



REGIONE TOSCANA  
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

**ESTRATTO DEL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 18/03/2024** (punto N 3)

Documento preliminare

N 3

del 18/03/2024

*Proponente*

SIMONE BEZZINI

SERENA SPINELLI

DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

*Pubblicità / Pubblicazione Atto pubblicato su Banca Dati (PBD)*

*Dirigente Responsabile Federico GELLI*

*Direttore Federico GELLI*

*Oggetto:*

Piano sanitario e Sociale Integrato Regionale 2024-2026. Informativa preliminare ai sensi dell'art. 48 dello Statuto

*Presenti*

Eugenio GIANI

Stefania SACCARDI

Stefano BACCELLI

Simone BEZZINI

Stefano CIUOFFO

Leonardo MARRAS

Monia MONNI

Alessandra NARDINI

Serena SPINELLI

*ALLEGATI N°1*

*ALLEGATI*

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	INFORMATIVA preliminare piano sanitario sociale integrato regionale 2024-2026

*STRUTTURE INTERESSATE*

<i>Denominazione</i>
DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

*Allegati n. 1*

A *INFORMATIVA preliminare piano sanitario sociale integrato regionale 2024-2026*

*629418acee150ed55de05a8724e04f785ab2747860706a1e66952c7a16408cdc*

## **LA GIUNTA REGIONALE**

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

Visto l'articolo 10 della legge regionale 7 gennaio 2015, n.1 (Disposizioni in materia di programmazione economica e finanziaria regionale e relative procedure contabili. Modifiche alla l.r. 20/2008);

Vista la legge regionale 12 febbraio 2010, n.10 (Norme in materia di valutazione ambientale strategica (VAS), di valutazione di impatto ambientale (VIA) e di valutazione di incidenza);

Visto il DPGR n. 15/R/2019, con il quale si è disciplinato il processo di formazione, monitoraggio e valutazione degli strumenti di programmazione di competenza della Regione che ha definito come contenuti del piano la valutazione di coerenza e di verifica di conformità, l'analisi di fattibilità finanziaria, la valutazione degli affetti attesi e l'impostazione del sistema di monitoraggio;

Visto il Modello analitico per l'elaborazione e la valutazione dei piani e programmi regionali, approvato con Decisione della Giunta regionale n 52 del 15 Settembre 2020;

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale);

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);

Visto il Programma Regionale di Sviluppo 2021 – 2025 approvato dal Consiglio regionale con Risoluzione n. 239 del 27 luglio 2023;

Vista l'informativa preliminare del "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2024 – 2026" di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Visto il parere del Comitato di Direzione espresso nella seduta del 15 febbraio 2024;

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

A voti unanimi

### **DECIDE**

-di approvare l'informativa preliminare del "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2024 – 2026" di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

-di disporre l'inoltro al Consiglio regionale a cura della Segreteria della giunta regionale.

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art.18 della l.r. 23/2007.

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**

**IL DIRETTORE**

**FEDERICO GELLI**



**Regione Toscana**

**Piano Sanitario e Sociale  
Integrato Regionale  
2024-2026**

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

<b>INDICE</b> .....	1
<b>1. ELEMENTI IDENTIFICATIVI DEL PIANO</b> .....	2
1.1 La strategia One Health .....	4
1.2 La sostenibilità dei sistemi sanitari: un problema globale .....	6
<b>2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO-PROGRAMMATICO</b> .....	8
2.1 I riferimenti normativi .....	8
2.2 Le relazioni con altri atti di programmazione .....	10
2.3 Le relazioni con gli atti e le riforme avviate sul SSR .....	12
2.4 Indirizzi della pianificazione regionale: Programma regionale di sviluppo (PRS) .....	15
2.5 Le relazioni con gli altri piani e programmi settoriali ed intersettoriali in Regione Toscana .....	17
<b>3. IL QUADRO CONOSCITIVO</b> .....	19
3.1 Condizioni socio-economiche, culturali e ambientali generali .....	19
3.2 Condizioni di vita e di lavoro .....	20
3.3 Reti sociali e welfare di comunità .....	22
3.4 Principali fattori di rischio: l'analisi di ARS .....	24
3.5 Età, sesso e fattori costituzionali .....	26
3.6 Aree geografiche toscane e popolazioni svantaggiate .....	28
3.7 La salute del sistema socio sanitario regionale: risultati del ciclo di programmazione 2018-2020 .....	29
<b>4. ANALISI SWOT DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO TOSCANO</b> .....	30
<b>5. OBIETTIVI GENERALI:</b> .....	31
5.1 Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" .....	31
5.2 L'assistenza territoriale: lo sviluppo del Modello Toscano .....	34
5.3 Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria .....	37
5.4 Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche .....	40
5.5 Appropriatelyzza e governo della domanda .....	43
5.5.1 Appropriatelyzza della domanda e il governo delle liste di attesa .....	44
5.5.2 Appropriatelyzza farmaceutica .....	46
5.6 La digitalizzazione del sistema sanitario: "la salute a portata di click" .....	48
5.7 Transizione ecologica e politiche territoriali .....	50
<b>6. RICOGNIZIONE DELLE RISORSE ATTIVABILI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO</b> .....	51
<b>7. INDICAZIONI VAS AI SENSI DELLA L.R. 10/2010</b> .....	54
<b>8. INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITA' DI CONFRONTO ESTERNO</b> .....	54
8.1 La fase di ascolto .....	54
8.2 Le fasi successive .....	54
<b>9. DEFINIZIONE DEL CRONOPROGRAMMA</b> .....	55

## 1. ELEMENTI IDENTIFICATIVI DEL PIANO

### DENOMINAZIONE

**Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2024-2026**

### DURATA

**2024 – 2026**

### RIFERIMENTI NORMATIVI

**D. Lgs. N. 502 30 dicembre 1992**

**L. n. 328 8 novembre 2000**

**Statuto Regione Toscana**

**L.R. n. 40 24 febbraio 2005**

**L.R. n. 41 24 febbraio 2005**

**L.R. n. 66 18 dicembre 2008**

**L.R. n. 1 7 gennaio 2015**

**L.R. n. 29 9 giugno 2009**

**L.R. n. 21 27 febbraio 2015**

**D.P.G.R. 15/R/2019 di attuazione della L.R. n. 1 7 gennaio 2015**

**Decreto ministeriale del Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70**

**Decreto Ministeriale del Ministero della Salute 23 maggio 2022 n. 77**

### RIFERIMENTI PROGRAMMATICI

**Piano Nazionale Cronicità (PNC) Accordo di Conferenza Stato Regioni rep. atti 160/CSR del 15/09/2016**

**Patto per la Salute 2019-2021**

**PNNR**

**PRS 2021-2025, Consiglio regionale Risoluzione n. 239 del 27 luglio 2023**

**Documento di economia e finanza regionale (DEFRR) 2024 Deliberazione n. 60 del 27 luglio 2023**

**Nota di aggiornamento al DEFRR 2024 Deliberazione n. 91 del 21 dicembre 2023**

**Risoluzione del Consiglio regionale n. 184 del 15 Giugno 2022 "Indirizzi in merito ai principali obiettivi delle politiche per la salute della Toscana a seguito della consultazione pubblica degli Stati Generali della Salute"**

**Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025**

**Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 (DGR 1406 del 27/12/2021)**

**DGR 1508 del 2022**

**DGR 557 del 2022**

### ASSESSORI COMPETENTI

**Serena Spinelli**

**Simone Bezzini**

### DIREZIONE

**Sanità, Welfare e Coesione sociale**

### DIRIGENTE RESPONSABILE

**Federico Gelli**

**COORDINATORE redazione Piano Sanitario e Sociale Integrato regionale 2024-2026**

**Francesco Bellomo**

SETTORE COMPETENTE

**Direzione Sanità, Welfare e Coesione sociale**

ALTRE STRUTTURE COINVOLTE

**Tutti i Settori della Direzione Sanità, Welfare e Coesione sociale**

**Settore Programmazione e finanza locale**

**Settore Spettacolo, Festival, Politiche per lo sport, iniziative culturali ed espositive, rievocazioni storiche**

ENTI E ORGANISMI COINVOLTI

**Agenzia Regionale di Sanità (ARS)**

**Istituto Regionale Programmazione Economica della Toscana (IRPET)**

**Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)**

**Organismo Toscano Governo clinico (OTGC)**

**Scuola Superiore di Studi universitari e Perfezionamento Sant'Anna**

## 1.1 La strategia ONE HEALTH

Nel 2011 l'OMS ha diffuso la nuova definizione del concetto di salute intesa come la capacità di adattamento e di **autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive**. Con la Carta di Ottawa (1986) è stato definito il concetto di "promozione della salute"<sup>1</sup>. I requisiti per la salute furono allora individuati nella pace, la casa, l'istruzione, il cibo, il reddito, un ecosistema stabile, la continuità delle risorse, la giustizia e l'equità sociale. Fattori, come un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita e la possibilità di compiere scelte adeguate per la propria salute, rappresentavano e rappresentano tuttora i pilastri fondamentali della salute degli individui.

Su queste basi, nel 2008 l'OMS individua i "determinanti di salute" ovvero le *'condizioni o i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo, di una comunità o di un'intera popolazione'* e che sono compresi in varie categorie: *comportamenti personali e stili di vita, fattori sociali, condizioni di vita e di lavoro, accesso ai servizi sanitari, condizioni generali (socio-economiche, culturali e ambientali) e fattori genetici*. Fra i determinanti di salute cosiddetti "distali", come l'istruzione, l'occupazione, il reddito e la coesione sociale vi sono molti fattori responsabili della diseguale distribuzione della salute all'interno della popolazione.

**L'approccio One Health amplia ulteriormente la visione del concetto di salute riconoscendo la connessione fra persone, animali ed ambiente e propone un sistema integrato per affrontare in modo olistico le minacce per la salute.**

La salute del pianeta, del mondo vegetale, degli animali e delle persone sono di fatto indissolubilmente legate come è drammaticamente emerso nel recente evento pandemico; le crisi di salute pubblica sono dovute ad eventi biologici, sociali, economici e politici. Queste sfide non possono essere affrontate solo dalla medicina umana o dalla sanità pubblica ed è stato riconosciuto in letteratura che è necessario un approccio inter e transdisciplinare.

Con l'inclusione formale del "Programma Ambientale" delle Nazioni Unite (UNEP) nella condivisione con WHO, FAO e WOHHA nel 2022, e con il successivo lancio del "Global One Health Joint Plan of Action" (2022-26), si è creata un'opportunità per affrontare in un modo nuovo l'approccio "One Health", che è stato definito nel seguente modo: "One Health è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile". [“One Health High-Level Expert Panel” (OHHLEP). Annual Report 2021.] Si tratta quindi di un approccio olistico al tema della salute, che include molte altre dimensioni di policy: sociali, ambientali e anche sanitarie.

Con la Legge Costituzionale n. 1 del 19 febbraio 2022<sup>2</sup>, che introduce un nuovo comma all'articolo 9 al fine di riconoscere un principio di tutela ambientale<sup>3</sup> nell'ambito dei Principi fondamentali enunciati nella Costituzione, modifica l'articolo 41 della Costituzione in materia di esercizio dell'iniziativa economica<sup>4</sup> e reca *una clausola di salvaguardia per l'applicazione del principio di tutela degli animali* all'articolo 3, anche la legge fondamentale dello Stato italiano si allinea alla definizione di "One Health" su riportata.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 ribadisce d'altronde l'importanza di un approccio One Health ovvero di una visione organica e armonica delle relazioni tra ambiente, animali ed ecosistemi umani per affrontare efficacemente i rischi potenziali, o già esistenti, per la salute. Inoltre, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nella Missione 6 abbraccia la prospettiva One Health e traccia due direzioni da perseguire nel Sistema Sanitario Nazionale per unificare cure e servizi sanitari in tutte le aree geografiche del Paese indipendentemente dalle tendenze

<sup>1</sup> "la promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla"

<sup>2</sup> che integra e allinea la Carta Costituzionale alla normativa UE e a quella degli altri Paesi dell'Unione

<sup>3</sup> Pertanto, accanto alla tutela del paesaggio e del patrimonio storico-artistico si attribuisce alla Repubblica anche la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi.

<sup>4</sup> La modifica investe il terzo comma dell'articolo 41, riservando alla legge la possibilità di indirizzare e coordinare l'attività economica, pubblica e privata, a fini non solo sociali, ma anche ambientali.

epidemiologiche, demografiche e sociali: M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario.

**In una ottica di “One Health” la programmazione deve essere, per quanto si è detto, necessariamente integrata. Sul lato dei bisogni, si deve tenere conto dei bisogni consolidati di salute, espressi dalle tendenze demografiche che ci dicono dove stiamo andando; parallelamente è necessario individuare quali sono le nuove priorità, i nuovi scenari che si stanno proponendo all'attenzione, per rimodulare il sistema dell'offerta. Applicando metodologie e strumenti adeguati, è possibile fare scelte di policy sanitaria e socio sanitaria secondo un approccio “One Health” centrato sulla persona e su target omogenei di pazienti, recuperando appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure e garantendo al tempo stesso equità e universalismo.**

Su queste basi il presente PSSIR si propone di affrontare le nuove e vecchie sfide di salute bilanciando ed ottimizzando in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Il Sistema Sanitario Toscano adotta un approccio One Health attraverso il rafforzamento delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA (Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici - Sistema nazionale di protezione dell'ambiente), la formazione in salute-ambiente e la ricerca applicata con approcci multidisciplinari mirata ad interventi integrati salute-ambiente-clima.

**Elemento caratterizzante del SST è il servizio pubblico a cui il cittadino si rivolge e a cui gli operatori pubblici, o privati sotto la regia del pubblico, danno una risposta. Il sistema complessivo si fonda su di un'alleanza virtuosa tra istituzioni locali, amministrazioni sanitarie, associazioni, volontariato e privato sociale. Gli eventi degli ultimi anni hanno segnato profondamente la vita e la quotidianità dei toscani, come di tutti i cittadini del mondo, stravolgendo molte delle nostre priorità, mettendoci a dura prova come singoli e come collettività, nel modo di affrontare relazioni ed eventi che davamo per scontati come i nostri spostamenti o il modo di vivere gli spazi, di stare insieme e le nostre relazioni sociali.**

**La risposta ai problemi sociali e sanitari del territorio regionale deve essere data mediante percorsi orizzontali, attuati sul territorio e strettamente connessi con le politiche economiche, della salute ed ambientali.**

**Si rende necessario, pertanto, riaffermare la centralità della governance regionale, potenziando il ruolo della Direzione Sanità, welfare e coesione sociale in relazione a specifiche tematiche quali, ad esempio, la programmazione, la gestione del rischio clinico e le innovazioni organizzative anche attraverso unità operative a valenza regionale allocate presso le Aziende Sanitarie e da essa direttamente coordinate anche attraverso protocolli e/o strumenti convenzionali.**

## 1.2 La sostenibilità dei sistemi sanitari: un problema globale

Nel report dell'11 Gennaio 2024 dell'Ocse (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) "**Fiscal Sustainability of Health Systems -HOW TO FINANCE MORE RESILIENT HEALTH SYSTEMS WHEN MONEY IS TIGHT?-**" viene analizzato l'andamento della spesa che senza cambiamenti potrebbe arrivare nel 2040 a rappresentare in media l'11,8% del Pil (oggi è al 9%).

Nei due decenni che hanno preceduto la pandemia di COVID-19, la spesa sanitaria nei paesi Ocse è aumentata costantemente, in media, da circa il 7% del PIL nel 2000 a quasi il 9% nel 2019. Nel corso del tempo, l'aumento della quota dell'economia destinata alla sanità, è stata trainata da una combinazione di aumento dei redditi, innovazione tecnologica e invecchiamento della popolazione". È quanto rileva l'Ocse in una pubblicazione sulla sostenibilità dei sistemi sanitari in cui avverte che "senza un grande cambiamento politico, si prevede una continuazione di questa tendenza, con un aumento di 2,4 punti percentuali del rapporto salute/PIL rispetto ai livelli pre-pandemici, e una spesa sanitaria totale che raggiungerà l'11,8% nel 2040. Si prevede che la crescita economica complessiva aumenterà a un ritmo più lento nei prossimi decenni, e si prevede che la spesa sanitaria supererà sia la crescita prevista dell'economia complessiva che delle entrate pubbliche nei paesi dell'Organizzazione".

Si rende necessaria, pertanto, un'azione urgente per finanziare sistemi sanitari più resilienti, garantendo al tempo stesso la sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari.

Per far fronte a questa sfida, i paesi dell'OCSE hanno generalmente considerato quattro opzioni politiche generali (non esclusive):

Opzione 1: aumentare la spesa pubblica e destinare parte di questi fondi aggiuntivi alla sanità.

Opzione 2: aumentare gli stanziamenti per la sanità all'interno dei bilanci pubblici esistenti.

Opzione 3: rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata.

Opzione 4: individuare incrementi di efficienza. L'incremento del rapporto qualità-prezzo dei servizi sanitari deve essere sottolineato con ancora maggiore forza. È fondamentale ottenere notevoli guadagni in termini di efficienza tagliando le spese inefficaci e dispendiose, raccogliendo al tempo stesso i benefici della tecnologia e della trasformazione digitale dei sistemi sanitari, compresa l'intelligenza artificiale (AI).

Anche per la Toscana trovare fondi sufficienti, nell'attuale contesto economico, per finanziare sistemi sanitari più resilienti è una sfida da affrontare. A livello globale si rileva che l'entità delle esigenze aggiuntive di finanziamento sanitario richiede cambiamenti politici ambiziosi e trasformativi. Promuovere azioni vigorose per incoraggiare popolazioni e politiche più sane possono indirizzare la spesa sanitaria futura su una traiettoria ascendente molto più dolce. Una migliore governance di bilancio è fondamentale per migliorare il modo in cui i fondi pubblici per la sanità vengono determinati, eseguiti e valutati.

In questo contesto il Governo Italiano prevede una diminuzione della spesa pubblica nei prossimi anni "In Italia, analizza l'Ocse, le attuali proiezioni di bilancio suggeriscono che, dopo anni di aumenti eccezionali della spesa nel 2020 e nel 2021, si è registrato un aumento nominale più moderato della spesa pubblica per la sanità nel 2023 (2,8%) con una correzione nel 2024 prima di un ritorno alla crescita nominale annua pari a tra il 2-3% previsto per il 2025-26. Considerando le più recenti stime di inflazione per il Paese, ciò si tradurrà molto probabilmente in una diminuzione della spesa pubblica in termini reali nei prossimi anni. Inoltre, si prevede che la percentuale del PIL destinata all'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici sarà inferiore al livello pre-pandemia dal 2024 in poi"

La letteratura scientifica individua diverse cause per l'aumento della spesa sanitaria e fra queste, nei paesi dell'Occidente, l'invecchiamento della popolazione è certamente uno dei fattori principali, soprattutto dove l'indice di vecchiaia si associa anche ad indice di dipendenza sempre più elevato. Ma le ragioni che possono portare ad un aumento della spesa sanitaria possono essere determinate da fattori ambientali, climatici, sociali e bellici non sempre così prevedibili o preventivabili.

La Regione Toscana, che ha costruito un solido e diffuso sistema di sanità pubblico e universalistico, capace di una tenuta sopra la media nazionale nella gestione dell'attività ordinaria, è significativamente coinvolta nella sfida della sostenibilità del sistema. Ciò anche in considerazione del fatto che, nel rispetto di principi organizzativi e qualitativi, tali attività sono svolte, appunto, in un sistema pubblico, con personale qualificato e stabile. Ogni riflessione sulla sostenibilità del sistema e sulle sue esigenze finanziarie non potrà inoltre prescindere dal positivo e forte impatto nell'erogazione dei servizi derivante dagli ingenti investimenti del PNRR per il rafforzamento della sanità territoriale. Investimenti che, se nei primi anni avranno un impatto quasi esclusivamente nella spesa ad essi dedicati, produrranno, in prospettiva, un aumento dell'offerta dei servizi che necessiterà di risorse per essere sostenuta nel tempo.

La quota del fondo sanitario nazionale, destinata alla Regione Toscana, non risulta sufficiente a sostenere l'offerta dei servizi ad oggi raggiunti ed i modelli organizzativi presenti e richiesti dal PNRR e dal DM 77/2022. Pertanto, l'equilibrio economico del sistema sociosanitario pubblico della Regione Toscana è stato raggiunto con la legge di bilancio 2024-2026 che approva stanziamenti ordinari e aumenta l'aliquota dell'addizionale Irpef nel 2024.

Anche il Consiglio regionale della Toscana ha assunto azioni importanti approvando a maggioranza una proposta di legge di iniziativa regionale, rivolta alle Camere, sul sostegno finanziario al sistema sanitario nazionale a decorrere dal 2023. Con la proposta si intende incrementare, a decorrere dall'anno 2023, il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, (a cui concorre lo Stato) su base annua dell'0,21% del Prodotto interno nominale italiano per ciascuno degli anni dal 2023 al 2027 fino a raggiungere una percentuale di finanziamento annuale non inferiore allo 0,75% del Prodotto interno lordo nominale tendenziale dell'anno di riferimento, adeguato all'indice di vecchiaia e all'aspettativa di vita della popolazione. Nel progetto di legge si propone anche il superamento dei vincoli di spesa delle Regioni per il personale sanitario, così come per il salario accessorio e la garanzia della copertura delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

Alla luce di tutto quanto sopra espresso le sfide su cui la Regione Toscana dovrà lavorare dedicarsi in modo prioritario saranno le seguenti:

**a.** ottenere norme finanziarie e coperture adeguate dal fondo sanitario nazionale, sia rispetto alle spese aggiuntive generate dalla pandemia sia per far fronte al nuovo modello di sanità territoriale definito dal PNRR ed alla sua declinazione sul territorio della nostra regione, che ha peraltro una tradizione consolidata in tal senso. Infatti senza una programmazione di lungo periodo che garantisca interventi di carattere finanziario, progressivi, consistenti e stabili a regime, per lo Stato e le Regioni, risulterà impossibile garantire il diritto di offerta e accesso universale ai servizi sanitari e sociosanitari come previsto dal nostro ordinamento giuridico;

**b.** ripensare ed innovare la governance della sanità regionale in modo da garantire una articolazione più vicina ai territori e alle comunità locali per ottimizzare l'erogazione dei servizi e la gestione dei costi, senza tuttavia far venir meno adeguati livelli di assistenza nelle zone più remote e insulari;

**c.** potenziare il controllo di gestione regionale per garantire una maggiore efficacia, efficienza ed economicità del servizio sanitario anche al fine di un miglior controllo della spesa e dell'utilizzo appropriato delle risorse. Il potenziamento del controllo di gestione regionale rappresenta un investimento strategico per il futuro della pubblica amministrazione. Un investimento che si traduce in un miglioramento della qualità dei servizi erogati ai cittadini, in una maggiore efficienza della spesa pubblica in una pubblica amministrazione più responsabile e trasparente;

**d.** appropriatezza delle cure e organizzativa. Grazie a nuovi modelli organizzativi, investimenti in formazione e tecnologie è possibile generare una migliore qualità dell'assistenza e delle cure, in una cornice di sostenibilità finanziaria, capace di mettere in sicurezza e potenziare l'enorme patrimonio della sanità pubblica e universalista toscana;

**e.** la centralità della prevenzione come strumento della tutela della salute inteso come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. (art.32 Costituzione italiana)

## 2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO-PROGRAMMATICO

### 2.1 I riferimenti normativi

“La programmazione è il metodo dell'attività regionale e ne determina gli obiettivi annuali e pluriennali. La legge disciplina gli atti della programmazione, le relative procedure, le funzioni degli organi regionali, degli enti locali e delle organizzazioni rappresentative della società toscana nel processo formativo, le modalità di integrazione con gli atti della programmazione locale, nazionale e comunitaria, le forme di partecipazione.” (art 46 Statuto Regione Toscana)

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

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

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

La LR 29/2009 “Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana”, definisce indirizzi ed obiettivi in merito alle politiche di intervento a favore dei cittadini stranieri qui di seguito indicati: accesso al sistema integrato per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale, diritto alla salute con particolare riferimento ai soggetti vulnerabili, interventi per i minori non accompagnati ed interventi contro la tratta e lo sfruttamento ed interventi a favore dei detenuti.

Nella **legge regionale 1 del 2015** vengono definiti i principi generali e i criteri guida della programmazione. **La coerenza, come vincolo di corrispondenza dei programmi attuativi e degli specifici interventi agli obiettivi strategici definiti dal programma regionale di sviluppo (PRS) è un principio cardine dalla programmazione settoriale ed intersettoriale.** L' integrazione delle politiche, degli strumenti e delle risorse finanziarie disponibili per il raggiungimento dei vari obiettivi, la concentrazione tematica e territoriale degli interventi, il coordinamento e la corresponsabilità dei vari soggetti pubblici e privati coinvolti rappresentano elementi imprescindibili per una programmazione solida e strutturata.

Tutti i riferimenti normativi indicati fra gli elementi identificativi utili alla stesura del nuovo piano sanitario e sociale regionale (L. 328/2000, DM 70, DM 77) prevedono, che le Regioni, utilizzino lo strumento della programmazione per realizzare servizi unitari ed integrati che rispondano in modo adeguato ai bisogni della popolazione.

**Con l’attuazione della Legge regionale 27 febbraio 2015, n. 21, la Regione Toscana si è posta l’obiettivo di promuovere e tutelare la salute e il benessere psicofisico attraverso lo sport, veicolo di valori educativi e sociali, di integrazione e socializzazione, in grado di favorire momenti di aggregazione e divertimento collettivo e di contribuire a contrastare fenomeni di disagio sociale.**

Lo sport è infatti un volano di promozione della cittadinanza attiva, è un valido strumento per ridurre le differenze economiche, sociali e culturali, nonché funzionale alla creazione di un comune senso di appartenenza e di prevenzione sanitaria.

L'attività fisica, infatti, riduce la probabilità di ammalarsi di alcune patologie nonché complicanze e recidive, produce benefici alle persone che la praticano e vantaggi all'intero sistema pubblico con un risparmio della spesa sanitaria.

**In Toscana è presente un contesto favorevole, frutto di una serie di fattori che nel tempo hanno contribuito a definire profili e sfondi del mondo sportivo. Dalla vocazione sportiva delle collettività locali toscane - movimento dilettantistico e amatoriale, soggetti del Terzo settore - che rappresentano un presidio sociale formidabile per la tenuta e la coesione sociale, all'azione delle istituzioni pubbliche per la valorizzazione e diffusione dei luoghi e degli spazi per lo sport e più in generale dell'attività fisica, fino all'impegno delle istituzioni nel sostegno alle organizzazioni sportive e alla promozione di corretti stili di vita.** Negli anni la Regione Toscana ha incrementato le azioni rivolte ad enti pubblici, società/associazioni sportive e praticanti, per evidenziare come la pratica sportiva e l'attività motorio ricreativa rappresentino una misura proattiva per rispondere ai bisogni di salute e al desiderio di curare passioni e divertimento.

Svolgere attività sportiva comporta una riduzione della sedentarietà, può aiutare a tenere sotto controllo alcune malattie e a mantenere un buon livello di salute più a lungo. Garantire la possibilità a tutti di praticare attività fisica significa quindi anche fare azioni di prevenzione tese a migliorare la qualità della vita delle persone.

Lo sport e l'attività motorio ricreativa possono essere intese quale elemento propedeutico ai processi di integrazione, affinché i cittadini toscani o coloro che hanno deciso di progettare la loro vita nella nostra regione, possano trovare un maggior benessere psicofisico, vivere meglio e più a lungo, perché ci siano per tutte le stagioni della vita (infanzia, adolescenza, giovinezza, maturità, terza età) opportunità per fare sport, svolgere attività fisica in modo sano, inclusivo, etico e partecipativo e possono favorire l'inclusione attiva se rivolte ai soggetti socialmente fragili, alle persone a rischio di esclusione sociale e alle persone con disabilità.

Per le persone con disabilità, in particolare, lo sport rappresenta un'opportunità di crescita sia a livello fisico che psicologico: tende al raggiungimento del benessere psico-fisico, al ritrovamento della propria autonomia, al miglioramento delle relazioni sociali, al rafforzamento dell'autostima.

La pratica regolare dell'attività sportiva e motorio ricreativa può quindi migliorare, in generale, le caratteristiche fisiche di ognuno, potenziare gli aspetti cognitivi e psichici, sviluppare competenze socio-relazionali.

Sia il sostegno al mondo associativo sportivo e agli eventi e manifestazioni, che il sostegno al miglioramento dell'impiantistica sportiva rappresentano gli strumenti attraverso cui raggiungere gli obiettivi strategici individuati, per la cui attuazione che verranno adottati gli atti amministrativi necessari.

**Lo strumento attuativo in vigore delle politiche socio-sanitarie è il PSSIR 2018-2020; pertanto, anche sulla base di quanto riportato in premessa e dei nuovi bisogni emersi, si rende necessaria la definizione di un nuovo Piano per il periodo 2024-2026,** proseguendo sia in continuità con il processo iniziato nella precedente programmazione integrando le innovazioni e gli ammodernamenti molti dei quali generati dalle necessità di resilienza del periodo pandemico.

## 2.2 Le relazioni con altri atti di programmazione

Il 18 dicembre 2019 è stato approvato il **Patto per la salute 2019-2021**: un accordo finanziario e programmatico tra Governo e Regioni, di durata triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN). I principali punti del documento affrontano alcuni nodi fondamentali del nostro SSN: finanziamento Fondo sanitario nazionale, Lea, risorse umane, mobilità sanitaria, enti vigilati, governance farmaceutica e dei dispositivi medici, investimenti, assistenza territoriale e medicina generale, fondi sanitari integrativi, modelli previsionali, ricerca prevenzione, revisione del ticket, partecipazione dei cittadini e la revisione del DM 70/2015. Tale strumento, in attesa della stesura del nuovo Patto 2022-2025, è un accordo di riferimento per la stesura del nuovo piano.

Alzando lo sguardo agli atti di programmazione internazionale non possiamo non considerare gli obiettivi per lo sviluppo sostenibile dell'**Agenda 2030**. **L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile è un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU. Essa ingloba 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile** – Sustainable Development Goals, SDGs – in un grande programma d'azione per un totale di 169 'target' o traguardi. L'avvio ufficiale degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile ha coinciso con l'inizio del 2016, guidando il mondo sulla strada da percorrere nell'arco dei prossimi 15 anni: i Paesi, infatti, si sono impegnati a raggiungerli entro il 2030. Gli Obiettivi per lo Sviluppo danno seguito ai risultati degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals) che li hanno preceduti, e rappresentano obiettivi comuni su un insieme di questioni importanti per lo sviluppo: la lotta alla povertà, l'eliminazione della fame e il contrasto al cambiamento climatico, per citarne solo alcuni. 'Obiettivi comuni' significa che essi riguardano tutti i Paesi e tutti gli individui: nessuno ne è escluso, ne deve essere lasciato indietro lungo il cammino necessario per portare il mondo sulla strada della sostenibilità. **I progetti regionali indicati nel DEFR 2024, con le relative risorse stanziare, concorrono all'attuazione degli obiettivi di Agenda 2030.** Infatti i progetti di lotta alla povertà, di integrazione sociosanitaria e tutela dei diritti civili e sociali, le politiche per la salute, le politiche per l'accoglienza e l'integrazione dei cittadini stranieri e la promozione dello sport sono associati ai seguenti goal dell'Agenda 2030: 1-sconfiggere la povertà, 2-sconfiggere la fame, 3-salute e benessere, 4-istruzione di qualità, 5-parità di genere, 7-energia pulita e accessibile, 8-lavoro dignitoso e crescita economica, 10-ridurre le disuguaglianze, 11-città e comunità sostenibili, 12-consumo e produzioni responsabili, 16-pace, giustizia e istituzioni solide.

**La Risoluzione 184 approvata dal Consiglio regionale in data 15 Giugno 2022** esprime indirizzi, in merito ai principali obiettivi delle politiche della salute della Toscana, a seguito della consultazione pubblica degli Stati Generali della Salute. Tali indirizzi costituiscono un ulteriore orizzonte di riferimento per la stesura del PSSIR 2024-2026.

L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19 ha mostrato che gli interventi di Sanità Pubblica sono fondamentali per lo sviluppo economico e sociale di un Paese e che la salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno. **Il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 (PNP)** rappresenta la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica. Fondamentali nella governance della prevenzione, per tutti i livelli (centrale, regionale e locale) sono il monitoraggio e la valutazione del PNP e dei PRP (Piani regionali della prevenzione) per misurarne l'impatto sia nei processi sia negli esiti di salute. **Il Piano regionale della prevenzione 2020-2025 (PRP) della Toscana per gli anni 2020-2025** è stato elaborato, oltre che in attuazione di quanto previsto dal PNP e dagli altri atti nazionali, sulla base degli elementi contenuti nel Profilo di salute regionale che comprende anche gli aspetti riguardanti l'equità. **Il PRP si articola in 14 Programmi, di cui 10 sono attuativi dei Programmi predefiniti del PNP e 4 sono Programmi liberi** che completano la programmazione finalizzata all'attuazione di tutti gli obiettivi specifici. Il piano risponde al mandato di accelerare e completare il processo di trasformazione del SSR della Toscana verso un sistema che metta effettivamente i bisogni delle persone al primo posto e assicuri l'erogazione dei LEA di cui al DPCM 12/01/2017 secondo i principi di equità, appropriatezza, evoluzione e valorizzazione della sostenibilità. In prospettiva, i contenuti del PRP mirano ad andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, attribuendo una effettiva ed efficace "centralità" alla persona ed al suo progetto di cura e di vita nella comunità. **Strumento operativo complementare a quest'ultima funzione è l'attività di verifica degli adempimenti dei Livelli essenziali di Assistenza (LEA) e di monitoraggio dei LEA.** Il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che caratterizza il PNP 2020-2025 rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza al LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", contestualizzando nei Macro Obiettivi programmi e relativi processi e azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute. Il PNP e i PRP 2020-2025 svolgono un ruolo di governance e orientamento, favorendo il collegamento e l'integrazione tra le azioni previste da leggi, regolamenti, Piani di settore. Le principali aree di integrazione riguardano: cronicità e connessione con il relativo Piano Nazionale, malattie trasmesse con gli alimenti, malattie trasmesse da vettori, gestione

delle emergenze epidemiche umane ed animali, incluso il COVID-19, igiene urbana veterinaria, produzione, commercio ed impiego di prodotti chimici tra cui i fitosanitari, prevenzione del “rischio chimico”, rapporti con la rete oncologica, i registri tumori, i Distretti e i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta (MMG e PLS), promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000 giorni, integrazione delle tematiche ambientali con quelle relative alla promozione della salute, relazioni con l’INAIL riguardo l’esposizione dei lavoratori a rischi chimici o fisici. Data la vastità e complessità degli ambiti affrontati è necessario un approccio combinato e integrato tra strategie di comunità (orientate alla promozione della salute, intersettoriali e per setting) e strategie basate sull’individuo (individuazione dei soggetti a rischio e delle malattie in fase precoce), seguite da interventi efficaci centrati sulla persona (es. counseling individuale sugli stili di vita – LEA, percorsi assistenziali).

Anche le indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresentano elementi fondamentali di riferimento per la stesura del piano sanitario e sociale integrato regionale.

La Missione 6 salute (M6) contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti (C).

#### **M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale:**

1-Case della Comunità e presa in carico della persona,

2-Casa come primo luogo di cura e telemedicina (Casa come primo luogo di cura (ADI), Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT), Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici)

3-Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

#### **M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario**

1-Aggiornamento tecnologico e digitale;

2-Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

La Missione 5 (“Inclusione e coesione”) - Componente 3 (M5C3) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è dedicata a interventi speciali per la coesione territoriale e si propone di ridurre i divari tra le aree del Paese. Nello specifico, essa mira ad affrontare le disparità:

1-demografiche e nei servizi, connesse alle distanze tra le aree urbane e quelle interne/rurali, montane e periferiche, per garantire gli stessi livelli di servizi essenziali e il rilancio di specifiche vocazioni produttive;

2-nello sviluppo delle competenze, in una prospettiva di innovazione che coinvolge imprese, centri di ricerca ed enti pubblici;

3-socio-economiche e negli investimenti nelle regioni meridionali, dove la crisi economica colpisce una filiera più debole e un mercato del lavoro più frammentato.

## 2.3 Le relazioni con gli atti e le riforme avviate sul SSR

Il sistema sanitario regionale è stato messo sotto forte pressione nell'azione di contrasto all'emergenza Covid-19 dimostrando molta resilienza. Al fine di consolidare i processi innovativi e di riorganizzazione avviati anche durante il periodo pandemico, nel prossimo biennio il sistema sanitario regionale sarà impegnato a dare completa attuazione alle riforme assunte nell'ultimo anno che rappresenteranno anche elementi fondamentali e sostanziali degli obiettivi generali indicati nella presente informativa preliminare.

Al fine di risolvere il problema di disomogeneità nell'utilizzo del trasporto per i servizi di emergenza urgenza, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza è stato necessario rendere più uniforme, a livello regionale, l'operatività del trasporto sanitario di urgenza e **monitorare le richieste di servizio attraverso la prescrizione con ricetta elettronica dematerializzata (DEMA-NRET)**. Questa delibera ha come obiettivo finale quello di garantire maggiore appropriatezza ed una migliore programmazione/ottimizzazione dei trasporti attraverso il monitoraggio e controllo grazie all'informatizzazione completa del processo. (DGRT 1156/2022)

Inoltre partendo da una situazione regionale da cui si evidenziavano modelli di gestione disomogenei associati ad un elevato tasso di medicalizzazione ed alla presenza di postazioni di emergenza sanitaria territoriale a bassissimo livello di attività **la Giunta ha disposto di aumentare la capillarità della rete, uniformare il sistema sull'intero territorio regionale e migliorare l'appropriatezza dei profili professionali impiegati con incremento delle ambulanze infermieristiche**. Contemporaneamente ha fornito indicazioni per assicurare l'integrazione con la medicina di emergenza intra-ospedaliera (Pronto Soccorso-Osservazione Breve Intensiva-Medicina Emergenza Urgenza-Rianimazione) e per rafforzare il coinvolgimento e l'integrazione con gli enti di volontariato. (DGRT 1424/2022)

Con l'entrata in vigore del nuovo modello organizzativo in materia di trasporto sanitario sono emersi alcuni bisogni, legati a circoscritte condizioni, anche temporanee, di fragilità socio-economiche. **Pertanto si è avviata una fase sperimentale di servizio a favore di persone che presentano una fragilità sociale ed-economica e che necessitano di un trasporto da effettuare presso il SST per un ciclo di prestazioni terapeutiche**, prescritte dal MMG/PLS, da un medico specialista o con lettera di dimissioni ospedaliere. Il servizio è così garantito ai cittadini privi di un'ideale rete familiare di supporto e non in grado di muoversi in modo autonomo e gestito dalle Società della Salute e dalle Zone Dirette. (DGRT 1545/2022, DGRT 746/2023, DGRT 1074/2023).

La carenza di Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale ed il servizio frammentato e disomogeneo sul territorio regionale provoca difficoltà di accesso ai cittadini. **Pertanto è stato avviato l'iter per la creazione di un accesso unico regionale attraverso il numero 116117 che genererà, di conseguenza, la riorganizzazione delle sedi delle guardie mediche nell'orario 24.00-8.00**, migliorandone la logistica e la strumentazione oltre che sostenendone la formazione dei medici di continuità assistenziale. Così facendo, si potrà reimpiegare le ore liberate dalla riforma per coprire le postazioni vacanti di continuità assistenziale e della medicina generale, incrementare le attività diurne per i pazienti con fragilità e disabilità e sostenere sui codici minori l'attività di Pronto Soccorso. (DGRT 1425-2022)

Con la delibera DGRT 350/2023 è stato approvato il progetto della centrale operativa regionale Numero europeo armonizzato (NEA) 116117 che intende avviare una riforma del punto di accesso per il cittadino ai servizi di cure non urgenti e ad altri servizi sanitari di minore emergenza. Il servizio ha il compito di fornire consigli sanitari non urgenti, individuare il corretto percorso assistenziale, raccordarsi con la rete dell'emergenza-urgenza e con le COT. I cittadini dovranno così ricordare un solo numero per avere risposta a diversi bisogni di salute.

Nel dare attuazione al DM77/2021 la regione Toscana ha approvato con DGRT 1508/2022 il Modello Toscano dell'assistenza territoriale. La presa in carico globale dei bisogni del cittadino attraverso un modello più continuo e vicino al suo domicilio, spostando sempre più i servizi e l'assistenza dai luoghi istituzionali verso l'ambiente di vita delle persone rappresenta un obiettivo fondamentale. Per fare ciò, la casa dovrà diventare il primo luogo di cura dove la persona assistita, soprattutto se fragile, potrà sviluppare maggiori possibilità di guarigione o di recupero funzionale. Fondamentale per la buona riuscita del piano è il rafforzamento dell'integrazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale. Accanto alla creazione di servizi solidi, continuativi e prossimi nel territorio, occorre attivare risposte di cura, assistenza e tutela più vicine alle persone in termini relazionali e comunitari, creare equipe multiprofessionali per cronici e fragili e potenziare la rete dei professionisti territoriali. Fondamentale il potenziamento dei livelli di interazione del sistema

attraverso le COT e l'aumento del numero di posti letto di cure intermedie. Gli obiettivi di tale delibera rappresentano linee fondamentali indicati nel punto 5.2 degli obiettivi generali.

La nuova determinazione dei tetti massimi per l'acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate approvata con DGRT 1339/2022 è un altro tema oggetto di riforma. Il disequilibrio che si era creato nella mobilità sanitaria attiva e passiva aveva portato ad un aumento delle fughe verso le altre regioni per determinate prestazioni. Pertanto è stato definito un massimo complessivo di budget per stipulare appositi atti convenzionali con i singoli privati accreditati. Contemporaneamente è stato stabilito che le Aziende USL utilizzino, nelle convenzioni con il privato accreditato, una parte del budget per il soddisfacimento dei bisogni della popolazione residente in Toscana, con particolare riferimento agli ambiti caratterizzati da lunghi tempi di attesa e che prevedano che almeno il 90% del budget assegnato per l'attività erogata a favore di pazienti residenti in altre Regioni venga utilizzato per prestazioni di Alta Specialità.

Le azioni per il miglioramento delle liste d'attesa intraprese nel corso dell'anno 2023 sono misure strategiche per contrastare le liste di attesa e garantire le cure nei giusti tempi.

La gestione dei pazienti COVID-19 nel 2020 ha portato a una sospensione e un posticipo delle prestazioni ritenute differibili impattando negativamente sul rispetto dei tempi e allungando le liste di attesa. Per ovviare a questi problemi ed alle lunghe attese, con la DGRT 213/2023 si sono attivati dei percorsi di tutela e in particolare: 1- preliste in caso di impossibilità del sistema di proporre al richiedente una data di prima disponibilità entro i tempi garantiti e prendere in carico la prenotazione; 2- l'attivazione nel CUP di sistemi di avviso in caso di indisponibilità delle prenotazioni che consentano di attestare l'eventuale "blocco delle liste"; 3- l'indicazione delle classi di priorità nella pubblicazione dei dati sul rispetto dei tempi di attesa nel sito istituzionale e nel database regionale; 4- la gestione delle informazioni sulla mancata disdetta delle prenotazioni e ritardi nell'applicazione delle eventuali sanzioni da parte delle aziende. Infine, di particolare rilevanza, il rispetto del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi per numerose prestazioni.

Al fine di abbattere le liste di attesa sono state stanziati, con DGRT 349/2023, 13 MLN per le prestazioni ambulatoriali e 10 MLN per gli interventi chirurgici necessarie per fornire concretezza all'attuazione delle misure adottate con DGRT 213/2023.

L'atto, però, che permette di rafforzare la governance attraverso la costituzione di un gruppo regionale formato da figure manageriali cui sarà affidato il governo delle liste è la DGRT 351/2023. Ma la novità assoluta è l'istituzione di un responsabile (medico igienista o specializzazione equipollente con formazione manageriale) deputato al governo della domanda e dell'offerta.

La netta distinzione tra agende di primo accesso e agende di accesso successivo viene disposta con DGRT 785/2023. Le prestazioni successive al primo accesso, così come già previsto nel PRGLA 2019-2021, devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questo sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. Prevede inoltre il monitoraggio della presa in carico con valutazione dell'efficacia, la programmazione a livello di area vasta per l'offerta di primo accesso attraverso il teleconsulto e teleconsulenza.

In questo quadro di azioni per il miglioramento delle liste di attesa non poteva mancare una riforma del CUP adottata con DGRT 1347-2023. Spostare tutti i sistemi di prenotazione verso la prenotazione online, continuando a gestire con altri sistemi solo i casi che non consentono la gestione attraverso algoritmi ha richiesto l'intervento di personale qualificato. Questo ha richiesto l'istituzione di un help desk di secondo livello per la presa in carico delle prescrizioni anomale e un codice comportamentale per gli operatori CUP affinché forniscano giuste informazioni ai cittadini coerenti con i diritti e i doveri degli stessi ed infine, la costituzione di un numero unico regionale per il call center di prenotazione.

Di assoluta necessità l'adozione della DGRT 532-2023 che fornisce indirizzi operativi per prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali della regione toscana. Vista la sproporzione tra la domanda di assistenza sanitaria, eccessiva e spesso impropria, e l'insufficiente disponibilità di risorse umane, tecnologiche e strutturali, ci siamo posti l'obiettivo necessario di ridurre il sovraffollamento e migliorare l'appropriatezza dei ricoveri sia a livello delle strutture ospedaliere che dei PS/DEA che a livello di Zona Distretto e Società della Salute. È stato introdotto il principio di determinazione di numero standard di posti letto giornalieri, la funzione di bed management per 12 ore 7/7 e la

condivisione di protocolli e strutture dell'emergenza-urgenza. Pertanto si rende necessario aumentare le postazioni di continuità assistenziale vicino ai PS di determinati ospedali.

L'istituzione di una cartella unica regionale per permettere l'utilizzo e l'accesso bidirezionale da parte delle strutture sanitarie, dei medici specialisti e dei medici di famiglia nella gestione dei pazienti nei vari setting assistenziali adottata con DGRT 525-2023 era attesa da tempo e si rende indispensabile per l'utilizzo di uno strumento standardizzato di cure da parte di tutte le aziende ed enti del servizio sanitario.

Infine con DGRT 1506-2022 è stato istituito un dipartimento interaziendale per la verifica dell'appropriatezza d'uso dei farmaci ed il contenimento dei budget di spesa. La mancanza di un monitoraggio e di un piano di spesa unico a livello area vasta creava diverse difficoltà nel controllo della spesa farmaceutica. Con tale delibera vengono creati tavoli di lavoro a livello di area vasta a cui sono affidati i compiti di individuare percorsi integrati tra le varie Aziende dell'area vasta ed Estar con particolare riferimento; 1- all'erogazione dei farmaci oltre che proporre iniziative volte a migliorare l'appropriatezza della prescrizione farmaceutica; 2- proporre alla Direzione regionale competente obiettivi di budget per la spesa farmaceutica; 3- definire procedure organizzative per l'efficientamento dell'erogazione di farmaci in dimissione; 4- predisporre il piano annuale delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili allo scopo di promuovere il contenimento e l'ottimizzazione della spesa complessiva.

## 2.4 Indirizzi della programmazione regionale: *Programma regionale di Sviluppo (PRS)*

*Gli obiettivi strategici di legislatura che la Regione intende presentare con il Programma Regionale di Sviluppo 2021-2025, non possono certo prescindere dalla recente evoluzione della politica economica europea in senso espansivo, che crea le condizioni per un rilancio degli investimenti attraverso un forte impegno pubblico. È evidente tuttavia che per riattivare lo sviluppo non è sufficiente limitarsi ad immettere una dose massiccia di risorse, ma occorre indirizzare la ripresa ed il rilancio dell'economia toscana verso nuovi modelli di sostenibilità che sappiano sorreggere la crescita della nostra regione. Gli obiettivi di sviluppo sostenibile ed equo fissati nel 2015 dalle Nazioni Unite nell'Agenda 2030 costituiscono una cornice fondamentale anche per il nuovo ciclo di programmazione europea 2021-2027, garantendo una particolare attenzione alla questione ambientale, di cui il cambiamento climatico è la diretta e più drammatica espressione. Occorre, inoltre, ricordare che l'orizzonte del PRS si inserisce all'interno della comunicazione sul Green Deal europeo del dicembre 2019, in cui l'Unione Europea si impegna alla realizzazione di una società giusta e prospera, dotata di un'economia moderna ed efficiente. Cambiamenti climatici ed economia circolare sono dunque temi centrali della più attuale declinazione della definizione di "sviluppo sostenibile" e la Regione Toscana, prima e unica in Italia, ha introdotto con legge statutaria n. 4/2019, i principi della sostenibilità e dell'economia circolare nel proprio Statuto, evidenziando quanto tali temi rappresentino il parametro trasversale con cui misurare le azioni di governo, dalle infrastrutture ai servizi, dalle politiche industriali a quelle agricole e turistiche*

**Il PSSIR 2024-2026 deve tenere conto delle criticità rappresentate dalla pandemia, dalle guerre in corso e dei problemi di natura economica, sociale ed energetici e integrare gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e con gli indirizzi che la Regione Toscana realizza attraverso le riforme del SSR in atto.**

La **visione da sviluppare** con il PSSIR deve inoltre :

- considerare che i **cambiamenti** in atto rappresentano un'occasione senza precedenti per ripensare i modelli organizzativi ed impostare diversamente il nostro futuro e quello dei nostri giovani, verso una crescita sostenibile che incorpori la lotta alle disuguaglianze, l'inclusione sociale, la transizione ecologico-energetica e la rivoluzione digitale."
- rivolgere lo sguardo in avanti, verso le **prossime generazioni** per le quali dobbiamo farci garanti di un futuro sostenibile dal punto di vista sociale, economico, ambientale ed istituzionale; ma guardando anche alle generazioni presenti tutelando le fragilità, cercando di colmare i divari territoriali e le disuguaglianze, contemperando le esigenze delle nostre molteplici realtà locali, delle famiglie, delle imprese, dei lavoratori, e del vasto mondo dell'associazionismo nell'ambito di una visione di insieme." Si tratta di costruire insieme una Toscana attenta a diritti umani e sociali, attenta ai giovani e alla parità di genere."
- **prendere cura e valorizzare quei territori, e i cittadini che le abitano, sui quali impattano dinamiche demografiche negative** dovute a svantaggi legati alla morfologia del territorio (montanità) o alla perifericità rispetto ai luoghi di concentrazione urbana, alle minori opportunità di lavoro e di accesso ai principali servizi, ma che sono al tempo ricche di potenzialità di sviluppo inesprese."
- **raccogliere le principali sfide dell'Europa:** transizione digitale e transizione ecologica, le quali rappresentano il quadro di riferimento per il miglioramento della competitività a partire dall'accelerazione dei processi di innovazione mediante l'utilizzo delle tecnologie emergenti, l'incremento della qualità del lavoro - con il ricorso a personale maggiormente qualificato e formato -, il miglioramento della produttività, con un uso combinato di competenze e tecnologie.

Le principali linee di indirizzo da sviluppare possono essere rappresentate da i seguenti punti programmatici:

- **disegnare una traiettoria di sviluppo fondata su la sostenibilità organizzativa ed economica (l'appropriato utilizzo delle risorse) e l'impiego delle tecnologie avanzate**, dando concreta attuazione alle riforme già avviate secondo i principi dell'organizzazione a rete, dello sviluppo di nuove competenze, della multidisciplinarietà e della complementarietà;
- **anticipare le risposte ai nuovi bisogni di salute attraverso il coinvolgimento delle comunità** (istituzioni, associazioni, terzo settore) e delle reti dei servizi territoriali, finalizzati a rilanciare la prevenzione, primaria, secondaria e gli stili di vita sani, all'interno del ciclo di programmazione territoriale della Zona /Distretto/SdS anche attraverso percorsi di co-programmazione e co-progettazione;
- **prevedere un programma regionale per il governo dell'appropriatezza prescrittiva specialistica e farmaceutica**, che coinvolgendo le professioni, responsabilizzi le comunità all'uso consapevole dei servizi e delle prestazioni del SSR; e i professionisti l'utilizzo dei dispositivi medici ripensando i con Estar i modelli di acquisizione;
- **consolidare il modello di governance all'interno della cornice della riforma territoriale** (DGR 1508 e DM 77) e della completa realizzazione della rete ospedaliera;
- **perseguire gli obiettivi di salute previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia e dal Piano Nazionale Esiti**;
- **prevedere un programma per la riduzione dei costi energetici, il monitoraggio e il controllo dei processi con il rafforzamento dei controlli di gestione.**

Il PRS 2021-2025 si configura quindi non solo come un atto di indirizzo ma come un atto di programmazione di interventi ritenuti prioritari nella legislatura, avendo una valenza "operativa". Gli indirizzi strategici che costituiranno un faro fondamentale per la stesura del piano sanitario sociale integrato regionale sono organizzati all'interno di 2 aree tematiche: Area 5. Inclusione e coesione sociale e Area 6. Salute.

Nell'area 5 sono di sostanziale rilevanza il Progetto 16 "Lotta alla povertà ed inclusione sociale, il Progetto 17 "Integrazione sociosanitaria e tutela dei diritti civili e sociali", il Progetto 18 "Politiche per l'accoglienza e l'integrazione dei cittadini stranieri" e il Progetto 25 "Promozione dello sport".

L'area 6 è costituita dal Progetto 26 "Politiche per la salute" che raccoglie interventi strategici con i quali il nuovo piano sanitario sociale integrato regionale dovrà relazionarsi e comunque anche utili al perseguimento di diversi goals dell'Agenda 2030.

## 2.5 Le relazioni con gli altri piani e programmi settoriali ed intersettoriali in Regione Toscana

Le relazioni del PSSIR 2024-2026 con gli altri piani e programmi regionali settoriali ed intersettoriali determinano la compatibilità degli obiettivi e delle strategie generali del piano stesso rispetto agli obiettivi/principi indicati dagli altri piani e programmi.

I profili di connessione fra i vari piani e programmi permetteranno di sviluppare, all'interno della sezione valutativa del PSSIR 2024-2026, l'analisi di coerenza esterna orizzontale cioè la coerenza degli obiettivi del piano con gli obiettivi/principi desunti da piani, programmi redatti dai settori o fra settori in Regione Toscana.

L'analisi verrà condotta principalmente rispetto ai seguenti piani:

- 1- Piano regionale cave **PRC** (approvato con deliberazione del CR 47/2020)
- 2- Piano regionale integrato infrastrutture e mobilità **PRIM** (approvato con deliberazione del CR 18/2014)
- 3- Piano regionale della qualità dell'aria **PRQUA** (approvato dalla Giunta il documento preliminare n.31/2023)
- 4- Piano ambientale ed energetico regionale **PAER** (approvato con deliberazione del CR 10/2015)
- 5- Piano regionale dell'economia circolare **PREC** (proposta di piano approvata con deliberazione del CR 68/2023)

Fra gli elementi identificativi del PSSIR 2024-2026 è di fondamentale importanza *la strategia One health. One Health, infatti, è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile* [One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021] Pertanto tutti gli obiettivi generali del PSSIR vogliono avere una visione ampia dell'azione da perseguire in modo da concorrere ad un benessere *One health*. Altrettanto strategici saranno i profili di connessione con i piani regionali sopracitati.

Il **PRC** promuove la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori nell'esercizio delle attività estrattive, oltre che quelle della popolazione nel suo complesso, raccordandosi in tal senso agli obiettivi generali della presente informativa in particolare all'obiettivo **Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies**

Il **PRIM** concorre a perseguire gli obiettivi di tutela della salute della popolazione e di riduzione delle disuguaglianze nella fruizione e qualità dei servizi raccordandosi in tal senso agli obiettivi generali della presente informativa in particolare ai seguenti obiettivi: **L'assistenza territoriale: lo sviluppo del Modello Toscano, Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria, Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche, La digitalizzazione del sistema sanitario: "la salute a portata di click e la Transizione ecologica e politiche territoriali**

Nell'informativa preliminare del **PRQUA** viene ribadita l'importanza del coordinamento delle attività riguardanti la gestione, limitatamente agli aspetti sanitari, dei procedimenti VIA, VAS, AIA e AUA, e di altri procedimenti che richiedono l'espressione di parere tecnici e l'indirizzo delle azioni di prevenzione, ricerca e formazione in tema di ambiente e salute raccordandosi in tal senso agli obiettivi generali della presente informativa in particolare all'obiettivo **Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies**

Nella proposta di piano del **PREC** viene evidenziato che le principali sinergie fra questo e il PSSIR sono legate alle comuni tematiche di tutela della salute umana anche attraverso un miglioramento della qualità delle principali componenti ambientali, connessa con la corretta gestione dei rifiuti e delle bonifiche dei siti contaminati raccordandosi in tal senso agli obiettivi generali della presente informativa in particolare all'obiettivo **Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies**.

Le finalità del **PAER**, di tutelare e valorizzare le risorse ambientali, migliorando la qualità dell'ambiente e quindi la salute della popolazione, risultano pienamente coerenti con la strategia One Health e con gli obiettivi generali della presente informativa in particolare all'obiettivo **Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies**

### **3. IL QUADRO CONOSCITIVO**

#### **3.1 Condizioni socio-economiche, culturali e ambientali generali**

(con il contributo di ARS ed IRPET)

Il contesto economico attuale è profondamente segnato dalle irrisolte tensioni geopolitiche connesse alla guerra fra Russia ed Ucraina e dal conflitto che si è aperto nel cuore del Medio-Oriente. La dinamica straordinaria di aumento dei prezzi che ha raggiunto il suo apice nel 2022, in gran parte dipesa da questo contesto e da altri problemi di strozzatura dal lato dell'offerta, ha indotto la Banca Centrale Europea ad aumentare il costo del denaro, misura che è stata in grado di dimezzare il ritmo di crescita dei prezzi ma con l'effetto di deprimere la domanda aggregata delle economie continentali.

In questo quadro, l'economia toscana è rimasta nel corso del 2022 su un sentiero di crescita espansivo. Il tasso di crescita del PIL nel 2022, secondo le stime di IRPET, è stato pari al 4,1%, un risultato che appare superiore a quanto ISTAT certifica su scala nazionale (+3,7%). Mentre in Italia, tuttavia, le dinamiche di crescita del Pil del biennio 2022-2021 sanciscono il ritorno ai livelli pre-pandemici, il recupero dei danni generati dalla pandemia non è nella nostra regione ancora pienamente concluso. In Toscana nel 2022, infatti, la ripresa è stata più accentuata di quella italiana, ma non altrettanto è accaduto nel 2021 e, soprattutto, la recessione da Covid19 è stata più profonda.

Il ritmo di crescita nel 2022 leggermente superiore alla dinamica media italiana è prevalentemente il frutto di un più accentuato dinamismo del turismo nella nostra regione, soprattutto quello proveniente dall'estero, che ha risentito in modo pesante della pandemia e oggi sta tornando progressivamente verso i livelli pre-Covid19. La gran parte della crescita regionale nel 2022, come anche nazionale, è stata trainata dalla domanda interna, quindi dai consumi delle famiglie e dagli investimenti, in ripresa dopo anni di difficoltà, mentre il saldo dei rapporti con l'esterno, ottenuto sottraendo dai flussi in uscita quelli in entrata, restituirebbe un contributo non positivo alla dinamica regionale.

Una parte importante della ripresa dei consumi interni è rappresentata dalle spese per servizi che più di altri comparti aveva risentito del mutato paniere di acquisti da parte delle famiglie nel corso dei due anni di pandemia. A favorire la crescita dell'economia regionale nel 2022 sono stati anche gli investimenti da parte del settore privato rivolti alla costruzione e manutenzione (ordinaria e straordinaria) degli immobili.

E' presto, invece, per vedere un effetto del PNRR sulla crescita regionale. L'avvio dei programmi era a fine 2022 ancora su cifre marginali. Il PNRR rappresenta, tuttavia, la via maestra per rilanciare lo sviluppo dei territori, ridare slancio all'economia e aggredirne le debolezze. Oltre la propria quota di responsabilità la Toscana, come gran parte delle regioni del Nord, assume su di sé costi più generali di sistema che in questi ultimi due decenni ne hanno rallentato la crescita e lo sviluppo alimentando dubbi sulla capacità futura di mantenere i livelli di benessere attuali. E' un ritmo di crescita debole, quello che ha caratterizzato la regione negli ultimi decenni, trainato prevalentemente dai consumi piuttosto che dagli investimenti, ed inadeguato a garantire in prospettiva sia un'occupazione di qualità, sia a sostenere il peso di una demografia che pesa in modo crescente sul nostro sistema di welfare. Per ridare slancio allo sviluppo e aggredire le debolezze – per la dimensione complessiva delle risorse coinvolte – quella offerta dal PNRR è una occasione che va sfruttata.

La Regione Toscana intende cogliere le sfide del PNRR, valorizzare ed ampliare la parte più vitale (le imprese che esportano, i lavori qualificati, i settori avanzati) del sistema produttivo, che è presente ma è ancora non sufficientemente grande rispetto al resto del sistema, e sul fronte sociale, preservare la consolidata e fattiva attenzione per i bisogni della popolazione da parte delle istituzioni, delle parti sociali e delle organizzazioni del terzo settore.

E' necessario consolidare ed accrescere le esperienze positive e innescarne di nuove, consentendo al modello di sviluppo toscano di rigenerarsi e di affrontare le sfide non più rinviabili.

In campo economico, ad esempio, le tradizionali categorie, perlopiù declinate in una prospettiva di breve periodo, come quella dell'efficienza, devono essere affiancate ad altre, di non immediato realizzo nel tempo, come quella della sostenibilità. Il tutto al fine di preservare la nostra qualità della vita dagli eventi avversi (sismi, alluvioni, epidemie, surriscaldamento delle temperature, ecc.) che possono – se non adeguatamente previsti e prevenuti – compromettere il nostro benessere.

La Toscana, pur presentando comportamenti migliori di quelli del resto del Paese, ha in questa fase storica la necessità di investire e migliorare la propria dotazione di capitale, sia produttivo, sia umano, sia sociale, per garantire alle generazioni correnti e future la capacità di soddisfare i bisogni di una società evoluta ed avanzata.

La resilienza è la capacità non solo di resistere alle sfide e farvi fronte, ma anche di attraversare le transizioni in modo sostenibile, giusto e democratico. L'innovazione rappresenta il motore di integrazione e combinazione per un modello di sviluppo nuovo e rinnovato, che guardi alle sfide del millennio dettate da Agenda 2030 e ponga basi di sostenibilità per le prossime generazioni.

## 3.2 Condizioni di vita e di lavoro

(con il contributo di IRPET)

### Mercato del lavoro

In Toscana, così come nel resto del paese, dopo la forte caduta nell'anno della pandemia, l'occupazione ha ripreso il cammino di crescita che aveva intrapreso a partire dal 2014, nel periodo della ripresa economica successiva alla recessione del 2009. I dati delle forze di lavoro dell'Istat attestano per la Toscana un tasso di occupazione nella fascia di età compresa tra 15 e 64 anni pari al 68,6% nel 2022, un valore che ha superato quello precedente alla crisi pandemica (era al 66,8% nel 2019), più alto rispetto a quello italiano (60,1%) e a quello nel Nord-Ovest (67,5%) e sostanzialmente poco inferiore a quello del Nord-Est (69%). L'immagine del mercato del lavoro toscano che emerge dai dati delle Comunicazioni Obbligatorie del Sistema Informativo Lavoro conferma queste evidenze. Nel 2022 si è consolidato il superamento del numero di addetti dipendenti rispetto ai livelli del 2019, già avvenuto nel 2021, ma anche il riposizionamento sulla traiettoria di crescita iniziata negli anni della ripresa. Gli addetti dipendenti sono cresciuti nel 2022 di 52mila unità (+4,3%) rispetto al 2021 e di 79mila rispetto al 2019 (+6,7%). La crescita osservata tra 2022 e 2021 è dipesa, inoltre, in grande maggioranza, dal lavoro stabile, a tempo indeterminato o di apprendistato. Nonostante questi molteplici segnali di miglioramento, permangono nel mercato del lavoro toscano alcuni fattori di debolezza. In base ai dati dell'Indagine sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie dell'Istat 2021 (Eu-Silc), la quota di persone che vive in famiglie a bassa intensità occupazionale, misurata dal rapporto tra numero di mesi lavorati e il numero di mesi lavorabili dai componenti del nucleo, è pari all'8% un valore inferiore rispetto al Sud del paese ma superiore ad alcune regioni del Nord più sviluppate, come la Lombardia (5%), l'Emilia Romagna (5%) e il Veneto (6%). Anche quando l'occupazione è presente, inoltre, accade, non infrequentemente, che si tratti di lavoro povero. Gli *working poor*, identificati come coloro che hanno un reddito da lavoro annuo inferiore alla soglia di esenzione dal pagamento dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, corrispondente a 8.145 euro annui per i dipendenti, sono 164mila in Toscana e corrispondono al 11,3% dei lavoratori dipendenti.

### Istruzione

I dati dell'ultimo censimento della popolazione evidenziano per la Toscana livelli di capitale umano, misurato sulla base dei titoli formali, in linea con la media nazionale. L'incidenza di popolazione tra i 25 e i 65 anni senza titolo di studio e con al massimo la licenza media è pari rispettivamente al 5% e al 30%. Il titolo di studio più frequentemente presente nella popolazione è il diploma. Ne è in possesso il 44% della popolazione regionale tra i 25 e i 65 anni. I laureati rappresentano, invece, il 22% della popolazione in età attiva. Considerando solo i giovani, tra i 30 e i 34 anni, l'incidenza di laureati in Toscana sale al 29,4% nel 2022 (27,4% in Italia), un dato comunque ancora lontano dall'obiettivo europeo stabilito dalla Strategia Europa2020 (almeno 40%) e inferiore alla media dei paesi europei (42,8%). Continua ancora oggi, inoltre, ad essere limitata la partecipazione al sistema universitario. Su 100 giovani toscani tra i 19 e i 25anni meno della metà è iscritto all'università, anche se la percentuale è in crescita negli ultimi anni. In aggiunta, tra chi partecipa ai percorsi di istruzione, è ancora presente una quota significativa di studenti che abbandona prematuramente gli studi e resta priva di un titolo di studio formale i cd. *early school leavers* (pari all'11% contro una media nazionale del 12%) e di giovani che, pur avendo ottenuto il diploma, non hanno raggiunto competenze coerenti con il possesso di un titolo di scuola secondaria superiore (6% contro una media nazionale del 9%).

### Condizioni abitative

Le condizioni della casa di abitazione e della zona in cui si vive tendono ad essere migliori in Toscana sia nel raffronto con il paese nel suo complesso che con le altre regioni del Centro Italia. Secondo l'indagine sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie del 2021, le famiglie toscane che vivono in una casa che ha problemi di tetti, soffitti, porte, finestre o pavimenti danneggiati sono l'8% contro una media nazionale e del Centro Italia dell'11% mentre quelle che vivono in case con problemi di umidità sono il 10%, 4 e 3 punti in meno di quanto si registra rispettivamente in Italia e nel Centro Italia. Scarsa luminosità e spazio insufficiente riguardano rispettivamente il 4% e il 6% delle case di abitazione dei toscani (il 6% e l'8% in Italia e nel Centro). Migliori rispetto alla media italiana sono anche le zone in cui le famiglie vivono, in termini di presenza di inquinamento, traffico o sporcizia (11% contro 14%), di rumori dai vicini o dall'esterno (12% contro 14%), di criminalità, violenza o vandalismo (7% contro 9%). Le spese per la casa (condominio, imposte

sulla proprietà, bollette di acqua, luce e gas, riparazioni ordinarie) sono ritenute pesanti dal 31% delle famiglie toscane, una quota minore di quella che si registra a livello nazionale e nel Centro Italia (34% e 32% rispettivamente).

L'11% delle famiglie toscane non sarebbe in grado di sostituire all'occorrenza mobili danneggiati o fuori uso con altri in buono stato. Il 3% è stato in arretrato con il pagamento delle bollette nell'ultimo anno, la metà di quanto si è registrato a livello nazionale.

### **Redditi, disuguaglianza, povertà, risparmi e consumi**

La Toscana si contraddistingue da sempre nel panorama nazionale per un livello di reddito medio-elevato e una disuguaglianza nella distribuzione dei redditi contenuta. I dati più recenti disponibili, quelli di Eu-Silc 2021, tendono a confermare questa immagine della regione. Il reddito disponibile medio familiare, inclusivo dei fitti imputati, è pari a 42.660 euro, un livello superiore al complesso delle regioni del Centro, dove si attesta a 40.500 euro, ma inferiore a quelle del Nord. L'indice di Gini, un indicatore che va da 0 ad 1 tanto più alto quanto maggiore è la disuguaglianza nella distribuzione dei redditi, è pari 0,272, un valore più basso che in Italia (0,305), nel Centro (0,290) e nel Nord-Ovest (0,287). L'incidenza di persone che vivono in famiglie con reddito disponibile inferiore al 60% della media (c.d. *at risk of poverty rate*) è pari al 12%, un dato sicuramente inferiore alla media italiana ma superiore ad alcune Regioni del Nord come l'Emilia Romagna (10%) e il Friuli Venezia Giulia (11%). In Toscana, nel 2021, una famiglia su due è arrivata con qualche difficoltà alla fine del mese (a livello nazionale è accaduto al 58% delle famiglie) mentre il 3% ha avuto grandi difficoltà (il 9% in Italia). Il 40% delle famiglie toscane non è riuscito, infine, a risparmiare parte dei soldi che ha guadagnato nell'anno (il 47% in Italia). L'impatto dell'inflazione del 2022 sui redditi delle famiglie toscane è stato mitigato fortemente grazie agli interventi di calmierazione dei prezzi e di sostegno al reddito messi in campo a livello nazionale. Secondo un'indagine condotta dall'IRPET a Maggio 2023, le famiglie toscane hanno, tuttavia, fronteggiato l'aumento dei prezzi anche rinunciando completamente al consumo di alcune tipologie di beni, in particolare gite e viaggi (37%), mobili e articoli per la casa (35%) e ristorazione e tempo libero (33%). Su altre tipologie di beni, come quelli alimentari, è prevalsa invece la strategia basata sulla ricerca di prezzi più convenienti (61% delle famiglie), mentre l'aumento dei prezzi delle bollette è stato affrontato soprattutto attraverso una contrazione dei consumi (53% delle famiglie).

### **Deprivazione materiale**

L'indice europeo di deprivazione materiale delle famiglie toscane, misurato attraverso un set di nove indicatori che rilevano la mancanza di specifici beni durevoli (tv, lavatrice, pc, cellulare) e la difficoltà a svolgere alcune attività essenziali o di rispettare le scadenze di pagamenti, è pari al 3% in Toscana, un valore che è la metà di quello registrato in Italia, sebbene superiore ad alcune regioni del Nord come l'Emilia Romagna e il Veneto dove è all'1%. Tra i nove indicatori considerati, l'unico in cui la Toscana mostra un dato peggiore rispetto alla media nazionale è quello che misura la quota di famiglie in arretrato con il rimborso di prestiti per mancanza di soldi che è pari al 7% contro una media italiana del 4%. Negli altri indicatori la regione evidenzia sempre una situazione meno critica che nel resto del paese. L'incidenza di famiglie che non può permettersi una settimana di vacanza all'anno lontano da casa è pari al 26% (38% in Italia), quella di famiglie che non sarebbe in grado di far fronte, con risorse proprie, a spese impreviste di un ammontare approssimativo di 850 euro è pari 22% (34% in Italia). Meno frequenti sono i casi di famiglie che non possono permettersi di mangiare carne o pesce o un equivalente vegetariano almeno una volta ogni due giorni (4% in Toscana, 8% in Italia) e di riscaldare adeguatamente l'abitazione in cui vive (4% in Toscana, 9% in Italia).

### **Accesso ai servizi sanitari**

A fronte di difficoltà economiche capita anche in Toscana che le famiglie siano costrette a rinunciare a curare la propria salute non effettuando quelle prestazioni in parte o quasi completamente al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale. In Toscana risulta che nel 2021, le persone che hanno dovuto rinunciare ad una visita o un trattamento dal dentista perché non potevano permetterselo, nonostante ne avessero bisogno, sono il 5% un valore solo di poco inferiore a quello registrato in Italia (6%). Le persone che, invece, non hanno fatto una visita medica specialistica o un trattamento terapeutico perché non potevano sostenerne il costo sono l'1%, quindi una stretta minoranza della popolazione e inferiore a quella che si evidenzia per il paese nel suo complesso (3%).

### 3.3 Reti sociali e welfare di comunità

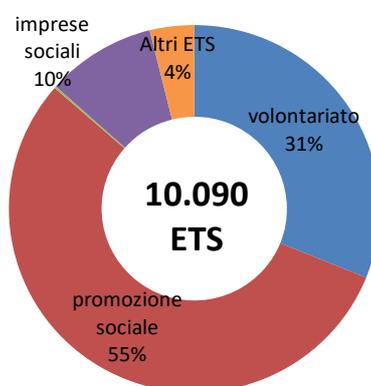
(con il contributo di ANCI)

La presenza del Terzo settore rappresenta una misura del capitale sociale disponibile sui territori ed è altresì espressione di coesione sociale e solidarietà nei diversi ambiti, territoriali e settoriali, in cui esso opera. La Toscana può vantare, in tal senso, un ampio patrimonio di Enti, Organizzazioni e soggetti che operano – spesso accanto alle Istituzioni – per il perseguimento dell’interesse generale in un’ottica di qualità e innovazione degli interventi.

Nel 2022 il nuovo Registro Unico Nazionale del Terzo settore (RUNTS) ha iniziato ad accogliere sia gli enti provenienti dai precedenti albi o registri (associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato e cooperative sociali già precedentemente iscritte ai rispettivi registri), sia altri enti che hanno fatto richiesta di iscrizione. Alla data del 30.10.2023, il RUNTS conta in Toscana 10.090 enti (ovvero 23 organizzazioni ogni 10.000 residenti): 5.611 Associazioni di Promozione Sociale, 3.146 Organizzazioni di Volontariato, 927 imprese sociali, che insieme rappresentano ad oggi oltre il 96% degli iscritti (a cui vanno aggiunte le voci residuali Enti filantropici, Società di mutuo soccorso e la categoria “altri enti del Terzo settore”).

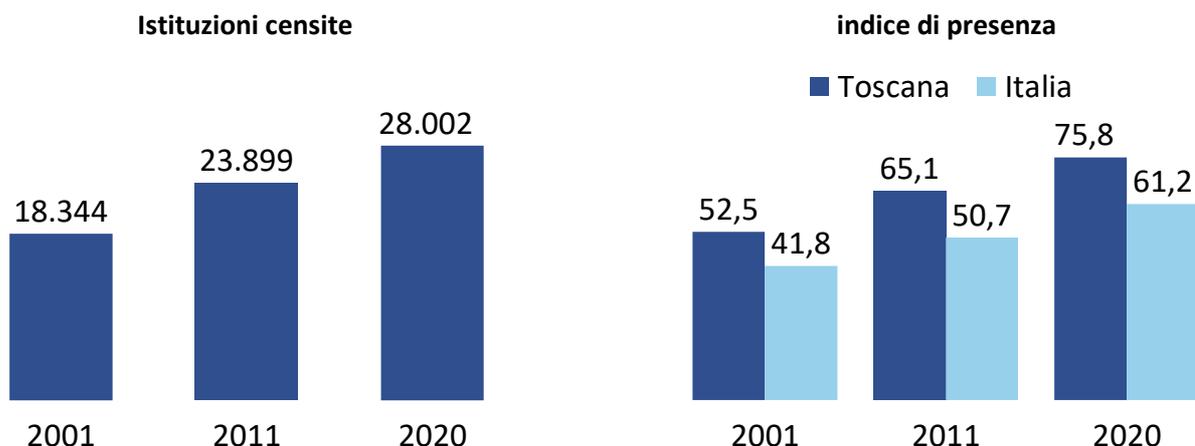
La Promozione sociale è attiva principalmente nei settori culturale-educativo, sociale, sportivo-ricreativo e ambientale-turistico; il Volontariato opera prevalentemente nei settori sanitario e sociale; le Imprese sociali - che rappresentano i soggetti del terzo settore maggiormente strutturati, professionalizzati e attivi nell’erogazione di servizi –sono impegnate soprattutto nel settore sociosanitario e educativo e nell’integrazione lavorativa di soggetti svantaggiati.

Figura 1: Enti del Terzo settore della Toscana iscritti al RUNTS per tipologia. Dati al 30.10.2023. Fonte: elaborazioni su dati RUNTS



Se i numeri del RUNTS forniscono la fotografia del Terzo settore cosiddetto “formalizzato”, il Censimento Istat delle Istituzioni non profit restituisce un quadro più allargato poiché comprende anche il Terzo settore non formalizzato, cioè tutti quei soggetti che, pur non essendo iscritti a registri pubblici, operano sul territorio nel settore non profit, rappresentando quindi una ricchezza per il sistema. Per la Toscana il Censimento individua circa 28.000 istituzioni non profit attive (quasi tre volte tanto rispetto al RUNTS), ovvero circa 76 istituzioni ogni 10.000 residenti (media Italia 61 per 10.000). Il non profit toscano occupa in qualità di dipendenti circa 53.700 persone ed ha avuto una crescita occupazionale di oltre 25.700 posizioni rispetto al 2001 (+92%) e 13.700 rispetto al 2011 (+34%). L’incidenza sui residenti (14,5%) è in linea con la media nazionale.

Figura 2: Istituzioni non profit censite in Toscana e indice di presenza (istituzioni per 10.000 residenti). Confronto censimenti 2001-2011-2020. Fonte: elaborazioni su dati Istat, Censimenti non profit 2001, 2011 e 2020



A fronte di una presenza così rilevante dal punto di vista quantitativo, e competente dal punto di vista qualitativo, la Toscana è stata la prima Regione in Italia ad essersi dotata di una propria legge regionale (L.R. 22 luglio 2020, n. 65 recante “Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano”) che, tra i vari aspetti, recepisce, integra e promuove gli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione – sulla base delle disposizioni del Codice del Terzo settore (d.lgs. 117/2017) – e i principi dell’amministrazione condivisa ribaditi dalla sentenza 131 della Corte costituzionale, secondo cui questa «realizza per la prima volta in termini generali una vera e propria procedimentalizzazione dell’azione sussidiaria» delineata dall’art. 118 della Costituzione che recita: “ Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l’autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà”.

In tale quadro si inserisce anche il Protocollo d’intesa sottoscritto nel 2022 tra Regione Toscana, Anci Toscana, Cescvot e Forum del Terzo settore della Toscana, che impegna i soggetti coinvolti, ciascuno per il proprio ruolo e con le proprie specificità, a collaborare per «promuovere la cultura e la pratica dell’amministrazione condivisa tra Enti Pubblici e Enti del Terzo settore per realizzare azioni civiche e solidaristiche di interesse generale legate alle comunità e ai territori toscani», nell’ottica di costruire un percorso di formazione per accompagnare e monitorare l’applicazione dei criteri negli istituti dell’amministrazione condivisa.

### 3.4 Principali fattori di rischio: l'analisi di ARS

#### Fumo

L'abitudine al fumo in Toscana negli ultimi 30 anni è in diminuzione, come in Italia, e nella nostra regione i fumatori scendono al di sotto della media nazionale. I fumatori toscani sono il 23,8% della popolazione 18-69enne, rispetto al 24,2% in Italia. Tra gli uomini sono il 25,3%, tra le donne il 22,2%. Anche tra gli adolescenti i fumatori abituali diminuiscono e scendono al 15,7% dei 14-19enni (21% in Italia), ma la prevalenza tra le ragazze è più alta: 18,2% rispetto al 13,2% dei ragazzi. Tende quindi a invertirsi il rapporto di genere rispetto al fumo. Osservando ex-fumatori e persone che non hanno mai fumato, sembra evidente che tra gli uomini, storicamente più fumatori delle donne, vi siano molte persone che hanno smesso di fumare. Questo si riflette anche sul trend per età, il 64% degli over84enni, infatti, sono donne e questo spiega il grande peso che hanno le persone che non hanno mai fumato in questa classe d'età. L'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini e gli anziani toscani fumano meno degli italiani.

#### Alcol

In Toscana nell'ultimo biennio c'è stato un deciso aumento dei bevitori totali e di quelli a rischio andamento che non si osserva nei valori nazionali. Questi episodi sono più frequenti tra i 18-30enni, appena usciti dall'adolescenza, periodo della vita durante il quale le ragazze e i ragazzi si sono ormai spostati prevalentemente sul modello di assunzione nordico (assunzione in situazioni di socialità, fuori dai pasti, con la combinazione di diverse bevande da diverse gradazioni in quantità elevate) rispetto a quello mediterraneo (assunzione moderata di alcol durante i pasti o in situazione domestica, prediligendo il vino). I consumatori abituali tra gli adolescenti, che dichiarano di bere almeno in un'occasione una volta durante la settimana, tendono a diminuire, così come tendono ad annullarsi le differenze di genere in Toscana, grazie ad una riduzione più decisa tra i ragazzi. In base ai consumi di alcol dichiarati il 16,3% beve mediamente più di un bicchiere di alcol al giorno. Il consumo di alcol tende a diminuire, in particolare i consumatori più a rischio, -10 punti percentuali rispetto al 27,3% del 2017. Gli uomini mediamente consumano più alcol. I bevitori abituali sono meno della media italiana, in particolare se si considera il consumo a rischio.

#### Dieta

I toscani, rispetto alla media italiana, sono più attenti all'uso di sale arricchito di iodio e alla cottura con oli e grassi vegetali, consumano mediamente più ortaggi e verdure, pesce e carni bianchi e meno salumi (56,6% vs 58,8%) e snack (27,1% vs 31,9%). Rispetto al 2021 nella nostra regione aumenta il consumo di snack (+2,6%) e diminuisce il consumo di carni bovine (-3,1%), di maiale (-2,6%) e di salumi (-1,6%). Aumenta inoltre il consumo di verdure (+1,3%) e l'uso di sale iodato (+2,4%). Tra gli adulti resta basso il consumo di frutta e verdura sul consumo di frutta e verdura, il 91,9% dei toscani 18-69enni non raggiunge le 5 porzioni quotidiane raccomandate (92,8% in Italia). Il 49,4% non consuma nemmeno 3 porzioni giornaliere (54,7% in Italia). Il trend dell'indicatore è sostanzialmente stabile dal 2011 e tradizionalmente migliore tra le donne: il 10,2% consuma 5+ porzioni, rispetto al 5,9% dei maschi. Il 43,5% degli adolescenti toscani (14-19 anni) consuma almeno una volta al giorno verdura, il 46,3% frutta, mentre il 70,9% consuma pesce almeno una volta a settimana. Il 41,9% consuma invece quotidianamente snack e il 16% beve almeno una bibita zuccherata.

#### Attività fisica

I sedentari (persone che non svolgono un'attività fisica adeguata per la propria età) rappresentano il 23,5% dei toscani 18-69enni (562mila persone) e sono tornati su valori lievemente inferiori a quelli del periodo pre-pandemico 2016-2019 (24,3%). Durante i primi due anni di pandemia erano leggermente diminuiti, scendendo al 20,5%, per l'aumento delle persone parzialmente attive (<150 minuti settimanali di attività) e attive (almeno 150 minuti a settimana di attività fisica intensa o un lavoro che richiede sforzo fisico notevole). Gli uomini toscani sono meno sedentari delle donne, 21% vs 25,8%, differenze in linea con quelle nazionali. Il 20,3% dei bambini toscani di 6-10 anni d'età tende ad essere sedentario, in linea con il 20% a livello italiano.

Tra gli adolescenti la percentuale scende al 12,6% (circa 26mila sedentari), mentre il 62,5% pratica almeno 1 ora al giorno di attività fisica (sport o altre forme di attività che aumentano il battito del cuore e il ritmo della respirazione) per 3 o più giorni alla settimana e il 24,9% per 1/2 giorni.

I maschi sono meno sedentari (8,2% vs 17,3% tra le femmine) e i livelli di attività fisica praticata sono più alti: il 29,7% pratica attività fisica almeno 5 giorni a settimana, rispetto al 18,5% tra le femmine. In generale il quadro non muta rispetto al passato e non risente della pandemia, che aveva temporaneamente inciso negativamente per la chiusura delle strutture sportive e l'interruzione dei campionati agonistici e non. Tra gli anziani che non hanno problemi di movimento il 42,6% non svolge un'adeguata attività fisica (si considera come adeguata anche una semplice passeggiata per i grandi anziani). Con l'età aumentano gli inattivi: dal 34,2% tra i 65-74enni all'82,6% oltre gli 85+. Il dato è stabile dal 2019 (41,8%) e in diminuzione dal 2017 (52,9%). Gli uomini sono meno sedentari delle donne tra gli anziani.

## **Peso**

Nonostante la sostanziale tenuta degli indicatori di dieta e attività fisica, aumentano gli adulti in sovrappeso, pari al 30,4%, e obesi, 9,4%. Si tratta di un'inversione di tendenza di un trend in diminuzione dal 2011, anche se le stime regionali restano comunque al di sotto di quelle nazionali, rispettivamente pari al 32,6% e 10,4%. Tra gli uomini le persone in sovrappeso rappresentano il 38,4% (vs 22,6% tra le donne), gli obesi il 10,2% (8,6% tra le donne). Il 19,2% dei bambini e delle bambine toscane di 8-9 anni è sovrappeso (11mila bambini), il 6,6% obeso (4mila), rispetto al 20,4% e il 9,4% in Italia. Gli adolescenti toscani in sovrappeso o obesi, rispettivamente il 14,9% e il 2,9%, sono però in aumento, trend in linea con le tendenze nazionali. Si tratta di 30mila sovrappeso e 6mila obesi. In Italia il 18,2% è in sovrappeso e il 4,4% obeso. Tra gli adolescenti toscani la condizione di sovrappeso/obesità è più frequente tra i maschi, mentre è maggiore la prevalenza di sottopeso tra le ragazze, rispetto ai maschi. Il 2,7% degli anziani è sottopeso. Gli obesi sono l'11,2%.

## **Sostanze e gioco d'azzardo (solo adolescenti)**

L'adolescenza è un periodo spesso dinamico e di sperimentazione, il 32,9% dei toscani ha consumato una sostanza psicotropa illegale almeno una volta nella vita (24,1% in Italia), il 22,2% nell'ultimo anno (17,8% in Italia) e il 14,5% nell'ultimo mese (10,4% in Italia). Si tratta di comportamenti più diffusi tra i maschi. Le differenze di genere sono in linea con quelle italiane e la Toscana mostra prevalenze superiori alla media nazionale sia tra i maschi sia tra le femmine. La sostanza illegale più utilizzata tra gli adolescenti toscani si conferma la cannabis, assunta almeno una volta nella vita dal 29,3%. In Italia la prevalenza d'uso nella vita è il 34%. Osservando le prevalenze di consumo nell'ultimo mese (proxy dell'uso attuale e abituale) dopo la cannabis (11,8%, vs 16% in Italia) troviamo gli psicofarmaci senza prescrizione medica (2%), i cannabinoidi e la cocaina (entrambi 1,1%), mentre tutte le altre registrano percentuali inferiori allo 0,5%. L'accesso al gioco d'azzardo è sempre più semplice, grazie alla molteplicità di proposte tecnologiche di facile fruizione, soprattutto tra i giovani, più vulnerabili ed esposti all'uso dei mezzi attraverso i quali si diffonde. Si stima che il 29,6% degli adolescenti toscani abbia giocato durante l'anno, il 40,3% tra i maschi il 18% tra le femmine. La stima italiana è pari al 45%. Il 5,5% degli adolescenti è considerabile un giocatore problematico, l'8,8% dei maschi e il 2,1% delle femmine, con un trend in diminuzione rispetto al 2018 (10,7% tra i maschi e 2,6% tra le femmine). La stima italiana è superiore, pari al 7%.

### **3.5 Età, sesso e fattori costituzionali**

(con il contributo di ARS)

#### ***La Toscana tra le regioni più longeve***

In Toscana i decessi sono stati il 10,3% in più rispetto alla media del periodo 2015-2019 (+10,5% in Italia), dopo il +8,6% e +7,8% nei primi due anni di pandemia (+15,6% e +9,8% in Italia). I primi 7 mesi del 2023 segnano per il momento un'inversione di tendenza: -3,1% rispetto agli stessi mesi del periodo 2015-2019 (-0,4% in Italia). Si tratta di 48.855 deceduti nell'anno. La nostra regione mostra livelli di mortalità tra i più bassi in Italia e inferiori alla media nazionale, nel 2022 si contano 1.058 decessi ogni 100mila uomini (vs 1.147 per 100mila in Italia) e 717 decessi ogni 100mila donne (785 per 1.000 in Italia). Circa due terzi dei decessi sono dovuti a tumori e malattie circolatorie, i progressi nella cura di queste patologie hanno quindi contribuito alla progressiva diminuzione della mortalità generale, in particolare in Toscana, dove i tassi di mortalità sono leggermente più bassi della media italiana, anche grazie alle migliori performance del servizio sanitario nel trattamento di infarti, ictus e chirurgia oncologica. Ogni 100mila toscani muoiono mediamente 244,3 persone per malattie dell'apparato circolatorio (280,9 in Italia) e 238,1 per tumori (239,3 in Italia). La speranza di vita alla nascita per una donna toscana è pari a 85,3 anni (84,8 anni in Italia), contro gli 81,3 anni degli uomini (80,5 anni in Italia). Negli ultimi 3 anni è rimasto sostanzialmente stabile per le donne, mentre gli uomini hanno riguadagnato circa 0,2 anni di speranza di vita, avendo però subito un arretramento maggiore nel 2020 (la pandemia li ha infatti colpiti più severamente, rispetto alle donne).

#### ***Donne più longeve degli uomini, ma convivono più a lungo con patologie***

La speranza di vita alla nascita sancisce un netto vantaggio per le donne, che in Toscana, rispetto agli uomini, sono più virtuose: fumano meno (17% vs 28%), non eccedono con 12 l'alcol (20% vs 38% alcol fuori pasto), consumano più frutta e verdura e più raramente sono in sovrappeso o obese (37% vs 54%), anche se mediamente sono più sedentarie degli uomini (39% vs 33%).

Le differenze di genere per gli stili di vita a rischio, soprattutto per il fumo, si stanno però progressivamente annullando tra i giovani.

I tumori si confermano la prima causa di morte tra gli uomini, mentre permangono al primo posto le malattie circolatorie per le donne. I livelli di mortalità per le donne sono sempre inferiori a quelli maschili, ad eccezione di disturbi psichici e malattie dell'apparato osteo-muscolare.

Anche per quanto riguarda le patologie croniche gli uomini si confermano mediamente più malati delle donne, che mostrano prevalenze maggiori solamente per insufficienza renale, demenze e malattie reumatiche. I malati cronici in Toscana rappresentano circa il 38% della popolazione, rispetto al 40% in Italia. Nel confronto con le medie italiane i toscani sono meno malati degli italiani per tutte le principali patologie croniche. Una donna giunta al 65° anno di vita può attendersi di vivere ancora 22,4 anni, 19,1 anni se uomo, ma tra questi gli anni vissuti in buona salute da un uomo sono di più di quelli delle donne (8,8 vs 8,4), che però riescono a convivere più a lungo con problemi di salute che invece mediamente risultano più letali per gli uomini. Le stime toscane sono migliori di quelle italiane. Circa 170mila anziani vivono da soli, in parte a testimonianza del buon livello di salute e autonomia, in parte sintomo di un presente rischio di isolamento sociale. Con l'invecchiamento della popolazione e, al contempo, la presenza sempre più frequente di nuclei unipersonali, crescono i bisogni sanitari e sociali. In Toscana sono presenti circa 114mila non autosufficienti, di cui circa 14mila assistiti in residenze socio sanitarie. La popolazione toscana al 1° gennaio 2023 ammonta a 3.651.152 persone (12.039 unità dal 2022), il 51% donne. È una delle popolazioni più anziane in Italia, insieme a Liguria, Friuli V.G., Umbria, Piemonte, Molise e Sardegna, 658mila persone hanno più di 64 anni (26%) e 424.500 mila meno di 15 (11,6%). Ogni giovane con meno di 15 anni si contano 2,26 anziani (1,93 a livello nazionale). Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è ben evidenziato anche dalla quota degli ultra74enni, pari al 14,2% della popolazione (518.425 persone) e destinato ad aumentare ancora nei prossimi anni. Continuano a diminuire le nascite, nel 2022 sono nati 21.610 bambini, 5,9 ogni 1.000 abitanti (6,1 nel 2021), valore inferiore a quello nazionale (6,7 x1.000). La natalità dal 2004 è in calo, in tutto il paese; anche tra le donne straniere ha visto realizzarsi una flessione, i parti di donne straniere nel 2022 sono 5.452 (-31,3% rispetto al 2013), circa il 25% del totale.

### ***Gli stranieri residenti***

Gli stranieri residenti in Toscana nel 2023 sono 406.700 (11,1% dei toscani), più che raddoppiati nell'arco di un ventennio (erano il 3,6% nel 2003). Riprendono i flussi migratori dopo l'interruzione durante i primi due anni di pandemia, ma comunque negli ultimi anni si assiste ad una diminuzione dei flussi migratori, ovvero si stabilizzano le comunità straniere già presenti da tempo sul territorio regionale ma diminuisce l'attrattività per i nuovi arrivi, anche per il calo di appeal lavorativo). La presenza straniera in Toscana è circa il 2,5 punti percentuali più alta della media nazionale (pari all'8,6%), la nostra regione attira circa l'8% degli stranieri residenti in Italia, che risiedono principalmente nei centri urbani di Prato, Firenze, Arezzo, Empoli e Pisa, nella provincia tra Siena, Livorno e Grosseto (colline metallifere in particolare) e vicino a distretti industriali o manifatturieri: Piana di Lucca, Valdarno, Casentino e Valdarno inferiore. Gli immigrati sono molto più giovani rispetto agli italiani: la fascia d'età più rappresentata è quella dei 15-64enni (76,9% del totale, rispetto al 69,9% tra gli italiani autoctoni), mentre la percentuale di anziani si ferma al 6,4%. I primi paesi di origine per numero di residenti sul nostro territorio sono (ISTAT, 2022): Romania (18,3% degli stranieri, 74mila persone circa), Cina (15,9%, 64.700 persone), Albania (14%, 57.100 persone) e Marocco (6,9%, 28mila persone). Il 12% delle famiglie toscane, 203.500 su 1.662.574, ha almeno un componente di origine straniera e, di queste, 148.500 hanno tutti i componenti stranieri (9% del totale delle famiglie).

### ***Le famiglie***

Le dinamiche demografiche associate ai cambiamenti culturali e negli stili di vita stanno modificando anche le strutture e le reti familiari. Secondo i dati dell'ultimo censimento, in Toscana il 35% delle famiglie è composto da una sola persona, il 21% da una coppia senza figli, il 28% da una coppia con figli, l'11% da un genitore solo con figli. La famiglia "tipica" composta da una coppia di coniugi con due figli non è più così comune. Mentre aumentano le famiglie single, soprattutto composte da anziani, e quelle con due componenti, senza figli. La famiglia rischia di perdere il ruolo di ammortizzatore sociale che l'ha da sempre contraddistinta nel sistema di welfare mediterraneo.

### 3.6 Aree geografiche toscane e popolazioni svantaggiate: le aree interne

Con la pandemia il termine “prossimità” da negletto è divenuto un punto centrale del riordino della sanità e degli investimenti della missione 6 del piano nazionale di ripresa e resilienza. La riscoperta del valore della prossimità è stata evidente soprattutto nella prima ondata quando l'eccellenza nella cura si raggiungeva nel fornire assistenza a domicilio evitando l'accesso in ospedale o ambulatorio per motivi di sicurezza sia nel caso di persone con il Covid e sia nel caso delle persone con cronicità.

La pandemia ha messo in evidenza ciò che era già chiaro per gli esperti di sanità pubblica e di organizzazione dei servizi sanitari fin dalla dichiarazione della conferenza di Alma Ata nel 1978, ovvero che l'eccellenza delle cure si ottiene quando l'assistenza è coordinata tra i diversi livelli ed integrata con quella primaria che garantisce servizi di prossimità al domicilio del paziente.

La Toscana ha sempre riconosciuto l'importanza del territorio e della comunità. Sono temi presenti nelle delibere di giunta e nelle scelte strategiche del passato come ad esempio la costituzione delle società della salute; i progetti volti a promuovere la salute nelle piccole isole e il potenziamento della telemedicina per raggiungere le aree più periferiche. Tuttavia, si registrano ancora differenze nell'utilizzo dei servizi sanitari e nella salute dei territori classificati dalla SNAI (Strategia Nazionale Aree Interne) come Aree Interne. A titolo di esempio la mortalità per tumori nella Valle del Serchio, una delle aree interne dell'area vasta Nord Ovest, è 280 per 100.000 abitanti contro la Valtiberina che ne ha 205; la probabilità di effettuare un test di diagnostica per immagini all'Elba è la metà degli abitanti dell'alta val d'Elsa.

Il Programma Regionale FESR della Toscana 2021-2027, conforme alla normativa europea e all'Accordo di Partenariato italiano sulla Politica di Coesione Europea 2021-2027, sostiene l'attuazione di strategie territoriali integrate nelle aree interne, nel quadro dell'obiettivo politico 5 (Op5) “Un'Europa più vicina ai suoi cittadini”. In questo quadro di sviluppo regionale, la sfida delle aree interne in sanità era già in parte presente nel precedente PISSR che dedicava una sezione “alle popolazioni residenti nei territori difficili”. La sfida nel ridurre le differenze in termini di salute delle aree interne richiede un cambio di paradigma dei modelli organizzativi e anche del modo di lavorare.

Infatti, per rompere il circolo del declino che caratterizza le aree periferiche è necessario un cambio di paradigma e nuovi modelli organizzativi. Gli investimenti massivi del PNRR volti a creare le infrastrutture sanitarie possono invertire questo circolo vizioso del declino che parte dalla bassa densità della popolazione. In particolare, l'asse della digitalizzazione e innovazione può creare la possibilità di ripristinare alcuni servizi mancanti attraverso le nuove tecnologie e in generale alcuni servizi di prossimità previsti nella missione salute (la missione numero 6).

Vi è quindi la necessità di supportare iniziative che valorizzino e sperimentino innovazioni e modelli di cura e di coinvolgimento della comunità, come il progetto proxymity care e la salute nelle piccole isole, volti a ridisegnare i servizi offerti per queste popolazioni in modo da essere sostenibili e da favorire la compliance della popolazione.

### 3.7 La salute del sistema socio sanitario regionale: risultati del ciclo di programmazione 2018-2020

Se generalmente è complesso il processo che porta alla valutazione delle azioni del piano precedente perché entrano in gioco diversi fattori non sempre controllabili, è innegabile che nel periodo di vigenza dello scorso piano sociosanitario la pandemia ha avuto un ruolo rilevante che ha determinato la necessità di concentrare gli sforzi sulla gestione dell'emergenza pandemica. La dichiarazione di pandemia Covid-19 da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità l'11 marzo 2020 ha scatenato una crisi globale che ha minato i sistemi sanitari e le strutture governative di tutto il mondo. La pandemia è stata definita un "disastro naturale a lenta insorgenza ma a impatto prolungato", con ricadute di lungo termine in molti ambiti, tra cui la sanità, l'economia, gli stili di vita e le dinamiche sociali dei paesi.

**Secondo le valutazioni del Nuovo Sistema di Garanzia, la Toscana, per l'anno 2021, si è distinta come una delle regioni d'Italia che presenta elevati livelli di assistenza.** Nel dettaglio, i risultati raggiunti nell'Area Prevenzione (91,37) la Toscana risulta terza dopo Trento ed Umbria; che nell'Area Distrettuale (95,02), terza dopo Emilia Romagna e Veneto e nell'Area Ospedaliera (88,07) terza dopo Trento ed Emilia Romagna. Nel 2021, inoltre, la Regione è riuscita a superare le due criticità che erano emerse nel 2020: il rapporto tra i decessi per tumore assistiti dalla Rete di Cure Palliative e il totale dei decessi per tumore (54,58 nel 2020 e 72,02 nel 2021) e la percentuale di parti cesarei primari nelle maternità di I livello o con meno di 1.000 parti. Al contrario, si registra un calo significativo nella tempestività di interventi chirurgici per frattura del collo del femore eseguiti entro due giorni, un indicatore volto a misurare la capacità dell'ospedale di fornire prontamente cure e di rispondere alle esigenze di assistenza dei pazienti. Questo indicatore è sceso da 69,85 nel 2020 a 66,5 nel 2021, e ulteriormente a 66,34 nel 2022.

**Nel 2020, il Sistema di Valutazione del Laboratorio MeS ha introdotto la dimensione della resilienza.** Questa dimensione misurava la capacità di anticipare, assorbire e adattarsi a shock e cambiamenti, garantendo la continuità dei servizi essenziali, un recupero rapido delle prestazioni, il rafforzamento del sistema e la riduzione della vulnerabilità a crisi future.

Confrontando le contrazioni dei volumi tra il 2019 e il 2020 la Toscana ha registrato contrazioni più significative rispetto alle altre regioni per quanto riguarda il tumore della tiroide e le procedure di angioplastica. Al contrario, gli indicatori relativi ai bypass aortocoronarici, alle procedure per il cancro al colon, alla prostata e alla mammella hanno registrato un calo in linea con le altre regioni. Infine, la Toscana ha ottenuto risultati superiori alle altre regioni del Network in merito agli interventi per il tumore del retto, dell'utero, del polmone, del melanoma.

**La Toscana è la regione che è riuscita a mitigare più delle altre regioni la riduzione dei volumi di prestazioni ambulatoriali negli anni 2020 e 2021, rispetto all'anno 2019,** anche grazie alla tempestività nell'attivare una piattaforma regionale per le televisite e il teleconsulto. Tuttavia, è da segnalare che la capacità di risposta del sistema sanitario regionale alle richieste di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche è passato da valori superiori al 75% prima della pandemia a 68% nel 2021 fino al 64% nel 2022.

Il calo di questo indicatore nel 2022 può essere attribuito al perdurare degli effetti della pandemia, dato che la fase conclusiva dell'emergenza ha portato a un sostanziale aumento della domanda di servizi sanitari da parte di pazienti e cittadini.

#### 4. Analisi SWOT del sistema socio sanitario toscano

<p style="text-align: center;"><b>Punti di forza</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Modelli di integrazione socio-sanitaria già presenti</li><li>2. Qualità delle cure elevata</li><li>3. Riforme strutturali già avviate per potenziare la governance regionale-aziendale</li><li>4. Identificazione di una cartella clinica unica regionale</li><li>5. Monitoraggio delle performance a livello regionale e soggetti che collaborano con la regione</li></ol>	<p style="text-align: center;"><b>Punti di debolezza</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Accesso alle cure (riduzione della capacità di copertura del fabbisogno ambulatoriale che porta a un aumento dell'out of pocket)</li><li>2. Salute mentale</li><li>3. Sviluppo della rete delle cure palliative</li><li>4. Difficoltà nel reclutamento di alcune figure professionali</li><li>5. Sostenibilità economica</li></ol>
<p style="text-align: center;"><b>Opportunità</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Finanziamenti per PNRR</li><li>2. Formazione correlata allo sviluppo e implementazione della riforma territoriale e digitale</li><li>3. Sviluppo e allineamento di finanziamenti e programmi della parte sociale</li><li>4. Rafforzamento degli strumenti e sistemi informativi</li></ol>	<p style="text-align: center;"><b>Rischi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Andamento economico strutturale (es. tassi interesse, inflazione) che porta ad un aumento dei costi delle materie prime, servizi e oneri finanziari</li><li>2. Ritardo nella chiusura dei cantieri</li><li>3. Elevato turnover</li><li>4. Mancato superamento di alcuni vincoli sulla protezione dati</li></ol>

## 5. OBIETTIVI GENERALI

Promuovere la salute in tutte le politiche: *"Health in all policies"*

L'assistenza territoriale: lo sviluppo del Modello Toscano

Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria

Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche

Appropriatezza e governo della domanda

Appropriatezza della domanda e il governo delle liste di attesa

Appropriatezza farmaceutica

La digitalizzazione del sistema sanitario: "la salute a portata di click"

Transizione ecologica e politiche territoriali

### 5.1 Promuovere la salute in tutte le politiche: *"Health in all policies"*

La salute secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è "la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alla sfide sociali, fisiche ed emotive", pertanto è necessario favorire il benessere e i corretti stili di vita con azioni specifiche in diversi setting, tra cui la scuola, la comunità, il lavoro, il servizio sanitario. **Occorre sviluppare la consapevolezza e la responsabilità degli individui nei confronti della propria salute con un approccio integrato, continuativo, sostenibile, multifattoriale e multidisciplinare.**

Come previsto dall'Agenda 2030, il benessere nella sua accezione sia individuale che collettiva, riletto in un'ottica di equità e sostenibilità, punta a diffondere tale attitudine a tutti gli stakeholders di rilievo regionale, non soltanto all'interno del perimetro delle Pubbliche Amministrazioni, ma coinvolgendo il mondo imprenditoriale, della ricerca e del terzo settore.

La salute e il perseguimento degli obiettivi relativi al benessere sono intimamente correlati al riorientamento di tutto il sistema della prevenzione, nella sua articolazione di compiti e responsabilità che coinvolge tutti i servizi socio-sanitari del territorio, sviluppata e/o orientata prevalentemente dai Dipartimenti di Prevenzione ma non solo.

**La Promozione della Salute deve sviluppare strategie di empowerment e capacity building, per il riorientamento dell'offerta in aderenza ai bisogni di salute della comunità (advocacy).** E' necessario creare le condizioni per comunità sempre più attive, per scuole e luoghi di lavoro che promuovano salute e mettere in campo strategie, alleanze e interventi in tema di nutrizione e di prevenzione delle malattie correlate.

Un'ulteriore evoluzione del concetto di salute in ottica One Health riconosce l'interconnessione fra persone, animali e ambiente, per affrontare in modo olistico le sfide per la salute. L'approccio One Health si applica a problematiche diverse, fra cui la resistenza agli antibiotici, le malattie zoonotiche, le malattie trasmesse da vettori, le malattie trasmesse da alimenti e la sicurezza alimentare in generale. Lo scopo ultimo è quello di prevenire, o ridurre al minimo, il livello di rischio per l'uomo, gli animali e l'ambiente.

Sono di fondamentale importanza adeguati sistemi di sorveglianza intesi dall'OMS come la raccolta, l'analisi e l'interpretazione sistematica e continua dei dati relativi alla salute per la programmazione, la pianificazione, l'implementazione e la valutazione delle pratiche di sanità pubblica. I sistemi di sorveglianza, sia essi relativi alle malattie infettive e zoonotiche, alla sicurezza alimentare, agli stili di vita e alle abitudini della popolazione, consentono di attivare politiche con un approccio di policy integrate ed interdisciplinari, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" (Health in all Policies). **Una prevenzione è efficace quando agisce in un contesto nel quale evidenti ragioni di salute, ma anche di sostenibilità economica, dovrebbero orientare le attività del sistema socio sanitario sulle fasce di popolazione sana, individuando il bisogno di salute, limitando i fattori di rischio, anche in un'ottica di urban health.**

Lo sviluppo di azioni innovative richiede interventi evidence-based per l'implementazione di programmi e di azioni supportate da prove di efficacia e sostenibilità, che tengano conto del genere e siano in grado di produrre un impatto sia di salute sia di sistema.

**L'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, sulla base di una cultura comune della prevenzione, presuppone la capacità di superare le divisioni fra servizi e di assicurare multidisciplinarietà ed intersettorialità, anche nelle case di comunità, al fine di facilitare l'accesso ai servizi sanitari.** A tal fine è opportuno investire nella formazione del personale sociosanitario, contrastare i fattori di rischio e l'impatto delle emergenze sanitarie, perfezionare i

meccanismi di allerta precoce e di prevenzione, rafforzare l'impegno nella lotta alle malattie infettive e promuovere campagne di vaccinazione. A supporto di tutte le politiche di prevenzione sono necessari interventi efficaci di comunicazione e di informazione sui temi del benessere fisico, psicosociale ed emotivo.

Il benessere e la salute dei cittadini sono infine da tutelare anche valorizzando e promuovendo sani stili di vita e la pratica delle attività sportive. Lo sport infatti rende meno sedentari ed aiuta a mantenere più a lungo la salute, pertanto stato di salute, pratica sportiva e attività fisica sono tra loro fortemente correlate: infatti attività sportiva e attività fisica possono rappresentare elementi di prevenzione e di contenimento per varie patologie.

Salute, benessere, inclusione sociale, partecipazione saranno anche i pilastri delle politiche di promozione della salute che permetteranno di sviluppare corretti comportamenti finalizzati alla prevenzione e alla sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro. In particolare per quanto riguarda i luoghi di lavoro si rende necessario sviluppare gli interventi per un'ulteriore riduzione complessiva degli infortuni e delle malattie professionali anche attraverso il potenziamento dell'efficacia dell'attività di vigilanza e ispezione sul rispetto della normativa vigente. Il potenziamento delle azioni di tutela e prevenzione dai rischi sul lavoro, con particolare attenzione ai comparti storicamente a maggior rischio infortuni (edilizia, agricoltura, manifatturiero, ecc...) e alle nuove professioni emergenti, risulta di importanza strategica. Inoltre è necessario implementare misure di tutela dal rischio aggressioni, con particolare riguardo alle professioni sanitarie e socio sanitarie.

Le evidenze scientifiche hanno dimostrato l'importanza della prevenzione e della promozione della salute per ridurre l'incidenza delle malattie e la mortalità e di conseguenza i costi per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e per la società ma anche per favorire il mantenimento del benessere e della qualità della vita. A tal fine è necessario identificare e valutare le problematiche sanitarie regionali associate a rischi ambientali e climatici, per contribuire alla definizione e all'attuazione di politiche di prevenzione, includendo la salute nei processi decisionali territoriali, che a vario titolo hanno impatto sulla relazione ambiente-salute-clima e consolidare e sviluppare le funzioni di osservazione epidemiologica, a livello regionale e di az. USL, finalizzate a garantire la promozione delle conoscenze sulla relazione ambiente-salute-clima, la sorveglianza epidemiologica della popolazione con riferimento ai determinanti sociali, ambientali e climatici, la valutazione di possibili effetti sulla salute di esposizioni a fattori di rischio ambientale.

Malattie come il diabete di tipo 2, alcuni tipi di tumori e di demenze si possono in parte prevenire. Quasi l'80% dei casi di malattie cardiache e gli ictus possono essere evitabili se le persone sono disposte a modificare il proprio stile di vita. In una moderna concezione di salute la sua promozione e la prevenzione devono essere incentrate su azioni congiunte di vari settori della società, principalmente sui fattori di rischio comportamentali modificabili e sui determinanti di salute sociali, economici e ambientali, senza dimenticare l'importanza della diagnosi precoce, il ruolo cruciale delle vaccinazioni.

Ulteriore impulso sarà rivolto allo sviluppo delle campagne di prevenzione secondaria, mediante la quale la malattia è riconosciuta e curata precocemente, spesso prima della comparsa dei sintomi, riducendo pertanto al minimo le conseguenze gravi.

Le campagne di prevenzione secondaria includono le seguenti programmi di screening:

- **SCREENING PER I TUMORI DELLA CERVICIA UTERINA** rivolto alle donne di età 50 - 69/70 anni.
- **SCREENING PER I TUMORI DELLA MAMMELLA** rivolto alle donne di età 45 - 74 anni  
La Regione Toscana ha recentemente deciso di allargare la fascia di età accogliendo le donne dai 45 ai 74 anni.
- **SCREENING PER I TUMORI DEL COLON RETTO** rivolto a uomini e donne di età 50 - 69/70 anni.
- **TEST PER L'EPATITE C** rivolto a uomini e donne di età 34 e 54 anni

Nella **prevenzione terziaria**, una malattia pregressa, di solito cronica, viene trattata allo scopo di prevenire complicanze o ulteriori danni che potrebbe causare. I tipi di prevenzione terziaria includono i seguenti programmi:

per i soggetti che soffrono di diabete:

- Il controllo della glicemia, un'eccellente cura della pelle, frequenti esami del piede e un'attività fisica frequente, al fine di prevenire le malattie cardiovascolari;
- per le persone che hanno avuto un ictus: assunzione di aspirina per prevenire un secondo ictus;

- la possibilità di accedere a un servizio riabilitativo e di supporto per prevenire il deterioramento e massimizzare la qualità della vita, come la riabilitazione dopo incidenti, attacco cardiaco o ictus;
- la prevenzione delle complicanze negli invalidi, come la prevenzione delle piaghe da decubito nel paziente allettato.

Infine un accenno alle malattie metaboliche ereditarie (MME), denominate anche errori congeniti del metabolismo, costituiscono una categoria importante di malattie genetiche rare, causate dall'alterato funzionamento di una specifica via metabolica. Esse rappresentano un gruppo eterogeneo di oltre 700 diverse patologie che, prese singolarmente, sono rare ma nel loro insieme presentano un'incidenza cumulativa che varia da 1 su 500 a 1 su 4.000 nati vivi. Per queste patologie è implementato il programma di screening neonatale esteso (SNE) è un programma complesso, integrato e multidisciplinare di prevenzione sanitaria secondaria, che permette di identificare precocemente su tutta la popolazione neonatale i soggetti affetti da malattie metaboliche.

## 5.2 L'assistenza territoriale: lo sviluppo del Modello Toscano

Alla luce delle dure prove a cui è stato sottoposto il sistema sanitario, sociosanitario e sociale a causa della pandemia, gli obiettivi di salute e benessere sono da perseguire con **una nuova consapevolezza, capitalizzando l'esperienza maturata e le misure adottate nel corso delle fasi più difficili dell'emergenza.**

**L'obiettivo è quello di realizzare un sistema integrato sanitario, sociosanitario e sociale più resiliente, portando a termine, grazie alle opportunità offerte dalla Missione 6 del dal PNRR ed al recepimento toscano del DM 77/2021, avvenuto con DGRT 1508/2022, una serie di riforme che porteranno, secondo gli indirizzi impartiti dal Consiglio regionale con la Risoluzione n. 184/2022, alla riorganizzazione ed al potenziamento della rete territoriale con il conseguente aumento delle prestazioni erogate sul territorio e a domicilio, rafforzando, da una parte, il ricorso alla telemedicina (tele-visita, tele-consulto, tele-assistenza e tele-monitoraggio) e, dall'altra, la costruzione di una rete di welfare di comunità che, anche ampliando la buona pratica del progetto "a casa in buona compagnia" potrà consentire di favorire sia l'accesso ai servizi di cura e assistenza, sia il mantenimento di una relazione dinamica e attiva con la comunità di riferimento.**

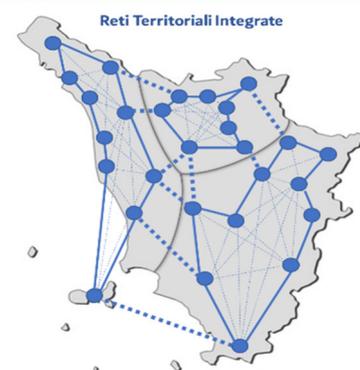
A tal fine, la DGRT 1508/2022 – da leggersi anche in relazione agli investimenti in ambito sociale della Missione 5 dello stesso PNRR unitamente ad alcune fondamentali iniziative assunte per l'integrazione tra sociale e lavoro (DGR 544/2023) e per l'attuazione delle misure del nuovo PR FSE+ 2021/2027 (DGR 1200/2023) – ha costituito il sistema di riferimento per la realizzazione concreta dell'assistenza territoriale, intesa come integrazione effettiva dell'ambito sanitario e sociale nei percorsi di accesso, accoglienza, informazione, orientamento e presa in carico, determinando i punti e gli spazi di interazione reciproci, anche ai fini di favorire soluzioni progettuali in risposta a bisogni complessi a bisogni complessi, con particolare attenzione a promuovere l'accesso alle opportunità e ai servizi di alcuni target specifici rappresentati da persone e famiglie in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale e sociosanitaria, minori e neomaggiorenni, adulti – italiani e stranieri – a rischio di esclusione sociale.

A tal proposito sono individuati tre strumenti principali: le Reti Territoriali Integrate, le Società della Salute (Zone Distretto/Convenzioni Sociosanitarie), Le Case della Comunità.

Le **Reti Territoriali Integrate** interessano il complesso delle materie e delle attività sanitarie territoriali, sociosanitarie e socioassistenziali per famiglie e singoli, minori, adulti e anziani sono organizzate in riferimento alle società della salute/zone-distretto e si fondano sui percorsi multidisciplinari di cura, assistenza, tutela e supporto organizzati su base zonale. Le Reti Territoriali Integrate interconnettono e regolano: i punti unici di accesso in grado di corrispondere ai bisogni di ascolto, informazione e orientamento ai servizi; i processi organizzativi per le valutazioni multidisciplinari; i presidi, le filiere e le unità di offerta; le attività e gli interventi dei diversi setting assistenziali territoriali; le infrastrutture digitali e i sistemi informativi di supporto.

Le Reti territoriali Integrate sono organizzate in tre livelli:

- 1° Livello Zonale, che persegue l'integrazione sistemica e strutturale tra la Zona-distretto sanitaria e l'Ambito territoriale sociale ed è guidata dai processi assistenziali per i bisogni complessi di salute e inclusione sociale di tutta la popolazione.
- 2° Livello Aziendale/Area Vasta, che persegue l'integrazione tra i livelli zonali, i servizi e le reti a carattere aziendale e la rete degli interventi sociali e sociosanitari delle zone distretto afferenti all'area vasta.
- 3° Livello Regionale, che persegue l'integrazione tra i livelli zonali, le reti delle tre aziende sanitarie territoriali e delle tre aziende ospedaliero-universitarie, le reti cliniche e assistenziali di interesse regionale.



Le **Società della Salute** costituiscono i nodi fondamentali delle Reti Territoriali Integrate e corrispondono alla piena a strutturale integrazione del 1° Livello Zonale. Le SdS uniscono la governance istituzionale dell'ambito zonale integrato, costituita dai sindaci della zona e dal direttore generale dell'azienda sanitaria, con la completa organizzazione e gestione delle materie e delle attività sanitarie territoriali, sociosanitarie e socioassistenziali relative all'ambito territoriale di riferimento.

Il sistema toscano della *Governance Multilivello* completa poi il rapporto tra il 2° Livello delle Reti territoriali integrate e la Conferenza aziendale dei sindaci, e tra il 3° Livello delle Reti territoriali integrate e la Conferenza regionale dei sindaci.

**Le Case della Comunità (CdC) sono il luogo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, ricevendo risposte integrate.**

**E' sede di erogazione di visite e prestazioni di assistenza primaria, di specialistica ambulatoriale di base ed avanzate da parte dei professionisti che operano sul territorio, in raccordo con la rete ospedaliera, all'interno di equipe strutturate.**

**E' sede di ulteriori servizi condivisi con i Consultori, i Dipartimenti di Prevenzione, Riabilitazione, i Dipartimenti di Salute Mentale adulti e infanzia-adolescenza, Dipendenze e le strutture di Psicologia.**

**E' in raccordo con la Rete delle Cure Palliative, con le Reti Diabetologiche, Nutrizionali e con le altre Reti aziendali di patologia o di percorso.**

**E' un sistema a rete tra CdC di tre diversi livelli a livello distrettuale, aziendale e di area vasta.**

**Gli obiettivi principali identificati delle Case della Comunità sono:**

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai cittadini svolte dal PUA;
- la prevenzione e promozione della salute attraverso interventi realizzati con il coordinamento del Dipartimento della Prevenzione;
- la presa in carico della cronicità e fragilità;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali;
- il raccordo organizzativo e multiprofessionale da un lato con i servizi per l'impiego, in relazione all'integrazione tra ambito sociale e ambito delle politiche attive del lavoro e di inclusione sociale e dall'altro con i centri per le famiglie in relazione all'integrazione tra ambito sociale e ambiti specialistici della salute mentale e delle dipendenze per il sostegno alle genitorialità e la tutela e la promozione dei diritti dei minori e dei giovani.
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti e dei caregiver introdurre forme di cittadinanza responsabile e dare spazio al dialogo fecondo tra cittadini e mondo delle professioni sanitarie e sociali, anche in relazione al ruolo strategico e operativo assunto dal variegato mondo del terzo settore, vettore protagonista delle economie solidali tenendo conto delle opportunità rappresentate dai nuovi istituti dell'amministrazione condivisa (coprogrammazione, coprogettazione) disciplinati a livello regionale dalla LR 65/2020;

- istituzione di Punti di intervento rapido territoriali (PIR). All'interno di alcune Case di Comunità HUB saranno istituiti, in via sperimentale, i Punti di Intervento rapido per le risposte alle urgenze differibili di bassa complessità clinico assistenziale. I PIR territoriali garantiscono l'accessibilità, la tempestività delle cure e la continuità dei percorsi assistenziali; dispongono, altresì, di competenze clinico-assistenziali e strumentali in grado di fornire risposte ai bisogni sanitari di minore criticità e di bassa complessità. I PIR fanno parte delle reti territoriali integrate costituendo un punto di riferimento dei servizi territoriali in un'ottica di prossimità.

**Nel nuovo modello dell'assistenza territoriale il NEA (Numero Europeo armonizzato) 116117 e la COT (Centrale operativa territoriale) rappresenteranno gli strumenti di raccordo per la presa in carico.**

Nell'ottica di perseguire un riequilibrio e una maggiore integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, attraverso la definizione di un sistema di **cure di transizione (Hospice, Cure intermedie, Ospedale di Comunità)** finalizzato a fornire risposta alla impossibilità di gestire a domicilio condizioni cliniche complesse non acute per le quali tuttavia il ricovero non è indicato.

### 5.3 Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria.

**Il rafforzamento dell'integrazione sociale e sociosanitaria tale da garantire effettivamente una risposta qualificata ai bisogni complessi dei cittadini impone di agire su più fronti, da quello della programmazione, ai modelli gestionali, dalla costruzione di processi efficienti e appropriati alla comunicazione alla cittadinanza, nell'ottica di costruire una pluralità di risposte appropriate (dalla domiciliarità alla residenzialità) per un rinnovato impegno a sostegno delle diverse forme di fragilità, per la riduzione delle diseguaglianze nell'accesso agli interventi e alle prestazioni, per l'empowerment individuale e delle comunità.**

A tal fine, l'impegno della Regione Toscana è rivolto su più fronti:

**-rafforzamento della programmazione integrata e costruzione delle Reti territoriali integrate previste dalla DGRT 1508/2022.** Il sostegno a favore delle persone e delle famiglie in condizioni di maggiore vulnerabilità e marginalità si realizza anche attraverso la riorganizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali dell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, prevedendo nuove forme di tutela e presa in carico delle forme di disabilità e di non-autosufficienza. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza favorisce la crescita del sistema di servizi sociosanitari del territorio attraverso il pieno utilizzo degli strumenti di programmazione operativa locali (Zona/Distretto/SdS) e realizza la convergenza delle azioni previste dai progetti delle Missioni 5 e 6 su obiettivi di salute e inclusione sociale misurabili e in grado di produrre valore per la comunità. A tal fine sono rivolte le azioni in atto di potenziamento dei percorsi di integrazione socio-sanitaria, attraverso lo sviluppo degli assetti istituzionali e degli strumenti territoriali, quali le Società della Salute e le convenzioni socio-sanitarie basate su una programmazione integrata in un'ottica di governance multilivello volta a ottimizzare l'utilizzo delle risorse del sistema regionale. In prospettiva, occorrerà costruire azioni orientate alla promozione e al coordinamento della rete dei servizi sociali e sociosanitari territoriali, puntando sulla programmazione integrata e coordinata delle fonti di finanziamento complessivamente disponibili, in particolare del Fondo Sociale Europeo 2021- 2027, del Fondo Nazionale Politiche Sociali, del Fondo Nazionale Lotta alla povertà e del Fondo per la Non Autosufficienza, (destinatari :anziani, minori, disabili, multiutenza, nuclei familiari) e a supporto degli obiettivi di sistema (housing sociale e contrasto all'emergenza socio abitativa, sedi, spazi e strutture per implementazione lavoro di rete, sportelli unici, segretariato sociale, servizi emergenza-urgenza sociale-SEUS-) in una forte connessione con la dimensione degli ambiti territoriali, la programmazione di zona e la valorizzazione della sinergia con gli Enti del Terzo Settore;

-accanto all'obiettivo della programmazione e della gestione coordinata delle risorse finanziarie complessivamente disponibili, parimenti strategico appare anche l'obiettivo di **razionalizzare e coordinare le diverse unità di offerta presenti sul territorio** (nonché quelle in corso di attivazione nell'ambito degli investimenti del PNRR), garantendo modalità di presa in carico e di accesso unitarie ai percorsi attraverso strutture e sportelli dedicati (centri servizi, punti unici, segretariato sociale, centri per le famiglie) in grado di indirizzare le persone ai servizi e alle prestazioni del sistema integrato (residenzialità e semiresidenzialità, sostegno alla domiciliarità, continuità assistenziale, percorsi per la non autosufficienza e per le persone con limitazioni dell'autonomia, salute mentale e dipendenze, percorsi di inclusione sociale, housing sociale e contrasto all'emergenza socio abitativa), coinvolgendo le reti informali e gli Enti del Terzo Settore attraverso gli istituti dell'amministrazione condivisa;

**-rafforzamento della presa in carico integrata** a partire dall'accesso ai servizi sociosanitari per anziani non autosufficienti e la riorganizzazione della presa in carico delle persone con disabilità; una più rapida ed efficace valutazione multidisciplinare dei bisogni, attraverso il potenziamento delle professionalità presenti nei Punti Unici di Accesso e componenti l'Unità di Valutazione Multidisciplinare/Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità al fine di elaborare in modo appropriato e con il coinvolgimento dei beneficiari e delle loro famiglie il progetto personalizzato degli interventi, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio;

**-potenziare e qualificare la continuità assistenziale tra i servizi sociali, sanitari e sociosanitari** nei diversi contesti e ambiti di relazione: residenzialità e domiciliarità, ospedali e territorio, reti formali e informali, enti pubblici e enti del Terzo Settore;

**-sviluppo di percorsi assistenziali sociosanitari** fondati su punti unici di accesso (PUA), sull'interdisciplinarietà della presa in carico e sulla collaborazione organizzata tra operatori di servizi diversi in équipe multiprofessionali. Infatti i dati disponibili relativi ai tassi di copertura della popolazione non autosufficiente testimoniano una offerta di servizi non proporzionata alla domanda potenziale: 5 non autosufficienti ogni 100 ricevono assistenza domiciliare socio-

assistenziale, 8 ogni 100 quella integrata con i servizi socio sanitari, 14 ogni 100 sono utenti dei presidi residenziali socio assistenziali e socio sanitari. L'urgenza di potenziare i servizi territoriali, non ospedalieri, per gli anziani non è un problema solo della nostra regione e dell'Italia. Ma nel nostro paese, e quindi anche in Toscana, il gap da colmare fra domanda ed offerta è consistente. Negli ultimi anni la strada scelta nel nostro Paese, e quindi anche in Toscana, è stata quella della deistituzionalizzazione. Si tratta di una opzione condivisibile sotto molteplici aspetti, ma deve essere accompagnata da un adeguato investimento nazionale;

**-confermare l'impegno sulla disabilità**, in particolare attraverso la promozione e la diffusione tra i servizi territoriali di strumenti che valorizzino la centralità della persona e la sua capacità di autodeterminazione, unitamente alle progettualità in atto (Dopo di noi, Vita indipendente, interventi a supporto delle persone con SLA e gravissime disabilità);

**-realizzare sempre più interventi di abbattimento di barriere** architettoniche, sensoriali e culturali anche attraverso l'azione del Centro Regionale per l'Accessibilità. Si tratterà di sviluppare progettazioni personalizzate che, in linea anche con le indicazioni concettuali ed operative derivanti dall'Avviso Pubblico 1/2022 del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza -investimento 1.2 percorsi di autonomia per le persone con disabilità, valorizzino la centralità della persona e la sua capacità di autodeterminazione unitamente ai percorsi di Vita indipendente rivolti in particolare ai giovani con progetti di formazione, studio e lavoro, ed al programma per il Dopo di Noi, rafforzando i percorsi domiciliari e di sostegno ai care-givers;

**-favorire l'accesso ai servizi** delle persone con disabilità. Inoltre il percorso di presa in carico denominato PASS – "Percorsi Assistenziali per Soggetti con bisogni Speciali" garantisce nelle diverse situazioni l'accesso al sistema sanitario regionale, sia a livello ambulatoriale che di ricovero e di emergenza-urgenza;

**-favorire i percorsi di co-progettazione e partecipazione** quale elemento di appropriatezza e sostenibilità, (soprattutto in relazione al programma Dopo di Noi);

**-potenziare le azioni rivolte alle persone con disturbi della salute mentale e dipendenze (servizi SMIA, SMA, psicologo di base) e nei confronti dei soggetti con disturbi della nutrizione (DNA) e dello spettro autistico (ASD).** La pandemia ha avuto un forte impatto sulle persone facendo emergere o aggravando i disturbi della salute mentale e/o le dipendenze che dovranno essere sempre più affrontate dai Servizi nell'ottica di una presa in carico globale della persona all'interno di una rete ad alta integrazione socio-sanitaria che coinvolga le competenze mediche specifiche che li caratterizzano, i Servizi Sociali, il Sistema Scolastico, gli Enti Locali e il Volontariato e la comunità di riferimento. Le azioni che andranno sviluppate sono le seguenti: la garanzia di una risposta tempestiva, lo sviluppo di percorsi di recovery e di autonomia con interventi multiprofessionali volti alla continuità, all'empowerment e alla promozione delle potenzialità di vita anche attraverso il lavoro con le famiglie e i contesti di vita. Il consolidamento della rete territoriale dei servizi si realizzerà attraverso un investimento quali-quantitativo sulle risorse umane, professionali e sulla loro formazione in modo da creare una rete diffusa che supporti i soggetti, a partire dall'infanzia, consentendo l'identificazione precoce dei fattori di rischio, dei disturbi e/o la presenza di specifiche vulnerabilità. L'inserimento a pieno titolo delle reti dei servizi dedicati alla salute mentale e alle dipendenze nella più ampia organizzazione delle Reti Territoriali Integrate per perseguire la maggiore integrazione dei percorsi di presa in carico e degli interventi rispetto ai bisogni complessi di salute, assistenza, tutela e sostegno;

**-costituire stabilmente in ogni zona distretto un'equipe multidisciplinare sociosanitaria** con la presenza almeno del servizio sociale professionale, del servizio di salute mentale infanzia adolescenza e adulti e del servizio dipendenze, deputata alla presa in carico e alla progettazione individualizzata nei casi di minori, adulti e nuclei familiari con bisogni complessi di natura sociale e sociosanitaria, con operatori dedicati a tempo pieno allo svolgimento delle funzioni di equipe.

**-promuovere la salute e l'inclusione sociale in carcere** Nella salute in carcere i servizi sanitari devono comunque inserirsi nella costruzione di percorsi, sia per i minori che per gli adulti, che da un lato consentano un'esecuzione della pena orientata al recupero e al reinserimento sociale del detenuto e dall'altro creino le condizioni per sostenere e rendere autonome le persone sottoposte a misure penali, in cui spesso alla fragilità di tipo sociale, economica e culturale si somma allo stigma derivante dal coinvolgimento nel circuito penale. Si procederà pertanto a rafforzare la

collaborazione e l'integrazione tra Aziende USL, Comuni e Amministrazione Penitenziaria, con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, e gli Enti del Terzo settore, per sostenere misure alternative alla detenzione, favorire e implementare i percorsi formativi per i detenuti e implementare i percorsi di inserimento socio-lavorativo. Infatti le criticità sanitarie, sociali ed economiche che hanno fatto seguito alla pandemia e correlabili agli scenari internazionali disegnano una prospettiva che più che mai evidenzia quanto siano centrali tutte le politiche orientate a potenziare l'integrazione sociale delle persone a rischio di povertà o di esclusione, in primis garantendo la continuità di interventi strettamente connessi con attività formative e di avviamento al lavoro di soggetti svantaggiati e persone con disabilità e/o di altre categorie specifiche (ex detenuti o donne vittime di violenza) e a proseguire nelle azioni di sostegno a favore delle persone e delle famiglie in condizioni di maggiore vulnerabilità e marginalità.

#### **5.4 Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche.**

**Lo sviluppo di un sistema sanitario regionale più resiliente necessiterà di una serie di riforme che porteranno alla riorganizzazione ed al potenziamento della rete territoriale a partire dalla cura e il monitoraggio delle malattie croniche.** A tal fine è quanto mai opportuno portare a regime la sanità d'iniziativa atualizzandone la realizzazione al cambiamento organizzativo in atto e in maniera omogenea sul territorio regionale che attui politiche di promozione della salute che si basano sull'idea di empowerment degli **individui e delle comunità**.

**In questa ottica, diventa fondamentale rafforzare la capacità di ricerca e innovazione in sanità, implementando infrastrutture e modelli organizzativi che possano mettere a valore l'auspicata interconnessione dei sistemi informativi.**

Attraverso una rete integrata dei servizi, si dovrà facilitare l'accesso alle cure primarie per garantire una presa in carico complessiva della persona e favorire, attraverso contiguità spaziale e multidisciplinarietà degli interventi, l'integrazione fra i professionisti delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. Altrettanto importante è la definizione di un sistema di cure intermedie volte un nuovo e rinnovato rapporto tra la medicina territoriale il livello specialistico ospedaliero.

In seguito allo sviluppo delle azioni di riorganizzazione territoriale legate all'attuazione del **PNRR, D.M. 77/2022, della DGR 1508/22**, la rete delle Case di Comunità diventerà il luogo principale in cui l'assistenza primaria verrà erogata attraverso un modello di lavoro integrato, con un'ampia azione di equipe tra MMG, PLS e specialisti, infermieri di famiglia e comunità e altri professionisti sanitari quali psicologi, ostetrici, professionisti dell'area prevenzione, riabilitazione e tecnica, assistenti sociali, e personale amministrativo anche al fine di offrire una risposta "territoriale" organizzata, che, iniziando prima dell'insorgenza della malattia o prima della sua manifestazione o del suo aggravamento, possano curarla nel corso degli anni, rallentarne l'evoluzione e ridurne le complicità. **La strategia per una rinnovata gestione della cronicità**, sia in termini preventivi sia in termini di risposte cliniche ed assistenziali a cittadini affetti da malattie croniche si fonda sulla valorizzazione della capacità di presa in carico dei team di cure primarie che possano avvalersi di una filiera di servizi e setting assistenziali organizzati a livello di prossimità.

**Le "cure di transizione", rappresentate dai setting delle cure intermedie, ospedali di comunità, hospice e dei presidi di riabilitazione**, assicurano la risposta appropriata ai bisogni sanitari che necessitano di un livello assistenziale non erogabile a domicilio in forma integrata e che nemmeno necessitano delle competenze e del livello assistenziale erogato dall'ospedale organizzato per intensità di cure. Possono essere in continuità con il progetto di dimissione ospedaliera ma anche rappresentare il riferimento per l'assistenza di comunità e filtro per l'accesso alle cure ospedaliere.

**Parallelamente il ridisegno della rete ospedaliera deve prevedere, anche in coerenza a quanto previsto dal DM 70, e in considerazione della propria articolazione in nodi a differente "vocazione", una particolare attenzione alle comunità residenti nelle "Aree Interne" progettando, in forma integrata con il livello assistenziale territoriale di riferimento, modalità di presa in carico e percorsi di cura anche con la realizzazione di setting (di ricovero e/o ambulatoriali) flessibili e modulabili, (prevedendo nuove e specifiche competenze e il trasferimento delle informazioni, impiegando la tecnologia/telemedicina/tele refertazione e altro).**

**L'obiettivo è quello di prefigurare nei "nuovi" presidi (ospedali) di prossimità (i "piccoli ospedali"), dei modelli organizzativi ibridi, in continuità con il territorio e nel rispetto dei bisogni epidemiologici e della sostenibilità organizzativa di quel territorio.**

Per realizzare la continuità clinica-assistenziale tra ospedale (rete ospedaliera) e territorio (cure intermedie, ospedali di comunità, hospice, rsa, ambulatori specialistici, case di comunità, consultori) è necessario prevedere la progettazione e la formalizzazione delle **Reti Cliniche e assistenziali**.

Per garantire un Servizio Sanitario Regionale (SSR) sempre più efficiente, è fondamentale perseguire l'implementazione del modello delle **reti che miri a integrare tra loro la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza urgenza e le reti socio-sanitarie territoriali e di prevenzione in modo da garantire la circolarità dei percorsi di presa in cura dei bisogni del cittadino.**

Le reti cliniche svolgono una funzione cruciale nel migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema, come ampiamente evidenziato dalla letteratura.

Esse consentono la centralizzazione del paziente nel percorso di cura, la differenziazione dei contributi professionali, un utilizzo più efficiente delle risorse, la condivisione delle migliori pratiche e una maggiore circolazione delle informazioni, accelerando i processi di diffusione dell'innovazione.

Al contempo, rispondono all'esigenza di individuare cure sempre più appropriate e assicurano un sistema di governance efficace anche nella gestione appropriata delle liste di attesa.

La Regione Toscana ha investito nello sviluppo di reti cliniche dedicate specificatamente ad alcuni ambiti di intervento come per le Malattie Rare, il Percorso Nascita, la Pediatria Specialistica, la Procreazione Medicalmente Assistita, la Rete Ictus, la Rete Emergenza Intraospedaliera, la Rete Trauma, la Rete Emergenza Cardiologica, la Rete delle malattie tromboemboliche, la Rete Odontoiatrica e per i pazienti in terapia con anticoagulanti orali, la Rete Oncologica e il sistema delle gravi insufficienze di organo, procurement e trapianto.

Inoltre sempre per quanto riguarda le reti cliniche, la Rete regionale Codice Rosa offre alle persone vittime di violenza e abusi un aiuto tempestivo, articolato e complesso, inserendo nel SSR la risposta al fenomeno della violenza. Il contrasto alla violenza in tutte le sue forme, in quanto violazione dei diritti umani fondamentali, minaccia per la salute e ostacolo al godimento della libertà individuale, costituisce un elemento fondamentale delle politiche della Regione Toscana orientata a tutelare la persona, con particolare attenzione a coloro che si trovano in condizioni di vulnerabilità.

Nell'ambito della Organizzazione Toscana Trapianti (OTT) sarà sviluppata l'azione di coordinamento regionale, tesa a superare la frammentazione del percorso assistenziale.

Per quanto riguarda il Sistema trasfusionale, che rappresenta un settore strategico della sanità come tutti i sistemi di eccellenza avrà bisogno di continua innovazione e trasformazione per mantenere il livello di performance e mantenere il patto di fiducia con i cittadini attraverso una rinnovata programmazione degli interventi.

I percorsi condivisi in ottica di rete permettono inoltre di mettere a disposizione le specifiche expertise presenti sul territorio regionale, anche in relazione a strumenti e metodiche innovative. Altro aspetto importante è la necessità di una personalizzazione delle cure, che tenga conto anche delle specificità legate al genere

All'interno delle reti, così come nell'ambito di servizi dedicati, sono stati prodotti e aggiornati PDTA, percorsi, raccomandazioni, linee di indirizzo, contemplando modalità di raccordo multidisciplinare e interaziendale.

La sfida dello sviluppo delle reti e dell'integrazione ospedale/territorio mira a consentire la gestione delle connessioni a più livelli per migliorare l'assistenza "intorno al paziente" evitando duplicazioni di interventi e gap di percorso.

In questo contesto, il consolidamento della rete di emergenza sanitaria territoriale, la sua armonizzazione e la più ampia integrazione con il versante ospedaliero dell'emergenza, costituiscono una sfida strategica ed una priorità di intervento per rafforzare, anche tramite la presenza capillare delle associazioni di volontariato e dei comitati della CRI, l'efficacia, l'adeguatezza, la qualità e la sicurezza della risposta in emergenza .

In relazione al Rischio Clinico alla prevenzione e al Controllo delle infezioni correlate all'assistenza è necessario rafforzare le reti esistenti in ambito diagnostico e clinico alle reti assistenziali e di prevenzione.

Le infezioni correlate all'assistenza sono un problema rilevante il cui incremento è anche legato all'aumento della complessità delle cure e della criticità dei pazienti, tuttavia possono essere prevenute con l'applicazione di programmi strutturati di prevenzione e controllo.

L'antimicrobico-resistenza è un grande problema di salute pubblica a livello globale e deve essere affrontato attraverso azioni locali coordinate.

La Regione Toscana, avvalendosi dell'Agenzia Regionale di Sanità con la Rete di sorveglianza microbiologica e dell'antibiotico-resistenza (Rete SMART) ha costituito una rete regionale estesa a tutte le aziende sanitarie e ospedali privati accreditati e le strutture private accreditate extraospedaliere che erogano cure intermedie, riabilitazione residenziale e le RSA, in modo da gestire in modo omogeneo ed efficace gli interventi per il contrasto alle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobico resistenza.

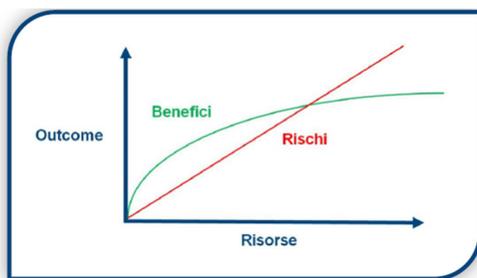
## 5.5 Appropriatazza e governo della domanda

Accrescere l'**appropriatazza** delle cure è una questione all'ordine del giorno nei principali paesi avanzati, emersa come una possibile soluzione dei problemi alla base della sopravvivenza dei sistemi sanitari, garantendo la qualità dei servizi, la sostenibilità finanziaria di breve e lungo termine e l'innovazione tecnologica.

In linea generale si può affermare che **un trattamento sanitario è "appropriato" se i potenziali benefici per il paziente superano i possibili rischi**. In caso contrario, oltre a incrementi ingiustificati dei rischi (inappropriatazza clinica), l'inappropriatazza prescrittiva (o professionale) può implicare anche sprechi di risorse (rapporto costoefficacia inadeguato) e allungamenti delle liste di attesa.

Si parla invece di "appropriatazza organizzativa" con riferimento alla capacità di fornire le cure nelle strutture più adeguate (ospedale, day hospital, domicilio del paziente), al momento giusto, utilizzando le professionalità più adatte e le risorse in maniera efficiente.

La mancata appropriatazza, d'altronde, può implicare problemi di sovrautilizzo, ma anche sottoutilizzo o uso sbagliato delle cure.



**Una delle ragioni che spingono ad affrontare il problema dell'appropriatezza è stata la constatazione dell'elevata variabilità territoriale delle scelte dei medici.**

**In definitiva, la notevole variabilità nella pratica medica è considerata un indizio di un possibile problema di inappropriatazza. Un altro ambito, da cui si evince la complessità delle interazioni tra i diversi motivi alla base della variabilità, è l'eterogeneità nella disponibilità e nell'uso di costose apparecchiature.**

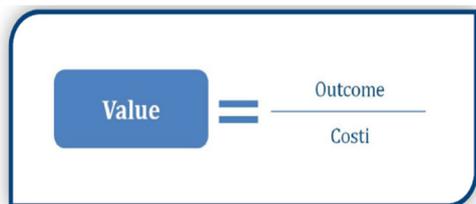
Le ragioni della diffusione di trattamenti inappropriati possono essere individuate principalmente: nelle carenze informative che caratterizzano il settore sanitario (difficoltà di piena valutazione, da parte del paziente, dello stato di salute, del miglioramento conseguente ai trattamenti e delle possibili cure alternative); nelle caratteristiche particolari del rapporto medico-paziente (il primo, cui sono delegate le decisioni, agisce come "agente" per il secondo, spesso in presenza di un terzo pagante); nei limiti delle conoscenze di cui è in possesso lo stesso medico, per motivi oggettivi (evidenze scientifiche in rapido aggiornamento, controverse o incerte) o soggettivi (difficoltà di aggiornamento e formazione, in considerazione dell'enorme mole di dati scientifici disponibili in tempi rapidissimi); nei fenomeni di induzione della domanda da parte dell'offerta; nella medicina difensiva che si traduce nella prescrizione di trattamenti non necessari, ma eventualmente anche nel tentativo di evitare pazienti o procedure a elevato rischio di complicanze; il fenomeno si è intensificato a causa dell'aumento del contenzioso, legato a sua volta anche all'accrescimento delle aspettative, non sempre giustificate, dei pazienti.

D'altra parte la digitalizzazione dei dati ha subito un'esplosione incredibile ben più che in altri settori. Ciò è dovuto alla sempre più frequente applicazione del digitale, ad esempio nell'informatizzazione delle cartelle cliniche, nella gestione della diagnostica per immagini, nella bioinformatica, nello studio della genetica degli individui, ma anche nello sviluppo delle app mediche, della telemedicina e di sistemi innovativi di trasmissione e interpretazione di dati di singoli soggetti e pazienti sui quali vengono applicati sensori (per il monitoraggio di parametri vitali) che a breve potranno diventare

microchip elettronici impiantabili. I data-base diventano così sempre più big data-base e il destino è che diventino dei veri e propri data lake, in cui il pericolo di disperdersi è molto elevato.

**Il percorso diagnostico-terapeutico**, a sua volta, rappresenta l'applicazione delle raccomandazioni previste dalle linee guida. Si traduce quindi in una **sequenza predefinita di prestazioni, la cui concreta erogazione deve fare i conti anche con le difficoltà gestionali e le carenze del contesto locale** (strutturali, tecnologiche, organizzative, professionali, socio-culturali, geografico-ambientali, normative).

Più di recente, si è diffuso il concetto di "value", dato dal rapporto tra risultati (outcome) e costi. Si tratta del rendimento in termini di salute delle risorse allocate alla sanità, calcolato ponendo al numeratore gli esiti complessivi, anche di lungo periodo, anziché i servizi o i processi, e al denominatore i costi del ciclo completo di trattamento del paziente.



**I LEA da assicurare su tutto il territorio regionale devono soddisfare questi criteri e rispettare le compatibilità finanziarie.**

### 5.5.1 Appropriately della domanda e il governo delle liste di attesa

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari pubblici, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare. L'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e Regionale e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA. (NSG)

Migliorare l'appropriatezza in sanità significa poter erogare un servizio adeguato alle esigenze dei pazienti e vicino ai loro bisogni. Significa inoltre non sottoporre le persone ad esami inutili o a cure potenzialmente dannose, allineare il percorso di cura con le loro reali necessità, ridurre i tempi di attesa e ottimizzare la spesa abbattendo gli sprechi. L'appropriatezza in sanità ha quindi un forte impatto sul funzionamento del sistema in ottica di efficacia, efficienza e anche di equità, fattori che ne giustificano la centralità nelle politiche sanitarie nazionali e regionali e contribuisce concretamente alla sostenibilità economica del SSR.

La gestione delle liste di attesa deve prevedere anche una comunicazione chiara, trasparente e aggiornata dei dati inerenti i tempi di attesa, attraverso la pubblicazione delle informazioni sui siti web delle Regioni e delle strutture del SSN.

La Regione Toscana si è impegnata negli anni nel Governo delle Liste di attesa prevedendo specifici piani di offerta delle prestazioni e strutturando un sistema unico regionale di accesso alle prenotazioni oltre che implementare un costante monitoraggio che permette un continuo adeguamento dell'offerta al variare della domanda.

**Dopo la pandemia in Regione Toscana, le richieste di visite specialistiche e prestazioni strumentali sono aumentate in media del 28%. Più precisamente, sono cresciute del 24,6% le visite di primo accesso e del 31% le prestazioni di diagnostica strumentale.** Le richieste per risonanze magnetiche sono esplose, facendo registrare un +56% in un anno (da 279mila a oltre 437mila), e le Tac sono cresciute del 48% (da 251mila a 372mila).

D'altra parte la specialistica ambulatoriale fa registrare incrementi importanti: sono oltre 535mila le prestazioni erogate in più rispetto al primo semestre del 2022.

In particolare le visite specialistiche crescono dell'8 per cento (251mila in più), la diagnostica per immagini (Tac, risonanze magnetiche, eco e radiografie) cresce del 7 per cento - ovvero 137mila prestazioni in più - così come la diagnostica strumentale (endoscopia, oculistica, procedure cardiologiche) che ha conosciuto un incremento dell'8,4 per cento pari ad aumento di 85mila prestazioni.

Riguardo al rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, Agenas ha recentemente pubblicato anche il report relativo all'anno 2022, dal quale emergono tra i vari dati elementi significativi del lavoro che la Regione Toscana sta portando avanti. In particolare il 92,39 per cento degli interventi al colon retto si è svolto nel rispetto dei tempi di attesa di trenta giorni (la media nazionale è il 77,69) con un incremento percentuale rispetto al 2021 del 3,68 per cento. Ugualmente è accaduto per il 90,35 per cento degli interventi per il tumore all'utero (media nazionale 77,36 per cento) e per il tumore alla mammella, che in Toscana nell'88,30% dei casi registra un intervento entro trenta giorni (la media nazionale è il 74,74 per cento). Il dato è rilevante anche per il trattamento del melanoma: in Toscana nel 92,75 per cento dei casi si interviene entro trenta giorni (media italiana 76,55). È così anche per il tumore alla tiroide, per il quale la Toscana rappresenta un punto di riferimento a livello nazionale trattando pazienti da tutta Italia, con l'89,04% degli interventi effettuati entro trenta giorni (media italiana 68,06%). Tempi d'attesa maggiori, ma comunque sopra alla media nazionale, si registrano per il tumore alla prostata pari al 57% contro una media nazionale del 50,26%. Tuttavia, per questo specifico intervento, va sottolineato il differente utilizzo delle classi di priorità impiegate al momento dell'inserimento in lista di attesa nelle diverse regioni: in Toscana la classe A, per la quale è richiesta la garanzia di intervento entro trenta giorni, è utilizzata nel 65,58 per cento degli inserimenti in lista a fronte di una media nazionale 58,46, a conferma che i pazienti toscani hanno maggiore garanzia di effettuare l'intervento chirurgico in tempi congrui rispetto ad altre regioni.

Con le recenti delibere sul governo delle liste di attesa la regione toscana ha avviato un ammodernamento del sistema di accesso all'offerta di prestazioni, delle modalità di erogazione e monitoraggio

La Regione Toscana intende adottare delle indicazioni operative che garantiscano il coordinamento delle azioni necessarie al conseguimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva, integrando in tale processo le risorse e le competenze presenti a vario titolo nelle aziende sanitarie

In particolare sarà necessario sviluppare, oltre che le azioni previste dalla DGR (su governo delle liste di attesa), la partecipazione dei professionisti, attraverso l'Organismo Toscano di Governo Clinico (OTGC), alla ridefinizione dei servizi e delle prestazioni da erogare secondo i principi di appropriatezza e sostenibilità. Inoltre con la legge 75/2017 la regione ha previsto un nuovo sistema di partecipazione dei cittadini anche al fine del loro coinvolgimento nell'utilizzo appropriato e consapevole dei servizi erogati.

**In questo contesto di riforme del SSR è quindi possibile realizzare concrete azioni per il conseguimento di obiettivi di appropriatezza non solo con l'apporto attivo delle categorie professionali impegnate nelle attività clinico-assistenziali ma anche con il mondo accademico, ponendo particolare attenzione alle esperienze sia internazionali (Choosing Wisely, ABIM Foundation) che nazionali (Movimento Slow Medicine: fare di più non significa fare meglio)**

L'obiettivo è quello di ridurre le procedure ridondanti e a rischio d'inappropriatezza e garantire a tutti quelli che ne hanno bisogno le prestazioni (sottoutilizzate), di dimostrata efficacia; a tal fine è necessario:

- migliorare la comunicazione e la relazione tra professionisti e pazienti,
- coinvolgere pazienti e cittadini nei confronti delle scelte relative alla loro salute;
- mettere in atto iniziative che pongono l'attenzione dell'organizzazione e degli ambienti sui bisogni della persona: orari, ristorazione, comfort, sicurezza, rumori, privacy, accoglienza, orientamento, terapie intensive aperte, spazi di supporto per le associazioni.

## 5.5.2 Appropriatazza farmaceutica

Il tema dell'assistenza farmaceutica è un tema di rilevanza nazionale e regionale ormai da diverso tempo, e lo conferma anche la recente discussione a livello nazionale sull'aggiornamento dei processi che sono alla base della governance sui farmaci.

**Essendo il farmaco uno strumento di tutela della salute, la sua erogazione da parte del SSN rientra nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).** Il servizio svolto dall'assistenza farmaceutica è quello di promuovere la salute pubblica attraverso l'utilizzo e l'equo accesso da parte di tutti i cittadini a farmaci sicuri ed efficaci, assicurando che la spesa farmaceutica si mantenga nell'ambito della cornice finanziaria programmata.

Al fine di attuare gli indirizzi indicati, risulta centrale il governo della politica del farmaco a livello regionale. L'interesse prioritario che deve guidare l'attività è l'interesse dei cittadini, pur nel rispetto delle disposizioni di carattere finanziario previste per il settore farmaceutico, garantendo il corretto rapporto con tutti gli attori del sistema. Per questo fine, le attività di carattere generale da svolgere devono essere rivolte a:

- sviluppare modalità operative innovative nell'organizzazione ed erogazione dei servizi;
- perseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- mantenere elevati livelli di qualità riducendo i costi in applicazione degli standard regionali;
- garantire l'assistenza come competenza fondamentale, che deve essere prestata con continuità e secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare.

In ambito farmaceutico gli obiettivi da perseguire a livello regionale e territoriale sono:

- garantire l'accesso sicuro ed efficace alle terapie innovative con l'uso etico delle risorse;
- attivare percorsi appropriati che consentano all'assistito di poter ricevere anche come cure domiciliari l'assistenza farmaceutica di tipo complesso;
- valorizzare le Farmacie del territorio attraverso i Servizi offerti.

Il continuo progresso tecnologico e le dinamiche demografiche attese legate all'invecchiamento della popolazione italiana determineranno nei prossimi anni un'ulteriore espansione della domanda di nuove e costose tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi medici, attrezzature sanitarie e sistemi diagnostici) che rende indispensabile un incessante e rinnovato impegno verso livelli di efficienza ed efficacia ottimali, nell'azione di governo del sistema sanitario nel suo complesso.

La complessità delle terapie farmacologiche e l'aumento dell'età dei pazienti sono di frequente causa di interazioni farmacologiche con conseguenti reazioni avverse e abbandono delle terapie, aumentando i costi del sistema sanitario regionale in termini aumento dei ricoveri ospedalieri e cure domiciliari.

Particolare attenzione dovrà essere pertanto dedicata al tema dell'aderenza alla terapia, alla farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza. L'attenzione alla sicurezza e all'appropriato utilizzo dei farmaci e dei dispositivi è importante ed è intenzione della Regione proseguire l'attività di sorveglianza.

I Servizi Farmaceutici esercitano un ruolo importante nel monitoraggio dell'appropriata prescrizione e dispensazione, nell'analisi delle vendite e dei consumi per una proficua collaborazione con i clinici, oltre all'uso appropriato degli antibiotici.

In particolare negli ultimi anni, il fenomeno dell'antibiotico-resistenza (AMR, Antimicrobial resistance) è aumentato notevolmente e ha reso necessaria una valutazione dell'impatto in sanità pubblica, specifica per patogeno, per antibiotico e per area geografica. In Italia, nel 2017 è stato approvato con un'intesa tra il governo e le Regioni il "Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020" che indica le strategie per un contrasto del fenomeno a livello, locale, regionale e nazionale, coerenti con gli obiettivi dei piani di azione dell'OMS e dell'Unione europea e con la visione One Health. Il PNCAR sarà aggiornato con un nuovo Piano che sarà valido per gli anni 2022-2025. La sorveglianza dell'antibiotico-resistenza rappresenta quindi una delle aree strategiche prioritarie in quanto è indispensabile per verificare l'impatto delle strategie adottate e il raggiungimento di alcuni degli indicatori del Piano stesso.

Le farmacie del territorio, anche in considerazione della loro diffusione territoriale, rappresentano un presidio sanitario di riferimento per il cittadino e le comunità specialmente nelle aree interne. Oltre alla distribuzione per conto del SSR dei farmaci (ad esclusione di quelli che per specificità proprie devono rimanere affidati alla distribuzione diretta e alla gestione ospedaliera), dei presidi per i pazienti diabetici e stomizzati e degli alimenti destinati ad alimentazione speciale, è possibile prevedere ulteriori servizi attraverso specifici accordi con la Regione in linea con la normativa e le discipline in atto.

## 5.6 La digitalizzazione del sistema sanitario: “la salute a portata di click”

Se da una parte la pandemia da Covid-19 ha stravolto la vita di tutti ed ha messo a dura prova tutto il Sistema Sanitario Regionale, d'altra parte va detto che la tecnologia e l'utilizzo di servizi sanitari digitali ha compiuto un enorme balzo in avanti.

Al fine di supportare tutti gli operatori delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali della regione, la Regione Toscana ha, infatti fin dall'inizio dell'epidemia Covid, dovuto accelerare in modo significativo il processo di sviluppo e di innovazione tecnologica del sistema informativo unico integrato.

Infatti per rispondere alle drammatiche criticità emerse durante l'infezione 2020-2022 da SARS-COV2, alcune soluzioni tecnologiche sono state rapidamente sviluppate o trasformate ed impiegate su scala regionale, ed esse stesse hanno rappresentato delle vere e proprie innovazioni organizzative e tecniche, per una moltitudine di strutture ed operatori professionali coinvolti, moltiplicando così la capacità di risposta e quindi la resilienza della Toscana.

Basti pensare a prenotatampone, prenotavaccino, viaggiassicuro, scuolesicure, territorisicuri, mascherine, vaccinazionimmg, app #acasainsalute, ricettesms, televisite e teleconsulto, ecc... tutte piattaforme uniche regionali, in versione web o APP, erogate dal Cloud di RT, che hanno supportato migliaia di operatori pubblici e privati accreditati e non della nostra regione (RSA, farmacie, laboratori, AA.VV., Ets, ecc.), tutti i giorni, nella lotta alla pandemia, offrendo un concreto aiuto e validi strumenti di fluidificazione ed informatizzazione dei processi di prevenzione e cura verso i cittadini.

A partire da alcuni progetti di innovazione realizzati in alcune realtà aziendali e dell'enorme esperienza accumulata nello sviluppo di piattaforme innovative, è stato possibile implementare, un vero e proprio ecosistema digitale unico regionale, che si compone di vari moduli e piattaforme, collegate tra loro, che offrono servizi sanitari digitali avanzati cercando di prestare la massima attenzione alla semplicità di accesso da parte dei cittadini. Accesso che può essere facilitato dalla struttura piattaforma digitale, dai vari punti territoriali che supportano il cittadino nella fruizione quali le farmacie, le Botteghe della salute e i CUP e dalla semplificazione dei percorsi e della burocrazia.

Toscana Salute – la Sanita' (cento per cento) digitale, è il nome dell'ecosistema digitale, che nasce dalla convinzione che l'applicazione delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario, la c.d. trasformazione digitale, rende più efficace l'erogazione dei servizi, snellisce la comunicazione tra strutture sanitarie e cittadini, semplifica i sistemi di accesso, recupera risorse e riduce le differenze tra i territori.

Questo processo di evoluzione deve tenere conto che il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, finanziato grazie al programma dell'Unione europea “Next Generation Europe” ha una Missione completamente dedicata alla SALUTE.

Gli interventi della Missione Salute del PNRR (M6), da raggiungere entro il 2026, si dividono in due aree principali:

- ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone;
- innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

In quest'ottica gli interventi della Missione Salute, sono divisi in due Componenti, ognuna delle quali prevede una Riforma e specifici Investimenti.

Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Le sette tipologie di Investimenti sulle quali sono stati programmati apposite azioni progettuali per il SSR sono le seguenti:

- Investimento PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»
- Investimento PNRR M6C1 1.2 “Casa come primo luogo di cura e Telemedicina” - Sub Investimento 1.2.2 – “Centrali Operative Territoriali (COT) – Interconnessione”;
- Investimento PNRR M6C2 1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero” - Sub investimento 1.1.1 “Digitalizzazione DEA I e II livello”;
- Investimento PNRR M6C2 1.3 “Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione” - Sub Investimento 1.3.2 “4 Nuovi flussi informativi Nazionali”
- Investimento PNRR M6C1 - Subinvestimento I 1.2.3.2 – “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”
- Investimento PNRR Missione 1, Componente 2, - 3.1.4 «Sanità connessa»
- Investimento 1.1 “Infrastrutture digitali” e Investimento 1.2 “Abilitazione al cloud per le PA locali”

## 5.7 Transizione ecologica e politiche territoriali

I problemi legati al clima e all'ambiente sono il vero compito che definisce la nostra generazione. I prossimi anni saranno fondamentali e decisivi per promuovere azioni volte a ridurre le emissioni climalteranti. I cambiamenti climatici sono tuttavia, di fatto, già in atto e si mostrano chiaramente anche nella nostra Regione: aumento della temperatura e delle ondate di calore; diminuzione delle precipitazioni con aumento della loro intensità; sfasamenti stagionali della vegetazione; bombe d'acqua; siccità.

La crisi epidemiologica da COVID ha acuito non solo le disparità economiche e sociali, ma anche quelle tra territori. Per questo occorre individuare politiche e azioni pubbliche efficaci per sostenere la coesione territoriale, per rilanciare uno sviluppo maggiormente equilibrato tra i territori della Toscana, ponendo grande attenzione alle aree fragili, interne e montane caratterizzate da processi di spopolamento, minore vitalità economica e distanza dai principali centri di servizi di base come istruzione, salute, mobilità e servizi digitali. La Regione proseguirà ad investire nelle aree interne e montane, con un approccio di maggiore integrazione, attraverso intese locali di rilancio socio-economico, con il coinvolgimento attivo delle comunità che vi risiedono.

Un ruolo importante sarà rivestito dagli interventi di rigenerazione urbana che, oltre a garantire la valorizzazione della struttura insediativa concorrono all'attuazione della strategia per le aree interne, con azioni di contrasto ai fenomeni di invecchiamento e di abbandono, a sostenere e valorizzare le risorse ambientali, paesaggistiche e le potenzialità delle economie locali.

Questi territori, denominati luoghi della **“Toscana diffusa”** sono pertanto oggetto di interventi aggiuntivi, volti a salvaguardarne le specificità valorizzandone le peculiari caratteristiche. Si tratterà di attivare politiche indirizzate a sostenere l'abitabilità dei territori, l'offerta di servizi socio-sanitari ed economico commerciali, la connettività e, al tempo stesso, incoraggiarne e stimolarne il permanere ed il risiedere da parte delle giovani generazioni che, anche in questo caso, costituiscono una risorsa decisiva rispetto all'obiettivo di una Toscana coesa, che percorre un sentiero di sviluppo sostenibile. In ambito sanitario, ad esempio, si richiamano l'avviso per incarichi vacanti di assistenza primaria per medici di medicina generale che tende a dare copertura alle zone carenti, il Progetto Elba e il Progetto Proximity care che perseguono l'obiettivo di migliorare l'accesso ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari nelle aree interne ed insulari.

Le politiche da perseguire nell'ambito dell'area Transizione ecologica saranno orientate a far fronte ai nuovi e più ambiziosi obiettivi dello **European Green Deal** in Toscana. Si tratterà di portare avanti un'idea in cui la riconversione ambientale, la transizione energetica, la bonifica e la gestione sicura dei territori sono finalizzate ad accelerare la corsa verso il traguardo di un bilancio emissivo pari a zero, mettendo in atto azioni immediate sia per ridurre le emissioni - superando il modello dell'economia lineare del produrre e del consumare - sia attraverso un vero e proprio piano regionale verde, per accrescere nelle nostre città la presenza di alberi e piante e rendere migliore l'aria che respiriamo.

Nell'ambito della prevenzione dei rischi si agirà per il potenziamento della protezione civile e la diffusione e sviluppo, nella comunità toscana, della capacità di adattamento e gestione degli eventi emergenziali in collaborazione con gli enti locali.

## 6. RICOGNIZIONE DELLE RISORSE ATTIVABILI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO

Per prospettare l'evoluzione del fabbisogno sanitario nazionale del 2024 a cui concorre lo Stato e degli anni successivi non si può prescindere dal quadro macroeconomico di finanza pubblica delineato dal NADEF statale 2023, in cui, per la "Sanità", lo scenario economico programmatico indica, a partire dal 2023, una progressiva riduzione dell'incidenza percentuale della spesa sanitaria rispetto al PIL, che va ben oltre il fisiologico ridimensionamento che era logico attendersi in conseguenza dell'esaurimento degli effetti delle misure emergenziali dovute al contrasto della pandemia da COVID 19..

Il NADEF valuta, presumibilmente, solo in parte la dinamica attesa per i costi del S.S.N., anche per la prosecuzione degli interventi di razionalizzazione dei costi già programmati a legislazione vigente (per esempio il contributo alla finanza pubblica dal 2023 al 2025 del Servizio Sanitario Nazionale per 300 milioni previsti dalla legge di bilancio 2021 - L. 178/2020). La previsione di lungo periodo della spesa sanitaria dovrebbe tenere conto innanzitutto degli oneri legati al rinnovo dei C.C.N.L. del personale dipendente e delle Convenzioni Uniche Nazionali mediche (riguardanti i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali ecc.), relativi sia al triennio 2019-2021 che al successivo triennio 2022 - 2024, delle spese per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nonché gli impegni pianificati per rafforzare la performance del SSN, anche in termini di tempestività di risposta rispetto ad eventuali future emergenze sanitarie.

Al contrario, nelle proiezioni di finanza pubblica a legislazione vigente, sembrano non essere comprese le cosiddette politiche invariate, che coprono una serie di spese a cui si dovrà comunque dar corso nei prossimi anni, fra cui, si ribadisce, anche il finanziamento di futuri rinnovi contrattuali nella PA, che comunque sono a carico dei singoli Enti, tenuto conto del fatto che le leggi di bilancio nazionali, ormai da diversi anni, si limitano a stanziare risorse specifiche solo per i rinnovi contrattuali riguardanti il personale dipendente dello Stato, ma non degli altri comparti pubblici. Dalle tabelle incluse nel NADEF si intravede un'inversione di tendenza, rispetto all'attuale treni di riduzione, nell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, solo per annualità successive al 2026, ed in particolare dal 2030 (anno per il quale si prevede un'incidenza del 6,3%) in poi.

A fronte di una crescita media annua del Pil nominale del 3,5%, la NADEF 2023 stima la crescita media della spesa sanitaria all'1,1%. Il rapporto spesa sanitaria/Pil precipita dal 6,6% del 2023 al 6,2% nel 2024 e nel 2025, e poi ancora al 6,1% nel 2026. Rispetto al 2023, in termini assoluti la spesa sanitaria nel 2024 scende a 132.946 milioni (-1,3%), per poi risalire nel 2025 a 136.701 milioni (+2,8%) e a 138.972 milioni (+1,7%) nel 2026. Questo scenario suscita allarme in tutte le Regioni, che non possono sottovalutarne le implicazioni sull'equilibrio economico - finanziario dei singoli servizi sanitari regionali. L'allarme è ancora maggiore per le Regioni che, come la Toscana (la cui quota del F.S.N., determinata essenzialmente in base alla popolazione pesata, negli ultimi anni ha oscillato tra il 6,1% ed il 6,3%), erogano la stragrande maggioranza delle prestazioni sanitarie attraverso presidi pubblici, al cui interno opera, necessariamente, soprattutto personale dipendente dei S.S.R. o convenzionato con essi. Queste Regioni subiscono, in misura maggiore rispetto a quelle in cui la quota di prestazioni sanitarie affidate a soggetti privati accreditati è più elevata, l'impatto economico dei rinnovi dei C.C.N.L., per i quali, come accennato in precedenza, non sono previsti finanziamenti statali specifici.

Il quadro di finanza pubblica sopra sintetizzato può mettere seriamente in discussione la certezza che tutte le regioni e province autonome siano messe nella condizione di poter erogare i LEA.

Nella tabella riportata nelle pagine seguenti sono indicate le risorse attivabili, nel triennio 2024-2026, per la realizzazione del piano sanitario sociale integrato regionale approvate con la Legge regionale 28 dicembre 2023, n.50 Bilancio di previsione finanziario 2024-2026.

Missione	Programma	Titolo	Fonte di finanziamento	Stanziamiento iniziale 2024	Stanziamiento iniziale 2025	Stanziamiento iniziale 2026	
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Cooperazione e associazionismo	Spese correnti	FONDI REGIONALI	120.000,00	120.000,00	120.000,00	
			FONDI STATALI	1.640.284,00	0,00	0,00	
		<b>Spese correnti Totale</b>		<b>1.760.284,00</b>	<b>120.000,00</b>	<b>120.000,00</b>	
	<b>Cooperazione e associazionismo Totale</b>				<b>1.760.284,00</b>	<b>120.000,00</b>	<b>120.000,00</b>
	Interventi per le famiglie	Spese correnti	FONDI REGIONALI	FONDI STATALI	777.210,00	934.502,50	1.850.500,00
				FONDI STATALI	1.968.000,00	0,00	0,00
		<b>Spese correnti Totale</b>		<b>2.745.210,00</b>	<b>934.502,50</b>	<b>1.850.500,00</b>	
	<b>Interventi per le famiglie Totale</b>				<b>2.745.210,00</b>	<b>934.502,50</b>	<b>1.850.500,00</b>
	Interventi per gli anziani	Spese correnti	FONDI STATALI		3.504.000,00	0,00	0,00
				<b>Spese correnti Totale</b>		<b>3.504.000,00</b>	<b>0,00</b>
		Spese in conto capitale	FONDI REGIONALI		0,00	400.000,00	0,00
				<b>Spese in conto capitale Totale</b>		<b>0,00</b>	<b>400.000,00</b>
	<b>Interventi per gli anziani Totale</b>			<b>3.504.000,00</b>	<b>400.000,00</b>	<b>0,00</b>	
	Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale	Spese correnti		FONDI REGIONALI	914.518,72	1.150.099,57	2.277.424,88
				FONDI STATALI	2.596.747,18	0,00	0,00
				FONDI STATALI DA TRASFERIRE AI PARTNERS	7.453,86	0,00	0,00
				FONDI UE 2014-2020	191.057,17	0,00	0,00
				FONDI UE DA TRASFERIRE AI PARTNERS	7.546,14	0,00	0,00
				FSC (EX POR)	40.600,00	35.892,77	0,00
				REGIONALI OBBLIGATORIE	143.173,32	143.173,32	143.173,32
				STATALI COFINANZIAMENTO U.E.	20.060,59	0,00	0,00
				STATO COFINANZIAMENTO PROGETTI COMUNITARI 2014-2020	170.748,25	0,00	0,00
				STATO FSE 2021-2027	48.760,50	0,00	0,00
				UE FSE 2021-2027	32.507,00	0,00	0,00
	<b>Spese correnti Totale</b>		<b>4.173.172,73</b>	<b>1.329.165,66</b>	<b>2.420.598,20</b>		
	<b>Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale Totale</b>			<b>4.173.172,73</b>	<b>1.329.165,66</b>	<b>2.420.598,20</b>	
	Interventi per la disabilità	Spese correnti		FONDI REGIONALI	63.000,00	75.750,00	150.000,00
FONDI SOGGETTI PRIVATI				0,00	0,00	0,00	
FONDI STATALI				32.038.500,00	0,00	0,00	
REGIONALI RIGIDE				635.600,00	640.600,00	635.600,00	
<b>Spese correnti Totale</b>			<b>32.737.100,00</b>	<b>716.350,00</b>	<b>785.600,00</b>		
Spese in conto capitale	FONDI REGIONALI		360.000,00	360.000,00	60.000,00		
		<b>Spese in conto capitale Totale</b>		<b>360.000,00</b>	<b>360.000,00</b>	<b>60.000,00</b>	
<b>Interventi per la disabilità Totale</b>			<b>33.097.100,00</b>	<b>1.076.350,00</b>	<b>845.600,00</b>		
Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	Spese correnti		FONDI REGIONALI	1.655.000,00	1.155.000,00	1.155.000,00	
			FONDO SANITARIO	90.000,00	90.000,00	90.000,00	
			REGIONE FSE 2021-2027	10.162.934,40	10.287.498,54	6.469.578,72	
			STATO FSE 2021-2027	23.713.513,60	24.004.163,26	15.095.683,68	
			UE FSE 2021-2027	22.584.298,66	22.861.107,86	14.376.841,60	
<b>Spese correnti Totale</b>		<b>58.205.746,66</b>	<b>58.397.769,66</b>	<b>37.187.104,00</b>			
<b>Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido Totale</b>			<b>58.205.746,66</b>	<b>58.397.769,66</b>	<b>37.187.104,00</b>		
Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia (solo per le Regioni)	Spese correnti		FONDI UE TRAMITE ALTRI SOGGETTI	13.909,38	13.909,38	0,00	
			FSC (EX POR)	8.704.381,27	0,00	0,00	
			REGIONE FSE 2021-2027	9.315.947,58	10.274.754,27	8.187.969,08	
			STATO FSE 2021-2027	21.737.211,02	23.974.426,63	19.105.261,21	
			UE FSE 2021-2027	20.702.105,75	22.832.787,28	18.195.486,89	
<b>Spese correnti Totale</b>		<b>60.473.555,00</b>	<b>57.095.877,56</b>	<b>45.488.717,18</b>			
<b>Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia (solo per le Regioni) Totale</b>			<b>60.473.555,00</b>	<b>57.095.877,56</b>	<b>45.488.717,18</b>		
Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali	Spese correnti		FONDI REGIONALI	1.006.500,00	476.625,00	885.000,00	
			FONDI STATALI	28.865.826,05	350.000,00	350.000,00	
	<b>Spese correnti Totale</b>		<b>29.872.326,05</b>	<b>826.625,00</b>	<b>1.235.000,00</b>		
	Spese in conto capitale	FONDI REGIONALI		1.546.000,00	1.656.500,00	2.300.000,00	
FONDI STATALI			2.400.000,00	0,00	0,00		
<b>Spese in conto capitale Totale</b>		<b>3.946.000,00</b>	<b>1.656.500,00</b>	<b>2.300.000,00</b>			
<b>Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali Totale</b>			<b>33.818.326,05</b>	<b>2.483.125,00</b>	<b>3.535.000,00</b>		
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia Totale				<b>197.777.394,44</b>	<b>121.836.790,38</b>	<b>91.447.519,38</b>	
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Giovani	Spese correnti	FONDI REGIONALI	152.100,00	2.525,00	5.000,00	
			FONDI STATALI	780.292,00	0,00	0,00	
			<b>Spese correnti Totale</b>		<b>932.392,00</b>	<b>2.525,00</b>	<b>5.000,00</b>
	<b>Giovani Totale</b>			<b>932.392,00</b>	<b>2.525,00</b>	<b>5.000,00</b>	
	Sport e tempo libero	Spese correnti		FONDI REGIONALI	3.163.000,00	1.631.000,00	0,00
				FONDO SANITARIO	61.000,00	61.000,00	61.000,00
				REGIONE FSE 2021-2027	376.446,42	255.061,98	160.402,86
STATO FSE 2021-2027				878.374,98	595.144,62	374.273,34	
UE FSE 2021-2027				836.547,60	566.804,40	356.450,80	
<b>Spese correnti Totale</b>		<b>5.315.369,00</b>	<b>3.109.011,00</b>	<b>952.127,00</b>			
Spese in conto capitale	FONDI REGIONALI		21.744.104,00	5.945.000,00	0,00		
		<b>Spese in conto capitale Totale</b>		<b>21.744.104,00</b>	<b>5.945.000,00</b>	<b>0,00</b>	
<b>Sport e tempo libero Totale</b>			<b>27.059.473,00</b>	<b>9.054.011,00</b>	<b>952.127,00</b>		
Politiche giovanili, sport e tempo libero Totale			<b>27.991.865,00</b>	<b>9.056.536,00</b>	<b>957.127,00</b>		

Missione	Programma	Titolo	Fonte di finanziamento	Stanziamiento iniziale 2024	Stanziamiento iniziale 2025	Stanziamiento iniziale 2026
Politiche per il lavoro e la formazione professionale	Sostegno all'occupazione	Spese correnti	FONDI UE 2014-2020	25.869,16	0,00	0,00
			STATO COFINANZIAMENTO PROGETTI COMUNITARI 2014-2020	25.869,16	0,00	0,00
		<b>Spese correnti Totale</b>		<b>51.738,32</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
	<b>Sostegno all'occupazione Totale</b>			<b>51.738,32</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Politiche per il lavoro e la formazione professionale Totale				<b>51.738,32</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Servizi istituzionali, generali e di gestione	Segreteria generale	Spese correnti	FONDO SANITARIO	30.000,00	30.000,00	30.000,00
			<b>Spese correnti Totale</b>		<b>30.000,00</b>	<b>30.000,00</b>
	<b>Segreteria generale Totale</b>		<b>30.000,00</b>	<b>30.000,00</b>	<b>30.000,00</b>	
	Statistica e sistemi informativi	Spese correnti	FONDI REGIONALI	20.000,00	20.000,00	20.000,00
			FONDO SANITARIO	67.509,88	67.509,88	67.509,88
			<b>Spese correnti Totale</b>		<b>87.509,88</b>	<b>87.509,88</b>
Spese in conto capitale			FONDO SANITARIO	241.106,72	241.106,72	241.106,72
	<b>Spese in conto capitale Totale</b>		<b>241.106,72</b>	<b>241.106,72</b>	<b>241.106,72</b>	
<b>Statistica e sistemi informativi Totale</b>		<b>328.616,60</b>	<b>328.616,60</b>	<b>328.616,60</b>		
Servizi istituzionali, generali e di gestione Totale			<b>358.616,60</b>	<b>358.616,60</b>	<b>358.616,60</b>	
Sviluppo economico e competitività	Ricerca e innovazione	Spese correnti	FONDI STATALI	2.058.755,43	1.498.860,55	0,00
			FONDI UE TRAMITE ALTRI SOGGETTI	58.240,00	58.240,00	0,00
			FONDO SANITARIO	12.000.000,00	12.000.000,00	12.000.000,00
			PNRR	4.006.824,80	2.003.412,40	0,00
			<b>Spese correnti Totale</b>		<b>18.123.820,23</b>	<b>15.560.512,95</b>
<b>Ricerca e innovazione Totale</b>		<b>18.123.820,23</b>	<b>15.560.512,95</b>	<b>12.000.000,00</b>		
Sviluppo economico e competitività Totale			<b>18.123.820,23</b>	<b>15.560.512,95</b>	<b>12.000.000,00</b>	
Tutela della salute	Servizio sanitario regionale - finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA	Spese correnti	FONDO SANITARIO	510.000,00	510.000,00	510.000,00
			<b>Spese correnti Totale</b>		<b>510.000,00</b>	<b>510.000,00</b>
	<b>Servizio sanitario regionale - finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA Totale</b>		<b>510.000,00</b>	<b>510.000,00</b>	<b>510.000,00</b>	
	Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA	Spese correnti	ALTRE VINCOLATE	70.000,00	70.000,00	0,00
			FONDI REGIONALI	921.482,64	46.482,64	46.482,64
			FONDI STATALI	43.900.560,83	35.308.809,35	55.026.680,00
			FONDO SANITARIO	7.711.451.063,22	7.708.807.545,93	7.724.576.318,58
			PNRR	6.786.987,87	5.576.974,15	0,00
			PNRR-FONDO COMPLEMENTARE	5.250,00	5.250,00	1.500,00
			REGIONALI OBBLIGATORIE	246.849,96	246.849,96	246.849,96
			<b>Spese correnti Totale</b>		<b>7.763.382.194,52</b>	<b>7.750.061.912,03</b>
	<b>Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA Totale</b>		<b>7.763.382.194,52</b>	<b>7.750.061.912,03</b>	<b>7.779.897.831,18</b>	
	Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari	Spese correnti	REGIONALI OBBLIGATORIE	53.483,30	53.483,30	53.483,30
			<b>Spese correnti Totale</b>		<b>53.483,30</b>	<b>53.483,30</b>
		Spese in conto capitale	FONDI REGIONALI	35.942.375,70	0,00	0,00
FONDI STATALI			2.534.992,80	2.623.720,67	413.690.661,17	
FONDO SANITARIO			5.434.163,43	10.957.226,86	890.000,00	
FSC 2014-2020 PSC			400.000,00	0,00	0,00	
<b>Spese in conto capitale Totale</b>		<b>49.726.855,84</b>	<b>15.128.182,93</b>	<b>414.580.661,17</b>		
<b>Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari Totale</b>		<b>49.780.339,14</b>	<b>15.181.666,23</b>	<b>414.634.144,47</b>		
Ulteriori spese in materia sanitaria	Spese correnti	ALTRE VINCOLATE	320.000,00	175.000,00	0,00	
		FONDO SANITARIO	330.000,00	330.000,00	330.000,00	
		PNRR	19.158.420,00	21.188.492,00	0,00	
	<b>Spese correnti Totale</b>		<b>19.808.420,00</b>	<b>21.693.492,00</b>	<b>330.000,00</b>	
	Spese in conto capitale	FONDI REGIONALI	1.300.000,00	1.300.000,00	1.000.000,00	
<b>Spese in conto capitale Totale</b>		<b>1.470.000,00</b>	<b>1.076.000,00</b>	<b>756.000,00</b>		
<b>Ulteriori spese in materia sanitaria Totale</b>		<b>22.578.420,00</b>	<b>24.069.492,00</b>	<b>2.086.000,00</b>		
Tutela della salute Totale			<b>7.836.250.953,66</b>	<b>7.789.823.070,26</b>	<b>8.197.127.975,65</b>	
Totale complessivo			<b>8.080.554.388,25</b>	<b>7.936.635.526,19</b>	<b>8.301.891.238,63</b>	

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

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

## **8. INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITA' DI CONFRONTO ESTERNO**

### **8.1 La fase di ascolto**

Dallo scorso autunno, ai fini della redazione della presente informativa preliminare, oltre ai riferimenti normativi ed ai relativi atti programmatici trattati nella sezione apposita, sono stati raccolti i contributi dei settori regionali, del Mes. di Ars, di Anci, di IRPET e dell'OTGC.

Saranno avviati percorsi di ascolto dei cittadini, dei professionisti sanitari, delle organizzazioni sindacali, dei volontari e di tutti coloro che vorranno dare un contributo all' individuazione dei bisogni di salute ed alla costruzione di un piano condiviso e partecipato.

### **8.2 Le fasi successive**

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

- fase di ascolto confronto con il consiglio dei cittadini, i comitati di partecipazione, i professionisti, gli ordini professionali, le associazioni del volontariato e il terzo settore;

-confronto con le organizzazioni sindacali e con i soggetti della concertazione, ai sensi dell'art.3 della L.R. 1/2015;

Confronto con la Conferenza regionale dei sindaci ai fini dell'acquisizione del parere, ai sensi dell'art. 11 della L.R. 40/2005.

In particolare, al fine di garantire la partecipazione alla programmazione dei soggetti di cui all'art. 15 della L.R. 40/2005.

## 9. DEFINIZIONE DEL CRONOPROGRAMMA

Anno		2023			2024								
Mese		10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
FASE	AZIONE												
<b>A</b> <b>INFORMATIVA</b>	1.1: elaborazione documento												
	1.2: passaggio CD												
	1.3: giunta per trasmissione CR												
<b>B</b> <b>PROPOSTA DI PIANO</b>	2.1: elaborazione proposta												
	2.2: passaggio al NURV												
	2.3: esame CD												
	2.4: concertazione												
<b>C</b> <b>PROPOSTA FINALE</b>	3.1: elaborazio ne proposta finale e adozione in giunta												
	3.2: esame ed approvazione del consiglio regionale												
<b>D</b> <b>AVVIO OPERATIVITA'</b>	4.1 comunicazione e diffusione												

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