rispetto ai precedenti, la sinergia tra Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) e Aziende unità sanitarie locali (Ausl) con la programmazione integrata, la valorizzazione del territorio, la realizzazione di economie di scala sui diversi processi, l’integrazione della rete ospedaliera su contesti più ampi e la diffusione omogenea delle migliori pratiche all’interno del sistema, nonché un ulteriore contenimento della spesa. La scomposizione per punti di tale complessa finalità prevista dalla norma prevede:

- accorpamento delle 12 Ausl in 3 Ausl, una per ciascuna Area Vasta (AV):
con riforma del SSR le Ausl sono passate da 12 a 3, riducendo i centri decisionali, e comportando da un lato la possibilità di rendere più snelle e lungimiranti le decisioni strategiche, dall’altro la necessità di ripensare i collegamenti interni sui quali si sorreggeva il sistema. Portare le Ausl a 3 richiede il potenziamento del coordinamento orizzontale con il coinvolgimento di tutti gli enti e soggetti portatori di interessi.
- Rafforzamento della programmazione di AV:
 - la necessità di garantire una maggiore sinergia tra le Ausl e le AOU, con il rafforzamento della programmazione integrata di AV, riconosciuto come ambito istituzionalmente adeguato per la capacità di coordinamento tra aziende con “mission” diversa che concorrono alla costruzione dell’offerta complessiva.
 - I dipartimenti interaziendali di AV sono lo strumento di supporto alla programmazione di AV, anche per potenziare le sinergie fra Ausl e AOU.
- Potenziamento dell’organizzazione del territorio:
 - la revisione degli assetti e dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari per rispondere alla crescita dei bisogni assistenziali legati alla cronicità, che assorbe oltre l’80% del fondo sanitario e impatta sullo sviluppo economico e il benessere della comunità regionale.
 - L’organizzazione territoriale e il processo di *governance* multilivello sono resi più efficaci dalla ridefinizione complessiva delle funzioni della Zona Distretto (ZD), del responsabile di ZD e del sistema delle conferenze, anche al fine di ottimizzare le risposte territoriali dell’integrazione sociosanitaria.

Finalità normative e operative della riforma del SSR

- La revisione in termini di estensione della ZD, al fine di definire l'ambito ottimale di lettura dei bisogni e di identificazione delle priorità di salute, attraverso solidi meccanismi di raccordo istituzionale e l'organizzazione di un sistema di cure primarie orientato alla comunità, capace di assicurare la necessaria integrazione col livello specialistico attraverso la logica delle reti cliniche e sociosanitarie territoriali.
- Revisione dei processi di *governance*:
 - il nuovo assetto organizzativo delle Ausl prevede l'individuazione del dipartimento, quale strumento organizzativo ordinario di gestione delle medesime aziende e, per garantire l'omogeneità delle Ausl sull'intero territorio regionale, individua le differenti tipologie di dipartimenti, territoriali e ospedalieri, e le specifiche funzioni e competenze.
 - Il dipartimento di prevenzione, continuando a assicurare la tutela della salute collettiva, tenuto conto delle nuove dimensioni territoriali aziendali, è strutturato in unità funzionali operanti a livello aziendale o di ZD.
 - La nuova organizzazione del presidio ospedaliero è definita alla luce dell'istituzione dell'organizzazione dipartimentale, per perseguire maggiore efficienza tecnica e gestionale e uniformare specifiche linee di produzione, attraverso una gestione più ampia e flessibile, nella quale le risorse sono messe in comune (posti letto, sale operatorie, ambulatori, strutture).
 - La necessità di istituire la nuova figura del Direttore della rete ospedaliera, con funzioni di presidio del funzionamento in rete degli ospedali, per garantire unitarietà di gestione e omogeneità di approccio, nonché supporto alla direzione sanitaria aziendale nella pianificazione di lungo termine e nella programmazione della rete ospedaliera.

La legge di riforma ha anche potenziato e sviluppato il ruolo delle ZD come livello di organizzazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari, in una logica di bilanciamento rispetto alle 3 nuove Ausl. Le ZD, per funzionare e erogare i servizi in maniera efficace e efficiente, devono avere dimensioni adeguate a mettere insieme le risorse umane, economiche e strumentali. In questa direzione il Consiglio regionale ha approvato le "Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle Zone Distretto" (l.r. 11/2017). L'iter della legge, pur complesso e comprensivo di molti passaggi concertativi e di confronto, ha definito 3 aspetti:

- la dimensione adeguata delle ZD, riducendole da 34 a 26;
- l'inserimento di elementi di maggiore autonomia e miglior funzionamento delle ZD;
- la scelta di campo verso il modello della Società della Salute (SdS) a gestione diretta.

Oltre alle finalità normative appena descritte, la Riforma comporta anche finalità operative relative alle modalità di lavoro dei professionisti e degli operatori che trovano riscontro negli atti di programmazione a partire dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012-2015 e 2018-2018 (quest'ultimo in via di deliberazione in Consiglio regionale), che si

possono riassumere in due aspetti: interdisciplinarietà e allargamento dei confini, centralità del paziente (*responsiveness*).

Per garantire interdisciplinarietà è necessario affrontare i problemi con gruppi multiprofessionali che lavorino in un'ottica di complementarità e individuare persone disposte a mettere le loro capacità al servizio del SSR, ognuno con le proprie responsabilità, ma tutti assieme per il paziente. La centralità dei pazienti va interpretata verso il *patient engagement*, cioè il loro coinvolgimento nel percorso di cura. Si tratta di un'alleanza in cui il paziente è coprotagonista, un gioco di squadra nel quale il valore si crea orientando l'agire clinico verso una rete in cui si muovono medico e paziente.

Tali finalità operative richiedono, in un contesto di risposte frammentate, la creazione di reti cliniche strutturate. Ad esempio, nel percorso della cronicità questo si realizza con un rapporto strutturato tra cure primarie, medici di medicina generale e infermieri di comunità. Inoltre, nei percorsi di cura si parla ormai di seguire le 5 P: prossimità, proattività, prevenzione, personalizzazione, partecipazione.

Questo approccio integrato ha come obiettivo l'appropriatezza, la sostenibilità economica nel medio periodo e l'equità delle risposte, necessaria a ridurre le disuguaglianze di salute legate all'accesso alle cure. La sfida del SSR è quella di rispondere all'aumento della domanda di assistenza integrando maggiormente sanitario e sociale in un contesto di riduzione delle risorse.

Governance e reti assistenziali

Un importante paradigma che ha visto mutare l'approccio di fondo verso la Pubblica Amministrazione e il Sistema sanitario è quello del *new public management*, volto a portare nel sistema pubblico le modalità di gestione del privato, puntando su maggiore professionalizzazione manageriale, obiettivi e valutazione delle performance. L'altro paradigma alternativo e complementare, orientato alla tenuta del sistema piuttosto che alla semplice efficienza, è quello della *governance*, in cui le decisioni non vengono prese solo in base alle competenze formali, ma sono il risultato di una negoziazione continua tra diversi attori. Il meccanismo di governo valorizza la negoziazione, gli accordi, la flessibilità al cambiamento, l'interazione e il coinvolgimento dal basso dei portatori di interessi e di diritti. Muoversi nel campo della *governance* significa entrare in processi negoziali, capire gli interlocutori e riconfigurare il proprio posizionamento strategico nella rete. La *governance* è una modalità di governo efficace quando l'organizzazione si configura come una rete e quindi non ha dei confini dati tra interno e esterno. Il modello segue in maniera dinamica il flusso del territorio, il divenire della comunità in un contesto complesso e negoziale.

Organizzare un sistema di reti nel SSR significa descrivere e concordare i contenuti e le attività dei percorsi assistenziali. La rete richiede una modalità di lavoro in team multidisciplinari e multiprofessionali, coordinati in un sistema per garantire più equità degli accessi, continuità delle cure, presa in carico del paziente cronico, relazioni sia strutturate che informali, innovazione dei percorsi assistenziali, integrazione con il budget. Tale sistema è utile per rispondere alla complessità e creare valore, ma deve conoscere i propri nodi e coordinare la loro interdipendenza. I principi che ne stanno alla base sono collaborazione, condivisione, coinvolgimento (*commitment, engagement, ecc.*), informazioni distribuite e accessibili, comunicazione tra i nodi, trasparenza con i pazienti. Per funzionare non basta il funzionamento dei singoli nodi, ma è necessaria una visione complessiva e unitaria, una *mission* per ogni nodo, una strategia e un'organizzazione coerente con essa, la comunicazione delle condizioni, modalità di attuazione e criticità previste.

Anche le normative che disciplinano la programmazione zonale fanno riferimento alle reti. La "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" (art. 21, l.r. 40/2005) sul Piano integrato di salute prevede che siano definite le reti di servizi e siano promosse reti cliniche integrate e strutturate. Anche sul versante sociale il "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" (art. 29, l.r. 41/2005) descrive la funzione del Piano di inclusione zonale, richiamando le attività da perseguire con la rete dei servizi e la presa in carico da parte della rete assistenziale.

Sul territorio è necessario che le strutture e i servizi facciano rete, organizzandosi per livello di intensità assistenziale, per rispondere alle problematiche legate alla cronicità, alle situazioni di fragilità e di complessità sociale. Dal punto di vista organizzativo delle Ausl, la rete si traduce anche nel collegare in maniera strutturata e permanente il nucleo operativo (ZD e dipartimenti) con il vertice (direzione generale). Assumono particolare

rilevanza i direttori zonal, che oltre a collegare il vertice aziendale con i servizi e i processi assistenziali operativi, coordinano in maniera matriciale l'integrazione con i dipartimenti nella definizione e costruzione dei percorsi, oltre a partecipare alla *governance* istituzionale con il confronto continuo con le amministrazioni locali.

Della rete sanitaria e sociale fanno parte anche i Comuni, titolari della funzione di progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali e erogazione delle relative prestazioni ai cittadini (art. 11, l.r. 41/2005). È specificato che essi svolgono, per obbligo o per scelta, detto compito mediante l'esercizio associato delle funzioni, servizi e attività. I vantaggi dell'esercizio associato dei servizi sono:

- economie di scala, meno costi di funzionamento e più risorse per i servizi;
- economie di specializzazione e di scopo, nuovi percorsi di crescita, approfondimento o sviluppo di competenze;
- riallineamento dei confini istituzionali con quelli delle comunità reali dove si svolge effettivamente la vita delle persone;
- più peso e visibilità nelle decisioni, la frammentazione istituzionale, infatti, comporta un potere decisionale estremamente ridotto;
- possibilità di attrarre più investimenti, un singolo comune ha, infatti, meno probabilità di ottenere risorse comunitarie e partecipare a bandi di finanziamento;
- più facilità nell'erogare servizi innovativi.

La programmazione sanitaria e sociale e i dispositivi di integrazione

Il PSSIR 2018-2020 (d.g.r.t. 22/2019) in corso di approvazione in Consiglio regionale supera definitivamente la differenziazione in *setting* nel sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria regionale. Non si parla più di ambiti distinti (prevenzione, ospedale, territorio), ma si introduce una visione di sistema, definendo gli obiettivi di interesse prevalente attraverso obiettivi strategici (*driver*) e la popolazione di riferimento cui sono rivolti (*target*). La visione è trasversale e incentrata sulla definizione e valorizzazione di percorsi diagnostico terapeutici integrati anche dalla componente socio-assistenziale. Si passa da PDTA a PDTAS, dove la “S” del sociale si ritrova nella descrizione di azioni e interazioni suggerite nei diversi argomenti.

Come descritto nel PSSIR 2018-2020, in Toscana la *governance* istituzionale si articola in un sistema di conferenze dei sindaci, dal livello di ZD (Conferenza zonale e integrata con il Direttore generale della Ausl, o Assemblea dei soci della SdS) al livello della Ausl (Conferenza aziendale) fino al livello regionale (Conferenza regionale dei sindaci). La funzione principale di tali conferenze è formulare e/o approvare gli atti fondamentali di programmazione per il livello di propria competenza, traducendo le finalità istituzionali dei Comuni in obiettivi e azioni concrete.

In seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, la titolarità delle funzioni amministrative ha subito una stratificazione lungo l'asse verticale dei livelli di governo statale, regionale, comunale. Le competenze dell'assistenza sanitaria sono articolate nel livello statale, dove si determinano i livelli di assistenza, e regionale, dove si programmano, organizzano e realizzano i servizi sanitari. Per l'assistenza sociale esiste un livello statale, che determina i livelli di assistenza, regionale, che programma e organizza i servizi sociali, e comunale, che realizza servizi, attività e prestazioni. La programmazione è il momento della ricomposizione nel quale convergono la titolarità della funzione regionale di assistenza sanitaria e comunale di assistenza sociale. Nei territori, in particolare, la programmazione di ZD/SdS si attua con i Piani integrati di salute (PIS) e i Piani di inclusione zonale (PIZ), concretizzati annualmente nella Programmazione operativa annuale (POA). Questi strumenti integrano le finalità degli Enti locali e delle Ausl, le funzioni sociali e sociosanitarie e le relative risorse comunali, aziendali o di altri fondi pubblici o privati. Con questa programmazione sono definiti l'organizzazione e gli standard dei servizi (volumi, sedi di erogazione delle prestazioni) in base ai bisogni e nei limiti delle risorse disponibili, in collaborazione con i Dipartimenti aziendali che hanno la responsabilità della qualità tecnico-professionale e operativa. Le funzioni di programmazione e gestione, attuate dal Direttore zonale, sono collegate con i livelli superiori di programmazione di Ausl, AV (integrato con le AOU) e con il PSSIR. Recentemente, con la l.r. 40/2018, è stata superata la figura del Direttore della programmazione di AV e la Regione, tramite il Direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, garantisce e sovrintende all'attuazione della programmazione strategica regionale con la programmazione di AV e i

relativi piani di AV, che armonizzano e integrano la programmazione della Ausl e delle AOU sulla base degli obiettivi regionali.

È necessario integrare la programmazione regionale nei suoi vari livelli, in particolare la programmazione di AV con quelle zonali tramite i PAL (Piano Attuativo Locale) e i PAO (Piano Attuativo Ospedaliero), con appositi dispositivi di integrazione capaci di attivare forze generative riconducibili a un'unica logica di azione del SSR.

La riforma della normativa regionale operata tra il 2014 e il 2015 ha definito con chiarezza i livelli regionali di gestione del Sistema sanitario e sociale, e ha allineato gli organismi della *governance* istituzionale. A ciascun livello corrisponde un insieme di strumenti di programmazione che integrano, tra i propri obiettivi pluriennali, i programmi regionali secondo la declinazione operativa più adeguata, efficace e sostenibile. I competenti organismi decisionali della *governance* istituzionale (Conferenze aziendali o Conferenza zonali/assemblea dei soci SdS) e le strutture direzionali e professionali, esprimono le proprie prerogative di indirizzo e di elaborazione cercando la migliore complementarietà tra le azioni programmate di rilievo regionale e gli obiettivi e le azioni programmate a livello di AV/Ausl/ZD. Per realizzare un'efficace *governance* regionale è necessario collegare territori e Ausl/AOU con la programmazione di AV, così da rendere cooperativi e coordinati gli obiettivi in relazione agli indirizzi regionali.

Sono previsti, come strumento di integrazione tra SdS/ZD e Ausl, gli Uffici di piano zonali (art. 64.2 comma 5, l.r. 40/2005; art. 29 comma 7 e art. 35 comma 3, l.r. 41/2005) che, coordinati a livello aziendale, supportano le conferenze dei sindaci (art.12 comma 7, l.r. 40/2005) nella predisposizione del PAL e, per quanto riguarda gli aspetti economici, il documento di riclassificazione delle risorse per le ZD collegato agli strumenti di programmazione zonale e aziendale (art.120 comma 5 e 5 bis, l.r. 40/2005). La d.g.r.t. 269/2019 sulla programmazione prevede di dare attuazione omogenea a questi due importanti dispositivi di integrazione: l'ufficio di piano e il budget di zona.

L'ufficio di piano si configura come un incubatore, che va oltre gli aspetti meramente amministrativi. La programmazione non deve essere un semplice adempimento burocratico, ma una modalità di lavoro strutturata e stabile che aiuti a definire meglio gli obiettivi e le attività, condividendo priorità e responsabilità. Strutturare l'ufficio di piano è necessario non solo per il buon funzionamento della programmazione delle ZD, ma anche per migliorare la programmazione delle Ausl, che potranno organizzare i PAL con il coordinamento degli uffici di piano. Tale miglioramento di conseguenza riguarda anche le AOU, in un'ottica di programmazione di AV. Gli uffici di piano vanno coordinati a livello di Ausl, supportando le conferenze aziendali dei sindaci (art. 12 comma 7, l.r. 40/2005) nella predisposizione del PAL, perchè i livelli di programmazione sono tra loro molto legati, come previsto dall'art. 22 della l.r. 40/2005, che dispone che "Il piano attuativo si realizza con riferimento alle attività sanitarie, sociosanitarie territoriali e sociosanitarie integrate attraverso piani annuali di attività, che tengono conto dei contenuti del PIS, e in particolare: a) attraverso il programma operativo annuale delle cure primarie, articolato per Zona Distretto [...]; b) attraverso l'atto per l'integrazione sociosanitaria, articolato per Zona Distretto [...]"

La programmazione sanitaria e sociale e i dispositivi di integrazione

Per la creazione di un linguaggio comune delle risorse economiche è necessario rappresentare i significati comuni con una scheda di budget di zona condivisa e omogenea, che riporti le risorse del SSR che Ausl e Regione impegnano a vario titolo sul livello zonale. La scheda di budget utilizza il linguaggio della programmazione definito nelle “Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale” (d.g.r.t. 573/2017) e già concretizzato nella compilazione del POA 2018. La scheda di budget zonale nelle Ausl coincide con il documento di riclassificazione delle risorse impiegate a livello di zona di cui all’art. 120, comma 5 della l.r. 40/2005. Una modalità condivisa di rappresentazione del budget zonale tra le Ausl permette una migliore comunicazione di sistema con la Regione e con le stesse ZD/SdS e una completa coerenza tra PAL delle Ausl e PIS delle ZD, come previsto dall’art. 22 della l.r. 40/2005.

Il nuovo modello di governance aziendale e delle reti territoriali

La strutturazione in 3 Ausl e in 4 AOU, derivante dalla l.r. 84/2015, prevede una configurazione organizzativa che esprima anche un livello di *governance* efficace e di qualità, rappresentato a livello organizzativo-funzionale dall'organizzazione dipartimentale (d.g.r.t. 441/2016).

Per promuovere relazioni strutturate tra la rete ospedaliera (attraverso le direzioni di presidio, che sono in grado di armonizzare e integrare, a livello di singolo stabilimento ospedaliero, le linee professionali afferenti ai singoli dipartimenti) e le ZD (anche in relazione all'effettiva realizzazione della continuità ospedale-territorio e per il governo unitario dell'offerta di prestazioni specialistiche rispetto al bisogno dei bacini di utenza) è stato definito il nuovo modello di *governance* aziendale (d.g.r.t. 1280/2018) e il relativo riassetto organizzativo focalizzato sulle figure del Direttore di dipartimento, Direttore di ZD/SdS e Direttore di presidio ospedaliero. Il riassetto organizzativo si sviluppa nei seguenti ambiti di intervento e secondo le seguenti direttive:

- Modello organizzativo dipartimentale: superare le criticità nell'organizzazione di risorse trasversali e nella programmazione operativa con una rinnovata concezione del Dipartimento clinico assistenziale quale centro di governo dei processi clinici, in ragione di un rafforzamento delle funzioni gestionali del Direttore di Dipartimento, nei limiti della delega ricevuta e nel rispetto delle norme vigenti in materia di responsabilità dirigenziale, nonché di un maggiore avalimento, da parte del Direttore medesimo, dei responsabili delle singole unità organizzative.
- Direzione di presidio ospedaliero: potenziarne compiti e funzioni di governo in relazione agli obiettivi specifici di presidio e secondo le indicazioni regionali e aziendali.
- Direzione di ZD/SdS: assicurare, in collaborazione con i servizi zonal e aziendali dedicati, compiti e funzioni di governo, con particolare attenzione all'appropriatezza, riguardo obiettivi specifici negoziati con i responsabili delle unità funzionali zonal e con i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali.

L'articolo 50 della l.r. 40/2005, in materia di Statuto aziendale e regolamenti interni, prevede che gli stessi rispettino le direttive impartite dalla Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente, quindi la d.g.r.t. 1280/2018 deve essere recepita nello Statuto e nei regolamenti interni di ciascuna Ausl. Inoltre, è precisato che con successiva delibera verrà declinata la *Governance* delle reti territoriali con riferimento al ruolo delle ZD/SdS e alla matrice organizzativa ZD/dipartimenti. Quindi, la delibera 1280/2018 sulla *governance* aziendale e la successiva 269/2019 sulla *governance* delle reti territoriali vanno lette in maniera complementare laddove la seconda presuppone la prima e ne amplia l'oggetto agli altri ambiti di azione, prevedendo uno schema logico di integrazione tra dipartimenti e ZD attraverso una apposita matrice organizzativa centrata sui livelli di integrazione richiesti alle ZD/SdS con i servizi della sanità territoriale e sociosanitari, con l'ospedale per la continuità ospedale-territorio, con gli Enti locali per la parte socio-assistenziale.

Il nuovo modello di governance aziendale e delle reti territoriali

La d.g.r.t. 269/2019 descrive una matrice organizzativa standardizzata per le Ausl, capace di individuare le responsabilità (gerarchiche, funzionali e di percorso) e la modalità di costruzione del budget, nell'assegnazione delle risorse (umane, finanziarie e strumentali).

È indubbio che i dipartimenti rappresentino la casa professionale di riferimento e che i professionisti ad essi afferenti non debbano essere attribuiti funzionalmente alla ZD/SdS, per non rischiare di esserne esclusi e quindi privati della possibilità di crescita professionale. Tuttavia, se la ZD/SdS, sapendo leggere i bisogni della popolazione e potendo coordinare, integrare e armonizzare le risorse sanitarie e sociali necessarie ai PDTAS, deve essere realmente il livello elementare per contestualizzare e operativizzare sul territorio gli indirizzi e le azioni previste dai livelli sovraordinati di programmazione, allora la responsabilità del percorso assistenziale deve essere saldamente in capo al Direttore di ZD/SdS, che ne risponderà direttamente ai vari soggetti (Regione, Ausl, Comune) per la quota parte di risorse che gli stessi renderanno disponibili. La ZD/SdS attraverso la programmazione, supportata dall'Ufficio di piano e altri professionisti, produce, a partire dai bisogni socio-assistenziali del territorio, PDTAS specifici e dimensionati ai volumi previsti. Questo meccanismo consente, indipendentemente dal trasferimento diretto delle risorse, di gestire, con la matrice organizzativa dipartimenti/ZD, il percorso assistenziale. L'integrazione zonale dei percorsi con il supporto dei singoli dipartimenti richiede di superare un approccio dominato da isomorfismo organizzativo, rendere strutturali le posizioni integrative e trasversali, costruire meccanismi e culture per la convivenza delle nuove responsabilità con quelle tradizionali, considerare le nuove dimensioni come occasioni di ripensamento sulle funzioni amministrative, rafforzare le condizioni organizzative per l'esercizio delle responsabilità, intervenire sulle capacità e gli orientamenti delle persone, modificare il quadro di riferimento verso un *management* professionale e delle reti.

Per la definizione dei compiti nella matrice organizzativa tra ZD e Dipartimento, le Aziende devono convergere verso un modello che allinei le responsabilità dei dipartimenti (ad es. standardizzazione dell'offerta, formazione, qualità professionale) a quelle delle ZD/SdS (responsabilità del percorso, operatività dei servizi), concretizzato in un accordo negoziato tra Direzione aziendale/Direttori di Dipartimento e Direttore di ZD/SdS. Il percorso consiste e si integra non solo in servizi, ma anche in rapporti con cittadini e istituzioni. Da un punto di vista organizzativo i direttori di ZD/SdS garantiscono alla direzione strategica aziendale l'operatività dei servizi e dei processi assistenziali attraverso le Unità Funzionali e coordinano in maniera matriciale l'integrazione con i dipartimenti, nel rispetto degli obiettivi di gestione e di salute definiti per il livello zonale con la Direzione aziendale.

In sintesi nella matrice organizzativa:

- si attribuisce al Direttore di ZD/SdS la responsabilità del cosa fare e al Direttore di Dipartimento la responsabilità di come farlo;
- la responsabilità dei percorsi assistenziali/PDTAS è della ZD/SdS, mentre la dipendenza gerarchica delle risorse professionali dei dipartimenti, con riferimento alla proprie unità funzionali;

Il nuovo modello di governance aziendale e delle reti territoriali

- la definizione e costruzione dei percorsi assistenziali/PDTAS richiede una negoziazione tra Direttore di ZD/SdS e Direttori di Dipartimento, con riferimento alle proprie unità funzionali;
- gli accordi sono la modalità con cui si formalizzano responsabilità e risorse nel percorso assistenziale/PDTAS;
- il budget del percorso assistenziale/PDTAS comprende le risorse previste negli accordi, integrate con altre eventuali fonti di finanziamento, a partire da quelle comunali.

La matrice ZD/Dipartimento porterà miglioramenti solo se accompagnata da adeguati strumenti operativi e supportata da un mutato approccio culturale, incentrato su confronto, collaborazione, condivisione di obiettivi, analisi e valutazione dei risultati.

La programmazione di Area Vasta e le reti cliniche regionali

A seguito della riforma del SSR si sono succedute alcune delibere volte a declinare un modello regionale di azione sulle reti cliniche, in un quadro articolato e complesso che ha il proprio snodo nel rapporto tra gli strumenti di *governance* delle reti cliniche (d.g.r.t. 958/2018, “Linee di indirizzo per le reti cliniche regionali”) e la programmazione di AV (d.g.r.t. 391/2016, “Linee di indirizzo per la programmazione di Area Vasta e costituzione dei Dipartimenti interaziendali”). Per avere una rappresentazione completa del lavoro sulle reti in Toscana, però, va fatto riferimento anche ad altre delibere. Le “Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e del d.m. n. 70 del 2 aprile 2015” (d.g.r.t. 145/2016) si basano su quanto previsto dal d.m. 70/2015, secondo cui ogni Regione deve ridurre i posti letto fino a 3,7 per 1.000 abitanti. La Toscana, nonostante avesse già una dotazione di 3,3 posti letto per 1.000 abitanti, ha ritenuto di procedere a una riorganizzazione della rete ospedaliera per migliorare l’appropriatezza, con la realizzazione di reti cliniche integrate, la revisione dei bacini di utenza, la redistribuzione delle risorse tenendo conto di volumi e esiti delle cure. La successiva “Approvazione costituzione della Rete Regionale Codice Rosa per gli interventi a favore di persone adulte e minori vittime di violenze e/o abusi” (d.g.r.t. 1260/2016) si riferisce alla costituzione della Rete regionale Codice Rosa per offrire alle persone vittime di violenze e abusi un aiuto pronto, tempestivo, articolato e complesso, attraverso la sinergia tra ospedali e servizi territoriali, assicurando, fin dalla fase dell’emergenza, supporto sanitario, sociale e psicologico. L’atto “Reti cliniche tempo dipendenti di cui al d.m. 70/2015. Approvazione linee di indirizzo per la realizzazione delle reti regionali” (d.g.r.t. 1378/2016) muove i propri passi dal tavolo tecnico nazionale sulla realizzazione delle reti cliniche organizzato. Inoltre, con un proprio gruppo, la Toscana ha definito gli assetti delle reti cliniche regionali, in particolare gli aspetti del modello relativi alla configurazione organizzativa e al sistema di governo e di relazioni, attraverso 3 documenti: “Il modello organizzativo delle Reti cliniche”, “Il percorso clinico assistenziale”, “Fattori chiave per il funzionamento delle reti cliniche tempo dipendenti”. Il successivo atto “Reti cliniche tempo dipendenti di cui al d.m. 70/2015. Approvazione documenti di programmazione delle reti regionali” (d.g.r.t. 1380/2016) programma le reti per le 3 patologie tempo dipendenti: ictus, emergenze cardiologiche, trauma maggiore. Infine, arriviamo alle “Linee di indirizzo per le reti cliniche regionali” (d.g.r.t. 958/2018), con le quali è aggiornato il modello per le reti tempo dipendenti e definito un *framework* concettuale unico per tutte le reti cliniche regionali. La delibera vuole definire responsabilità gestionali chiare e regolamentare le relazioni strutturate interne alle reti, per superare quelle attuali informali, sviluppando nel SSR una “rete di reti” che supporti la realizzazione di processi di cura integrati a livello regionale. Inoltre, è individuato come ambito adeguato per la realizzazione e ottimizzazione delle reti cliniche quello regionale e quello delle sotto-reti di AV. Di particolare interesse in quest’ultima delibera è un capitolo del documento allegato su gli “Strumenti per la *governance* delle reti cliniche” che definisce:

- Ciclo di pianificazione strategica. Le reti cliniche contribuiscono alla pianificazione strategica regionale collaborando all'individuazione di priorità e risultati attesi, assicurando che tutti i soggetti coinvolti siano allineati nelle azioni per raggiungere obiettivi comuni. Ogni rete clinica adotta un proprio ciclo di pianificazione strategica triennale, in linea con quanto identificato a livello regionale.
- Il piano di rete. Identifica gli obiettivi strategici per lo sviluppo e il corretto funzionamento della rete clinica, tra cui le competenze e le risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi. Il piano è approvato dalla Direzione regionale competente, sentito il Direttore generale delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR.
- Piano di lavoro annuale. Traduce gli obiettivi e le priorità identificate nel piano strategico della rete in azioni specifiche da realizzare nel periodo di riferimento. Contiene l'elenco dei servizi che fanno parte della rete.
- Relazione annuale. Fornisce ai membri della rete, alla Direzione regionale competente e alle Direzioni aziendali, i dati di attività, i risultati raggiunti, le criticità rilevate e le azioni di miglioramento previste.
- Report semestrale. Contiene un riassunto sintetico sull'avanzamento dei lavori, per poter apportare eventuali azioni correttive.

Gli obiettivi regionali relativi alle reti trovano nell'AV, e nei suoi atti di programmazione, l'ambito di riferimento per definire gli obiettivi da raggiungere in termini di standard gestionali e di servizio. In tal senso è utile ricordare quanto prevede l'art. 23 bis della l.r. 40/2005 rubricato "Piani di Area Vasta", inserito dalla l.r. di riforma 84/2015 e modificato dalla l.r. 40/2018 nella parte che supera il Direttore della programmazione di AV, verso una nuova centralità regionale, attraverso il Direttore della Direzione regionale competente in materia di diritto alla salute. Il piano di AV:

- è lo strumento con cui si armonizzano e integrano, su obiettivi unitari di salute e in coerenza con la programmazione regionale, i livelli di programmazione della Ausl e della AOU;
- coordina l'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, definiti attraverso i Dipartimenti interaziendali di AV, garantendo l'appropriatezza degli interventi e tenendo conto di eventuali zone disagiate e montane;
- è proposto, in conformità con il PISSR, dal Direttore della Direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, coadiuvato dal comitato tecnico, previa intesa con la conferenza aziendale dei sindaci e il Rettore dell'Università per quanto di competenza;
- è approvato con deliberazione della Giunta regionale, previa acquisizione del parere della competente commissione consiliare, che si esprime entro 40 giorni dal ricevimento;
- ha durata analoga al PISSR ed è aggiornato annualmente.

L'AV è quindi il luogo di concertazione strategica tra AOU e Ausl che, seppure con *mission* diversa, concorrono alla costruzione dell'offerta complessiva, in rapporto dialettico costante

La programmazione di Area vasta e le reti cliniche regionali

con la Regione, in particolare dopo la l.r. 40/2018, che riporta in assessorato la regia della programmazione di AV.

Proprio a partire da quanto prevede la normativa sulla programmazione di area e quanto deliberato sulle reti cliniche e nello specifico sugli strumenti di *governance* previsti al cap. 6 della d.g.r.t. 958/2018 “Linee di indirizzo per le reti cliniche regionali”, si può individuare il collegamento con le modalità attuative della programmazione di AV previste nella d.g.r.t. 391/2016 “linee di indirizzo per la programmazione di Area Vasta e costruzione dei dipartimenti interaziendali”. Lo strumento organizzativo per il coordinamento della programmazione di AV è il Dipartimento Interaziendale di Area Vasta (DIAV), che ha carattere tecnico-professionale. I DIAV individuati, in base al concetto di percorso assistenziale e tenuto conto delle reti cliniche già attive, sono: Emergenza Urgenza e reti tempo dipendenti, Percorso cronicità e continuità assistenziale, Percorsi assistenziali medici, Percorsi assistenziali chirurgici, Materno-infantile, Percorso della malattia oncologica, Medicina diagnostica di laboratorio, Medicina diagnostica per immagini. I criteri che hanno guidato la scelta del singolo DIAV e che lo caratterizzano sono:

- il livello organizzativo professionale in cui si ricompongono i saperi, le competenze multiprofessionali e multidisciplinari, per definire e riorganizzare i processi assistenziali, terapeutici, organizzativi, standardizzando i processi e riducendo la variabilità, per garantire economicità del sistema ed equità di accesso;
- l'operatività in qualità di laboratorio complesso e dinamico, in cui si svolge un monitoraggio continuo, con una manutenzione e un aggiornamento dei PDTA e delle reti cliniche del sistema assistenziale dell'AV, che coinvolge le strutture del SSR e le Università per conseguire risultati integrati tra didattica, formazione e assistenza;
- il luogo in cui si definiscono le forme di governo clinico in nodi e in punti di interfaccia che caratterizzano il percorso assistenziale dall'ospedale al domicilio, passando per il territorio e le cure intermedie, e si definiscono indicatori di processo, puntuali e dinamici, dei percorsi implementati;
- il luogo di comunicazione e interconnessione tra l'organizzazione dipartimentale ospedaliera della Ausl, la ZD e i Dipartimenti assistenziali integrati delle AOU, per una programmazione sociosanitaria integrata di AV.

Lo sviluppo degli strumenti territoriali per l'integrazione sistemica

I primi ragionamenti sulle SdS risalgono al Piano Sanitario Regionale 2002-2004, in cui si adottava il concetto di salute sviluppato in ambito internazionale: “La politica per la salute è organica alle strategie sociali, economiche e ambientali della Regione e quindi si sviluppa nelle politiche economiche, occupazionali, di uso del territorio, dell’istruzione, della formazione professionale e dell’agricoltura. Il raggiungimento completo degli obiettivi del Piano sanitario regionale sarà possibile se si svilupperanno efficaci politiche integrate sia a livello regionale che a livello locale. [...] Si conferma così un’impostazione di programmazione, che intende sottolineare il ruolo complessivo di governo nello sviluppo di una politica per la salute non affidata esclusivamente al Sistema sanitario. Appare questa la sfida posta al livello regionale dai processi di decentramento istituzionale in atto; il federalismo regionale rischia infatti di essere del tutto inefficace se si limita a trasferire le competenze di governo della sanità, mantenendone, al tempo stesso, il carattere di “separatezza” dalle complessive scelte di sviluppo regionali.” Nel PSR 2002-2004 si rafforzava il “concetto di distretto, inteso come il livello a cui collocare l’organizzazione di base del Sistema sanitario integrato con quello socio-assistenziale.”

L’unione funzionale tra Zona e Distretto, che allora erano ancora due ambiti differenti, ha creato un unico livello organizzativo per il governo della sanità territoriale, già adottato invece nelle materie sociali. Le SdS rappresentavano un passo avanti, la sperimentazione era considerata la naturale evoluzione della ZD.

A partire da quel periodo prende avvio per le SdS un processo complesso costituito da tre grandi fasi di sviluppo:

- Sperimentale (2003-2007). Sulla base di uno specifico atto di indirizzo del 2003, 19 ambiti zionali avviano la sperimentazione della SdS. Di fatto sono promosse delle esperienze fortemente innovative in grado di consolidare e rendere stabili i legami tra sanità e Comuni. Con questi organismi si intende ricomporre un governo comune del territorio per la realizzazione di obiettivi di salute, attuare l’integrazione sociosanitaria e promuovere la cooperazione fra tutela dell’ambiente (inteso come habitat complesso) e tutela della salute.
- Costitutiva (2008-2013). Il Consiglio regionale produce la normativa che fa uscire le SdS dalla sperimentazione e le porta in un regime di stabilità. Nella l.r. 40/2005 si toccano tutti gli elementi di fondo del consorzio: la forma giuridica, le funzioni, gli organi, le forme di partecipazione insieme ad alcuni aspetti dell’assetto organizzativo e del suo funzionamento. Salgono a 25 gli ambiti territoriali che hanno attivato le SdS, ma nel 2011 alcune normative statali mettono in discussione la forma consortile assunta, aprendo un periodo di forte incertezza, superato nel 2013 grazie a una maggiore coerenza della produzione normativa legata alla razionalizzazione della spesa pubblica.
- Sistematizzazione (in corso dal 2014). Prende avvio una fase decisiva per le SdS, che le inquadra in un’azione complessiva volta alla costruzione di compiuti sistemi zionali.

Lo sviluppo degli strumenti territoriali per l'integrazione sistemica

L'evoluzione si innesca a partire dalla stabilizzazione della normativa statale sui consorzi, giunta fino alla previsione esplicita di consorzi pubblici di funzioni in ambito socio-assistenziale, poi proseguita nel processo complessivo di riforma del SSR tra il 2015 e il 2017, che stabilizza l'approccio sistemico all'integrazione e ne definisce strumenti e processi in un quadro coerente e completo.

Sempre nel 2014 le l.r. 44 e 45 operano una profonda revisione degli assetti sociosanitari regionali, modificando le l.r. 40 e 41 del 2005. Tra i punti di maggiore rilievo, la revisione affronta sistematicamente il tema delle Conferenze zonali dei sindaci e individua nella Convenzione Sociosanitaria (CSS) lo strumento per l'esercizio associato della funzione sociosanitaria da stipulare presso gli ambiti zonali sprovvisti di SdS.

Le SdS e le CSS non sono dunque strumenti fuori dal sistema, difatti le l.r. 28 e 84 del 2015 producono una vastissima azione di riforma del SSR, assumendo per la parte sociosanitaria l'impianto normato nel 2014. Oltre alla previsione di 3 sole Ausl, per quanto riguarda la parte squisitamente territoriale la riforma ha prodotto:

- un assetto per la *governance* istituzionale multilivello completo e coerente;
- un assetto normativo, organizzativo, funzionale e operativo della ZD chiaro e strutturato;
- un insieme di strumenti di programmazione allineati con i livelli della *governance* istituzionale e con i livelli organizzativi sanitari e sociali.

L'attuale varietà degli assetti organizzativi concretamente sviluppati è dovuta al lentissimo processo di formalizzazione della ZD come reale livello di governo e di direzione della sanità territoriale, al carattere di incoerenza, contraddittorietà e occasionalità, che in molte fasi ha contraddistinto la produzione normativa nazionale relativa all'esercizio associato delle funzioni pubbliche da parte degli enti locali e regionali, e infine alla difficoltà nel comporre una visione comune di medio lungo periodo, che ha rallentato le evoluzioni dei territori.

Le SdS sono organizzazioni complesse che esercitano diversi livelli di competenze: programmazione strategica e attuativa delle materie afferenti alla sanità territoriale, gestione delle materie sociosanitarie e delle materie socio-assistenziali, realizzazione delle attività sociosanitarie e socio-assistenziali.

La realizzazione delle attività può essere effettuata attraverso diverse modalità: diretta da parte della SdS, mediante convenzione con la Ausl socia del consorzio, mediante convenzione con uno degli enti locali soci.

In ambito sociosanitario, tutte le SdS organizzano le attività inerenti alla non autosufficienza e alla disabilità (10 in forma diretta, 5 in convenzione con la Ausl), 11 SdS organizzano anche attività che si riferiscono a ulteriori materie sociosanitarie (la metà in forma diretta, l'altra metà in convenzione con la Ausl).

In ambito socio-assistenziale tutte le SdS organizzano le attività inerenti ai settori anziani e disabili, 14 quelle inerenti al settore famiglia e minori, 13 SdS quelle inerenti al settore marginalità, 12 quelle inerenti al settore immigrazione, 9 organizzano anche attività che si

riferiscono a ulteriori materie. Due terzi delle SdS gestiscono queste attività in forma diretta, mentre le rimanenti adottano principalmente la gestione in convenzione con la Ausl.

La l.r. 11/2017 ha ridefinito anche la perimetrazione di 3 zone dell'aretino i cui ambiti sono stati uniti: Aretina, Casentino e Val Tiberina. In questi ambiti non erano attive SdS, di conseguenza il regime di integrazione sociosanitaria è regolato dalla CSS. La d.g.r.t. 445/2019 regola l'autonomia funzionale delle articolazioni territoriali presenti nella nuova ZD e disciplina le conferenze di articolazione, il riparto dei finanziamenti e introduce un apposito titolo nella CSS. La zona Amiata Senese è confluita nella SdS attiva nella Val di Chiana Senese. La zona Versilia ha stipulato la CSS subito dopo lo scioglimento della SdS. Rispetto agli 11 ambiti zionali interessati, sono state approvate 8 CSS, in due casi questo strumento regola anche le materie socio-assistenziali.

La legge regionale ha introdotto un'altra importante novità disciplinando in modo più rigido la gestione diretta da parte delle SdS. Al PSSIR è demandato il compito di individuare i contenuti, i tempi e le modalità per attivare la gestione diretta delle attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria e altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale in riferimento ai LEA e delle prestazioni sociali in riferimento ai LEP.

A partire dal 2017 gli ambiti territoriali toscani hanno intrapreso un processo di programmazione operativa annuale che coinvolge i settori della sanità territoriale, del sociosanitario e del sociale. In attesa dell'elaborazione dei PIS su base pluriennale, il processo è stato ripetuto anche nel 2018. L'azione è stata fortemente condivisa tra strutture regionali e zionali, ed è stato supportata tecnicamente da un accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Anci Toscana e Federsanità Toscana. Con la d.g.r.t. 573/2017 sono state definite le "Linee guida del Piano Integrato di Salute (PIS) e del Piano d'Inclusione Zonale (PIZ)", l'atto che disciplina e avvia la programmazione operativa annuale 2017-2018 di livello zonale. Questo strumento integra la programmazione della ZD con la programmazione dell'ambito sociale e, una volta a regime, le pone entrambe in relazione agli stessi obiettivi di salute pluriennali.

Le materie oggetto di programmazione sono state definite in relazione al nuovo ruolo giocato dalle ZD all'interno delle 3 Ausl e in relazione alla definizione della stessa ZD come ambito ottimale in cui viene sviluppata e coordinata la programmazione della funzione fondamentale sociale di competenza comunale. Il campo oggetto della programmazione è stato articolato in 5 aree: sanità territoriale, sociosanitario, socio-assistenziale, promozione della salute, azioni di contrasto alla violenza di genere. Per fornire maggiore sistematicità all'impianto, alcune aree di programmazione sono divise in settori di programmazione: sanità territoriale in 19 settori, sociosanitario e socio-assistenziale in 6. Tutto il sistema poggia su un lavoro preliminare svolto insieme agli uffici regionali che, per ciascun settore, ha sviluppato una griglia univoca di definizioni dei servizi e delle attività. La delibera ha mosso un significativo passo verso la formalizzazione di un dizionario stabile e condiviso a cui ciascuna zona può attingere per definire in modo univoco e confrontabile gli oggetti della programmazione attuativa.

Sono state definite in modo molto sistematico anche le schede tecniche su cui articolare il POA. Grazie a varie sessioni di audit con gli ambiti territoriali, è stato possibile evolvere

Lo sviluppo degli strumenti territoriali per l'integrazione sistemica

progressivamente gli strumenti tecnici per arrivare ad un sistema articolato su tre livelli logici, obiettivi, programmi, schede operative, in grado di seguire percorsi di programmazione complessi e multidimensionali, basati sull'integrazione tra i vari settori operativi, e nel contempo fornire i reali contenuti delle singole azioni programmate. Le schede operative, infatti, richiedono la definizione di elementi di base che riguardano le interazioni tra attività, azioni, risorse, tempi, responsabilità.

L'impegno profuso dalle strutture zonali è stato importante e basato su un'adesione anche di tipo ideale. Pur racchiuso in un lasso di tempo breve, il processo di programmazione si dipana secondo alcune direzioni principali che richiedono molto impegno e altrettanta lucidità di azione: le componenti tecnico-professionali delle amministrazioni comunali e delle articolazioni organizzative aziendali, le componenti istituzionali delle Conferenze zonali o delle SdS, l'interlocuzione con le organizzazioni sindacali o categoriali, con le organizzazioni della cittadinanza attiva e con il Terzo settore. Queste componenti hanno una caratteristica comune, la complessità delle interlocuzioni necessarie. Attivare, coinvolgere e far dialogare tra loro strutture organizzative o di rappresentanza differenti non è sempre facile, ma sta alla base del processo avviato: ogni struttura continua a portare avanti le proprie attività, ma deve farlo insieme ad altri, in un percorso fortemente condiviso, con regole e tempi concordati.

Il primo aspetto fondamentale che emerge da queste esperienze potrebbe essere condensato in una sorta di raccomandazione. Per permettere lo sviluppo di questa funzione da sempre evocata, e così scarsamente praticata nella realtà, è necessario disporre di un'infrastruttura dedicata (uffici di piano e sistemi informativi), dare continuità al ciclo di programmazione annuale e pluriennale, avere fiducia nell'efficacia e nel rilievo delle attività di programmazione. L'altro elemento da evidenziare riguarda la dimensione multilivello della programmazione. La parte integrata zonale non vive in modo autonomo, ma deve connettersi orizzontalmente e verticalmente con altri livelli. Sul piano orizzontale è ovviamente indispensabile un sistema codificato e ricorsivo di interazioni con le programmazioni dei singoli enti locali compresi nello stesso ambito zonale. Sul piano verticale è davvero difficile non pensare alla rilevanza della concatenazione tra la programmazione locale, quella di Aus/AV e regionale. Una dimensione multilivello che presenta alcune complessità in parte già affrontate dalla riforma del SSR dipanata tra il 2014 e il 2015, ma che rappresenta anche la vera sfida complessiva attesa dal varo delle leggi regionali 40 e 41 nel 2005.

I processi riorganizzativi del Sistema di Welfare



—



—



Reti locali ed economie sociali: la generatività del welfare

L'inevitabile crisi dell'attuale modello di welfare può essere considerata dalle istituzioni e dalla cittadinanza come una grande opportunità per l'avvio di nuovi processi partecipati e allo stesso tempo occasione per ripensare e riprogettare i servizi in un'ottica innovativa e di progresso sociale.

L'innovazione sociale nasce dove ci sono aree di bisogno che, non trovando pronta risposta nell'offerta pubblica, vengono prese in carico dalle articolate reti locali che si reggono su lavoro volontario e cittadinanza attiva, su progetti finanziati dal pubblico al Terzo settore, su contributi regionali, su finanziamenti di progetti da parte delle Fondazioni delle organizzazioni bancarie, da imprese sociali e *start up* innovative a fini sociali con i loro nuovi modelli di *business*. Tutto ciò permette di superare il modello di welfare basato quasi esclusivamente su uno stato che raccoglie e distribuisce risorse tramite il sistema fiscale e i trasferimenti monetari, per andare verso un welfare generativo, che sia in grado di rigenerare le risorse (già) disponibili, responsabilizzando le persone che ricevono aiuto, per aumentare il rendimento degli interventi delle politiche sociali a beneficio dell'intera collettività.

Il welfare così definito trova la sua ragion d'essere proprio nell'urgenza contemporanea di rispondere ai bisogni delle persone non più soltanto attraverso presidi, servizi e prestazioni, ma affiancando a questi interventi i processi locali come matrice essenziale dell'azione sociale, nell'ottica di un welfare di comunità agito in un divenire dinamico e generativo. Un modello di welfare che trova radicamento nella riforma dei servizi sociali in Italia (l. 328/2000), già anticipata dalla pionieristica legge regionale toscana (l.r. 72/1997), che ha contribuito a normare, dopo oltre un secolo, gli interventi e i servizi sociali nel nostro Paese. È stata questa stagione normativa feconda che ha permesso di ricostruire lo stato dell'arte del sistema, prefigurare e profilare un modello di welfare unitario e generalizzabile dal nord al sud del Paese.

La Toscana è stata molto attiva in ambito normativo, ha rivisitato la legge regionale del 1997 e disegnato una nuova architettura normativa con la l.r. 41/2005, ancora oggi tra le più moderne in Italia. Una legge che dialoga coerentemente con la recente riforma della sanità toscana descritta nel capitolo precedente, volta a modificare gli assetti istituzionali del welfare locale con la riorganizzazione delle Zone Distretto (ZD), al fine di favorire una maggiore incisività e uniformità dei sistemi locali, affidando un ruolo più incisivo ai Comuni. Un modello di Sistema integrato sociale che, sostiene la l.r. 41/2005, ha carattere universale, promuove la costruzione di comunità solidali, valorizza l'autonomia delle società locali, riconosce e agevola il ruolo del *non profit* nell'organizzazione e gestione del sistema. Un sistema che si basa tuttora su una rilevante presenza istituzionale a garanzia dell'universalità d'accesso e in ragione della salvaguardia e delle compatibilità economico-finanziarie. Un modello regionale che ha costruito processi di programmazione e di sviluppo di politiche sociali, basando la

propria azione sull'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale. Gli ultimi anni, in particolare, raccontano e tracciano i segni di una stagione di impegno e di fiorente creatività nella quale i programmi e le azioni sono stati orientati a coniugare efficienza ed esiti, ottimizzazione dei servizi e efficacia, flessibilità e economicità. Inoltre, grazie a un periodo di abbondante produzione scientifica in questi ambiti, e in seguito all'innovazione metodologica apportata dal Sostegno Inclusionione Attiva (SIA) e dal Reddito di Inclusionione (ReI), la persona, con le proprie situazioni di spiazzamento e disagio individuale, è stata inserita in una rete di protezione e promozione sociale che ha favorito anche il protagonismo degli stessi beneficiari nella costruzione dei progetti individuali di inclusionione e rigenerazione sociale.

È proprio il passaggio da un welfare riparativo e curativo a un welfare delle opportunità commisurate a ogni singola situazione, la chiave di volta di una stagione complessa e in costante movimento come quella contemporanea, che vede protagoniste le comunità locali e i sistemi sociali. Negli ultimi anni abbiamo assistito a trasformazioni rilevanti dei linguaggi e dei comportamenti professionali nei perimetri istituzionali, fenomeni che stanno modificando e rinnovando i servizi di natura pubblica, grazie a un'offerta più ampia e variegata, calibrata sulla persona e sul contesto nel quale vive, sui benefici che può portare, sulla reale efficacia delle azioni attivate. Azioni con una doppia valenza, intervenire sul sistema per ampliare e qualificare l'offerta, rifacendosi all'ammonimento di Ulrich Beck, secondo cui non possiamo rispondere a un problema individuale della persona senza intervenire sul sistema che lo genera. Per questo, opportunamente, si è ormai consolidata anche in ambito sociale la cultura del lavoro di rete e l'attenzione alla comunità competente come modelli di riferimento grazie ai quali si esperiscono pratiche e comportamenti sempre più legati ai vincoli e alle opportunità presenti nelle società locali. La realtà toscana si presta a essere identificata come un mosaico di comunità locali che conservano la capacità di generare risorse di relazione, senso di appartenenza, significati condivisi, qualità essenziali per un approccio efficace alla soluzione di problemi. Comunità che sono in grado di tessere reti formali e informali tra gli attori sociali presenti, che curano e alimentano il "fare comunità" a partire dalla capitalizzazione delle esperienze, delle storie individuali e collettive, della comune memoria.

In questo scenario è riuscita a mettere radici la cultura del lavoro di rete, modalità operativa e organizzativa flessibile, più orientata alla condivisione delle risorse formali e informali, materiali e immateriali, che è decisiva per raggiungere determinati obiettivi a livello locale. La rete è anche il luogo della cura delle relazioni. Anche per questo si estende la consapevolezza culturale e antropologica che le performance tecnico/professionali, i budget finanziari, le strutture per l'accoglienza delle fasce più deboli della popolazione non sono più sufficienti, ma è necessario affiancarvi processi d'innovazione che producano idee, progetti e rinnovamento sociale. È qui che trova collocazione l'essenza della rigenerazione sociale: individuare e sedimentare nuove pratiche di cittadinanza a partire dalla cura delle reti locali, promozione delle soggettività, emersione del protagonismo e delle capacità individuali dei soggetti. Alcune esperienze sviluppate negli ultimi anni in Toscana tracciano segni profondi e inediti nella risposta ai bisogni individuali e collettivi: basti pensare ai progetti solidali di prossimità, alla

diffusione delle fondazioni di comunità, agli spazi pubblici di partecipazione, al maggior coinvolgimento dei beneficiari dell'offerta sociale.

Le comunità possono diventare competenti e rigenerative, partendo dalla consapevolezza che anche in Toscana siamo in presenza di vari modelli di funzionamento della società locale, che ne fanno una regione plurale, con territori diversi per entità e caratterizzazioni locali, che hanno costruito nel tempo reti in grado di supportare crescita e sviluppo. Reti che rappresentano importanti canali di comunicazione, interazione e cooperazione tra soggetti pubblici e privati che agiscono nei sistemi locali. Negli anni il lavoro regionale di ricerca e analisi, nell'ambito delle funzioni di Osservatorio Sociale e con la collaborazione di vari soggetti pubblici, a partire da Anci Toscana e Istituto degli Innocenti, ha permesso di ricostruire scenari locali, dinamiche sociali, trasformazioni e tendenze, profili e contesti che presentano molteplici interazioni tra mondo concettuale e empirico, tra teorie e pratiche sociali. Proprio questo connubio doveroso tra mondo della ricerca e sistemi locali, può produrre modelli di comunità sostenibili in grado di governare i processi sociali.

In questo modello di comunità le competenze degli operatori sono messe in relazioni con le risorse e le energie portate dai cittadini, i saperi non professionali e le esperienze aggregative anche di natura informale. Ciò è possibile adottando strumenti che promuovono prossimità, proattività e integrazione dei servizi. Tra questi, la co-progettazione a livello territoriale riveste un ruolo importante, per favorire nuove esperienze di welfare di comunità, sostenute anche dall'innovazione tecnologica e da piattaforme miste, in cui le componenti professionali, civiche e delle economie solidali, si incontrano per costruire strategie e percorsi che rafforzano le politiche per la salute e l'inclusione sociale. Questo tema è al centro della riflessione proposta nel quinto paragrafo di questo capitolo.

In questa direzione guarda il nuovo Piano Sociosanitario Integrato Regionale, attualmente in discussione in Consiglio regionale, quando afferma che le politiche di promozione della salute e gli interventi sociali non possono prescindere dal coinvolgimento attivo dei territori e dei cittadini nel definire gli obiettivi, decidere, attuare le strategie di miglioramento del livello di vita collettiva e individuale. Un Piano che sostiene la cooperazione tra le istituzioni territoriali per presidiare proattivamente tutti i settori (salute, scuola, mobilità, occupazione, ambiente) e i contesti geografici che rappresentano fattori di rischio sovra individuali, promuovendo scelte positive per la salute individuale e collettiva, anche con l'affermazione e la promozione di corretti stili di vita e di virtù civiche orientate al rispetto e al bene pubblico.

L'idea di welfare generativo poggia quindi su alcuni pilastri endogeni alle comunità locali, già ricordati in precedenza, e garantisce crescita, benessere e felicità, mutuando dalla tutela dei diritti e dall'esercizio dei doveri, la forza necessaria a sostenere chi è più esposto, più fragile e vulnerabile. L'esclusione sociale e la perdita di affiliazione, ricorda Robert Castel, generano spiazzamenti e destabilizzazioni nella vita delle persone. È necessario costruire reti di protezione sociale affinché la salute delle persone possa essere ricercata intercettando e identificando cause, problemi, situazioni, effetti e offrendo collegialmente soluzioni da attuare nel tempo e nello spazio disponibili.



Reti locali ed economie sociali: la generatività del welfare

In questo le economie sociali in Toscana hanno occupato spazi di pensiero e di azione, hanno favorito la nascita e il consolidamento di reti locali, agendo spesso in un'ottica di corresponsabilità col pubblico, per soddisfare i bisogni individuali e gli interessi collettivi. Sono economie formate da una varietà di imprese e organizzazioni che anche nella nostra regione rappresentano un insieme ricco e fondamentale per condividere valori, primo tra tutti quello del primato della persona.



Welfare di comunità e Terzo settore: proattività, coesione, sviluppo

La Regione Toscana riconosce ai soggetti del Terzo settore un ruolo centrale nelle politiche sociali regionali, poiché concorrono ai processi di programmazione regionale e locale, e, ciascuno secondo le proprie specificità, partecipano alla programmazione, progettazione, attuazione e erogazione degli interventi e dei servizi del Sistema sociale integrato. Contribuiscono inoltre alla realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti regionali di programmazione sanitaria e sociale, garantendo il processo di integrazione promosso dal Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) 2012-2015 (approvato con deliberazione del Consiglio regionale 91/2014 e prorogato ai sensi della l.r. 1/2015). Il Terzo settore, nel più ampio universo *non profit* (quasi 27 mila operatori in Toscana, fonte: ISTAT 2018), rappresenta un patrimonio di esperienze, competenze e potenzialità che favorisce sguardi plurali sulla società locale, sul suo funzionamento, sui suoi profili conosciuti o su quelli meno esplorati e, più in generale, sulle modalità con cui sono alimentate trama e ordito della solidarietà e della socialità. Una socialità sussidiaria sostenuta dalla forza, dalla consistenza e dalla presenza capillare e rassicurante del volontariato, dell'associazionismo, della cooperazione sociale, un mondo che considera la mutualità e la prossimità aspetti essenziali "nell'essere società locale" in Toscana. I soggetti delle economie solidali operano in una visione più ampia di sviluppo locale e di dialogo collaborativo con le autonomie locali, utile alla programmazione locale e alla costruzione di percorsi e esperienze condivise nella produzione di beni e servizi di pubblica utilità. Questo modello ha avviato anche in Toscana percorsi di "sussidiarietà circolare" a livello di Area Vasta (AV) e zonale, grazie alla crescita e al consolidamento del Terzo settore, che può essere considerato come un coinquilino del pubblico al piano terra della vita sociale e del tessuto connettivo delle comunità locali, dove apporta professionalità, tecnica, progettualità e innovazione, senza perdere di vista la cura delle persone e dei loro contesti di vita.

La Toscana può contare su un Terzo settore dal carattere originale, vario per vocazione e organizzazione, capace di compartecipare da protagonista alla promozione di welfare e salute e attento all'individuazione delle criticità presenti nella società. Negli anni è aumentata la presenza di soggetti, confermata e rafforzata dalla recente riforma di settore (legge 106/2016 e successivo d.lgs. 117/2017), che riescono a intercettare, anticipando spesso l'intervento pubblico, i nuovi bisogni della società e a inventare soluzioni inedite per offrire risposte concrete ai cittadini. Abili e diretti osservatori delle trasformazioni sociali in atto, riescono a fronteggiare le nuove e sempre più diffuse forme di disorientamento sociale e di impoverimento che colpiscono in particolare quelle famiglie non abituate a rivolgersi ai servizi. Soggetti che si prendono cura delle persone e della loro dignità con percorsi e piani personalizzati, generando economie, socialità, salute e benessere, raggiungendo molti altri ambiti, come sport, educazione, ambiente, cultura. Si tratta di presidi sociali che utilizzano anche forme e strumenti dell'innovazione sociale: le fondazioni

di comunità, le fondazioni di partecipazione, le cooperative sociali agricole e le cooperative di comunità, l'economia collaborativa, per citare alcuni esempi.

All'inizio del 2019 la Toscana ha promosso, con il contributo essenziale di Cesvot e la collaborazione del Forum regionale del Terzo settore, la Conferenza regionale del Terzo settore, per garantire uno spazio pubblico di confronto, scambio e partecipazione in coerenza con la recente legge regionale sulla partecipazione (l.r. 75/2017).

Uno dei risultati più rilevanti della Conferenza è l'impegno assunto da Regione Toscana di avviare un percorso normativo per dare organicità al Terzo settore, a partire dalla riforma nazionale e provando a mettere a sistema il patrimonio di esperienze amministrative, la molteplicità di processi sociali attivati anche localmente, l'idea di valorizzare e profilare il volontariato informale o individuale come risorsa che può animare le comunità locali e rivitalizzare la solidarietà, la reciprocità e la capacità di donare. Il percorso normativo servirà a condividere punti di vista, discutere insieme di regole e principi, definire e aggiornare scenari e pratiche locali per intrecciare virtuosamente e sapientemente la pratica amministrativa, lo spirito cooperativo d'impresa sociale, la spinta di un volontariato e di un associazionismo diffusi e basati ancora sul desiderio e sulla pratica del dono. L'idea è quella di mettere in movimento il patrimonio di esperienze, competenze e saperi presenti in regione, per generare soluzioni inedite e originali, mantenendo la propensione all'innovazione e guardando con interesse crescente all'economia inclusiva e generativa, senza ripiegare sulla sola gestione dei servizi, ma concentrandosi anche sullo studio, l'approfondimento e la proposta.

Come detto, la Toscana, come altre parti del nostro Paese, è costituita da varie società locali interne, con caratteristiche e specificità, identità e comportamenti frutto della propria storia. Ciononostante, è facile rintracciare alcuni tratti tipici e comuni nella capacità della società civile di mobilitarsi, di animare le comunità locali, di ridurre la pervasività delle differenze sociali, di promuovere processi di reversibilità dell'esclusione, rappresentando così un avamposto eccezionale che presidia gli spazi più angusti e meno accessibili dell'esperienza individuale o collettiva. In questo, l'ampio reticolato del *non profit* toscano è presidio insostituibile, generatore di virtù e produttore di beni. È difficile pensare a un borgo senza un'associazione di volontariato o un circolo ricreativo, o una pro loco, e questi presidi garantiscono ancora un riferimento essenziale dove la pratica sociale diviene esperienza di cittadinanza e di socialità.

Va comunque sottolineato che la diffusione del Terzo settore toscano deve convivere con un limite storico: l'aspetto strutturale/organizzativo. Difatti, essendo l'associazione la forma giuridica ancora egemone nel panorama *non profit* (87% del totale, di cui gran parte associazioni non riconosciute), si tratta di un mondo ancora largamente costituito da informalità e connotato da una scarsa strutturazione organizzativa dei soggetti, che in taluni casi, manifesta ancora difficoltà nel fare sistema e nel creare reti efficaci.

Possiamo altresì contare su un volontariato e un associazionismo preparato e pragmatico, con accentuate caratteristiche organizzative e gestionali, più orientato a una moderna mutualità di sistema, che collabora con le Pubbliche amministrazioni nella gestione di servizi e attività, capace di promuovere e alimentare reti locali.

In un'ottica di applicazione e sviluppo del principio costituzionale di "sussidiarietà orizzontale", rafforzato dal Codice del Terzo settore (artt. 72 e 73 del 117/2017) che ha istituito un fondo nazionale permanente per lo sviluppo del volontariato e della promozione sociale, la Toscana ha ritenuto fondamentale sostenere le progettualità sociali, anche con proprie risorse, per attivare sinergie operative con i soggetti del Terzo settore e per poter realizzare efficaci politiche volte al soddisfacimento dell'interesse generale. Già nel 2017 è stato promosso un primo avviso per la concessione a soggetti del Terzo settore di contributi in ambito sociale con il quale, tramite risorse regionali, sono stati finanziati 180 progetti. Nel 2018, dopo un Accordo sottoscritto tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Regione Toscana, è stato promosso un nuovo avviso che ha finanziato 327 progetti. L'iniziativa prosegue anche nel 2019 e negli anni a venire come azione di sistema regionale. Le risorse investite nel triennio 2017/2019 ammontano a circa 9 milioni di euro.

Per completare lo scenario del Terzo settore toscano va citata la Cooperazione sociale, con i suoi circa 600 soggetti che, grazie a un notevole sforzo imprenditoriale, sono oggi una realtà affermata e affidabile per l'alto livello di performance professionali, organizzative e progettuali che esprimono. Un Terzo settore che anima e popola le agorà della cittadinanza e della vita quotidiana delle comunità toscane, che ha la capacità civica di mobilitarsi, di animare i contesti sociali, di generare livelli crescenti di coesione sociale, di ridurre le tendenze, sempre più pervasive, di frammentazione sociale. La questione è dunque come valorizzare questo capitale sociale e economico di cui le nostre realtà locali sono positivamente intrise, anche alla luce della recente riforma di settore che inciderà sul loro modo di rappresentare interessi e bisogni collettivi. Un capitale che esprime le sue potenzialità nei processi di trasformazione e cambiamento delle società locali. In altri termini il Terzo settore è portatore di una progettualità politica che alimenta la libertà e le possibilità dei cittadini, rendendoli più consapevoli e maturi, in relazione alla pluralità delle potenzialità di cui ciascuno è portatore. Sono molte le sperimentazioni regionali avviate in questi ultimi anni che vedono i soggetti del Terzo settore svolgere un ruolo essenziale. Possiamo citare il Piano regionale per la lotta alla povertà, promosso e coordinato da Regione Toscana con il coinvolgimento di Anci, rappresentanti delle ZD, Alleanza contro la povertà (un insieme di soggetti sociali uniti per contribuire alle politiche pubbliche contro la povertà assoluta), Terzo settore e parti sociali, per dare una risposta strutturale e articolata al problema, sotto gli aspetti dell'inclusione socio-lavorativa delle persone svantaggiate, delle politiche del lavoro, abitative e scolastiche. Oppure, ancora, il percorso innovativo promosso nell'ambito del Programma operativo regionale del Fondo sociale europeo (POR FSE), Asse B, Inclusione sociale e lotta alla povertà, che ha favorito strategie integrate con un approccio di tipo inclusivo (a più voci), integrato (il sociale in tutte le politiche), e innovativo (co-generativo di nuove e buone idee), con il consolidamento dei processi di *governance* territoriali (creando *partnership* pubblico/privato sociale), la mobilitazione/attivazione delle risorse delle comunità locali e il sostegno alle imprese sociali. Il progetto "Dopo di Noi" (legge 112/2016), un percorso per favorire autonomia, benessere e piena inclusione sociale delle persone con disabilità grave, il modello

regionale ha previsto interventi zonal di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare e di supporto alla domiciliarità, con progetti zonal realizzati da Società della Salute (SdS), ZD, Comuni e Ausl, in co-progettazione e con il finanziamento del Terzo settore, con le Associazioni di familiari o di persone con disabilità e con le Fondazioni che operano nel settore: tutti i progetti infatti sono frutto di un processo di co-progettazione pubblico-privato. In questo ambito, grande attenzione è stata anche riservata al coinvolgimento di una rete di sostenitori a supporto delle azioni, una rete che possa garantire, attraverso l'attivazione della comunità di riferimento e dell'associazionismo, una reale integrazione per realizzare concretamente il principio costituzionale di uguaglianza e la piena, reale e concreta cittadinanza di tutte le persone. Non possiamo poi dimenticare il servizio regionale di "Pronto Badante", a disposizione delle famiglie con anziani che si trovano per la prima volta in una situazione di fragilità, che coinvolge il Terzo settore, il volontariato organizzato e i soggetti istituzionali presenti sul territorio. Un servizio che interviene direttamente presso l'abitazione della famiglia della persona anziana, garantendole un unico punto di riferimento per avere informazioni sui percorsi socio-assistenziali e un sostegno economico per l'attivazione di un rapporto di assistenza familiare con una/un badante.

Infine il Servizio di Emergenza Urgenza Sociale (SEUS), per problematiche sociali complesse di natura emergenziale, con l'obiettivo di offrire un servizio pronto a rispondere con immediatezza alle richieste di soccorso sociale (minori, anziani, casi di tossicodipendenze, situazioni di disagio mentale o di disagio economico), in grado di gestire l'emergenza e di trovare con tempestività la soluzione più adatta al singolo caso.

Progetti, esperienze, sistemi regionali protesi a costruire comunità più competenti, dove il rapporto tra il pubblico e il Terzo settore incarna l'essenza stessa dell'azione sociale, ed è foriero di inedite geometrie reticolari che delineano nuovi equilibri nell'azione pubblica finalizzata alle attività di interesse generale. Un Terzo settore che in Toscana acquista un profilo originale nel disegno della modernità, generando maggiori sicurezze, equilibri e sostenibilità, e che troverà nel Registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS), previsto dal d.g.r.t. 117/2017, riconoscimento e collocazione istituzionale. Un universo *non profit* fortemente implicato nel governo pubblico, con un ruolo strategico per la sostenibilità dell'intero sistema.

Spesa sociale: non solo spesa pubblica

La disponibilità di servizi sociali ben strutturati, volti a migliorare le condizioni di vita della popolazione, a sostenere le fasce più deboli e a facilitare la conciliazione fra lavoro e carichi di cura, assume un ruolo strategico nell'attuale contesto economico, sociale e demografico. In presenza di elevati livelli di povertà educativa, difficoltà sul mercato del lavoro e forte invecchiamento demografico, la crisi economica ha accentuato i rischi di scivolamento verso condizioni di povertà e di esclusione sociale, con forti vincoli sulle risorse dei Comuni. Il comparto degli interventi e servizi socio-assistenziali, regolato principalmente dalla legge quadro 328/2000, è fortemente decentrato a livello locale. La responsabilità di gestione della spesa sociale è in capo ai Comuni e alle forme associative sovra comunali, mentre le funzioni di programmazione competono alle Regioni, che si sono dotate di un proprio assetto normativo e istituzionale di riferimento per l'offerta dei servizi socio-assistenziali. Resta invece inevasa la definizione nazionale dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, standard minimo da garantire in ciascun territorio, come previsto dalla stessa legge quadro.

Partendo dall'analisi del Piano Sociale Nazionale 2018-2020 e dalla pubblicazione dei dati provvisori ISTAT sulla spesa sociale dei Comuni per il 2016, è possibile analizzare le novità introdotte dal Piano e i cambiamenti della spesa sociale dei Comuni, considerando anche il contributo delle Fondazioni di origine bancaria alla spesa sociale che afferisce ai territori.

Ultimamente sono comparsi due particolari elementi di novità nel panorama della spesa per il welfare locale: è stato pubblicato il decreto di riparto del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS) 2018, che contiene l'adozione del Piano Sociale Nazionale 2018-2020, ISTAT ha rilasciato le prime anticipazioni della rilevazione 2016 sui servizi e interventi sociali dei Comuni gestiti in forma singola o associata.

L'adozione del Piano Sociale Nazionale era stata preannunciata nell'ambito del d.lgs. 147/2017. Questo strumento era addirittura previsto dalla legge 328/2000, ma, di fatto, non è mai stato adottato dopo il 2001, per l'instabilità dei finanziamenti. Il Piano, infatti, avrebbe dovuto essere lo strumento per costruire i livelli essenziali delle prestazioni sociali, diritti soggettivi da assicurare in tutto il Paese, che necessitavano di finanziamenti strutturali, mentre il loro destino è rimasto a lungo in balia alle contingenze annuali. Oggi, da un punto di vista giuridico, ci sono maggiori garanzie di continuità del finanziamento per il futuro del FNPS e degli altri fondi e, per questo, si è tornati a parlare di Piano. Il risultato dell'assenza prolungata di uno strumento di coordinamento nazionale è l'estrema variabilità degli interventi regionali, se misurati in termini di spesa: il piano richiama innanzi tutto l'eterogeneità della spesa sociale dei Comuni tra le ripartizioni geografiche. Nella graduatoria delle regioni italiane, la Toscana ha un livello di impegno dei Comuni al 2015 mediamente alto, evidenze confermate dalla rilevazione ISTAT 2016.

Il Piano del Ministero ha rilevato anche la finalizzazione delle risorse del FNPS. Ormai da qualche anno è in uso un sistema di classificazione dei servizi sociali articolato in macro livelli di servizio, a loro volta declinati in obiettivi di servizio. Gli interventi sono ulteriormente

Spesa sociale: non solo spesa pubblica

classificati secondo tre macro target di bisogno, infanzia/adolescenza/responsabilità familiari, disabilità e non autosufficienza, povertà e esclusione sociale. Fino a oggi le regioni erano chiamate a presentare preventivamente al Ministero un piano di utilizzo delle risorse del FNPS basato su una matrice servizi/bisogni, definendo l'allocazione delle risorse senza particolari vincoli. Ad esempio nel 2017, mediamente il 40% del fondo è stato destinato a politiche per l'infanzia e le responsabilità familiari, circa il 25% alla non autosufficienza e il 35% alla povertà e l'esclusione sociale. Quanto alle diverse tipologie di servizi, nel 2017, mediamente la quota maggiore è stata orientata alle misure di inclusione sociale e sostegno al reddito. In ogni caso, c'è una variabilità abbastanza pronunciata tra le scelte regionali di destinazione delle risorse, che ha comportato prudenza nell'introdurre vincoli alla finalizzazione.

Tra le novità introdotte dal Piano Sociale Nazionale, va sottolineato che saranno recepiti i nuovi assetti istituzionali nazionali, in particolare l'afferenza dei servizi socio-educativi all'alveo dell'istruzione 0-6 anni. Ciò significa che dal secondo anno di applicazione del nuovo piano (2019) non sarà più possibile usare il FNPS per i servizi socio-educativi e innovativi per la prima infanzia. Il secondo vincolo riguarda la quota (40%) da riservare agli interventi nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza. Questa riserva del 40% a favore delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza mira a costruire un comune denominatore tra gli interventi regionali: dovrebbe consentire il proseguimento e la messa a regime di quanto sperimentato con il Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.). Non è altresì noto quale fosse l'effettivo impiego degli ambiti tra i singoli bisogni. Un *proxy* del riparto delle risorse è rappresentato dai dati sulla spesa sociale ISTAT 2015: famiglia/minori (al netto della spesa per gli asili nido) hanno assorbito in Toscana il 26,3% (soltanto 6 Zone Distretto superano il 30%).

Il FNPS oggi è attribuito alle regioni in base a quote congelate ormai da più di un decennio, che invece necessiterebbero di affinamenti per essere rimodulate in base all'effettivo bisogno territoriale. Il Piano sotto questo profilo è estremamente prudente, confermando lo status quo e rimandando l'affinamento alla avvenuta implementazione del Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS). Alla Toscana saranno assegnati per il 2018 circa 17,8 milioni di euro (pari al 6,67% del totale nazionale). L'obiettivo strategico della promozione e della qualificazione della spesa sociale territoriale è stato fortemente sostenuto da Regione Toscana anche attraverso le misure di cui all'Asse B "Inclusione sociale e lotta contro la povertà" del POR FSE 2014/2020 che ha previsto una dotazione finanziaria complessiva (per le sette annualità di programmazione) di oltre 90 milioni di euro, interamente dedicati al rafforzamento dei sistemi di welfare locali a favore delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità sociale. Tra le più importanti misure poste in essere si evidenziano i progetti di accompagnamento al lavoro nell'area disabilità e salute mentale che hanno potuto contare su un budget di quasi 15 milioni di euro e che hanno coinvolto oltre 2mila persone su tutto il territorio regionale.

La spesa sociale dei comuni toscani (inclusa quella per servizi socio-educativi, al momento non scorporabili), nel 2016 ammontava a 469 milioni di euro (dati provvisori ISTAT). Tra il 2015 e il 2016 è stata sostanzialmente stabile (-1,5%), proseguendo un trend ormai quinquennale,

in controtendenza con il trend nazionale, pari a +1,8% tra 2015 e 2016. Si presume che la crescita sia legata alla rimozione di alcuni vincoli alle dinamiche di spesa, come il Patto di Stabilità, che avevano particolarmente frenato in precedenza gli investimenti in questo settore. Va sottolineata la quota a carico degli utenti, i Comuni e gli Enti associativi toscani, infatti, hanno registrato nel 2016, come entrate per rette pagate dagli utenti come corrispettivo dei servizi fruiti, oltre 78 milioni di euro, pari al 12,1% della spesa lorda.

Uno sguardo infine agli aspetti organizzativi dei servizi e la loro evoluzione nel tempo. Nel 2016 il 60,4% della spesa sociale è stata sostenuta dai singoli Municipi, il 29,6% in forma associata (tramite consorzi, unioni di comuni o altre forme di associazione) e il 10% dalle Aziende sanitarie. Negli ultimi 10 anni la quota gestita in forma associata è aumentata continuamente (era l'11% nel 2005), mentre sono diminuite le risorse gestite in autonomia dai singoli Comuni e dell'intervento delle Aziende sanitarie.

La fonte finanziaria principale dei servizi sociali è rappresentata dalle risorse proprie dei Comuni e dalle varie forme associative fra comuni limitrofi (68,4%), seguite dai fondi regionali per le politiche sociali (11,8%) e dai fondi statali o dell'Unione europea, tra questi il Fondo indistinto per le politiche sociali (7,2%). Per quanto riguarda la non autosufficienza, per la quale la l.r. 66/2018 istituisce uno specifico fondo regionale, si può contare annualmente su circa 55 milioni di euro, di cui 38,9 milioni provenienti dal fondo sanitario regionale e 16,1 milioni dal fondo nazionale. Tali risorse vengono attribuite alle ZD e SdS, per le prestazioni previste a favore di persone non autosufficienti, disabili e anziani. Nel 2018 il 36,7% di tali risorse è stato utilizzato per interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico, mentre il 33,7% è stato utilizzato per l'erogazione di titoli di acquisto per servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali. Il 13,9% è stato invece utilizzato per l'inserimento in Centri Diurni e il 12% per inserimenti temporanei o di sollievo in residenza.

Gli inserimenti permanenti in struttura sono garantiti da un budget annuale di risorse sanitarie pari a 202 milioni di euro, alle quali si aggiunge una percentuale minima di risorse del Fondo non autosufficienza, pari, nel 2018, al 3,7% .

Alla composizione della spesa sociale forniscono un consistente contributo le Fondazioni di origine bancaria, Enti *non profit* con personalità giuridica, privata e autonoma, con scopo esclusivo l'utilità sociale e la promozione dello sviluppo economico. La loro *governance* prevede una composita presenza di rappresentanti delle istituzioni pubbliche, economiche e del Terzo settore. Queste Fondazioni (11 in Toscana), sono strettamente legate al territorio in cui operano, forniscono supporto economico e progettuale al Privato sociale e al Settore Pubblico promuovendo lo sviluppo sociale e culturale del territorio. Contribuiscono al finanziamento delle attività promosse dalle organizzazioni *non profit* e da altri soggetti che promuovono l'interesse generale, destinando, con bandi e assegnazioni dirette, risorse e competenze in 21 settori definiti dalla legge, tra i quali abbiamo evidenziato nell'analisi del bilancio degli ultimi 3 anni: assistenza agli anziani, salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa, sviluppo locale e edilizia popolare locale, volontariato, filantropia e beneficenza,



Spesa sociale: non solo spesa pubblica

attività sportiva, crescita e formazione giovanile, educazione, formazione e istruzione. Le risorse erogate dalle Fondazioni toscane nel 2017 hanno superato i 91 milioni di euro (come nel biennio precedente), destinate a oltre 2.300 iniziative, spesso con l'erogazione di importi inferiori a 5mila euro, anche se non mancano interventi superiori ai 500mila euro. Gli investimenti nei settori a valenza sociosanitaria sopra elencati hanno superato il 44% degli investimenti totali (ai quali andrebbero aggiunti anche i fondi per il contrasto della povertà educativa minorile, cui hanno aderito alcune Fondazioni). In particolare, i settori dove quasi tutte le Fondazioni toscane intervengono sono volontariato, filantropia e beneficenza (20% delle risorse) e educazione, istruzione e formazione (16,1%). Si può quindi affermare che rappresentino un concreto supporto per il settore del welfare e per il sostegno delle comunità, dando concreta attuazione a un principio che vede le risorse pubbliche centrali indirizzate al welfare efficacemente trasferite ai territori, secondo una logica di prossimità, per sostenere la diffusione e il rafforzamento di welfare vicino alle comunità locali e ai loro bisogni, in una virtuosa collaborazione pubblico, Terzo settore e privato locale.



Risorse professionali: innovazione, competenze, assetti

L'invecchiamento demografico, i nuovi modelli di famiglia, la flessibilità del lavoro, la crescita delle disuguaglianze, le migrazioni, il debito pubblico sono fattori che influenzano gli odierni sistemi di welfare e rendono le politiche più vulnerabili sotto l'aspetto economico-finanziario, talvolta in ritardo nel dare risposte efficaci alle nuove tensioni sociali. Tutto questo comporta anche una riflessione sul significato di assistenza sociale. Come accennato in precedenza, infatti, c'è un superamento dei modelli tradizionali secondo cui la materia assistenziale si traduce in prestazioni e raggiunge i beneficiari, con una modifica dell'approccio stesso alla programmazione dei servizi sociali in un nuovo welfare sostenibile e capace di incidere sugli squilibri che caratterizzano la società, in grado di attivare pratiche di reciprocità che producano valore sociale e economico, generando sviluppo.

Questo approccio deve confrontarsi con le regole e le logiche della concorrenza e del libero mercato, e richiede un bilanciamento di valori, una pluralità di professioni e competenze, per favorire una crescita armonica delle persone e dei territori. Come ricordato, l'obiettivo è porre al centro la persona e la sua rete di relazioni, non più solo tipologie di servizi di cui necessita, avviando nuovi percorsi di valorizzazione delle relazioni di prossimità. In questo modo rispetto ai più tradizionali interventi sulle emergenze sociali, sostenere la coesione significa valorizzare le relazioni tra i componenti della società e promuovere l'assunzione collettiva di responsabilità con strategie di lungo periodo e obiettivi concreti. L'azione pubblica regionale diviene quindi una sfida anche sul piano culturale, avanzando inedite modalità di erogazione di servizi per le situazioni di bisogno, sviluppando nei sistemi di welfare modalità partecipative che coinvolgono una quantità di attori pubblici e privati.

Tutto ciò ha un grande impatto sul lavoro sociale: l'aumento e la diversificazione della domanda, con la diminuzione delle risorse, modificano i confini e le definizioni degli ambiti, dei ruoli, degli obiettivi, dei metodi, delle professioni e delle operatività (Dellavalle, 2019). È dunque un lavoro sociale che si caratterizza per i processi di scambio tra gli attori coinvolti e che implica, per le comunicazioni che attiva e per la produzione e la messa in circolo di risorse che sostiene, una grande frammentazione dei profili professionali e una certa precarizzazione, in coerenza con l'eterogeneità dei percorsi formativi e la moltiplicazione delle figure professionali, con impatti sulla produzione e erogazione dei servizi del welfare territoriale, così come sulla ridefinizione della responsabilità.

L'analisi dei servizi e delle occupazioni sociali però risente ancora di una serie di criticità, a cominciare dalla necessità di realizzare un sistema informativo sulle professioni/occupazioni sociali a livello nazionale, oppure dall'elevata eterogeneità di informazioni disponibili sul sistema dei servizi, con differenti sistemi di classificazione dei servizi/interventi sociali da parte delle amministrazioni regionali. Continua inoltre a mancare, dai tempi dall'emanazione della legge 328/2000, una definizione nazionale dei profili professionali del sociale, i livelli

contrattuali del privato sono generalmente più bassi di quelli dei lavoratori impegnati nelle strutture pubbliche, il livello di precarietà è molto elevato. L'affermazione piena dei diritti dei lavoratori del sociale non è solo un valore e una necessità imprescindibile in sé, ma anche la misura di servizi di qualità capaci di uscire dalla dimensione dell'assistenzialismo.

In questo contesto estremamente variegato, il sistema informativo delle professioni, realizzato da ISTAT con l'Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche (INAPP), ha identificato le seguenti figure per il settore sociale: assistente sociale, educatore professionale, psicologo, sociologo, addetto all'assistenza personale (anche di tipo domiciliare), tecnico dell'inserimento e dell'integrazione sociale (tra cui i mediatori culturali e l'educatore professionale sociale), professioni qualificate nei servizi sanitari e locali (operatore sociosanitario).

A completamento del quadro, nell'ambito del progetto Excelsior "Previsione dei fabbisogni occupazionali e professionali in Italia a medio termine (2016-2020)", si evidenziano le tendenze occupazionali e, in particolare, le competenze professionali più richieste nel mercato del lavoro. Nel periodo 2016-2020 il settore della sanità e dell'assistenza alla persona sarà tra quelli che contribuiranno di più alla formazione dei fabbisogni occupazionali, con un tasso medio annuo del 4,1%. Lo studio evidenzia inoltre che le esperienze acquisite dai giovani nell'ambito del Servizio civile sono sicuro campo di acquisizione di strumenti e abilità, infatti il 77% dei ragazzi ha confermato di utilizzare nel proprio lavoro quanto appreso durante l'esperienza e il 95% ritiene comunque accresciute le proprie competenze.

Il ruolo sociale che si è delineato per il Terzo settore in questo scenario, per le esigenze provenienti dalle collettività e il processo di riforma avviato con la legge 106/2016, è evidente nei nuovi profili e nelle molteplici tipologie di lavoro sociale, che si configurano non solo come conseguenza delle trasformazioni in corso, ma che in qualche modo le determinano. In Toscana i dipendenti delle organizzazioni del *non profit* sono oltre 47mila, impiegati in vari ambiti sociali (ISTAT, 2018). Lavoratori e lavoratrici che hanno titoli di studio mediamente più elevati rispetto a quelli impiegati dalle imprese, che svolgono le loro professioni prevalentemente in imprese sociali (oltre il 55% è impiegato in cooperative sociali), seguite dal volontariato e dalla promozione sociale (con oltre il 20% degli addetti). Questo dato evidenzia da un lato un'impresa sociale di natura cooperativa che organizza e gestisce, attraverso forme di affidamento, una parte consistente dei servizi pubblici e, dall'altro, un Terzo settore che deve dotarsi di profili professionali, in uscita da vari circuiti formativi, capaci di modellarsi sull'intervento individuale e sul lavoro di rete per produrre valore condiviso. Una frammentazione dinamica dunque delle figure professionali sociali operanti nel privato sociale, che si contrappone a una staticità istituzionale dei profili pubblici presenti nelle professioni sociali.

Un'interessante ipotesi di ricomposizione della frammentazione delle figure professionali sociali è quella che, partendo da una scansione in tre livelli di operatività del lavoro sociale di base, intermedio e apicale, a cui corrispondono altrettanti livelli di istruzione e accesso, ritiene indifferibile la definizione di un sistema nazionale di riconoscimento, equivalenza ed equipollenza delle competenze acquisite dall'operatore sociale, sia nei percorsi formativi che nel lavoro professionale, con sviluppi finalizzati al riconoscimento delle qualifiche a livello

europeo e la costruzione di un sistema di educazione continua nel sociale, opportunamente mutuato dal sistema di educazione continua in medicina - ECM (Casadei, 2017).

Si hanno così nuovi spunti di riflessione. Un primo tema è la comprensione e la definizione degli scenari dell'occupazione nel welfare: le modalità di incontro tra domanda e offerta, le relazioni contrattuali e il sistema delle tutele. A questo si aggiunge la capacità di rispondere in maniera adeguata in termini di profili professionali alle richieste del mondo del lavoro e, ad esso strettamente collegato, il tema dei confini tra le diverse professioni, i tratti comuni e gli ambiti di intervento e la loro collocazione tra gli estremi di specializzazione e trasversalità (fonte: Le professioni sociali in un welfare in trasformazione. Indagine sul lavoro sociale nel Lazio, Roma 2016).

Va infine ripensata la formazione, in termini di connessione tra organizzazioni, Università, istituzioni di ricerca e professionisti, per trasformare la tradizionale formazione in percorsi di condivisione di buone prassi e strumenti innovativi, che possano "costruire saperi forti in professioni deboli", consapevoli che le competenze per lavorare nel sociale sono collegate più che al possesso del sapere, al suo uso pertinente, e che per dare risposte adeguate è indispensabile l'assunzione di responsabilità con un continuo sviluppo delle competenze del singolo e del gruppo, in una relazione continua "con i problemi, con le rappresentazioni e le attese" di un mondo in trasformazione (fonte: Olivetti Manoukian "Oltre la crisi. Cambiamenti possibili nei servizi" Ed. Angelo Guerini e Associati Spa, Milano 2015).

Rapporto pubblico-privato: collaborazione e responsabilità

Nella programmazione, progettazione e gestione dei servizi e degli interventi di natura sociale e sociosanitaria è entrato in scena il nuovo quadro giuridico che, già dal 2016, porta significativi rinnovamenti, a partire dal nuovo codice dei contratti (d.l. 50/2016) e dalla riforma del Terzo settore (d.l. 117/2017). Le modalità di rapporto tra pubblico e privato sociale sono attualmente al centro di un dibattito molto esteso, che necessita ancora di tempo per poter esplicitare un contorno giuridico certo, con condizioni e pratiche amministrative condivise e coerenti. Il quadro normativo che in definitiva assumerà questa stagione di riforme, potrà condizionare l'idea di comunità e di società locale, a partire da come sarà declinata in norme e regolamenti la sussidiarietà orizzontale nei settori particolarmente sensibili quali la povertà, la salute, l'educazione, l'ambiente, la cultura. È tuttavia necessario sottolineare che in ambito sociale il principio di solidarietà orizzontale di cui all'art. 118 della Costituzione, stante un potere discrezionale riconosciuto agli Stati membri dall'Unione europea, è il riferimento giuridico più importante per persuadere i portatori di interesse e i decisori politico/amministrativi a orientare e interpretare la normativa nazionale secondo principi di solidarietà, cooperazione e bene comune, anziché vincolarla esclusivamente a principi di economicità e concorrenza. In questo la bozza di Linee guida emanate a maggio 2019 dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e fornita per la consultazione, pur mantenendo alcuni vincoli propri degli appalti pubblici nei settori economici (così come indicato anche dal parere della Commissione speciale del Consiglio di Stato - n. affare 0138/2018), considera appropriata la strada della co-progettazione, individuando modalità e forme che possono caratterizzarsi in maniera peculiare in ragione della specialità della materia sociale e sociosanitaria.

In Toscana si sono introdotte forme di reale co-programmazione e di cittadinanza responsabile e si è dato spazio al dialogo fecondo e strutturato tra cittadini, Terzo settore e mondo delle professioni sanitarie e sociali. Lo sviluppo del Sistema di Welfare regionale ha perseguito negli ultimi anni una politica regionale volta a supportare e alimentare le innovazioni sociali in termini di co-progettazione e multidisciplinarietà tra istituzioni e privato sociale, in una cornice più ampia, che include politiche del lavoro, giovanili e urbane. Si può affermare che la *governance* regionale abbia anticipato in buona parte le indicazioni del Codice del Terzo settore che disciplina i modelli di co-programmazione, co-progettazione e convenzionamento nell'ambito delle attività di interesse generale, principi presenti anche nella legge regionale toscana 58/2018, che dedica ampio spazio alle modalità di erogazione dei servizi, indicando l'istituto della co-progettazione come il modo per "dare un'effettiva possibilità di partecipazione a tutte le cooperative sociali ed agli altri Enti del Terzo settore interessati (art. 14, comma 2)". Tale norma costituisce un primo quadro regolativo intervenuto dopo la Riforma nazionale e guarda sia alla platea delle cooperative sociali sia a quella degli altri enti del Terzo settore.

Un impegno concreto assunto da Regione Toscana per muoversi con attenzione, ma con altrettanta determinazione nella direzione già ampiamente illustrata nel primo rapporto sul Terzo settore in Toscana (2017), in cui parte del quarto capitolo è dedicata alle modalità di co-progettazione attuate in regione nell'ambito della programmazione del POR FSE, Asse B "Inclusione sociale e lotta contro la povertà". Una serie di procedure pubbliche che, garantendo alcuni principi generali come trasparenza, proporzionalità, imparzialità e efficacia, hanno diffuso la cultura della complementarità, reciprocità e corresponsabilità nel rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo settore, affermando un ruolo proattivo del privato sociale nell'esercizio di attività di interesse generale. Le modalità di rapporto tra pubblico e Terzo settore trovano un'ulteriore e più approfondita analisi nel 2° Rapporto regionale sul Terzo settore (2019), in cui, a partire dai primi effetti della Riforma del Terzo settore, si presenta un'analisi sulla riforma stessa e sugli effetti che avrà nei rapporti tra pubblico e privato sociale.

Per ciò che concerne la co-programmazione regionale nell'area sociale e sociosanitaria, oggi è declinata con specifici atti di programmazione previsti dall'ordinamento regionale, in particolare, per le materie socio-assistenziali, nel Piano di Inclusione Zonale (PIZ) (art. 29 l.r.41/2005) e, per le materie della sanità territoriale e del sociosanitario, nel Piano Integrato di Salute (PIS) art. 21 l.r.40/2005.

Tale modello, ampiamente illustrato nel capitolo precedente, prevede la condivisione dei percorsi tra i livelli istituzionali e il Terzo settore, così come previsto dal d.lgs. 117/2017, per implementare la collaborazione tra pubblico e soggetti delle economie solidali, a partire proprio dall'utilizzo degli istituti della co-programmazione e co-progettazione. Le linee di indirizzo sulla programmazione zonale (d.g.r.t. 573/2017) introducono un metodo di lavoro comune, l'elaborazione e la comparazione delle informazioni raccolte, lo sviluppo di un sistema di valutazione dei risultati e degli esiti, in una logica di comparazione, imitazione e diffusione delle buone pratiche tra le zone. Nella circolarità di questo sistema è iscritto il tema dell'impatto sociale generato dagli effetti dei programmi e progetti messi in atto in ogni singolo ambito zonale in una logica di *accountability*, che richiede l'individuazione di una metodologia condivisa in grado di tener conto, in ambito sociale, anche di quanto indicato dal d.lgs. 117/2017, art. 14, relativamente al bilancio sociale degli Enti del Terzo settore ai fini della valutazione di impatto sociale.

Sono modalità consolidate che pongono il governo regionale e le amministrazioni locali in una dimensione di ascolto, di trasparenza e di coinvolgimento, che agiscono sul rapporto cittadini/istituzioni, sviluppando relazioni di fiducia e promuovendo ruoli attivi, creativi e di co-responsabilità. Favoriscono, inoltre, la diffusione di buone pratiche a livello territoriale, con scambi e interazioni tra i diversi attori, e facendo crescere idee e nuove pratiche per gli attori tradizionali.

La Regione Toscana nel 2019 ha avviato un percorso volto a disciplinare questa materia, con un'apposita legge per il sostegno e la promozione degli Enti del Terzo settore. In particolare la proposta tende a riconoscere, promuovere e sostenere l'iniziativa autonoma di chi vive nella comunità regionale per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di

sussidiarietà, attraverso la promozione e valorizzazione degli Enti del Terzo settore che operano in ambito regionale. Con questa norma si intende altresì riconoscere il valore fondamentale del volontariato, quale forma originale e spontanea di adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà all'interno della comunità. Complementarietà, reciprocità e corresponsabilità sono gli elementi fondativi, nel rispetto delle singole autonomie, del rapporto tra pubblico e Terzo settore.

Dunque, modalità e rapporti collaborativi tra pubblico e privato più orientati al servizio che al mercato. Segno tangibile di questa prassi ormai consolidata in Toscana è il servizio di emergenza e urgenza, per il quale l'amministrazione regionale ha ottenuto formale riconoscimento dalla giurisprudenza europea e nazionale, in ragione del quale, da diversi anni, è possibile affidare al volontariato, attraverso un rapporto convenzionale, questo importante servizio sanitario.

Collaborazione e responsabilità sono i riferimenti principali nel ragionamento sul Terzo settore e sui rapporti tra questo mondo e le pubbliche amministrazioni. Regione Toscana fonda una parte consistente del welfare regionale su questa prassi collaborativa, collocando i soggetti delle economie solidali in una visione più ampia di coesione e sviluppo locale, e costruendo percorsi ed esperienze condivise e utili alla produzione di beni e servizi di pubblica utilità.

Nuove progettualità e innovazioni



Durante i processi regionali di riforma del Sistema Sanitario e di Welfare degli ultimi anni, ampiamente descritti nei primi due capitoli del volume, sono molte le progettualità e le delibere regionali che hanno introdotto novità rilevanti o modificato servizi già in essere. Sicuramente anche questi interventi hanno contribuito a modificare, oltre all'organizzazione interna, il rapporto tra cittadino e servizi, e possono quindi aver avuto ricadute importanti sulla qualità dell'assistenza e sulla salute dei toscani. Per questo, si ritiene utile passare in rassegna i principali elementi di innovazione messi in atto negli ultimi anni in vari ambiti dell'assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria.

Promuovere la salute, prevenire e contrastare le malattie

Il Piano Regionale di prevenzione (d.g.r.t. 693/2015) è l'atto di programmazione principale in materia di prevenzione. Al suo interno, rifacendosi ai contenuti del Piano Nazionale, la Toscana ha inserito un totale di 72 progetti specifici sui temi della promozione della salute, prevenzione primaria, secondaria e terziaria, salute neonatale, salute e sicurezza a lavoro e nell'ambiente di vita, contrasto alle malattie infettive, sicurezza alimentare e sanità veterinaria. I singoli progetti trovano applicazione nel mondo scolastico, del lavoro o, per quelli a carattere più generale, di comunità. Con il Piano è istituito anche un monitoraggio annuale delle progettualità, fatto di obiettivi e indicatori di rendicontazione. Le aree principali di progettualità sono: promozione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione, lotta al fumo e alle dipendenze, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nelle scuole e in ambiente domestico, invecchiamento attivo e in salute, programmi di screening oncologici, neonatali, dei disturbi dell'apprendimento, mobilità e sicurezza stradale, sostenibilità ambientale, programmi di vaccinazione, contraccezione, appropriatezza nell'uso di antibiotici e lotta all'antibiotico resistenza, sicurezza alimentare e salute negli allevamenti.

In alcuni ambiti la Toscana ha proseguito, estendendo o modificando in parte, programmi attivi già da diversi anni, pensiamo agli screening oncologici, agli interventi educativi sui determinanti di salute o alle azioni rivolte alla popolazione anziana, come l'attività fisica adattata.

Si è sempre avuto grande attenzione al mondo sportivo e dell'attività fisica in generale, ma in Toscana si è compiuto un balzo in avanti, portando a conclusione un percorso normativo e di programmazione che culminerà in un vero e proprio Piano dello Sport all'interno del prossimo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale. Se da anni sono attivi i corsi di attività fisica adattata per gli anziani, recentemente sono nate nuove progettualità rivolte invece ai ragazzi e alle persone con disabilità. Il progetto "Sport e scuola compagni di banco" ha istituito un'ora di educazione fisica nelle classi I e II delle scuole primarie, svolta da docenti laureati in scienze motorie, mentre con il progetto "Un battito d'ali per lo sport paraolimpico" si vuole favorire la pratica sportiva tra le persone con disabilità. In generale la Regione ha

attivato, con il progetto “I luoghi dello sport per la Toscana”, un percorso che vuole migliorare impianti e ambienti per attività ludico motoria, supportando gli Enti locali negli interventi di manutenzione e ammodernamento per favorire l’accessibilità.

Negli anni recenti molte sono state le novità nell’ambito della prevenzione e del contrasto alle malattie infettive. Se pensiamo all’età pediatrica ad esempio, vanno ricordate le recenti modifiche che hanno subito i programmi di vaccinazione. In tutta Italia le vaccinazioni obbligatorie, estese da 4 a 10, sono diventate un requisito di accesso per l’iscrizione dei bambini ai nidi e alle scuole dell’infanzia, mentre sono passibili di sanzione i genitori dei bambini non vaccinati iscritti alla scuola primaria (legge 119/2017). La Toscana, con l.r. 51/2018, ha riconosciuto la vaccinazione come strumento di prevenzione primaria a tutela della salute pubblica, definendo prioritaria la protezione della salute dei minori. Questo iter normativo è nato dalla necessità di mantenere i livelli di copertura sopra la soglia del 95%, necessaria per raggiungere l’immunità di gregge: garantire protezione indiretta anche a bambini non vaccinabili per motivi di salute. Le vaccinazioni obbligatorie e gratuite (sotto i 16 anni) sono quelle contro: poliomelite, difterite, tetano, epatite B, pertosse, *haemophilus influenzae* tipo B, morbillo, rosolia, parotite, varicella. Sono fortemente raccomandate inoltre, e per questo gratuite per i neonati, le vaccinazioni anti meningococco B e C, pneumococco, rotavirus. Il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ha organizzato dal 2017 l’offerta vaccinale gratuita, con un accordo con la Pediatria di libera scelta, monitorando l’adempimento delle vaccinazioni previste tramite la condivisione delle informazioni dell’anagrafe vaccinale regionale tra scuola e Ausl.

Nella lotta alle malattie infettive e a trasmissione sessuale a fine 2018 (d.g.r.t. 1251/2018) la Regione ha approvato un Piano di interventi per tutelare la salute sessuale e riproduttiva dei giovani, prevenire le malattie sessualmente trasmissibili, ma anche le interruzioni volontarie di gravidanza e gli aborti. Le azioni principali prevedono la realizzazione di programmi di educazione nelle scuole, campagne informative sulle malattie a trasmissione sessuale, il rafforzamento dell’accessibilità ai consultori e l’erogazione gratuita, su prescrizione medica, di contraccettivi ad alcune fasce di popolazione, oltre alla garanzia della disponibilità dei farmaci di contraccezione di emergenza (entro le 78 ore).

Stiamo assistendo poi a una vera e propria rivoluzione, grazie all’innovazione terapeutica, nella lotta all’epatite C. Dal 2015, a seguito dell’introduzione sul mercato di nuove terapie in grado di curare oltre il 95% delle persone con infezione cronica, la Toscana ha avviato un programma di eradicazione del virus dell’epatite C (d.g.r.t. 647/2015 e d.g.r.t. 397/2018), incrementando l’offerta ambulatoriale da parte dei Centri specialistici e predisponendo percorsi terapeutici per i malati. Contestualmente si sta lavorando per far emergere i casi non noti (la malattia, infatti, può essere asintomatica per molti anni), organizzando screening nella popolazione con la collaborazione dei medici di famiglia. L’emersione dei malati non conosciuti è imprescindibile se si vuole raggiungere l’eradicazione della malattia.

C’è poi il grande tema del contrasto dell’antibiotico resistenza, ovvero dell’aumento di batteri non più sensibili alle cure tramite terapia con antibiotici. Nel 2018 la Giunta regionale ha approvato le “Linee d’indirizzo per la prevenzione e il contrasto delle infezioni legate

all'assistenza e all'antimicrobico resistenza" (d.g.r. 1439/2018), recependo il Piano Ministeriale di Contrasto 2017-2020. Il Piano, e quindi l'atto regionale, individuano strategie e azioni, in ambito terapeutico e veterinario, per contrastare l'aumento di batteri resistenti agli antibiotici, un problema di attualità in salute pubblica. Si punta ad aumentare la consapevolezza tra operatori sanitari e cittadini (anche con campagne mediatiche in collaborazione con le farmacie), a monitorare l'uso degli antibiotici e i casi di resistenza, a prevenire e controllare le infezioni, a ottimizzare l'uso di antimicrobici in campo umano e animale. La Regione Toscana, prima in Italia, già in precedenza aveva attivato un monitoraggio costante delle resistenze batteriche e dell'uso di antibiotici con una sorveglianza (Rete SMART) che coinvolgeva i laboratori di microbiologia degli ospedali, ai quali si sono poi aggiunte le RSA, e va ad affiancarsi alle già presenti rilevazioni delle infezioni legate all'assistenza sanitaria.

Tra le novità rilevanti infine, nella sfera delle dipendenze, è aumentata notevolmente la sensibilità sul tema del gioco d'azzardo patologico. L'attenzione crescente degli ultimi anni ha portato alla nascita di un Osservatorio regionale sul fenomeno della dipendenza da gioco (l.r. 57/2013 e d.p.g.r. 166/2016), che ha l'obiettivo di monitorare il fenomeno, proporre azioni di prevenzione e contrasto a Consiglio e Giunta regionale, promuovere campagne di informazione e sensibilizzazione sulle conseguenze dell'abuso patologico nella popolazione. Dopo un percorso legislativo durato un anno (d.g.r.t. 755/2017 e 771/2018) è stato inoltre approvato il "Piano Regionale di contrasto al gioco d'azzardo", che ha stanziato finanziamenti e definito interventi, coordinati a livello regionale e implementati a livello territoriale, di coordinamento tra Ausl ed Enti locali, campagne di sensibilizzazione e prevenzione rivolte a operatori sanitari e medici di Medicina generale, forze dell'ordine, operatori commerciali, studenti e insegnanti, Terzo settore, oltre che a fasce di popolazione più a rischio, come adolescenti e adulti a rischio di marginalità sociale. È prevista inoltre un'attività di monitoraggio e di valutazione sulla diffusione della problematica e i percorsi di presa in carico.

Sostenere le nascite, le famiglie e la genitorialità

Le azioni di sostegno alle nascite e alla genitorialità comprendono sia interventi prettamente sanitari che altri invece di carattere sociale, educativo e di sostegno alle madri e ai padri. Sostenere le nascite, in una fase storica caratterizzata da un calo della natalità, significa non solo istituire percorsi che aiutino a portare a termine una gravidanza garantendo la salute della madre e del bambino, ma anche aiutare i genitori nella crescita dei loro figli.

Da anni esiste un percorso nascita che garantisce la presa in carico e l'accessibilità agli esami di monitoraggio in gravidanza. In particolare dal 2007 la Toscana assicura i test di valutazione del rischio anomalie cromosomiche in gravidanza (d.g.r.t. 147 e 284 del 2007). Recentemente sono state introdotte importanti novità con il "Nuovo Percorso Nascita" (d.g.r.t. 1371/2018), che contiene in particolare due aspetti innovativi.

Il primo è l'introduzione di nuove procedure di screening per individuare le gravidanze a più alto rischio di anomalie cromosomiche in maniera accurata, senza dover ricorrere a test invasivi come amniocentesi o villocentesi. Si tratta, infatti, di procedure che si basano su prelievi di sangue ed ecografie. Le donne in gravidanza potranno accedere agli esami su tutto il territorio regionale, in particolare la Toscana è la prima in Italia a inserire il NIPT (*non invasive prenatal testing*) in un programma regionale strutturato.

La seconda novità di rilievo è la creazione dell'app hAPPyMamma (realizzata dal Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa) che accompagnerà la donna lungo tutte le fasi del percorso nascita, per facilitare l'orientamento e l'accesso ai servizi offerti. Tramite il proprio *smartphone* sarà possibile visualizzare il libretto di gravidanza completo del calendario con scadenze e promemoria lungo il percorso e prenotare le visite previste dal protocollo.

Nell'ambito dell'educativa domiciliare, destinata alle famiglie che hanno vulnerabilità e fragilità tali da mettere a rischio la crescita sana e armonica dei figli, negli ultimi anni si è lavorato tenendo saldo il principio di intervento nel contesto di vita, l'abitazione, luogo in cui si formano ed esprimono le relazioni tra genitori e figli e dove si possono talvolta vivere situazioni conflittuali, di difficoltà o inadeguatezza. L'educatore agisce per valorizzare le risorse e accompagnare i genitori nel processo di apprendimento delle risposte più adeguate da offrire, per renderli più autonomi nella gestione della loro relazione di affetto e cura dei figli.

Il ricorso all'intervento di educativa domiciliare ha visto un sostanziale rafforzamento, sia in termini di attivazione da parte dei Servizi Sociali e Sociosanitari, sia in termini di più appropriata finalizzazione della prestazione, destinata alle famiglie che vivono situazioni di vulnerabilità e fragilità tali da mettere a rischio la crescita sana e armonica dei propri figli. L'opportunità di intervenire presso l'abitazione, nello spazio di vita dei nuclei, consente di portare il lavoro di cura nel luogo in cui si formano e si esprimono le relazioni tra genitori e figli e dove al contempo si possono vivere situazioni conflittuali, di difficoltà o inadeguatezza. L'educatore professionale agisce per far emergere e valorizzare le risorse individuabili nel

contesto domiciliare, per rendere autonomi i genitori nella gestione della loro relazione di affetto e accudimento dei figli, accompagnandoli nel processo di apprendimento delle risposte più adeguate da offrire. Il merito di aver riposizionato l'educativa domiciliare al centro degli interventi integrati per il sostegno alla genitorialità vulnerabile spetta al Programma nazionale P.I.P.P.I. promosso, fin dal 2013, dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in collaborazione con l'Università di Padova, per valorizzare le competenze genitoriali e prevenire l'allontanamento dei minori dal nucleo familiare. Il focus del Programma ha spostato l'intervento dalla protezione del bambino alla protezione e al rafforzamento dei legami con i genitori e con il suo contesto di vita. Per valutare i cambiamenti, i possibili progressi, o la necessità di ri-progettare, l'*équipe* multidisciplinare (di cui l'educatore fa parte) lavora infatti sul rafforzamento dei legami e sugli aspetti cognitivo comportamentali che li qualificano. La domiciliarità, che connota questo tipo di intervento, consente di "stare-con" e di "fare-con", nella consapevolezza che è necessario integrare tutti i dispositivi e le misure utili a stabilizzare legami significativi, regolari e solidi.

La Toscana ha aderito alla sperimentazione P.I.P.P.I. coinvolgendo progressivamente, nelle diverse fasi, 13 Zone Distretto (ZD) e/o Società della Salute (SdS) e orientando il Sistema dei Servizi Territoriali verso un modello basato sulla valutazione non solo dei fattori di rischio ma anche sui fattori di protezione da sostenere e rafforzare per produrre cambiamenti positivi nei contesti di vita delle famiglie vulnerabili. Nel 2016 gli obiettivi e le esperienze maturate sono state poste a fondamento di un percorso di sviluppo dell'area di prevenzione e sostegno alla genitorialità vulnerabile, per la costruzione di un Sistema Regionale diffuso e uniforme, basato sull'integrazione professionale, organizzativa e istituzionale (d.g.r.t. 274/2016). Ai territori che per primi hanno aderito alla sperimentazione nazionale è stato riconosciuto il ruolo di *senior* per affiancare e integrare i percorsi di lavoro promossi (d.g.r.t. 459/2017) e per stabilizzare e diffondere nel Sistema dei Servizi l'approccio integrato e multidimensionale attraverso gli strumenti dell'*équipe* multiprofessionale e dell'educativa domiciliare: il quadro dei territori *senior* si è arricchito (d.g.r.t. 45/2018) e sono state approvate (d.g.r.t. 769/2019) le "Indicazioni per la diffusione dell'esperienza del Programma Nazionale P.I.P.P.I. e per la valorizzazione degli operatori *senior* e dei formatori esperti a supporto del Sistema dei Servizi delle Zone Distretto e Società della Salute della Toscana".

La messa a sistema delle pratiche e delle esperienze di P.I.P.P.I. è stata, infine, allineata alla programmazione delle misure previste a valere sui fondi del Dipartimento per le Politiche della Famiglia, con cui si è inteso rafforzare il complesso di azioni, dispositivi e progetti incentrati sul sostegno e la promozione della genitorialità. Con varie delibere di programmazione (5/2016, 1032/2017, 1454/2017 e 90/2019), coinvolgendo i Servizi Sociali ed Educativi di Comuni nonché le Ausl, si è scommesso sull'intervento di educativa domiciliare a sostegno di una genitorialità nella quale ricorrono fattori molteplici e competenze che possono essere apprese, migliorate e sviluppate.

Organizzare la rete ospedaliera e territoriale

Varie delibere regionali negli ultimi anni hanno riorganizzato la rete ospedaliera. Questo è avvenuto a seguito dalla riorganizzazione regionale, ampiamente affrontata nei primi due capitoli del volume, ma anche sulla spinta di norme nazionali che hanno modificato alcuni criteri di classificazione degli ospedali.

Nel 2016, a seguito della pubblicazione del d.m. 70/2015 che istituiva criteri comuni su tutto il territorio nazionale, la Toscana ha varato le proprie linee di indirizzo per migliorare l'appropriatezza e ridistribuire le risorse tenendo conto di volumi ed esiti (d.g.r.t. 145/2016). Dello stesso anno sono gli atti sulle reti cliniche tempo dipendenti regionali, ovvero i percorsi di assistenza e cura rivolti alla gestione di ictus, emergenze cardiologiche e traumi maggiori (d.g.r.t. 1378 e 1380 del 2016). Sono state in seguito attivate la rete di prevenzione e cura dell'infertilità, la rete neonatologica e la rete dell'emergenza pediatrica e dell'emergenza intra-ospedaliera, mentre sono in fase di strutturazione le reti oncologiche. Il concetto di rete punta sull'integrazione tra ospedale e territorio e mira a garantire tempestività e qualità della risposta da parte del SSR in caso di evento acuto. Nel 2018 il modello è stato aggiornato, provando a lasciare l'impostazione per patologia e puntando su un *framework* unico, trasversale alle reti individuate in precedenza (d.g.r.t. 958/2018). Si amplia il livello, esteso a tutto il territorio regionale, con lo scopo di far circolare competenze professionali e aumentare l'accessibilità ai servizi.

Da gennaio 2018 anche i presidi di Pronto Soccorso sono stati oggetto di una riorganizzazione (d.g.r.t. 806/2017) con l'obiettivo di omogeneizzare l'organizzazione su tutto il territorio regionale. Si abbandonano i colori triage, improntati sulla gestione delle attese, sostituiti da livelli di urgenza. I livelli di urgenza vanno dall'emergenza, all'urgenza differibile, indifferibile o minore, fino alla totale assenza di urgenza. Ogni livello è assegnato sulla base delle funzioni vitali e delle risorse necessarie per la presa in carico. Per ognuno è individuato un tempo massimo di attesa che va dall'accesso immediato, per le urgenze, a un massimo di 240 minuti per l'assenza di urgenza. In ogni presidio sono individuate 3 linee di attività per organizzare la risposta: alta, media e bassa complessità, quest'ultima gestita con prestazioni ad hoc che in alcuni casi prevedono solo il ricorso a cure infermieristiche o l'indirizzo a percorsi specialistici.

Gestite le acuzie, alla dimissione del paziente entra in funzione l'Agenzia di Continuità tra Ospedale e Territorio (ACOT), istituita nel 2016 in ogni presidio ospedaliero toscano (d.g.r.t. 679/2016). L'Agenzia ha un livello operativo di ZD, è composta da un team multiprofessionale (medico, infermiere, assistente sociale, fisioterapista), ma può avvalersi anche della collaborazione di specialisti (fisiatri o geriatri). Con la sua creazione la Regione Toscana ha voluto intervenire sulla dimissione ospedaliera, per ottimizzare il decorso post ospedaliero e evitare nuovi ricoveri. La funzione principale è individuare la modalità di dimissione più appropriata, sulla base di quanto emerso in sede di valutazione multidimensionale, che considera non solo il quadro clinico, ma anche quello sociale e relazionale.

Il fine ultimo è quello di garantire la sicurezza dei pazienti. In particolare possono essere i pazienti più anziani, malati e/o soli ad aver bisogno di più aiuto ed è a questi ultimi che si rivolgono le cure intermedie, per le quali sono uscite nuove linee di indirizzo regionali (d.g.r.t. 909/2017). Si cerca di spostare i pazienti anziani dal *setting* ospedaliero, del quale non hanno più necessità, a quello residenziale sul territorio, che possa comunque proteggere la persona, favorendone il recupero ed evitando così riacutizzazioni. La durata prevista è di 20 giorni, si tratta pertanto di servizi pensati sul breve periodo immediatamente successivo alla dimissione. Il percorso è organizzato per livello di intensità, da basso ad alto, con un conseguente impegno maggiore da parte del medico di famiglia e del medico specialista della struttura residenziale. Con un atto del 2018 è poi stata istituita la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (d.g.r.t. 597/2018), operatore responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare, tramite interventi domiciliari e ambulatoriali. Gli ambiti principali, ma non esclusivi, sono quelli della gestione delle cronicità e della non autosufficienza. In particolare la nuova figura è chiamata a valutare, anche tramite monitoraggi periodici, salute e bisogni della popolazione generale e delle persone, a organizzare iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività e ai singoli, a facilitare i percorsi, predisponendo interventi assistenziali personalizzati e promuovendo l'aderenza a piani terapeutici, riabilitativi e a progetti come la Sanità di Iniziativa, a sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio e nell'ambito dei Servizi Territoriali Sanitari e Sociosanitari.

A livello territoriale le novità riguardano inoltre alcuni temi specifici che saranno descritti in particolare nel paragrafo sull'assistenza a lungo termine. Un tema generale, affrontato recentemente con la d.g.r.t. 750/2018, riguarda il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche. Le linee di indirizzo contenute nell'atto regionale individuano un governo dell'attività ambulatoriale in grado di garantire equità di accesso in tempi certi, variabili, ma definiti in base alla tipologia e al livello di urgenza della prestazione. La riorganizzazione distingue chiaramente il livello strategico di programmazione dell'offerta, che deve basarsi sulle stime di prestazioni attese in base alle caratteristiche della popolazione che rappresenta il proprio bacino di utenza, dal livello operativo. Quest'ultimo ha il compito di definire le agende con cadenza almeno annuale, prevedendo percorsi diversi per il primo contatto/accesso e per la presa in carico e i contatti successivi, sfruttando un impiego efficiente delle risorse umane e tecnologiche al fine di ottenere benefici in termini di appropriatezza e soddisfazione dei pazienti.

Prendere in carico a lungo termine

L'assistenza a lungo termine riguarda quelle condizioni di natura cronica che necessitano di una gestione e cura continua, giornaliera o quasi, non necessariamente di alta intensità, fatta di interventi sanitari, sociali e sociosanitari integrati. Si trovano in condizioni di questo tipo le persone con disabilità, gli anziani non autosufficienti, i malati cronici.

Disabilità

Nel 2017 la Toscana ha riordinato la normativa a tutela dei diritti delle persone con disabilità con una legge regionale (l.r. 60/2017), operando una revisione dell'offerta legislativa in materia, con l'obiettivo di promuovere i diritti della persona, contrastare le disuguaglianze, favorire la piena autodeterminazione, il diritto al lavoro, l'accessibilità ai servizi, anche tramite la creazione di un portale web dedicato alla disabilità. La legge ricomprende ovviamente anche progetti già in essere, ma mira a fare ordine e chiarezza, ribadendo finalità e interventi.

Tra le azioni principali troviamo la definizione del Progetto di vita, un approccio di sostegno alla disabilità che riunifica in un unico percorso obiettivi e risposte sanitarie, sociali, previdenziali, formative e lavorative, ambientali e relazionali, di cui la persona ha bisogno per realizzare la propria autodeterminazione. Nella prassi il progetto è redatto in base all'esito della valutazione multidimensionale e delle aspettative personali e accoglie al suo interno interventi e prestazioni tra quelle disponibili. Per essere efficace questa impostazione ha bisogno dell'integrazione e coordinamento di vari soggetti, pubblici e non, e della definizione di un budget di salute, cioè delle risorse, non solo finanziarie, necessarie allo sviluppo del progetto.

Affinché il progetto di vita sia garantito omogeneamente a tutte le persone con disabilità, a fine 2017 è stato approvato il "Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità" (d.g.r. 1449/2017). Si tratta di un documento di programmazione di un percorso di lavoro avviato nel 2018 e condiviso con tutto il territorio, Aziende sanitarie, ZD e SdS, ma anche con Anci e con il mondo associativo, perché la partecipazione della persona con disabilità alla definizione del proprio Progetto di vita, anche mettendo in campo risorse proprie in termini di capacità e livelli di autonomia, sia una realtà su tutto il territorio regionale.

In quest'ottica vanno anche tutti i sostegni alla domiciliarità promossi attraverso contributi economici alla persona per l'assunzione di un assistente personale, ivi comprese le progettualità per la vita indipendente o gli interventi di adattamento domestico. Il Fondo nazionale per le Non Autosufficienze ha permesso inoltre, fin dal 2016 (d.g.r. 342/2016, 664/2017, 453/2018), di supportare la permanenza al domicilio di persone con disabilità gravissima, evitandone l'istituzionalizzazione.

A integrazione del quadro di supporto alla domiciliarità, va ricordato inoltre che a fine 2018 è stato inserito un articolo nella l.r. 73/2018 che disciplina i contributi economici a favore di famiglie con figli minori disabili gravi.

Si richiama poi il percorso intrapreso per favorire l'autonomia, il benessere e la piena inclusione sociale delle persone con disabilità grave, in attuazione di quanto definito con legge 112/2016, la cosiddetta legge sul "Dopo di noi", mediante interventi di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare e di supporto alla domiciliarità attivati su tutto il territorio regionale (d.g.r.t. 753/2017), attraverso la realizzazione di progetti presentati dalle SdS, ZD, Comuni e Ausl, in co-progettazione con le associazioni e le fondazioni che operano a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie. I protagonisti sono le persone con disabilità grave in età adulta, prive del sostegno familiare o in vista del venir meno della rete di genitori e congiunti, in una logica di personalizzazione degli interventi e di partecipazione in modo attivo e fattivo del proprio progetto di vita, con l'obiettivo di favorire percorsi di progressiva autonomia, compatibili con le loro abilità e competenze, nonché sostenere soluzioni alloggiative di tipo familiare, alternative ai grandi istituti. I 28 progetti in corso, si avvalgono delle esperienze maturate dai servizi sociosanitari territoriali nella realizzazione dei predetti percorsi individuali di accrescimento e consolidamento della vita autonoma dei soggetti interessati, promossi con d.g.r.t. 594/2014, e si ampliano con le risorse dedicate e gli strumenti appositamente finalizzati, quali il monitoraggio dei progetti e la mappatura dei luoghi del "Dopo di Noi", attivati in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità, che rappresentano ulteriori importanti garanzie promosse a supporto delle corrette attività di programmazione del livello regionale e di informazione verso la collettività.

Per favorire il superamento degli ostacoli di accesso ai percorsi di cura, merita invece di essere ricordato il "documento d'indirizzo per azioni di sistema finalizzate al miglioramento dei percorsi di salute per le persone con disabilità" (d.g.r.t. 666/2017). L'atto impegna il sistema a eliminare disuguaglianze di cura derivanti dalla mancata risposta efficace ai bisogni speciali che possono avere le persone con disabilità. Il SSR deve organizzarsi innanzitutto per riconoscere il bisogno speciale all'accesso e assicurare in seguito la piena fruizione dei servizi di cura, adottando, dove necessario, modifiche organizzative, operative e logistiche. Insieme alle linee di indirizzo è stato approvato il "progetto sui percorsi assistenziali per soggetti con bisogni speciali", dove si descrivono le azioni necessarie per applicare correttamente le linee di indirizzo in ambulatorio, in ospedale o in Pronto Soccorso: interventi di carattere logistico, di riorganizzazione degli spazi, nuovi protocolli, formazione per il personale.

Non autosufficienza

Nel 2008 la Regione Toscana ha istituito un proprio fondo destinato a sostenere i servizi sociosanitari integrati di presa in carico della persona non autosufficiente (l.r. 66/2008). Gli atti più recenti in materia hanno riguardato la possibilità di attivare in RSA il modulo a Bassa Intensità Assistenziale (BIA), le cui caratteristiche a conclusione del percorso sperimentale sono state sistematizzate in maniera organica con la d.g.r.t. 312/2017, mentre la definitiva messa a regime è avvenuta con l'approvazione del Regolamento 2/R/2018. Si tratta di un modulo di assistenza residenziale per anziani, ulteriore rispetto ai quattro moduli previsti dalla d.g.r.t. 402/2004, destinato a rispondere al bisogno di assistenza prioritariamente sociale di quelle persone il cui grado di complessità infermieristica e disabilità funzionale rende inappropriato, in

eccesso, un ricovero nei Moduli Base delle Residenze Sanitarie Assistenziali e inappropriato, in difetto, il ricovero in strutture pensate per l'assistenza a persone autosufficienti. Infatti, le persone con queste caratteristiche non soddisfano i criteri previsti per l'inserimento in modulo base perché occorre una risposta residenziale a minor intensità di assistenza sanitaria e maggior assistenza tutelare/ricreativa e riabilitativa.

Sempre alle RSA si è rivolto il “Progetto Persona – La buona cura” (d.g.r.t. 1016/2015 e 953/2017), che ha attivato un Piano per la sicurezza in RSA, predisponendo un monitoraggio del contesto operativo su temi prioritari come il benessere organizzativo, la qualità dell'assistenza e delle relazioni tra residenti e operatori, le condizioni di lavoro, al fine di supportare la programmazione dei servizi sociosanitari e svolgere attività di sensibilizzazione in merito ai suddetti temi. Nell'incontro tra domanda e offerta, la d.g.r.t. 995/2016 ha aggiornato i rapporti tra pubblico e gestori di RSA per anziani non autosufficienti e reso operativo il principio di libera scelta (l.r. 82/2009), cioè la possibilità, da parte dell'anziano cui è stato assegnato il diritto all'erogazione della quota sanitaria, di scegliere la struttura sociosanitaria dove ricoverarsi, tra quelle accreditate e disponibili. Per supportare questo processo di scelta è stato anche attivato un portale web, costantemente aggiornato e implementato dall'Agenzia Regionale di Sanità, in collaborazione con gli uffici regionali, dove il cittadino può trovare informazioni sulle strutture e i posti letto disponibili in tutto il territorio regionale.

Oltre alle prestazioni domiciliari del Fondo per la non autosufficienza è stato attivato il progetto “Pronto Badante” (d.g.r.t. 66/2019) che mette a disposizione delle famiglie toscane un servizio di sostegno rivolto alla persona anziana nel momento in cui si presenta, per la prima volta, una situazione di fragilità. Il progetto offre un unico punto di riferimento per ottenere informazioni e un aiuto economico per l'assunzione di un/una badante. Il servizio è complementare ai percorsi territoriali sociosanitari, si rivolge cioè ad anziani che non siano già in carico ai servizi e per i quali non sia già stato predisposto un Piano di assistenza personalizzato. Va segnalata inoltre, rimanendo in ambito domiciliare, la creazione dell'infermiere di famiglia e comunità, citata nel paragrafo precedente sulla riorganizzazione territoriale, figura di riferimento anche per la sfera della non autosufficienza nell'orientamento tra i servizi dedicati e nell'erogazione di cure e assistenza sociosanitaria presso la propria abitazione.

Rimanendo nell'ambito della non autosufficienza, ma riferendosi in particolare alle persone con decadimento cognitivo, la Toscana, sulla base del Piano Nazionale, ha approvato il “Piano Regionale Demenze” (d.g.r.t. 1402/2017), definendo l'organizzazione della rete sociosanitaria integrata per la presa in carico delle persone con demenza e i requisiti delle strutture. Nel Piano si definiscono azioni di sostegno alle famiglie per migliorare la qualità della vita dei malati, nonché la formazione/informazione dei *caregiver*, anche con interventi di sostegno psicologico. Con successiva d.g.r.t. 224/2018, per dare risposte a tutte le problematiche legate alla malattia, è stata offerta la possibilità al territorio di presentare progetti, nell'ambito dei servizi della rete, relativi a sostegni specifici per pazienti e familiari, interventi di stimolazione cognitiva e altre opportunità per la socializzazione e il mantenimento delle capacità residue, gruppi di sostegno e auto-aiuto, corsi di formazione e informazione per i familiari, consulenze

specialistiche, incentivando le esperienze dei “Caffè Alzheimer” e degli “Atelier Alzheimer” e stanziando un importante finanziamento dedicato.

Cronicità

La Toscana nel 2018 ha recepito l'accordo Stato-Regioni sul Piano Nazionale Cronicità (d.g.r.t. 826/2018) e sta predisponendo il proprio Piano Regionale. I progetti toscani avviati in questi anni sul tema della gestione della cronicità sono in linea con i contenuti del Piano Nazionale. Dal 2009 in tutta la regione è attiva la Sanità di Iniziativa (SdI), un modello territoriale che, coinvolgendo i medici di Medicina generale, adotta una presa in carico proattiva del malato cronico al fine di prevenire eventi acuti dovuti al peggioramento delle condizioni di salute. In vari atti di programmazione (Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, Piano Regionale della Prevenzione) è stata ribadita la centralità di questo modello, prevedendone un'estensione ed evoluzione. Nel 2016 è stato definito il nuovo modello della SdI, che supera l'impostazione iniziale per patologie e prevede interventi per specifici target di popolazione, individuati in base a livelli di rischio omogenei per la salute, ma trasversali alle diverse patologie (d.g.r.t. 650/2016). Propedeutica alla presa in carico sarà la stratificazione della popolazione per livello di rischio, cui corrisponderà un bisogno di assistenza, declinato in azioni e interventi specifici. Nel Piano Nazionale infatti il processo di gestione del malato è composto da una prima fase di stratificazione e *targeting* della popolazione, seguita dalla presa in carico e gestione del paziente attraverso il Piano di cura, dall'erogazione di interventi personalizzati contenuti nel Piano di cura, dalla valutazione della qualità delle cure erogate.

Una componente che permette alla SdI di raggiungere i propri obiettivi è la partecipazione consapevole della persona nella gestione della propria malattia. In quest'ottica è stato avviato un progetto di educazione all'autogestione delle malattie croniche (modello IDEA, d.g.r.t. 545/2017) che mira a rendere i pazienti più consapevoli della propria condizione e più autonomi nella gestione delle terapie e degli esami di monitoraggio. Basato sui programmi di autogestione delle cronicità e del dolore cronico dell'Università di Stanford, il modello ha l'obiettivo di fornire indirizzi alle Ausl per la diffusione e l'applicazione di quanto attiene alla programmazione, attuazione e verifica delle attività di supporto all'autogestione per i malati cronici.

Contrastare le diseguaglianze e proteggere i più vulnerabili

Nell'ambito del Programma operativo regionale del Fondo sociale europeo (POR FSE) 2014-2020 della Regione Toscana, l'Asse B "Inclusione sociale e lotta alla povertà" ha destinato circa 100 milioni di euro al sostegno dell'inclusione attiva, alla promozione delle pari opportunità e ai percorsi di inserimento nel mercato del lavoro. Queste misure combinano politiche attive di sviluppo e di protezione sociale, e si caratterizzano per una *governance* integrata del territorio, tra soggetti pubblici e privati, individuali e collettivi, in un nuovo modello di coesione sociale che non solo eroga servizi pubblici, ma costruisce anche un contesto utile alla promozione delle capacità individuali, oltre che dei sistemi economici e del territorio.

In particolare, le "azioni di incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili" (obiettivo specifico B.1.1) prevedono interventi integrati di orientamento, accompagnamento, e formazione, anche grazie a criteri e modalità di attuazione della programmazione FSE adottati dalla Regione e fondati su:

- ZD come soggetti di riferimento per strutturare processi inclusivi e partecipativi in grado di innescare rapporti sistematici tra le innovazioni dei sistemi di servizio, i bisogni e le dinamiche delle comunità locali e delle loro risorse (competenze formali, capacità informali, attivazione di reti e di capitale sociale);
- consapevolezza della necessità di rafforzare l'infrastruttura sociale necessaria al cambio di paradigma rispetto alle misure assistenziali, prevedendo servizi e *équipe* dedicate;
- integrazione tra servizi, operatori dei diversi comparti e azioni, da articolare in una filiera logica e sequenziale;
- approccio metodologico e operativo di tipo ecologico che di fatto introduce, anche nell'ambito dell'inclusione sociale e lavorativa, la valutazione multidimensionale del bisogno, il progetto personalizzato e la presa in carico integrata, distinta da quella leggera, per situazioni non ancora in grave difficoltà e con meno problematiche;
- valutazione delle persone in base alla classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (*ICF*), in particolare relazione al tema specifico delle persone più vulnerabili in condizione di disabilità, e delle aziende, con azioni mirate di *scouting* e di *matching* con i destinatari;
- attivazione di risorse personali e di contesto (patto di inclusione).

Il primo avviso "Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili" (intesi come persone in carico ai servizi psichiatrici) ha visto l'attuazione di 31 progetti, conclusi a fine 2018, realizzando un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone in carico ai Servizi Sociosanitari Territoriali. In base all'esperienza maturata, a febbraio 2018 sono stati pubblicati altri due avvisi rivolti ad altre persone maggiormente vulnerabili.

L'avviso "Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate" finanzia, invece, percorsi individualizzati di accompagnamento al lavoro per persone disoccupate o inoccupate, in particolare condizione di svantaggio socio-economico e in carico ai servizi sociali territoriali. I progetti dedicano specifica attenzione a donne sole con figli a carico, persone in famiglie multiproblematiche o monoreddito, in strutture di accoglienza o in programmi di intervento in emergenza alloggiativa, vittime di violenza nelle relazioni familiari o vittime di tratta. L'avviso persegue i seguenti obiettivi specifici:

- consolidare l'infrastruttura territoriale dei servizi per l'accompagnamento al lavoro di soggetti vulnerabili in carico ai servizi sociosanitari territoriali;
- favorire la connessione tra Servizi Sociali zionali e Centri per l'Impiego (CpI), in fase di programmazione generale e di implementazione delle misure dirette ai destinatari finali;
- valorizzare la valutazione multidimensionale e la progettazione personalizzata dei percorsi inclusivi.

L'avviso "Servizi di inclusione socio-lavorativa e accompagnamento al lavoro per persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria di limitazione o restrizione della libertà individuale" prevede la realizzazione di due tipologie di interventi, per servizi interni e esterni. Gli interventi per servizi interni finanziano sportelli di tutela sociale in tutti gli istituti penitenziari regionali per favorire l'accesso ai diritti dei detenuti, in fase di custodia cautelare e di esecuzione della pena. Gli interventi per servizi esterni prevedono la creazione di una rete per l'accompagnamento al lavoro, in collaborazione con gli uffici distrettuali e interdistrettuali di esecuzione pena e con i CpI. L'obiettivo è attivare percorsi individuali di accompagnamento al lavoro per detenuti ammessi alle misure di esecuzione penale esterna, offrendo concrete opportunità di stage in azienda. Inoltre, si finanzia la creazione degli Uffici per l'esecuzione penale esterna (UEPE), che svolgono attività di ricerca e *matching* tra Enti con posti per lavori di pubblica utilità e persone inserite in programmi di giustizia riparativa.

Con gli interventi "Miglioramento dell'accesso ai servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi i servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale" (ambito della priorità di investimento B.2) si intende fronteggiare la crescente domanda di servizi sociali e la loro riorganizzazione in chiave innovativa, intervenendo sui servizi di cura socio-educativi in un'ottica di ampliamento/potenziamento, per migliorare la conciliazione tra vita lavorativa e familiare. L'obiettivo è potenziare e differenziare la rete d'offerta sociale e sociosanitaria, per garantire l'accesso ai più fragili e rispondere ai nuovi bisogni emergenti. Si prevede di intervenire sui servizi dedicati alle persone con limitazione dell'autonomia, potenziando i servizi residenziali e semiresidenziali e sviluppando misure di assistenza domiciliare integrata (per incentivare la de-istituzionalizzazione delle cure), attivando sportelli informativi per l'uscita dalla condizione di esclusione sociale, erogando sostegni economici per l'accesso alle prestazioni.

In quest'ottica è concepito l'avviso "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" per sostenere il rientro al domicilio degli anziani con limitazioni temporanee dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, con un pacchetto che prevede sia servizi di cura domiciliari professionali che servizi residenziali di breve durata.

Lotta alla povertà

Nel 2018, per la prima volta, la Regione Toscana ha varato un Piano Regionale per la lotta alla povertà, per sostenere persone e famiglie in situazioni di disagio economico e contrastare i fenomeni di esclusione sociale (d.g.r.t. 998/2018). Il Piano prevede un programma triennale (2018-2020) per ridurre le cause dell'impoverimento e sostenere l'uscita delle persone dalle condizioni di marginalità ed esclusione sociale, stanziando oltre 120 milioni di euro, tra risorse statali e regionali, e puntando un sistema regionale integrato finalizzato all'inclusione sociale. In attuazione del d.lgs. 147/2017 il Piano ha definito le azioni che integrano quanto già attivato dalla Regione Toscana, andando oltre politiche meramente assistenzialistiche e mirando alla prevenzione del fenomeno e non solo al suo contrasto. Nella pratica, si tratta di servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate, di assistenza alla ricollocazione e incentivi all'occupazione, di interventi per l'infanzia, del sostegno all'abitare, realizzati integrando e coordinando le diverse politiche di settore di competenza regionale (sociali e socio-sanitarie, del lavoro, della formazione, abitative) e in armonia con funzioni e iniziative di competenza statale, nel rispetto degli obblighi e della partecipazione agli impegni comunitari. Il Piano si integra inoltre con il Piano attuativo locale, il Piano di Area Vasta e, soprattutto, con il Piano di Inclusione Zonale e Piano integrato di salute di ZD. Si prevede anche la sperimentazione di servizi innovativi come l'*housing first*, la casa come diritto umano primario, e il *care leavers*, a favore di maggiorenni che vivono fuori dalla famiglia di origine a seguito di un provvedimento dell'autorità giudiziaria. Le azioni del Piano si inseriscono in un contesto che mira a:

- rafforzare e garantire un livello uniforme di servizi sul territorio, dando priorità alle funzioni che permettono al Servizio Sociale di realizzare il contrasto alla povertà e assicurare la presa in carico multidisciplinare;
- promuovere interventi di prossimità flessibili e innovativi, tesi ad accompagnare l'individuo e la famiglia nella riattivazione delle risorse interne e esterne;
- attivare e rafforzare le reti e le risorse territoriali zonali, estendendo la progettazione ai CpI, le politiche abitative, le agenzie formative, i servizi sanitari;
- individuare il Tavolo regionale della Rete della protezione e dell'inclusione sociale come organismo di coordinamento e sede istituzionale stabile di raccordo tra Regione, Comuni, altri organismi pubblici, Terzo settore e Parti Sociali, che a vario titolo si adoperano nel contrasto alla povertà e di esclusione sociale;
- integrare fondi comunitari, nazionali e regionali.

Migranti

Le continue tensioni geopolitiche nell'area mediterranea e mediorientale e le conseguenti pressioni migratorie sviluppatasi dal 2011 verso i Paesi dell'UE hanno determinato, sia a livello nazionale che regionale, l'esigenza di adeguare l'ordinamento e le politiche pubbliche ai bisogni di accoglienza e integrazione, nonché di coesione sociale correlate a tali fenomeni.

In Toscana se, da un lato, la cornice normativa e di programmazione degli interventi in materia di immigrazione negli ultimi dieci anni si è positivamente sviluppata, in attuazione delle “Norme per l’accoglienza, l’integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana” (l.r. 29/2009), consolidando strategie e azioni volte a qualificare la rete territoriale dei servizi e a potenziare gli strumenti di informazione, orientamento, formazione, promozione e accompagnamento rivolti alle persone e alle comunità straniere residenti in Toscana, dall’altro lato l’intensificazione dei flussi migratori ha sollecitato una specifica linea di attenzione volta a fronteggiarne gli aspetti di emergenza e complessità, nella consapevolezza della necessità di mantenere una coerenza complessiva del sistema: sostenibilità, accoglienza diffusa, rispetto esperienze ed equilibri delle comunità territoriali.

Tali orientamenti hanno altresì trovato rappresentazione coordinata nel “Libro Bianco sulle politiche di accoglienza dei richiedenti asilo politico e titolari di protezione internazionale o umanitaria” (d.g.r.t. 1304/2017), attraverso tre specifiche linee di attività:

- dialogo inter-istituzionale tra i molteplici soggetti del territorio (Prefetture, Enti locali, Terzo settore) e scambio delle buone pratiche;
- promozione di un modello di *governance* coerente con le politiche di welfare regionali (prossimità e ruolo attivo delle ZD/SdS);
- misure volte a sostenere progettualità territoriali, sia attraverso risorse regionali che attraverso l’utilizzo di risorse di fonte comunitaria e nazionale (in particolare il Fondo Asilo Migrazione Integrazione 2014/2020) destinate, segnatamente, alla formazione civico-linguistica, all’integrazione scolastica dei minori e alla presa in carico integrata delle persone vulnerabili.

Nel Libro Bianco, insieme all’indicazione dei principi e delle proposte sul sistema di accoglienza, alle caratteristiche e ai requisiti di qualità dei progetti e degli interventi di integrazione orientati alla coesione sociale che la Toscana intende adottare, hanno trovato corrispondenza anche le diverse dimensioni delle politiche regionali (modello di *governance*, formazione linguistica, formazione/lavoro, coordinamento dei servizi socio-sanitari, standard di qualità dei progetti finalizzati all’inclusione sociale), nonché i principi cui ispirare l’organizzazione dei servizi e degli interventi (ruolo centrale del soggetto pubblico come garanzia di qualità e equità del sistema, misure volte a sostenere interventi territoriali, lavoro di comunità, processi di integrazione sociale degli stranieri).

Lo sviluppo dei percorsi tracciati nel documento è stato dunque aggiornato nel 2018 con la promozione di uno specifico Avviso pubblico (d.g.r.t. 835/2018) a sostegno di interventi di inclusione da sviluppare all’interno di partenariati virtuosi tra Enti locali, pubblici, Terzo settore e imprese e finalizzati a promuovere percorsi di integrazione e coesione sociale (ad esempio il coinvolgimento attivo dei richiedenti asilo e la partecipazione alle iniziative della comunità locale).

Un’ulteriore novità nel percorso di accoglienza è l’inserimento, all’arrivo dei cittadini migranti sul nostro territorio, della valutazione dello stato di salute tramite una scheda anamnestica di presa in carico sindromica, compilata al primo screening sanitario (d.g.r.t. 1000/2018).

Contrastare le disuguaglianze e proteggere i più vulnerabili

Questa innovazione facilita, oltre al monitoraggio generale della salute della popolazione straniera, una presa in carico complessiva della persona e un miglioramento della pratica clinica. Alla scheda, informatizzata, potranno accedere medici incaricati, storicizzando così, in caso di nuovi accertamenti, le informazioni sanitarie del singolo individuo. L'attivazione, coordinata dal Centro di salute globale, ha subito alcuni rallentamenti a seguito della forte contrazione negli arrivi registrata anche nel nostro territorio a seguito delle attuali politiche nazionali. Il completamento, previsto nel corso del 2019, darà luogo al superamento del gap informativo sullo stato di salute dei cittadini stranieri presenti in regione, spesso invisibili ai monitoraggi basati sulle banche dati amministrative.

Salute in carcere

La Toscana è una delle regioni italiane più attente alla salute della popolazione detenuta, la cui responsabilità è passata di competenza, nel 2008, dal Ministero di Giustizia al Sistema Sanitario Nazionale. In regione è attivo un osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria (d.g.r.t. 213/2012 e 163/2017) che monitora periodicamente la salute fisica e psicologica dei detenuti, programmando azioni di prevenzione e interventi sanitari. Nel 2017 sono stati definiti gli obiettivi prioritari per il triennio, tra cui troviamo azioni organizzative del Sistema Sanitario, monitoraggi epidemiologici periodici, interventi di promozione della salute, tutela della salute mentale, prevenzione e contrasto delle dipendenze e dei suicidi (d.g.r.t. 629/2017). Proprio su quest'ultimo tema nel 2018, recependo il Piano Nazionale del 2017, la Toscana ha approvato il proprio "Piano Regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel Sistema Penitenziario" (d.g.r.t. 451/2018). Il suicidio, infatti, è la seconda causa di morte tra i detenuti che spesso soffrono le condizioni di vita all'interno degli istituti penitenziari. A questo proposito, fra i principali punti messi in evidenza, il Piano sottolinea l'importanza di identificare precocemente i soggetti più vulnerabili e le circostanze in cui tale vulnerabilità si manifesta tenendo presenti i numerosi fattori che conferiscono all'individuo un rischio elevato di suicidio.

Vittime di violenza

Nel 2016 si è costituita la Rete regionale Codice Rosa per gli interventi a favore di persone vittime di violenze e/o abusi, in particolare donne, bambini e persone discriminate (d.g.r.t. 1260/2016), dopo una sperimentazione avviata nel 2010 nella ex-Ausl di Grosseto, in seguito estesa a tutta la regione. Si tratta di una rete tempo dipendente, che si attiva in Pronto Soccorso, per fornire risposte immediate alle esigenze di cura delle persone, per il riconoscimento e la collocazione in tempi rapidi del bisogno espresso all'interno di percorsi sanitari specifici, operando in sinergia con Enti, Istituzioni e con la rete territoriale del Centri Antiviolenza. La rete coordina i nodi che erogano risposte sanitarie, in emergenza e nella presa in carico successiva, per le diverse tipologie di vittime di violenza, mediante percorsi specifici. In particolare vuole favorire la capacità di riconoscere subito i casi di violenza e assicurare percorsi efficaci, coordinando le diverse istituzioni e competenze, assicurando la

presa in carico territoriale superata l'emergenza, sulla base della valutazione delle esigenze di tutela e protezione delle vittime mediante percorsi rispondenti alle loro esigenze.

Oggi l'esperienza è replicata in diverse regioni italiane e la sua efficacia ha fatto da apripista alle Linee guida nazionali per le Asl e le AOU in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. Nel luglio 2018 è stato firmato il protocollo d'intesa tra Regione Toscana e le Procure della Repubblica regionali per definire anche le linee di indirizzo giuridico-forensi.

Le azioni promosse negli anni da Regione Toscana in tema di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne, avviate con la l.r. 59/2007, si sono strutturate e articolate su più livelli e ambiti. A partire dalla stabilità della distribuzione dei fondi ministeriali a Centri antiviolenza e Case rifugio che garantiscono la realizzazione di interventi e attività specialistiche nei confronti delle donne e dei figli a titolo gratuito, e che, con l'implementazione dei fondi regionali, hanno consentito una maggiore diffusione dei punti di accesso territoriali e sperimentato buone pratiche di *empowerment* delle donne in uscita dalla violenza, con il finanziamento di percorsi di supporto lavorativo e abitativo, in collaborazione tra diversi uffici regionali. Molto è stato fatto in termini di prevenzione e sensibilizzazione delle giovani generazioni e dei docenti (in collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale e gli Atenei toscani), e in termini culturali (in collaborazione con l'Ordine dei giornalisti) per l'adozione di un linguaggio consono al racconto delle violenze e non sessista negli atti e nei documenti di Regione Toscana (Decisione 16/2019). Si è confermato il rafforzamento del ruolo di regia regionale che, anche con la costituzione del Comitato di Coordinamento Regionale, ha consentito di fornire indirizzi ai territori per raggiungere omogeneità negli interventi e nelle procedure, a partire dalla definizione dell'elenco dei Centri antiviolenza che consente una più dettagliata specificazione dei requisiti dell'intesa Stato-Regioni a garanzia della correttezza e qualità degli interventi.

Pronto intervento sociale

Il Pronto intervento sociale costituisce la traduzione operativa di un livello essenziale dei servizi sociali fino ad oggi garantito in modo non strutturato e disorganico. La Regione Toscana, con il precedente PISSR 2012-2015, aveva già sottolineato la necessità di avviare la sperimentazione di un pronto intervento sociale, poi concretizzatasi in iniziative specifiche tese a corrispondere a situazioni di emergenza/urgenza. Tra queste si possono ricordare la già citata rete "Codice Rosa", per le vittime di violenza, il progetto "Gulliver", per la prima accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, il progetto "Satis", per le vittime di tratta e grave sfruttamento.

Nel 2015 in 6 ambiti territoriali dell'Asl Toscana Centro è partita la sperimentazione del Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS), un pronto intervento sociale per la gestione delle emergenze e urgenze sociali (d.g.r.t. 1322/2015), che Regione Toscana vuole estendere in tutta la regione, prevedendo un servizio di secondo livello sempre attivo e fondato su un approccio di sistema. La proposta è inserita anche nel Piano Sociale Sanitario 2018/2010, attualmente in fase di discussione.

Contrastare le diseguaglianze e proteggere i più vulnerabili

Si vuol confermare la necessità di mettere in campo una capacità di lavoro innovativa dei servizi sociali, per raggiungere nuove aree di bisogno e di vulnerabilità, e, grazie a nuove prospettive di rapporto e di relazione con le persone, fornire una nuova porta di accesso ai cittadini.

Il modello SEUS valorizza e sviluppa l'interconnessione sistematica e le relazioni organizzative fra Regione, Area Vasta, Ausl e ZD, e si basa sull'infrastruttura culturale-organizzativa fatta da Dipartimento del Servizio Sociale della Ausl, SdS e Comuni, che ne rappresentano la funzione e la titolarità pubblica.

Nella pratica il SEUS prevede un numero unico verde dedicato e gratuito per le segnalazioni di soggetti pubblici (servizi sociali, sanitari, forze dell'ordine, istituti scolastici) e/o altri soggetti territoriali che rilevino una situazione di emergenza urgenza sociale personale o familiare grave e non differibile, un evento calamitoso o una situazione di emergenza climatica, che richiedano un pronto intervento per stabilizzare la situazione e salvaguardare l'incolumità delle persone coinvolte. A seguito della segnalazione, il SEUS effettua una valutazione professionale e fornisce assistenza immediata, necessaria e appropriata alla persona, predisponendo un progetto d'aiuto urgente che individui le prestazioni necessarie nel paniere delle risorse a disposizione nella zona di riferimento. In base alla tipologia di bisogno rilevato e all'esito del pronto intervento, se necessario, può essere inviato al domicilio un operatore del Servizio Sociale, e/o di altri servizi, per garantire la continuità della presa in carico e i successivi interventi.

L'attivazione del SEUS sul territorio regionale avverrà con gradualità, completando prima le ZD dell'Ausl Toscana Centro e estendo poi il Servizio a un'altra ZD per ciascuna delle altre due Ausl, secondo i requisiti minimi essenziali previsti. Con l'adesione di ulteriori territori si costituirà in ciascuna Ausl una Centrale Operativa del Servizio. A livello regionale si prevede invece una Cabina di regia con funzioni di indirizzo generale, supportata da un Coordinamento tecnico-scientifico per sovrintendere, monitorare, studiare e proporre le migliori strategie organizzative e di metodo e garantire lo sviluppo culturale e organizzativo unitario.

Accompagnare nel fine vita

A livello nazionale il dibattito sul fine vita e il biotestamento ha portato alla definizione delle “Disposizioni Anticipate di Trattamento” (DAT) con la legge 219/2017. Si afferma la libertà di scelta della persona e la possibilità di lasciare scritte le proprie intenzioni in merito agli accertamenti diagnostici, le scelte terapeutiche e i trattamenti sanitari in un’eventuale condizione di incapacità di autodeterminazione. Con la d.g.r.t. 352/2018 la Toscana ha dato gli indirizzi alle Ausl perché garantiscano ai propri cittadini questo diritto, in salute e nelle fasi di un’eventuale malattia, con un livello di informazione appropriato e sufficiente ad esprimere una scelta consapevole. Inoltre, con la d.g.r.t. 1082/2018 ha regolamentato la raccolta delle copie delle DAT, del luogo di conservazione, nonché i tipi di dati trattati, le operazioni eseguibili, i soggetti che possono trattare i dati medesimi, le misure per la sicurezza dei dati, la loro fruibilità da parte dei medici.

Le DAT si inseriscono nel più ampio tema del fine vita, che contiene progettualità di aiuto, sostegno e accompagnamento. Già nel 2014 il Consiglio sanitario regionale aveva dato parere favorevole al documento di “Pianificazione anticipata e condivisa delle cure - Le insufficienze d’organo *end stage*” (parere 97/2014), dove si sottolineava, in caso di malattia terminale, la necessità di trovare appropriatezza nelle cure, evitando terapie futili che corrano solamente il rischio di compromettere la qualità della vita residua, puntando invece su percorsi clinici multidisciplinari di accompagnamento e sostegno. Nello stesso anno è stata formalizzata e articolata la Rete delle Cure Palliative (d.g.r.t. 199/2014), i relativi *setting* di cura e le strutture di coordinamento regionale e aziendale. Di fatto, però, tale Rete non è mai stata operativa. Solo nel 2018 si è ritenuto necessario, in primis, una ridefinizione della Rete delle Cure Palliative e poi l’inserimento nel Piano di attività 2018-2019 del Comitato strategico regionale delle Cure Palliative una serie di attività che puntino al potenziamento, alla funzionalità e all’efficienza dei servizi (d.g.r.t. 1337/2018).



Gli effetti sulla salute e il ricorso ai servizi dei toscani



A fronte dei percorsi illustrati nei capitoli precedenti, nel quarto e ultimo capitolo del volume si cerca di valutare le ricadute che le riforme regionali e le loro attuazioni, le trasformazioni organizzative e le nuove progettualità messe in atto, hanno avuto sulla salute e sul ricorso ai servizi dei toscani.

L'impostazione è articolata in schede (relative ad ambiti sanitari, sociosanitari, sociali o di carattere organizzativo), che si aprono con un quesito iniziale, ipotizzato come se fosse posto da un cittadino toscano che si trovi a dover affrontare una malattia o una condizione di forte disagio o difficoltà sociale o sanitaria. Per dare risposta a queste ipotetiche domande si attingerà alle misure fornite dai molti sistemi di monitoraggio regionali che il sistema di Agenzie, Università e strutture regionali hanno implementato negli ultimi anni. Alcuni indicatori utilizzati per la valutazione sono già stati presentati nel primo volume, che ha fotografato la Toscana nel panorama italiano, le analisi in questo caso si concentreranno però sul trend degli ultimi 5 anni (a partire dall'anno precedente all'avvio delle riforme), dove possibile, e sulle differenze interne alla regione, per valutare i fenomeni nel tempo (trend) e nello spazio (variabilità). La scheda si conclude con una valutazione di merito sul cambiamento operato nel periodo considerato.

Gli ambiti affrontati sono stati scelti per il loro peso rilevante in ottica di salute pubblica e organizzazione dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari. Sono 11 in totale, tutti quanti toccati dai processi riorganizzativi e dalle progettualità/innovazioni discusse nei capitoli precedenti: prevenzione, acuzie, cronicità, cure oncologiche, violenza di genere, supporto alla genitorialità, accoglienza e integrazione, povertà, relazioni tra pazienti e operatori, sostenibilità, clima organizzativo interno.

Gli autori hanno deciso, in autonomia, quali fossero le misure e le modalità di presentazione più adeguate a fornire una risposta esaustiva. Non tutto ovviamente è risultato misurabile in modo omogeneo tra le varie schede dal punto di vista temporale o geografico.

Riteniamo comunque che lo sforzo fatto sia utile e necessario per provare a fare un bilancio dei processi messi in atto in questi ultimi 5 anni.

Il Servizio Sanitario Regionale si preoccupa di mantenermi in salute?

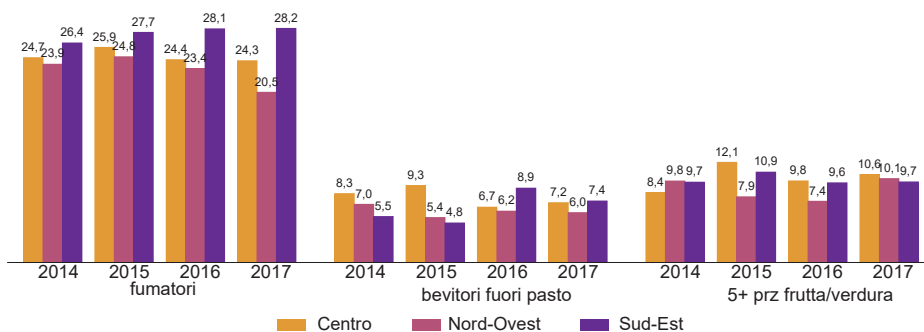
Determinanti di salute

L'assunzione di corretti stili di vita (attività fisica, consumo di tabacco o alcol, dieta) è una delle principali tematiche affrontate nell'ambito della prevenzione primaria. Per questo motivo, da molti anni, sono attivi sul territorio regionale sistemi di monitoraggio e valutazione dell'esito delle attività di prevenzione adottate nei confronti di questi comportamenti.

La Toscana è tra le regioni italiane che hanno valori inferiori alla media nazionale di fumatori di tabacco, con il 23,9% di fumatori abituali tra gli adulti, rispetto alla media italiana del 26% (fonte: Indagine PASSI tra 18-64enni). Nel periodo 2014-2017 la prevalenza si mantiene tendenzialmente stabile sia tra i giovani d'età compresa fra i 14 e i 19 anni (19,2%) che tra gli adulti 18-64enni (23,9%). Simile il trend degli ex-fumatori, il 17,6% dei residenti adulti (18-64anni) nel 2017. La Ausl Toscana Sud-Est è quella con il maggior numero di fumatori (figura 1 e 2). Questi valori riflettono la ricaduta positiva che gli interventi nei confronti del fumo hanno avuto in Toscana, portandola ad avere prevalenze inferiori alla media nazionale. In ambito scolastico, sono state attivate azioni di prevenzione e promozione della salute basate sulla metodologia della *peer education* (educazione fra pari), mentre la popolazione adulta è interessata da percorsi di disassuefazione (in particolare rivolti alle persone con patologie fumo correlate) svolti all'interno dei Centri Antifumo presenti sul territorio. A questi, ovviamente, dobbiamo aggiungere la ricaduta che l'osservanza della legge antifumo ha avuto sul consumo di tabacco, azione che la Regione Toscana sta ulteriormente sostenendo partecipando al programma *Workplace Health Promotion – WHP*, che prevede, fra le numerose azioni, interventi specifici sui luoghi di lavoro.

Attualmente la nostra regione sembra aver raggiunto valori difficili da ridurre ulteriormente, in qualche modo infatti i fumatori attuali rappresentano la quota di cosiddetti "irriducibili".

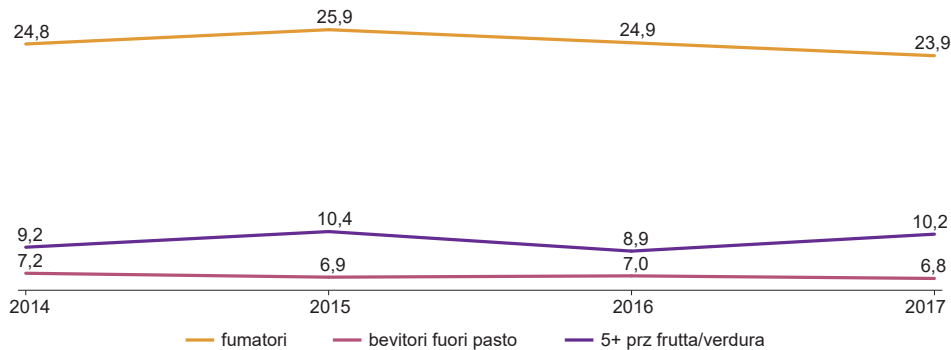
Figura 1. Consumo di tabacco, alcol fuori pasto e frutta e verdura per Ausl di residenza - Prevalenza per 100 abitanti d'età 18-64 anni - Toscana, periodo 2014-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati PASSI



Anche rispetto al consumo di alcol fuori pasto, *proxy* di un consumo di alcol scorretto e con maggiori rischi per la salute, la Toscana ha valori inferiori alla media nazionale. Ciò nonostante, la forte componente culturale ed economica rappresentata dal consumo e dalla produzione di vino, fa sì che la maggior parte degli interventi di prevenzione attivi sul nostro territorio siano rivolti alla popolazione giovanile, per il contrasto del *binge drinking* (assunzione di molto alcol in un breve lasso di tempo), rimandando gli adulti a interventi di secondo livello (prevenzione secondaria).

Anche in questo caso si osservano alcune differenze geografiche, con l'aumento dei bevitori negli ultimi due anni tra i residenti della Ausl Sud-Est, diventata la prima delle tre Ausl per prevalenza di bevitori fuori pasto (figura 1). Il trend 2014-2017 è invece in riduzione nelle altre Ausl.

Figura 2. Consumo di tabacco, alcol fuori pasto e frutta e verdura – Prevalenza per 100 abitanti d'età 18-64 anni – Toscana, periodo 2014-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati PASSI



Infine, mediamente il 9,7% dei toscani (18-64 anni) consuma frutta e verdura in quantità raccomandate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), almeno 5 porzioni al giorno, valore che scende al 4% tra i ragazzi d'età compresa fra i 14 e i 19 anni. Il trend recente è in aumento di 1 punto percentuale, senza particolari differenze per Ausl (figura 1 e 2).

Nel corso di questi anni sono stati avviati interventi di carattere regionale che hanno interessato diversi target di popolazione. In ambito scolastico è stata attivata la valutazione dei piani nutrizionali adottati nelle scuole dell'infanzia e primarie (l'84,9% delle scuole ha un piano nutrizionale adeguato) mentre nelle scuole secondarie di secondo grado, sono attivi distributori automatici contenenti prodotti biologici e frutta. Per quanto riguarda la ristorazione in ambito lavorativo, dal 2014 la Toscana partecipa al programma *Workplace Health Promotion – WHP* con la promozione di cambiamenti organizzativi nei luoghi di lavoro, mentre continua la diffusione del progetto “Pranzo sano fuori casa”, grazie al quale, in oltre 570 esercizi di ristorazione, sono serviti alimenti a basso contenuto di grassi con l'aggiunta di frutta e verdura.

Promozione dell'attività fisica e prevenzione delle cadute in una popolazione a rischio

Gli anziani rappresentano una quota molto consistente della popolazione residente sul nostro territorio (ormai 1 toscano su 4), pertanto il mantenimento delle loro buone condizioni fisiche è un fattore molto importante al quale la nostra regione ha dedicato specifici interventi. Uno dei più noti riguarda l'attivazione di corsi di attività fisica adattata (AFA) rivolti a persone con problemi motori di bassa o media intensità. Tra il 2014 e il 2018 l'azione è stata attivata in oltre l'85% dei Comuni toscani, raggiungendo nel 2018 l'89,5% di copertura. L'estensione mostra una diffusione uniforme su tutto il territorio regionale, con percentuali superiori alla media nei comuni della Ausl Toscana Sud-Est (aderiscono il 92% dei Comuni). Dal 2014 l'attività è svolta anche presso tutti i circoli AUSER (associazione per l'invecchiamento attivo) presenti sul territorio regionale.

Nello stesso periodo (2014-2018) è stato attivato anche il progetto di prevenzione per le cadute dell'anziano basato sulla metodologia Otago, dedicata a soggetti con autonomia funzionale conservata e a rischio di caduta. L'attività, inserita nel Piano regionale di prevenzione della Toscana, ha visto una prima fase formativa rivolta agli operatori, mentre dal 2017 ha preso inizio la vera e propria diffusione con l'attivazione in 15 Zone Distretto e in 8 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Le vaccinazioni

Un altro tema prioritario nell'ambito della prevenzione primaria è rappresentato dalle vaccinazioni. L'entrata in vigore della normativa nazionale sull'obbligo vaccinale (legge 119/2017) ha reso possibile un incremento dei valori delle coperture vaccinali (CV) su tutto il territorio nazionale. La Toscana, riconoscendo nella vaccinazione uno strumento per la salvaguardia della salute della popolazione (l.r. 51/2018) ha ottenuto nel 2018 il raggiungimento del valore soglia raccomandato dall'OMS, pari al 95% dei bambini a 2 anni d'età, per tutte le vaccinazioni obbligatorie ad eccezione della Varicella, la cui CV risulta comunque ben al di sopra della media nazionale (46,1%) e in sensibile aumento negli ultimi anni, passando dal 77,1% del 2014 all'89,1% del 2018 (tabella 1).

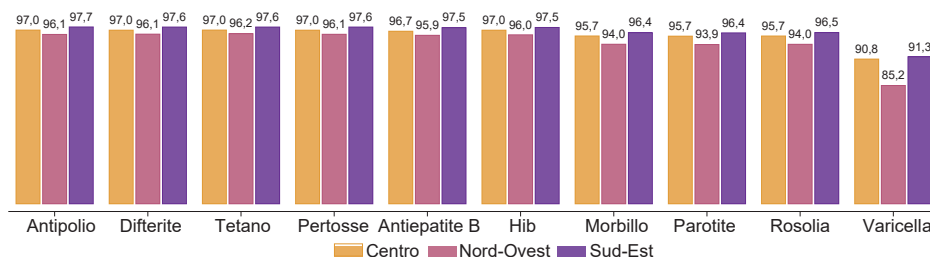
Nel provvedimento nazionale sono inoltre fortemente raccomandate alcune vaccinazioni per proteggere i nuovi nati nei confronti dei seguenti agenti: meningococco C, meningococco B, pneumococco e rotavirus. I risultati indicano una sostanziale stabilità delle CV per lo pneumococco, un importante incremento per il meningococco B, mentre un aumento minore delle CV è stato registrato per meningococco C e rotavirus (quest'ultima vaccinazione rivela un valore del 10% circa).

Tabella 1. Coperture vaccinali a 24 mesi per malattia – Vaccinati per 100 bambini a 2 anni d'età – Toscana, periodo 2016-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Regione Toscana, Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale

Malattia	Anno				
	2014	2015	2016	2017	2018
Con vaccino obbligatorio					
Poliomielite	95,4	95,4	94,4	95,8	96,8
Difterite	95,6	95,6	94,4	95,7	96,8
Tetano	95,7	95,7	94,6	95,8	96,9
Pertosse	95,4	95,4	94,4	95,7	96,8
Epatite B	95,1	95,1	94,1	95,4	96,6
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	95,1	95,1	94,0	95,4	96,8
Morbillo	89,3	89,3	89,4	93,5	95,3
Parotite	89,2	89,2	89,3	93,4	95,3
Rosolia	89,2	89,2	89,4	93,5	95,3
Varicella	77,1	77,1	75,3	87,1	89,1
Con vaccino consigliato					
Pneumococco	93,8	93,8	89,0	90,4	92,5
Meningococco C	87,8	87,8	90,7	92,7	91,1
Meningococco B	0,6	0,6	54,8	73,0	79,8
Rotavirus	7,8	7,8	8,1	8,3	10,2

Il dato sulle vaccinazioni obbligatorie mostra alcune variazioni per Ausl di residenza, ponendo la Ausl Toscana Nord-Ovest su un gradino leggermente inferiore rispetto alle altre, per tutte quante le vaccinazioni, in particolare quella anti-Varicella (figura 3).

Figura 3. Coperture vaccinali a 24 mesi per malattia e Ausl di residenza - Vaccinati per 100 bambini a 2 anni d'età - Toscana, anno 2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Regione Toscana, Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale



È opportuno infine menzionare la vaccinazione anti-influenzale tra gli anziani, che nell'ultimo quinquennio mostra in Toscana valori di CV in lieve aumento (dal 50% circa della stagione influenzale 2014-15 al 56% circa della stagione 2018-19), in linea con il dato nazionale, ma comunque lontana dal valore soglia minimo raccomandato dall'OMS (75% degli anziani).

Gli screening

Nell'ambito della prevenzione secondaria, l'attività di screening è una delle principali azioni finalizzate all'individuazione precoce di una malattia. Fra questi, i più noti, sono gli screening neonatali (ipotiroidismo congenito, audiologico e oftalmologico) e quelli oncologici (mammografico, cervice uterina e coloretale).

In tutti i 24 punti nascita presenti sul territorio regionale la copertura degli screening tra i nuovi nati è molto elevata. Nel periodo 2015-2018 si è assistito a un incremento costante per le tre tipologie considerate (tabella 2), su tutto il territorio regionale in maniera omogenea.

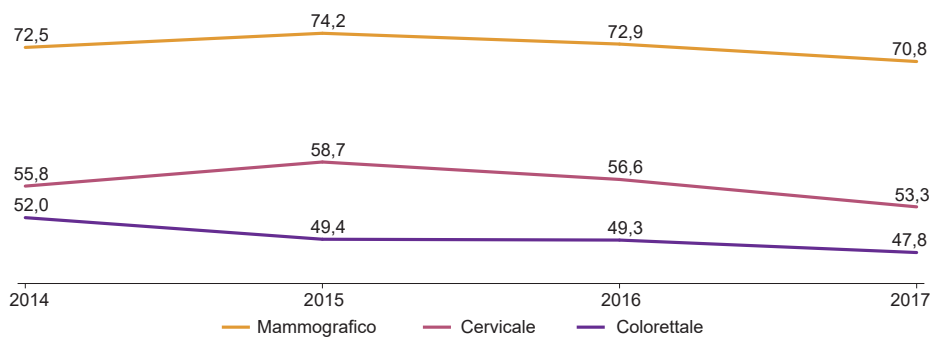
Tabella 2. Screening neonatali - Screening effettuati per 100 bambini nati - Toscana, periodo 2015-2018 - Fonte: Regione Toscana

Screening neonatali	Anno			
	2015	2016	2017	2018
TSH neonatale	98,4	99,6	99,9	99,9
Screening oftalmologico	95,6	96,9	96,3	97,3
Screening audiologico	94,2	95,8	94,5	95,9

Gli screening oncologici, per la prevenzione del tumore della mammella, cervice uterina, colon-retto, hanno ovviamente popolazioni target diverse (per genere e/o età) e necessitano quindi di un'analisi distinta.

La percentuale di adesione allo screening mammografico in Toscana, nel periodo 2014-2017, mantiene una media superiore al 70%, con una lieve flessione osservata nel 2017 (figura 4). Il valore è decisamente superiore alla media italiana, pari al 55%. Su tutto il territorio regionale, i programmi aziendali (dettaglio di ex-Ausl) superano il valore soglia ($\geq 50\%$) ma l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) segnala alcune criticità nei territori dell'ex-Ausl di Pisa e di Siena, dove nel 2017 la percentuale di donne che hanno aderito allo screening è stata, rispettivamente, del 58,2% e del 56,5% (tabella 3).

Figura 4. Screening mammografico, cervicale e colon rettale - Adesione ogni 100 inviti (esclusi inesitati e esclusioni dopo invito) - Toscana, periodo 2014-2017 - Fonte: Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica della Toscana (ISPRO)



Accogliendo quanto previsto dalla Consensus del Gruppo Italiano Screening Mammografico, la Toscana ha stabilito l'estensione dello screening mammografico anche alle donne d'età inferiore ai 50 anni e superiore ai 69 anni (d.g.r.t. 874/2016). L'estensione dello screening è stata avviata nel territorio dell'ex-Ausl di Firenze, che nel 2017 ha invitato 6.628 donne 45enni e 8.006 donne d'età compresa fra i 70 e i 74 anni.

Tabella 3. Screening mammografico, cervicale e coloretale per Ausl di residenza – Adesione ogni 100 inviti (esclusi inesitati e esclusioni dopo invito) – Toscana, anno 2017 – Fonte: Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica della Toscana (ISPRO)

Ex-Ausl	Mammografico	Cervicale	Coloretale
Massa Carrara	76,4	57,9	43,9
Lucca	80,6	55,9	38,9
Pistoia	76,3	46,7	46,5
Prato	71,4	52,0	36,8
Pisa	58,2	47,8	52,8
Livorno	76,0	52,4	48,4
Siena	56,5	49,4	49,3
Arezzo	81,8	56,6	43,7
Grosseto	67,3	60,4	46,2
Firenze	69,3	58,0	54,1
Empoli	78,2	54,4	56,0
Viareggio	65,9	46,3	37,5
Toscana	70,8	53,3	47,8

Per lo screening cervicale, in linea con le raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute, la Toscana sta portando avanti il programma di conversione da Pap test a test Hpv primario. Quest'ultimo sarà eseguito con cadenza quinquennale nelle donne d'età compresa fra i 34 e i 64 anni, mentre il Pap test rimarrà a intervallo triennale per la fascia d'età 25-33 anni. Il processo di transizione, il cui completamento è previsto nel 2019, è già attivo sul tutto il territorio regionale. Nel 2017, 144.102 donne hanno fatto un test HPV o un Pap test (53,3% della popolazione target). In Italia la prevalenza di adesione 2017 si attesta al 39,9%.

Al fine di incrementare la copertura, in alcune zone della Toscana sono state applicate le disposizioni previste dalla d.g.r.t. 1049/2012, inviando un ulteriore richiamo alle donne che non avevano risposto nei tre anni precedenti e riuscendo a far aderire il 36% delle donne richiamate, portando così la copertura ben al di sopra di quanto previsto dalla normativa (73% nell'area fiorentina).

Lo screening coloretale nel 2017 è stato eseguito dal 47,8% delle persone d'età compresa fra i 50 e i 70 anni (in Italia la media è del 41%). Nel periodo 2014-2017 il livello di adesione ha mostrato un trend in diminuzione in tutta la Toscana (figura 4), ad eccezione della ex-Ausl di Viareggio, dove c'è stato un incremento di quasi 10 punti percentuali. Nonostante questo, il valore di adesione si mantiene al di sopra del 45%, standard di accettabilità proposto dal Gruppo Italiano Screening Colon Rettale (GISCoR).

Conclusioni

L'attività di prevenzione ha un ruolo molto importante nel mantenimento dello stato di salute di una popolazione. Nonostante il periodo di crisi economica, che anche la nostra regione ha attraversato, gli interventi di promozione della salute e di prevenzione primaria (fra cui gli stili di vita e le coperture vaccinali) hanno mantenuto livelli sempre molto elevati, tra i più alti in Italia. I toscani mantengono abitudini e stili di vita migliori rispetto alla media italiana, considerando i principali fattori di rischio per la salute.

Gli effetti di molte azioni contenute nel Piano di prevenzione regionale hanno tempi di latenza ampi, comuni a tutti gli interventi di prevenzione primaria, per questo le pur modeste variazioni osservate rappresentano comunque il segnale che la direzione presa è quella giusta. Le attività di screening neonatale e oncologico hanno raggiunto livelli di copertura ben al di sopra della media nazionale, con valori superiori a quanto indicato dai principali esperti del settore. L'adesione a questi programmi sta producendo un aumento dell'aspettativa di vita media alla diagnosi oncologica, grazie all'individuazione precoce dei tumori, con la conseguente possibilità di ottenere maggiori benefici dalle cure.

Anche la popolazione anziana, che molto spesso può essere più restia e sfuggire ai principali programmi di prevenzione, è stata coinvolta tramite interventi dedicati al mantenimento della funzionalità fisica per evitare che l'anziano scivoli nella non autosufficienza e quindi si trovi costretto ad abbandonare il proprio domicilio per ricorrere a un'assistenza di tipo residenziale.

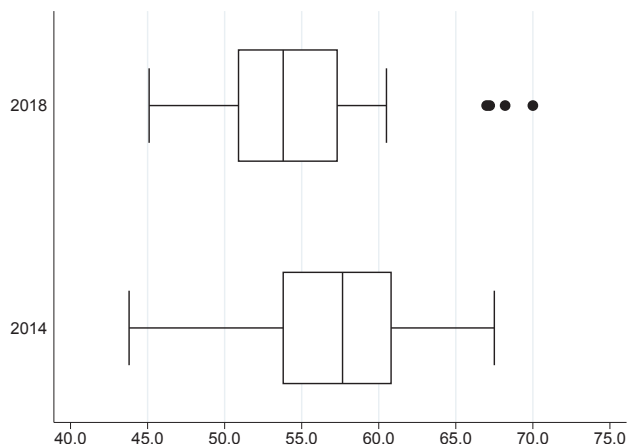
Se ho un problema di salute acuto, sono curato nel modo migliore possibile?

Negli ultimi anni il Servizio Sanitario Regionale (SSR) è stato oggetto di un processo di riorganizzazione continuo e l'assistenza ospedaliera è uno degli ambiti principali della riorganizzazione che ha portato a una forte de-ospedalizzazione. Nel 2018 in Toscana sono stati effettuati 559.136 ricoveri, -5,5% rispetto al 2014 (591.853 ricoveri), niente è cambiato in termini di regime di ricovero (76% ordinari e 23% in day hospital), mentre si sono ridotte le giornate di degenza (-2,8%) ed è aumentata la degenza media, passando nei 5 anni da 6,7 a 6,9 giorni. Questo è l'effetto della riduzione dei ricoveri inappropriati, che riesce a ridurre i ricoveri e la degenza complessiva, cercando però di evitare dimissioni troppo precoci.

Gli eventi acuti hanno un forte impatto sui servizi ospedalieri e di emergenza-urgenza. La malattia acuta è definita come un processo morboso (di tipo funzionale o organico), talvolta a rapida evoluzione, con tipica struttura "a picco": si nota la comparsa di sintomi e segni violenti in breve tempo (pochi giorni) e di cui in genere si dà un riscontro causale diretto. La guarigione è possibile grazie a cure mediche tempestive o tempestivamente organizzate. Di seguito sono trattate le patologie a risoluzione chirurgica o medica con maggior impatto epidemiologico (infarto e ictus) o sui servizi (interventi per frattura femore e tonsillectomia), per quanto riguarda l'organizzazione della cura e assistenza, che rappresentano i maggiori determinanti dell'esito della cura.

Per valutare l'esito delle cure in caso di eventi acuti è utile monitorare il trend dell'ospedalizzazione in area medica (reparto per acuti, regime ordinario), in leggera diminuzione da 57 a 55 ricoveri per 1.000 abitanti d'età 16+ anni dal 2014 al 2018. In leggero aumento la variabilità territoriale per Zona Distretto (ZD), a causa di alcune zone che si allontanano dai valori medi regionali nel 2018, anno in cui il range dei valori di ZD varia da 45 per a 70 per 1.000 abitanti (figura 1).

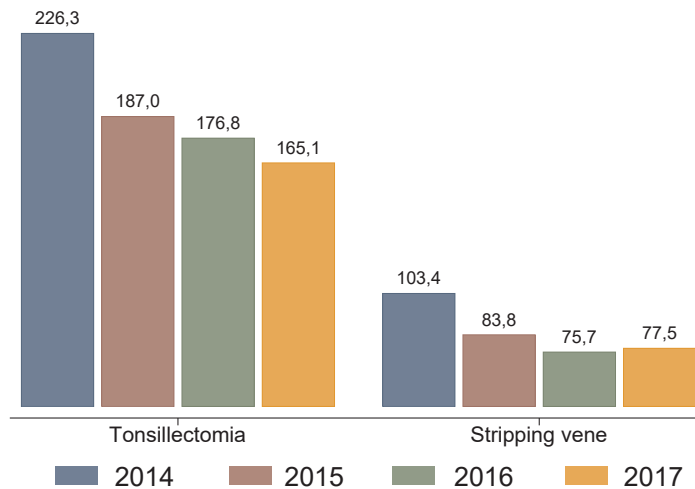
Figura 1. Ricoveri in area medica (regime ordinario, reparto per acuti) per Zona Distretto - Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 16+ anni - Toscana, anni 2014 e 2018
 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO



In questi anni, il sistema ospedaliero toscano, oltre ad essere il più efficiente ed efficace tra i sistemi regionali, come evidenziato nei vari Rapporti SDO del Ministero della Salute, ha confermato la capacità di garantire anche esiti di cura tra i migliori a livello nazionale. Con riferimento alla Chirurgia generale va segnalato che in Toscana, dal 2012, oltre l'80% dei ricoveri per intervento di colecistectomia laparoscopica in regime ordinario (utilizzato come paradigma di intervento chirurgico che può essere eseguito con degenza molto breve in tutti gli ospedali, utilizzato anche per i confronti tra le regioni) ha una degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni, valore nettamente superiore al dato nazionale pari al 73% e del parametro previsto dal d.m. 70/2015 ($\geq 70\%$). Purtroppo la buona performance complessiva e di molte strutture regionali non garantisce equità di trattamento nel territorio regionale: in particolare tra i residenti di alcune ZD la percentuale è significativamente inferiore alla media regionale e scende al di sotto del 70%. La quota di presidi con almeno 100 interventi annui (parametro d.m. 70) passa dal 50% nel 2014 al 55,6% nel 2018, in entrambi gli anni tali strutture coprono più dell'85% dei volumi regionali.

Alcuni interventi (tonsillectomia e *stripping* alle vene) per i quali i tassi di ospedalizzazione dovrebbero essere contenuti, mostrano un calo negli ultimi anni e un contenimento anche del coefficiente di variazione (figura 2).

Figura 2. Ricoveri per interventi chirurgici di tonsillectomia e di stripping delle vene - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana, periodo 2014-2017 - Fonte: Laboratorio MeS, Scuola Superiore Sant'Anna



Ottimi sono gli esiti della Chirurgia vascolare, con una mortalità a seguito di intervento di aneurisma non rotto dell'aorta in calo, su valori nettamente inferiori al dato nazionale, e cinque ospedali con livello di qualità molto alto.

Per il buon esito delle cure, dopo un episodio acuto di malattia, è fondamentale, oltre alla qualità delle cure ricevute in ospedale, anche la capacità dei servizi territoriali di prendere in carico i pazienti. Un *proxy* di tale capacità sono le riammissioni in ospedale per qualsiasi causa nei 30 giorni successivi alla dimissione. Dal 2014 al 2017 le riammissioni non pianificate sono lievemente aumentate, da 9% a 9,4%, se confrontiamo questo dato con le riammissioni post evento acuto come ad esempio l'infarto, l'ictus, l'intervento per aneurisma non rotto dell'aorta o per bypass, si rileva invece un dato inferiore, con un trend in calo negli anni. Per il Sistema Sanitario l'integrazione tra ospedale e territorio resta ancora una sfida aperta per i prossimi anni.

Il Servizio Sanitario Regionale assicura un buon esito degli interventi per le patologie più urgenti?

Il sistema di cura per le patologie acute è basato sulla costruzione di Reti Cliniche tempo-dipendenti, nelle quali l'esito finale dipende dalla tempestività e dall'efficacia con cui sono condotte tutte le fasi del percorso di cura. Ne sono tipici esempi l'infarto del miocardio e l'ictus (patologie acute nelle quali il buon esito si gioca nelle prime ore) e la frattura di femore (trauma caratteristico degli anziani, dove l'intervento ortopedico

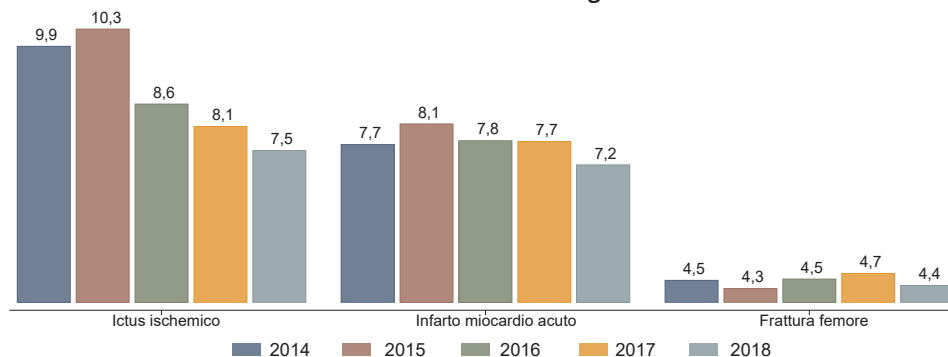
da i migliori esiti in termini di sopravvivenza e di disabilità se eseguito nei primi due giorni dall'evento).

L'organizzazione delle Reti Cliniche toscane ha dato buoni risultati in termini di sopravvivenza a seguito di infarto o ictus.

La mortalità a 30 giorni da un ictus in Toscana è scesa dal 9,9% del 2014 all'8,1% del 2017, il dato provvisorio del 2018 evidenzia un ulteriore miglioramento (7,5%). L'indicatore è migliorato nelle tre Aree Vaste (AV), con la Centro già stabilizzata da tre anni su valori che oscillano tra 7,8% e 8%, la Sud-Est che raggiunge il 5,6% e la Nord-Ovest che si conferma l'area a rischio maggiore, con il dato più alto, pari a 8,4%. Il dato italiano dell'indicatore per il 2017 è 11,3% (fonte: Piano Nazionale Esiti - PNE).

Per l'infarto del miocardio, la mortalità a 30 giorni nel quadriennio 2014-2017 è rimasta su valori mediamente pari al 7,7%, anche se nel 2015 il trend ha raggiunto l'8,1%, per poi ridursi progressivamente fino al 7,2% nel 2018. Contrariamente all'ictus, si registra un incremento di variabilità tra le tre AV, con la Nord-Ovest che presenta valori maggiori rispetto alle altre aree. Anche a livello nazionale si rileva un trend in calo del fenomeno, che fa registrare una mortalità dell'8,3% nel 2017 (fonte: Piano Nazionale Esiti - PNE). Nella frattura di femore dell'anziano i risultati in termini di qualità dei percorsi sono rimasti pressoché stabili negli anni recenti: la mortalità a 30 giorni dal trauma era pari al 4,5% dei casi nel 2014 e al 4,4% nel 2018. L'esito delle cure in Toscana è nettamente migliore rispetto al resto del Paese, con una media italiana pari a 5,5% nel 2017 (fonte: PNE). Tali risultati sono funzione di vari fattori, tra cui l'attenzione posta alla tempestività dell'intervento, dal 2014 al 2018 siamo passati dal 64% al 75,5% degli interventi entro 48h, e la concentrazione di più del 95% della casistica in poco più della metà dei centri che operano il femore. Restano ancora molte strutture, prevalentemente private, che trattano la frattura di femore pur non raggiungendo i 75 interventi annui previsti dal d.m. 70.

Figura 3. Mortalità a 30 giorni per frattura di femore, infarto del miocardio, ictus - Deceduti, aggiustati per età, ogni 100 eventi - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO e Anagrafe assistiti



Anche la tempestività dell'intervento migliora nel periodo: la percentuale di pazienti ultra64enni con frattura di femore che sono operati nei primi 2 giorni del ricovero passa dal 64% del 2014 al 75% del 2018, dato più alto del valore nazionale, pari al 64,7% nel 2017.

Il Servizio Sanitario Regionale offre un'organizzazione di buona qualità per le patologie più urgenti?

Il processo di strutturazione/formalizzazione delle reti e in particolare delle reti tempodipendenti (infarto, ictus e trauma), che si è sviluppato nell'ultimo triennio, ha quindi portato alla revisione di vari processi organizzativi e confronti continui tra professionisti. In questo contesto, la riforma sanitaria e l'ampliamento dei confini amministrativi delle Ausl ha facilitato e talvolta reso necessario alcune relazioni, la revisione di processi organizzativi nella logica della condivisione di risorse umane e strumentali.

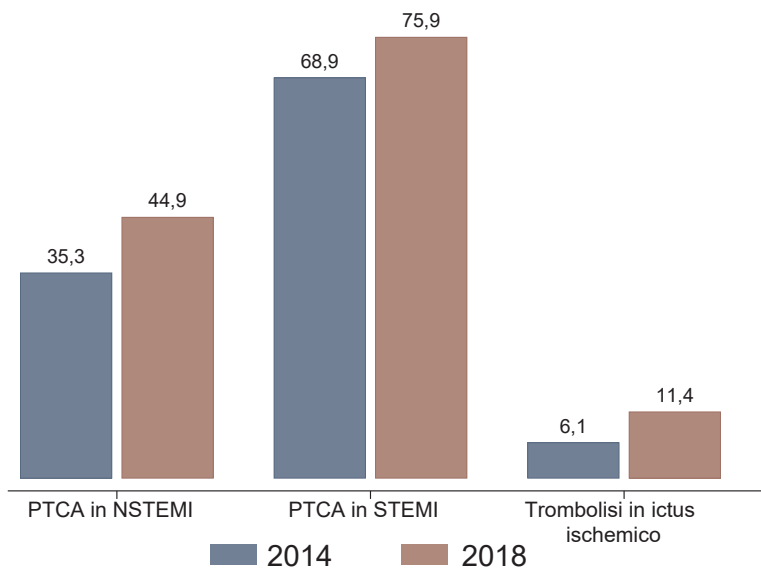
Benché l'esito delle cure sia il principale indicatore per misurare il buon funzionamento di una rete, è tuttavia fondamentale, per queste patologie, tracciare e verificare alcune misure di processo relative ai tempi di accesso al trattamento e la percentuale dei casi trattati. Per quanto riguarda i tempi è possibile tracciare solo alcune fasi, mentre per la quota dei casi trattati riscontriamo dei dati in miglioramento dal 2014 al 2018 per il trattamento dell'infarto e dell'ictus.

La quota dei trattati con Angioplastica coronarica percutanea (PTCA) passa dal 68,9% al 75,9% per l'infarto del miocardio con tratto ST sopra-slivellato (STEMI), dal 35,3% al 44,9% per gli infarti senza sopra-slivellamento (NSTEMI). Nel trattamento dell'infarto NSTEMI l'incremento è maggiore nell'AV Centro e Sud-Est, mantenendo costanti nel tempo le differenze tra le tre aree, mentre nel trattamento dello STEMI il miglioramento nel tempo caratterizza tutte le aree, anche se in modo differente, portando una forte diminuzione della variabilità di risultato e riducendo di un punto e mezzo il range di variazione tra AV (range variazione 2018: da 74,8% della Sud-Est a 76,6% della Centro). La rete cardiologica è chiamata a rispondere anche a due parametri previsti nel d.m. 70/2015: almeno 100 casi di infarto per stabilimento e almeno 250 PTCA, di cui il 30% per STEMI. Il primo vincolo è rispettato dal 42% dei centri, 21 su 50 che risultano trattare IMA, i quali ricoverano circa il 90% della casistica regionale. Negli anni la quota di centri sopra soglia è rimasta costante, ma si è ridotto il numero di strutture. Il secondo vincolo è rispettato dal 27,3% dei centri, percentuale in lieve incremento rispetto al 2014 (23,5%). In questo caso non c'è solo un problema legato all'eccessiva frammentazione dell'attività residuale, ma anche di codifica, per le procedure effettuate in *service* presso centri di riferimento regionale. Le cardiochirurgie, inoltre, sempre per effetto del d.m. 70, sono tenute a rispettare un vincolo sui volumi e gli esiti per bypass: già dal 2014 un terzo dei centri è sopra soglia (200 o più interventi), erogando due terzi dell'attività complessiva, e, a oggi, tutti i centri sono ben al di sotto del 4% di mortalità individuata come soglia standard nel decreto.

La percentuale di casi ischemici trattati con trombolisi sistemica è sempre risultata sottostimata

rispetto al dato reale, a causa di criticità nella registrazione della procedura, si evidenzia però un miglioramento del dato nel tempo, da 6,1% a 11,4% per il 2018, grazie soprattutto alle azioni di miglioramento della codifica avviate da anni, rinforzate dalla visione in rete, e in parte alla revisione dei criteri di eleggibilità dei pazienti. Un risultato importante raggiunto quest'anno è la riduzione della variabilità dell'indicatore tra AV. Le recenti indicazioni cliniche al trattamento dei casi ischemici individuano, per alcune tipologie ben precise, nella procedura endoarteriosa di trombectomia meccanica il trattamento da eseguire in prima battuta rispetto a quella venosa, per questo si introduce come indicatore di processo la percentuale di casi ischemici trattati con una delle due procedure (13,7% e 15,9% nell'ultimo biennio).

Figura 4. Trattati con trombolisi nell'ictus, con PTCA nell'infarto STEMI e non STEMI - Valori per 100 ricoverati - Toscana, anni 2014 e 2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO



L'efficacia dei servizi di emergenza

Per quanto riguarda il percorso di emergenza-urgenza i livelli di qualità dei servizi offerti dai Pronto Soccorso (PS) in Toscana sono buoni. Gli accessi ripetuti entro le 72 ore dall'accesso precedente sono inferiori al 6%: 5,4% nel 2014 e 5% nel 2018, con una lieve riduzione della variabilità nel tempo. Con l'implementazione del nuovo modello di PS si cerca di ottenere anche una riduzione dei tempi di attesa, aspetto ancora critico a causa del continuo incremento degli accessi.

Per quanto riguarda l'emergenza territoriale, il sistema 118 è riuscito a mantenere una buona *performance* con la riorganizzazione delle centrali operative: l'indicatore allarme target (tempo tra ricezione della chiamata e arrivo del primo mezzo di soccorso) è stabile a 15 minuti ormai

dal 2013, sotto il livello soglia di 18 minuti previsto dall'adempimento LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). A livello aziendale vi sono delle differenze compatibili con la conformazione geografica e la viabilità delle differenti aree (Ausl Centro 15 minuti, Ausl Nord-Ovest 16 minuti e Ausl Sud-Est 18 minuti).

Conclusioni

Gli ospedali toscani negli ultimi cinque anni hanno mantenuto, e in alcuni casi migliorato, la capacità di accoglienza e di efficacia in tutto il territorio regionale.

Quando la tempestività dell'intervento è fondamentale, la nuova organizzazione per reti cliniche è in grado di garantire esiti di ottimo livello in tutto il territorio. La Toscana registra, infatti, le più alte probabilità di sopravvivere a un infarto o un ictus, e nel caso di frattura del femore possiamo contare su un intervento tempestivo e sicuro.

Anche quando è necessario un intervento chirurgico, si trovano ospedali con livelli di qualità molto alti, anche rispetto alle migliori istituzioni italiane.

In particolare, per quanto riguarda la Chirurgia vascolare, la probabilità di sopravvivenza tra i pazienti operati per aneurisma non rotto dell'aorta è aumentata molto di più, in questi anni, rispetto al resto d'Italia. Con riferimento alla colecistectomia, uno degli interventi di Chirurgia generale più frequenti, negli anni è migliorata la capacità degli ospedali toscani di operare in modo sicuro, riducendo la permanenza in ospedale. Inoltre, per alcuni interventi chirurgici, come la tonsillectomia, la risposta del territorio toscano è sempre più omogenea e in linea con le indicazioni internazionali.

Infine, in Pronto Soccorso è buona la qualità di trattamento e si riesce a ridurre la probabilità di un nuovo ingresso entro le 72 ore successive.

Se ho un problema di salute cronico, sono adeguatamente preso in carico?

In Toscana, la modalità di presa in carico dei cittadini con problemi di salute cronici è tuttora prevalentemente fondata sugli indirizzi dati dal “Progetto per l’attuazione della Sanità d’Iniziativa a livello territoriale” (d.g.r.t. 716/2009), modello d’assistenza che non “aspetta”, ma “va incontro” al paziente prima che la patologia si aggravi, con interventi adeguati e differenziati in base al livello di rischio, puntando anche su prevenzione ed educazione. Il riferimento è il *Chronic Care Model*, che si basa sull’interazione proficua tra paziente informato, medici, infermieri e operatori sociosanitari.

Fondamentale è stata inoltre l’introduzione, tramite il vigente Accordo Integrativo Regionale della Medicina Convenzionata (d.g.r.t. 1231/2012), delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), attivate dal gennaio 2014, organizzazione dei medici di Medicina generale in gruppi, all’interno dei quali sviluppare modelli di continuità assistenziale.

La presa in carico delle persone non autosufficienti è tuttora fondata invece sugli indirizzi dati dal “Progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” (d.g.r.t. 370/2010), che prevede varie fasi: la segnalazione, da parte della persona o dei familiari, del bisogno socio-assistenziale complesso al Punto Insieme, sportello di prima accoglienza e di ascolto, la valutazione complessiva (sociale e sanitaria) da parte dell’Unità di valutazione multidimensionale (UVM), la predisposizione e condivisione con il cittadino del progetto personalizzato assistenziale (PAP), dove sono descritti i bisogni sociosanitari rilevati e i servizi erogati.

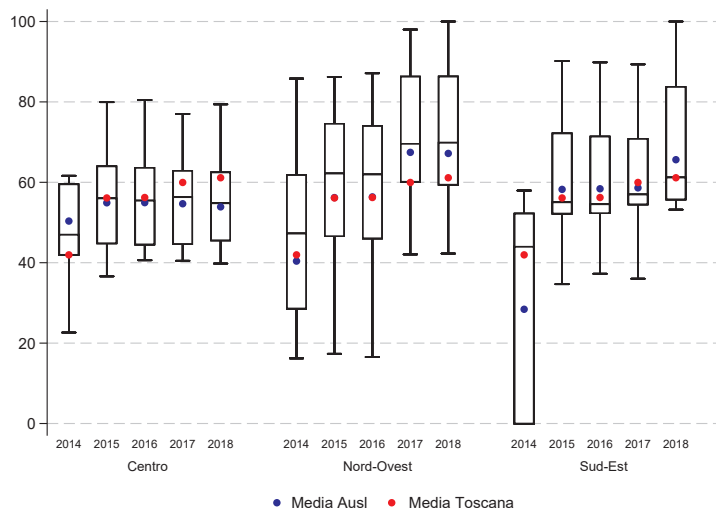
Per quanto riguarda il fine vita, sono invece da considerare sia l’approvazione degli “Indirizzi per l’implementazione della rete di Cure palliative” (d.g.r.t. 199/2014) sia la grande attenzione che la Regione Toscana ha posto alla legge nazionale 219/2017, contenente “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” ed entrata in vigore a gennaio 2018, con i “primi indirizzi attuativi” deliberati entro lo stesso anno (d.g.r.t. 1337/2018). Nella legge si afferma la libertà di scelta della persona e la possibilità di lasciare scritte le proprie intenzioni in merito agli accertamenti diagnostici, le scelte terapeutiche e i trattamenti sanitari in un’eventuale condizione di incapacità di autodeterminazione.

La cura delle condizioni croniche

Alcuni studi di impatto condotti sul periodo 2010-2014 dall’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana dimostrarono che essere assistiti da un Medico di Medicina Generale (MMG) aderente alla Sanità d’Iniziativa (SdI) rendeva più probabili cure aderenti alle raccomandazioni cliniche e esiti di salute migliori.

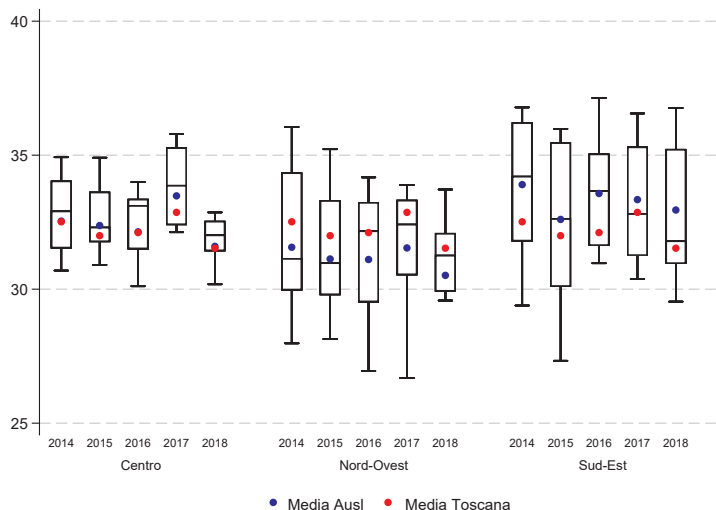
Tra il 2014 e il 2018, la probabilità di essere assistito da un MMG aderente alla SdI è continuata ad aumentare da poco più del 40% a poco più del 60%, con valori più alti nelle Ausl Nord-Ovest e Sud-Est rispetto alla Ausl Centro, ma con una persistente elevata variabilità per Zona Distretto (ZD) di residenza (figura 1).

Figura 1. Adesione alla Sanità di Iniziativa – Assistiti da MMG aderenti per 100 assistiti d'età 16+ anni – Box-plot valori di Zona Distretto e medie di Aisl e Toscana – Toscana, periodo 2014-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari Regione Toscana



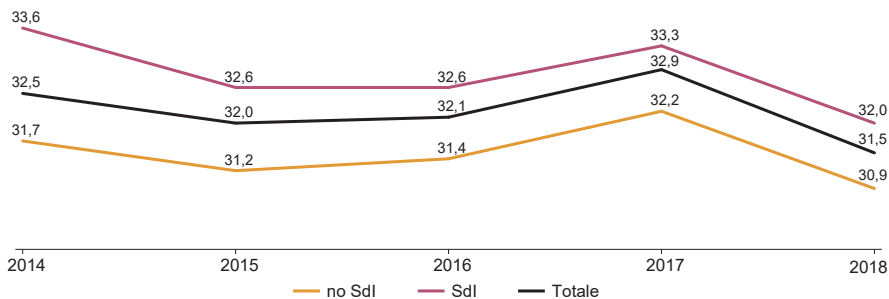
Nello stesso arco di tempo, la probabilità di ricevere cure più aderenti alle raccomandazioni cliniche contenute nei Piani diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) è invece andata leggermente calando, con valori più alti della media regionale per i cittadini residenti nella Aisl Sud-Est e più bassi per quelli residenti nella Aisl Nord-Ovest (figura 2).

Figura 2. Adesione alle raccomandazioni dei PDTA tra i malati cronici – Percentuale di raccomandazioni seguite standardizzata per età per 100 malati cronici d'età 16+ anni – Box-plot valori di Zona Distretto e medie di Aisl e Toscana – Toscana, periodo 2014-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari Regione Toscana



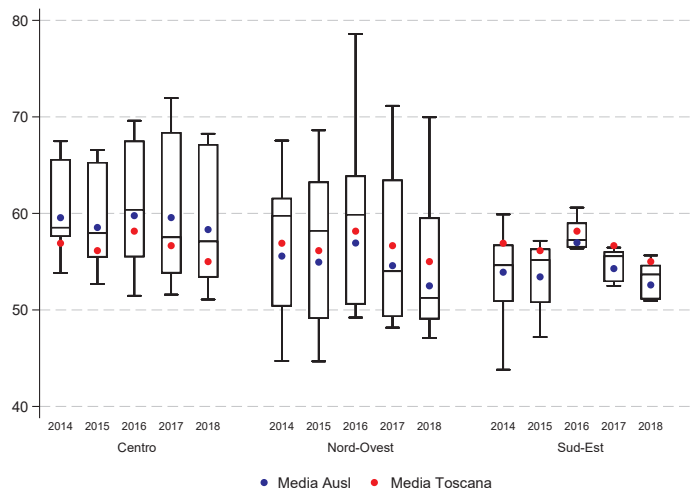
Essere assistiti da un MMG aderente alla SdI ha garantito cure più aderenti alle raccomandazioni cliniche anche nel periodo in esame, con un vantaggio che però è andato leggermente scemando nel corso degli anni (figura 3).

Figura 3. Adesione alle raccomandazioni dei PDTA tra i malati cronici per adesione alla Sanità di Iniziativa - Percentuale di raccomandazioni seguite standardizzata per età per 100 malati cronici d'età 16+ anni - Media valori regionali per adesione o meno del MMG alla Sanità di Iniziativa - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari Regione Toscana



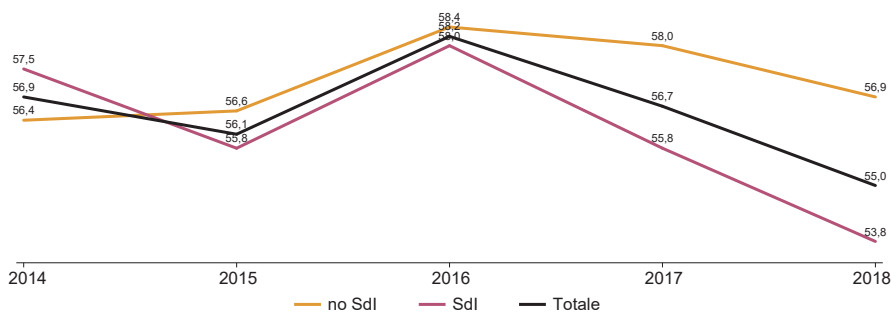
Nei 5 anni la probabilità di essere ricoverato in un reparto per acuti in area medica, *proxy* di esiti di salute negativi, è andata diminuendo, con valori che nelle Ausl Sud-Est e Nord-Ovest si sono mantenuti al di sotto della media regionale, pur con una notevole e persistente variabilità nella Ausl Nord-Ovest per ZD di residenza (figura 4).

Figura 4. Ospedalizzazione in regime ordinario, reparto per acuti, area medica - Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per 100.000 abitanti d'età 16+ anni - Box-plot valori di Zona Distretto e medie di Ausl e Toscana - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari Regione Toscana



Se nei primi anni di implementazione del progetto SdI, essere assistiti da un MMG aderente ha talvolta aumentato la probabilità di ricovero ospedaliero, il trend si è invertito negli anni successivi: nel 2017, e ancor più nel 2018, essere assistiti da un MMG aderente alla SdI ha decisamente ridotto la probabilità di ricovero ospedaliero (figura 5). È probabile che l'aumento iniziale dei ricoveri fosse dovuto, almeno in parte, all'emersione di un bisogno di salute fino a quel momento sommerso, più frequente tra gli assistiti da MMG aderenti alla SdI, che prevede proprio un atteggiamento proattivo da parte del medico. Si tratta di un effetto simile a quello che si osserva nelle campagne di screening (che nella loro fase iniziale possono portare un aumento dell'incidenza delle patologie grazie alla maggior efficacia diagnostica).

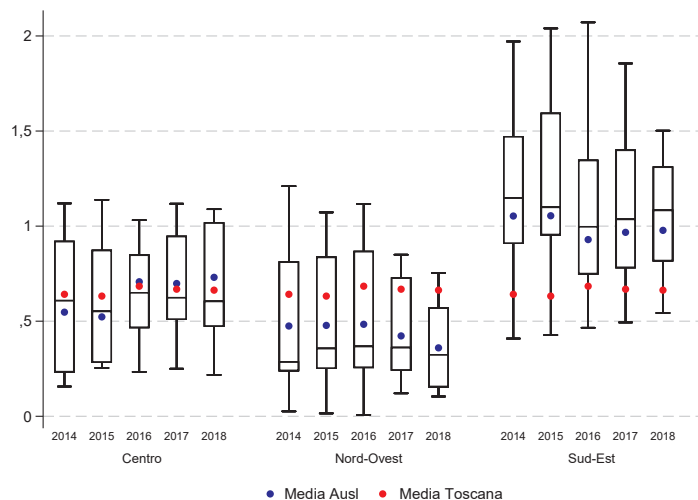
Figura 5. Ospedalizzazione in regime ordinario, reparto per acuti, area medica per adesione alla Sanità di Iniziativa - Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per 100.000 abitanti d'età 16+ anni - Media valori regionali per adesione o meno del MMG alla Sanità di Iniziativa - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari Regione Toscana



L'assistenza per la non autosufficienza

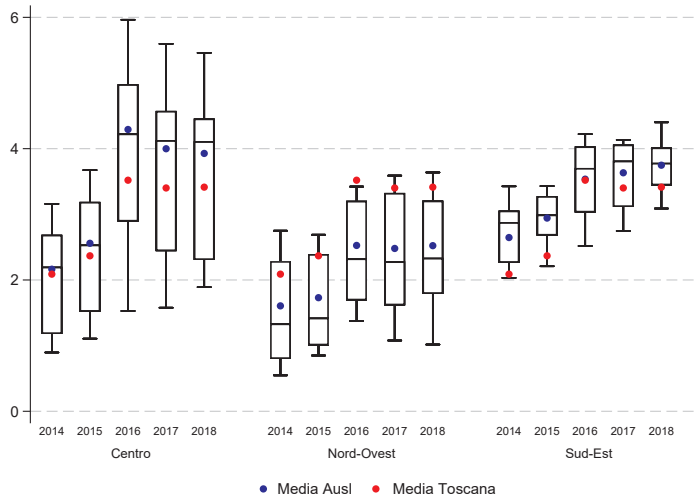
In caso di perdita dell'autosufficienza, a livello regionale la possibilità di ricevere un accesso al proprio domicilio da parte di un operatore socio-sanitario è rimasta pressoché costante durante i 5 anni, con un'accessibilità al servizio più alta tra i residenti nella Ausl Sud-Est e più bassa tra i residenti nella Ausl Nord-Ovest rispetto ai residenti nella Ausl Centro. La variabilità per ZD di residenza rimane elevata, seppur in diminuzione nelle Ausl Nord-Ovest e Sud-Est (figura 6).

Figura 6. Giornate di assistenza domiciliare erogate dai servizi territoriali per la non autosufficienza - Giornate pro-capite con almeno un accesso domiciliare tra i residenti in Toscana d'età 65+ anni - Box-plot valori di Zona Distretto e medie di Ausl e Toscana - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo AD-RSA



La possibilità di ricevere assistenza in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) è invece aumentata un po' ovunque tra il 2015 e il 2016, con un'accessibilità al servizio a fine quinquennio più alta tra i residenti nella Ausl Centro e più bassa tra i residenti nella Ausl Nord-Ovest. La variabilità per ZD di residenza resta elevata nelle Ausl Centro e Nord-Ovest e decisamente più contenuta nella Ausl Sud-Est (figura 7). A integrazione del commento su questi dati va ricordato che l'impostazione toscana è quella di mantenere, fin quando possibile, l'anziano al proprio domicilio, nel proprio contesto di vita e relazionale. Questo ovviamente è il percorso praticabile nelle situazioni in cui la rete sociale e di supporto è in grado di assicurare, insieme al servizio pubblico, tutta l'assistenza di cui l'anziano ha bisogno.

Figura 7. Giornate di assistenza residenziale erogate dai servizi territoriali per la non autosufficienza – Giornate pro-capite di residenza in RSA tra i residenti in Toscana d'età 65+ anni – Box-plot valori di Zona Distretto e medie di Ausl e Toscana – Toscana, periodo 2014-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo AD-RSA

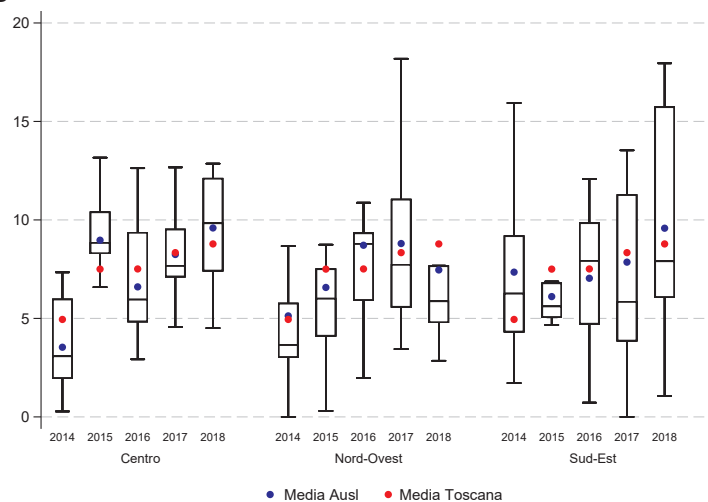


La gestione del fine vita nella cronicità

L'intervento precoce delle Cure palliative nei malati con patologie croniche degenerative in fase avanzata si sta sempre più affermando come un modello efficace di intervento per migliorare la qualità di vita degli assistiti, anche attraverso la riduzione dei ricoveri nei reparti per malati acuti quando non più necessari. Il quadro che proponiamo si riferisce all'assistenza nel fine vita tra i pazienti con insufficienza cardiaca, ovvero tra quanti risultavano malati e sono poi deceduti nel corso dell'anno. Riteniamo che questa patologia possa essere rappresentativa del mondo della cronicità nel fine vita.

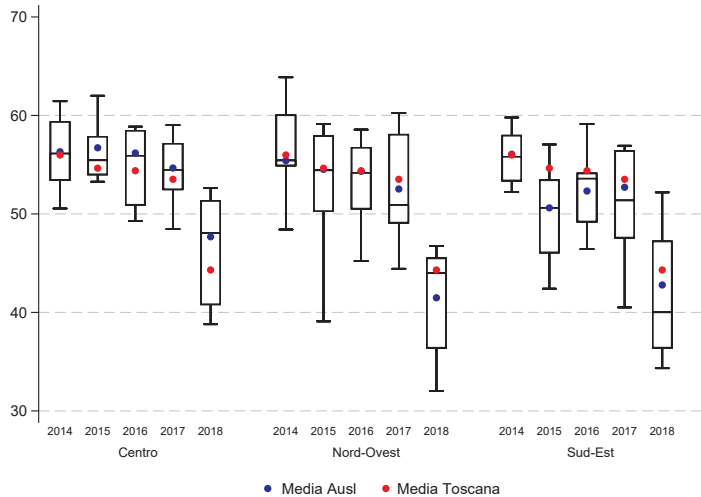
Nel quinquennio in esame, la possibilità per un cittadino toscano con insufficienza cardiaca di essere preso in carico dai servizi di Cure palliative nelle fasi terminali della vita è andata aumentando in tutte e tre le Ausl, pur in presenza, anche a fine periodo, di una notevole variabilità per ZD di residenza, soprattutto nella Ausl Sud-Est (figura 8).

Figura 8. Deceduti in Hospice o Cure palliative tra i malati di insufficienza cardiaca - Percentuale di deceduti in Hospice/Cure palliative standardizzata per età ogni 100 malati di insufficienza cardiaca deceduti - Box-plot valori di Zona Distretto e medie di Ausl e Toscana - Toscana - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari Regione Toscana



Nel contempo, si è notevolmente ridotta, soprattutto durante l'ultimo anno, la probabilità che un assistito con insufficienza cardiaca venga ricoverato in un reparto per acuti durante gli ultimi 30 giorni di vita (figura 9). Pur con i limiti dell'utilizzo esclusivo di un dato amministrativo, che non consente per sua natura di approfondire l'appropriatezza del ricovero in base alla valutazione clinica, la diminuzione dell'indicatore è da interpretare positivamente, in quanto un ricovero nell'ultimo mese di vita può essere considerato in generale ad alto rischio di inappropriatezza.

Figura 9. Deceduti con almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi 30 giorni di vita tra i malati di insufficienza cardiaca - Percentuale di deceduti con almeno un ricovero standardizzata per età ogni 100 malati di insufficienza cardiaca deceduti - Box-plot valori di Zona Distretto e medie di Aisl e Toscana - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari Regione Toscana



Conclusioni

Nel corso degli ultimi 5 anni la presa in carico delle persone con problemi di salute cronici non ha subito forti cambiamenti.

La possibilità che un toscano con una patologia cronica venga curato in coerenza con gli specifici PDTA è lievemente diminuita, così come il vantaggio apportato dalla diffusione della Sanità d'Iniziativa. L'implementazione degli ultimi indirizzi per l'applicazione del nuovo modello di Sanità d'Iniziativa (d.g.r.t. 650/2016), nel contesto di un reale recepimento del Piano Nazionale Cronicità (formalmente recepito con d.g.r.t. 826/2018), attraverso la definizione e la condivisione di un Piano Regionale Cronicità potrebbe invertire questo trend, rafforzando la copertura del bisogno nella popolazione e riducendo le differenze territoriali, grazie alla standardizzazione dei percorsi.

La possibilità che un anziano toscano non autosufficiente sia adeguatamente assistito presso il proprio domicilio dagli operatori territoriali è rimasta invece sostanzialmente stabile nel tempo, mentre è aumentata la possibilità di essere assistito in RSA, anche se ancora permane un'ampia variabilità da zona a zona, frutto evidentemente delle diverse organizzazioni territoriali che devono proseguire nel processo di convergenza.

È aumentata la possibilità, per un malato cronico, di ricevere cure appropriate nel fine vita, diminuiscono infatti i ricoveri ospedalieri nell'ultimo mese di vita a fronte di un aumento degli ingressi in Hospice e del ricorso alle Cure palliative, capaci di fornire un'assistenza più appropriata quando le cure non sono più efficaci.

Se scopro di avere un tumore, ricevo cure tempestive, efficaci e appropriate?

Tra 28mila e 30mila pazienti effettuano ogni anno un ricovero con nuova diagnosi di tumore o emopatia maligna, dato stabile nel periodo 2014-2018. Una percentuale di poco inferiore al 95% dei ricoveri dei toscani è effettuata negli ospedali del Servizio Sanitario Regionale (SSR). I ricoveri effettuati fuori Toscana rappresentano il 5% del totale, parimenti i non residenti che si ricoverano in Toscana rappresentano l'11%. Le donne rappresentano circa il 52% dei ricoverati, dato in linea con la composizione per genere della popolazione toscana.

Tabella 1. Toscani ricoverati con nuova diagnosi di tumore o emopatia maligna per regione dell'ospedale - Valori assoluti e percentuali - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Informativo SDO

Anno	Ricoverati in Toscana		Ricoverati fuori Toscana		Totale	
	N	%	N	%	N	%
2014	28.901	94,9	1.541	5,1	30.442	100,0
2015	28.148	94,7	1.564	5,3	29.712	100,0
2016	28.034	94,8	1.549	5,2	29.583	100,0
2017	28.080	94,9	1.512	5,1	29.592	100,0
2018	28.641	--	n. d.*	--	--	--

* mobilità passiva 2018 non disponibile a oggi

I casi operati rappresentano il 69% del totale dei ricoveri (19mila interventi chirurgici l'anno), con un incremento tendenziale dell'1,5% dal 2014 al 2018. Nel 16% dei casi sono presenti metastasi alla diagnosi, in percentuale pressoché uguale tra uomini e donne.

I pazienti che eseguono trattamenti di chemioterapia alla diagnosi, indipendentemente dal regime di erogazione (ricovero o ambulatoriale) sono in numero sostanzialmente stabile nel periodo (12.389 nel 2018). Si rileva invece un aumento dei casi trattati con radioterapia, con o senza chemioterapia associata: i pazienti sottoposti alla sola radioterapia aumentano del 6,8% negli ultimi 5 anni (5.726 nel 2018), mentre i pazienti che eseguono anche chemioterapia aumentano del 4,5% (2.506 nel 2018). Questo fenomeno, insieme all'aumento tendenziale dei pazienti operati, depone per una maggiore frequenza di casi con diffusione locale della neoplasia, quindi maggiormente aggredibili.

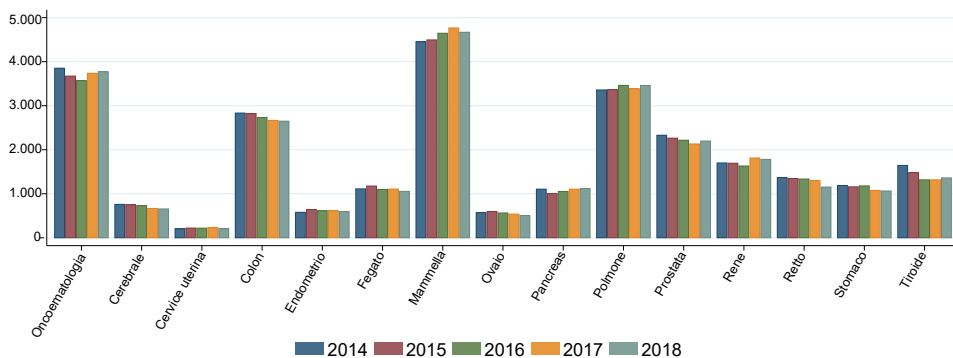
Tabella 2. Pazienti che eseguono trattamenti chemioterapici (C), radioterapici (R) o entrambi (CR) alla diagnosi per Azienda di erogazione - Valori assoluti - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi SDO e SPA

Azienda di erogazione	2014			2015			2016			2017			2018		
	C	R	CR	C	R	CR	C	R	CR	C	R	CR	C	R	CR
Centro	2.617	1.179	446	2.663	969	447	2.790	932	457	2.252	1.037	370	2.622	971	428
Nord-Ovest	2.852	948	476	2.763	927	484	2.849	1.074	519	3.067	1.186	605	3.085	1.224	697
Sud-Est	1.902	576	399	1.943	507	333	1.933	483	359	1.913	675	427	1.959	659	388
AOU Pisana	2.012	1.271	421	1.998	1.536	586	1.873	1.312	504	1.899	1.377	431	1.778	1.262	380
AOU Senese	761	320	160	681	311	126	629	321	117	842	324	165	857	312	176
AOU Careggi	2.207	1.053	482	2.060	1.085	421	1.989	1.055	406	2.214	1.117	425	2.011	1.291	425
AOU Meyer	71	14	14	65	10	21	66	9	18	60	14	15	76	7	12
Totale	12.422	5.361	2.398	12.174	5.345	2.418	12.131	5.186	2.380	12.247	5.730	2.438	12.389	5.726	2.506

Le tipologie di tumore

Nel periodo 2014-2018 i pazienti ricoverati per patologie oncologiche primitive di nuova diagnosi registrano oscillazioni modeste, coerentemente con il breve intervallo temporale (figura 1). Tra le sedi più frequenti, le maggiori variazioni si riscontrano per mammella (+4,8% tra 2014 e 2018, polmone (+3%), colon (-6,5%), prostata (-5,7%), rene (+4,8%), retto (-15,6%), tiroide (-17,2%) e stomaco (-10,6%).

Figura 1. Ricoveri oncologici per sede del tumore primitivo maligno - Valori assoluti - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO



I tumori maligni primitivi sottoposti a intervento chirurgico

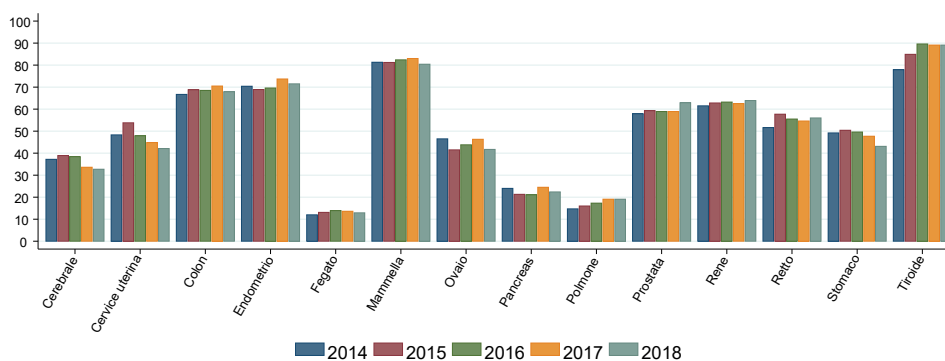
Per valutare il trend temporale della parte di tumori maligni primitivi operati, in considerazione dei differenti percorsi diagnostico assistenziali che caratterizzano ciascuna tipologia, sono stati rilevati gli interventi chirurgici specifici per sede tumorale, entro un periodo di 9 mesi dal primo ricovero. In considerazione di questa modalità di estrazione, i numeri di interventi del 2018 possono essere sottostimati per la mancanza del periodo del *follow-up* a oggi. Per questo, pur ritenendo utile mostra anche i dati relativi all'anno 2018, la discussione verterà sulla percentuale di operati 2014-2017.

Tabella 3. Tumori maligni primitivi operati per sede - Valori assoluti - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO

Sede	Anno				
	2014	2015	2016	2017	2018
Cerebrale	282	292	280	224	214
Cervice uterina	99	119	105	104	88
Colon	1.891	1.939	1.872	1.880	1.798
Endometrio	407	441	428	453	427
Fegato	133	154	153	151	136
Mammella	3.622	3.651	3.828	3.955	3.751
Ovaio	264	248	247	249	211
Pancreas	265	214	222	271	250
Polmone	494	539	599	647	659
Prostata	1.348	1.343	1.306	1.256	1.382
Rene	1.045	1.064	1.031	1.133	1.138
Retto	706	777	741	709	646
Stomaco	584	584	585	513	458
Tiroide	1.280	1.256	1.180	1.173	1.212

L'aumento maggiore di casi di tumori primitivi operati si rileva per il tumore del polmone (+31% tra il 2014 e il 2017) per effetto dello sviluppo di trattamenti chemio e radioterapici neoadiuvanti (figura 2). Un notevole incremento si registra anche per il tumore della mammella (+9,2%), del rene (+8,4%), del fegato (+13,5%), dell'endometrio (+11,3%). Si riducono percentualmente i casi operati per tumore primitivo cerebrale (-20,6%, corrispondenti a 58 casi), tumore della prostata (-6,8%), dello stomaco (-12,2%), della tiroide (-8,4%).

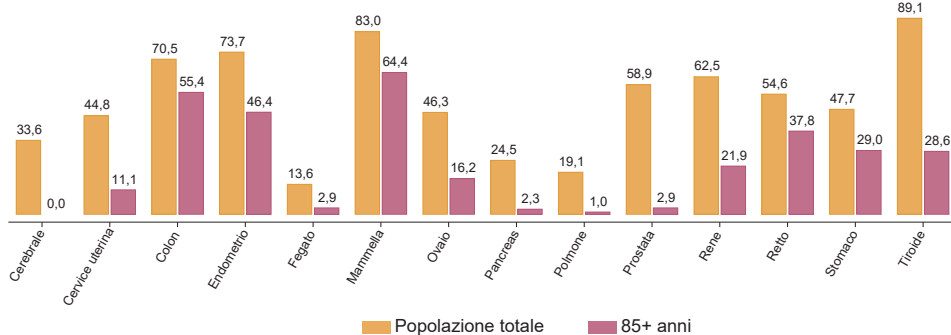
Figura 2. Tumori maligni primitivi operati - Operati per 100 tumori maligni primitivi - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO



La percentuale di tumori primitivi sottoposti a intervento chirurgico varia in relazione alla patologia: per i pazienti di tutte le età, le percentuali maggiori si riscontrano per la tiroide

(89,1%), la mammella (83%), l'endometrio (73,7%) e il colon (70,5%). Tra i pazienti con più di 85 anni, tali percentuali scendono a 28,6% per la tiroide, 64,4% per la mammella, 46,4% per l'endometrio e 55,4% per il colon.

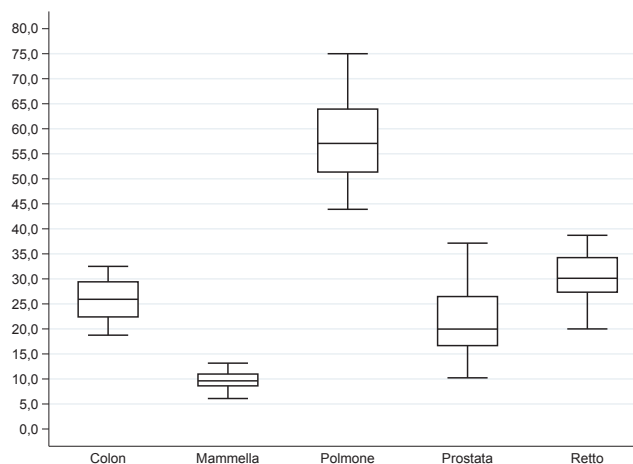
Figura 3. Tumori maligni primitivi operati per età - Operati per 100 tumori maligni primitivi - Toscana, anno 2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO



Mortalità

Le tipologie tumorali più comuni, cosiddetti *big killers* (tumori di mammella, polmone, prostata, colon e retto), mostrano nel 2017 una mortalità a un anno dalla diagnosi variabile tra le Zone Distretto (ZD) di residenza. Questa variabilità è meno sensibile per il tumore della mammella, che è anche uno dei tumori con la minore letalità, e può dipendere dal maggiore sviluppo dei programmi di screening oltre che dal processo di riorganizzazione della rete delle "breast unit" (figura 4).

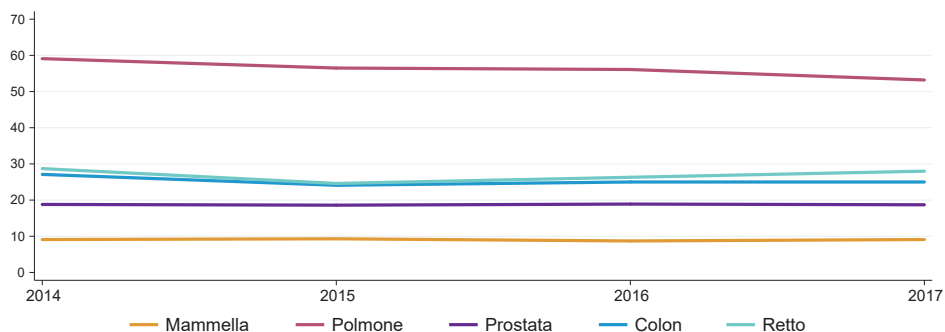
Figura 4. Mortalità a un anno dalla diagnosi oncologica per sede - Decessi per 100 ricoveri oncologici - Box-plot valori di Zona Distretto - Toscana, anno 2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi SDO e Anagrafe assistiti



Cure oncologiche

Tutti questi tumori, nel periodo di osservazione, mostrano una riduzione della mortalità a un anno (figura 5). Per il tumore del polmone e del colon si rilevano i maggiori miglioramenti, rispettivamente -10% e -7,6% tra il 2014 e il 2017 (ultimo anno disponibile). Riduzioni inferiori si registrano per retto (-2,5%), prostata (-0,2%) e mammella (-0,3%).

Figura 5. Mortalità a un anno dalla diagnosi oncologica per sede - Decessi per 100 ricoveri oncologici - Toscana, periodo 2014-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi SDO e Anagrafe assistiti



Come, atteso, la mortalità a un anno risulta minore per i pazienti suscettibili di intervento chirurgico rispetto ai non suscettibili (figure 6 e 7). Per il tumore del polmone, la mortalità dei pazienti non operati diminuisce, dal 67,5% al 63,3% tra il 2014 e il 2017, mentre per gli operati resta invariata (10,8% nel 2017). Nel tumore della mammella la mortalità tra le pazienti non operate aumenta nel periodo dal 40,9% al 46,1%, mentre tra le operate diminuisce dall'1,9% all'1,5%. Per i tumori della prostata e del colon non si riscontrano variazioni nel periodo, sia tra gli operati (rispettivamente 1% e 13%) che tra i non operati (rispettivamente 44% e 53%). Per il tumore del retto la mortalità tra gli operati si riduce da 11,9% a 10,6%, mentre tra i non operati aumenta dal 57% al 59,1%.

Figura 6. Mortalità a un anno dalla diagnosi oncologica per sede - Decessi per 100 ricoveri oncologici operati - Toscana, periodo 2014-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi SDO e Anagrafe assistiti

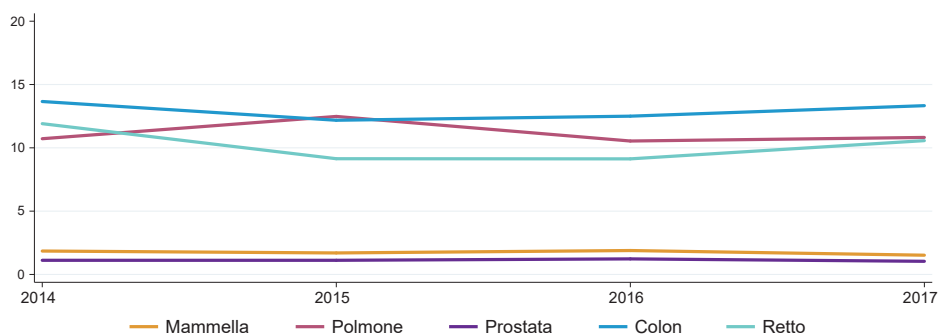
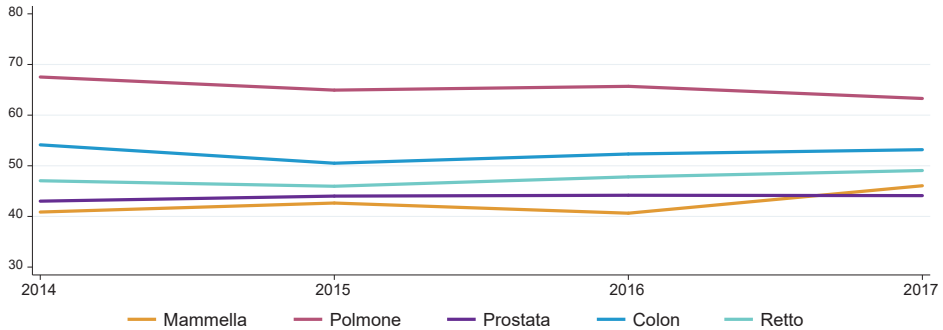


Figura 7. Mortalità a un anno dalla diagnosi oncologica per sede - Decessi per 100 ricoveri oncologici non operati - Toscana, periodo 2014-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi SDO e Anagrafe assistiti



Volumi e tempi di attesa per ricoveri programmati

Gli interventi chirurgici per tumore maligno (indipendentemente se primitivo o secondario) sono stabili in Toscana, intorno a 19mila casi l'anno, nel periodo 2014-2018.

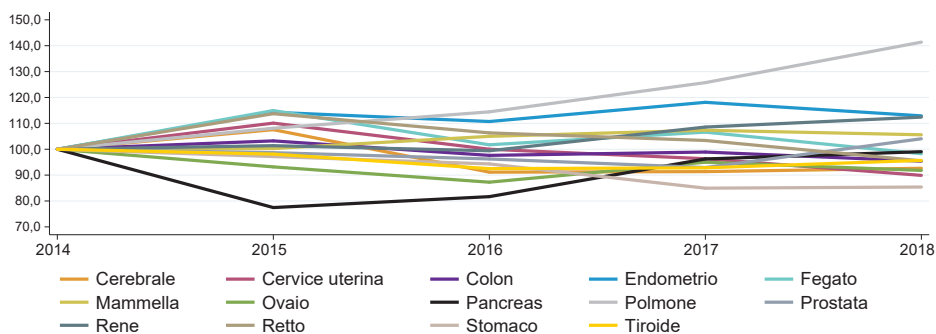
Tabella 6. Interventi chirurgici (tumori maligni) programmati per sede - Valori assoluti - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO

Sede	Anno				
	2014	2015	2016	2017	2018
Cerebrale	463	498	422	423	429
Cervice uterina	109	120	109	105	98
Colon	1.393	1.438	1.360	1.378	1.329
Endometrio	364	416	403	430	411
Fegato	348	400	354	371	342
Mammella	3.851	3.861	4.043	4.134	4.066
Ovaio	220	205	192	209	202
Pancreas	213	165	174	205	211
Polmone	505	546	578	635	714
Prostata	1.358	1.340	1.307	1.262	1.413
Rene	1.015	1.029	1.009	1.102	1.141
Retto	648	737	689	670	619
Stomaco	459	446	433	390	392
Tiroide	1.280	1.256	1.184	1.188	1.225

Il maggiore incremento (+41,4%) si registra per gli interventi sul polmone (figura 8), che passano da 505 a 714 tra il 2014 e il 2018. Aumentano anche gli interventi per tumore del rene (+12,4%), dell'endometrio (+12,9%) e della mammella (+5,6%). Per contro, la maggiore

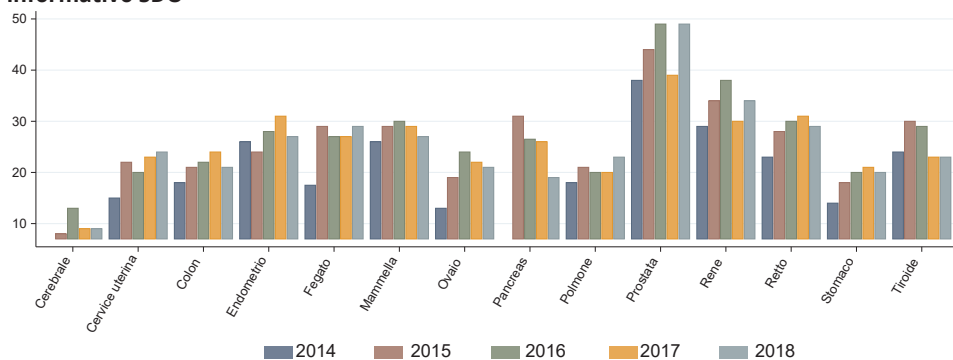
riduzione è osservata per il tumore dello stomaco (-14,6%), seguita dalla cervice uterina (-10,1%), dall'ovaio (-8,2%) e dal tumore cerebrale (-7,3%).

Figura 8. Interventi chirurgici (tumori maligni) programmati per sede - Variazioni percentuali rispetto al 2014 - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO



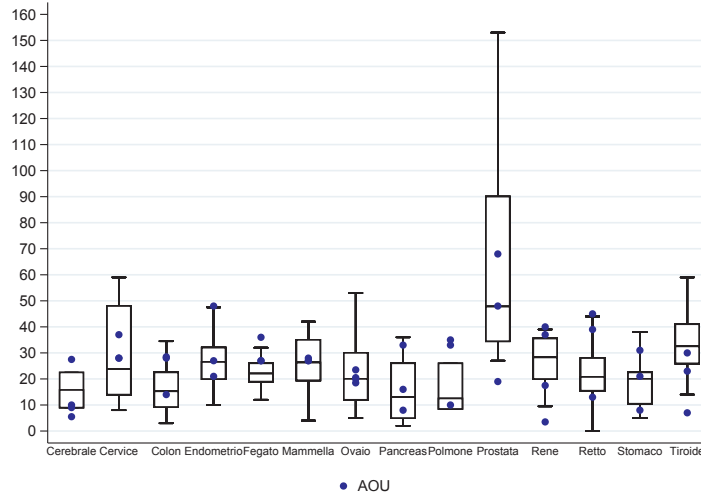
Per tutte le sedi, a eccezione del il tumore alla tiroide, nel periodo 2014-2018 si rileva un aumento dei giorni di attesa (valori mediiani): in particolare per il tumore del pancreas (+12 giorni), della prostata (+11 giorni), del fegato (+11,5 giorni), della cervice uterina (+9 giorni) e dell'ovaio (+8 giorni). Il tempo mediano di attesa è compreso nei 30 giorni per tutte le neoplasie, a eccezione di prostata e rene (figura 9).

Figura 9. Tempo di attesa per interventi chirurgici programmati per tumori maligni - Valori mediiani in giorni - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO



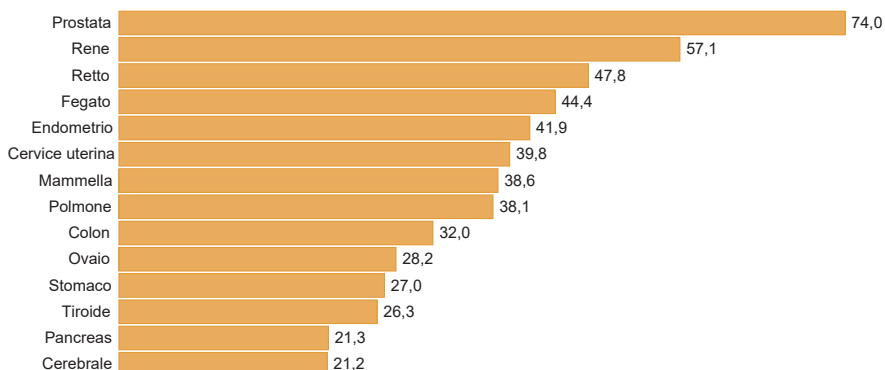
Nel 2018 i tempi di attesa per interventi chirurgici programmati, nella maggior parte delle patologie, si attestano entro i 30 giorni della classe di priorità A (interventi programmati da eseguire entro 30 giorni), con una discreta variabilità però tra gli ospedali. Un'eccezione è rappresentata dal tumore maligno della prostata che ha tempi mediiani di attesa più lunghi e più variabili (figura 10).

Figura 10. Tempo di attesa per interventi chirurgici programmati per tumori maligni - Valori mediiani in giorni - Box-plot valori di presidio ospedaliero e AOU - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO



Per il tumore alla prostata, del rene, del retto e del fegato si rilevano elevate percentuali di interventi programmati effettuati con attesa superiore ai 30 giorni: 74% per il tumore alla prostata, 57,1% per il tumore al rene, 47,8% per il tumore al retto e 44,5% per il tumore al fegato (figura 11).

Figura 11. Attesa superiore a 30 giorni per interventi programmati di tumori maligni per sede - Interventi con attesa superiore a 30 giorni per 100 interventi programmati - Toscana, anno 2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO



Le Cure palliative per i pazienti oncologici

In Toscana sono presenti 19 Hospice. La dotazione complessiva è di 144 posti letto, dei quali 131 a ciclo continuo di cure. Nel 2017 (ultimo dato di monitoraggio disponibile) vi sono stati fatti 2.716 ricoveri, di cui 2.262 per malati oncologici (83,3% del totale dei ricoveri in Hospice). I pazienti assistiti in Hospice provengono prevalentemente da un ricovero in ospedale per acuti, la percentuale è stabile, il 54,5% nel 2017. Il domicilio assistito con Cure palliative domiciliari attive, o la residenza sociosanitaria, rappresentano la modalità di accesso per 1 paziente su 4: 25,8% nel 2015 e 2016; 27,9% nel 2017).

L'indice di occupazione dei posti letto in Hospice è molto variabile, si va da 25,9% all'87%. Anche se il numero di posti letto è inferiore allo standard definito nel d.m. 43/2007 (decreto che definisce gli standard dell'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo), la risorsa disponibile appare ben distante dalla saturazione (indice di occupazione per la Regione Toscana: 68,1%) e l'attesa mediana per accedere alle strutture è di 1 solo giorno.

Il valore mediano della degenza in Hospice è molto basso: 8 giorni nel 2015 e 7 giorni nel 2017. Un indicatore che esplora la congruità della durata del ricovero, compreso nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG, set di indicatori per monitorare l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza) è il "rapporto tra numero di ricoveri di malati con patologia oncologica provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, nei quali il periodo di ricovero in Hospice è ≤ 7 giorni, sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica". L'indicatore prevede come soglia, per questi ricoveri troppo brevi, un valore inferiore o uguale al 25%. In Toscana la percentuale è superiore alla soglia, e resta stabilmente sopra il 30%.

Un'altra misura definita dal NSG per misurare l'efficacia della rete delle Cure palliative nella presa in carico dei pazienti terminali al termine della loro vita, si riferisce alla percentuale di decessi per causa di tumore che sono avvenuti a domicilio o in Hospice. Per questa misura la soglia ministeriale è maggiore o uguale al 35%. Il valore dell'indicatore in Toscana è in crescita nel triennio 2015-2017 dal 19,1% al 21,3%, anche se resta molto al di sotto del valore soglia. In conclusione, gli Hospice toscani hanno una dotazione di posti letto inferiore allo standard stabilito a livello nazionale, tuttavia questa carenza strutturale non determina un sottodimensionamento rispetto alla domanda, visto il basso indice di occupazione, a causa di una domanda di Cure palliative ancora poco sviluppata e tardiva.

Conclusioni

Il numero complessivo di pazienti ricoverati con diagnosi di tumore maligno incidente (non precedentemente diagnosticato) è rimasto stabile nel periodo 2014-2018. Il 95% dei toscani si ricovera in regione, che attrae pazienti con patologia tumorale dalle altre regioni per l'11% dei casi.

La percentuale di pazienti suscettibili di cura chirurgica tende ad aumentare, come quelli che eseguono radioterapia: ciò indica un aumento percentuale di patologie diagnosticate in forma localizzata o che diventano operabili dopo trattamento neoadiuvante. L'aumento si realizza

in misura maggiore soprattutto per il polmone, ma anche per rene, endometrio, mammella e prostata.

La mortalità a un anno dalla diagnosi diminuisce per tutti i *big killers* (polmone, prostata, mammella, colon e retto), in misura molto marcata per polmone e colon.

I tempi di attesa per intervento chirurgico non in urgenza tendono ad aumentare, sebbene la maggior parte dei tumori veda un'attesa mediana inferiore ai 30 giorni (fanno eccezione la prostata e il rene).

Le Cure palliative sono effettuate ancora in un numero insufficiente di pazienti (almeno per quanto risulta dalla rendicontazione dei flussi correnti), e spesso si tratta di servizi attivati solo nell'ultima settimana di vita. Il problema non sembra dovuto a carenza dell'offerta, ma piuttosto a fattori di ordine culturale.

Se ho un figlio, sono aiutato nelle scelte genitoriali?

Per valutare l'esito degli interventi che sostengono le scelte genitoriali nei momenti di fragilità o vulnerabilità, possiamo attingere ai dati di monitoraggio sulle situazioni che richiedono l'attivazione di forme di sostegno assistenziale e educativo domiciliare, l'affidamento part-time, l'erogazione di contributi economici e il ricorso alla rete di Centri Diurni (monitoraggio a cura del Centro regionale Infanzia e Adolescenza, Regione Toscana e Istituto degli Innocenti). Solo dal 2016, in coerenza con lo sviluppo di percorsi e progetti regionali e nazionali incentrati sulla prevenzione e la promozione della genitorialità, il monitoraggio ha aggiunto indicatori per completare la visione dei dispositivi e degli interventi integrati assicurati ai genitori toscani: attività di comunicazione/informazione istituzionale strutturata per favorire l'accesso alla rete di servizi per la fase prenatale, la prima infanzia, l'adolescenza e le famiglie, supporto alle coppie nel periodo prenatale per la prevenzione di eventuali situazioni di disagio/fragilità, attivazione di famiglie di appoggio e sostegno alle coppie nelle fasi successive alla nascita. Benché non si disponga fin qui di un trend per una serie pluriennale significativa, è importante poter dar conto dell'impegno che il sistema integrato di servizi spende per praticare, oltre alla tutela, anche forme più leggere di sostegno alla genitorialità, secondo un approccio preventivo e di accompagnamento competente all'autonomia.

Nel 2017 aumentano, rispetto al 2016, le prese in carico di single e coppie nel periodo prenatale per la prevenzione di situazioni di disagio o fragilità. I single superano in maniera significativa il numero delle coppie, i primi sono 315 e le seconde 186.

Molto diffusi, e in aumento rispetto al 2016, anche gli interventi di sostegno rivolti alle famiglie nelle fasi successive alla nascita che nel 2017 hanno coinvolto in Toscana 434 nuclei familiari e 598 minori (rispettivamente 322 e 430 nel 2016), per una media di 1,4 minori coinvolti per nucleo e per un tasso medio regionale di poco superiore a un minore (1,1) interessato ogni 1.000 minori residenti.

Il ricorso a famiglie di appoggio, che aiutano un nucleo familiare in difficoltà accogliendo a casa il bambino/ragazzo per periodi di tempo limitati, ha interessato 21 Zone Distretto (ZD), ma con una geometria molto variabile: sono state coinvolte 44 persone singole e 109 coppie, dato in forte aumento rispetto al 2016 quando se ne contavano rispettivamente 11 e 64.

Il sostegno domiciliare assistenziale e il sostegno socio-educativo

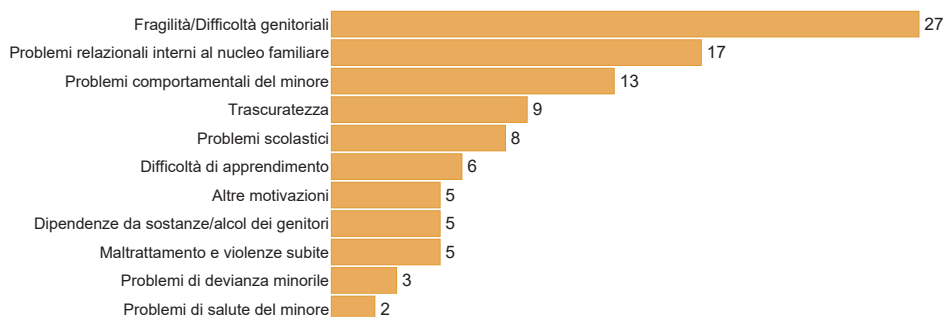
Ben più solida la serie di dati che rileva gli interventi di assistenza domiciliare socio-assistenziale, il servizio volto ad assicurare supporto nella cura e igiene delle persone e dell'ambiente di vita familiare, nonché aiuto nella gestione della propria abitazione, e gli interventi di educativa domiciliare nei quali un educatore professionale opera all'interno del nucleo familiare per ristabilire un adeguato equilibrio nella relazione genitoriale che può essere compromessa da situazioni di fragilità o vulnerabilità sociale.

Nel 2017 in Toscana sono stati coinvolti dai servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale 587 nuclei familiari e 821 minori, tra questi ultimi, 264 (32,2% del totale) avevano una forma di disabilità certificata. Rispetto alla popolazione minorile di riferimento il tasso medio regionale è pari a 1,5 minori coinvolti ogni 1.000 residenti. Per questa tipologia d'intervento si registra una diminuzione rispetto al 2016, quando si contavano 625 nuclei e 886 minori coinvolti: -6,1% sui nuclei familiari, -7,3% sui minori coinvolti e -4,3% sui minori con disabilità certificata.

I nuclei con figli minori per i quali è stato attivato il sostegno socio-educativo domiciliare sono 3.147, per 3.955 minori coinvolti, di cui 1.062 con disabilità certificata (pari al 26,9% del totale). Rispetto al 2016 aumenta sia il numero dei nuclei coinvolti (+7,1% a fronte dei 2.937 nuclei) che il numero dei minori (+9% a fronte dei 3.955 minori coinvolti). Meno scontato è invece l'aumento, non proporzionale, del numero dei minori con disabilità certificata, pari al 22,1%. Il tasso annuo regionale è pari a 7 minori coinvolti ogni 1.000 minori residenti, con valori più alti nella ZD del Mugello (13,9 per 1.000), Pisana (10,8 per 1.000) e di Firenze (10,1 per 1.000). I minori che hanno beneficiato di interventi di sostegno socio-educativo domiciliare sono per il 57% maschi e per il 43% femmine, mentre la classe d'età maggiormente interessata è quella tra i 6 e i 14 anni, che nel complesso vede coinvolti più del 60% dei ragazzi. Poco più di 1 minore su 5 ha un'età compresa fra i 15 e i 17 anni, e solo il 12,5% dei minori ha meno di 5 anni.

Su questo tipo di intervento, che costituisce la leva più efficace con cui il servizio pubblico tutela, in fase preventiva, il diritto del minore a vivere nella propria famiglia, agendo al contempo per promuovere il coinvolgimento dei genitori nel progetto educativo del figlio e riattivare le potenzialità che sono divenute più fragili, è possibile indagare qualche dimensione più qualitativa grazie ad un approfondimento condotto sui dati 2017. Si scopre così che la motivazione principale che ha portato all'attivazione dell'intervento socio-educativo domiciliare risiede nella fragilità e/o difficoltà dei genitori, fattore che incide nel 27% del totale, seguita dai problemi relazionali interni al nucleo familiare (17%) e da problemi comportamentali del minore (13%).

Figura 1. Motivazioni che hanno portato all'intervento di sostegno socio-educativo domiciliare - Valori per 100 interventi attivati - Toscana, anno 2017 - Fonte: Regione Toscana, Centro regionale Infanzia e Adolescenza



Tutte le ZD (per la sola Valle del Serchio non è disponibile il dato) svolgono l'attività di sostegno socio-educativo domiciliare con la collaborazione di un'*équipe* territoriale integrata multi-professionale, formata da professionisti sanitari o sociali competenti sulla base delle specifiche situazioni. Assistente sociale e psicologo sono due figure professionali sempre presenti all'interno dell'*équipe* e molto presente è anche il neuropsichiatra. Gli animatori socio-educativi sono presenti nelle ZD della Lunigiana, dell'Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana, della Fiorentina Sud-Est e dell'Empolese-Valdarno Inferiore, mentre gli operatori sociosanitari si trovano in Valdarno e nella Fiorentina Nord-Ovest.

In Toscana, il 35,5% delle famiglie che ha usufruito di interventi di sostegno socio-educativo domiciliare nel corso del 2017 risultava già in carico al 1° gennaio dello stesso anno, con valori territoriali particolarmente alti nella ZD di Firenze (59%), in Versilia (52,3%), nelle Colline dell'Albegna (51,3%) e in Val d'Era (50%). Circa il 36% dei nuclei coinvolti vede i genitori separati, con un ampio range di variazione da zona a zona: dal valore molto basso della Valtiberina (8,3%) al 65,9% della Val di Nievole.

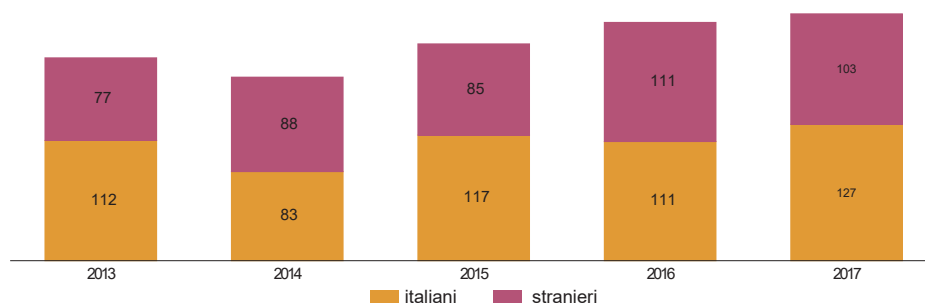
I minori interessati da sostegno socio-educativo domiciliare con disabilità certificata sono il 26,9% del totale. Nelle ZD Val di Nievole, Elba, Livornese e Val di Chiana Aretina, non vi sono minori con tale caratteristica. I valori più alti si registrano nel Valdarno e nell'Amiata Senese e Val d'Orcia-Val di Chiana Senese (circa 50%). A livello regionale l'8,4% dei minori che ha usufruito nel 2017 di sostegno socio-educativo domiciliare, ha Bisogni Educativi Speciali (BES) riconosciuti, solo nella ZD Val di Nievole non ci sono minori con tale caratteristica. Solo due ZD hanno una percentuale di minori con BES riconosciuti superiore al 20%: Livornese (24%) e Colline dell'Albegna (24,1%). Meno di 1 minore su 3 era affidato al servizio sociale, il range di variazione da zona a zona va dal 7,7%, della ZD Aretina-Casentino-Val Tiberina all'80% rilevato nella Livornese.

La conclusione degli interventi di sostegno socio-educativo domiciliare ha riguardato 467 nuclei, per un totale di 555 minori, di cui circa il 34% si sono conclusi per la risoluzione dello stato di bisogno, mentre solo nel 7,6% dei casi si è reso necessario allontanare il minore dal proprio nucleo familiare. Una buona parte degli interventi è terminata per il raggiungimento della maggiore età da parte del ragazzo.

Affidamenti part-time, rete dei Centri Diurni e sostegno economico

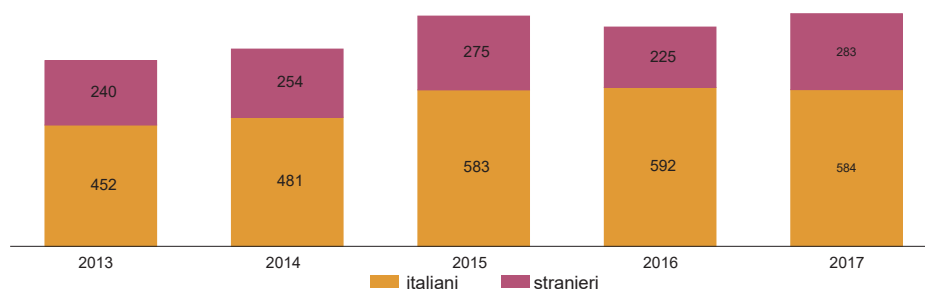
La dimensione regionale degli affidamenti part-time a parenti o ad altra famiglia, evidenzia una linea di andamento che solo nel 2015, dopo un periodo di sostanziale stabilità, ha superato per la prima volta i 200 minori coinvolti, dimensione che è andata ancora aumentando nei due anni successivi, toccando i 222 minori del 2016 e i 230 del 2017. Se l'aumento registrato nel 2016 aveva interessato principalmente i minori stranieri portandoli fino a un'incidenza del 50% del totale degli affidamenti part-time, nel 2017 l'aumento dei minori coinvolti interessa solo quelli italiani, passati in un anno da 111 a 127, mentre gli stranieri nello stesso periodo diminuiscono da 111 a 103.

Figura 2. Bambini e ragazzi in affidamento familiare part-time per nazionalità - Valori assoluti - Toscana, periodo 2013-2017 - Fonte: Regione Toscana, Centro regionale Infanzia e Adolescenza



Nel 2017 gli affidamenti sono quasi esclusivamente di tipo etero familiare (94,8%), quelli intra familiari riguardano il 3,9% dei casi e gli etero familiari a parenti entro il IV grado l'1,3%. Non c'è dubbio che la pratica dell'affidamento part-time avrebbe bisogno di uno sviluppo maggiore da mettere in relazione con una più profonda diffusione di una cultura dell'accoglienza e delle solidarietà tra famiglie che punti su forme leggere di sostegno ai nuclei fragili. Ben più strutturata appare l'accoglienza nei Centri Diurni semiresidenziali, che si attesta costantemente sopra le 800 unità all'anno: 858 nel 2015, 817 nel 2016 e 867 nel 2017. Elevata, anche per questa tipologia di intervento, l'incidenza degli stranieri, che nel 2017 costituiscono il 32,6% della casistica regionale, con 283 stranieri e 584 italiani. Si sottolinea che questo tipo di intervento è condizionato dalla presenza o meno sul proprio territorio, o sui territori vicini, di strutture semiresidenziali, che al momento presentano una distribuzione territoriale piuttosto disomogenea in regione. Nel 2017 sono 7 le ZD che non hanno attivato collocamenti in semiresidenzialità, presumibilmente per indisponibilità di strutture, visto che il 94,3% dei minori è stato accolto in un centro con sede nell'ambito territoriale che lo ha preso in carico.

Figura 3. Bambini e ragazzi accolti in struttura semiresidenziale e/o Centri diurni a carattere socio-educativo per nazionalità - Valori assoluti - Toscana, periodo 2013-2017 - Fonte: Regione Toscana, Centro regionale Infanzia e Adolescenza



Gli interventi che prevedono trasferimenti in denaro per attivazione di servizi e integrazioni al reddito sono senza dubbio forme di sostegno diffusamente praticate dai servizi sociali per aiutare le famiglie a superare le criticità economiche che possono compromettere le opportunità di sviluppo sociale e relazionale dei bambini e dei ragazzi. Nel 2017 sono stati 8.545 i nuclei familiari e 12.710 i minori interessati da questa misura (24,3 ogni 1.000 minori residenti), per una media di 1,5 minori per nucleo. Tra questi, in circa la metà dei casi è attiva una cartella sociale con determinazione del progetto individuale sul minore. Il valore medio dei ragazzi per nucleo coinvolti in questo tipo di intervento è più alto di quello registrato per le altre tipologie, a testimonianza delle maggiori difficoltà economiche delle famiglie con più figli minori.

Relativamente a questa misura si distinguono 5 ZD in cui il tasso supera i 40 minori coinvolti per 1.000 minori residenti: Valdarno (79,5 per 1.000), Alta Val d'Elsa (46 per 1.000), Mugello (44,8 per 1.000), Aretina-Casentino-Valtiberina (44,3 per 1.000) e Fiorentina Sud-Est (42,7 per 1.000).

Conclusioni

La capillare diffusione dell'intervento di sostegno socio-educativo domiciliare rappresenta un'opportunità concreta per le famiglie con figli minori. Questi ultimi sono maggiormente coinvolti nella fascia d'età 6-14 anni, che abbraccia il periodo nel quale possono più frequentemente ricorrere le difficoltà relazionali che l'intervento mira a risolvere. Anche la multi professionalità, alla base di questo servizio, rappresenta un livello di qualità funzionale a una valutazione appropriata dei bisogni e a personalizzare l'intervento.

Altra opportunità quotidiana di sostegno nelle funzioni genitoriali deriva dalla rete dei Centri diurni nei quali i ragazzi possono passare alcune ore della giornata, soprattutto in orario pomeridiano, relazionandosi tra pari e recuperando eventuali difficoltà nell'apprendimento. In questo caso il sistema dei servizi sconta la non uniforme presenza di tali centri sul territorio regionale e la non adeguata diffusione di forme più leggere di affidamento familiare, temporaneo, diurno o part-time.

Le famiglie toscane, anche se neo costituite, straniere o con figli diversamente abili, hanno comunque a disposizione una gamma di interventi e servizi dedicati alla genitorialità, alle sue funzioni, alle scelte da sostenere, che si connotano per la buona distribuzione territoriale e per l'agire in ottica preventiva e promozionale. Si tratta di servizi e interventi attraverso i quali i nuclei fragili e vulnerabili possono affrontare le difficoltà relazionali, sociali o economiche, nonché i bisogni di riacquisizione di competenze educative e di cura da spendere nel rapporto con i propri figli.

Io, donna, che ha subito una violenza, a chi mi posso rivolgermi? In chi posso trovare un sostegno?

La Convenzione di Istanbul aperta alla firma nel 2011 e ratificata dall'Italia con legge 77/2013, che rappresenta il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante volto a creare un quadro normativo completo a tutela delle donne contro qualsiasi forma di violenza, integra e amplia quanto già deliberato in Toscana nel 2007 con le "Norme contro la violenza di genere" (l.r. 59/2007) che all'art. 1 recita "La Regione Toscana riconosce che ogni tipo di violenza di genere, psicologica, fisica, sessuale ed economica, ivi compresa la minaccia di tali atti, la persecuzione, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata, costituisce una violazione dei diritti umani fondamentali alla vita, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità, all'integrità fisica e psichica e costituisce un'autentica minaccia per la salute ed un ostacolo al godimento del diritto a una cittadinanza sicura, libera e giusta."

In 11 anni, dal 2006 al 2017, le vittime di femminicidio in Toscana sono state 108. I numeri esigui dal punto di vista statistico, ma non certamente rispetto alla gravità del fenomeno, per la quale anche un solo caso deve costituire un allarme, limitano analisi temporali e/o geografiche che possano valutare differenze nel tempo o nei territori toscani. Il 2016 è stato l'anno con il più alto numero di omicidi di donne per motivi di genere, 13 in tutto. A commetterli sono soprattutto partner o ex-partner. Un quarto delle vittime è di origine straniera, mentre più della metà ha raggiunto i 60 anni d'età. Gli orfani speciali, così vengono identificati i figli delle vittime di femminicidio, sono 37.

Il rapporto tra femminicidi e violenze, sulla base degli accessi ai Centri anti violenza, è di circa 1 a 200. Dal luglio 2009 al giugno 2018 i Centri anti violenza toscani hanno ricevuto oltre 22mila richieste di aiuto da parte di donne. La tendenza mostra un incremento costante nel periodo 2009-2013, una flessione nel 2014-15 e una ripresa nel 2016. Si tratta di circa 13,2 richieste di aiuto ogni 1.000 donne residenti di 15 anni e oltre (ovvero una richiesta ogni 76 donne).

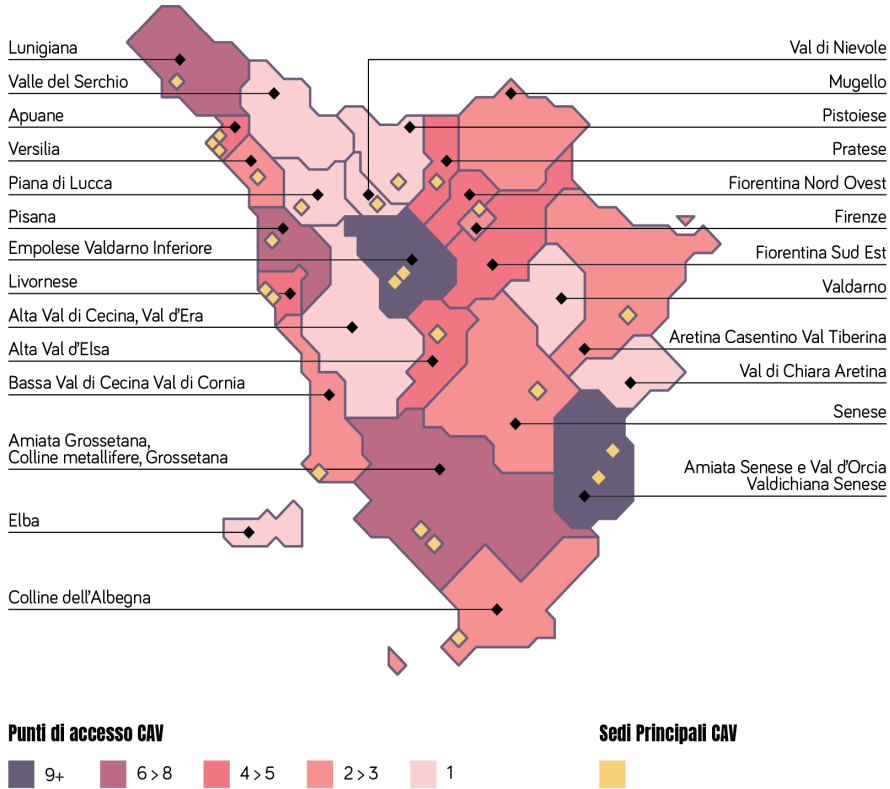
Violenza di genere

Tabella 1. Donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza per provincia - Casi e casi per 1.000 donne d'età 15+ anni - Toscana, periodo 2009-2018 - Fonte: Regione Toscana, Osservatorio Sociale Regionale

Periodo	Provincia										Totale
	AR	FI	GR	LI	LU	MS	PI	PO	PT	SI	
2009-10	97	715	81	89	143	50	193	132	173	88	1.761
2010-11	215	684	102	100	167	27	178	183	149	125	1.930
2011-12	216	708	89	106	179	68	217	227	133	110	2.053
2012-13	209	892	118	148	224	58	330	249	179	108	2.515
2013-14	252	845	107	183	258	61	330	283	193	99	2.611
2014-15	260	772	110	192	208	176	336	247	184	134	2.619
2015-16	254	734	98	177	228	165	266	215	188	124	2.449
2016-17	269	843	193	278	333	213	397	238	154	200	3.118
2017-18	331	888	175	289	360	250	406	248	234	200	3.381
Totale	2.103	7.081	1.073	1.562	2.100	1.068	2.653	2.022	1.587	1.188	22.437
x1.000 donne età 15+	13,4	15,4	10,3	10,0	11,7	11,5	14,1	18,1	11,9	9,6	13,2

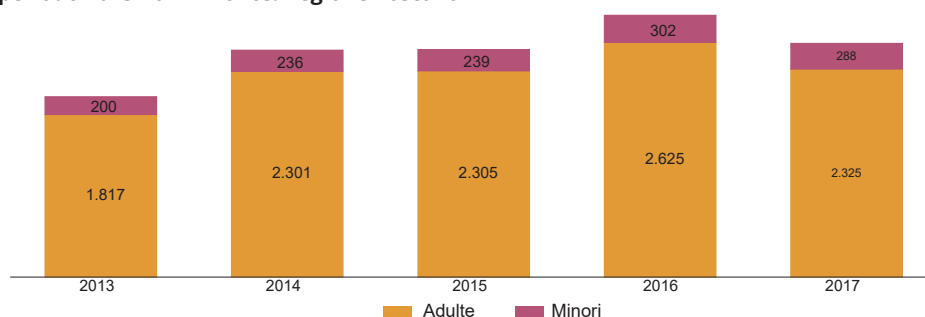
I Centri antiviolenza sono spazi specializzati nella tutela delle donne dalla violenza di genere, forniscono gratuitamente servizi di ascolto e accoglienza, supporto legale, orientamento e accompagnamento ad altri servizi, supporto psicologico, aiuto nel percorso di allontanamento dal partner violento, orientamento lavorativo, sostegno all'autonomia. In alcuni casi il supporto è fornito direttamente dal centro, in altri, dal centro in collaborazione con i servizi sul territorio, in altri ancora, il centro assolve la funzione di indirizzamento. Gestiscono, prevalentemente in forma diretta, le Case rifugio a indirizzo segreto, strutture di protezione nella quali sono accolte le donne vittime di violenza eventualmente con i/le loro figli/e e alcune case di seconda accoglienza. I Centri antiviolenza, di cui fanno parte operatrici e professioniste costantemente formate e aggiornate, svolgono inoltre un'importante funzione di conoscenza, sensibilizzazione e prevenzione dei fenomeni violenti, con iniziative culturali e aperte a tutte la cittadinanza e dirette a specifici target, come ad esempio studenti e studentesse, rappresentando un importante presidio culturale.

Figura 1. Centri antiviolenza per Zona Distretto - Fonte: Regione Toscana, Osservatorio sociale regionale, X Rapporto sulla violenza di genere in Toscana



La Toscana può contare su una dotazione di strutture decisamente migliore di quella media nazionale (è la 4° regione in Italia), con 1,4 Centri antiviolenza (24, con 101 sportelli territoriali) e 1,2 Case rifugio (20) ogni 100mila donne over14enni toscane. Nel periodo 2012-I semestre 2018 gli accessi ai Pronto Soccorso con Codice Rosa (percorso dedicato alle vittime di violenza) segnalati dalle Aziende sanitarie locali e Ospedaliere Universitarie (AUSL e AOU) sono stati circa 18.700, di cui oltre 2.600 (14%) riguardanti minori. Dal 2013 le donne coinvolte sono state circa 12.300, ossia quasi l'80% dei Codici Rosa, 1.394 sono minorenni, con più alta percentuale di accessi tra i 15 e i 17 anni, età in cui convenzionalmente si inizia a parlare di violenza di genere.

Figura 2. Accessi di donne in "Codice Rosa" ai Pronto Soccorso per fascia d'età - Toscana, periodo 2013-2017 - Fonte: Regione Toscana



Circa 19.200 sono stati gli accessi (prestazioni) ai consultori nell'area "abuso e maltrattamento" tra il 2013 e il 2017, di cui oltre l'80% è rappresentato da donne.

La violenza di genere è un fenomeno strutturale e trasversale, non si tratta di episodi confinati in ambienti sociali e culturali degradati, né di tipizzazioni ben definite, la violenza prevalentemente avviene tra le mura domestiche con un importante dato in crescita rispetto alla violenza assistita dai figli e dalle figlie minorenni che, come confermano anche i numeri rilevati dal Centro regionale Infanzia e Adolescenza, passano dai 968 casi del 2014 ai 1.487 del 2017.

Cresce la propensione alla denuncia soprattutto delle donne straniere, dal 28,1% del 2014/15 al 30,9% dell'ultima rilevazione regionale, con una diminuzione nel ritiro delle denunce nello stesso periodo dal 2,6% al 1,5% del 2017/18.

Da segnalare infine la presenza in Toscana di 6 strutture per il trattamento degli autori di violenza, di cui 2 nate nel corso dell'ultimo anno, che garantiscono la copertura dell'intero territorio regionale.

Conclusioni

La regia delle politiche di prevenzione e contrasto alla violenza è garantita dalla partecipazione al Comitato regionale di coordinamento sulla violenza di genere, istituito con l.r. 67/2016 che nella sua composizione prevede la presenza, oltre che di diversi Assessorati regionali, di esperti degli Enti locali, delle Ausl, dei Centri antiviolenza, dei Centri per autori di maltrattamento, delle organizzazioni sindacali, dell'Ufficio scolastico regionale, delle Forze dell'Ordine e della Magistratura. Proprio la collaborazione su vari livelli, sociale e sanitario, giudiziario, educativo e della formazione e lavoro, pubblico e privato, fa della Regione Toscana uno dei territori più all'avanguardia in Italia.

Negli anni è stato costruito un sistema integrato che risponde all'emergenza in tutti i Pronto Soccorso regionali attraverso la rete di Codice Rosa, nello specifico il Percorso donna, che rappresenta il punto di arrivo di un percorso di messa a regime degli assetti organizzativi di una rete clinica tempo-dipendente "gender sensitive". In collaborazione con le Reti

antiviolenza, i Centri antiviolenza e i Servizi sociali professionali, si è istituita la possibilità di attivare servizi di accoglienza in emergenza per le prime 72 ore dall'uscita dal Pronto Soccorso, necessari per la predisposizione di progetti di protezione e sostegno integrati alle donne vittime di violenze.

Molto è stato fatto in termini di sensibilizzazione e prevenzione e contrasto agli stereotipi tra le giovani generazioni con i progetti di "educazione al genere" per favorire una cultura del rispetto dei maschi verso l'autonomia e la dignità delle loro compagne, un'azione già avviata in Toscana con la l.r. 16/2009 "Cittadinanza di genere" e proseguita grazie alla l.r. 107/2015, cosiddetta "Buona scuola".

Regione Toscana ha inoltre inserito, dalla programmazione operativa 2017-2018, l'area della violenza di genere tra gli oggetti di programmazione degli Uffici di Piano, determinando così un primo nomenclatore, realizzato dalle definizioni dei documenti ufficiali presenti a livello istituzionale e la già richiamata Convenzione di Istanbul. Per il 2019 gli ambiti hanno prodotto 81 schede di programmazione, con azioni più ricorrenti legate alla messa in protezione delle donne e dei loro bambini e bambine vittime di violenza domestica, all'implementazione della reti antiviolenza, al Codice Rosa e alle iniziative di sensibilizzazione, evidenziando un consolidamento delle azioni strutturate negli anni sui territori, che vedono, forse più che altrove, un ruolo determinante degli enti del Terzo settore collegati ai Centri antiviolenza.

Non è dunque un caso che Regione Toscana, con Codice Rosa, sia stata assunta a modello nazionale per la definizione delle Linee guida nazionali per le Ausl e le AOU in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza (DPCM 24 novembre 2017) e stia dando un contributo importante alla realizzazione di un sistema informativo e di conoscenza sulla materia, partecipando attivamente alla costruzione di una raccolta nazionale omogenea dei dati dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio, lavorando, tramite i propri rappresentanti, in sinergia con gli organismi tecnici nazionali.

Sono un bambino arrivato da solo da un altro paese. Mi sento protetto, rispettato e aiutato a diventare autonomo?

Il tema dei minori non accompagnati presenti in Toscana è connesso agli interventi di tutela e protezione che secondo le norme nazionali e regionali devono essere attivati quando il minore non ha riferimenti genitoriali o parentali. I servizi sociali comunali sono da sempre impegnati nella segnalazione e nella presa in carico di minori stranieri non accompagnati, secondo il criterio sancito dalla norma dell'intervento da attivarsi a cura del territorio dove il ragazzo viene rintracciato o risulta comunque presente.

La presa in carico e i diversi percorsi di accompagnamento

L'attività realizzata su questo fronte dagli enti locali è rilevata dal monitoraggio sugli interventi per minori che vivono in famiglia o fuori dalla famiglia curato annualmente dal Centro regionale Infanzia e Adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti). A dicembre 2017 (ultimo dato disponibile) i minori stranieri non accompagnati presi in carico dai servizi sociali territoriali erano 741, di cui in 85 (12%) affidamenti familiari, 345 (46%) collocati in strutture residenziali sociali e socio-educative e 311 (42%) accolti in strutture residenziali ad alta autonomia.

Le tre tipologie d'intervento presentano differenze significative sia sotto il profilo quantitativo che per le caratteristiche dell'accoglienza. Prendendo come riferimento l'intervento numericamente meno frequente (affidamenti familiari), per più dei due terzi degli 85 minori in carico (66 minori) si tratta di un affido di tipo intra-familiare, realizzato cioè all'interno del gruppo parentale. Situazione questa che evidenzia come, a fronte di un iniziale stato di abbandono del minore, quest'ultimo si sia in seguito ricongiunto a un suo familiare entro il quarto grado di parentela, facendo di fatto decadere lo stato di non accompagnato. Di conseguenza, la presa in carico per affidamenti familiari, cioè in famiglia diversa da quella di origine, di minori stranieri non accompagnati si riduce a fine 2017 a soli 19 casi.

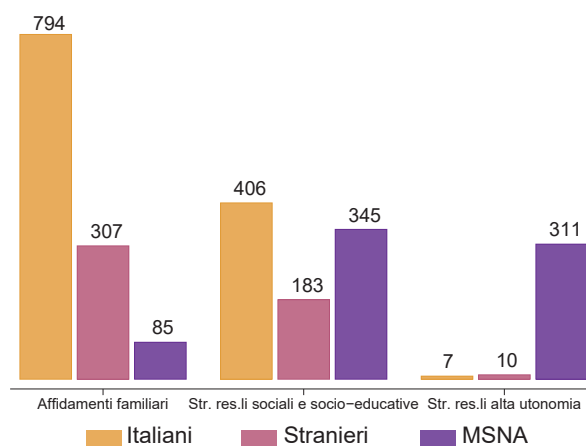
Le altre due tipologie di accoglienza residenziale hanno numeri pressoché simili. I 345 non accompagnati presi in carico e collocati dai servizi a fine 2017 nelle strutture residenziali sociali e socio-educative incidono percentualmente per il 37% del totale dei collocati (934) in questo tipo di struttura. Territorialmente è la Zona Distretto (ZD) di Firenze a registrare in maniera netta il più alto numero di collocamenti, sono infatti 154, pari al 45% del totale dei non accompagnati. Seguono, anche se molto distanti, le ZD della Piana di Lucca (33), della Pisana (31) e della Pratese (25). Sono invece 6 su 26 le ZD senza alcun minore straniero non accompagnato in carico ai servizi.

L'accoglienza in autonomia

Nel 2015 la Regione Toscana ha avviato la sperimentazione dedicata agli appartamenti per l'autonomia, strutture di seconda accoglienza a carattere residenziale pensate per ragazzi tra i 16 e i 21 anni. L'obiettivo della sperimentazione è stato quello di dotare il sistema toscano dell'accoglienza di un modello specificatamente orientato a sostenere ragazzi e neo maggiorenti nel loro percorso di acquisizione dell'autonomia, con formule che possano rendere sostenibile il diritto alla tutela e il bisogno di una reale integrazione sociale. Il percorso, concluso nel 2018 con la messa a sistema di questa nuova tipologia di accoglienza, ha portato a un incremento complessivo delle strutture e a dicembre 2017 si contavano 44 appartamenti per l'autonomia suddivisi in 60 moduli organizzativi, a fronte dei 30 suddivisi in 41 moduli organizzativi attivi nel 2016. Cresce di conseguenza anche la capacità di accoglienza complessiva che passa dai 201 posti del 2016 ai 323 posti del 2017 (+60,7%).

Anche se nati solo da qualche anno, gli appartamenti per l'autonomia registrano già forti livelli di accoglienza, che a fine 2017 arriva a 311 ragazzi presi in carico e collocati dai servizi territoriali sui 328 totali qui accolti. La quasi esclusiva presenza in questi servizi di minori stranieri non accompagnati (MSNA) permette, nonostante la natura aggregata dei dati, di stilare un profilo abbastanza coerente: si tratta di minori in netta prevalenza maschile, con collocamento di tipo consensuale, un'età compresa tra i 15 e i 17 anni e con un inserimento realizzato nella stessa ZD che ha in carico i minori da un periodo relativamente breve. Anche in questo caso tra le ZD a fine 2017 è quella di Firenze a registrare il numero più alto di collocamenti, 231 su 311 pari al 74% del totale degli accolti. Seguono la ZD Pistoiese (16), la Piana di Lucca (12), la Bassa Val di Cecina-Val di Cornia (12) e la Livornese (12). Sono 15 sulle 26 esistenti le zone che non registrano a fine 2017 collocamenti di minori stranieri non accompagnati nelle strutture ad alta autonomia.

Figura 1 - Minori in carico per cittadinanza - Casi - Toscana, anno 2017 - Fonte: Regione Toscana, Centro regionale Infanzia e Adolescenza



Il sistema informativo regionale ASSO-ASMI per i minori in comunità

Alle informazioni meramente quantitative sulla presa in carico e sul collocamento residenziale dei minori stranieri non accompagnati da parte dei servizi territoriali è possibile associarne altre di carattere qualitativo, provenienti dai due sistemi informativi che consentono di monitorare le accoglienze assicurate dalla rete delle comunità socio-educative dedicate ai bambini ed agli adolescenti. Il sistema ASSO (Anagrafe delle strutture sociali) e il sistema ASMI (Attività sui minori in struttura) mappano infatti l'offerta dei servizi residenziali e le caratteristiche dei minori che vi trovano accoglienza temporanea, nonché i principali progetti di intervento che li riguardano. Ogni tipologia di struttura, dai centri di pronta accoglienza, alle comunità a carattere familiare, fino agli appartamenti per l'autonomia, è presente nel sistema.

I dati, a differenza dei precedenti, non riguardano la presa in carico dei servizi toscani ma la presenza dei minori nelle strutture residenziali dislocate sul territorio toscano. I dati di flusso ci dicono che nel 2017 sono entrati in struttura 411 minori stranieri non accompagnati e ne sono stati dimessi 193, per un saldo a fine anno di 381 non accompagnati presenti, pari al 42% del totale dei 922 presenti in struttura a dicembre 2017. La presenza dei non accompagnati si concentra principalmente negli appartamenti per l'autonomia, dove sono ben 203 e quindi poco più della metà del totale di quanti sono accolti. I dati generali confermano quanto già rilevato con l'indicatore della presa in carico, poiché circa il 99% dei non accompagnati ha un'età compresa tra i 14 e i 17 anni, è di genere maschile e proviene da Comuni toscani. Tra le caratteristiche che distinguono i non accompagnati dai coetanei, italiani e stranieri, spicca la percentuale di coloro per i quali non si conoscono precedenti di altre esperienze in accoglienza residenziale, pari al 35%.

I soggetti che hanno richiesto l'inserimento dei non accompagnati sono stati prevalentemente i servizi sociali territoriali per applicazione dell'art. 403 del Codice civile, che invece incide in maniera marginale nei casi degli altri coetanei stranieri e italiani.

Altra caratteristica che interessa in maniera molto marcata i non accompagnati riguarda l'accoglienza senza familiari al seguito, poiché soltanto il 2% è collocato in struttura insieme a un fratello o ad una sorella.

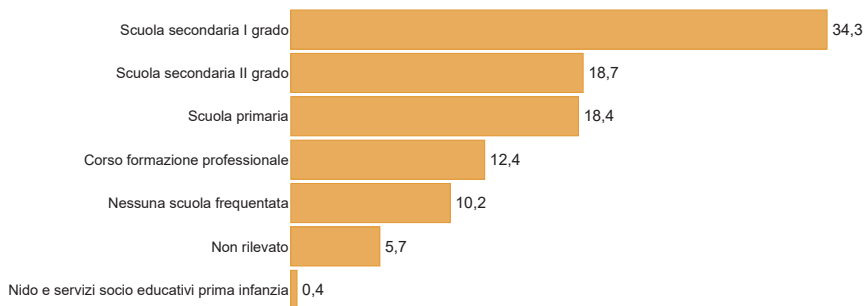
Il 91% dei non accompagnati è interessato da un Progetto Educativo Individuale (PEI) redatto per rispondere ai bisogni di ogni ragazzo dal servizio pubblico in collaborazione con la struttura di accoglienza. Nel caso di questi minori il PEI è avviato quasi in maniera esclusiva dalla Aus di competenza con la partecipazione, in 1 caso su 2, dei servizi sociali territoriali. In 3 casi su 4 il PEI è stato anche oggetto di verifica, nella maggior parte dei casi a cadenza trimestrale. È bassa invece la quota dei non accompagnati che nel PEI vede attivata una regolamentazione dei rapporti con i propri familiari, e riguarda infatti solo il 38% dei ragazzi (76% per gli italiani e 64% per gli altri stranieri), che naturalmente non possono contare sui rientri a casa o sulle visite, anche se effettuano mensilmente delle telefonate nei paesi di provenienza.

I non accompagnati presenti nelle strutture residenziali toscane sono nel 19% dei casi affidati al servizio sociale, nel 16% affidati al responsabile della struttura, ma per il 64% non è ancora individuato il soggetto destinatario dell'affidamento al momento della rilevazione.

Per l'11% dei non accompagnati è stato emanato un provvedimento (66% degli italiani e 63% degli altri stranieri) che corrisponde a un decreto nel 90% dei casi o a un'ordinanza nel rimanente 10%. Il decreto è stato emesso nel 78% dei casi dal tribunale per i minorenni e nel 22% dei casi dal tribunale ordinario difficilmente, quest'ultimo, tirato in ballo per gli italiani (3% dei casi) e per gli altri stranieri (nessun caso).

È importante sottolineare che l'85% dei minori stranieri non accompagnati presenti nelle strutture toscane frequenta una scuola o un corso di formazione professionale (figura 2).

Figura 2. Minori stranieri non accompagnati per sistema scolastico e formativo - Valori per 100 minori stranieri non accompagnati nelle strutture toscane - Toscana, anno 2017 - Fonte: Regione Toscana, Centro regionale Infanzia e Adolescenza



Anche il dato sulla ripartizione territoriale è coerente con quanto emerge dal monitoraggio sugli interventi e servizi territoriali: dei non accompagnati presenti a fine 2017 nelle strutture residenziali il 64% è preso in carico dal Comune di Firenze, il 5% dalle ZD Pratese e della Piana di Lucca.

Il sistema informativo ASMI restituisce anche informazioni sulla dimissione dei minori e per i 193 minori stranieri non accompagnati dimessi nel corso del 2017 si rileva che:

- nel 31% dei casi si è trattato di accoglienze che si sono concluse in meno di un mese, e più in generale nell'87% dei casi non si è superato l'anno di accoglienza;
- le "carriere" dell'accoglienza non si sono del tutto risolte, visto che il 38% dei ragazzi è stato dimesso per essere inserito in un'altra struttura socio-educativa e il 21% in strutture di semi-autonomia;
- per l'11% dei non accompagnati che sono usciti dalle strutture toscane la sistemazione all'uscita rimane sconosciuta in quanto si è trattato di allontanamenti spontanei.

È infine importante rilevare che nelle strutture toscane a dicembre 2017 sono accolti anche 163 stranieri tra i 18 e i 21 anni e, di questi, il 65% è entrato in struttura in quanto minore straniero non accompagnato.

Conclusioni

La vasta gamma di tipologie di accoglienza che caratterizza il sistema toscano delle comunità per minori copre i diversi bisogni di protezione e tutela correlati all'età dei bambini e dei ragazzi e alle loro esigenze specifiche. Un minore in Toscana da solo può quindi trovare risposte calibrate in grado di assicurare diversi livelli di protezione: dall'emergenza che si verifica nel momento del ritrovamento del ragazzo sul territorio (centri di pronta accoglienza), ai percorsi di socializzazione connessi soprattutto all'apprendimento linguistico e scolastico (comunità a carattere familiare), fino all'esperienza di sistemazioni in semi autonomia (appartamenti per l'autonomia). La forte mobilità che caratterizza queste presenze e la durata media delle stesse all'interno di una struttura, testimoniano indirettamente l'aspetto della disponibilità di contesti diversificati di accoglienza.

La diffusione piuttosto omogenea della rete di strutture su tutto il territorio toscano è un altro elemento che concorre a delineare un quadro di adeguatezza rispetto ai bisogni e alle opportunità espressi da questi ragazzi, che hanno un'età prevalentemente compresa tra i 15 e i 17 anni e per i quali quindi i progetti di intervento si prolungano in maniera ricorrente ben oltre il compimento del 18° anno d'età. D'altro canto, le dimensioni e le opportunità espresse dalle maggiori città capoluogo di provincia, Firenze in primis, determina una forte concentrazione delle presenze di minori stranieri non accompagnati in zone precise della Toscana a discapito di altre che quasi non sono toccate dal fenomeno.

Lo scarso ricorso all'affidamento familiare denota il persistere di una criticità che può incidere sui progetti di vita di questi ragazzi, ma va del resto rilevato positivamente il ricongiungimento familiare che nella pratica si determina con l'attivazione degli affidi a parenti.

Infine, la diffusione delle oltre 40 strutture per l'autonomia costituisce un sistema di servizi particolarmente coerente con le fasi di crescita dei ragazzi che arrivano non accompagnati sul nostro territorio e che per le loro esperienze di migrazione sono maggiormente determinati a rendersi autonomi e inserirsi nel contesto sociale in cui vivono.

Se la mia famiglia si trova in una condizione di difficoltà economica e di disagio, su quale rete di supporto può contare?

La Toscana, toccata dalle ripercussioni della crisi economica e dalla conseguente crescita delle disuguaglianze, ha messo in campo importanti innovazioni perché i servizi e le opportunità d'inclusione potessero essere accessibili.

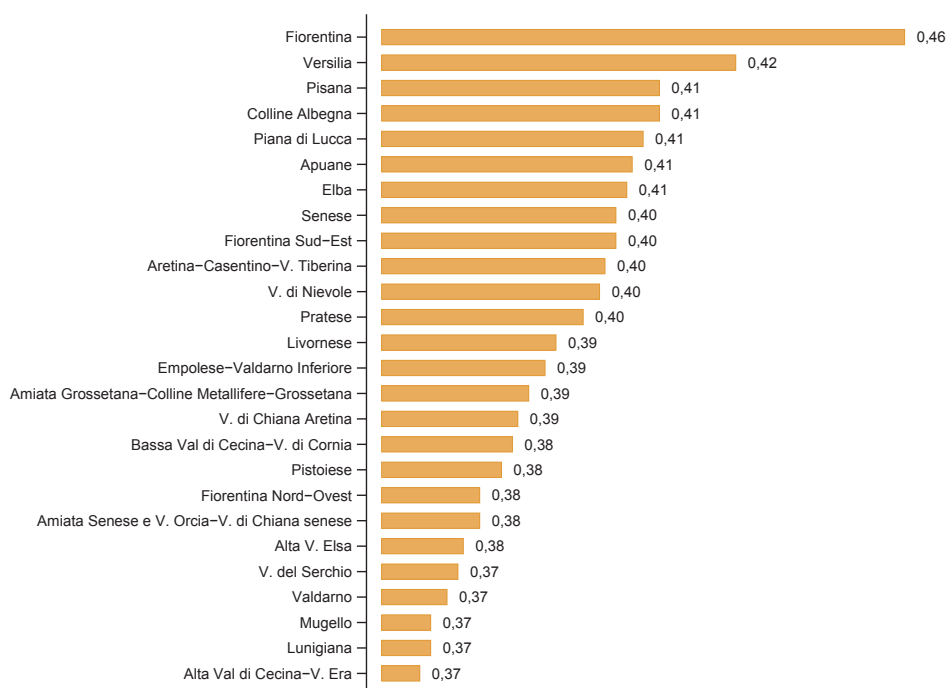
I livelli di povertà toscani sono inferiori alla media nazionale:

- le famiglie in povertà relativa (con spesa media per consumi al di sotto della soglia di povertà relativa) sono circa 97mila (5,9%), aumentate nell'ultimo anno, dopo quattro anni consecutivi di calo, ma comunque la metà della media nazionale (12,3%), con un trend decennale in netta diminuzione (la Toscana è la 3° regione per livello di miglioramento rispetto al periodo pre-crisi);
- le famiglie in condizione di povertà assoluta (che non riescono ad acquistare beni e servizi essenziali per uno standard di vita minimo) sono circa 62mila (143mila persone coinvolte), pari al 3,8% delle famiglie totali, valore inferiore alla media italiana (7,3%);
- le persone che vivono in famiglie in condizione di deprivazione (che sperimentano almeno quattro dei nove sintomi di disagio presenti nella scala di valutazione) in Toscana sono 253mila, il 6,8% della popolazione, dato inferiore a quello italiano (10,1%) e in linea con quello europeo (6,6%).

Alcuni indicatori di disagio mostrano però una crescita di fenomeni di marginalità e povertà anche nei nostri territori, pur con intensità minore di quella nazionale:

- aumentano le famiglie in povertà tra quelle con componenti in età da lavoro e con figli, in particolare tra le numerose, monogenitoriali, con capofamiglia under35, straniero o con titolo di studio basso. Circa la metà delle famiglie povere ha un capofamiglia che lavora, ma l'incidenza è massima in caso di disoccupazione.
- La povertà alimentare, in passato pressoché esclusiva della marginalità estrema, è uno dei nuovi aspetti di impoverimento: nel 2016 circa 54.500 famiglie per alcuni periodi dell'anno non hanno avuto il denaro per acquistare il cibo necessario.
- Aumentano le disuguaglianze intergenerazionali, tra pensionati o lavoratori a tempo indeterminato, con un reddito e sicurezze sociali in grado di proteggerli da possibili percorsi di impoverimento, e chi, al contrario, non ha queste sicurezze, come giovani precari, senza lavoro o in entrata nel mercato del lavoro. L'indice di Gini, misura della disuguaglianza nella distribuzione dei redditi con valori da 0 (perfetta uguaglianza dei redditi) e 1 (massima disuguaglianza), per Zona Distretto (ZD) evidenzia le differenze territoriali, con maggiori disuguaglianze nell'area urbana di Firenze, nelle zone costiere del nord e nelle aree interne montane (figura 1).

Figura 1. Diseguaglianze - Indice di Gini del reddito lordo familiare equivalente - Toscana, anno 2017 - Fonte: elaborazioni IRPET su dati ISTAT



Il Piano regionale di Contrasto alla Povert 

All'acuirsi di situazioni di disagio economico e di esclusione sociale la Regione Toscana ha risposto approvando per la prima volta un Piano regionale di Contrasto alla Povert , un programma triennale per ridurre le cause dell'impoverimento, sostenere l'uscita dalle condizioni di marginalit  e esclusione sociale, con oltre 120 milioni di euro, tra risorse regionali, statali e comunitarie. Un'azione incisiva che ha integrato politiche di settori diversi in quattro linee di intervento: lavoro, abitare, contrasto alla povert , scuola. Gli interventi sulla povert  sono, infatti, per loro natura trasversali, la Regione Toscana vuole promuovere un sistema regionale integrato che offra azioni e interventi sia preventivi che riparativi di situazioni di disagio economico e di marginalit .

Un sistema dialogante tra pubblico, privato sociale e cittadini

In un sistema di *governance* con molti attori,   importante rafforzare le reti di relazione tra pubblico, privato sociale e cittadini. Il Terzo settore integra queste reti di servizi grazie al radicamento nel territorio: la vicinanza, infatti, favorisce l'accesso alle informazioni e ai

servizi, permette di intercettarne i bisogni prima della fase acuta, agendo preventivamente. L'accesso diretto allo sportello e centro di ascolto veicola la persona in difficoltà verso i servizi offerti dal sistema nel suo complesso. In particolare gli interventi rivolti a persone gravemente emarginate si basano sulla stretta collaborazione tra *non profit* e Enti pubblici: mensa sociale, distribuzione beni di prima necessità e servizi per l'igiene personale, *cohousing* solidale per l'accoglienza, *housing first*, unità di strada.

L'esperienza del Reddito di Inclusione (ReI)

Negli ultimi anni abbiamo assistito a un complesso di azioni che non hanno precedenti nella lotta alla povertà. Con la pubblicazione del decreto legislativo 147/2017 si è concluso il percorso di attuazione del Reddito di inclusione (ReI), prima misura unica nazionale di contrasto alla povertà, cui è seguito il primo Piano nazionale contro l'esclusione sociale, che sostiene anche altri interventi di rafforzamento dei servizi territoriali, per riportare il dibattito pubblico sul tema della povertà e contribuire a definire un nuovo modello di welfare, basato sulla presa in carico del soggetto fragile e sul protagonismo delle reti sociali e del Terzo settore. Il contrasto alla povertà diventa strutturale, quando si era sempre limitato a misure sperimentali e revocabili, basato su interventi interistituzionali e multidisciplinari, per sostenere le persone nella fuoriuscita dalla povertà, responsabilizzandole con una presa in carico personalizzata. La Regione Toscana aveva già posto le basi per la costruzione dell'infrastruttura territoriale su cui il ReI si è inserito. La riforma del Servizio Sanitario Regionale ha riorganizzato le funzioni aziendali nella dimensione di Area Vasta e gli ambiti territoriali con la nuova zonizzazione che ha ridotto, unendone alcune, le Zone Distretto. Questo processo ha rafforzato le competenze zonali e si incrocerà con lo sviluppo delle azioni derivanti dal Fondo Sociale Europeo sia di livello nazionale (PON - Piano Operativo Nazionale) che di livello regionale (POR - Piano Operativo Regionale). Le somme stanziare per la prima volta dal Fondo nazionale povertà e destinate al finanziamento del rafforzamento dei servizi per l'accesso e la presa in carico del ReI ammontavano per la Regione Toscana, per l'annualità 2018 a 11.723.200 di euro, ripartita tra le ZD per garantire in tutta la regione livelli essenziali di prestazioni, in base a quanto previsto nell'atto regionale di programmazione del fondo. Le ZD sono quindi chiamate a progettare e gestire interventi e servizi integrati, inseriti all'interno della propria programmazione operativa: un risultato senz'altro positivo dal punto di vista della costruzione di azioni territoriali non episodiche.

Tabella 2: Nuclei familiari percettori di ReI e persone coinvolte per regione - Italia, anno 2018 - Fonte: INPS

Regione	Nuclei		Persone coinvolte		Importo medio mensile del ReI
	n	per 1.000 nuclei	n	per 1.000 persone	
Toscana	14.603	8,8	38.886	10,4	262,94 €
Italia	462.170	17,8	1.329.325	22,0	295,88 €

Le misure di sostegno all'abitare

Le misure sopra evidenziate, si integrano con altre, strettamente connesse al sostegno all'abitare, reso pi  complicato dalla crisi economica degli ultimi anni. I cittadini in difficolt  abitativa e con risorse economiche limitate possono rivolgersi al proprio Comune per presentare domanda di accesso ai bandi di concorso pubblico per l'assegnazione di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP). Il sistema ERP toscano vede la presenza di 49.731 unit  immobiliari e 47.088 nuclei familiari, per un numero di componenti pari a 115.372. Per il triennio 2017-2019 la Regione Toscana ha destinato oltre 100 milioni di euro per ampliare la disponibilit  di alloggi, portando a termine gli interventi iniziati e realizzando quelli programmati.

Tra gli altri interventi di sostegno previsti, i nuclei familiari che si trovano in sopravvenuta difficolt  nel pagare l'affitto, per una consistente riduzione della capacit  reddituale causata dalla perdita del lavoro, dalla cessazione dell'attivit , da malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare, possono richiedere al Comune un contributo straordinario per evitare lo sfratto per morosit  o per assicurare un nuovo contratto di locazione. Possono usufruire di questo beneficio, che   assegnato in base ad una graduatoria comunale (la Regione definisce le modalit  di gestione e i requisiti per accedervi), le famiglie titolari di un contratto regolarmente registrato, con un rapporto canone/reddito tale da non consentire il regolare pagamento. Tra i beneficiari di tali misure di sostegno rientrano in misura significativa i nuclei familiari con la presenza di figli minori e/o famiglie seguite dai Servizi sociali territoriali. Tra il 2012 e il 2017 in Toscana sono stati destinati oltre 10 milioni di euro al contributo affitto, provenienti da risorse statali, regionali e comunali.

Nell'ambito delle politiche regionali pubbliche integrate per l'accesso alla casa, la Regione Toscana, con la l.r. 13/2015, ha riconosciuto il ruolo delle Agenzie sociali (attualmente sono 2 quelle accreditate sul territorio regionale) che svolgono, in sinergia con i Comuni, attivit  differenziate finalizzate al mantenimento o reperimento di alloggi per nuclei in difficolt . Tra le attivit  pi  rilevanti si evidenziano:

- reperimento di alloggi sul mercato libero attraverso attivit  di mediazione e di garanzia ai proprietari;
- messa a disposizione di alloggi, non afferenti al patrimonio ERP, per forme di accoglienza emergenziali;
- messa a disposizione di alloggi in favore dei nuclei familiari e dei soggetti che non riescono autonomamente a soddisfare il bisogno di una casa adeguata alle proprie necessit  abitative;
- svolgimento, in modo continuativo, di attivit  di informazione e orientamento all'utenza;
- svolgimento di attivit  di garanzia nei confronti dei proprietari degli alloggi intermediati per gli eventuali stati di insolvenza dettati da difficolt  economiche accertate, nonch  per gli eventuali danni ai fabbricati, fatto salvo l'obbligo di rivalsa sui soggetti responsabili;
- sostegno economico temporaneo ai nuclei familiari o ai singoli per l'accesso alla casa o per il suo mantenimento.

Conclusioni

È indubbio che le misure di contrasto alla povertà richiedano una forte *governance* territoriale che si esprime sia a livello di programmazione che a livello operativo: alla multidimensionalità dei bisogni cui corrisponde una molteplicità di risorse da attivare. Il ruolo fondamentale di coordinamento esercitato da Regione Toscana attraverso la Cabina di regia costituita ad hoc pone dunque come ulteriore obiettivo quello di disciplinare le forme di collaborazione e cooperazione tra i servizi che permettano di raggiungere i risultati auspicati in termini di *governance* integrata. In particolare si rivela strategica la condivisione e formalizzazione delle modalità operative per la costituzione delle *équipe* multidisciplinari, vero banco di prova della creazione di una infrastruttura di servizi che possa sostenere la natura di livello essenziale di prestazione che il ReI ha assunto nella normativa e che è stato declinato nei territori.

Non si può in ultimo non fare un cenno alla recente approvazione della legge 26/2019 di conversione del d.lgs. 4/2019 che ha previsto l'introduzione del Reddito di Cittadinanza (RdC) e che rappresenta un momento di ulteriore svolta rispetto allo contesto nazionale nel quale si sono sviluppate le azioni regionali sopra descritte. Il passaggio dal ReI, centrato sulla povertà estrema, al RdC, che estende target e soglie di accesso prestando prevalente attenzione all'inserimento lavorativo, modifica fortemente l'impostazione basata sulle politiche di inclusione sociale finora proposte, ma può tuttavia offrire l'opportunità per maturare una visione e una strategia di contrasto alla povertà di lungo periodo in ragione del considerevole aumento di finanziamento della misura rispetto alla precedente.

Lo scenario per i Servizi locali sarà sicuramente più complesso di quello delineato dal ReI e, quindi, vi sarà ancora più bisogno del coordinamento di tutti i soggetti del territorio. La sfida risulterà particolarmente gravosa nelle realtà in cui il welfare locale è storicamente più debole, dato che in materia di politiche sociali la normativa nazionale fornisce alcune indicazioni, ma il livello regionale e locale dispongono di un'ampia autonomia per interpretarle al meglio, si può desumere che per la Regione Toscana il lavoro compiuto sinora nei territori con ReI costituisca un'ottima base sulla proseguire in un percorso ben definito.

Mi sento trattato in modo sicuro, con rispetto e dignità dal personale sanitario?

Nell'ottica della filosofia del "Paziente al centro", lo strumento principale per raccogliere informazioni utili a definire un quadro del rapporto tra paziente e Servizio Sanitario Regionale (SSR) sono le indagini ai pazienti. Le indagini sull'esperienza dei pazienti (*Patient-Reported Experience Measures* - PREMs) rilevano l'esperienza dei pazienti rispetto ai servizi sanitari di cui hanno fruito, le strutture, la presa in carico, il comportamento e la relazione con i professionisti, mentre le indagini sugli esiti (*Patient-Reported Outcome Measures* - PROMs) raccolgono informazioni sull'effetto di interventi e cure su salute e qualità della vita, attraverso questionari somministrati in più tempi in specifici percorsi medici o chirurgici.

La Regione Toscana, con il Laboratorio Management e Sanità, ha trasformato le indagini ai pazienti, usualmente realizzate ogni due anni, in strumento di controllo operativo continuo. Realizzando l'Osservatorio PREMs e PROMs. Le rilevazioni ai pazienti sono diventate continue, e non più campionarie, e i loro risultati sono riportati in tempo reale alle Aziende sanitarie, grazie a modalità innovative di raccolta, rappresentazione e condivisione dei dati e dei commenti degli utenti. Da gennaio 2018 l'indagine PROMs ha coinvolto via via più percorsi (scenari cardiaco; Chirurgia elettiva ortopedica; Chirurgia robotica urologica, coloretale e toracica; Chirurgia ricostruttiva della mammella), coinvolgendo sistematicamente i presidi, i centri robotici e senologici della Toscana. Complessivamente, a febbraio 2019 sono stati arruolati 2.689 pazienti, circa il 40% di quelli eleggibili nel 2018. Più di 1.000 pazienti hanno risposto al 1° questionario T0 (più del 41% degli arruolati), 561 al 2° questionario T1 (68% dei pazienti degli eleggibili), quasi 300 al 3° questionario T2 (66% dei pazienti degli eleggibili).

Le indagini PREMs sono state attualmente introdotte sui ricoveri ordinari, coinvolgendo progressivamente le diverse strutture ospedaliere pubbliche toscane dal 2018. A febbraio 2019, i pazienti adulti coinvolti sono 8.100, per un tasso di adesione maggiore del 30%. Circa il 41% dei pazienti invitati a partecipare ha risposto al questionario (circa 3.300). A dicembre 2018, la rilevazione ha visto l'adesione dell'AOU Meyer, al fine di coinvolgere i pazienti in età pediatrica e i loro genitori/accompagnatori. A febbraio 2019, sono stati raccolti 636 questionari (31% dei pazienti), e di questi 290 hanno compilato il questionario, per un tasso di risposta superiore al 59%.

A marzo 2019, con l'avvio del progetto hAPPyMamma a livello regionale, la rilevazione continua e sistematica dei PREMs e PROMs ha interessato anche il percorso nascita. Nell'attesa dell'avvio di quest'ultima indagine in continuo, a partire da settembre 2018 è stata realizzata un'indagine campionaria di tipo longitudinale su PREMs del percorso nascita, coinvolgendo le donne al momento della dimissione dai Punti Nascita. Delle circa 5.700 partorienti eleggibili dall'inizio della rilevazione a settembre 2018 fino al 28 febbraio 2019, circa 4.900 hanno aderito (86% circa delle eleggibili). Quasi 3.300 partorienti hanno compilato il questionario dopo la dimissione dal Punto Nascita, per un tasso di risposta di oltre il 67%.

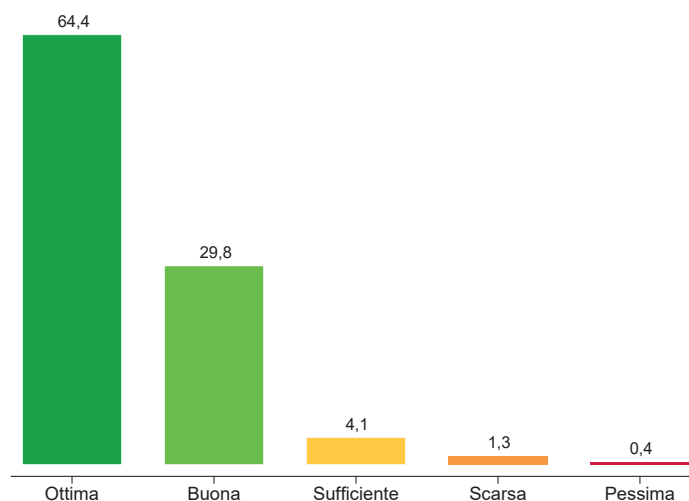
Tabella 1. Andamento delle indagini PREMs agli utenti SSR, partite nel 2018 – Arruolati e response rate (rapporto tra utenti invitati a rispondere e rispondenti al questionario) – Toscana, anno 2019 – Fonte: Laboratorio MeS, Scuola Superiore Sant’Anna

Indagine	Lancio	Arruolati a febbraio 2019	Response rate
PROMs	Gennaio 2018	2.689	41,3%
PREMs ricoveri	Aprile 2018	8.154	41%
PREMs ricoveri pediatrici	Dicembre 2018	636	59,5%
PREMs percorso nascita	Settembre 2018	4.895	67,3%

La qualità percepita da parte di chi ha fruito dei servizi ospedalieri è buona e mostra livelli sempre più omogenei nel territorio toscano.

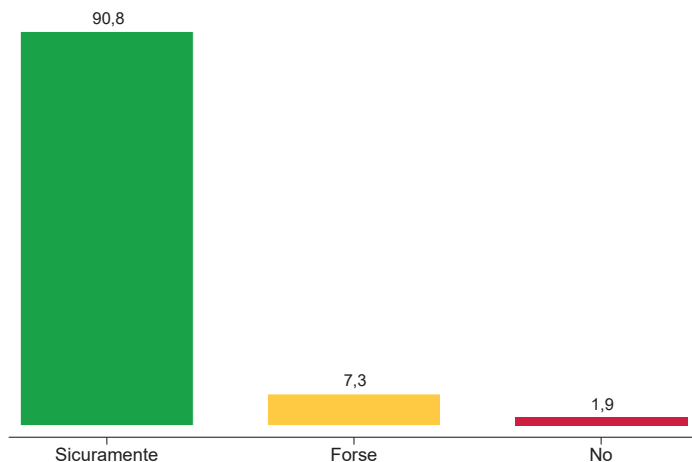
Tra i risultati dell’indagine PREMs (De Rosi, Bonciani, Covre, Corazza, Cassano, Pelagagge, Di Gregorio, Cerasuolo, Nuti, 2019. Indagine PREMs Patient-Reported Experience Measures. Rilevazione sistematica dell’esperienza di ricovero ordinario riportato dai pazienti adulti e pediatrici nella sanità toscana), la valutazione complessiva dell’esperienza di ricovero a febbraio 2019 si attesta su livelli di soddisfazione molto elevati, con oltre il 94% dei pazienti in regione che valuta come ottima o buona l’assistenza ricevuta durante il ricovero (figura 1), attualmente senza differenze significative sul territorio toscano.

Figura 1. Assistenza ricevuta in reparto – Valori per 100 pazienti intervistati – Toscana, anno 2019 – Fonte: Elaborazioni Laboratorio MeS su dati indagine PREMs



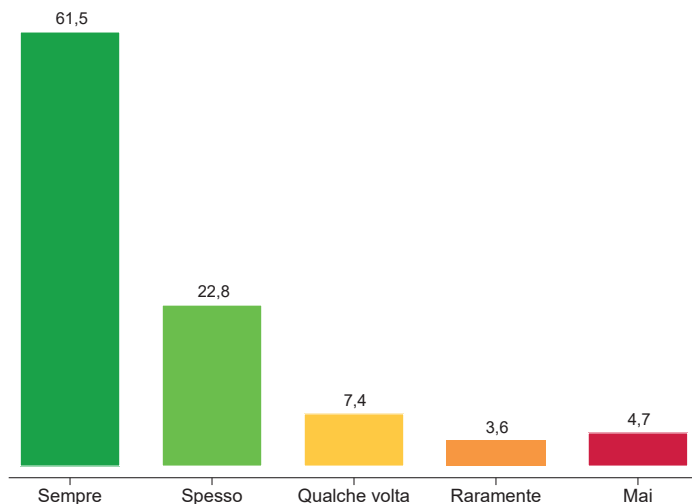
Una quota notevolmente alta dei pazienti, che varia da stabilimento a stabilimento dall’88% al 100% dei pazienti, raccomanderebbe il reparto in cui è stato ricoverato a parenti o amici con lo stesso problema di salute (figura 2).

Figura 2. Raccomanderebbe a parenti/amici/conoscenti con lo stesso problema di salute questo reparto - Valori per 100 pazienti intervistati - Toscana, anno 2019 - Fonte: Elaborazioni Laboratorio MeS su dati indagine PREMs



Accoglienza, rispetto, informazione e comunicazione a pazienti e accompagnatori ricevono giudizi altrettanto positivi. L'unico aspetto su cui eventualmente ci sarebbero margini di miglioramento è il coinvolgimento del paziente nelle scelte relative alla sua salute, dove circa l'8% dei pazienti riporta di non essere stato mai o raramente coinvolto quanto avrebbe voluto da medici e infermieri (figura 3).

Figura 3. Pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura durante il ricovero - Valori per 100 pazienti intervistati - Toscana, anno 2019 - Fonte: Elaborazioni Laboratorio MeS su dati indagine PREMs



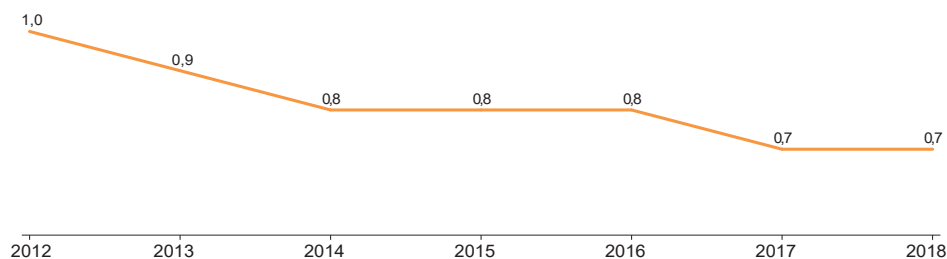
Il comfort dei presidi ospedalieri è valutato in modo variabile a seconda del reparto, con una percentuale di valutazioni positive della pulizia degli ambienti più alte di quelle relative alla silenziosità degli stessi.

I risultati preliminari delle indagini PROMs (De Rosi, Ferré, Lungu, Murante, Pennucci, Pelagagge, Nuti, 2019. Indagine PROMs Patient-Reported Outcome Measures. Rilevazione sistematica dell'esperienza e degli esiti riportati dai pazienti nella sanità toscana) sono stati condivisi e discussi con il *management* e i professionisti sanitari, in attesa di raggiungere una quota significativa di rispondenti all'ultimo questionario a 12 mesi dall'intervento chirurgico dei pazienti (o al ricovero per i percorsi medici), che permetterà di avere una visione completa dell'indagine longitudinale e risultati più robusti rispetto alle misure di esito pre e post-intervento così come riportati dai pazienti nel loro percorso di cura.

Inoltre, un buon *proxy* della soddisfazione e della qualità percepita da parte dell'utente è la percentuale di dimissioni volontarie ovvero la decisione dei pazienti, contro le indicazioni mediche, di interrompere il trattamento in corso in ospedale. È stato dimostrato su dati toscani, infatti, che vi è una relazione significativa fra i risultati delle indagini di soddisfazione e questo indicatore (Grillo Ruggieri, Berta, Murante, , Nuti, 2018. Patient satisfaction, patients leaving hospital against medical advice and mortality in Italian university hospitals: a cross-sectional analysis. BMC Health Services Research, 18:51).

I dati sulle dimissioni volontarie, di per sé già fra le migliori del *network* delle regioni, evidenziano miglioramento nel tempo. L'introduzione della riforma non sembra aver avuto effetti su questo indicatore come mostra il grafico seguente.

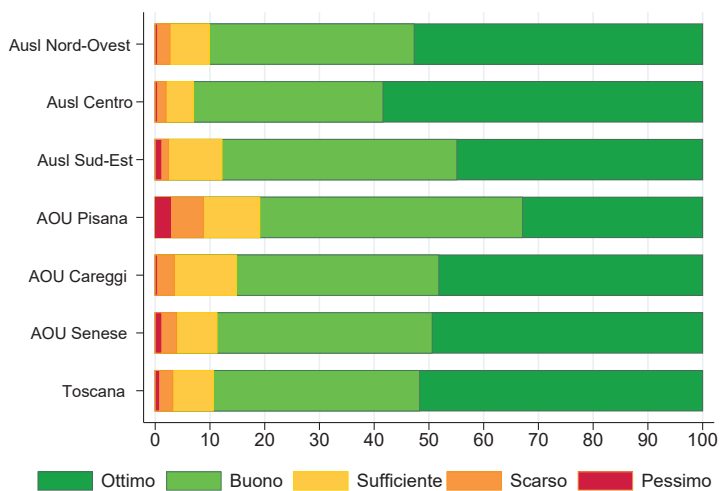
Figura 4. Dimissioni volontarie tra i ricoverati in ospedale – Valori per 100 dimessi – Toscana, periodo 2012-2018 – Fonte: Elaborazioni MeS su dati flusso informativo SDO



Anche nel percorso nascita si registrano valutazioni positive delle diverse fasi da parte delle utenti. In base ai dati a febbraio 2019, circa l'85% delle donne ritiene che l'incontro in cui hanno ricevuto il libretto gravidanza sia stato di qualità buona o ottima e in uguale proporzione riferisce di essere stata abbastanza, molto o del tutto colpita favorevolmente dal modo in cui sono state trattate dall'ostetrica con cui hanno svolto questo primo incontro di avvio del percorso. Il 58% delle donne è stata molto o completamente coinvolta nelle scelte relative alla

gravidanza. Rispetto al Corso di accompagnamento alla nascita, che più della metà riferisce di aver seguito, è possibile implementare delle azioni di miglioramento, essendo valutato molto o completamente utile per gravidanza, parto, allattamento e gestione del neonato da circa 4 donne su 10 mediamente. Ottime le valutazioni dell'assistenza ricevuta nei Punti Nascita della Toscana, dove durante il travaglio e il parto nella maggioranza dei casi hanno avuto la possibilità di avere vicino qualcuno di fiducia, è stato fatto il possibile per gestire il dolore, sono state aiutate ad affrontare le paure e le ansie dal personale ospedaliero, hanno ricevuto informazioni concordanti e chiare, anche nella fase di dimissione e indirizzamento ai servizi territoriali. Il 92% delle donne riferisce di essere stata trattata con rispetto e dignità durante il travaglio e il parto ed esprime ampia fiducia nel personale del Punto Nascita, in maniera più rilevante nei confronti di ostetriche/ci. La quasi totalità delle donne giudica buoni o ottimi il lavoro di squadra del personale ospedaliero e la qualità dell'assistenza ricevuta al Punto Nascita. Anche nella fase post-parto, le donne riferiscono di aver avuto esperienze positive con il proprio pediatra di famiglia e il 71% lo consiglierebbe sicuramente a parenti e amici. Mediamente 6 donne su 10 si sono rivolte al consultorio dopo il parto, e in larga maggioranza (88%) riferiscono di essere state abbastanza, molto o del tutto colpite favorevolmente dal modo in cui sono state trattate dal personale consultoriale. Questi risultati preliminari confermano le valutazioni positive sul percorso nascita che negli anni sono state rilevate attraverso le indagini alle utenti. Ad esempio nella precedente indagine campionaria (Bonciani e Lupi, 2017), l'89% delle partorienti nei Punti Nascita della Toscana ha valutato buono o ottimo il modo di lavorare insieme del personale ospedaliero (figura 5).

Figura 5. Valutazione del modo di lavorare insieme del personale ospedaliero – Valori per 100 pazienti intervistati – Toscana, anno 2019 – Fonte: Elaborazioni Laboratorio MeS su dati indagine PROMS



Fonte: Bonciani, Lupi. *Monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana. Prima parte. Report 2016-2017*

Conclusioni

Gli utenti/pazienti che fruiscono dei servizi sanitari della Toscana ne danno complessivamente una valutazione positiva. Gli aspetti che sono particolarmente apprezzati durante l'ospedalizzazione sono l'accoglienza, la relazione con il personale e la comunicazione a pazienti e accompagnatori. Analoghi riscontri positivi sono riferiti anche rispetto all'assistenza ricevuta lungo un percorso assistenziale quale è quello relativo alla gravidanza, parto e post-parto, che coinvolge servizi territoriali e ospedalieri. L'attenzione rivolta alla valutazione dell'esperienza degli utenti/pazienti, strutturata in maniera sistematica all'interno del Sistema Sanitario toscano, è indicativa dell'impegno a mettere la persona al centro del percorso di cura verso il miglioramento continuo dell'assistenza.

In futuro potrò ancora fare affidamento su un Sistema Sanitario pubblico che utilizza in modo appropriato le risorse a disposizione?

L'ultimo rapporto della Ragioneria generale dello stato sulla spesa sanitaria, uscito nel novembre del 2018, valuta l'andamento della spesa sanitaria corrente rilevata da ISTAT nell'ambito della Contabilità Nazionale (CN). I dati ISTAT rilevano in Italia una dinamica di forte rallentamento negli ultimi anni, rispetto a un tasso di crescita medio annuo del 7,4% tra il 2001 e 2005. La percentuale di crescita nel quinquennio successivo scende al 3,1%, mentre tra il 2011 e il 2017 si consolida un tasso di variazione medio annuo di spesa sanitaria intorno allo zero (0,1%).

Se considerassimo l'andamento del valore della spesa sanitaria in rapporto all'andamento del Prodotto interno lordo (PIL), riscontreremmo una crescita significativa nel periodo 2000-2007, con un incremento del rapporto dal 5,5% al 6,4%, mentre, dal 2008 e durante gli anni più acuti della crisi, è arrivato a toccare il valore del 7,1%, che sconta fortemente la contrazione del PIL nominale. Dal 2011, il rapporto scende di qualche decimo di punto percentuale e, nonostante la bassa crescita economica mediamente registrata nel periodo, si attesta al 6,6% nel 2017.

Infine, per completare il quadro, si segnala che nel periodo 2001-2005 la spesa sanitaria corrente è cresciuta annualmente ad un tasso di crescita medio più elevato di quello del finanziamento ordinario di circa 1,3 punti percentuali. Dal 2006 l'inversione di tendenza, con la differenza che diventava negativa attestandosi mediamente sullo 0,6% tra il 2006 e il 2010, e al -0,9% tra il 2011 e il 2017.

Questo è il quadro nazionale delle risorse finanziarie per la sanità pubblica, in cui sono tracciate dinamiche che suggeriscono considerazioni non più in termini di contingenza, ovvero di effetti ciclici innescati dalla crisi finanziaria del 2008, ma in termini di strutturalità. In altre parole, le pressioni finanziarie sul Sistema Sanitario pubblico vanno interpretate non tanto come situazioni cui fare fronte con misure economiche e organizzative calibrate sul breve periodo, quanto piuttosto con una pianificazione di investimento di risorse mirate alla garanzia, nel lungo periodo, della stessa sostenibilità del Sistema Sanitario pubblico nazionale.

Il problema della sostenibilità si riflette ovviamente nelle dinamiche regionali, con andamenti differenti in termini di volumi di finanziamento o di spesa, e di performance.

In ottica di sostenibilità, riflettere sui soli andamenti delle risorse economiche investite in sanità, senza riferirsi a come si traducano in termini di servizi sociosanitari erogati, può rivelarsi un'operazione tendenzialmente sterile. Un conto è parlare di sostenibilità del finanziamento del Servizio Sanitario, un altro è parlare di sostenibilità del Servizio Sanitario *tout-court*.

La domanda è: che cosa deve essere sostenibile? La risposta è tanto scontata nella sua formulazione, quanto complessa nella sua specificazione: ciò che deve essere sostenibile sono le cure per i cittadini, rispetto ai loro bisogni di salute (in evoluzione). Capire su quali cure e in che modo debba essere valutata la sostenibilità, date le risorse finanziarie, professionali e organizzative disponibili in un dato contesto, richiede analisi complesse e studi dedicati.

Ovviamente, esprimere valutazioni sulla sostenibilità di un Sistema Sanitario, nazionale o regionale che sia, è un'operazione complessa, e il rischio di giungere a considerazioni fuorvianti sulla base della selezione delle informazioni di riferimento è alto. In ogni caso, per avviare una riflessione sulla sostenibilità è necessario operare delle semplificazioni, rimanendo tuttavia consapevoli dei limiti che questo comporta a livello di analisi del quadro.

Una semplificazione utile a valutare anche solo sommariamente il concetto di sostenibilità attraverso un processo *input-output* è considerare la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da parte del Servizio Sanitario.

La riflessione sulla sostenibilità dei sistemi sanitari regionali può quindi essere condotta a partire da due fonti informative, da una parte l'aggregato di spesa rilevata mediante i modelli di Conto economico degli Enti sanitari locali, presi a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio, dall'altra i punteggi della griglia LEA. Le performance economiche e organizzative della Toscana possono a questo punto essere confrontate non solo con i valori medi nazionali, ma anche con i risultati delle regioni considerate più virtuose, ovvero con le migliori prestazioni nel garantire, nel 2017, i Livelli Essenziali di Assistenza: il Piemonte, il Veneto e l'Emilia Romagna (tabella 1).

Tabella 1. Spesa sanitaria corrente, risultati di esercizio e punteggi griglia LEA - Valori in milioni di euro, variazione percentuale rispetto all'anno precedente - Toscana, Piemonte, Emilia Romagna, Veneto e Italia, periodo 2014-2017 - Fonte: Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 5, Dipartimento della ragioneria generale dello Stato, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Novembre 2018

Dato	Regione/Italia	Anno			
		2014	2015	2016	2017
Spesa sanitaria corrente di CE (in milioni di euro)	Italia	110.814,5	111.147,2	112.536,4	114.176,7
	Toscana	7.113,8	7.197,8	7.277,8	7.403,7
	Veneto	8.777,2	8.834,5	8.980,1	9.297,5
	Emilia Romagna	8.654,5	8.748,1	8.854,3	9.011,9
	Piemonte	8332,1	8218,8	8379,7	8413,7
variaz. % anno precedente	Italia	1,2%	0,3%	1,2%	1,5%
	Toscana	2,4%	1,2%	1,1%	1,7%
	Veneto	0,9%	0,7%	1,6%	3,5%
	Emilia Romagna	0,4%	1,1%	1,2%	1,8%
	Piemonte	0,0%	-1,1%	1,8%	0,8%
risultati d'esercizio (in milioni di euro)	Italia	-927,7	-1.009,3	-934,7	-1102,3
	Toscana	7,4	-21,8	-42,0	-90,9
	Veneto	15,7	3,5	13,7	14,5
	Emilia Romagna	13,2	0,0	0,2	0,3
	Piemonte	56,8	5,8	8,4	13,7
Punteggio LEA	Toscana	217	212	208	216
	Veneto	189	202	209	218
	Emilia Romagna	204	205	205	218
	Piemonte	200	205	207	221

Non si rilevano notevoli differenze negli andamenti della spesa sanitaria delle regioni considerate, tendenzialmente allineate al valore nazionale. L'unico trend altalenante sembra quello del Piemonte. La Toscana, tuttavia, è la regione il cui investimento mostra un incremento più marcato, sebbene costante. Diverso discorso a livello dei risultati d'esercizio, per il quale Italia e Toscana, a differenza delle altre tre regioni, confermano un trend negativo che, se appare altalenante nei valori nazionali, nella nostra regione evidenzia una tendenza all'incremento negli ultimi 4 anni.

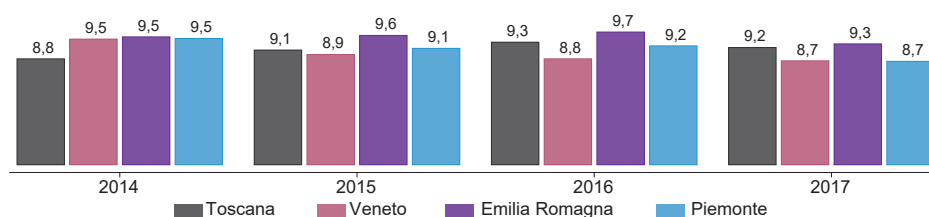
Queste dinamiche sicuramente pongono una questione di sostenibilità, nel momento in cui tracciano la necessità di un investimento crescente di risorse finanziarie, che tuttavia non assicura un risultato di esercizio favorevole. Ma, come detto in precedenza, la sostenibilità dell'investimento non coincide con la sostenibilità delle cure e dell'assistenza.

La Toscana, negli ultimi anni, è riuscita a mantenere il sistema ospedaliero toscano più efficiente e efficace in Italia (fonte: Rapporto SDO 2019, Ministero della Salute), garantendo esiti di cura tra i migliori nel panorama nazionale. Inoltre la nostra regione ha sempre primeggiato nella classifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), tranne nel 2017, quando ha ottenuto un punteggio sulla griglia LEA inferiore a quello di Emilia Romagna e Veneto (appaiate in questa particolare classifica al 2° posto), e del Piemonte. Se si considerano però i livelli essenziali garantiti nell'intero quadriennio, la Toscana resta la regione più affidabile, con una media annuale di 213 punti LEA contro i 208 di Emilia Romagna e Piemonte, e i 204 del Veneto.

In altri termini, lo stress subito dalla Toscana a livello di risorse finanziarie non sembra essersi trasferito sull'erogazione di assistenza essenziale.

Con un esercizio puramente speculativo sulla correlazione tra andamenti degli investimenti e delle *performance*, e nella consapevolezza della sostanziale disomogeneità delle grandezze che si vanno a confrontare, è possibile provare a calcolare, a partire dai dati a disposizione, quello che si potrebbe definire il valore (in euro) di ogni singolo punto LEA in termini di spesa sanitaria corrente (sostenuta a livello complessivo e non quindi per le singole prestazioni LEA) pro capite (su popolazione residente al 1° gennaio).

Figura 1. Valore di un singolo punto LEA in termini di spesa sanitaria corrente pro capite - Rapporto tra spesa e punteggio LEA - Toscana, Veneto, Emilia Romagna e Piemonte, periodo 2014-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT e Ministero dell'Economia e Finanze



Nel quadriennio considerato la Toscana incrementa il valore di un punto LEA da 8,8 a 9,2 euro pro capite, con il valore del 2017 inferiore però a quello del 2016. Se i valori dell'Emilia Romagna si mostrano tendenzialmente stabili, quelli di Piemonte e soprattutto Veneto tendono a decrescere.

Nell'ultimo anno censito, il valore toscano è di poco inferiore a quello emiliano, ma circa 50 centesimi di euro superiore rispetto a Veneto e Piemonte. Se queste ultime due regioni hanno quindi mostrato un trend a valori decrescenti tra il 2014 e il 2017, la Toscana mostra una relazione sostanzialmente stabile tra risorse finanziarie e prestazioni sanitarie essenziali.

Conclusioni

Sulla base delle analisi effettuate potremmo concludere che l'assetto organizzativo toscano, recentemente riorganizzato, a fronte dei vincoli di budget finanziari, riesce comunque a mantenere la sostenibilità dell'offerta assistenziale. È sottinteso che la lettura del fenomeno con i dati attuali è limitata, vista la mancanza di indagini condotte più in profondità e più nel dettaglio degli aggregati e delle loro relazioni, all'interno di un quadro concettuale e metodologico definito e raffinato. Tuttavia è altresì importante discutere concretamente su come intervenire a tutela della sostenibilità, e quindi dell'identità stessa, di un sistema sociale e sanitario pubblico, universalistico ed equo.

Io, operatore, sono motivato a lavorare nel Servizio Sanitario toscano?

Un articolo apparso sulla *Harvard Business Review* nel 2010 ha sottolineato che il successo di un'azienda dipende dagli operatori, invertendo in modo provocatorio il tradizionale concetto del *"Customers first"* (il cliente viene prima di tutto), con il nuovo slogan *"Employees first, customers second"* (prima i dipendenti e poi i clienti) (Nayar, 2010). Al di là dello slogan, le evidenze della letteratura sulla motivazione del personale confermano che laddove i dipendenti sono coinvolti e si sentono parte dell'azienda creeranno più facilmente valore a beneficio degli utenti e quindi dell'azienda. Tale affermazione è vera in generale, ma lo è ancor di più nel caso dei servizi in cui la relazione fra professionisti e utenti è il cuore dell'attività stessa.

Le percezioni dei dipendenti

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ha da sempre prestato attenzione alle percezioni dei dipendenti: la Toscana è stata la prima regione a inserire rilevazioni di clima organizzativo a partire dal 2004, in origine annuale e poi biennale, prima in modo campionario e poi attraverso un'indagine censuaria per dare a tutti i professionisti la possibilità di esprimersi. Le indagini monitorano diversi aspetti del clima organizzativo, fra cui la soddisfazione nel lavorare in azienda e nel SSR, la percezione della comunicazione e la soddisfazione rispetto ad alcune funzioni interne trasversali, quali il controllo di gestione. All'ultima indagine di clima organizzativo rivolto ai dipendenti del SSR, svoltasi fra il 5 giugno e 31 luglio 2017, ha partecipato il 63% dei responsabili di struttura complessa e il 37% dei dipendenti senza responsabilità di struttura.

L'indagine di clima organizzativo, che tutti i dipendenti del SSR sono invitati a compilare online nel massimo rispetto dell'anonimato, consiste in una serie di affermazioni rispetto alle quali il rispondente dichiara il proprio livello di accordo su una scala *Likert* a 5 punti, dove 1 indica un totale accordo e 5 un totale disaccordo. La tabella successiva confronta i valori medi delle risposte a una serie di *item* per i quali, tra il 2014 e il 2017, si è registrata una variazione (positiva o negativa) superiore a 0,10.

Clima organizzativo interno

Tabella 1. Valutazione item indagine clima organizzativo - Media dei punteggi ai singoli item e variazione percentuale rispetto al 2014 - Toscana, anno 2014 e 2017 - Fonte: Elaborazioni Laboratorio MeS su dati indagine clima organizzativo regionale

Affermazioni	Valore medio regionale 2017	Valore medio regionale 2014	Variazione
La mia Azienda incoraggia e facilita la collaborazione fra strutture	3,09	2,80	+0,29
Conosco i risultati complessivi annuali della mia Azienda	2,81	2,55	+0,26
Apprezzo il modo in cui la Direzione aziendale dirige l'Azienda	2,66	2,44	+0,22
Ritengo che il mio responsabile diretto svolga bene il suo ruolo	3,29	3,08	+0,21
Il mio responsabile diretto sa gestire le situazioni conflittuali	2,99	2,80	+0,19
Il mio luogo di lavoro è sicuro	3,48	3,29	+0,19
Ho ricevuto informazione e formazione sui rischi connessi alla mia attività lavorativa	3,62	3,45	+0,17
Il mio responsabile diretto favorisce la diffusione delle informazioni tra le componenti della mia struttura	3,29	3,14	+0,15
Condivido i criteri adottati dal mio responsabile diretto per valutare il mio lavoro	3,05	2,92	+0,14
L'ambiente di lavoro della mia struttura è adeguato dal punto di vista delle condizioni di pulizia, spazi, ventilazione, manutenzione, arredi	2,94	2,81	+0,14
Sono orgoglioso di dire agli altri che lavoro in quest'Azienda (Sono soddisfatto di lavorare in quest'Azienda)	3,19	3,07	+0,13
Conosco gli obiettivi complessivi annuali della mia Azienda	2,58	2,46	+0,12
Periodicamente mi viene dato riscontro sulla qualità del mio lavoro e sui risultati raggiunti	2,94	2,83	+0,12
Durante l'anno ci sono momenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi del sistema di budget	2,94	3,07	-0,13
Sono orgoglioso di lavorare per il Sistema Sanitario della mia Regione	3,33	3,53	-0,20
Mi sento personalmente realizzato nel mio lavoro	3,31	3,51	-0,21
Ho avuto modo di condividere gli obiettivi del sistema di budget	2,58	2,84	-0,26

Il numero di ambiti che sono migliorati in misura apprezzabile tra il 2014 e il 2017 (colore verde) supera il numero di dimensioni in peggioramento (colore rosso). In particolare, si nota un miglioramento su aspetti che riguardano il coinvolgimento del personale e la comunicazione interna. La dimensione per la quale si registra il peggioramento più marcato è relativa alla condivisione degli obiettivi di budget. Ciò non sorprende, considerando che l'aggregazione delle Ausl ha richiesto un allineamento complesso, e non sempre immediato, fra diversi sistemi operativi, che ha generato difficoltà nel rispettare le tempistiche legate ai cicli di budget. Altre due voci che subiscono una riduzione apprezzabile sono il senso di realizzazione sul luogo di lavoro e l'orgoglio di lavorare per il SSR. I livelli restano comunque mediamente positivi, ossia superiori al valore centrale della scala. In verità, la riduzione del senso d'orgoglio nei confronti del SSR era prevedibile poiché i cambiamenti organizzativi e riforme tendono fatalmente a incontrare, nel breve periodo, una naturale resistenza da parte della maggioranza degli operatori. Oltre ad essere caratterizzati da alti livelli di incertezza, i cambiamenti richiedono alle persone uno sforzo per modificare le proprie abitudini in relazione agli obiettivi e ai risultati attesi dai processi di riforma. È opportuno ricordare che risultati simili sono stati registrati anche nelle altre Regioni del Network che hanno effettuato la stessa indagine di clima organizzativo durante processi di riforma.

Conclusioni

I dipendenti sono orgogliosi di lavorare per il SSR, nonostante l'incertezza istituzionale derivante dai processi di cambiamento in atto proprio in concomitanza con lo svolgimento dell'ultima indagine. In particolare, i risultati della rilevazione mostrano un trend di miglioramento delle percezioni dei professionisti in merito alla fluidità della comunicazione interna e un aumento del senso di appartenenza nei confronti della propria azienda.

