

2017

Opportunità e azioni per la salute e il benessere sociale in Toscana



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



Opportunità e azioni per la salute e il benessere sociale in Toscana

2017

Opportunità e azioni per la salute e il benessere sociale in Toscana

2017

Indice degli argomenti

Presentazione	pag. 5
Azioni strategiche e misure di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale L. Bani, C. Tocchini (Regione Toscana)	11
Dall'accoglienza all'integrazione delle persone straniere S. Biagi, C. Caldonazzo (Regione Toscana)	23
Promozione della genitorialità e sostegno ai bambini e agli adolescenti fuori dalla famiglia L. Baggiani (Regione Toscana)	33
I nuovi modelli per affrontare l'aumento delle cronicità P. Francesconi, F. Profili (ARS Toscana), L. Roti, B. Trambusti (Regione Toscana)	43
Il bisogno di cure palliative nelle condizioni di cronicità F. Collini, S. D'Arienzo (ARS Toscana)	51
Il dopo di noi quale nuovo approccio alla disabilità G. Attardo, M.R. Caciolli, D. Ricotta (Regione Toscana)	57
Percorsi socio-sanitari per le persone con demenze N. Caruso, S. Madrigali (Regione Toscana)	63
La salute dei detenuti toscani a 10 anni dalla riforma C. Silvestri (ARS Toscana)	71
I determinanti dell'attesa in chirurgia e i possibili progressi L. Bachini, F. Gemmi (ARS Toscana)	83
La diffusione dei farmaci biologici nella pratica clinica C. Bartolini, R. Gini, G. Roberto (ARS Toscana)	91
Contaminazione da tallio dell'acquedotto di Pietrasanta M.C. Aprea (AUSL Toscana Sud-Est), I. Aragona (AUSL Toscana Nord-Ovest), D. Nuvolone (ARS Toscana)	99

La valutazione della performance dei percorsi assistenziali	109
S. Barsanti, M. Bonciani, S. De Rosis, F. Ferrè, E. Foresi, B. Lupi, A.M. Murante, S. Nuti, A. Rosa, M. Vainieri (Scuola Superiore Sant'Anna)	
Il percorso nascita	111
Il percorso oncologico	116
Il percorso assistenza domiciliare e residenziale	120
Il percorso salute mentale	124
Il percorso cronicità	128

Presentazione

In questo secondo volume sono affrontati alcuni dei temi oggi salienti del welfare e della salute dei cittadini in Toscana. I cambiamenti demografici, sociali ed economici in atto, con conseguenze già visibili nella società e sulla salute, rappresenteranno nel prossimo futuro sfide determinanti per i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali in termini di sostenibilità economica e organizzativa.

Gli stakeholder coinvolti, istituzionali e non, sono molteplici, tutti quanti chiamati a fare rete, integrando competenze e responsabilità, per garantire risposte appropriate, efficaci ed eque ai cittadini.

Azioni strategiche e misure di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale

Il contrasto alla povertà ha bisogno di un'alta integrazione tra le diverse politiche di settore, per garantire un'azione congiunta ed efficace in termini di riduzione e di prevenzione del fenomeno. La Regione Toscana ha individuato 4 politiche di intervento principali: inclusione socio-lavorativa, lavoro, politiche abitative e scolastiche. Le azioni e gli interventi in ogni ambito sono molteplici e non si tratta solamente dell'attuazione di politiche nazionali, ma di specifici progetti regionali. La Regione non si limita comunque a definire e promuovere interventi, ma assicura un coordinamento tra i vari attori coinvolti nelle attività di contrasto alla povertà e di inclusione sociale dei soggetti più svantaggiati.

Dall'accoglienza all'integrazione delle persone straniere

Le politiche di accoglienza e integrazione assumono ormai un ruolo fondamentale in una fase storica nella quale le migrazioni hanno assunto un carattere strutturale in Europa. L'approccio toscano si caratterizza per l'accoglienza diffusa, la cooperazione inter-istituzionale e con il privato sociale, l'attenzione ai bisogni delle singole persone. Il Piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione 2012-2015 ha definito nuove azioni in ambito politico e finanziario, censendo tutte le risorse che negli ultimi anni erano state destinate alle strategie di integrazione. Le azioni qualificanti del piano sono: la partecipazione degli stranieri alla vita pubblica, una rete di servizi e di tutela rivolta alle persone straniere, la promozione della conoscenza della lingua italiana come strumento per consentire una "cittadinanza attiva".

Promozione della genitorialità e sostegno ai bambini e agli adolescenti fuori dalla famiglia

Prevenzione e promozione sono due aspetti che stanno assumendo sempre più importanza nelle politiche toscane rivolte a minori e famiglie. Gli operatori regionali stanno spostando il proprio focus verso la capacità di riconoscere, valorizzare e sostenere le potenzialità genitoriali, l'osservazione dei cambiamenti, la valutazione dei risultati. I principi innovativi riguardano

la co-progettazione pubblico-privato e servizi-famiglie, la microprogettazione, la costruzione di forme leggere di supporto tra e con le famiglie, la costituzione di équipes integrate e aperte al privato sociale, alla scuola e ai genitori. Le progettualità territoriali integrate sono molte e riguardano sia l'area sociale, che quella sanitaria ed educativa.

I nuovi modelli per affrontare l'aumento delle cronicità

Gli scenari demografici per i prossimi anni stimano un aumento degli anziani e delle malattie croniche. I malati cronici sono già oggi quasi un terzo dei toscani e la loro cura ha un notevole peso sui servizi territoriali e ospedalieri. La gestione territoriale della cronicità in Toscana si distingue per il consistente sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina generale e la diffusione del Chronic care model, tramite il progetto della Sanità d'Iniziativa. Le prime analisi sull'impatto di questi modelli hanno mostrato effetti positivi sull'aderenza alle terapie e sul monitoraggio della malattia, ma c'è ancora lavoro da fare per ridurre la variabilità residua sul territorio regionale, assicurare equità e ottenere effetti positivi anche sugli esiti di salute a lungo termine.

Il bisogno di cure palliative nelle condizioni di cronicità

È ormai diffusa la consapevolezza che modelli integrati di organizzazione delle cure domiciliari, comprendenti anche le cure palliative, siano gli unici in grado di fornire risposte assistenziali efficaci per i malati e soddisfare i loro bisogni e aspettative. L'impiego delle cure palliative non deve più limitarsi al fine vita, ma entrare anche nella gestione quotidiana della cronicità. L'ARS ha condotto recentemente uno studio, basato sui dati del sistema informativo sanitario, su una popolazione di malati cronici toscani per valutare l'impiego delle cure palliative nei percorsi di cura e provare a mettere in risalto quanto ancora può essere fatto in tal senso.

Il dopo di noi quale nuovo approccio alla disabilità

Le persone con disabilità grave, senza una famiglia o una rete sociale in grado di aiutarle, hanno di fronte a sé l'elevata probabilità di essere inserite in una struttura residenziale. La Legge toscana 112/2016 sul "Dopo di noi" ha disciplinato una serie di interventi per offrire altre soluzioni di vita, individuando modalità abitative a dimensione familiare e introducendo azioni a supporto dell'autonomia della persona disabile. L'attuazione a livello locale porta alla definizione di un progetto di vita personalizzato in collaborazione con la persona disabile, grazie al coinvolgimento dei diversi attori e servizi che compongono la rete territoriale. La sinergia tra pubblico e privato, che caratterizza le istituzioni e la società civile toscana, è essenziale per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Percorsi socio-sanitari per le persone con demenze

Perdita della memoria, effetti su personalità, percezione, comportamento e funzioni vegetative sono i sintomi principali della sindrome della demenza, una tra le cause di disabilità più frequenti tra gli anziani. Anche i costi sociali della malattia sono molto gravi, a causa della necessità di

una presa in cura continuativa da parte dei caregiver formali e informali della persona malata. La Giunta regionale ha deliberato nel 2017 il Piano regionale demenze, recependo il Piano nazionale, che al suo interno contiene misure volte alla gestione integrata della malattia, all'appropriatezza delle cure e all'aumento della consapevolezza, per un miglioramento della qualità della vita del malato.

La salute dei detenuti toscani a 10 anni dalla riforma

La salute dei detenuti italiani è ancora scarsamente monitorata, a causa dell'esclusione degli istituti penitenziari dalle indagini di popolazione e delle misure di sicurezza presenti che limitano la possibilità di organizzare sistemi di sorveglianza adeguati alla complessità della questione. Per superare questo limite la Regione Toscana dal 2008 ha avviato un monitoraggio continuo della propria popolazione detenuta, attraverso un'indagine coordinata dall'ARS. Grazie ai dati raccolti ogni anno è possibile seguire nel tempo le abitudini, gli stili di vita e i principali problemi di salute dei detenuti e segnalare criticità specifiche di questa popolazione, sicuramente diverse da quelle della popolazione generale.

I determinanti dell'attesa in chirurgia e i possibili progressi

Le attese per gli interventi chirurgici programmati sono un tema all'ordine del giorno dell'agenda della sanità italiana ed europea. I fattori che influenzano questo fenomeno sono molteplici: dalla selezione degli interventi, con la gestione della priorità di quelli urgenti, all'attrattività dell'ospedale e dell'équipe, fino agli aspetti organizzativi del percorso chirurgico. L'ARS ha attivato un monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa per alcuni percorsi chirurgici e ha condotto un'indagine tra i chirurghi toscani per mettere in evidenza le principali leve da azionare al fine di migliorare la situazione attuale. Il tema è, infatti, tra quelli che generano maggiore insoddisfazione tra i pazienti.

La diffusione dei farmaci biologici nella pratica clinica

L'impiego dei farmaci biologici, ovvero medicinali con sostanze attive derivate da fonte biologica, si sta espandendo molto nella pratica clinica. Il loro consumo nel mondo infatti è quasi raddoppiato negli ultimi 10 anni. I costi di questi farmaci però pongono questioni legate alla sostenibilità economica dovuta a tale aumento. Monitorarne l'uso permette di generare evidenze a supporto della programmazione del loro utilizzo e dell'implementazione di interventi migliorativi. In questo senso, l'ARS ha collaborato a diversi studi che hanno prodotto informazioni sull'uso di specifiche classi di farmaci ed è in grado di fornire uno sguardo d'insieme sul loro utilizzo in Toscana.

Contaminazione da tallio dell'acquedotto di Pietrasanta

Nel 2014 a Pietrasanta (LU) si è verificato, in alcune aree dell'acquedotto comunale, un caso di contaminazione da tallio, non monitorato tramite le analisi di routine, in quanto tale metallo non rientra nei parametri di controllo per la potabilità delle acque. Oltre ai divieti di utilizzo, in

seguito revocati, e la sostituzione di circa 16 km di tubazioni, è stato creato un gruppo di lavoro interdisciplinare, ambientale e sanitario, per gestire l'emergenza e valutare ricadute su ambiente e salute, a breve e lungo termine. L'ARS ha partecipato al gruppo di lavoro, contribuendo in particolare alla campagna di biomonitoraggio umano per valutare la contaminazione e allo studio epidemiologico di coorte per stimare gli effetti sulla salute della popolazione.

La valutazione della performance dei percorsi assistenziali

La lettura di alcuni servizi può avvenire secondo un'ottica di percorso. Si pensi al percorso nascita, alla cura delle cronicità, ai percorsi oncologici o a quelli della salute mentale, fino alla presa in carico territoriale degli anziani non autosufficienti. La rappresentazione proposta è quella di un pentagramma di uno spartito musicale, dove ogni indicatore è raffigurato come una nota e misura una fase dell'intero percorso di cura. Scorrendo con lo sguardo da sinistra a destra si ottiene pertanto una visione immediata della qualità dei servizi forniti lungo il percorso, indipendentemente dall'organizzazione che li ha erogati.

Azioni strategiche e misure di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale

Azioni strategiche e misure di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale

In un'ottica di politiche di cittadinanza che vanno oltre politiche meramente assistenzialistiche, mirate dunque alla prevenzione del fenomeno della povertà, e non solo al suo contrasto, la Regione Toscana ha avviato una serie di interventi in un quadro di maggiore inclusività ed efficacia. La Delibera GR n. 671/2017 sulle misure di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale ha dunque messo a sistema tali interventi finalizzati a contrastare l'impoverimento dei cittadini toscani e ne ha previsto il monitoraggio dello stato di attuazione. Tale documento rappresenta il complesso degli impegni prioritari e delle azioni strategiche formulate da Regione Toscana secondo principi di integrazione e coordinamento tra le diverse politiche di settore di propria competenza (politiche sociali, politiche del lavoro, politiche della formazione, politiche abitative) e di forte interconnessione con le funzioni e le iniziative di competenza statale (*in primis* il Reddito di Inclusione – ReI), nel rispetto degli obblighi e della partecipazione agli impegni di livello comunitario.

In particolare, per venire incontro ai bisogni di cittadini e famiglie in condizione di povertà o forte svantaggio socio-economico, sono state individuate 4 principali linee di intervento, che rispondono all'esigenza di assicurare un'offerta integrata di servizi e prestazioni:

1. politiche di inclusione socio-lavorativa delle persone svantaggiate;
2. politiche del lavoro per il contrasto alla povertà;
3. politiche abitative per il contrasto alla povertà;
4. politiche scolastiche per il contrasto alla povertà.

Politiche di inclusione socio-lavorativa delle persone svantaggiate

La Regione Toscana ha deciso di destinare circa il 20% del Fondo Sociale Europeo (FSE), in tutto 145 milioni di Euro, ad interventi di promozione di politiche attive di sviluppo con azioni di protezione sociale, misure concepite per favorire l'occupazione e l'inclusione attiva. L'obiettivo è il miglioramento dei livelli di occupazione dei soggetti destinatari attraverso lo sviluppo di percorsi individualizzati di sostegno all'inserimento socio-lavorativo e l'attivazione delle risorse personali e di contesto.

Sull'Asse B "Inclusione sociale e lotta alla povertà" del Programma Operativo Regionale (POR) FSE 2014-2020, nello specifico ambito di intervento dell'inclusione sociale e del contrasto alla povertà delle persone maggiormente vulnerabili, è stata prevista l'introduzione di misure attive di inserimento (orientamento, formazione, accompagnamento al lavoro, tirocini di inclusione sociale) e di specifiche forme di sostegno economico (indennità di partecipazione).

Le azioni afferenti alla priorità d'investimento B.1. "Inclusione attiva anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità", del POR FSE, prevedono percorsi integrati in grado di combinare diversi tipi di misure a favore del miglioramento della

capacità di inserimento professionale e di modernizzazione dei sistemi di protezione sociale e per questo integrano le misure per l'inclusione attiva previste dalla legislazione nazionale con la quale condividono:

- l'identificazione delle Zone Distretto quali soggetti di riferimento per strutturare processi inclusivi e partecipativi;
- la diffusione della consapevolezza di innestare un cambio di paradigma rispetto alle misure assistenziali, prevedendo servizi ed équipe dedicate;
- la promozione di percorsi di tipo integrato in termini di servizi, di operatori dei comparti coinvolti e di azioni;
- l'adozione di un approccio che introduce, anche nell'ambito dell'inclusione sociale e lavorativa, una valutazione multidimensionale del bisogno, la costruzione di un progetto personalizzato e la "presa in carico integrata" distinta da una "presa in carico di tipo leggero" relativa a situazioni non ancora segnate da gravi difficoltà;
- l'adozione di una strumentazione operativa in grado di favorire la fase della valutazione (profilazione delle persone e delle aziende, con azioni mirate di scouting e nell'ottica del matching con i destinatari) e dell'attivazione delle risorse personali e di contesto (patto di inclusione).

I suddetti interventi sono pertanto da ritenersi complementari rispetto ai provvedimenti nazionali e in particolare con quanto previsto dalla "Misura nazionale unica di contrasto alla povertà" (Reddito di Inclusione). Dette misure, come vedremo meglio in seguito, prevedono un sostegno economico e accompagnato da interventi di attivazione sociale e lavorativa, che si concretizzano con l'adesione dell'intero nucleo familiare ad un progetto personalizzato di presa in carico, predisposto insieme ai Servizi sociali del Comune di residenza, in rete con e tra i Servizi per l'impiego, i Servizi sanitari e le scuole, nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, con particolare riguardo agli enti no profit.

Le attività degli interventi finanziati hanno innanzitutto come finalità il miglioramento dei livelli di occupazione delle persone svantaggiate attraverso lo sviluppo di percorsi di sostegno all'inserimento socio-lavorativo e l'attivazione delle risorse personali e di contesto.

Gli interventi mirano altresì:

- al consolidamento dell'infrastrutturazione territoriale dei Servizi per l'accompagnamento al lavoro di soggetti vulnerabili in carico ai Servizi socio-sanitari territoriali;
- a favorire elementi di connessione tra i Servizi sociali zonali e i Centri per l'impiego, sia in fase di programmazione generale che in fase di implementazione delle misure dirette ai destinatari finali;
- a valorizzare la valutazione multidimensionale e la progettazione personalizzata dei percorsi inclusivi.

Riepilogando, i progetti finanziati a valere sulla priorità d'investimento B1 del POR FSE dovranno essere coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in tema di inclusione e attivazione sociale delle persone svantaggiate e in particolare dovranno prendere a riferimento:

1. il processo di presa in carico e i modelli organizzativi richiamati nella legislazione nazionale e regionale laddove si prevede:
 - a. l'offerta di informazione, consulenza e orientamento alle persone destinatarie delle misure e ai nuclei familiari sulla rete integrata degli interventi e dei Servizi sociali e di accompagnamento nella presentazione di istanze specifiche;
 - b. la valutazione multidimensionale del bisogno e la metodologia dei piani personalizzati di intervento che devono tenere al centro la persona e l'intervento che su di essa si realizza.
2. I seguenti elementi teorici e metodologici generali di riferimento per l'attuazione dei percorsi di inclusione e attivazione sociale:
 - a. l'approccio di tipo ecologico che pone al centro il processo di crescita delle persone e delle comunità, basato sull'incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione nella logica dell'empowerment e del partenariato e che di fatto introduce la valutazione multidimensionale del bisogno, la costruzione di un progetto personalizzato e la "presa in carico integrata" distinta da una presa in carico di tipo leggero e riferita a situazioni non ancora segnate da gravi difficoltà e multiproblematicità;
 - b. la presa in carico, da parte di équipe multidisciplinari mirata a dare risposta a bisogni complessi e che richiede la messa in atto di interventi personalizzati di valutazione, consulenza, orientamento, monitoraggio, attivazione di prestazioni sociali nonché di interventi in rete con altre risorse e Servizi territoriali. Al fine di predisporre progetti personalizzati e integrati è prevista la partecipazione dell'operatore dei Centri per l'impiego oltre ad altre figure professionali, identificate sulla base dei bisogni prevalenti della persona presa in carico;
 - c. l'orientamento di tipo "pattizio" nei rapporti con i soggetti beneficiari da formalizzarsi attraverso l'introduzione di apposito accordo/patto con i servizi, ovvero dell'accordo da stipularsi in forma scritta fra il soggetto destinatario delle misure previste nel piano individualizzato e il servizio che ha in carico il soggetto stesso. Il patto deve riportare gli obiettivi di inclusione sociale, di occupabilità, di inserimento lavorativo e di riduzione dei rischi di marginalità connessi alla condizione di bisogno della persona.

A livello di azioni progettuali, vanno poi menzionati gli interventi di contrasto alla grave emarginazione dei senza dimora, che hanno l'obiettivo di rafforzare i percorsi sperimentali di housing first già avviati nei territori. Alla Regione Toscana, per tale progettazione triennale, è stata attribuita a valere sui fondi del Programma Operativo Nazionale (PON) inclusione e Programma Operativo I relativo al Fondo di aiuti europei agli indigenti (PO I FEAD) la cifra complessiva di 1.702.500 Euro e il progetto coinvolge tutto il territorio regionale in una rete di servizi a favore dei senza dimora. Il progetto si collegherà e integrerà con "l'Accordo stazioni", un accordo di collaborazione di durata triennale tra Regione Toscana, Ferrovie dello Stato e i Comuni di Firenze, Livorno, Pistoia, Prato e Viareggio, Società della Salute Pisana, Società della Salute Valdinievole, Consorzio COeSO, Società della Salute Grossetana, ANCI Toscana e

Europe Consulting cooperativa sociale onlus che gestisce l'Osservatorio nazionale su Disagio e solidarietà nelle Stazioni italiane (ONDS) finalizzato a sostenere e promuovere progetti di rete fra i soggetti pubblici e del Terzo settore per favorire il reinserimento sociale delle persone in situazione di emarginazione presenti abitualmente nelle aree ferroviarie.

Sono stati inoltre finanziati programmi di intervento per lo sviluppo della redistribuzione dei prodotti alimentari a sostegno delle fasce deboli e per la distribuzione di generi di prima necessità dalla grande distribuzione per finalità solidaristiche e sociali. Prosegue infine il rapporto di collaborazione con Caritas Delegazione Regionale Toscana per la realizzazione di azioni e percorsi innovativi nell'area povertà ed esclusione sociale funzionali al sostegno e supporto della programmazione e gestione delle politiche socio-sanitarie nel territorio regionale.

Politiche del lavoro per il contrasto alla povertà

Tra le "Misure di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale" previste dalla DGR n. 671 del 19 giugno 2017 è ricompreso, nell'ambito delle "Politiche del lavoro per il contrasto alla povertà", il "Piano Integrato per l'Occupazione". Tale Piano consiste di un intervento di "prevenzione" della povertà e dell'esclusione sociale e prevede l'attuazione di interventi di politica attiva volti a favorire il rientro nel mercato del lavoro di soggetti disoccupati attraverso le seguenti misure:

1. la sperimentazione dell'assegno per l'assistenza alla ricollocazione;
2. l'erogazione di un'indennità di partecipazione alle politiche previste dall'assegno per l'assistenza alla ricollocazione, proporzionata alla durata delle stesse, in favore dei soggetti privi di strumenti a sostegno del reddito;
3. l'incentivo all'occupazione, che può essere richiesto dai datori di lavoro che assumono i soggetti destinatari dell'assegno per l'assistenza alla ricollocazione (sperimentazione regionale).

Il Piano è stato varato il 6 marzo 2018 ed ha registrato una fortissima adesione, probabilmente oltre le previsioni: in soli tre giorni sono state accolte oltre 6.500 domande di partecipazione, con punte particolarmente elevate nelle aree del Nord-Ovest della Toscana, con quasi la metà dei richiedenti concentrati nelle tre province di Massa, Lucca e Pistoia. La fortissima risposta ha richiesto una rimodulazione delle risorse dedicate al Piano (circa 29 milioni di Euro provenienti dai residui degli ammortizzatori sociali in deroga) sulle tre diverse linee di intervento e una revisione della parte attuativa (modalità di gestione e remunerazione dell'attività di assistenza intensiva alla ricollocazione; politiche attive ammesse, regole per l'erogazione di incentivi all'assunzione). Come si è detto, l'obiettivo primario del Piano è concentrato sull'assistenza alla ricollocazione e non sul sostegno economico: l'indennità di partecipazione è uno strumento funzionale ad agevolare la partecipazione ad azioni che hanno come scopo far trovare un lavoro al beneficiario o comunque accrescerne i livelli di occupazione. Per questo, un ruolo importante è stato assegnato alle agenzie per il lavoro accreditate e le regole sulla condizionalità (obbligo di partecipare alle misure di politica attiva) saranno applicate con estremo rigore.

Politiche abitative per il contrasto alla povertà

Favorire l'accesso all'abitazione per soggetti a reddito medio basso è fattore rilevante in tema di contrasto alla povertà, data l'incidenza, spesso insostenibile, sul reddito delle famiglie sia di un mutuo per l'acquisto di un alloggio sia della locazione a canoni di mercato. Le misure assunte dalla Regione Toscana in materia prevedono interventi strutturali e permanenti di offerta diretta di alloggi sociali, sia interventi puntuali di sostegno al reddito delle famiglie in difficoltà:

a. Alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP).

La disponibilità di un alloggio popolare, pur non rappresentando un elemento diretto di sostegno al reddito, costituisce un elemento di contrasto a una situazione di reale povertà. Purtroppo l'incremento delle situazioni di marginalizzazione sociale ed economica, determinate principalmente dalla crisi economica e dai flussi migratori, contestualmente a una drastica riduzione delle risorse pubbliche destinate alla costruzione, fa sì che il patrimonio ERP non sia sufficiente a dare risposta piena alle esigenze della popolazione: al netto dei circa 49mila alloggi già assegnati in Toscana, a fronte di una platea di richieste ammesse alle graduatorie superiore a 25mila, si registra un tasso di soddisfazione della domanda intorno al 3% annuo. Le risorse disponibili nel triennio 2017-2019 per realizzazione di nuovi alloggi ERP (recupero o nuova costruzione) ammontano a 21 milioni di Euro;

b. Sostegno alle famiglie che si trovano in alloggi in locazione a canoni di mercato.

Si tratta di contributi previsti dalla normativa nazionale (L n. 431/98) i cui fondi, destinati all'integrazione del canone di locazione, e annualmente integrati da risorse regionali, sono andati riducendosi nel tempo fino ad azzerarsi nel 2016. Nel 2017 è proseguita l'attuazione di tale misura di sostegno con l'impegno di risorse regionali, inizialmente quantificate in 2,7 milioni di Euro, poi portate a 5. Per gli esercizi successivi l'entità delle risorse regionali destinate a questa misura sarà definito in relazione ai vincoli della spesa pubblica imposti dallo Stato. I Comuni, nei limiti delle annuali possibilità di bilancio, contribuiscono con fondi propri all'integrazione del fondo, in misura non predeterminata.

c. Sostegno alle famiglie che si trovano in situazione di sfratto per morosità incolpevole.

Si tratta di una misura attivata dalla Regione Toscana con risorse proprie dal 2012, successivamente affiancata da risorse statali ed è un contributo a tantum destinato a sanare la morosità intervenuta a causa di consistente riduzione del reddito, ovvero a reperire altro alloggio con nuovo contratto di locazione, per evitare che una difficoltà improvvisa dovuta a perdita o riduzione del lavoro, a malattia, o fattori similari contribuisca in maniera sostanziale ad innescare un processo che rapidamente potrebbe far degenerare la situazione complessiva della famiglia in difficoltà.

Politiche scolastiche per il contrasto alla povertà

È dimostrato che le politiche di educazione e cura per la prima infanzia favoriscano particolarmente i bambini disagiati, inclusi quelli provenienti da un contesto migratorio e a basso reddito. Esse possono, pertanto, contribuire a liberare i bambini da condizioni di povertà e da famiglie disfunzionali. È inoltre riconosciuto che l'abbandono scolastico costituisce uno

dei principali fattori del rischio di disoccupazione, povertà ed esclusione sociale. Sulla base di queste considerazioni, la Regione Toscana da anni investe in interventi volti a promuovere l'educazione prescolare, a consentire agli studenti di accedere ai diversi livelli di istruzione grazie a provvidenze per il diritto allo studio scolastico, a contrastare l'abbandono e a promuovere il successo scolastico. In continuità con gli anni precedenti sono pertanto stati previsti gli stanziamenti necessari a sostenere i seguenti interventi:

- a. Bando FSE per sostegno sistema regionale nidi.
Il bando ha la finalità di sostenere il sistema regionale dei Servizi educativi per la prima infanzia tramite il sostegno dell'offerta (diretta e indiretta) dei Comuni titolari di servizi e tramite la domanda di tali servizi proveniente dalle famiglie. Tale azione ha la finalità non solo di promuovere la qualificazione di tali strutture, ma anche di sviluppare e rafforzare il sistema per favorire la più ampia partecipazione possibile a vantaggio dei bambini potenziali fruitori di questo importante segmento educativo.
- b. Progetto educativo zonale "Infanzia".
Le azioni regionali di sostegno della domanda e dell'offerta di servizi educativi per la prima infanzia hanno, tra le loro finalità, quella di favorire la partecipazione delle famiglie a più basso reddito a questa importante esperienza educativa.
- c. Progetto educativo zonale "Età scolare".
L'intervento regionale per la promozione del successo scolastico è rivolto in modo prevalente alla rimozione degli elementi che più di altri favoriscono la dispersione e che sono legati a fenomeni di povertà educativa e socio economica.
- d. Pacchetto scuola.
La Regione Toscana finanzia benefici economici per gli studenti a basso reddito, finalizzati a garantire loro il diritto allo studio, in particolare attraverso il "pacchetto scuola", uno strumento economico destinato a studenti in condizioni socio-economiche difficili, finalizzato a sostenere le spese necessarie per la frequenza scolastica, quali libri scolastici, altro materiale didattico e servizi scolastici.

Reddito di Inclusione (Rel)

Il Reddito di Inclusione è una misura a carattere universale condizionata alla prova dei mezzi e all'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione ed inclusione sociale e lavorativa e costituisce livello essenziale delle prestazioni (LEP) ai sensi dell'articolo 117 secondo comma della Costituzione nel limite delle risorse disponibili nel Fondo Povertà. Il Reddito di Inclusione è la prima misura unica nazionale a vocazione universale di contrasto alla povertà e si compone di due parti:

1. un beneficio economico, erogato attraverso una carta di pagamento elettronica (carta Rel) e concesso per un periodo massimo di 18 mesi (non potrà essere rinnovato prima di 6 mesi e, in caso di rinnovo, la durata è fissata in 12 mesi);
2. un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa volto al superamento della condizione di povertà.

Nella prima fase, il ReI è stato riservato a una platea molto ampia, anche se non esaustiva delle persone in povertà: sono le fasce di popolazione individuate tra le più bisognose, in continuità con il SIA (Sostegno per l'inclusione attiva) e l'ASDI (Assegno di disoccupazione), che il ReI andrà a sostituire in via espansiva (famiglie con minori in primis). Dal 1 giugno 2018 invece sono venuti meno i requisiti familiari per cui il beneficio viene attribuito sulla base dei soli requisiti economici. Questo cambiamento ha comportato un allargamento della platea degli aventi diritto indirizzando la misura verso il carattere universalistico.

La dotazione prevista dal Decreto lgs 147/2017 per il Fondo Povertà (1.759 milioni di Euro nel 2018 e in 1.845 milioni di Euro annui a decorrere dal 2019) rende possibile arrivare a 1,8 milioni di individui, cioè il 38% del totale della popolazione in povertà assoluta (pari a 4,7 milioni di persone). La Legge di stabilità ha poi portato il Fondo Povertà a circa 2 miliardi di Euro per il 2018, a 2,5 miliardi nel 2019 e a 2,7 miliardi dal 2020. Una quota del Fondo Povertà (15%, dal 2020 passerà al 20%) è attribuita agli ambiti territoriali per il finanziamento dei livelli essenziali. Gli specifici rafforzamenti finanziabili per gli ambiti sono definiti dall'atto regionale di programmazione.

Il ruolo della Regione

Il modello del Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA), misura sperimentale che ha preceduto il ReI e che è stata attivata in tutto il territorio nazionale a partire dal settembre 2016 non prevedeva per le Regioni un ruolo strutturato e delle competenze definite. La gestione dei servizi SIA era, infatti, attribuita ai Comuni organizzati per ambiti territoriali, mentre l'erogazione del beneficio era demandata all'INPS.

La Regione Toscana ha tuttavia assunto fin da subito il coordinamento dei soggetti coinvolti e ha svolto il ruolo di governance territoriale promuovendo la costituzione di una cabina di regia regionale finalizzata appunto al coordinamento delle attività di SIA, attraverso l'accordo di collaborazione tra Regione Toscana e ANCI Toscana, che ha visto coinvolte la Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, per la parte sociale e sanitaria, la Direzione lavoro, la Direzione istruzione e formazione ed i rappresentanti delle Società della Salute e dei Comuni. La costituzione della cabina di regia ha permesso di avviare un'azione sinergica dei servizi coinvolti, di definire le infrastrutture necessarie a supportare gli utenti nel percorso, in particolare rafforzando la collaborazione tra Servizi sociali e Centri per l'impiego quali servizi chiamati all'attuazione del SIA. La cabina di regia, attraverso l'Osservatorio sociale regionale, ha inoltre avviato il monitoraggio dell'attuazione della misura all'interno di un processo permanente di accompagnamento e di scambio con i territori. Questo importante confronto tra le diverse pratiche zonali è stato poi ripetuto per il ReI.

L'accordo con ANCI è stato propedeutico anche alla progettazione per il rafforzamento della rete di servizi: sono stati infatti assegnati i finanziamenti del Programma Operativo Nazionale inclusione alle Zone Distretto, Società della Salute e Comuni toscani che hanno predisposto le proposte progettuali volte al rafforzamento dei servizi, coerenti con gli indirizzi nazionali fissati dal Ministero d'intesa con le Regioni. Si tratta di 12 milioni di Euro destinati a progetti volti

a rafforzare la capacità dei Servizi sociali nella presa in carico e nell'accompagnamento delle famiglie beneficiarie degli interventi di contrasto alla povertà, per facilitare il lavoro in rete con gli altri servizi del territorio, in particolare nei settori di lavoro, istruzione, salute e l'attivazione di partenariati con soggetti no-profit attivi nel contrasto alla povertà.

Per il coordinamento della misura Reddito di Inclusione, che dal 1 gennaio 2018 ha sostituito la misura sperimentale SIA, Regione Toscana ha rinnovato la cabina di regia regionale di coordinamento con ANCI Toscana e i rappresentanti degli ambiti territoriali (Zone Distretto e Società della Salute), per proseguire il processo di integrazione dei servizi coinvolti nell'attuazione della misura rivolta alle famiglie in povertà assoluta. Il ReI, infatti, conferma il modello introdotto da SIA basato sul beneficio economico unito alla fase di attivazione, e prevede pertanto la presa in carico personalizzata finalizzata all'autonomia attraverso una rete di servizi sul territorio e alla creazione di équipe multidisciplinari che pertanto si sono ulteriormente strutturate. La cabina di regia è stata integrata dal rappresentante del Tavolo toscano dell'Alleanza contro la povertà in ragione del coinvolgimento del Terzo settore e delle parti sociali.

Diversamente dal SIA, il ruolo delle Regioni nell'attuazione del ReI è normato e si concretizza in primo luogo nella programmazione regionale che deve avvenire per mezzo di Piani o atti regionali. Tale atto deve disciplinare le forme di collaborazione e cooperazione tra i servizi che permettano di raggiungere i risultati auspicati per svolgere in maniera coordinata l'assessment e la progettazione di cui sopra, nonché definire i rafforzamenti finanziabili a valere sulla quota del Fondo Povertà attribuita agli ambiti sulla base delle indicazioni programmatiche contenute nel piano nazionale.

La Rete della protezione e dell'inclusione sociale ha approvato il Piano per gli interventi e i Servizi sociali di contrasto alla povertà che rappresenta il primo strumento programmatico per l'utilizzo della quota (cd. "quota servizi") del Fondo Povertà. Il Piano nazionale è stato poi approvato dalla Conferenza Unificata, e ha aperto la strada ai successivi Piani regionali, attraverso i quali ciascuna Regione indicherà gli specifici rafforzamenti da prevedere nei propri territori.

Primi dati e riflessioni sulla misura ReI in Toscana

I primi dati ufficiali rilasciati dall'INPS sul ReI al 31 dicembre 2017 indicavano 4.130 domande inoltrate dal territorio toscano, sicuramente un numero elevato che induce alla riflessione (si pensi che per il SIA erano state presentate 13.558 domande da settembre 2016 a ottobre 2017). Dal monitoraggio dell'Osservatorio sociale regionale si arriva a 9.792 domande presentate dal 1 dicembre al 31 gennaio.

Il dato sopra riportato è necessariamente sottostimato. Infatti, vista l'impossibilità a oggi di avere dati completi da INPS, disaggregati a livello zonale, il report risente della bassa qualità del dato (non esiste un flusso certificato, ma si tratta di una rilevazione ottenuta grazie alla collaborazione degli ambiti) sia per la mancanza di alcune Zone Distretto. A fronte di queste

domande, a oggi sono solo 38 i beneficiari presi in carico dai Centri per l'Impiego. Come prevede il D.Lgs. 147/2017, non tutti i beneficiari del ReI sono inviati ai CPI, ma solo i soggetti per i quali i Servizi sociali che li hanno in carico valutino che il problema di inclusione sociale è prevalentemente riconducibile alla dimensione lavorativa, e il patto di servizio che qui sottoscrivono sostituisce il progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale previsto dalla norma.

Un quadro rappresentativo del sistema dei servizi per l'attivazione del ReI nel territorio toscano è scaturito dagli esiti dei tre incontri "Focus group" svoltisi nelle tre Aree vaste con i rappresentanti delle Zone Distretto, delle Società della Salute, dei Comuni e dei Centri per l'impiego condotti da Osservatorio sociale ed ANCI. Tale metodologia, già utilizzata per l'avvio del SIA, permette di monitorare l'andamento della misura e di realizzare un processo permanente di accompagnamento e di scambio con i territori, fondamentale per esercitare il ruolo di governance regionale.

Il dato generale che emerge dai focus group è che gli ambiti della Regione Toscana si sono organizzati per creare le infrastrutture territoriali che devono rendere efficace la misura Reddito di Inclusione sia per la parte che attiene al beneficio economico, che per la parte di inclusione attiva. I territori, pur nella difficoltà di non avere avuto fin da subito disponibili i finanziamenti che il PON inclusione aveva stanziato per il sostegno e rafforzamento dei servizi, hanno comunque attivato tutti gli strumenti per gestire l'accesso e la presa in carico degli utenti.

Sicuramente, rispetto al sistema di servizi che si sono strutturati, un importante elemento da sottolineare è l'evoluzione positiva del rapporto tra Centro per l'impiego e Servizio sociale che, dopo un periodo iniziale di criticità, si è poi consolidato in tutti i territori, costituendo il nucleo di base delle equipe multiprofessionali. Sulla scorta della positiva esperienza maturata sul SIA il livello di integrazione e collaborazione tra ambiti socio-sanitari e servizi per il lavoro dei CPI è molto aumentato. In molte realtà locali le equipe multi-professionali che seguono questi soggetti sono state formalizzate o comunque è stato individuato un minimo comune denominatore nelle "regole di collaborazione" tra ambiti e CPI. In alcuni contesti si hanno esperienze di "presa in carico integrata" o di integrazione "forte"; altrove sono state definite regole condivise più formali, ma comunque improntate ad una positiva e leale collaborazione e ad un fattivo scambio di informazioni.

Difatti, questi primi casi di beneficiari del ReI hanno visto "tenere" il sistema e gli ambiti inviano ai CPI solo i beneficiari per cui è prevalente la dimensione occupazionale, avendo condiviso a monte una classificazione dell'utenza in base alla quale se sussistono una serie di situazioni (presenza di minori, presenza di disabili, presenza di patologie o dipendenze, ecc.) i casi restano gestiti dai Servizi socio-sanitari. Inoltre, l'invio ai CPI è preceduto da comunicazioni che preallertano e consentono ai CPI di organizzarsi. Sono stati inoltre costruiti strumenti che sono scambiati tra ambiti e CPI in cui viene tracciato e condiviso il percorso.

A livello di cabina di regia regionale si è rilevato inoltre necessario avviare ulteriori processi di integrazione in particolare con il mondo della scuola e della formazione, oltre a quello del lavoro, anche cercando di integrare le azioni a livello degli ambiti zonalı individuando specifici referenti per i programmi ReI, in vista della programmazione regionale di cui sopra.

La necessità di coinvolgimento del Terzo settore è fortemente richiamata dal decreto 147/2017. Le Zone Distretto da questo punto di vista si trovano a livelli diversi di sviluppo: esistono per lo più rapporti informali con le organizzazioni che tradizionalmente si occupano di azioni di contrasto alla povertà, che stanno vedendo una progressiva strutturazione attraverso le risorse messe a disposizione da PON-SIA, ma poche zone hanno formalizzato il rapporto con i soggetti del Terzo settore. In alcuni casi invece sono stati attivati percorsi di grande interesse sia per quanto riguarda l'integrazione dell'equipe multiprofessionale sia per quanto riguarda ruoli di facilitazione rispetto alla rete dei servizi.

Infine, da sottolineare il rapporto con INPS, cruciale rispetto al funzionamento di ReI. La collaborazione avviata da Regione Toscana con la Direzione regionale ha velocizzato e migliorato la comunicazione con gli ambiti e i Comuni, ma restano comunque diverse criticità legate alla procedura informatica e alla complessa organizzazione a livello centrale.

Non si può non sottolineare l'importanza di avere anche in Italia, per la prima volta, una misura a vocazione universalistica di contrasto alla povertà. Tuttavia lo studio dei dati rilevati sulle prime fasi di attuazione fa sorgere una riflessione riguardo al target di utenza scelto da tale misura, cioè quello dei soggetti in condizione di povertà assoluta. Tale fascia di popolazione si caratterizza per un indice di persistenza nella condizione di povertà molto alto, che porta a parlare di "povertà cronica", di una situazione di esclusione che si trasmette di generazione in generazione. Tale utenza, che per la maggior parte dei casi è già in carico ai servizi, è quindi difficile da inserire in progetti personalizzati che prevedono l'attivazione e la condizionalità, quali quelli previsti dal ReI, che mettono a disposizione strumenti (tirocini, borse lavoro, corsi di formazione) che forse non sono adeguati per tale utenza. Nel contempo, invece, si nota l'evoluzione di un nuovo modello di povertà, che coinvolge una fascia sempre più ampia di soggetti in situazione di difficoltà momentanea e non ereditata, ma legata a particolari eventi, quali ad esempio, una malattia, una separazione, o la perdita del lavoro, o legata anche ad un lavoro mal retribuito o precario. È per questa fascia di popolazione, che si può definire a rischio povertà, che sarebbero ancora più utili ed efficaci le misure di attivazione previste dall'impianto di ReI, e probabilmente oltre a questi, altre misure di prevenzione che eviterebbero lo scivolamento in situazione di povertà.

Dall'accoglienza all'integrazione delle persone straniere

Dall'accoglienza all'integrazione delle persone straniere

In questa fase storica, i numeri e la costanza dei flussi migratori che interessano l'Europa rilevano nettamente che questo fenomeno va ormai considerato come una caratteristica strutturale del nostro tempo: migranti forzati, rifugiati, profughi, richiedenti asilo obbligati a lasciare le proprie case e il proprio Paese a causa di guerre, violenze e violazioni gravi dei diritti umani, sono le persone che arrivano sui nostri territori ed alle quali l'Europa, gli Stati membri e anche la nostra Regione devono rispondere con adeguate politiche di accoglienza e integrazione.

Accoglienza diffusa, inclusione sociale, cooperazione interistituzionale e con il privato sociale, attenzione ai bisogni e alle risorse delle persone – richiedenti e titolari di protezione internazionale – sono gli elementi che caratterizzano l'approccio della Regione Toscana alla gestione di un fenomeno che riconosce il ruolo centrale del soggetto pubblico come garanzia di qualità ed equità del sistema.

In Toscana la riflessione è stata avviata nel 2011, quando con l'emergenza Nord-Africa è stato adottato il modello di accoglienza diffusa (tabella 1), strutture di piccole dimensioni distribuite su tutto il territorio regionale e percorsi finalizzati a mantenere e sostenere la coesione sociale, nell'ottica di promuovere l'integrazione attraverso un'organizzazione dei servizi e delle prestazioni incardinate sulle comunità territoriali. Le Linee di azione regionali sono state ulteriormente approfondite e sviluppate nel corso di questi ultimi anni a seguito delle esperienze che si sono andate realizzando sul territorio. Tali esperienze sono state oggetto di un lavoro di approfondimento, effettuato in collaborazione con ANCI Toscana, che ha inteso costruire in maniera collaborativa un percorso di mappatura e analisi delle buone pratiche di accoglienza e integrazione che i diversi soggetti (Comuni, Enti gestori dei Centri di accoglienza, Università ed altre realtà) hanno attuato sul territorio. Il risultato di questo lavoro è stato descritto e sistematizzato nel "Libro bianco sulle politiche di accoglienza dei richiedenti asilo politico e titolari di protezione internazionale o umanitaria" (approvato con DGR n. 1304/2017) documento che, oltre a contenere proposte e indicazioni pratiche per l'organizzazione, attuazione e realizzazione di servizi e di interventi, è sintesi e direzione di politiche finalizzate a sostenere e consolidare la coesione sociale.

Un ulteriore focus di attenzione che concorre a definire gli indirizzi della programmazione regionale è quello di considerare il migrante come persona, inserita o inseribile, nel contesto di relazioni della comunità di cui entra a far parte, un'opportunità che può essere colta in termini culturali, economici e demografici.

Le politiche di accoglienza sono pertanto diventate un'opportunità per integrare con visioni innovative la governance complessiva del welfare e per ancorare saldamente ai contesti territoriali obiettivi e risposte ad un fenomeno migratorio che chiede di essere affrontato attraverso dimensioni organizzative di area che sappiano creare e salvaguardare, tra l'altro, la cooperazione e l'integrazione delle risorse.

Accoglienza straordinaria nei CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria) e ordinaria rappresentata dal modello SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati), il primo gestito ed attivato dalle Prefetture ed il secondo attivato e gestito dai Comuni e dal Terzo settore, devono trovare una sintesi all'interno di una governance pubblica che sappia trasformare queste occasioni in opportunità per la comunità e per il territorio. Esistono in Toscana esperienze che vanno in questa direzione e che testimoniano la validità di un modello di gestione "produttiva" delle risorse, di efficientamento dei percorsi sanitari, socio-sanitari e sociali, di attivazione di efficaci interventi per il raggiungimento dell'autonomia degli ospiti, di integrazione e di relazione tra settori diversi, di capacità di offrire ai cittadini risposte concrete ai loro bisogni.

Ripensare il ruolo del soggetto pubblico significa, infatti, costruire nuovi assetti organizzativi a garanzia della qualità e dell'equità degli interventi e delle prestazioni, adottare strumenti e prassi operative che assicurino omogeneità sul territorio regionale. In altre parole, questo indica come finalità il rafforzamento e la diffusione del sistema SPRAR, ovvero un modello unico di accoglienza che abbia a riferimento ambiti territoriali più ampi, non diversamente da come si sta già facendo all'interno della "normale" programmazione/organizzazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria (Zona Distretto, Società della Salute, ecc.).

Le politiche per l'immigrazione, per essere considerate a tutti gli effetti parte integrante dei sistemi di welfare locale, devono dunque assumere l'accoglienza diffusa, la centralità del territorio e una governance pubblica quali cardini per preservare non solo la coesione sociale, ma anche il valore e il contributo che la rete degli attori sociali sono in grado di offrire.

Tabella 1. Comuni, abitanti, profughi richiedenti asilo ospitati, strutture di accoglienza (CAS) convenzionate con le Prefetture-UGT toscane – Province e Toscana, marzo 2018 - Fonte: Regione Toscana

Provincia	Numero di Comuni in Provincia	Abitanti	Profughi	Strutture
Arezzo	36	345.110	1.113	176
Firenze	42	1.013.348	2.352	162
Grosseto	28	223.652	723	31
Livorno	19	337.951	944	35
Lucca	33	391.228	1.207	111
Massa e Carrara	17	197.722	620	53
Pistoia	20	291.963	770	68
Pisa	37	420.913	1.301	112
Prato	7	253.123	719	43
Siena	35	269.388	870	82
Totale	274	3.744.398	10.619	873

Le dimensioni complementari dell'accoglienza

Per attingere e far dialogare tra loro tutte le risorse presenti sul territorio non dobbiamo inventarci niente, o quasi, semmai possiamo “usare”, organizzare, integrare e razionalizzare l'esistente. La promozione di un sistema integrato di governance regionale finalizzato a garantire risposte efficaci, sostenibili e non emergenziali, a partire dalla necessità di progettare e gestire servizi di accoglienza integrati e coerenti con la programmazione sociale e socio-sanitaria territoriale, infatti, si riferisce alla molteplicità di elementi che entrano in gioco anche quando si organizzano e predispongono servizi e interventi per l'esclusione sociale piuttosto che per l'integrazione socio-sanitaria.

In buona sostanza, la Regione Toscana intende perseguire tale obiettivo sviluppando le proprie competenze e funzioni in materia di politiche e servizi socio-assistenziali e sanitari per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, in stretto raccordo con gli ambiti delle politiche integrate (scuola, formazione, lavoro, cultura, partecipazione e cittadinanza).

Il Libro bianco sopra ricordato, in particolare, colloca i temi dell'accoglienza e dell'integrazione in questa specifica ottica e suggerisce percorsi, strumenti e interconnessioni per attuarla concretamente. Per questo lo scenario di fondo che va a caratterizzare un'organizzazione territoriale efficace non può prescindere dal considerare le dimensioni complementari dell'accoglienza quali traiettorie cui tendere. In sintesi, questi elementi fanno riferimento a:

1. La formazione linguistica. Primo e indispensabile passo affinché le persone accolte possano interagire con le comunità locali e inserirsi positivamente nel tessuto sociale con cui entrano in contatto, indipendentemente dalla durata della propria presenza sul territorio e dagli obiettivi del proprio percorso migratorio. La finalità è quella di ottimizzare il coordinamento tra i diversi attori della formazione linguistica, di continuare a valorizzare il ruolo dei Centri Provinciali di Insegnamento per gli Adulti (CPIA) nella certificazione dei percorsi di apprendimento linguistico e nel coordinamento e controllo di qualità dei percorsi attivati per i richiedenti asilo e rifugiati, di considerare la possibilità di promuovere convenzioni tra CPIA ed enti gestori dei CAS e progetti SPRAR al fine di valorizzare la collaborazione tra tutte le risorse del territorio.
2. La filiera formazione-lavoro. Sul tema del lavoro e della formazione professionale i fattori a cui si deve fare riferimento, sono:
 - a. l'affermazione del valore dell'istruzione di base e della conoscenza delle lingua italiana come pre-requisito per la tutela dell'individuo (in quanto canale primario per la comprensione e conoscenza dei diritti e delle norme sulla sicurezza);
 - b. il riconoscimento dell'importanza dell'inserimento socio-lavorativo delle persone accolte, in quanto strumento per l'emancipazione dal sistema di accoglienza e occasione per maturare esperienze e competenze. Un elemento che il Libro bianco intende ottimizzare è, inoltre, il Patto di Inclusione Sociale attraverso il quale possono essere contestualmente valorizzate esperienze formative professionalizzanti e percorsi di adempimento dell'obbligo scolastico.

3. I bisogni socio-sanitari. La consapevolezza maturata in questi anni a fronte delle molteplici modalità di organizzare e gestire i servizi per l'accesso e la presa in carico dei richiedenti la protezione internazionale è quella di individuare un percorso chiaro ed uniforme, dal primo screening, alla diagnosi ed alla cura delle persone accolte fino ad arrivare all'uscita dal sistema. Contestuali, e parimenti importanti, sono:
 - a. la definizione di specifici percorsi formativi del personale coinvolto nei percorsi di cura e assistenza;
 - b. il rafforzamento della rete dei referenti delle Aziende USL per la salute dei migranti come interfaccia tra il livello regionale e quello della Zona Distretto/Società della Salute;
 - c. la diffusione dell'uso di un'unica scheda anamnestica di presa in carico;
 - d. l'individuazione di appropriate ed omogenee modalità di presa in carico dei casi vulnerabili;
 - e. la necessità di avvalersi dell'ausilio di mediatori culturali al fine di comprendere i reali bisogni socio-sanitari dei migranti.
4. Comunità e cittadinanza. Con quest'ultimo elemento si va a caratterizzare compiutamente l'aspetto dell'integrazione, ovvero quella parte essenziale dei percorsi di accoglienza capaci di generare dialogo e reciproca comprensione tra comunità migrante e comunità accogliente. La chiave della gestione dell'accoglienza, infatti, risiede nel contatto diretto tra cittadini autoctoni e cittadini migranti, nella creazione di occasioni di conoscenza e cooperazione, di reti di interrelazione e di solidarietà. Per questa ragione è anche essenziale che i progetti finalizzati a creare inclusione e coesione sociale corrispondano a precisi requisiti di qualità:
 - a. essere chiaramente a carattere volontario e non configurarsi come lavoro mascherato o attività obbligatorie scarsamente qualificate secondo la logica dello "sdebitamento";
 - b. essere inseriti nella programmazione territoriale e avere continuità nel tempo;
 - c. avere un carattere "misto", ovvero avere la capacità di coinvolgere sia la cittadinanza che i rifugiati;
 - d. avere, sulla base di indicatori specificamente definiti, ricadute positive sia per i richiedenti asilo che per la comunità locale in termini di coesione sociale, empowerment, abilità e capitale civico dei soggetti coinvolti;
 - e. rappresentare un'occasione di formazione e crescita di competenze per tutti gli attori coinvolti.

Le politiche per l'integrazione

Il Piano di Indirizzo Integrato per le Politiche sull'Immigrazione 2012-2015 (approvato dal Consiglio regionale con Deliberazione n. 20 del 22 febbraio 2012 e tuttora vigente) si configura come un'importante occasione per disegnare una nuova strategia anche finanziaria per le politiche regionali per gli immigrati, riconducendo a un medesimo disegno programmatico tutte le numerose forme di finanziamento regionali, nazionali ed europee che in questi ultimi anni sono state destinate in misura più o meno rilevante alle politiche di integrazione nei confronti

dei cittadini di Paesi terzi, fornendo così una visione d'insieme sia delle varie azioni attivate che delle risorse disponibili. Nell'ottica della “primaria esigenza di evitare disparità territoriali e trattamenti differenziati per i migranti all'interno del medesimo territorio regionale”, il Piano Integrato fa innanzitutto riferimento alle azioni di carattere strategico trasversale, così definite per la loro peculiarità di riflettersi sulla globalità dei processi di integrazione attinenti ai più diversi ambiti di intervento – quali, ad esempio, istruzione, sanità, lavoro – di competenza di una pluralità di settori del sistema pubblico.

Le azioni di rilievo strategico e trasversale da attivare annualmente sono finalizzate al perseguimento degli obiettivi generali indicati nel Piano di Indirizzo, quali principali fattori di integrazione e precisamente:

- la rappresentanza e la partecipazione alla vita pubblica dei cittadini stranieri;
- la qualificazione di una rete di servizi informativi rivolti ai cittadini stranieri collegata a una rete di servizi di tutela, contrasto e rimozione delle discriminazioni;
- la promozione di opportunità di apprendimento della lingua italiana nella prospettiva della promozione di una “cittadinanza attiva” intesa come appartenenza piena e consapevole alla vita della comunità.

Gli interventi attuativi per l'annualità 2018 del Piano di Indirizzo sono stati approvati con DG 1304/2017 contestualmente al “Libro bianco sulle politiche di accoglienza dei richiedenti asilo politico e titolari di protezione internazionale o umanitaria”, per sottolineare la convergenza fra quanto previsto in materia di integrazione dalla LR 29/2009 e le proposte/raccomandazioni sulle caratteristiche e i requisiti di qualità dei progetti e degli interventi di integrazione orientati alla coesione sociale definite nel Libro bianco.

Tabella 2. Stranieri regolarmente presenti per genere – Valori assoluti, distribuzione percentuale e prevalenza per 100 abitanti – Province e Toscana, anno 2017 – Fonte: ISTAT

Provincia	Maschi	Femmine	Totale		% stranieri su pop. totale
			N.	%	
Arezzo	16.825	19.734	36.559	9,1	10,6
Firenze	60.098	69.642	129.740	32,4	12,8
Grosseto	10.290	12.170	22.460	5,6	10,1
Livorno	12.551	14.416	26.967	6,7	8,0
Lucca	13.848	16.568	30.416	7,6	7,8
Massa e Carrara	6.588	7.283	13.871	3,5	7,1
Pisa	19.871	21.370	41.241	10,3	9,8
Pistoia	12.115	15.185	27.300	6,8	9,4
Prato	20.452	21.869	42.321	10,6	16,6
Siena	13.069	16.426	29.495	7,4	11,0
Toscana	185.707	214.663	400.370	100	10,7

Alla realizzazione delle politiche di integrazione, oltre alle risorse regionali, concorrono prevalentemente risorse di provenienza statale e comunitaria, coerentemente con la progressiva perdita di centralità in materia di integrazione da parte degli Stati nazionali, che conservano importanti competenze esclusive, quali quelle legate alla regolazione e alla regolarità degli ingressi e alla gestione dei flussi straordinari, ma contestualmente si confrontano con la difficoltà di definire modelli d'intervento territorialmente adeguati per un fenomeno in costante mutamento. Le politiche per l'integrazione realizzate in Toscana nei confronti di cittadini di Paesi terzi sono quindi finanziate:

1. dal Fondo Nazionale Politiche Migratorie: nell'ambito di accordo di programma tra Regione Toscana e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, è stato assegnato alla Regione un contributo di 234.117 Euro per favorire l'integrazione sociale e l'inserimento lavorativo dei migranti regolarmente presenti in Toscana. Col progetto elaborato in tale contesto, si intendono realizzare gli obiettivi contenuti nell'accordo attraverso azioni propedeutiche per la progettazione, strutturazione e sperimentazione del sistema dei servizi territoriali integrati rivolti alla popolazione immigrata, nella prospettiva della facilitazione dell'accesso ai servizi e basandosi sull'adozione di un modello innovativo di intervento fondato sul coordinamento e l'integrazione tra le risorse dei servizi per l'orientamento e il lavoro da un lato e dei Servizi sociali dall'altro, al fine di offrire risposte coordinate e globali all'utente quale soggetto portatore di bisogni unitari riconducibili alla persona. Come soggetti attuatori del progetto sono stati individuati il Comune di Firenze, il Comune di Prato e la Società della Salute Zona Pisana quali agenti disseminatori di buone prassi, sperimentate in un precedente progetto europeo su tematiche analoghe.
2. dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) che ha finanziato per il periodo 2016-2018 i seguenti progetti dei quali la Regione Toscana è capofila:
 - “SOFT - Sistema Offerta Formativa Toscana: italiano per stranieri”, in partenariato con la rete dei Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti, l'Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana e l'Università per Stranieri di Siena, prevede la qualificazione del sistema regionale di formazione civico-linguistica per i cittadini di Paesi terzi regolarmente soggiornanti e per i titolari di protezione internazionale; il progetto, concluso ad aprile 2018, ha visto la partecipazione ai corsi di circa 1.800 cittadini stranieri regolarmente soggiornanti;
 - “SCUOLA SENZA FRONTIERE”, in partenariato con alcune scuole-polo del territorio, prevede interventi finalizzati a promuovere l'inclusione sociale di 1.540 minori e giovani stranieri, anche di seconda generazione, contrastare la dispersione scolastica e fronteggiare i gap di rendimento;
 - “INSERTO - Integrazione nei/dei SERVIZI TOscani”, si pone l'obiettivo generale di facilitare e qualificare i percorsi di integrazione dei cittadini stranieri attraverso l'organizzazione di un sistema integrato di servizi territoriali (lavoro, integrazione, alloggio e istruzione);
 - “PAeSI nel mondo”, in partenariato con l'Istituto di Teoria e Tecniche dell'Informazione

Giuridica - ITTIG del CNR, è finalizzato a favorire un'informazione integrata e completa sui servizi e sulle opportunità presenti sul territorio nazionale, in particolare attraverso la valorizzazione di strumenti di comunicazione istituzionale e il consolidamento delle reti esistenti dal livello locale fino a quello nazionale;

- “#IOPARTECIPO”, rivolto alla promozione della partecipazione attiva dei migranti alla vita economica, sociale e culturale, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni di giovani di seconda generazione.

**Promozione della genitorialità e
sostegno ai bambini e agli
adolescenti fuori dalla famiglia**

Promozione della genitorialità e sostegno ai bambini e agli adolescenti fuori dalla famiglia

I concetti di prevenzione e di promozione hanno in questi due ultimi anni riconquistato terreno nell'ambito delle politiche regionali dedicate ai minori e alle famiglie, soprattutto a quelle che mostrano elementi di vulnerabilità congiunti alla consapevolezza di poter migliorare i propri potenziali genitoriali da spendere nell'accudimento e nelle relazioni con i propri figli. Nel tracciare il profilo di salute toscano 2017, è già stato sottolineato come l'ambito del lavoro socio-educativo con i bambini e le famiglie in situazione di difficoltà, fragilità o a rischio di maltrattamento non debba considerarsi un "fuori" o un "oltre" i percorsi di cura e protezione, ma come invece ne costituisca uno spaccato specifico che contribuisce, senza soluzione di continuità, all'affermazione del benessere e della sicurezza dell'infanzia e dell'adolescenza nel suo complesso. Proprio la delineazione di questo arco educativo ed assistenziale su cui si va rifondando la visione del sistema di interventi e servizi per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie, rappresenta il risultato più innovativo cui si sta gradualmente giungendo, grazie alla convergenza di una serie di percorsi, progetti e pratiche. Un arco a valenza promozionale e tutelare che abbraccia, dunque, tutte le dimensioni dell'intervento, dalla prevenzione alla cura, dal sostegno all'accompagnamento e che orienta i Servizi ad agire sui livelli di sicurezza, sulle misure di aiuto ai nuclei, sulle modalità di intervento che favoriscano il raggiungimento dell'autonomia e del completo inserimento sociale.

Nell'ultimo anno l'emanazione da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali delle linee di indirizzo sulla genitorialità vulnerabile ha senza dubbio dotato l'intero sistema di uno strumento nel quale concetti e idee di riferimento si uniscono ad indirizzi operativi, contribuendo in tal modo a comporre un quadro organico di documenti programmatici di livello nazionale, che unendosi ai precedenti indirizzi sull'affidamento familiare e a quelli più recenti sull'accoglienza in comunità, abbraccia tutte le dimensioni intorno alle quali si organizzano i Servizi per minori e per famiglie. L'azione regionale, calata in questo contesto, non può che perseguire obiettivi di consolidamento e messa a sistema di percorsi innovativi ed integrati, così come sperimentati attraverso le opportunità riconducibili alle progettualità derivanti dai Fondi erogati dal Dipartimento delle Politiche per la Famiglia e dal Programma Nazionale di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I) promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in collaborazione con l'Università di Padova.

Riprendendo l'immagine dell'arco educativo e assistenziale, non c'è dubbio che il basamento sia rappresentata dal Programma P.I.P.P.I che, con la sua cassetta degli attrezzi, misure e dispositivi, offre la possibilità di rinnovare le pratiche di prevenzione dell'allontanamento, spostando il focus degli operatori verso la capacità di riconoscere, valorizzare e sostenere le potenzialità genitoriali, l'osservazione dei cambiamenti, la documentazione e la valutazione dei risultati.

Nei quattro anni di attuazione del programma si è diffusa nei 13 territori toscani aderenti alla sperimentazione la conoscenza di metodologie e strumenti di intervento nuovi o comunque usati in un'ottica inedita:

- la microprogettazione per obiettivi e fattori osservabili e misurabili;
- la co-progettazione pubblico/privato, servizi/famiglie;
- la costituzione di famiglie di appoggio e di forme leggere di supporto tra e con le famiglie;
- le équipe integrate allargate al privato sociale, alla scuola, ai genitori.

Il percorso di implementazione territoriale che ha caratterizzato il programma, e che si sta realizzando anche grazie al rafforzamento delle azioni perseguito dalla Regione Toscana, ha contagiato positivamente l'agire professionale di territori limitrofi a quelli in sperimentazione determinando condizioni favorevoli alla diffusione di prassi comuni e soprattutto alla condivisione di una visione integrata, sistemica degli interventi di prevenzione e promozione.

Una tendenza, questa, che è divenuta vera e propria direttrice di sviluppo grazie all'impegno di territori che nell'ambito del programma P.I.P.P.I si sono guadagnati la qualificazione di soggetti "senior" – Firenze, Prato, Lucca e Grosseto – e che ha trovato nello strumento del Laboratorio Territoriale (LabT) un'opportunità ai fini della diffusione a livello regionale. Con la sesta fase di implementazione del programma, i territori sopra ricordati, di livello più avanzato, sono chiamati a lavorare anche in una dimensione laboratoriale: il LabT rappresenta il contesto nel quale approfondire bisogni formativi e proposte operative, nonché predisporre un progetto di innovazione mirato a trasferire, attraverso la progettazione di percorsi formativi, l'expertise acquisita da porre a servizio dell'obiettivo di diffondere degli elementi chiave del metodo e dell'organizzazione di P.I.P.P.I negli assetti tecnici, organizzativi e istituzionali locali.

Le novità introdotte sono state la costituzione di un Laboratorio territoriale e l'individuazione di alcuni formatori esperti, che hanno, in primo luogo, il ruolo di trasferire le competenze acquisite a quei territori nuovi di sperimentazione. Il progetto di innovazione del LabT toscano si contraddistingue per la scelta di assolvere all'indirizzo ministeriale della formazione locale e territoriale coniugandola con una prospettiva più ampia, di livello formativo regionale, utile al percorso di consolidamento dei risultati della sperimentazione.

Grazie alla linea di progettazione stimolata dall'opportunità di accedere ai finanziamenti del Dipartimento delle Politiche per la Famiglia (Fondi Famiglia), si è sviluppata un'azione tesa a orientare i servizi territoriali verso un'organizzazione integrata e interconnessa, nella quale l'obiettivo del sostegno alla natalità sia esplicitato attraverso la correlazione e la combinazione degli apporti tra i sistemi degli interventi e dei servizi a favore della maternità, della genitorialità e dell'educazione familiare. Va anche rilevato come la programmazione dei Fondi Famiglia rappresenti, nell'interpretazione che ne ha data la Regione Toscana, un'opportunità di assegnazione non indistinta di risorse, come avviene con il Fondo Sociale Regionale, ma piuttosto un tentativo di agganciare le dotazioni finanziarie a obiettivi di sviluppo preordinati.

L'azione di indirizzo regionale ha consentito, tra il 2017 e il 2018, di raccogliere i primi frutti non solo in termini di attuazione degli obiettivi specifici fissati nelle progettualità territoriali, ma anche (e soprattutto) nell'attestazione di un vero e proprio processo di avvicinamento tra i confini che segnano la sfera promozionale e quella tutelare. In sostanza, nei cosiddetti progetti dei Fondi Famiglia si sta verificando una contaminazione positiva che esprime quel concetto di continuità degli interventi sopra richiamato: se da un lato, soprattutto con la prima fase della programmazione (Fondi Famiglia 2014 e 2015), ci si è concentrati sulla qualificazione dei servizi assicurati dai Centri Affido riconfermando il ruolo centrale di questo tipo di istituto nei percorsi tutelari, dall'altro proprio l'affidamento familiare ha trovato risonanza nella dimensione preventiva con l'utilizzo di forme più leggere, complementari, di appoggio da sperimentare con le famiglie in difficoltà. L'elencazione dei principali risultati di questo percorso restituisce una declinazione di interventi e attività che assolve tra l'altro all'esigenza di sostanziare e attualizzare le finalità e gli obiettivi che hanno guidato le progettualità:

- attività di promozione e sensibilizzazione dell'affidamento familiare;
- ampliamento e qualificazione delle banche dati curate dai Centri Affido per le persone e le coppie disponibili;
- maggiore efficacia ed efficienza del lavoro di equipe in relazione a tutte le varie fasi dell'affido;
- misura del sostegno economico attivata per situazioni di particolare problematicità delle famiglie affidatarie;
- offerta formativa mirata e rafforzata per le famiglie affidatarie, affinché riescano a fronteggiare situazioni critiche;
- utilizzo di strumenti, dispositivi e prassi operative testati con il programma P.I.P.P.I – come il framework assessment, il gruppo genitori, il triangolo, la valutazione partecipata per:
 - sostenere famiglie di origine interessate da affidi part-time;
 - diffondere prassi operative omogenee a sostegno dell'affido familiare a livello sovrazonale;
 - potenziare e qualificare gli interventi di sostegno al recupero delle competenze genitoriali nelle famiglie di origine dei bambini in affido;
- messa in rete dei Centri Affido;
- diffusione di forme di affido preventivo, ovvero di coinvolgimento di persone o famiglie disponibili a progetti di solidarietà civile;
- attivazione di famiglie di appoggio, e di nuclei e persone disposte a supportare in maniera leggera e più informale genitori in temporanea e lieve difficoltà;
- integrazione delle equipe con figure professionali quali l'educatore e lo psicologo, finalizzata al rafforzamento del lavoro ordinario e alla sperimentazione di progetti innovativi nell'area tutela e genitorialità;
- sperimentazione di nuove forme di valutazione, presa in carico e progettazione partecipata degli interventi per le famiglie vulnerabili;
- coinvolgimento e sensibilizzazione del sistema scolastico con la partecipazione del personale docente, degli alunni e dei genitori ai fini della diffusione della cultura dell'accoglienza e dell'implementazione delle banche dati per aspiranti affidatari;

- rafforzamento dell'intervento educativo, domiciliare e territoriale quali strumenti attraverso i quali praticare effettivamente le dimensioni del sostegno all'autonomia e della prevenzione.

Di seguito la ricognizione delle progettualità territoriali integrate per il sostegno alla genitorialità e la qualificazione dei Centri Affido.

Tabella 1. I 12 progetti finanziati dalla Regione Toscana – Area sociale

Finanziamento	€ 25.850,00 ciascuno a valere sul Fondo per le politiche della famiglia per l'anno 2014 e su Fondi regionali integrati, ai sensi della DGR 904/2014 € 25.000,00 ciascuno a valere sul Fondo per le politiche della famiglia per l'anno 2015 e su Fondi regionali integrati, ai sensi della DGR 595/2016 € 30.974,82 ciascuno a valere sul Fondo per le politiche della famiglia per l'anno 2016 e su Fondi regionali integrati, ai sensi della DGR 1133/2016
Soggetti proponenti	Comuni capofila e Società della Salute per le aree di competenza delle Aziende sanitarie toscane
Territori coinvolti	Firenze, Fiorentina Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est, Empolese-Valdarno Inferiore, Val di Nievole, Pistoiese, Pratese, Apuane, Piana di Lucca, Alta Val di Cecina-Val d'Era, Pisana, Bassa Val di Cecina-Val di Cornia, Livornese, Versilia, Alta Val d'Elsa, Amiata Senese e Val d'Orcia-Val di Chiana Senese, Senese, Aretina-Casentino-Val Tiberina, Colline dell'Albegna, Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grosseto
Obiettivi	Qualificazione del sistema dei Centri Affido e/o dei Servizi dedicati alle famiglie ed alla genitorialità, affinché si diffondano e si consolidino pratiche di intervento omogenee rivolte all'educazione familiare e al sostegno della genitorialità
Destinatari	• Famiglie affidatarie • Minori in affidamento familiare • Famiglie di origine • Operatori sociali, socio-sanitari e socio-educativi • Equipe integrate Programma P.I.P.P.I • Cittadinanza raggiunta dalle azioni di sensibilizzazione
Risultati raggiunti	• Stabilizzazione all'interno del gruppo di lavoro di figure professionali quali lo psicologo e l'educatore che ha permesso un rafforzamento del lavoro ordinario, la sperimentazione di progetti innovativi e una maggiore crescita professionale • Condivisione delle metodologie e degli strumenti utilizzati ai fini dello sviluppo di coesione e omogeneità operativa • Metodologia e approccio olistico sperimentati nell'ambito del programma nazionale P.I.P.P.I applicati non solo alla valutazione delle competenze genitoriali ma anche ad altri interventi con le famiglie • Messa a regime di azioni integrate di sostegno alle famiglie mediante i "gruppi di parola" per le famiglie affidatarie e i minori in affido, l'assistenza domiciliare e la sperimentazione delle "famiglie d'appoggio" • Realizzazione di strumenti divulgativi (pubblicazioni, depliant, brochure) e organizzazione di incontri/eventi di sensibilizzazione (convegni, spettacoli, ecc.) anche con il coinvolgimento delle famiglie affidatarie che è risultato particolarmente efficace nell'ottica di un aumento delle famiglie disponibili a progetti di affido o di "appoggio leggero" • Formazione congiunta degli operatori afferenti a vari servizi su temi quali l'affido, il sostegno alla genitorialità vulnerabile, la metodologia P.I.P.P.I, la continuità affettiva • Messa a regime di un proficuo lavoro di rete fra Centri Affido, Centri Adozione e Consulenti attraverso l'istituzione di Tavoli zionali o la convocazione di riunioni periodiche
N. utenti raggiunti	• 1.381 famiglie • 1.402 minori

Tabella 2. I tre progetti di area vasta finanziati dalla Regione Toscana – Area sanitaria

Finanziamento	€ 37.333,33 ciascuno a valere sul Fondo per le politiche della famiglia per l'anno 2016 e su Fondi regionali integrati, ai sensi della DGR 1133/2016
Soggetti proponenti	Aziende USL
Territori coinvolti	Alta Val di Cecina-Val d'Era, Pisa, Bassa Val di Cecina-Val di Cornia, Livornese, Alta Val d'Elsa, Firenze, Pratese, Senese, Aretina-Casentino-Val Tiberina, Val di Chiana Aretina, Colline dell'Albegna, Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grosseto
Obiettivi	Realizzazione, con il coinvolgimento attivo dei Consultori e/o dei Punti Nascita di ciascuna zona ed insieme ai Servizi sociali dei Comuni, ai Centri Affidò, ai Centri Adozioni e ai Centri per le famiglie, di attività integrate di sostegno educativo precoce svolto nell'ambito dei percorsi di preparazione alla nascita al fine sostenere le dinamiche relazionali e affettive connesse al ruolo genitoriale e a riconoscere precocemente difficoltà e fattori di rischio, nonché attivare interventi di sostegno educativo (esempio: home visiting, progetti post partum, ecc.) rivolti alle famiglie con bambini piccoli, nelle fasi successive alla nascita
Destinatari	• Donne in gravidanza / coppie in attesa • Neo-mamme / neo-genitori • Minori 0-3 anni • Operatori sanitari beneficiari di attività di formazione specifica
Risultati raggiunti	• Ampio coinvolgimento dei Servizi territoriali • Messa a punto di strumenti metodologici utilizzati nei Consultori coinvolti per la rilevazione precoce dei fattori di rischio ed elaborazione di procedure condivise di segnalazione reciproca fra i Servizi al fine di ottimizzare i percorsi di presa in carico delle coppie in difficoltà e la promozione dell'empowerment familiare • Alta partecipazione delle donne agli screening • Attivazione di interventi/gruppi di sostegno alla genitorialità • Attivazione di sportelli di consulenza psicologica precoce in gravidanza e puerperio • Prosecuzione della presa in carico multidisciplinare in post partum modulata in funzione delle problematiche emerse nella fase di valutazione. La presa in carico si articola in: home visiting, sostegno psicologico, educativo e sociale, sostegno all'allattamento, massaggio infantile • Sostegno alle famiglie affidatarie 0-3 anni (Progetto PAPI del Comune di Firenze) • Formazione del personale dei consultori sul tema del sostegno alla genitorialità • Avvio di un proficuo scambio culturale e professionale sia tra operatori Comune-AUSL sia tra professionisti di ambiti diversi
N. utenti raggiunti	• 108 donne/coppie in attesa • 117 famiglie con minori 0-3 anni

Tabella 3. I 10 progetti finanziati dalla Regione Toscana – Area educativa

Finanziamento	€ 14.400,00 ciascuno a valere sul Fondo per le politiche della famiglia per l'anno 2016 e su Fondi regionali integrati, ai sensi della DGR 1133/2016
Soggetti proponenti	Comuni capofila delle Conferenze zonali per l'educazione e l'istruzione
Territori coinvolti	Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grosseto, Apuane, Pistoiese, Pratese, Piana di Lucca, Pisana, Livornese, Senese
Obiettivi	Realizzazione di interventi di comunicazione istituzionale volti a rappresentare in maniera univoca e polifunzionale la mappa territoriale dei Servizi per le famiglie e per i bambini nella fascia 0-3 anni
Destinatari	• Donne in gravidanza / coppie in attesa • Neo-mamme / neo-genitori • Minori 0-3 anni • Operatori di area educativa beneficiari di attività di formazione specifica
Risultati raggiunti	• Realizzazione della mappatura dei Servizi e degli interventi per le famiglie con bambini piccoli 0-6anni • Realizzazione di strumenti di diffusione dell'informazione quali: piattaforme web, opuscoli e brochure con logo coordinati tradotti in varie lingue, applicazioni per smartphone, incontri con la cittadinanza, punti informativi all'interno delle strutture educative. L'attività promozionale è stata realizzata con la collaborazione delle Amministrazioni comunali della Zona e con l'AUSL • Realizzazione di incontri e seminari rivolti a genitori, educatori e insegnanti, condotti da professionisti (pediatri, nutrizionisti, psicoterapeuti e psicologi dell'età evolutiva) sul tema della genitorialità • Rafforzamento del ruolo della Conferenza Zonale per l'Istruzione e l'Educazione sul territorio zonale, da un lato creando un canale di comunicazione/informazione direttamente rivolto alle famiglie, dall'altro supportando la rete educativa territoriale integrata pubblico-privato • Avvio di un proficuo lavoro di rete fra gli operatori coinvolti che prodotto un: • maggiore coordinamento • maggiore collaborazione e circolazione delle informazioni a livello territoriale • maggiore efficacia operativa
N. potenziali utenti raggiunti dalle azioni di comunicazione	• 41.671 famiglie • 9.100 minori

Il bagaglio di conoscenze, esperienze e pratiche che si sono realizzate grazie ai percorsi di lavoro ricordati supportano, dunque, il processo di definizione dell'ambito in cui collocare l'attività di promozione delle capacità e delle potenzialità genitoriali, del sostegno preventivo, dell'empowerment delle famiglie; immettono, inoltre, nel sistema consolidato della tutela, soprattutto nella disciplina dell'affidamento familiare, elementi capaci di generare rinnovamento e rafforzare, in ultima analisi, il percorso complessivo di sostegno e accompagnamento socio-educativo che vede come tassello terminale la dimensione dell'autonomia, quale condizione necessaria alla completa affermazione del benessere.

Su quest'ultimo fronte la novità di maggior rilievo è rappresentata dalla conclusione del percorso sperimentale approntato nel 2014 per rinforzare il sistema dell'accoglienza con strutture ponte, in grado di sostenere il passaggio dalle comunità a forte presidio educativo e tutelare a contesti più leggeri, impostati sulla valorizzazione delle aspirazioni all'autonomia personale e sociale. L'esperienza si è avviata nel 2015 ed ha riguardato la sperimentazione di appartamenti nei quali ospitare ragazzi nella fascia di età tra i 16 ed i 21 anni provenienti da precedenti situazioni di accoglienza e non ancora completamente svincolati da necessità di sostegno. I reiterati avvisi regionali – 2015, 2016 e 2017 – hanno sostenuto l'apertura di strutture con le caratteristiche della civile abitazione e un apporto professionale assicurato dagli educatori concentrato in alcune fasce orarie per consentire ai ragazzi di partecipare alle attività scolastiche, formative e ricreative. Alla fine del 2017 risultavano attivi 51 appartamenti in esito alle co-progettazioni che hanno coinvolto 18 soggetti pubblici e 27 gestori del privato sociale, per un'offerta di 372 posti letto. La fetta più consistente dell'utenza è rappresentata da minori non accompagnati; ragazzi con l'età media che si colloca vicino al compimento del 18° anno e una marcata vocazione all'autonomia, che trovano risposte maggiormente aderenti ai loro bisogni in questa particolare situazione di accoglienza.

I dati sui minori stranieri non accompagnati riferiti al complesso del sistema di accoglienza residenziale restituiscono un quadro caratterizzato da 851 presenze residenziali di cui 379 interessano ragazzi nella condizione di stranieri non accompagnati; 176 sono i ragazzi che hanno trovato sistemazione in appartamenti sperimentali e di questi ben 168 sono minori stranieri non accompagnati.

Gli esiti della sperimentazione sono stati recepiti nelle modifiche che hanno portato alla nuova redazione del Regolamento sulle strutture di accoglienza sociali e socio-sanitarie, attuativo dell'articolo 62 della LR 41/2005: il Regolamento 2/R del 2018 e la Deliberazione di Giunta regionale 318, sempre del 2018, sanciscono il pieno riconoscimento del percorso triennale promosso dalla Regione e codificano la nuova tipologia denominata "Appartamenti per l'autonomia per adolescenti e giovani".

Di fatto gli appartamenti per l'autonomia divengono una declinazione della previsione normativa contenuta all'articolo 22, lett. b) della citata LR 41/2005 che disciplina le comunità di tipo familiare soggette a obbligo di comunicazione di avvio di attività e dedicate alle funzioni di assistenza a bassa intensità per un massimo di sei persone. Il profilo strutturale e organizzativo cui si è approdati si caratterizza per alcuni elementi che, più di altri, sostengono quella vocazione, peculiare di questa tipologia, a realizzare canali di passaggio graduale e presidiato tra l'accoglienza in situazione di tutela e l'inserimento nel tessuto sociale. Innanzitutto la classificazione di struttura residenziale di secondo livello, deputata quindi a sostenere ragazzi e giovani che abbiano avuto esperienze pregresse di accoglienza e per i quali siano valutati maturi i tempi per un progetto finalizzato ad affrancarsi dall'intervento assistenziale. L'indicazione del

requisito della civile abitazione conferma la dimensione familiare in cui la tipologia intende collocarsi, quanto più vicina a un'organizzazione di vita e di crescita quotidiane, ordinarie, aperta alle relazioni con i contesti scolastici, ricreativi, amicali.

D'altro canto le indicazioni sull'adozione dei progetti educativi individualizzati, su un'organizzazione rispettosa delle fasce di età e di genere, sul presidio notturno e sulla presenza di un coordinatore referente e reperibile, introducono elementi di riequilibrio al principio fondante del riconoscimento e del sostegno ai bisogni di autonomia. Una scelta non certo causale, ma operata per affermare con decisione come anche gli interventi e le misure attivati per questo target specifico di ragazzi, che vedono una governance indubbia dell'ente locale che agisce in cooperazione con il privato sociale, siano posizionati a pieno titolo dentro quel sistema toscano di protezione per i minori che contempla anche i minori stranieri non accompagnati e che va oltre le forme di accoglienza pensate e realizzate per le persone richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale (al riguardo si rimanda al contributo "Dall'accoglienza all'integrazione delle persone straniere").

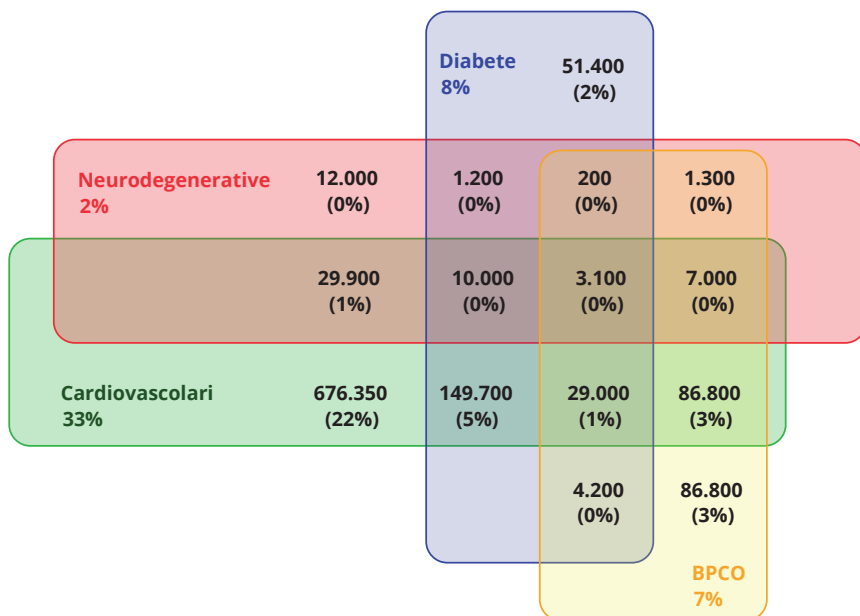
I nuovi modelli per affrontare l'aumento delle cronicità

I nuovi modelli per affrontare l'aumento delle cronicità

In Toscana sono circa 1 milione e 150mila gli adulti con una o più condizione cronica (stima per la popolazione di 16+ anni). Le condizioni croniche più frequenti sono quelle cardiovascolari (che interessano il 33% dei toscani), seguite dal diabete, circa 250mila (8%), dalla BPCO (7%) e dalle malattie neurodegenerative (2%, principalmente demenze e parkinsonismi).

Le persone che hanno più di una tipologia di malattia cronica, tra le quattro individuate, sono circa 330mila e la combinazione più frequente riguarda le patologie cardiovascolari e il diabete o la BPCO (figura 1). Nel complesso, sono più numerose le persone con almeno due malattie croniche di quelle con soltanto una malattia cronica: la condizione cronica più frequente è quindi la multimorbidità

Figura 1. Malattie croniche - Prevalenza per 100 abitanti d'età 16+ anni - Toscana, anno 2017 -
Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



La gestione delle malattie cronicodegenerative è appropriata se organizzata attraverso reti cliniche e assistenziali integrate a livello territoriale e attraverso un supporto sistematico alla capacità di autocura della persona malata e all'attivazione della comunità per la promozione di abitudini e stili di vita per la salute. La finalità è mantenere il miglior stato di salute possibile, evitando le riacutizzazioni e prevenendo l'evoluzione della disabilità.

La gestione sanitaria delle cronicità a livello territoriale in Toscana si contraddistingue sul piano nazionale per due aspetti salienti.

Il primo è che in regione Toscana è in corso, a partire dal 2010, il più vasto e sistematico progetto di Sanità d'Iniziativa (SI) per la gestione delle cronicità mai condotto in Italia, attraverso l'implementazione del Chronic Care Model (CCM), un modello di gestione territoriale dell'assistenza al malato cronico.

Il secondo è che la Toscana è stata la prima regione d'Italia a implementare sistematicamente le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina generale, creando così le condizioni per l'attuazione di attività di clinical governance in modo diffuso, anche e soprattutto in ambito di gestione delle cronicità.

La Sanità d'Iniziativa in Toscana è un modello assistenziale proattivo di gestione delle malattie croniche attuato secondo gli elementi del CCM, grazie al quale migliorare la qualità delle cure erogate e gli esiti di salute degli assistiti affetti da condizioni croniche attraverso un'interazione tra un paziente attivo e informato e un team multiprofessionale preparato e proattivo.

A partire dal 2010, i medici di Medicina generale (MMG) hanno iniziato ad aderire al progetto e hanno iniziato a formare i moduli della Sanità d'Iniziativa, team multiprofessionali costituiti da un gruppo di MMG e da un infermiere.

Nello stesso anno è iniziato l'arruolamento dei pazienti affetti da diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva e pregresso ictus.

L'ARS ha misurato l'impatto della SI sulla cura dei pazienti con diabete nel periodo di follow-up 2011-2014, con uno studio pre-post con gruppo di controllo, secondo il framework "Triple Aim", sviluppato dall'Institute for Healthcare Improvement (figura 2), considerando tre dimensioni: la qualità delle cure, la spesa pro-capite ed il guadagno di salute.

Figura 2. Schema concettuale del framework "Triple Aim"

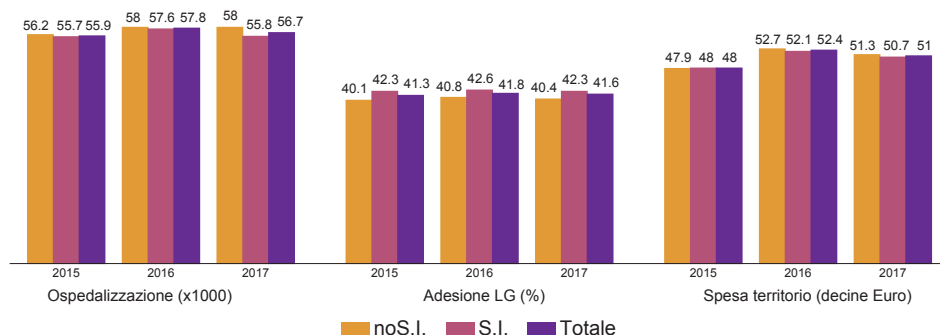


tratto da: Donald M. Berwick e Thomas W. Nolan, 2007

È indubbio che la Sanità d'Iniziativa abbia migliorato la qualità delle cure erogate almeno per quanto misurabile in termini di adesione alle raccomandazioni delle Linee guida. Ecclatante il risultato sulla percentuale di pazienti con diabete seguiti adeguatamente da un punto di vista di indagini diagnostiche di follow-up che è aumentata del 58%. Era peraltro scontato che ciò non potesse avvenire senza un concomitante, seppur contenuto, aumento della spesa pro-capite per consumo di prestazioni diagnostiche e di farmaci. Meno atteso l'impatto sul ricorso all'ospedalizzazione programmata per complicanze a lungo termine del diabete, aumentato verosimilmente per un fenomeno di "emersione del sommerso" grazie a visite ed esami più frequenti. Ne consegue che questi ricoveri, più che come esiti negativi, sono da interpretare come importanti componenti del processo di cura, occasioni per approfondimenti diagnostici e per migliorare la terapia e l'educazione sanitaria del paziente. Ecclatanti infine gli impatti sul guadagno di salute con una riduzione significativa dei tassi di eventi cardio-cerebro-vascolari acuti, la Sanità d'Iniziativa si è dimostrata capace di diminuire significativamente il rischio cardiovascolare degli assistiti affetti da diabete, e della mortalità.

A inizio 2017 avevano aderito al progetto 1.458 MMG, per una popolazione assistita di circa 1 milione e 800mila pazienti, pari al 60% della popolazione ultra16enne residente in Toscana. I dati aggiornati al 2017, suggeriscono peraltro, per gli assistiti dei medici aderenti alla SI, livelli di adesione alle raccomandazioni cliniche più elevati e con spese pro-capite e tassi di ospedalizzazione più bassi rispetto agli assistiti dei medici non aderenti alla Sanità d'Iniziativa (figura 3).

Figura 3. Valore medio indicatori di performance per MMG aderente alla Sanità d'Iniziativa e non - Toscana, anno 2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Dal 2014 in Toscana sono state create le AFT: forme organizzative monoprofessionali della Medicina generale, introdotte a livello nazionale con la Legge n.189/2012 (Legge Balduzzi) e riprese nel Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sancito dall'Intesa Stato Regioni in data

10 luglio 2014. La normativa nazionale prevede che le AFT “condividano, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, Linee guida, audit e strumenti analoghi”.

La Regione Toscana ha recepito la normativa nazionale tramite l'accordo integrativo Regionale della Medicina convenzionata approvato a fine 2012. Secondo quanto previsto dall'accordo regionale, ogni AFT raggruppa circa 25-30 MMG e una popolazione di assistiti di 20mila-30mila persone. I MMG che ne fanno parte sono sia medici a rapporto di fiducia (cioè medici di Assistenza primaria) che medici a rapporto orario (medici della Continuità assistenziale).

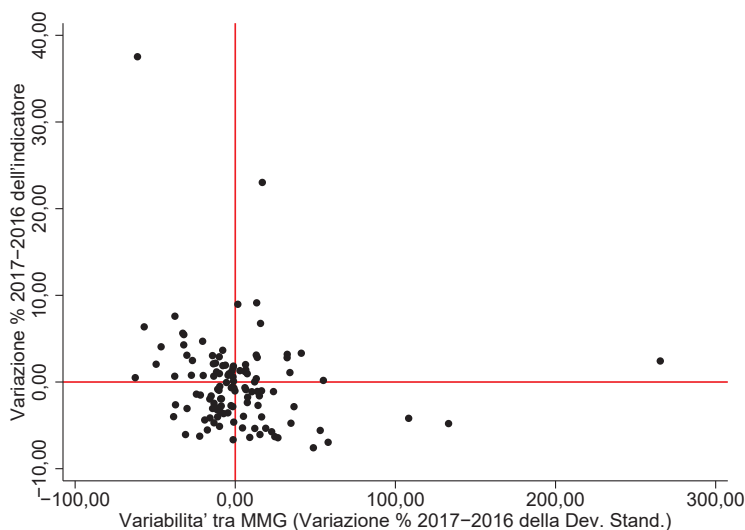
Nell'accordo regionale si stabilisce che per ogni AFT sia eletto dai medici aderenti un coordinatore, che ha il compito di raccordo tra l'AFT, le Zone Distretto e le AUSL, oltre che funzioni di clinical governance all'interno della AFT, tramite riunioni periodiche con tutti i membri dell'aggregazione. Con le ultime modifiche apportate alla Legge n.40 del 2005 che disciplina il Servizio Sanitario Regionale toscano, i coordinatori delle AFT costituiscono il Dipartimento di Medicina generale delle AUSL, ne eleggono il direttore, e sono coinvolti nella programmazione aziendale e nella definizione dei percorsi inerenti le cure primarie e la continuità assistenziale ospedale-territorio dell'AUSL di appartenenza. Tramite il Dipartimento si confrontano con gli altri medici specialisti e partecipano al Dipartimento interaziendale di Area Vasta.

Tra i compiti principali dell'AFT vi è la clinical governance dei servizi con particolare riguardo alla gestione delle malattie croniche a livello territoriale, per garantire omogeneità di assistenza, appropriatezza, buoni esiti di salute e contenimento dei costi.

Per descrivere quanto accaduto durante gli ultimi due anni a livello di ogni singola AFT, possiamo suddividere le AFT in 4 gruppi, combinando le variazioni percentuali tra il 2016 e il 2017 (+ o -) del valore degli indicatori in ogni singola AFT (media dei valori dei MMG che la compongono) e della loro variabilità tra i MMG, espressa in termini di deviazione standard (misura statistica che esprime quanto i valori di una misura si disperdono intorno al valore medio).

Considerando ad esempio l'appropriatezza delle cure erogate ai malati cronici (percentuale di raccomandazioni seguite) possiamo osservare il comportamento delle 116 AFT Toscane in termini di variazione percentuale 2016-2017 dell'indicatore (media dei valori dei MMG che compongono l'AFT) e della sua variabilità tra MMG della stessa AFT, misurata come dispersione intorno al valore medio (deviazione standard). La percentuale media di raccomandazioni seguite per la cura di malattie croniche è aumentata in 52 AFT su 116, e la variabilità tra MMG della stessa AFT è diminuita soltanto in 69 AFT (figura 4).

Figura 4. Raccomandazioni seguite dai malati cronici ogni 100 raccomandazioni previste dalle Linee guida - Posizionamento delle AFT per combinazione della variazione annuale dell'indicatore e della variazione annuale di variabilità interna - AFT toscane, anni 2016 e 2017
- Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



È probabilmente necessario rafforzare le attività di audit dei servizi all'interno delle AFT, quale strumento per migliorare la qualità clinica, anche specialistica, a livello delle cure primarie, garantendo cure sempre più efficaci, appropriate e sostenibili.

Il bisogno di cure palliative nelle condizioni di cronicità

Il bisogno di cure palliative nelle condizioni di cronicità

Dal concetto di “end of life” a quello di “late life”

L'invecchiamento della popolazione e il miglioramento delle cure nella fase acuta di malattia hanno determinato, e determineranno nei prossimi anni, profondi mutamenti dei bisogni di salute con aumento della prevalenza delle patologie croniche e incremento delle condizioni di cronicità avanzate con criticità cliniche ricorrenti. Questi pazienti hanno una probabilità di ricovero ospedaliero nell'ultimo anno di vita fino a 20 volte più elevata rispetto a quanto si registra nella popolazione generale.

A livello internazionale è ormai ampiamente diffusa la consapevolezza che modelli integrati di organizzazione delle cure domiciliari, con diversi livelli d'intensità e comprendenti anche le cure palliative, sono gli unici che possano garantire la possibilità concreta di fornire risposte assistenziali efficaci e in linea con i bisogni e le aspettative dei malati e dei loro familiari.

Diventa imprescindibile spostare il focus dalle cure palliative, che purtroppo sono ancora in molti casi considerate come le cure cui ricorrere nelle fasi temporalmente estreme della vita, alla cura delle cronicità: in quest'ottica le cure palliative, orientate a lenire le sofferenze del malato e di chi se ne prende cura, devono diventare un pilastro altrettanto importante di quello rappresentato dalle cure attive sulla malattia. Ma le cure palliative soffrono anche di altri errori d'inquadramento, oltre a quello appena citato relativo al tempo opportuno per attivarle. Infatti, ancora troppi, anche tra i medici, le considerano solo in chiave di terapia del dolore e le riservano solo ai malati affetti da malattie neoplastiche. Passare dal concetto di “end of life” a quello di “late life” significa allargare il nostro sguardo a una vita condotta sempre più spesso in condizioni di fragilità, di cronicità, pur non ancora di terminalità. Un orizzonte temporale molto più ampio, dunque, dove si andrebbero a integrare cure palliative e cure più tecniche, più intensive, realizzando quella simultaneità di cure che vede la sofferenza fisica e psichica del malato e dei suoi cari riconosciuta al pari dei dati biomedici propri della malattia.

In questa direzione va anche la nuova Legge che regola il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) del 22 dicembre 2017, in particolare quando enuncia, nel comma 2 dell'articolo 5 intitolato “Pianificazione condivisa delle cure”, che “il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari ... sono adeguatamente informati ... sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative”. Questa è la visione integrata cui dobbiamo tendere. Una visione duale e non dualistica delle possibilità di cure, sia come intervento che come palliazione.

Numerosi studi in letteratura documentano come strategie di sviluppo delle cure domiciliari, anche ad alta intensità, e dei setting di cure palliative domiciliari, siano in grado di ridurre il

ricorso alle cure ospedaliere, con diminuzione dei costi delle cure, riduzione del numero e della durata dei ricoveri, in particolare negli ultimi mesi di vita, incremento del numero dei malati che muoiono al proprio domicilio secondo le loro attese e preferenze.

Recenti lavori condotti in ambito locale su malati residenti nell'ASL di Lecco e deceduti nel 2012 hanno fornito risultati del tutto in linea con le evidenze riportate dalla letteratura e indicano che il 67,8% di questi malati ha avuto almeno un ricovero ospedaliero nell'ultimo anno di vita. Queste stesse analisi hanno evidenziato tuttavia che la presa in carico dei malati fragili in percorsi di Assistenza domiciliare ad elevata intensità riduce in modo significativo la frequenza dei ricoveri ospedalieri, in particolare nella fase di fine vita. Nello specifico il numero di malati con ricoveri negli ultimi 30 giorni di vita risulta addirittura dimezzato per coloro che sono inseriti in percorsi di Ospedalizzazione Domiciliare (OD) rispetto ai soggetti non seguiti in tale setting di cure. Tale evidenza è ulteriormente confermata dalla valutazione della numerosità di malati deceduti in ospedale, riconosciuta quale indicatore della capacità della Rete dei Servizi di prendersi cura dei malati in condizioni di fine vita, assicurando agli stessi e alle loro famiglie le cure e il necessario supporto al proprio domicilio secondo le loro attese e preferenze. In questo caso i risultati dell'analisi indicano che la percentuale di soggetti deceduti in ospedale tra coloro che sono in carico in OD è di 7 volte inferiore rispetto ai malati non in carico.

Da un'analisi svolta dall'Agenzia regionale di sanità sono stati individuati i pazienti deceduti nel corso del 2016 con una storia clinica di scompenso cardiaco o bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), attraverso l'utilizzo dei sistemi informativi sanitari regionali. Sono 9.021 soggetti, in gran parte ultra85enni (60%), di genere femminile (52%) e con 3 o più comorbidità (45,8%). Di questa popolazione, che rappresenta oltre 1 decesso su 5 in Toscana, è stato osservato il profilo assistenziale nell'ultimo mese di vita.

In questo periodo il 65% ha fatto almeno un accesso in Pronto Soccorso, e la grande maggioranza (76%) ha effettuato almeno un ricovero. Il 19% dei pazienti ricoverati ha effettuato un passaggio in Terapia intensiva e il 26% è stato sottoposto a interventi di supporto vitale intensivo (come il cateterismo cardiaco, il monitoraggio intensivo della pressione polmonare, l'impianto di un device cardiaco, ecc.).

Soltanto per l'1% dei pazienti è stato attivato un percorso domiciliare con i Servizi territoriali e soltanto un ulteriore l'1% si è rivolto ad un Hospice. Il 6,3% ha fatto uso di oppioidi a domicilio. Il decesso, infine, è avvenuto tra le mura ospedaliere nel 54%.

Il quadro che emerge in base alle informazioni derivate dai sistemi informativi sanitari presenti in Toscana, ma anche dall'esame della letteratura scientifica nazionale e internazionale, è quello di un'attivazione troppo tardiva e poco pianificata delle cure palliative: ne consegue la necessità di migliorare prioritariamente gli atteggiamenti culturali dei medici e la comunicazione con il paziente attraverso la formazione. In proposito, l'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda che tutti i Paesi adottino politiche nazionali di sviluppo delle cure palliative,

assicurando le risorse e i setting assistenziali necessari alla tutela della dignità dei malati in condizioni di fine vita, garantendo loro il diritto a trascorrere al proprio domicilio e con i propri familiari il periodo finale dell'esistenza. La stessa Organizzazione, con il documento "Ventuno obiettivi di salute per il ventunesimo secolo", raccomanda inoltre la misurazione sistematica dei risultati in termini di esiti di salute delle cure mediche, quale strumento indispensabile per lo sviluppo continuo della qualità dell'assistenza ai malati, che consenta un approccio scientifico per identificare nuovi interventi, per ridurre procedure, farmaci e attrezzature non necessarie.

Questo tema richiede dunque un'attenzione che finora non è stata all'altezza dei cambiamenti epidemiologici: l'intento di questo approfondimento è quello di fornire uno stimolo utile alla discussione tra istituzioni, professionisti e rappresentanze dei cittadini/pazienti su quanto è stato fatto finora e quanto resta ancora da fare. L'obiettivo, comune a tutti i portatori d'interesse, è quello di rendere le pratiche di cura e di assistenza da una parte sempre più coerenti con le esigenze dei malati e dei loro familiari e dall'altra sempre più efficaci e appropriate, nel contesto imprescindibile della loro sostenibilità.

Il Dopo di noi quale nuovo approccio alla disabilità

Il Dopo di noi quale nuovo approccio alla disabilità

La coprogettazione pubblico-privato al centro del modello toscano

La Legge n. 112/2016 “Disposizioni in materia di assistenza in favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare” detta anche Legge sul “Dopo di noi”, disciplina una serie di interventi rivolti alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, o, comunque, il cui tessuto familiare non è più in grado di poter rispondere efficacemente ai bisogni della persona, evitando il ricorso alla cosiddetta istituzionalizzazione. In particolare esplicita una serie di interventi volti alla definizione di soluzioni abitative e alloggiative che riproducono, quanto più possibile, la dimensione familiare nonché una serie di interventi miranti sia all'avvicinamento che all'accrescimento dell'autonomia personale e della consapevolezza, essenziali per l'uscita dal nucleo familiare di origine.

Con il Decreto dirigenziale 11890/2017, avente per oggetto “DGR 753 del 10 luglio 2017 – Approvazione avviso pubblico Servizi alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”, la Regione Toscana ha emesso un avviso pubblico, riservato alle Società della Salute (SdS) e Zone Distretto, per la predisposizione di progetti sul cosiddetto “Dopo di noi”. Le SdS e Zone Distretto hanno provveduto a definire un progetto in co-progettazione pubblico-privato, valorizzando le esperienze sin qui maturate dalla società civile e, più in generale, dal Terzo settore.

I progetti prevedono un percorso individuale per ciascun beneficiario con la definizione di un progetto di vita personalizzato, monitorato e ridefinito sulla base dei risultati conseguiti e con un'attiva partecipazione del beneficiario stesso alla definizione degli obiettivi e delle legittime aspirazioni. L'impegno congiunto delle Amministrazioni territoriali e del privato sociale si è concretizzato anche nell'impegno delle risorse messe in campo. Tutti i progetti prevedevano un co-finanziamento minimo a fronte del finanziamento disponibile sull'avviso pubblico.

I progetti, di durata triennale, sono composti di più azioni al loro interno la cui struttura ha definito non soltanto una rete, ma una vera e propria filiera territoriale che, da percorsi di avvicinamento e accrescimento dell'autonomia personale, conduce fino alla possibilità di vivere al di fuori del nucleo familiare di origine. I 28 progetti presentati, grazie alle numerose sotto-azioni progettuali, definiscono un percorso nell'arco del triennio che, partendo dalle singole peculiarità territoriali, giunge ad un effettivo e duraturo co-housing dopo un processo modulare di accrescimento delle autonomie individuali. Tutti i territori, cioè, hanno fatto proprio il principio che non può esservi un costruttivo “Dopo di noi” se non è intrapreso un percorso nel “Durante noi” che fornisca sia gli strumenti che le motivazioni per il distacco progressivo e non traumatico dal nucleo di origine della persona con disabilità.

Gli ambiti delle azioni progettuali finanziabili sono così sintetizzabili:

- percorsi programmati e personalizzati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione (Ambito A);
- supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative in abitazioni, gruppi appartamento o soluzioni di co-housing supportato che riproducano le condizioni abitative e le relazioni della casa familiare (Ambito B);
- percorsi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia e una migliore gestione della vita quotidiana (Ambito C).

Sono inoltre state previste risorse per interventi infrastrutturali essenziali e a supporto per l'avvio delle azioni sopra indicate sul patrimonio pubblico e privato messo in campo nella co-progettazione degli interventi. Le risorse della progettazione disponibile sull'avviso pubblico erano pari, complessivamente, a 11.250.000 Euro ripartiti come segue: 9.000.000 per le attività progettuali e 2.250.000 per le spese infrastrutturali a cui si aggiungono le risorse del territorio e dei partner. La tabella 1 mostra le risorse messe in campo.

Tabella 1. Risorse relative all'avviso pubblico "Servizi alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" - Fonte: Regione Toscana

Importo totale dei progetti	€ 13.012.676
Finanziamento richiesto	€ 8.960.907
Cofinanziamento	€ 4.051.769
Percentuale di cofinanziamento	31,14%
Contributo aggiuntivo per spese infrastrutturali	€ 2.227.154

La valutazione di tutti i progetti ha mostrato in modo evidente il grande impegno progettuale ed economico messo in campo dai territori. Molti progetti hanno un cofinanziamento molto maggiore rispetto al minimo previsto in sede di avviso pubblico, che era pari, è bene ricordarlo, al 14%. Ciò denota, quindi, non soltanto la grande attesa e fiducia che i familiari delle persone con disabilità hanno su questo tema, ma anche, e soprattutto, la forte e consolidata sinergia pubblico-privato che caratterizza la società civile e le istituzioni toscane.

L'avviso pubblico prevedeva inoltre che almeno il 40% delle risorse richieste fosse finalizzato alle soluzioni di abitare supportato (Ambito B). La tabella 2 mostra le risorse ripartite per ambiti (sia nella parte del finanziamento a valere sul fondo sia per la parte del cofinanziamento).

Tabella 2. Risorse relative all'avviso pubblico "Servizi alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" suddivise per azioni progettuali - Fonte: Regione Toscana

Azioni progettuali	Importo totale	Importo a valere sul fondo	Cofinanziamento	% a valere su importo totale	% a valere sul fondo
Ambito A	€ 5.106.637	€ 3.638.090	€ 1.468.547	39,24	40,60
Ambito B	€ 6.548.691	€ 4.454.707	€ 2.093.985	50,33	49,71
Ambito C	€ 1.357.348	€ 868.110	€ 489.237	10,43	9,69

I progetti presentati saranno operativi nel triennio 2018-2020 permettendo così di creare e consolidare una rete di servizi e percorsi personalizzati che possano rispondere con efficacia alle esigenze di autonomia personale e abitativa delle persone con disabilità coinvolte nelle singole azioni progettuali i cui beneficiari sono, complessivamente, nei diversi territori della Toscana, circa 1.450.

Percorsi socio-sanitari per le persone con demenze

Percorsi socio-sanitari per le persone con demenze

La demenza è una sindrome clinica caratterizzata da perdita delle funzioni cognitive, tra le quali invariabilmente la memoria, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative della persona. Oltre a quelli cognitivi sono presenti sintomi non cognitivi, che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative, il comportamento. La demenza rappresenta la quarta causa di morte negli ultra64enni dei Paesi occidentali ed è una delle cause di disabilità più importanti nella popolazione anziana, responsabile di oltre la metà dei ricoveri nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

La prevalenza della malattia aumenta con l'età ed è maggiore tra le donne. La demenza costituisce la patologia cronico-degenerativa da cui si attende, nei prossimi decenni, il massimo aumento (+57% nel 2030, +130% nel 2050). In Europa nel 50-60% circa dei casi la demenza è dovuta a malattia di Alzheimer, mentre la seconda forma più comune sembra essere la malattia a corpi di Lewy, che si manifesta con una frequenza del 15-30%. Nel 15-20% dei casi è dovuta alla contemporanea presenza di malattia di Alzheimer e di lesioni ischemiche, condizione indicata generalmente con l'espressione "demenza mista". La demenza vascolare ischemica rappresenta invece circa il 10% dei casi, seguita dalla demenza fronto-temporale (2-9%) e da altre forme più rare quali la paralisi sopranucleare progressiva e la degenerazione cortico-basale.

La variabilità dei sintomi può comportare ritardi diagnostici e quindi mancata tempestività delle misure terapeutiche farmacologiche e/o comportamentali atte a ritardare il decorso clinico. Il 90% dei pazienti affetti da demenza oltre ai sintomi cognitivi può presentare sintomi non cognitivi o anche detti disturbi del comportamento, sebbene la frequenza e la gravità delle singole manifestazioni sia variabile in relazione alla gravità della demenza e all'eziologia. Generalmente, ci si riferisce a questi sintomi con la sigla BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) per evidenziare la compresenza di alterazioni della percezione, del contenuto del pensiero, dell'umore e del comportamento, che si osservano frequentemente in pazienti con demenza. Le alterazioni della personalità sono il sintomo non cognitivo più frequente: il 70% circa dei pazienti manifesta apatia, il 40% irritabilità, il 30% circa disinibizione; l'agitazione è presente in circa il 60% dei casi, mentre l'ansia è presente in circa il 50% delle persone con demenza. Anche le modificazioni del tono dell'umore sono frequenti: nel 30-50% dei pazienti sono riscontrati sintomi depressivi, nel 5-8% euforia e nel 40% labilità emotiva. Il comportamento motorio aberrante (o wandering) è descritto nel 40% delle persone con demenza. Infine, i sintomi psicotici (deliri e allucinazioni), sono presenti nel 30-60% dei pazienti. È stato dimostrato che la presenza di questi sintomi si associa a una prognosi peggiore, a una maggiore disabilità, a una riduzione della qualità della vita sia per il paziente che per il caregiver, a un più alto livello di stress per quest'ultimo, a una precoce

istituzionalizzazione e anche a un aumento dei costi per la gestione del paziente. Una presa in carico precoce e personalizzata e un costante monitoraggio e revisione del piano di intervento, possono consentire il contenimento del disturbo comportamentale e quindi permettere a queste persone la permanenza nel proprio ambiente di vita.

La demenza è una patologia con forti risvolti sociali, della durata media di 8-10 anni, progressiva e che necessita di un costante “tutoraggio” fino alle cure di fine vita. I costi indotti da questa patologia sono altissimi. Le recenti Linee guida europee per la sola malattia di Alzheimer stimano in 21mila Euro l'anno il costo per le cure di una persona con demenza. Il costo totale in Europa è intorno ai 141 miliardi di Euro annuali, di cui il 56% è rappresentato da cure informali (Linea guida “Sindrome Demenza, diagnosi e trattamento” del Consiglio sanitario Regione Toscana, anno 2011, aggiornata nel 2015) e in Italia il principale supporto per l'anziano non autosufficiente è rappresentato proprio dalla famiglia che nel 80-85% dei casi fornisce direttamente l'assistenza.

Le demenze, e la malattia di Alzheimer in modo particolare, sono malattie con problematiche del tutto peculiari e che mutano nelle diverse fasi cliniche e funzionali, coinvolgendo quasi tutti i Servizi presenti sul territorio, anche se in fasi e momenti diversi. Gli interventi sulle demenze, che dovrebbero essere considerate delle vere e proprie “malattie della famiglia” (Coordinamento Associazioni Alzheimer Piemontesi, proposta di Delibera regionale per un PDTA sulla malattia di Alzheimer, anno 2014), rappresentano una delle principali sfide del welfare futuro, che non sarà sostenibile senza una gestione in rete e il potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria. La demenza, a causa della rilevanza epidemiologica e del fatto che spesso comporta la contemporanea presenza di disturbi cognitivi e comportamentali, crea bisogni personali e familiari, tali da comportare un'estrema difficoltà nell'organizzazione delle risposte socio-sanitarie.

Obiettivo del percorso intrapreso è fornire agli operatori che, con differenti competenze, lavorano per e con le persone affette da demenza, uno strumento di indirizzo per la diagnosi tempestiva della demenza e la presa in carico integrata del paziente e della sua famiglia. A fronte infatti del progressivo aumento del numero di pazienti, della complessità delle loro situazioni clinico-assistenziali e socio-familiari, della costante necessità di semplificazione dell'accesso ai servizi e della riduzione dei connessi disagi al paziente ed alla sua famiglia, oltre che della disponibilità di risorse predefinite e limitate, si ritiene necessario definire modalità più appropriate e condivise sul territorio per la gestione della prima fase del percorso, attualmente ancora in parte frammentaria e non sufficientemente coordinata: la fase del sospetto diagnostico, prima verifica diagnostica e invio alla presa in carico specialistica. L'esperienza quotidiana, da parte di chi è “in prima fila” ad affrontare tali problematiche, evidenzia le frequenti carenze organizzative e strutturali del territorio in risposta alla complessità dei bisogni socio-sanitari dei pazienti affetti da demenza, ed in particolare il disagio provocato dalla carenza di servizi e di percorsi assistenziali strutturati dedicati a questi soggetti.

L'obiettivo quindi deve essere quello di diversificare l'offerta assistenziale ai pazienti con demenza, rendendola più appropriata ai bisogni da loro espressi, attraverso la definizione di un modello organizzativo e funzionale integrato che garantisca l'omogeneità e l'equità dell'assistenza su tutto il territorio regionale.

Dall'esperienza clinica e dei dati riportati nella letteratura scientifica internazionale, è scaturito l'obiettivo di proporre, per le persone affette da demenza, un modello di presa in carico che possa rispondere alle criticità assistenziali esistenti mediante interventi efficaci e sostenibili, alla luce della Deliberazione di Giunta regionale n. 147/2015 che recepisce l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante: «Piano Nazionale Demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze» e il Parere n. 102/2014 espresso dal CSR nella seduta del 4 novembre 2014 avente ad oggetto: "Presa in carico del paziente con Alzheimer".

Il Consiglio sanitario regionale, con Parere n. 66/2015, si è già espresso favorevolmente rispetto al documento avente ad oggetto "PDTA Demenza" che proponeva una sintetica definizione teorica e operativa di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le demenze, descrivendone gli elementi costitutivi che dovranno poi essere articolati nei vari contesti locali in cui verranno sviluppati, anche in relazione a esigenze specifiche dei bisogni e dei sistemi, nonché dei modelli organizzativi dei singoli territori. Le "Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze" e "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze", elaborati dal tavolo di lavoro del Piano Nazionale Demenze (PND) istituito nel 2016 dalla Direzione generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della salute e condivisi in sede di Conferenza unificata con l'Accordo del 26 ottobre 2017, definiscono con chiarezza come si costruisce e realizza un PDTA per queste malattie proponendo una definizione condivisa, teorica e operativa, di PDTA per le demenze e descrivendo gli elementi costitutivi di tali percorsi, relativi alla persona, ma anche alla sua famiglia, che potranno poi avere una diversa articolazione nei vari contesti locali in cui verranno sviluppati anche in relazione ad esigenze specifiche dei bisogni e dei sistemi.

I lavori sono esitati dunque nella Deliberazione di Giunta regionale n. 1402 dell'11 dicembre 2017 "Piano Regionale Demenze e Indicazioni per l'organizzazione di una rete socio-sanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari in attuazione del Piano Nazionale Demenze. Recepimento del PDTA nazionale e delle Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei sistemi informativi per le demenze". La Delibera approva il documento "Indicazioni per l'organizzazione di una rete socio-sanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari", il cui obiettivo generale è

delineare uno specifico modello assistenziale da declinare in tutto il territorio regionale per migliorare la qualità di vita del paziente affetto da demenza e della sua famiglia, valorizzando e potenziando le professionalità esistenti, creando sinergie lavorative e relazionali grazie anche alle opportunità che la tecnologia offre.

Lo scopo del percorso è migliorare la gestione integrata della persona con demenza e della sua famiglia e in particolare fornire una risposta appropriata e tempestiva per la gestione dei disturbi del comportamento, grazie al miglioramento del funzionamento del sistema di rete o “micro-rete” attraverso una conoscenza più puntuale dei servizi esistenti e un loro appropriato utilizzo, una più organica integrazione tra Servizi/Strutture/Associazioni e tra gli operatori coinvolti, nonché all’implementazione di nuove soluzioni organizzative, così da diminuire i disagi a carico della persona interessata e dei suoi familiari e infine ottimizzare anche l’utilizzo delle risorse.

Nel documento inoltre si sintetizzano, in maniera schematica, le caratteristiche essenziali e i requisiti minimi del Centro Diurno Alzheimer (CDA), in vista della messa a regime successiva alla modifica del Regolamento approvato con DPGR 15/R/2008 (ora approvato nella nuova versione con DPGR 2/R/2018), partendo dalla consapevolezza che il Centro Diurno è entrato a far parte della realtà assistenziale dedicata anche ai pazienti dementi. Questa tipologia di servizio, sebbene abbastanza diffusa sul territorio, era ancora priva di una normativa di riferimento che ne definisse in modo omogeneo i contenuti e i criteri di appropriatezza, non essendo prevista né nella LR 41/2005, né nel Regolamento per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi socio-sanitari, né nel ventaglio delle risposte assistenziali definite nell’articolo 7 della LR 66/2008.

Il Centro Diurno Alzheimer è un luogo che per sua natura assolve una duplice finalità: quella di cura e riabilitazione di anziani con deficit cognitivo e disturbi del comportamento, sulla base dei potenziali residui espressi, e quella di custodia temporanea e di sollievo per la famiglia. Il CDA è una realtà assistenziale che si è delineata e innestata nel panorama dei servizi in assenza di criteri specifici di governo: ciò ha fatto sì che fino ad oggi vi fossero notevoli diversità nella conduzione di tali strutture in relazione, ad esempio, al personale, alla tipologia e gravità dei pazienti ammessi, ai periodi di permanenza, alle attività riabilitative proposte, alle attività di affiancamento ai caregiver abituali durante il ricovero e in fase di reinserimento al domicilio.

L’atto sopra richiamato approva infine il “Piano Regionale Demenze”, in attuazione del “Piano Nazionale Demenze – Strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze” conservandone, pur nella dovuta distinzione di obiettivi, azioni e strumenti, le stesse priorità. La finalità generale è quella del miglioramento della qualità di vita e di assistenza delle persone colpite dalla malattia e delle loro famiglie, attraverso un’attesa riduzione del ricorso all’istituzionalizzazione nella consapevolezza che la demenza costituisce una grande priorità di sanità pubblica, soprattutto nelle regioni con un’alta percentuale di anziani e di grandi anziani come la Toscana.

Il Piano Regionale si focalizza prioritariamente sulle seguenti aree di intervento:

- interventi e misure di politica sanitaria e socio-sanitaria;
- creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata;
- implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure;
- aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

Nel corso del 2018 un gruppo di lavoro, formalmente nominato e composto da professionisti che a vario titolo operano nell'ambito della demenza, provvederà a monitorare il recepimento e l'implementazione del Piano e a dare avvio ad un lavoro sistematico su questo ambito. Inoltre con Deliberazione di Giunta regionale n. 224 del 6 marzo 2018 è stato approvato l'avviso pubblico a presentare progetti per l'attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza che pone le basi su cui costruire il prossimo avviso a valere sulle risorse del POR FSE 2014-2020 – attività B.2.1.3.A) del PAD “Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia” che sarà rivolto a persone con demenza e alle loro famiglie. L'avviso pubblicato al fine di dare risposte a tutte le problematiche legate alla malattia, offre la possibilità al territorio di presentare progetti, nell'ambito dei servizi della rete, relativi a sostegni specifici per pazienti e familiari, interventi di stimolazione cognitiva e altre opportunità per la socializzazione e il mantenimento delle capacità residue, gruppi di sostegno e auto-aiuto, corsi di formazione e informazione per i familiari, consulenze specialistiche, incentivando le esperienze dei “Caffè Alzheimer” e degli “Atelier Alzheimer”. I Caffè e gli Atelier Alzheimer rappresentano servizi a bassa soglia e ad alta capacità di contatto: sono luoghi informali (il bar del paese, della parrocchia), dove pazienti e familiari possono trascorrere insieme momenti di socializzazione alla presenza di esperti (medici, psicologi, e così via). Si collocano in uno spazio non coperto della rete formale svolgendo interventi di supporto dove altri servizi non arrivano. Possono essere anche elementi che, in modo del tutto naturale, si integrano con quelle iniziative comunitarie di prossimità che si sviluppano a livello territoriale (come ad esempio le Botteghe della salute).

In conclusione la demenza rappresenta un problema sanitario e sociale di primaria importanza sia per le caratteristiche della malattia (lunga durata con progressiva compromissione cognitiva e comportamentale), sia per la rilevanza sociale conseguente alle implicazioni umane ed economiche che riguardano le famiglie delle persone ammalate. Considerando che, secondo alcune indagini condotte in Italia, la maggioranza (80-90%) delle persone affette da demenza è assistita a domicilio da caregiver informali e anche quando è ricoverata in Istituti, in media è stata assistita a domicilio per 6 anni di malattia, ne deriva che il peso assistenziale è attualmente sostenuto in gran parte dalla famiglia.

L'elemento che più compromette la qualità di vita del caregiver e determina il ricorso alla istituzionalizzazione, è rappresentato dai disturbi della sfera comportamentale e dalla perdita dell'autonomia. L'elevato carico assistenziale posto dai malati affetti da demenza sulle famiglie

e sul sistema socio-sanitario richiede una adeguata programmazione della Rete dei Servizi specialistici e, diagnostico-terapeutici, di assistenza domiciliare e di cura intermedia, quali i Centri Diurni e i moduli Alzheimer all'interno delle RSA. Considerate le caratteristiche di gravità, diffusione e implicazioni sulla qualità di vita, la demenza deve quindi essere affrontata come una malattia sociale.

La salute dei detenuti toscani a 10 anni dalla riforma

La salute dei detenuti toscani a 10 anni dalla riforma

In Europa ogni 100mila abitanti, 192 risultano detenuti con range che oscilla fra i 216 detenuti per 100mila osservato in Estonia a 45 dell'Islanda (International Centre for Prison Studies, 2016). L'Italia mostra valori inferiori alla media europea con un tasso grezzo di circa 98 detenuti ogni 100mila abitanti (57.608 al 31 dicembre 2017) e valori che variano tra i 37,9, registrati in Trentino Alto Adige, a 154 per 100mila abitanti di Umbria e Valle d'Aosta (Fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, DAP).

Nonostante l'elevata numerosità, in Italia, come in molti altri Paesi europei, il monitoraggio dello stato di salute dei detenuti presenta ancora molte difficoltà. Prima di tutto questi cittadini sono esclusi dalle indagini campionarie di popolazione, di conseguenza molte informazioni sugli stili di vita, la percezione del proprio stato di salute e altre abitudini di vita quotidiana usate per tracciare il profilo dei cittadini liberi, risultano assenti. Inoltre, le necessarie misure di sicurezza presenti in ambito penitenziario rendono il processo d'informatizzazione dei dati clinici e assistenziali molto complesso, rallentando la possibilità di analisi.

Per superare tale lacuna, dall'entrata in vigore del DPCM 1 aprile 2008, la Regione Toscana effettua il monitoraggio dello stato di salute della popolazione detenuta sul proprio territorio, attraverso la predisposizione di un'indagine *ad hoc* condotta dall'ARS in collaborazione con il personale sanitario che opera negli Istituti detentivi.

Per la registrazione delle informazioni è stata predisposta una scheda clinica informatizzata contenente informazioni socio-demografiche, cliniche (utilizzando l'International Classification of Diseases - ICDIX-CM) e le prescrizioni farmaceutiche ad esse associate.

Lo studio, svolto con cadenza triennale, è alla sua IV edizione ed ha visto il coinvolgimento di 3.116 detenuti su 3.291 presenti al 31 ottobre 2017 (94,7%). Il personale sanitario ha raccolto le informazioni dal 1 novembre 2017 al 28 febbraio 2018.

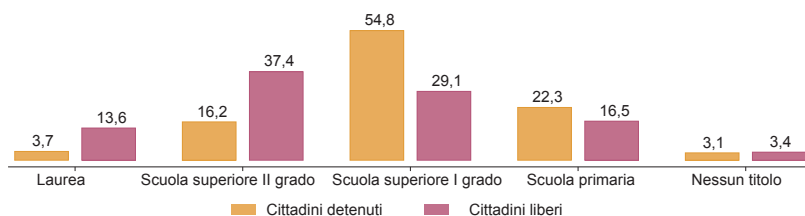
Le analisi che seguono sono riferite ai soli detenuti adulti.

Aspetti socio-demografici

La popolazione è composta prevalentemente da uomini (2.973; 96%) con età media inferiore a quella della popolazione libera (detenuti: 40,6 anni; libera: 52,9 anni). In linea con quanto osservato nella popolazione libera straniera (età media di 41 anni), anche gli stranieri detenuti risultano più giovani con un'età media di 35,7 anni rispetto ai 45 anni registrato fra gli italiani. In Toscana la percentuale di detenuti stranieri (48,4%) è sensibilmente superiore alla media nazionale, dove rappresenta il 34% del totale. La suddivisione per Paese di provenienza non mostra particolari differenze rispetto a quanto rilevato nelle precedenti rilevazioni, con le popolazioni Nord africana (21,9%) ed Est europea (11,3%) che costituiscono rispettivamente il 2° e 3° gruppo etnico presente.

Nonostante la giovane età, il titolo di studio conseguito è molto inferiore a quanto osservato fra i cittadini liberi della stessa fascia di età (18-65 anni) con ben l'80% che non supera il diploma di scuola secondaria di I grado (49% registrato nella popolazione libera). Fra gli stranieri detenuti, il 40% ha conseguito soltanto la licenza elementare.

Figura 1. Titolo di studio conseguito per popolazione libera e detenuta - Distribuzione percentuale - Toscana, anno 2017 - Fonte: Elaborazione ARS su dati ISTAT e su Rilevazione dello stato di salute della popolazione detenuta in Toscana

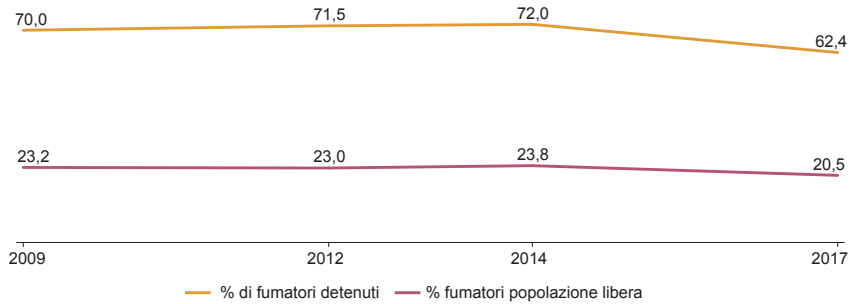


Per quanto riguarda la provenienza, il trasferimento da altri Istituti continua ad essere la principale modalità di accesso, mettendo in evidenza l'elevato turnover presente in ambito detentivo. Gli accessi da libertà, sia senza, sia con precedenti reclusioni, interessano maggiormente la popolazione straniera.

Determinanti prossimali di salute: consumo di tabacco e indice di massa corporea

Il consumo di tabacco è molto elevato fra i detenuti. Fin dal 2009 i fumatori sono circa il 70% dei presenti, rispetto al 23% registrato nella popolazione libera, con un consumo medio di oltre 20 sigarette giornaliere. Se il trend si è mantenuto stabile fino al 2014, la rilevazione 2017 mostra una prima flessione sia nella percentuale di consumatori (62,4%), che nella quantità di sigarette giornaliere (15,8). Trattandosi di una coorte chiusa però, non siamo in grado di valutare il peso che l'ambiente detentivo assuma nel favorire l'esordio o la sospensione del consumo di tabacco, tuttavia, analizzando i dati in base al Paese di provenienza, possiamo affermare che il carcere rappresenta un ambiente dove comportamenti, che sappiamo risentire del livello socio-economico di appartenenza, tendono a uniformarsi azzerando le differenze sociali (italiani fumatori: 60,6%; stranieri: 63,5%).

Figura 2. Fumatori per popolazione libera e detenuta - Prevalenza per 100 persone - Toscana, periodo 2009-2017 - Fonte: Elaborazione ARS su dati ISTAT e su Rilevazione dello stato di salute della popolazione detenuta in Toscana



Un altro fattore di rischio in grado d'influenzare lo stato di salute, è sicuramente il peso corporeo. In questo caso, ricavando il peso e l'altezza del detenuto, abbiamo avuto la possibilità di calcolare l'Indice di Massa Corporea (o Body Mass Index – BMI) di ogni persona raffigurando, così, un'immagine complessiva di questa popolazione.

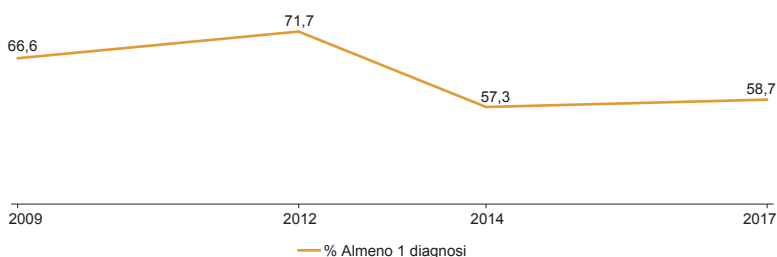
Contrariamente al fumo di tabacco, i detenuti in sovrappeso o obesi mostrano un trend in aumento con valori superiori alla media osservata nella popolazione libera. Il dato, analizzato per cittadinanza, vede gli italiani molto più interessati dall'aumento del peso corporeo con un valore che, nel caso dell'obesità, è quasi doppio rispetto ai cittadini liberi (obesità: italiani=15,5%; stranieri=10,8% - sovrappeso: italiani=41,5%; stranieri=34,8%).

In questo caso, la lunga permanenza in cella (in media 16 ore) e la carenza di attività fisica organizzata possono spiegare l'aumento del peso corporeo.

Lo stato di salute

Il 58,7%, 1.821 persone, della coorte detenuta presa in esame è affetta da almeno una patologia anche lieve, valore che sembra stabile rispetto a quanto osservato nel 2014. L'analisi per gruppo etnico di appartenenza, conferma quella italiana come la popolazione con il maggior numero di cittadini malati (66,2%). All'estremità opposta troviamo gli Est europei con soltanto il 40% di detenuti con almeno una diagnosi.

Figura 3. Detenuti affetti da almeno una patologia – Prevalenza per 100 detenuti – Toscana, periodo 2009-2017 - Fonte: Elaborazione ARS su dati Rilevazione dello stato di salute della popolazione detenuta in Toscana



Suddividendo le diagnosi in base ai grandi gruppi di patologia (secondo l'International Classification of Diseases), i disturbi psichiatrici continuano a rappresentare il primo gruppo diagnostico (38,5%), seguiti dalle malattie infettive e parassitarie (16,2%). In diminuzione, invece, i disturbi dell'apparato digerente che interessano il 9,5% dei detenuti, lasciando il posto alle malattie del sistema cardio-circolatorio (15,5%) e del metabolismo (12,1%) che appaiono in aumento.

Tabella 1. Grandi gruppi di patologia (ICDIX-CM) nella popolazione detenuta – Prevalenza per 100 detenuti – Toscana, periodo 2009-2017 - Fonte: Elaborazione ARS su dati Rilevazione dello stato di salute della popolazione detenuta in Toscana

Grandi gruppi ICDIX-CM	2009 (N=2.985) %	2012 (N=3.329) %	2014 (N=3.403) %	2017 (N=3.100) %
Disturbi psichici	33,2	41	37,3	38,5
Malattie infettive e parassitarie	15,9	11,1	12,8	16,2
Malattie del sistema circolatorio	11,4	7,9	9,4	15,5
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	9,5	9,2	8,0	12,1
Malattie dell'apparato digerente	25,4	14,4	11	9,5
Malattie dell'apparato respiratorio	6,2	5,4	4,4	4,4
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	11,1	8,4	7,2	3,5
Malattie dell'apparato genitourinario	2,9	1,6	2,3	3,2
Malattie del sistema nervoso	5,1	3,7	4,6	2,7
Traumatismi e avvelenamenti	6,6	4,3	4,1	2,4
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	n.d.	0,3	2,4	1,2
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0	2,1	1,7	1,1
Tumori	1,0	0,5	0,6	0,9
Altre condizioni patologiche	5,0	10,5	6,3	5,7

L'andamento per età segue, in parte, la normale progressione di alcune patologie. Riguardo alle patologie croniche, in particolare cardio-vascolari e del metabolismo, con l'età si assiste a un progressivo incremento delle prevalenze. Tuttavia dobbiamo ricordare che, trattandosi di una popolazione mediamente più giovane rispetto a quella libera, il loro interessamento appare molto precoce. L'elevato consumo di tabacco sembra spiegare l'interessamento, pressoché uniforme (ad eccezione della classe d'età 18-29 anni), da parte di patologie dell'apparato respiratorio, mentre i disturbi psichiatrici e le malattie infettive e parassitarie, comprendendo il disturbo da dipendenza da sostanze o essendone fortemente collegato, interessano prevalentemente la popolazione più giovane. Su 3.100 persone sottoposte a visita medica, 912 presentano almeno un disturbo psichiatrico (29,4%). Nel corso degli anni la distribuzione delle patologie psichiatriche mostra alcuni cambiamenti. Il 2017 è caratterizzato dalla diminuzione dei disturbi da dipendenza da sostanze (2014: 21,1%; 2017: 14,5%) e dei disturbi nevrotici e da adattamento (2009: 11%; 2017: 5,4%). Andamento opposto per i disturbi di personalità, dove è osservabile un incremento rispetto al 2012. Più instabile, invece, la diffusione del disturbo alcol-correlato.

L'elevata prevalenza dei disturbi psichiatrici trova conferma anche nella prescrizione di farmaci appartenenti al gruppo N (sistema nervoso) che costituiscono il 49,6% dei prescritti (in lieve diminuzione rispetto al 2014, dove rappresentavano il 54,2%). Fra questi i principali risultano gli ansiolitici (33,1%), seguiti dagli antipsicotici (21,2%) e antidepressivi (18,3%).

Tabella 2. Diagnosi psichiatriche nella popolazione detenuta (ICDIX-CM 209-319) – Prevalenza per 100 detenuti – Toscana, periodo 2009-2017 - Fonte: Elaborazione ARS su dati Rilevazione dello stato di salute popolazione detenuta in Toscana

Diagnosi disturbo psichico	2009 (N=2.985)	2012 (N=3.329)	2014 (N=3.403)	2017 (N=3.100)
	%	%	%	%
Dipendenza da sostanze	12,7	19,6	21,1	14,5
Nevrotici e di adattamento	10,9	10,6	9,1	5,4
Personalità e comportamento	5,0	2,9	1,2	4,0
Alcol-correlati	5,7	4,3	2,9	3,5
Affettivi psicotici	4,0	4,0	3,2	2,9
Depressivi non psicotici	2,2	1,3	0,5	1,5
Mentali organici	0,6	0,2	0,9	0,8
Spettro schizofrenico	2,5	1,9	0,8	0,3
Oligofrenie e ritardo mentale	0,5	0,1	0,1	0,2
Comportamento alimentare	0	0,1	0	0,1
Altro	0,2	0,4	0,9	5,3*

* L'alta percentuale nella categoria "Altro" osservata nel 2017 è dovuta al maggior utilizzo, da parte dei clinici, della categoria "Sintomi o sindromi non classificate altrove".

Per quanto riguarda la tipologia di sostanza utilizzata, in linea con i dati riguardanti l'utenza in carico ai Servizi per le dipendenze della Toscana (SER.D), gli oppioidi rappresentano la principale (36,2%). Al secondo posto troviamo la cocaina (22,8%), seguita dall'alcol (19,9%). Le differenze osservate fra italiani e stranieri sembrano risentire di aspetti culturali in grado di influenzare la modalità di utilizzo. L'assunzione per via endovenosa, ad esempio, risulta molto più in uso fra gli italiani rispetto agli stranieri (in particolare i cittadini africani), che invece sembrano privilegiare l'assunzione per via inalatoria o respiratoria. Nella coorte presa in esame, 370 persone presentano almeno una malattia infettiva e parassitaria (11,9% dei detenuti).

Rispetto alle precedenti rilevazioni, è rilevante l'aumento del numero di diagnosi di infezione epatica da virus B (HBV) che passano dall'1,9% del 2014 al 5,6% del 2017. Una possibile interpretazione è legata alla recente attivazione, sul territorio regionale, di una campagna informativa e vaccinale che ha avuto luogo in tutte le strutture detentive della Toscana grazie ad uno specifico finanziamento del Ministero della salute. Lo screening anti-HBV, effettuato non solo sui nuovi giunti, ma anche su tutti i detenuti presenti non infetti e non vaccinati, ha favorito l'emersione dell'infezione cronica da HBV con conseguente aumento del valore totale. In aumento anche le diagnosi di infezione tubercolare (TBC) che interessano il 3,1% della popolazione presa in esame. Al fine di non incorrere in interpretazioni errate, riteniamo importante ricordare che anche in questo caso, nel corso degli ultimi anni, sono stati attivati nelle strutture detentive della Toscana, specifici protocolli di prevenzione, diagnosi e cura di questa patologia. Attività che può aver favorito l'emersione delle forme non ancora diagnosticate.

Tabella 3. Malattie infettive e parassitarie nella popolazione detenuta (ICDIX-CM 001-139) – Prevalenza per 100 detenuti – Toscana, periodo 2009-2017 - Fonte: Elaborazione ARS su dati Rilevazione dello stato di salute della popolazione detenuta in Toscana

Malattie infettive e parassitarie	2009 (N=2.985) %	2012 (N=3.329) %	2014 (N=3.403) %	2017 (N=3.100) %
Epatite C	9,1	6,9	6,1	5,3
Epatite B	2,2	1,2	1,9	5,6
TBC	0,4	0,9	1,6	3,1
HIV	1,4	1,2	1,5	0,9
Epatite A	0,7	0,1	0,6	0,4
Micosi della cute e annessi cutanei	0,4	0,2	0,4	0,1
Sifilide	0,5	0,6	0,3	0,3
Condiloma acuminato	0,1	0,2	0,1	0,1
Infezioni da <i>Herpes simplex</i>	0,2	0,1	0,1	0
Altre epatiti	0,1	0,2	0,1	0
Altro	0,3	0,1	0,3	0
Totale	15,9	11,1	11,4	16,2

Sappiamo che il tipo di sostanza utilizzata e la modalità di assunzione rappresentano fattori in grado di influenzare l'insorgenza di alcune malattie infettive. Di conseguenza, non stupisce che i cittadini italiani, che abbiamo visto essere i maggiori utilizzatori di oppioidi, siano anche i detenuti che presentano il maggior numero d'infezioni da HCV (8,4%) e HIV (1,4%). Per quanto riguarda l'infezione da HBV, l'entrata in vigore nel 1991 della vaccinazione anti-HBV, rende la maggior parte della popolazione italiana di età inferiore ai 30 anni immune da questa patologia.

Il terzo grande gruppo di patologie che interessa questa popolazione è rappresentato dalle malattie del sistema circolatorio. L'11,9% (371 casi) dei detenuti ne presenta almeno una, con una prevalenza complessiva sull'intera popolazione pari al 15,5% (479 casi).

Rispetto alle precedenti rilevazioni vi è stato un significativo incremento delle diagnosi di ipertensione e di cardiopatia ischemica. Pur trattandosi di patologie che insorgono in età più avanzata, circa il 34% delle diagnosi di ipertensione è stata effettuata in detenuti di età inferiore ai 50 anni.

Tabella 4. Malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta (ICDIX-CM 390-459) – Prevalenza per 100 detenuti – Toscana, periodo 2009-2017 - Fonte: Elaborazione ARS su dati Rilevazione dello stato di salute della popolazione detenuta in Toscana

Malattie del sistema circolatorio	2009 (N=2.985)	2012 (N=3.329)	2014 (N=3.403)	2017 (N=3.100)
	%	%	%	%
Aritmie	0,9	0,5	0,5	1,4
Cardiopatia ipertensiva	0,4	1,3	0,5	1,1
Cardiopatia ischemica	1,8	1,3	1,5	2,4
Iipertensione	3,9	3,4	5	7,6
Malattie delle vene e dei linfatici	3,1	1,6	1,7	1,5
Patologie cerebro-vascolari	0,3	0,2	0,1	0,3
Patologie valvolari cardiache	0,3	0,2	0,2	0,4
Altro	0,4	0,4	0,3	0,8
Totale	10,9	8,9	9,9	15,5

Il tentato suicidio e gli atti di autolesione

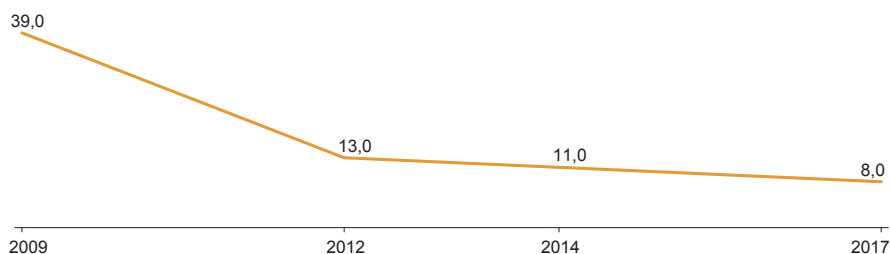
I tentativi di suicidio e gli atti di autolesionismo agiti in ambito penitenziario, costituiscono un problema di carattere internazionale.

Su questo tema la Toscana, in linea con quanto stabilito a livello nazionale (Conferenza delle Regioni e delle Province autonome “Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”, luglio 2017), ha approvato nell'aprile 2018 il Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti e le linee d'indirizzo per la costruzione dei piani locali.

Fra i principali fattori di rischio suicidario, la presenza di un disturbo psichico e la messa in atto di precedenti tentativi ricoprono un ruolo prioritario. In base ai dati provenienti dal DAP, in Italia nel 2016 si sono verificati 1.011 tentativi suicidari con un tasso di 18,7 ogni 1.000 detenuti.

Analizzando la nostra coorte, su 3.100 detenuti 26 hanno tentato il suicidio almeno una volta nel corso dell'ultimo anno di detenzione (8 tentativi per 1.000 detenuti). Il numero totale di tentativi registrati è 32 (1,2 tentativi per detenuto). Nel corso degli anni il trend mostra una costante diminuzione con un dato inferiore di almeno 4 volte rispetto al 2009 dove il valore registrato era di 39 tentativi ogni 1.000 detenuti.

Figura 4. Tentativi di suicidio nella popolazione detenuta – Casi per 1.000 detenuti – Toscana, periodo 2009-2017 - Fonte: Elaborazione ARS su dati Rilevazione dello stato di salute della popolazione detenuta in Toscana



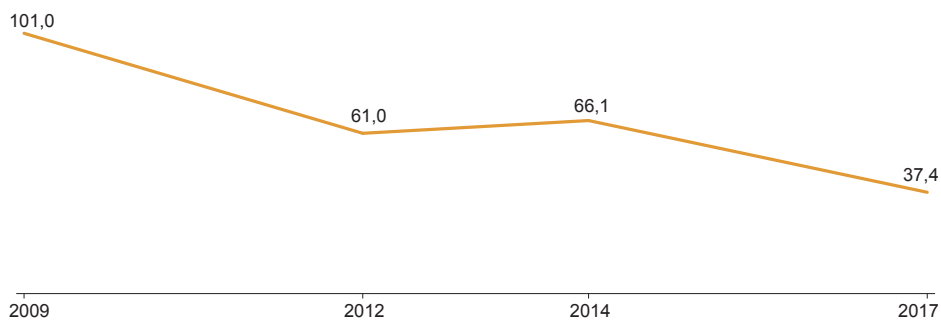
L'analisi per genere non mostra differenze significative, mentre si conferma il maggior coinvolgimento della popolazione più giovane (circa il 70% dei tentativi sono stati effettuati da persone di età inferiore a 40 anni) e di nazionalità africana. I dati in nostro possesso sembrano confermare l'impiccagione come il sistema più utilizzato (60%).

L'altro fenomeno preso in esame è l'autolesionismo. Nel 2016, in Italia, sono stati registrati 8.586 casi di autolesionismo che equivalgono a 159 casi ogni 1.000 detenuti (Fonte: DAP).

I dati provenienti dalla nostra rilevazione mostrano che, su 3.100 detenuti, 116 hanno messo in atto almeno un atto autolesivo nel corso dell'ultimo anno (37,4 casi per 1.000). Fenomeno ampiamente reiterato con un numero medio di 2,5 volte per ogni detenuto coinvolto (297 gesti compiuti). Circa l'80% delle autolesioni è effettuato da detenuti di età inferiore ai 40 anni.

Come per i tentati suicidi, anche gli atti di autolesione mostrano un trend in diminuzione passando da 101 casi ogni 1.000 detenuti (registrato nel 2009) a 37,4 per 1.000 nel 2017.

Figura 5. Gesti autolesivi nella popolazione detenuta - Casi per 1.000 detenuti - Toscana, periodo 2009-2017 - Fonte: Elaborazione ARS su dati Rilevazione dello stato di salute della popolazione detenuta in Toscana



In questo caso la differenza di genere appare molto evidente, con un ampio interessamento del genere maschile, così come l'elevato coinvolgimento della popolazione africana. I taglienti sono utilizzati nel 75% dei casi di autolesione.

I determinanti dell'attesa in chirurgia e i possibili progressi

I determinanti dell'attesa in chirurgia e i possibili progressi

La lunghezza dei tempi di attesa per la chirurgia programmata (non in urgenza) costituisce un importante tema di policy per molti Paesi europei, principalmente perché genera insoddisfazione per i pazienti, dovuta al fatto che i benefici attesi per il trattamento sono rimandati nel tempo. Tuttavia, in alcuni Paesi, come Belgio, Francia, Germania e Lussemburgo, il problema non è ritenuto rilevante (Fonte: OECD).

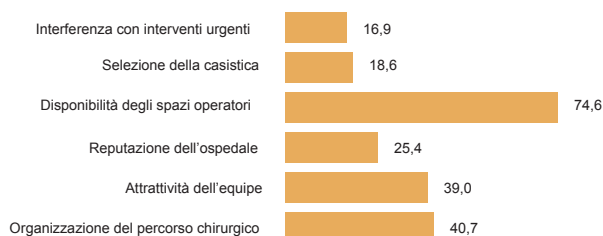
Il tempo d'attesa è considerato il risultato di una complessa interazione tra domanda e fornitura di servizi e a livello internazionale si considera che i medici giochino un ruolo efficace in entrambi i versanti. La domanda di procedure chirurgiche elettive è determinata:

- dai bisogni della popolazione di riferimento;
- dai progressi tecnologici (compresa la possibilità di eseguire molte procedure con degenza che non richiede il pernottamento);
- dalle preferenze dei pazienti, inclusa la percezione del rapporto fra rischi e benefici attesi;
- dall'eventuale partecipazione alla spesa per l'intervento.

Nell'aprile 2018 è stata somministrata un'intervista strutturata a 120 chirurghi toscani, appartenenti a varie specialità e a tutte le Aziende (tasso di risposta 50%).

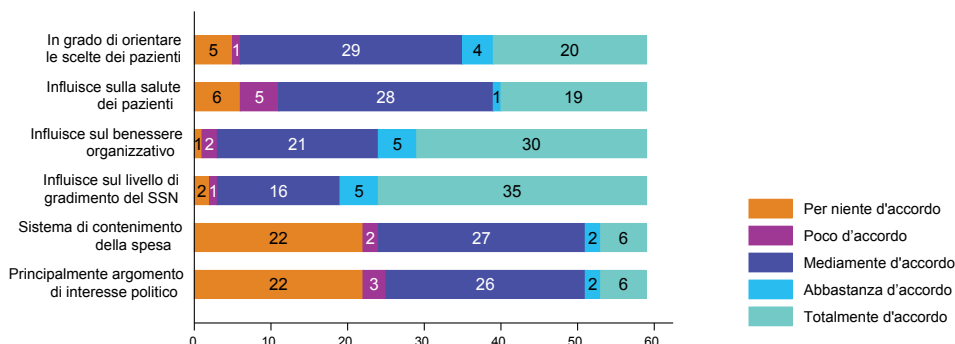
Alla domanda "Secondo la tua esperienza, da cosa dipende principalmente la lunghezza della lista di attesa per la chirurgia programmata?", la grande maggioranza degli intervistati (74,6%) ha indicato come elemento determinante la "disponibilità degli spazi operatori", individuando in questo elemento un collo di bottiglia che impedisce di rispondere alla domanda con una adeguata capacità di intervento. Solo il 40,7% ha identificato l'organizzazione del percorso chirurgico come elemento di criticità (figura 1).

Figura 1. Risposte dei chirurghi intervistati alla domanda "Secondo la tua esperienza, da cosa dipende principalmente la lunghezza della lista di attesa per la chirurgia programmata?" - Valori percentuali - Toscana, anno 2018 - Fonte: Indagine ARS



Per quanto riguarda la propria percezione sulla tematica del governo dei tempi di attesa, la maggior parte degli intervistati ritiene che questa possa influire sul benessere organizzativo e sul livello di gradimento del Servizio sanitario, ma con poche ricadute sulla salute dei pazienti e sulla capacità di orientarne le scelte (figura 2).

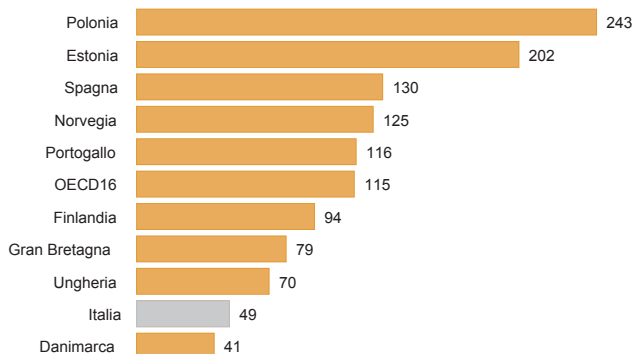
Figura 2. Percezione dei chirurghi sul tema dei tempi di programmazione per la chirurgia programmata per quesito – Numeri assoluti per quesito e percezione – Toscana, anno 2018 – Fonte: Indagine ARS



I dati presentati di seguito corrispondono al tempo che intercorre tra l'inserimento del paziente in lista da parte dello specialista e l'effettivo ricovero. Il dato è espresso come mediana dei tempi registrati.

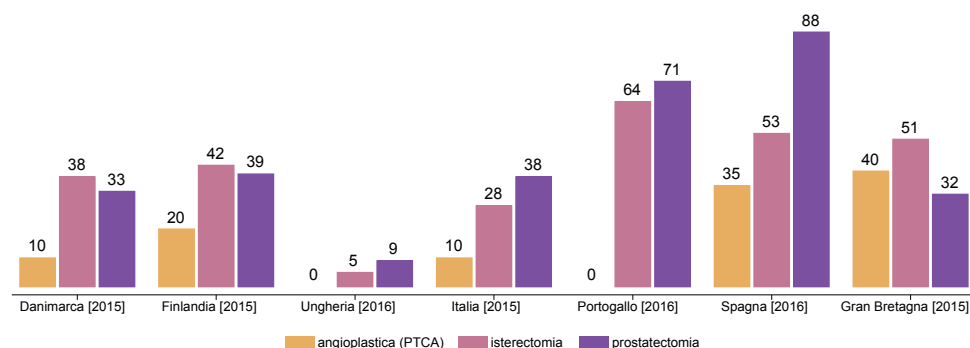
Il report dell'OCSE "Health at a glance: Europe 2016" riporta a titolo esemplificativo per il biennio 2014-2015, un tempo mediano per la sostituzione dell'anca molto variabile in Europa: si va dai 40 giorni in Danimarca e 50 in Italia a oltre 200 giorni in Polonia e Estonia (figura 3).

Figura 3. Tempi di attesa per intervento di protesi d'anca – Valore mediano in giorni – Paesi europei, anno 2015 – Fonte: OCSE 2017



Il database online dell'OCSE "OECD.Stats" fornisce vari indicatori sull'utilizzo dei Servizi sanitari, tra cui la mediana dei tempi di attesa per diversi interventi chirurgici in elezione. L'istogramma seguente mostra i tempi mediani per angioplastica (PTCA), isterectomia e prostatectomia, ultimo dato pubblicato (2015 o 2016) in 7 Paesi europei, tra cui l'Italia. Secondo queste rilevazioni, la situazione italiana si colloca tra le più favorevoli a livello europeo (figura 4).

Figura 4. Tempi di attesa per angioplastica (PTCA), isterectomia e prostatectomia – Valore mediano in giorni – Paesi OCSE Europei, anni 2015 e 2016 – Fonte: OECD.Stats, consultato a maggio 2018



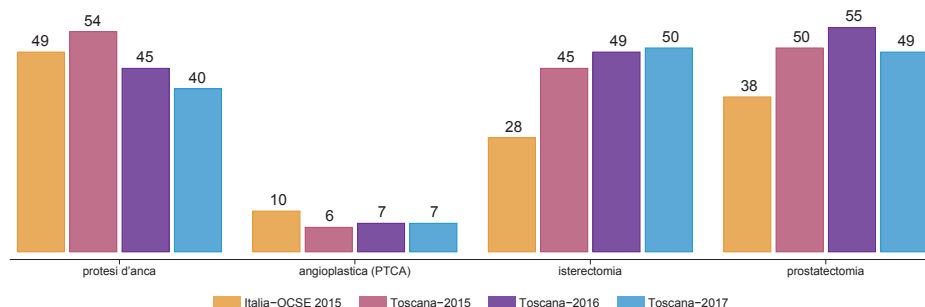
Per quanto riguarda la Toscana, su richiesta della Terza Commissione del Consiglio regionale, l'ARS ha iniziato dal 2017 un monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa per le prestazioni chirurgiche erogate in Toscana. I report sono inviati, con dettaglio per ogni presidio ospedaliero, oltre che alla Terza Commissione, alle direzioni delle Aziende sanitarie.

È monitorata una selezione di 23 tipologie di interventi chirurgici programmati (quindi con esclusione delle urgenze), erogata nelle discipline di chirurgia generale, ginecologia, chirurgia vascolare, cardiocirurgia, chirurgia toracica, urologia, ortopedia e neurochirurgia.

Anche se l'ultimo dato OCSE disponibile per l'Italia è aggiornato al 2015, è stato possibile un confronto con i dati regionali per la protesi d'anca, l'angioplastica percutanea, l'isterectomia e la prostatectomia.

Il dato regionale è migliore di quello nazionale per l'angioplastica e mostra un trend in miglioramento per l'ortopedia, mentre i tempi mediani sono più lunghi per la ginecologia e l'urologia, che però mostra un miglioramento dal 2016 al 2017 (figura 5).

Figura 5. Tempi di attesa per tipologia di intervento – Valore mediano in giorni – Toscana e Italia, periodo 2015-2017 – Fonte: OCSE ed elaborazione ARS su dati Monitoraggio tempi di attesa



Nel decennio scorso, in diversi Paesi, lo strumento di policy più comune per affrontare i lunghi tempi di attesa è stata la definizione di tempi limite. È il caso della Finlandia, dove nel 2005 fu introdotto un sistema di garanzia nazionale che portò a un efficace contenimento del fenomeno. In Inghilterra, dal 2010, il National Health Service ridefinì come diritto l'accesso a determinati servizi entro un tempo massimo, permettendo il ricorso a una serie di provider alternativi se questo non poteva essere ottenuto. Si sono riscontrate così due strategie principali di implementazione: stabilire tempi di attesa standard e responsabilizzare gli erogatori per rientrarvi, oppure consentire ai pazienti di rivolgersi a erogatori alternativi (incluso il settore privato) nel caso di attese oltre un tempo massimo stabilito.

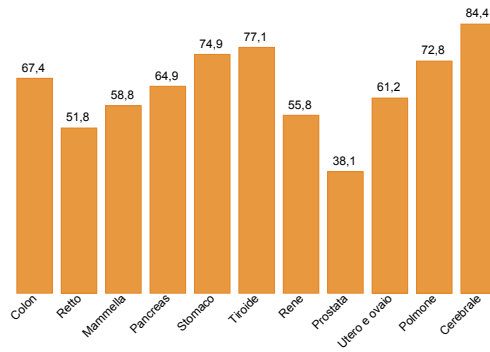
In Italia, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato nel 2002 un documento di indirizzo per l'implementazione di un sistema di prenotazione per i ricoveri programmati, basato su classi di priorità, stabilite dal medico al momento dell'immissione del paziente in lista d'attesa. La classe di priorità viene scelta in relazione alla gravità e al grado di evolutività della patologia da trattare.

In particolare, per la chirurgia oncologica, è richiesta l'“effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna, entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione all'intervento da parte dello specialista”. La Regione Toscana recepì tali indirizzi nel giugno 2003.

In seguito, nel 2013, con Decreto dirigenziale, la Direzione dei Diritti di cittadinanza e coesione sociale confermava le attribuzioni delle classi di priorità, ponendo limitazione a 90 giorni per i ricoveri non prioritari (classe C dell'Accordo Stato Regioni, classe 3 del Decreto).

Nel 2017, per quanto riguarda la chirurgia oncologica, in Toscana su base regionale, la percentuale di pazienti con tumore maligno operati entro 30 giorni varia a seconda della neoplasia (figura 6), tuttavia si riscontra un'ampia variabilità tra i singoli ospedali.

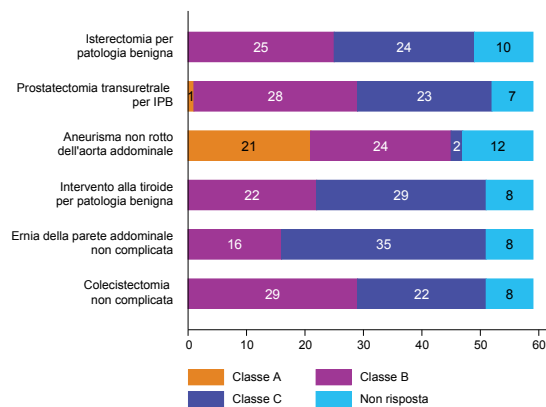
Figura 6. Pazienti con tumore maligno operati entro 30 giorni dall'immissione in lista, per tipologia di tumore - Operati per 100 pazienti in lista - Toscana, anno 2017 - Fonte: Elaborazione ARS su dati Monitoraggio tempi di attesa



Per quanto riguarda gli interventi per patologia non oncologica, mancando un riferimento univoco a una data classe di priorità, il valore dell'indicatore è calcolato come percentuale di pazienti operati entro la classe indicata dal medico.

Occorre premettere che, nell'intervista citata in precedenza, i chirurghi hanno mostrato notevole disomogeneità nel rispondere alla domanda su quale classe di priorità ritenessero la più appropriata, in generale, per determinati interventi (figura 7).

Figura 7. Risposte dei chirurghi sulla classe di priorità più appropriata per tipologia di intervento - Numeri assoluti per tipo di intervento e risposta - Toscana, anno 2018 - Fonte: Indagine ARS



I determinanti dell'attesa in chirurgia e i possibili progressi

In conseguenza di ciò, il grado di efficacia nel rispettare i tempi previsti dal chirurgo varia molto da patologia a patologia, e, all'interno di ciascun intervento, da un ospedale a un altro.

Il dato regionale aggregato è riportato in tabella 1. È auspicabile che l'azione dei Dipartimenti aziendali e interaziendali interessati contribuisca a delineare una miglior standardizzazione nell'individuazione delle classi di priorità.

Tabella 1. Pazienti operati nei tempi previsti dalla classe di priorità, per patologia non oncologica - Operati per 100 pazienti in lista - Toscana, anno 2017 - Fonte: Elaborazione ARS su dati Monitoraggio tempi di attesa

Intervento	% operati entro classe di priorità
Colecistectomia	37,2
Tiroide	70,3
Ernia addominale	35,6
Angioplastica coronarica percutanea	90,6
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale	47,2
Valvuloplastica	63,3
Prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna	42,8
Isterectomia	35,8
Sostituzione del ginocchio, primo impianto	63,1
Sostituzione dell'anca, primo impianto	55,5
Artroscopia del ginocchio	77,8

La diffusione dei farmaci biologici nella pratica clinica

La diffusione dei farmaci biologici nella pratica clinica

Secondo l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), un farmaco è “una sostanza o un'associazione di sostanze impiegata per curare o prevenire le malattie”. Sulla base della natura del principio attivo alla base dell'effetto terapeutico, i farmaci possono essere distinti in farmaci di sintesi, o tradizionali, e farmaci biologici. Secondo la definizione dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) un farmaco biologico “è un medicinale contenente una o più sostanze attive derivate da una fonte biologica; alcune di queste sostanze attive possono essere già presenti nell'organismo umano, ad esempio proteine come l'insulina, l'ormone della crescita e l'eritropoietina.”

I farmaci biologici sono sintetizzati mediante tecniche biotecnologiche e rappresentano una famiglia di farmaci con diverso grado di complessità strutturale, farmacocinetica e farmacodinamica. L'introduzione dei farmaci biologici nella pratica clinica ha avuto importanti ricadute nella gestione di molte malattie gravi, soprattutto nei settori della reumatologia, nefrologia e oncologia. Appartengono alla categoria dei farmaci biologici ormoni ed enzimi, emoderivati e medicinali immunologici come sieri e vaccini, immunoglobuline ed allergeni, e gli anticorpi monoclonali.

L'impiego dei farmaci biologici nella pratica clinica si sta espandendo notevolmente negli ultimi anni. A livello globale, il loro consumo è quasi raddoppiato negli ultimi dieci anni, passando da 6 miliardi di dosi giornaliere (DDD – Defined Daily Doses - https://www.whocc.no/atc_ddd_index/) nel 2003 a 11,9 miliardi nel 2013 (IMS Health, 2015). I dati del Terzo Rapporto di Ricerca 2015 elaborato dal CeSBio (Centro Studi e Ricerche sulle Biotecnologie Sanitarie e Settore Biotech) rivelano che in Italia, nel periodo 2009-2014 il tasso di crescita medio annuo della spesa per queste molecole è stato del 6,5%, maggiore di quello della farmaceutica nel suo complesso, e la spesa per farmaci biotecnologici nel 2014 è stata pari a quasi 4 miliardi di Euro, ovvero corrispondente a circa il 13,6% della spesa farmaceutica complessiva e il 17,3% della spesa per farmaci rimborsabili (CeSBio, 2015).

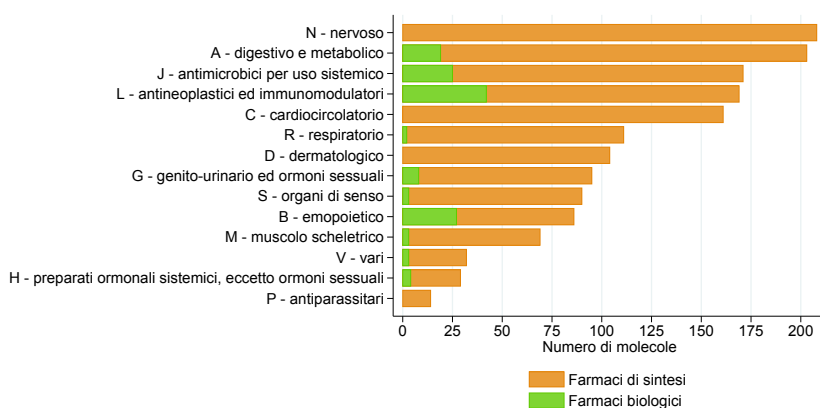
Considerando l'elevato costo di questi farmaci, il continuo aumento del mercato dei biologici si accompagna alla questione della sostenibilità economica. Pertanto, nell'ottica del controllo della spesa sanitaria, il monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci biologici nella pratica clinica acquisisce particolare rilevanza al fine di generare evidenze fondamentali per contestualizzare e quantificare eventuali problematiche relative all'uso di questi farmaci e supportare la pianificazione e l'implementazione di possibili interventi.

Relativamente ai consumi dei farmaci biologici in Toscana, sono presenti in letteratura alcuni studi a cui l'ARS ha partecipato e che hanno fornito informazioni circa l'utilizzo di specifiche classi di farmaci, in particolare sui fattori di stimolazione dell'eritropoiesi (epoietina, darbepoietina) (Ingrasciotta et al., 2015) e sui fattori di stimolazione delle colonie di granulociti (Marcianò et al., 2016). Questa scheda ha l'obiettivo di fornire uno sguardo d'insieme circa l'utilizzo dei farmaci biologici rimborsati in Toscana.

Sono state estratte tutte le erogazioni di farmaci a carico del Sistema Sanitario Nazionale registrati nei flussi dell'assistenza farmaceutica territoriale e dell'erogazione diretta. I principi attivi corrispondenti sono stati distinti in "farmaci biologici" e "farmaci di sintesi" a partire dalla classificazione disponibile nella Banca Dati Farmadati (ultimo aggiornamento 6 novembre 2017). Successivamente, le molecole biologiche e di sintesi sono state suddivise per classe anatomica secondo il I livello della Classificazione ATC (https://www.whocc.no/atc_ddd_index/).

In figura 1 sono riportati i risultati relativi al numero assoluto di principi attivi rimborsati nel 2017, rispettivamente biologici e di sintesi. Le categorie terapeutiche maggiormente rappresentate sono quelle dei farmaci anti-neoplastici e immuno-modulatori (n: 42), farmaci per il sangue e gli organi emopoietici (n: 27), gli anti-microbici per uso sistemico (n: 25), i farmaci destinati alla cura delle malattie dell'apparato gastro-intestinale e metaboliche (n: 19 principi attivi) e i farmaci agenti sul sistema genito-urinario e ormoni sessuali (n: 8).

Figura 1. Principi attivi di sintesi rimborsati per ATC di I livello e tipologia biologica o sintetica - Numero di molecole - Toscana, anno 2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi SPF e FED

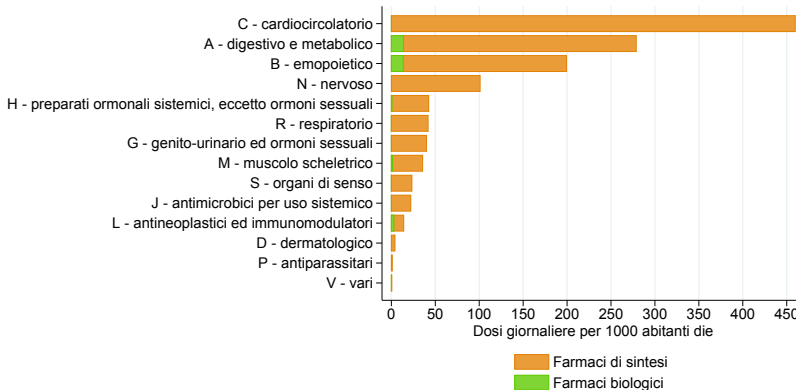


Nella figura 2 è descritto il consumo di farmaci biologici e di sintesi espresso in numero medio di dosi giornaliere (DDD) per 1.000 abitanti/die. Il consumo maggiore di biologici in termini assoluti è stato osservato all'interno delle categorie A (farmaci destinati alle malattie metaboliche e dell'apparato digerente: 13,5 DDD per 1.000 abitanti/die) e B (malattie del sangue e degli organi emopoietici (13,5 DDD per 1.000 abitanti/die su un totale di 199,4). Nelle stesse categorie farmaco-terapeutiche i farmaci biologici hanno rappresentato rispettivamente il 5% e il 7% del consumo totale. Tra i farmaci biologici per le patologie dell'apparato digestivo ritroviamo le insuline o gli analoghi del Glucagon-like peptide 1 per il trattamento del diabete mellito, mentre tra i biologici utilizzati per le malattie del sangue e del sistema emopoietico

vi sono le eparine, le epoietine e i fattori della coagulazione del sangue. I valori di consumo nettamente superiori per i biologici appartenenti a queste due classi rispetto alle restanti sono riconducibili all'elevata prevalenza d'uso e alla durata d'utilizzo associata ad alcuni farmaci rientranti in questi due gruppi, come ad esempio le insuline ed eparine (OsMed, 2016). Al terzo posto troviamo i farmaci anti-neoplastici e immuno-modulatori con 2,9 DDD per 1.000 abitanti/die di biologici rimborsate nel 2017. Tra questi rientrano gli anticorpi monoclonali, utilizzati per il trattamento di neoplasie e malattie autoimmuni. L'elevata percentuale di dosi di biologici sul totale (20% circa) dimostra come questi farmaci oramai rappresentino degli strumenti fondamentali per questa macro area farmaco-terapeutica.

In generale, questi risultati appaiono in accordo con quanto riportato dal rapporto CeSBio sull'utilizzo dei farmaci biologici a livello nazionale (CeSBio, 2015). Nonostante alcune differenze di carattere metodologico, come la classificazione dei farmaci utilizzata diversa da quella ATC e il periodo di studio considerato (2009-2014), anche nel rapporto del CeSBio le aree terapeutiche più rilevanti dal punto di vista del consumo di farmaci biologici sono state quelle delle malattie metaboliche, nutrizionali ed endocrine, delle malattie del sangue e delle neoplasie.

Figura 2. Consumo di farmaci rimborsati per ATC di I livello e tipologia biologica o sintetica - Dosi giornaliere per 1.000 abitanti - Toscana, anno 2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi SPF e FED

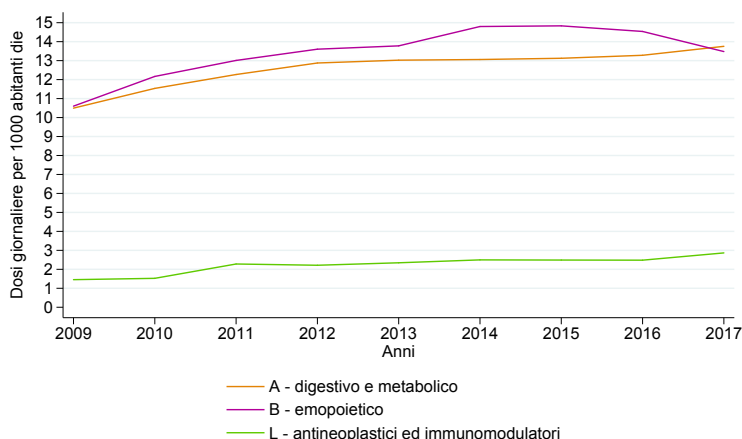


Secondo quanto riportato da OsMed, sebbene il consumo di farmaci di sintesi sia di gran lunga superiore a quello dei biologici, i farmaci biologici si collocano comunque ai primi posti all'interno di ciascuna categoria anatomico-terapeutica (ATC I livello) in termini di spesa sanitaria pubblica. Nel 2016 tra i farmaci per il trattamento delle malattie del sangue e degli organi emopoietici, i fattori della coagulazione del sangue e le epoietine sono stati i farmaci a maggior impatto sulla spesa delle strutture sanitarie pubbliche, mentre le eparine non frazionate

e a basso peso molecolare erano al primo posto nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata. Insuline e analoghi ad azione rapida, invece, sono rispettivamente al primo e al secondo posto per quanto riguarda spesa farmaceutica convenzionata e di strutture sanitarie pubbliche all'interno della categoria di farmaci del metabolismo e tratto gastro-intestinale. Tra i farmaci anti-neoplastici e immuno-modulatori a maggior spesa per le strutture sanitarie pubbliche, ci sono gli anticorpi monoclonali verso il fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- α), mentre sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale trastuzumab, bevacizumab e rituximab compaiono tra i primi trenta principi attivi a maggior impatto economico (OsMed, 2016).

Infine, per le tre le classi associate al maggior consumo di farmaci biologici nel 2016 (A, B, L) è stato osservato il trend temporale dei consumi negli anni compresi tra 2009 e il 2017 (figura 3). In tutti i casi vi è stato un andamento di costante crescita nel tempo, con l'unica eccezione della diminuzione, nel 2017, dell'uso dei farmaci di classe B, che tornano al livello del 2013. Tale diminuzione potrebbe essere in parte dovuta al crescente utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali (farmaci di sintesi) la cui somministrazione, in particolari situazioni, potrebbe essere preferibile rispetto alle eparine (ANMCO 2016). L'incremento più evidente è stato osservato per i farmaci anti-neoplastici e immuno-modulatori dove il consumo di biologici è pressoché raddoppiato in nove anni, passando da 1,5 DDD per 1.000 abitanti/die nel 2009 a 2,9 DDD per 1.000 abitanti/die nel 2017.

Figura 3. Consumo di farmaci rimborsati per ATC di I livello (A, B, L) – Dosi giornaliere per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2009-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi SPF e FED



L'andamento osservato è da ricondursi, da un lato, al consolidarsi nel tempo dell'utilizzo di farmaci biologici disponibili già da diversi anni nella pratica clinica (es. artrite reumatoide,

diabete, anemia) e, dall'altro, alla continua introduzione in terapia di nuove molecole, come ad esempio gli anticorpi monoclonali, che rappresentano per diverse patologie l'ultima frontiera del trattamento farmacologico (es. neoplasie). Nello specifico, la sensibile crescita dei consumi rilevata per questa categoria tra il 2016 e il 2017 è probabilmente da ricondursi in buona parte alla crescente tendenza dei Centri ospedalieri alla registrazione di questi farmaci nel flusso FED, utilizzato per questa analisi, anche quando questi sono somministrati a pazienti in regime di ricovero. Ciò è dovuto a ragioni principalmente di carattere amministrativo e di rendicontazione finalizzate al monitoraggio e al contenimento della spesa associata all'uso di dei farmaci ad alto costo.

Contaminazione da tallio dell'acquedotto di Pietrasanta

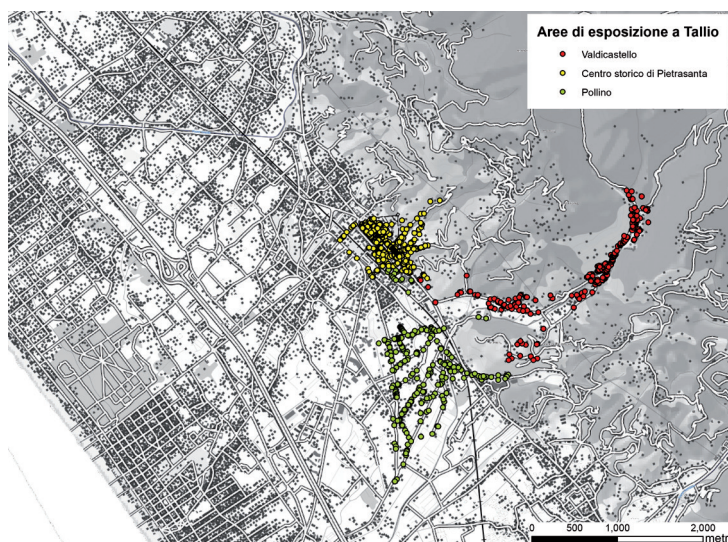
Contaminazione da tallio dell'acquedotto di Pietrasanta

Un approccio multidisciplinare per la gestione delle acque e la valutazione degli effetti sulla salute

Storia breve della contaminazione

Nel 2014 in alcune aree dell'acquedotto del comune di Pietrasanta (LU) si è verificato il riscontro di livelli di tallio (Tl) superiori al limite massimo consentito nelle acque potabili indicato dalle autorità statunitensi (Environmental Protection Agency o EPA), pari 2 $\mu\text{g/l}$ (figura 1). Per la sua rarità in natura, il tallio, infatti, non rientra nei parametri di controllo per la potabilità delle acque e pertanto non è soggetto ad analisi di routine. In seguito a tali rilievi, su richiesta dell'Azienda USL il 3 ottobre 2014 è stata emessa dal Comune di Pietrasanta la prima ordinanza di non potabilità nella frazione di Valdicastello. È stata rapidamente individuata l'unica sorgente contaminata, denominata Molini di Sant'Anna, immediatamente esclusa dal sistema di approvvigionamento. La causa più probabile di tale contaminazione della sorgente è stata attribuita alle acque meteoriche che dilavano un'estesa grande frana con minerali contenenti tallio che si sviluppa a monte della sorgente Molini di Sant'Anna (relazione di fine periodo UNIPi – Dipartimento di Scienze della Terra – 14 giugno 2016). Il 7 novembre 2014, in seguito ad una campagna di controlli a tappeto su tutto il territorio potenzialmente interessato a cura dell'ente gestore (GAIA SpA) e di USL, viene emessa una nuova ordinanza di non potabilità nel centro storico di Pietrasanta. Una successiva Ordinanza di divieto viene emessa a luglio 2015 e riguarda il territorio del Pollino, una frazione del comune di Pietrasanta confinante con il comune di Camaiore.

Figura 1. Area interessata dalla contaminazione da tallio



Gestione dell'emergenza

La frazione di Valdicastello è stata la prima a essere interessata dai divieti di utilizzo, ed essendo la più vicina alla sorgente contaminata, è quella in cui si sono stati riscontrati i valori di tallio più alti, con un netto gradiente geografico, con livelli in diminuzione man mano che si scende a valle verso il mare. L'esclusione della sorgente contaminata, invece di abbassare i livelli di tallio, ha determinato un aumento delle concentrazioni, a causa delle variazioni chimico-fisiche e di pressione che hanno determinato il distacco di sedimenti e incrostazioni delle tubature contenenti tale metallo. GAIA ha provveduto alla sostituzione quasi integrale delle tubazioni della rete di Valdicastello, per un totale di 16 km di rete acquedottistica. Nelle due altre aree interessate, il centro storico di Pietrasanta e il Pollino, sono state impiegate, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, delle tecniche sperimentali di pulizia dei tubi, per un totale di 8 km di tubature pulite. In seguito a questi interventi e a una fitta campagna di controlli, sia da parte di GAIA che della AUSL, le Ordinanze di divieto di utilizzo dell'acqua potabile sono state revocate tra gennaio e febbraio 2015 a Valdicastello, tra novembre e dicembre 2014 nel centro storico di Pietrasanta e tra agosto e settembre 2015 al Pollino. Al momento continua a essere attivo un piano di monitoraggio straordinario rafforzato sulla rete acquedottistica.

Controlli della qualità delle acque

Il piano di campionamento messo in atto da GAIA e AUSL nel triennio 2014-2017 ha previsto un totale di 3.357 campioni effettuati da GAIA e 716 dalla AUSL. In tabella è riportata una descrizione dei campionamenti e degli esiti sui livelli di tallio, secondo tre classi principali: $<0,5 \mu\text{g/l}$, che è l'obiettivo di qualità che amministratori e tecnici si sono prefissati, tra $0,5$ e $2 \mu\text{g/l}$ e $>2 \mu\text{g/l}$.

Tabella 1. Campionamenti ed esiti sui livelli di tallio

GAIA SpA	n.	TL ($\mu\text{g/L}$)
Campioni	167	$\geq 2,0 \mu\text{g/L}$
	365	$0,5 \mu\text{g/L} \leq 2,0 \mu\text{g/L}$
	2.825	$< 0,5 \mu\text{g/L}$
Totale	3.357	

AUSL 12	n.	TL ($\mu\text{g/L}$)
Campioni	25	$\geq 2,0 \mu\text{g/l}$
	53	$0,5 \mu\text{g/l} \leq 2,0 \mu\text{g/l}$
	638	$< 0,5 \mu\text{g/l}$
Totale	716	

Oltre ai controlli lungo la rete di distribuzione, GAIA, al fine di garantire una mitigazione del rischio di contaminazione derivante dalle possibili incrostazioni presenti anche nelle tubature delle reti private, di cui in condizioni normali non detiene alcuna responsabilità, ha effettuato 3 campagne di monitoraggio (2015, 2016 e 2017/2018) ai rubinetti delle singole abitazioni.

Biomonitoraggio umano e studio epidemiologico

Nei giorni immediatamente successivi alla scoperta della contaminazione, la Regione Toscana, su iniziativa diretta della Presidenza, ha costituito due gruppi di lavoro interdisciplinari (ambientale e sanitario) per affrontare l'emergenza e per effettuare le valutazioni ambientali e sanitarie e breve, medio e lungo termine.

Il gruppo di lavoro sanitario, presieduto dal Sindaco di Pietrasanta, ha visto il coinvolgimento della Azienda USL, dell'Agenzia regionale di Sanità, dei Laboratori di Sanità Pubblica di Lucca, Firenze e Siena, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, oltre alla partecipazione di associazioni e rappresentanti di cittadini. Le tre principali linee di attività messe in atto sono:

- campagne di biomonitoraggio umano di urine e capelli nelle zone interessate dalla contaminazione e in aree di controllo, per valutare l'impatto della contaminazione dell'acqua sull'esposizione umana;
- studio epidemiologico di coorte residenziale, per valutare gli effetti sulla salute dell'esposizione cronica a tallio;
- tre campagne di monitoraggio di vegetali coltivati lungo l'asse del torrente Baccatoio, che attraversa l'abitato di Valdicastello, per valutare il trasferimento suolo/pianta e quindi l'esposizione umana a metalli pesanti da consumo di prodotti dell'orto.

Due delle tre campagne di monitoraggio sulle matrici vegetali sono state effettuate in collaborazione con Università di Bologna, che ha provveduto anche al campionamento ed all'analisi dei suoli. Il materiale scientifico prodotto dai vari enti coinvolti, i dati di controllo di GAIA e AUSL, le ordinanze sindacali, le presentazioni degli incontri pubblici e le registrazioni audio delle riunioni del gruppo di lavoro sono disponibili sul sito web del Comune di Pietrasanta.

Biomonitoraggio umano

Entro 2 settimane dall'emissione delle Ordinanze comunali di divieto di utilizzo dell'acqua potabile, anche grazie alla mobilitazione spontanea e volontaria di gruppi di cittadini, è stata realizzata una campagna di raccolta di campioni di urine nella popolazione di Valdicastello e di Pietrasanta centro (campionamento A). La tempestività di questa raccolta di campioni è stata fondamentale per valutare l'entità dell'impatto della contaminazione sull'esposizione umana. La determinazione dei metalli nella matrice capelli, infatti, al netto di varie problematiche che rendono difficile la standardizzazione del campionamento, è espressione di una esposizione più pregressa di quanto si riesce a valutare tramite l'analisi delle urine. L'86% dei soggetti che aveva consegnato in maniera volontaria il primo campione A di urine ha poi ripetuto il campionamento a circa 2 mesi di distanza dalla cessazione dell'esposizione (campione B).

In un secondo momento e con modalità più strutturate di chiamata attiva messe in atto dall'Azienda USL sono state eseguite altre campagne di biomonitoraggio di urine e capelli, nelle tre aree di esposizione ed in un gruppo di controllo.

Al momento della consegna del campione biologico, è stato somministrato da personale opportunamente addestrato un questionario attraverso il quale sono state reperite, tra l'altro, informazioni circa l'abitudine al fumo di tabacco, il consumo di cibi prodotti in coltivazioni locali, il consumo di acqua di acquedotto, il tipo di attività lavorativa attuale o svolta in precedenza con le relative anzianità lavorative, eventuali patologie, pregresse o in atto.

Il numero totale di campioni di urine analizzati è pari a 2.154, di cui 2.000 hanno valori di creatinina nel range 0,3-3 mg/dl, e, pertanto, ritenuti validi. In base alla residenza e alla tempistica di raccolta del campione abbiamo in definitiva isolato 6 gruppi principali di popolazione, riassunti nella tabella.

Tabella 2. Concentrazione di creatinina nelle urine per gruppo di popolazione - Media geometrica di e range di variazione in µg/L - Fonte: Elaborazioni su dati campagna di biomonitoraggio

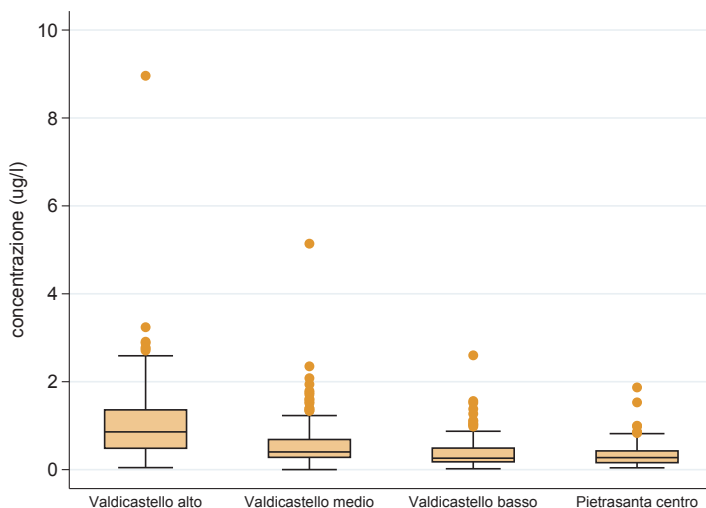
	N. (%)	Media geometrica (95% CI) µg/L	Min-max µg/L	95° perc. µg/L
1 - Volontari A*	571 (28,6)	0,47 (0,43-0,50)	0,010-8,96	1,89
2 - Volontari B**	671 (33,6)	0,3 (0,28-0,32)	0,010-27,9	0,95
3 - Chiamata attiva§ Pietrasanta centro	303 (15,1)	0,17 (0,16-0,18)	0,029-1,86	0,48
4 - Pollino A	143 (7,2)	0,23 (0,20-0,26)	0,029-1,56	0,64
5 - Pollino B	108 (5,4)	0,19 (0,17-0,21)	0,030-1,80	0,53
6 - Controlli	204 (10,2)	0,2 (0,18-0,22)	0,033-10,9	0,56
Totale	2.000 (100)			

*A: entro 2 settimane da ordinanza; **B: dopo due mesi da ordinanza; § Chiamata attiva: tempi raccolta variabili e maggiori di 2 mesi da ordinanza

Come atteso il gruppo dei campioni A dei volontari presenta valori di tallio nelle urine statisticamente più alti di tutti gli altri gruppi. Anche per il gruppo dei campioni B dei volontari si osservano valori statisticamente più alti degli altri gruppi. Il gruppo dei campioni A del Pollino presentano anch'essi valori statisticamente più alti della chiamata attiva svolta a Pietrasanta centro, mentre il gruppo dei controlli presenta livelli statisticamente più alti della chiamata attiva. Se si analizza separatamente il gruppo dei volontari, si evidenzia una riduzione statisticamente significativa tra campione A e campione B. Nel campionamento A, il 42,5% dei soggetti presentava concentrazioni di Tl maggiori a 0.5 µg/l (95° percentile dei valori di Tl nella

popolazione italiana di riferimento; Società Italiana Valori di Riferimento SIVR 2011); tale percentuale si è più che dimezzata nel campionamento B. Inoltre, sia per il gruppo dei campioni A che per il gruppo B dei volontari, si osserva una differenza statisticamente significativa tra le aree geografiche (figura 2).

Figura 2. Concentrazione di tallio nelle urine per area di campionamento – Box-plot dei valori in $\mu\text{g/L}$ – Fonte: Elaborazioni su dati campagna di biomonitoraggio



In tutte le aree geografiche, ad esclusione dei campioni raccolti nel centro di Pietrasanta, la riduzione dei livelli di tallio nelle urine tra campione A e campione B è statisticamente significativa. Nel campione A, e non nel campione B, le concentrazioni urinarie di tallio sono risultate fortemente associate all'utilizzo di acqua dell'acquedotto; in entrambi i campioni si conferma l'associazione con il consumo abituale di prodotti provenienti da orti locali. Solo nel campione B, per il quale il contributo dell'esposizione a tallio derivante dalla contaminazione dell'acqua potabile è nettamente inferiore rispetto al campione A, si osserva, come atteso dai dati di letteratura, l'associazione con il fumo. Per tutti i gruppi analizzati non sono state riscontrate associazioni significative con le variabili relative a sintomatologie auto-risportate, potenzialmente associabili a esposizione a tallio, quali dermatiti, parestesie, perdita di capelli, ecc.

Il numero totale di campioni di capelli analizzati è pari a 254, con una media geometrica di 0,776 ng/g nelle tre aree di esposizione e una media di 0,363 ng/g nel gruppo di controllo. L'analisi della varianza mostra che i campioni raccolti a Valdicastello, Pietrasanta centro, Pollino e nel gruppo di controllo presentano livelli di tallio nei capelli statisticamente diversi tra loro. Le differenze sono, però, essenzialmente imputabili alla disomogeneità rispetto al gruppo dei controlli, mentre i tre gruppi di campioni raccolti nelle tre principali aree interessate dalla

contaminazione da tallio presentano valori di tallio nei capelli simili, a testimonianza di una maggiore omogeneità rispetto ad una esposizione di più lungo termine.

Studio di coorte residenziale

L'obiettivo dello studio, seguito direttamente dall'ARS, era quello di valutare se l'esposizione cronica a tallio nelle aree interessate dalla contaminazione dell'acqua potabile abbia avuto effetti sui principali indicatori di mortalità e morbosità. Il tallio è un potente agente tossico e ben noti sono gli effetti di intossicazioni acute per ingestione di forti dosi, quali perdita dei capelli, danneggiamento dei nervi, nausea, vomito fino alla morte. Molto meno noti e studiati sono invece gli effetti sulla salute dell'esposizione prolungata a basse dosi. Secondo quanto riportato in una revisione dell'OMS del 1996 l'esposizione che determina una concentrazione urinaria di tallio sotto i 5 µg/L non è probabile causa di effetti sanitari avversi. Nell'intervallo 5-500 µg/L l'entità del rischio e la severità degli effetti avversi sono incerti, mentre l'esposizione che porta a concentrazioni urinarie oltre i 500 µg/L è associata con l'avvelenamento.

Nello studio è stata arruolata la coorte di residenti nel comune di Pietrasanta al 1 gennaio 2000 e seguita fino al 31 marzo 2015, tenendo conto di tutte le dinamiche demografiche avvenute in questo periodo, nascite, decessi, emigrazioni, immigrazioni e variazioni degli indirizzi di residenza. Le aree di esposizione sono state definite sulla base dei campioni di acqua potabile analizzati dall'ente gestore e dalla AUSL, che hanno poi determinato le perimetrazioni riportate nelle ordinanze di divieto. Gli indirizzi di residenza sono stati georeferenziati e a ciascun soggetto è stato attribuito il livello socio-economico della propria sezione di censimento. I dati di mortalità, ospedalizzazione, nascita pre-termine e basso peso sono stati estratti e associati a ciascun membro della coorte dai flussi amministrativi correnti. Le associazioni con l'esposizione a Tl sono state valutate mediante modelli di Cox a rischi proporzionali, con la stima di Hazard Ratio (HR) e degli intervalli di confidenza al 95%, considerando l'età, l'asse temporale, separatamente per maschi e femmine, e aggiustando per livello socio-economico e periodo di calendario.

La coorte residenziale è composta da 33.708 soggetti (47,2% maschi). Nel periodo 2000-2015 si sono verificati complessivamente 3.442 decessi: 635 decessi (18,4%) sono stati osservati nelle tre aree esposte e 138 decessi (4,0%) a Valdicastello. Il tasso di mortalità generale standardizzato per età nelle aree esposte è risultato inferiore al tasso osservato nel resto del comune di Pietrasanta non esposto a Tl. I rischi di mortalità per tutti i tumori e per le malattie cardiovascolari, respiratorie, digestive e genitourinarie non sono risultati associati all'esposizione al tallio. Nella frazione di Valdicastello la mortalità per cancro era significativamente inferiore rispetto alle aree non esposte. Tuttavia, al netto delle basse numerosità, i residenti nelle aree esposte hanno mostrato un eccesso di rischio per il carcinoma della vescica (n: 9, Hazard Ratio - HR: 2,07, I.C. 95%: 0,92-4,63) e per linfoma non Hodgkin (n: 4, HR: 2,63, I.C. 95%: 0,74-49,40). I dati dei ricoveri ospedalieri sono simili a quelli della mortalità: non sono stati osservati significativi

eccessi di rischio nella popolazione esposta a Tl. I risultati dei ricoveri ospedalieri per cancro nei residenti a Valdicastello hanno confermato le analisi di mortalità e hanno mostrato un rischio inferiore rispetto alle aree non esposte (n: 96, HR: 0,70, I.C. 95%: 0,57-0,86). Per i residenti nelle aree esposte a Tl è stato osservato un rischio maggiore di basso peso alla nascita (OR: 1,30, I.C. 95%: 0,73-2,31) e parto pretermine (OR: 1,24, I.C. 95%: 0,70-2,19) rispetto al resto del Comune di Pietrasanta.

Considerazioni

Il “caso tallio” a Pietrasanta ha rappresentato un’esperienza del tutto straordinaria per tutti i soggetti coinvolti: cittadini, amministratori, autorità sanitarie, ente gestore, tecnici e ricercatori. Tale evento ha messo in luce in maniera eclatante i limiti della vecchia impostazione della gestione e tutela delle acque potabili, che ha poi trovato un definitivo superamento con la nuova direttiva 2015/1787/CE della Commissione in cui viene promosso un nuovo approccio olistico che sposta l’attenzione dal controllo retrospettivo sulle acque distribuite alla prevenzione e gestione dei rischi nella filiera idropotabile, al modello dei Water Safety Plans (WSP), elaborati nel 2004 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità. Il modello WSP persegue un sistema globale di valutazione e gestione dei rischi estesa all’intera filiera idrica (dalla captazione all’utenza finale). Il nuovo approccio tiene conto dei potenziali pericoli di ordine fisico, biologico e chimico e definisce le misure di controllo per prevenire, ridurre o eliminare il rischio. Questo approccio risk-based consente di decidere, sulla base di una concreta e puntuale valutazione, quali parametri monitorare con più frequenza o come ampliare il controllo a contaminanti emergenti, attualmente non oggetto di monitoraggio sistematico, proprio come nel caso del tallio.

In un clima di allarme della popolazione e di forte pressione mediatica, vista anche la vocazione altamente turistica dell’area, la risposta delle istituzioni è stata repentina e adeguata alla situazione. La raccolta tempestiva dei campioni di urine, resa possibile grazie alla mobilitazione volontaria di numerosi cittadini, ha consentito in un tempo breve di escludere la presenza di rischi per la salute della popolazione. Se, come atteso, i primi campioni presentano valori mediamente più alti della popolazione di riferimento (nel frattempo la SIVR ha aggiornato i valori di riferimento per il tallio portando il 95° percentile da 0,5 a 0,759), si tratta, in ogni caso, di scostamenti di entità modesta.

Come già detto sono molto poche le esperienze di studio sul tallio a concentrazioni medio-basse. Si può citare lo studio tedesco di Brockhaus del 1981 su una popolazione che vive nelle vicinanze di un cementificio con emissioni accertate di tallio. La media geometrica dei livelli di tallio nelle urine nella popolazione dello studio tedesco è pari a 2,6 µg/l, con un range di <0,1–76,5 µg/l; nel campione di capelli la concentrazione media era di 9,5 ng/g, con un range 0,6–565 ng/g. Si tratta, quindi, di valori decisamente più alti rispetto a quelli osservati a Pietrasanta. Ben diversa la situazione descritta da Xiao nello studio cinese in un’area rurale della Cina con

contaminazione naturale da tallio presente nei suoli. In questo caso la popolazione locale ha manifestato nel periodo 1960-1970 i chiari sintomi di intossicazione da tallio, quali stanchezza, dolori muscolari, disturbi visivi, perdita di capelli, per un totale di 189 casi di intossicazione. Le prime indagini condotte mostrarono valori di tallio nell'acqua potabile piuttosto alti, nel range 3,7-40 µg/l. I successivi risultati del biomonitoraggio umano furono allarmanti: nei tre villaggi contaminati il range di valori urinari di tallio risultò 2,5-2.668 µg/l, con una media di 521,9 µg/l, soprattutto a causa dell'ingestione abituale di prodotti vegetali contaminati, come i cavoli verdi nei quali furono rilevate concentrazioni di tallio altissime, pari a 24,4 mg/kg. Un altro studio cinese del 2015 ha analizzato la relazione tra i livelli di alcuni metalli, tra cui il tallio, nelle urine della madre e il basso peso alla nascita. Lo studio ha riguardato 816 donne in gravidanza (di cui 204 casi di basso peso alla nascita e 612 controlli). I valori urinari mediani di tallio nelle donne che hanno avuto un parto con basso peso alla nascita sono risultati di 0,64 µg/g creatinina (range: <LOD-8,15 µg/g di creatinina), ed è stato osservato aumento di rischio di basso peso del 90% (OR: 1,90, I.C. 95%: 1,01-3,58).

Questa analogia tra i risultati dello studio di Pietrasanta e lo studio cinese sul basso peso alla nascita è molto interessante, anche perché i livelli urinari di tallio nei gruppi degli esposti sono molto simili (0,64 µg/g creatinina in Cina e 0,509 µg/g creatinina a Valdicastello).

Per questo motivo il gruppo di lavoro sanitario, oltre a continuare il monitoraggio costante delle acque potabili e non, ha pianificato un ulteriore studio che si avvale della collaborazione del Laboratorio di Genetica Medica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana ed ha lo scopo di valutare la presenza di modificazioni epigenetiche, in particolar modo della metilazione del DNA, in minori precocemente esposti a tallio come conseguenza della contaminazione delle acque potabili rispetto ad un gruppo di soggetti di controllo. A tal fine sarà valutata la metilazione globale e di specifiche regioni soggette ad imprinting, nonché di geni implicati in processi fondamentali per il neurosviluppo, e geni coinvolti in meccanismi epigenetici. Lo studio è attualmente in fase di approvazione da parte del Comitato Etico.

Il biomonitoraggio umano dei livelli di tallio nelle urine e nei capelli realizzato a Pietrasanta è, a nostra conoscenza, lo studio più ampio sul tallio realizzato in situazioni locali specifiche. Questo patrimonio di dati, insieme al quadro conoscitivo emerso dallo studio epidemiologico di coorte residenziale, fornisce un contributo rilevante allo stato delle conoscenze, a oggi ancora molto scarse, sugli effetti di esposizione croniche a bassi livelli di tallio.

La valutazione della performance dei percorsi assistenziali

La valutazione della performance dei percorsi assistenziali

Nel 2017, per riportare i risultati del 2016 sono stati introdotti nel sistema di valutazione della performance in sanità i pentagrammi: strumenti di rappresentazione dei risultati di performance in grado di offrire una lettura diversa dei dati presenti nel bersaglio, una lettura basata sulla logica dei percorsi e in una prospettiva più vicina a quella degli utenti.

Questo nuovo approccio alla misurazione e rappresentazione dei risultati di performance è stato per la prima volta adottato nell'ambito del percorso materno infantile (Murante et al. 2014), dove è possibile identificare immediatamente tre fasi cronologiche del percorso (gravidanza, parto e post-parto), ognuna delle quali è di norma responsabilità di differenti setting assistenziali, da una parte i servizi consultoriali e dall'altra quelli ospedalieri. La novità di questa modalità di rappresentazione valorizza la prospettiva dell'utente, perché permette di misurare i risultati lungo il percorso assistenziale nel quale è coinvolto.

Nel pentagramma, le note sono indicatori di performance del percorso assistenziale, organizzati per fasi del percorso, invece che per aree tematiche, fasi che sono a loro volta rappresentati dalle battute del pentagramma. Gli indicatori sono disposti su una delle cinque fasce colorate di valutazione, come nel bersaglio, a seconda della performance ottenuta.

Gli indicatori/note presenti su un pentagramma sono i singoli indicatori che nel bersaglio fanno parte di alberi articolati e vengono sintetizzati da indicatori compositi. Ad esempio, sempre facendo riferimento all'area materno infantile, nel bersaglio vengono visualizzati 3 indicatori compositi: C7b Materno infantile assistenza al parto, C7c Materno infantile assistenza territoriale e C7d Pediatria; mentre nel pentagramma sono inseriti in modo singolo tutti i 30 indicatori di valutazione del percorso nascita.

Il pentagramma dà una visione immediata della qualità dei servizi erogati complessivamente dalla sanità lungo il percorso dei pazienti, con il dettaglio delle Aziende sanitarie che intervengono nell'erogazione dei servizi. Per questo, nello stesso pentagramma possono essere rappresentate organizzazioni diverse e lo stesso indicatore può apparire più volte, valutato per ciascuna delle organizzazioni che erogano uno stesso servizio del percorso per la popolazione considerata. Nel percorso relativo all'assistenza materno infantile, la presenza dello stesso indicatore per più organizzazioni riguarda in particolar modo la fase del parto, in quanto l'assistenza al parto può essere erogata da diversi punti nascita nella stessa area geografica; quindi gli indicatori di questa fase sono raddoppiati per mostrare i risultati raggiunti dall'Azienda sanitaria territoriale oppure dall'Azienda Ospedaliero Universitaria. In particolare, la rappresentazione grafica adottata permette di distinguere tra questi diversi erogatori: i pallini/note in bianco rappresentano le Aziende sanitarie territoriali e quelli in blu

le Aziende Ospedaliere Universitarie, mentre quelli in nero indicano lo stesso posizionamento nel pentagramma di un indicatore calcolato per i due diversi erogatori.

La sezione di questo volume dedicata ai percorsi assistenziali restituisce, attraverso i pentagrammi, la visione unitaria della performance dei seguenti percorsi di cura:

- percorso nascita;
- percorso cronicità;
- percorso oncologico;
- percorso salute mentale;
- assistenza domiciliare e residenziale.

Dopo la descrizione, per ciascun percorso sono proposti i pentagrammi per Area Vasta (AV). Per i percorsi che sono caratterizzati soltanto da indicatori per residenza e che non hanno indicatori di erogazione, come ad esempio quello dell'assistenza domiciliare e residenziale, il pentagramma di Area Vasta in realtà coincide con quello dell'Azienda territoriale. I pentagrammi per Zona Distretto sono, invece, disponibili sulla piattaforma web <http://performance.santannapisa.it>

Gli stessi indicatori presenti sui pentagrammi sono, inoltre, visualizzati nella mappa di performance, allo scopo di mostrare il loro posizionamento rispetto alla performance raggiunta nell'anno sotto osservazione (relativa all'anno 2017) lungo l'asse delle ascisse-x, e all'andamento nel tempo (trend 2016-2017) lungo l'asse delle ordinate-y. Il colore degli indicatori in mappa rappresenta la valutazione ottenuta nel 2017 e si sviluppa in orizzontale: a sinistra la performance peggiore (rosso) e a destra quella migliore (verde). La loro disposizione in verticale rappresenta la variazione tra il 2016 e il 2017: più un indicatore è in alto, migliore è il suo trend.

L'integrazione del pentagramma nel sistema di valutazione delle performance permette di completare gli strumenti messi a disposizione delle organizzazioni sanitarie, fornendo loro una visione della qualità complessiva delle cure erogate da sistema lungo l'intero percorso assistenziale. L'evoluzione prevista dello strumento include l'introduzione nel tempo di indicatori ad hoc, alcuni dei quali raccolti mediante indagini in più tempi, in grado di seguire il percorso assistenziale del paziente e di raccogliere dati sulla sua esperienza con i servizi sanitari e sulla sua percezione degli esiti delle cure.

La valutazione della performance dei percorsi assistenziali Il percorso nascita

Il percorso nascita prevede la presa in carico della donna durante la gravidanza, il parto e la fase successiva fino ad anno di vita del bambino, attraverso i servizi consultoriali ed i punti nascita presenti nel territorio regionale, così come analizzato nel dettaglio attraverso il lavoro svolto nel quaderno del materno infantile (Murante et al, 2014).

La valutazione dell'assistenza all'interno di questo percorso include sia indicatori derivanti dai flussi amministrativi consultoriali e del Certificato di Assistenza al Parto, sia dalla rilevazione rivolta alle utenti, sia dai flussi delle ospedalizzazioni e delle vaccinazioni per quanto riguarda in particolare la fase finale del percorso.

La lettura unitaria del percorso permette di identificare eventuali disomogeneità tra l'assistenza territoriale e ospedaliera oppure tra l'assistenza offerta dai punti nascita delle Aziende sanitarie e quelli delle Aziende Ospedaliere Universitarie. Come si vede infatti dal pentagramma dell'Area Vasta Nord-Ovest (figura 1), gli indicatori che derivano dalle indagini alle donne, mostrano che l'esperienza del parto, comunque da migliorare, ha spazi più ampi di miglioramento per il punto nascita dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. Il pentagramma permette anche di individuare eventuali discontinuità tra le tre fasi, mettendo in rilievo risultati altalenanti tra l'assistenza prenatale, quella al parto e nella fase successiva relativa al primo anno di vita. Nell'Area Vasta Sud-Est per esempio, in cui gli indicatori si trovano concentrati nell'intorno della fascia gialla, alcuni indicatori relativi alla pratica clinica ostetrica presentano una performance eccellente. Il pentagramma dell'Area Vasta Centro vede, invece, una performance piuttosto variabile lungo il percorso assistenziale, anche all'interno della stessa fase, con indicatori che vanno dalla fascia arancione (performance scarsa), per esempio rispetto ad indicatori inerenti all'assistenza prenatale delle donne straniere, a quella verdone (performance ottima), per esempio per l'indicatore dell'accesso al consultorio nel post-parto che rappresenta la best performance regionale.

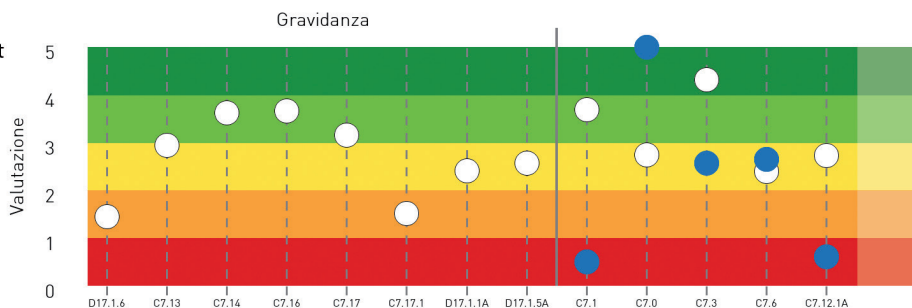
Le mappe della performance dei percorsi nascita nelle tre Aree Vaste (figura 2), in cui i dati raccolti attraverso l'indagine alle utenti non sono riportati poiché rilevati nel 2016, quindi mancanti della dimensione del miglioramento/peggioramento rispetto al 2017, mostrano il posizionamento della maggior parte degli indicatori, per tutte e tre le Aree Vaste, nel quadrante in alto a destra, segnale che il percorso registra mediamente buone performance, in miglioramento, in tutto il territorio regionale.

Figura 1. Pentagrammi del percorso nascita nelle Aree Vaste – anno 2017

Percorso Nascita

Area Vasta Nord Ovest

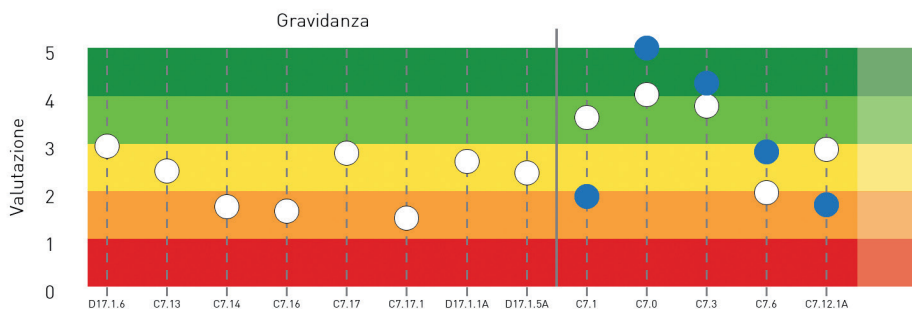
- AOU Pisana
- AUSL Nord Ovest



Percorso Nascita

Area Vasta Centro

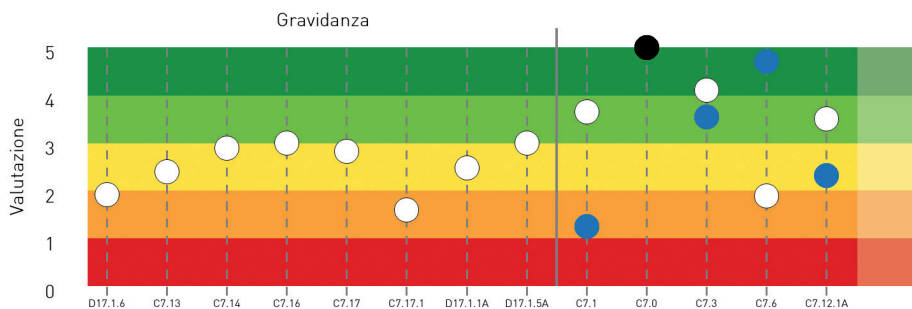
- AOU Careggi
- AUSL Centro



Percorso Nascita

Area Vasta Sud Est

- AOU Senese
- AUSL Sud Est
- Due aziende con la stessa valutazione

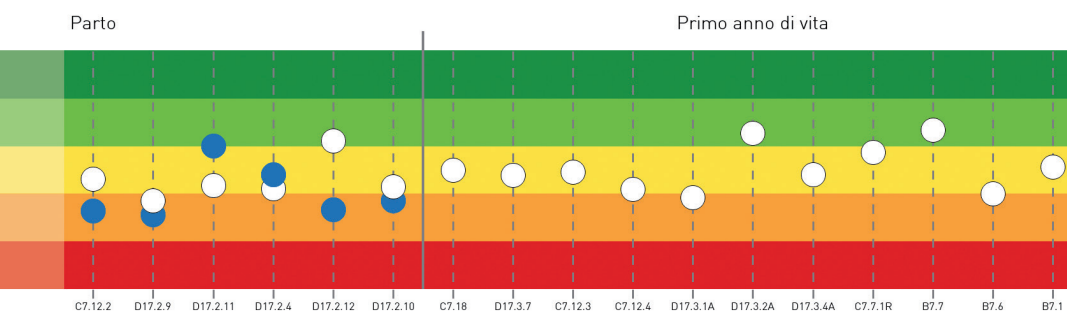
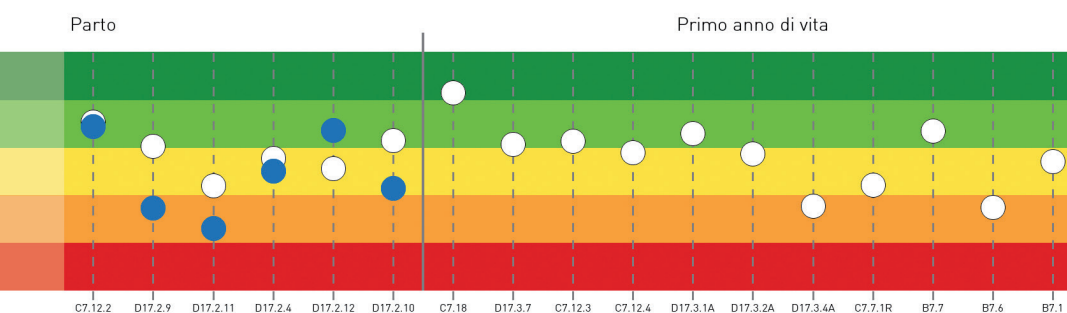
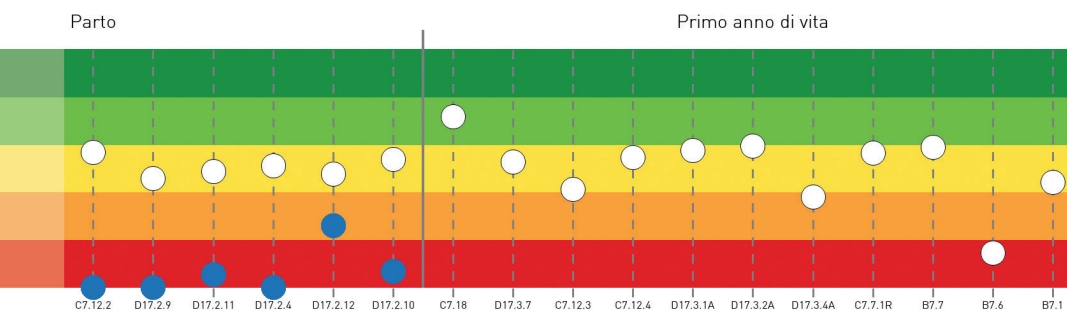


Gravidanza

- D17.1.6 % Donne con prenotazioni fatte dal personale del percorso
- C7.13 Straniere con visita tardiva
- C7.14 Straniere con meno di 4 visite
- C7.16 Accesso consultorio straniere per maternità
- C7.17 Partecipazione primipare al Corso di Accompagnamento alla Nascita
- C7.17.1 Accesso al CAN per le primipare per titolo di studio
- D17.1.1A Utilità del CAN
- D17.1.5A Willingness to recommend il consultorio

Parto

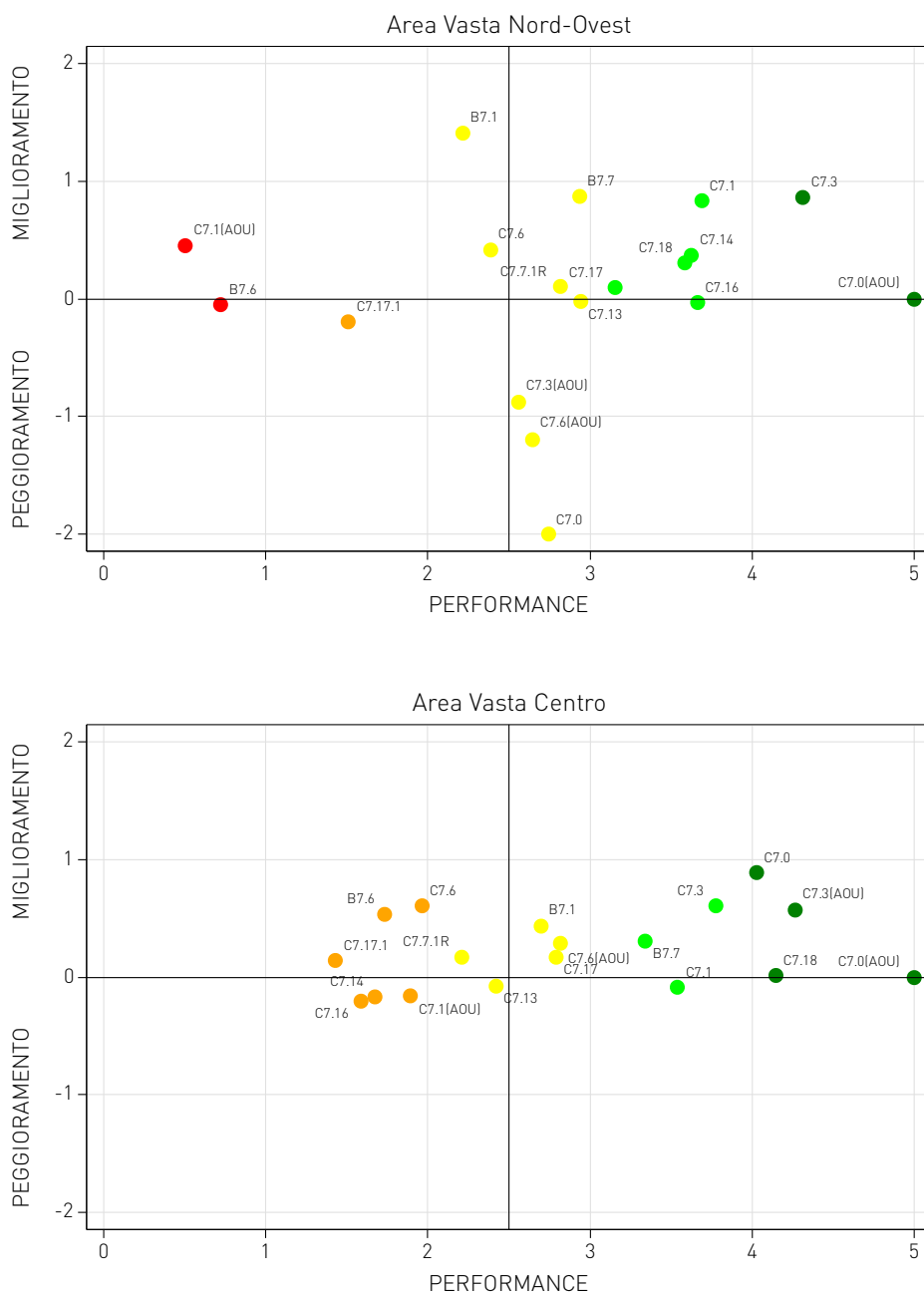
- C7.1 % Cesarei NTSV
- C7.0 % Ricoveri sopra soglia per parto
- C7.3 % Episiotomie NTSV
- C7.6 % Parti operativi
- C7.12.1A % Allattamento esclusivo durante il ricovero
- C7.12.2 % Donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle
- D17.2.9 Lavoro di squadra
- D17.2.11 Supporto nel ricovero dopo il parto
- D17.2.4 Informazioni concordanti sull'allattamento
- D17.2.12 Informazioni alla dimissione su a chi rivolgersi per l'allattamento
- D17.2.10 Willingness to recommend il punto nascita

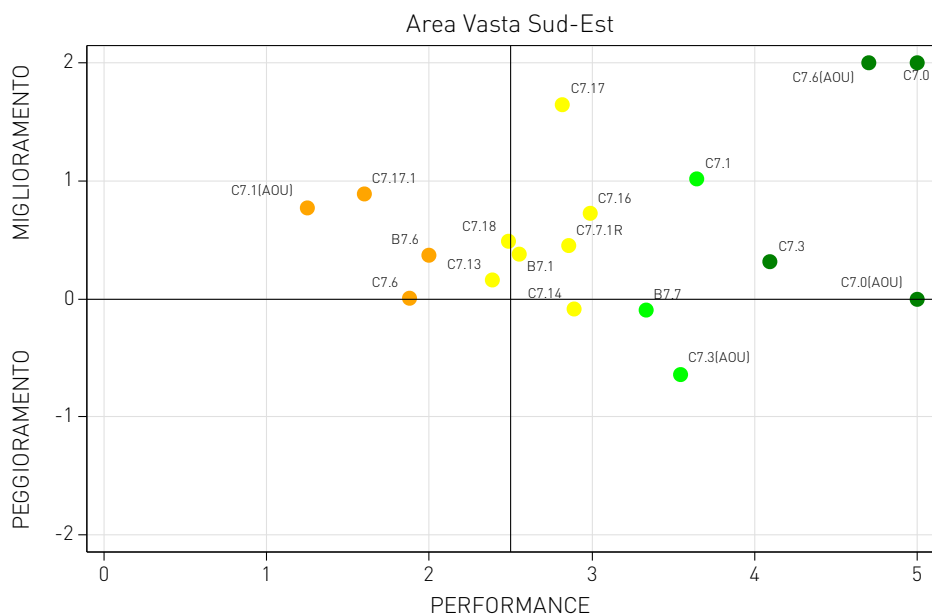


Primo anno di vita

- C7.18 Accesso al consultorio nel postparto
- D17.3.7 Proattività del sistema
- C7.12.3 % Allattamento esclusivo a tre mesi
- C7.12.4 % Allattamento esclusivo a sei mesi
- D17.3.1A Supporto richiesto per l'allattamento al personale del consultorio
- D17.3.2A Supporto richiesto per l'allattamento al pediatra di famiglia
- D17.3.4A Supporto richiesto per l'allattamento al personale ospedaliero
- C7.7.1R Ospedalizzazione entro 1 anno di vita
- B7.7 Vaccino esavalente 24 mesi
- B7.6 Vaccino antipneumococcico a 24 mesi
- B7.1 Vaccino MPR a 24 mesi

Figura 2. Mappe di performance del percorso nascita nelle Aree Vaste – anno 2017





Legenda delle mappe di performance del percorso nascita

Gravidanza

- C7.13 Straniere con visita tardiva
- C7.14 Straniere con meno di 4 visite
- C7.16 Accesso consultorio straniere per maternità
- C7.17 Partecipazione primipare al corso di accompagnamento alla nascita
- C7.17.1 Accesso al CAN per le primipare per titolo di studio

Parto

- C7.1 % Cesarei NTSV
- C7.0 % Ricoveri sopra soglia per parto
- C7.3 % Episiotomie NTSV
- C7.6 % Parti operativi

Primo anno di vita

- C7.18 Accesso al consultorio nel postparto
- C7.7.1R Ospedalizzazione entro 1 anno di vita
- B7.7 Vaccino esavalente 24 mesi
- B7.6 Vaccino antipneumococcico a 24 mesi
- B7.1 Vaccino MPR a 24 mesi

La valutazione della performance dei percorsi assistenziali

Il percorso oncologico

Tra le fasi del percorso oncologico, la prima è quella dello screening, che presenta indicatori che misurano l'estensione e l'adesione ai programmi di screening di popolazione organizzati dalla Regione Toscana per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto.

In questa edizione a stampa, la fase di screening non è rappresentata per la mancata disponibilità dei dati 2017 al momento dell'elaborazione del report che saranno, comunque, consultabili a partire da giugno 2018 sulla piattaforma web <http://performance.santannapisa.it>

Le tre fasi centrali del percorso oncologico che trovano una rappresentazione grafica nel pentagramma sono: diagnosi, trattamento e fine vita (figura 3).

La fase di diagnosi è analizzata da un solo indicatore che misura l'appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali, posizionato per il 2017 sulla fascia centrale per l'Area Vasta Centro e Sud-Est e nella fascia arancione per l'AV Nord-Ovest.

La fase di trattamento presenta indicatori relativi ai volumi d'intervento ed alla concentrazione (dispersione) della casistica per il tumore maligno alla mammella e alla prostata, seguendo l'impostazione delle comunità scientifiche di settore che è stata ripresa dalla normativa ministeriale (DM 70 del 2015 che identifica le soglie di volumi minimi per garantire la qualità degli interventi chirurgici) e dalle Delibere regionali (DGRT 272/2014 e DGRT 982/2014). In questa fase sono presenti anche indicatori di qualità sugli interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella (% di interventi conservativi e ricostruttivi; % di donne con asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per intervento chirurgico). Nella fase di trattamento sono inseriti infine gli indicatori relativi ai tempi di attesa per la chirurgia oncologica seguendo l'impostazione del rapporto SDO ministeriale. Gli indicatori relativi ai volumi degli interventi chirurgici e sulla qualità di quelli per tumore maligno alla mammella presentano performance generalmente positive, anche se in tutte e tre le Aree Vaste ci sono alcune strutture che non raggiungono la soglia minima degli interventi per il tumore alla prostata.

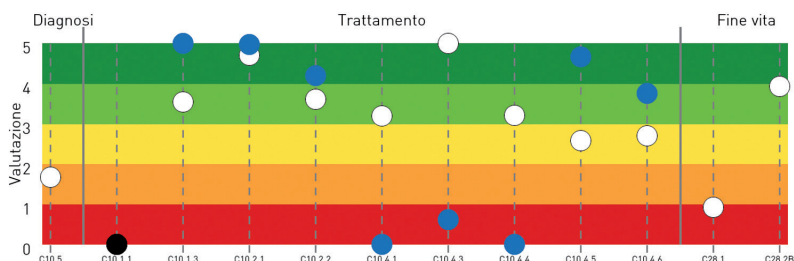
Dalla mappa di performance si evince che il trend degli indicatori sull'attesa media per la chirurgia oncologica rappresenta un aspetto da migliorare per tutte e tre le Aree Vaste.

Completano la valutazione del percorso oncologico gli indicatori del fine vita e delle cure palliative, che registrano ancora troppo basse percentuali di presa in carico da parte della rete di cure palliative per i pazienti terminali. Le mappe della performance (figura 4) mostrano situazioni eterogenee.

Figura 3. Pentagrammi del percorso oncologico nelle Aree Vaste – anno 2017

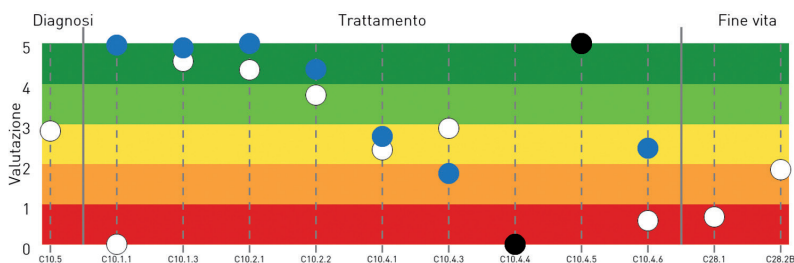
Percorso oncologico:
Area Vasta Nord Ovest

- AOU Pisana
- AUSL Nord Ovest
- Due aziende con la stessa valutazione



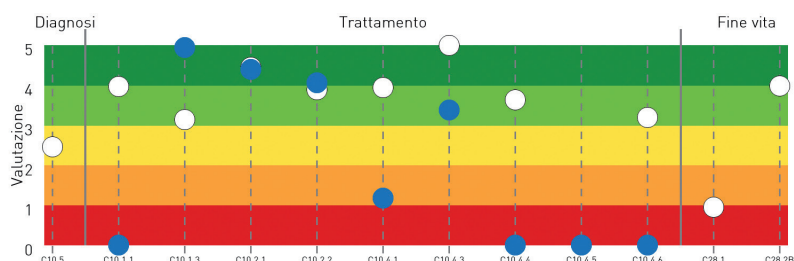
Percorso oncologico:
Area Vasta Centro

- AOU Careggi
- AUSL Centro
- Due aziende con la stessa valutazione



Percorso oncologico:
Area Vasta Sud Est

- AOU Senese
- AUSL Sud Est



Diagnosi

C10.5 Utilizzo dei biomarcatori tumorali

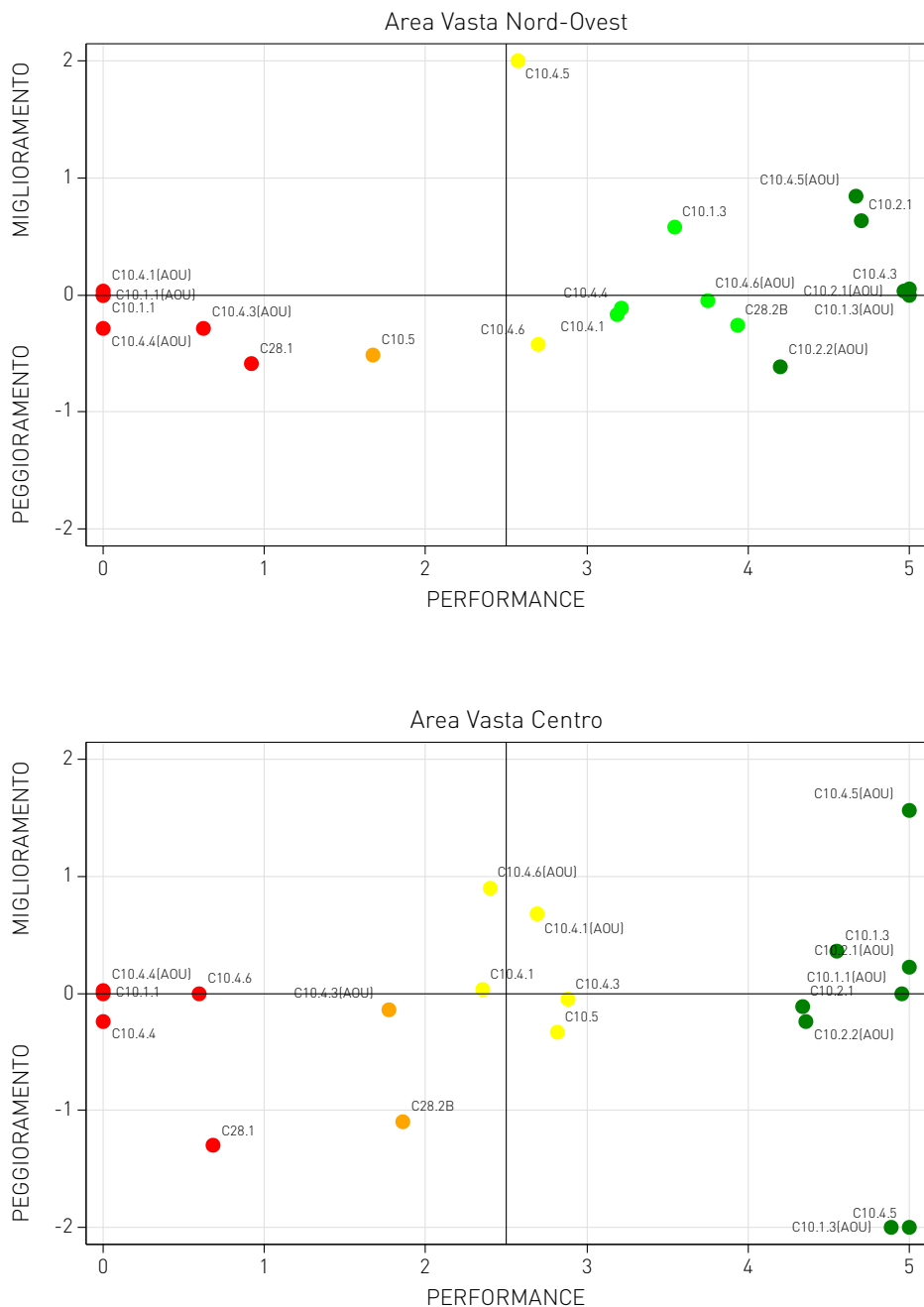
Trattamento

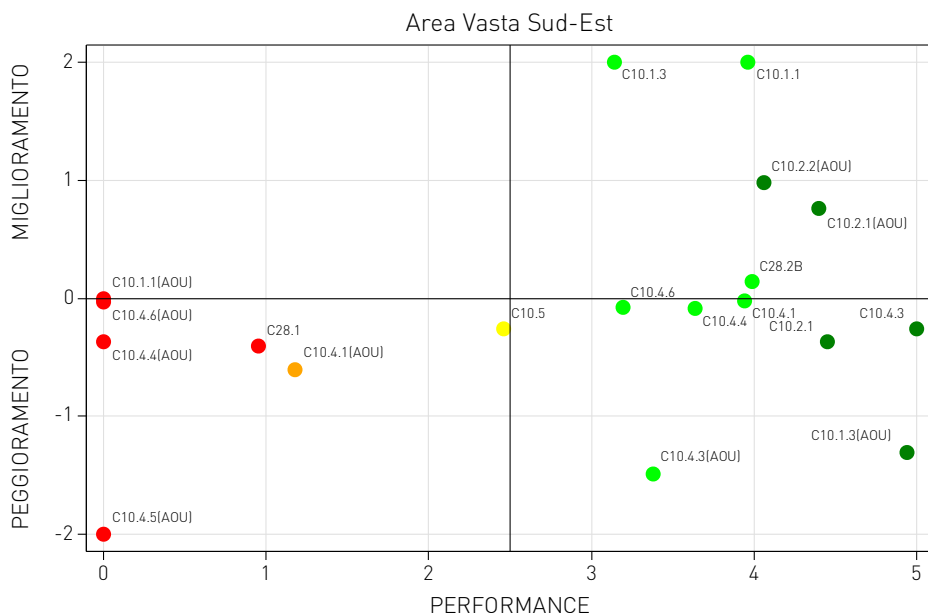
C10.1.1 % Soprasoglia tumore prostata
C10.1.3 % Soprasoglia tumore mammella
C10.2.1 % Nipple e skin sparing
C10.2.2 % Linfonodo sentinella contestuale all'int. mammella
C10.4.1 Tempi attesa tumore mammella
C10.4.3 Tempi attesa tumore colon
C10.4.4 Tempi attesa tumore retto
C10.4.5 Tempi attesa tumore polmone
C10.4.6 Tempi attesa tumore utero

Fine vita

C28.1 % Pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete cure palliative
C28.2B Presa in carico tempestiva in Hospice

Figura 4. Mappe di performance del percorso oncologico nelle Aree Vaste – anno 2017





Legenda delle mappe di performance del percorso oncologico

Diagnosi

C10.5 Utilizzo dei biomarcatori tumorali

Trattamento

C10.1.1 % Soprasoglia tumore prostata
 C10.1.3 % Soprasoglia tumore mammella
 C10.2.1 % Nipple e skin sparing
 C10.2.2 % Linfonodo sentinella contestuale all'int. mammella
 C10.4.1 Tempi attesa tumore mammella
 C10.4.3 Tempi attesa tumore colon
 C10.4.4 Tempi attesa tumore retto
 C10.4.5 Tempi attesa tumore polmone
 C10.4.6 Tempi attesa tumore utero

Fine vita

C28.1 % Pazienti oncologici deceduti in carico alla rete cure palliative
 C28.2B Presa in carico tempestiva in Hospice

La valutazione della performance dei percorsi assistenziali

Il percorso assistenza domiciliare e residenziale

Il percorso riguarda le cure domiciliari sanitarie e socio-sanitarie (si esclude quindi l'assistenza sociale in quanto non rilevata dai flussi amministrativi) e l'assistenza residenziale nelle RSA per i moduli base temporanei e permanenti erogate dal servizio socio-sanitario regionale (solo posti letto convenzionati).

Tale percorso presenta alcune particolarità rispetto agli altri. In primis, non è un percorso "patologia dipendente", ma fa riferimento alle diverse fasi di cura che riflettono i macro snodi per l'attivazione e l'erogazione di tale assistenza. Altra particolarità che lo contraddistingue è il livello di governo che è garantito in tutte le sue componenti e fasi principali dalle Zone Distretto. In questo senso, tale percorso è analizzato sia nel pentagramma che nelle mappe, diversamente dagli altri, a livello esclusivo di Azienda sanitaria. Le fasi in cui è composto il percorso sono la presa in carico, la valutazione e l'erogazione.

La presa in carico da parte dei professionisti e dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare, che considera la redazione del piano assistenziale, così come le tempistiche di presa in carico (tempo medio tra segnalazione ed erogazione) nella fase di valutazione, registrano mediamente una performance buona nelle diverse Aziende sanitarie.

La fase di erogazione del servizio, valutata sia in termini di tempestività sia di qualità, presenta alcune criticità. In particolare, la percentuale di prese in carico con Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) maggiore di 0,13, che misura la complessità considerando i casi con almeno un accesso settimanale medio, si colloca nel pentagramma in fascia critica per tutte le Aziende sanitarie, registrando anche un trend in peggioramento dal 2016 (figura 5). In termini di tempestività appare critico in ognuna delle tre realtà l'indicatore relativo alla percentuale di ammissioni in RSA entro 30 giorni dalla presa in carico.

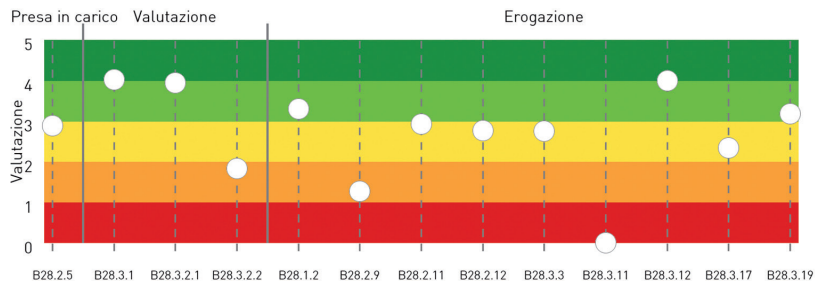
Le mappe di performance (figura 6) mostrano in generale un miglioramento nella maggior parte degli indicatori considerati. Emerge una situazione assai positiva per l'Azienda sanitaria Sud-Est, in cui quasi tutti gli indicatori si collocano nel quadrante di miglioramento con buone o ottime performance. Nelle restanti due Aziende la situazione è sensibilmente più variabile, con un tendenza al miglioramento.

Figura 5. Pentagrammi del percorso assistenza domiciliare e residenziale nelle Aree Vaste - anno 2017

Percorso assistenza domiciliare e residenziale:

Area Vasta Nord Ovest

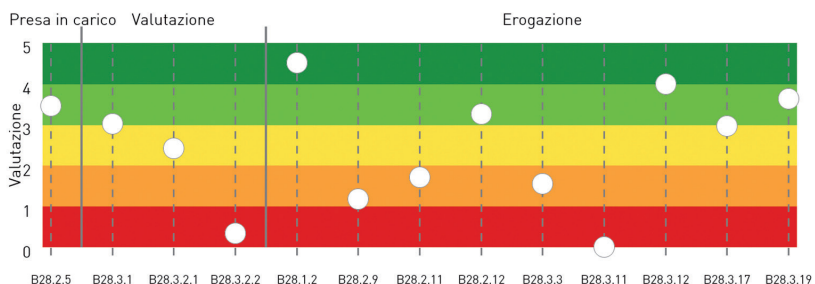
○ AUSL Nord Ovest



Percorso assistenza domiciliare e residenziale:

Area Vasta Centro

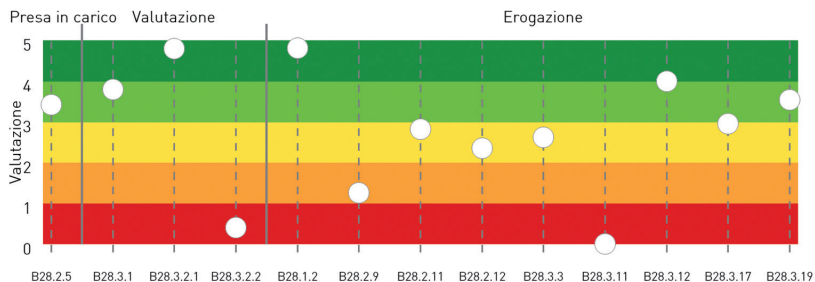
○ AUSL Centro



Percorso assistenza domiciliare e residenziale:

Area Vasta Sud Est

○ AUSL Sud Est



Presa in carico

B28.2.5 % 75enni dimessi con accesso domiciliare 2 gg

Valutazione

B28.3.1 % Presa in carico entro 30 gg dalla segnalazione

B28.3.2.1 % RSA che ricevono il PAP dalle zone

B28.3.2.2 Completezza materiale relativo al PAP dalle zone

Erogazione

B28.1.2 % Anziani in cure domiciliari

B28.2.9 % In carico con CIA >0,13 in CD

B28.2.11 % Pazienti in ADI ricoveri durante CD

B28.2.12 % Pazienti in ADI con accessi al PS durante CD

B28.3.3 % Prese in carico in RSA entro 30 gg

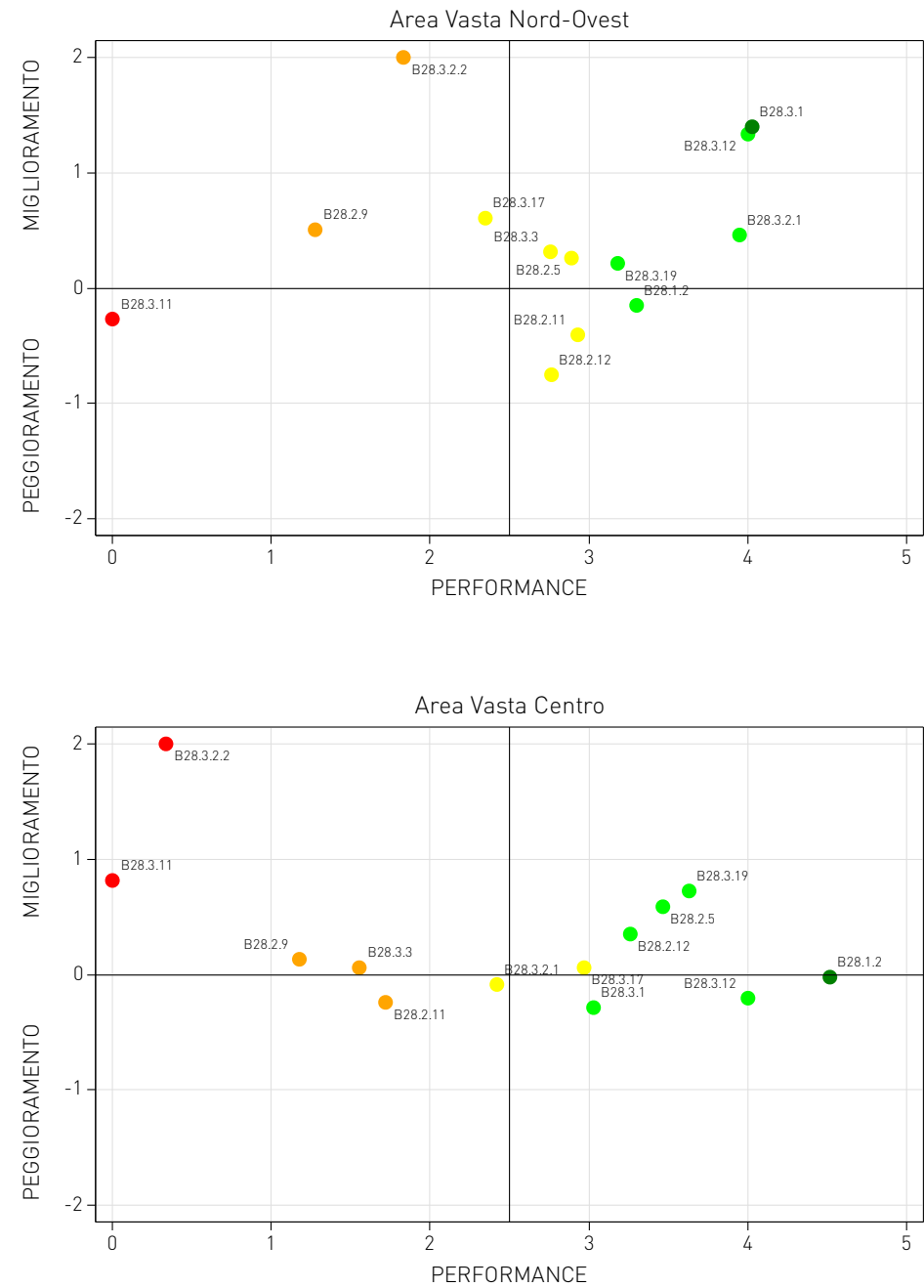
B28.3.11 % Assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni

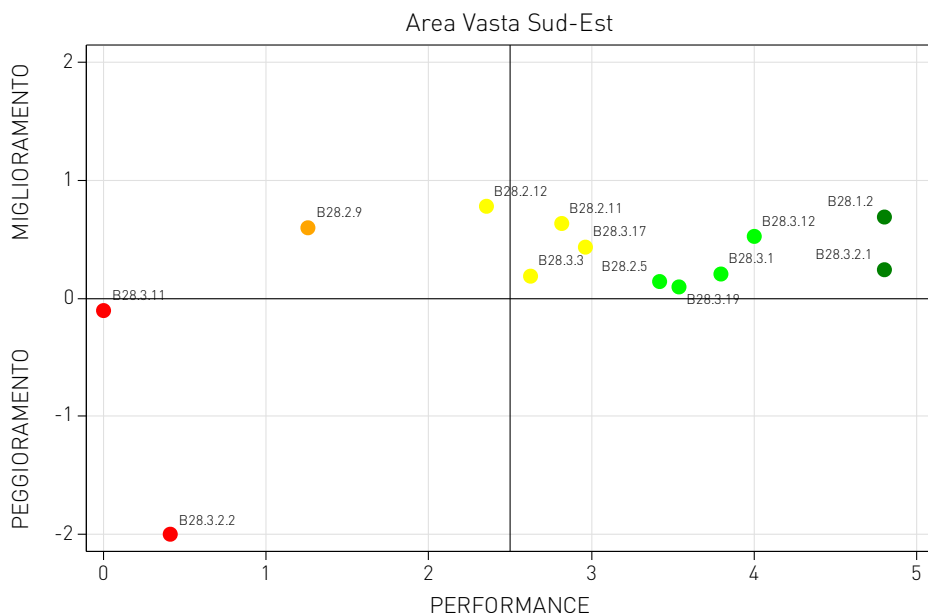
B28.3.12 % Assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni

B28.3.17 Tasso di occupazione di posti letto autorizzati

B28.3.19 Percentuale di copertura della mappatura delle RSA

Figura 6. Mappe di performance del percorso assistenza domiciliare e residenziale nelle Aree Vaste - anno 2017





Legenda delle mappe di performance del percorso assistenza domiciliare e residenziale

Presa in carico

B28.2.5 % 75enni dimessi con accesso domiciliare 2 gg

Valutazione

B28.3.1 % Presa in carico entro 30 gg dalla segnalazione

B28.3.2.1 % RSA che ricevono il PAP dalle zone

B28.3.2.2 Completezza materiale relativo al PAP dalle zone

Erogazione

B28.1.2 % Anziani in Cure Domiciliari

B28.2.9 % In carico con CIA >0,13 in CD

B28.2.11 % Pazienti in ADI ricoveri durante CD

B28.2.12 % Pazienti in ADI con accessi al PS durante CD

B28.3.3 % Prese in carico in RSA entro 30 gg

B28.3.11 % Assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni

B28.3.12 % Assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni

B28.3.17 Tasso di occupazione di posti letto autorizzati

B28.3.19 Percentuale di copertura della Mappatura delle RSA

La valutazione della performance dei percorsi assistenziali Il percorso salute mentale

I pazienti che ricevono una diagnosi di “disturbo mentale” possono considerarsi pazienti cronici a causa del persistere della malattia nel tempo e per l’evoluzione della malattia. Il piano di cura di questi pazienti, per i quali è atteso che ci sia una presa in carico da parte dei servizi del Dipartimento di salute mentale, può prevedere che il paziente sia sottoposto a trattamenti farmacologici e/o a trattamenti riabilitativi. Solo in fase di acutizzazione è previsto il ricorso all’ospedalizzazione. La risposta di ciascun paziente ai trattamenti determina quali sono gli step del percorso di cura. Non è prevista, dunque, nella risposta ai bisogni di salute mentale, l’offerta di un percorso clinico standard caratterizzato dalle stesse fasi temporali per tutti i pazienti. Per questo motivo, la valutazione della capacità dei servizi (siano essi territoriali o ospedalieri) di dare risposte ai bisogni di questi pazienti in modo tempestivo e integrato è stata declinata per tipologia di trattamento e include un focus sulla continuità assistenziale tra ospedale e territorio per quei pazienti con un ricovero ospedaliero ordinario.

I pentagrammi illustrati nella figura 7 mostrano come i trattamenti farmacologici territoriali rappresentano un ambito da migliorare in tutte le Aree Vaste, in particolare con riferimento alla prescrizione di farmaci SSRI e altri antidepressivi, così come descritto dai due indicatori sul consumo e dall’indicatore sulla iperprescrizione. La continuità assistenziale ospedale-territorio varia a seconda dei territori, ad esempio si osservano performance buone per l’Area Vasta Sud-Est mentre costituisce un ambito su cui lavorare nelle altre Aree Vaste. Tutti i dati relativi a questo percorso sono consultabili, Azienda per Azienda e Zona per Zona, al seguente link: <http://performance.santannapisa.it>

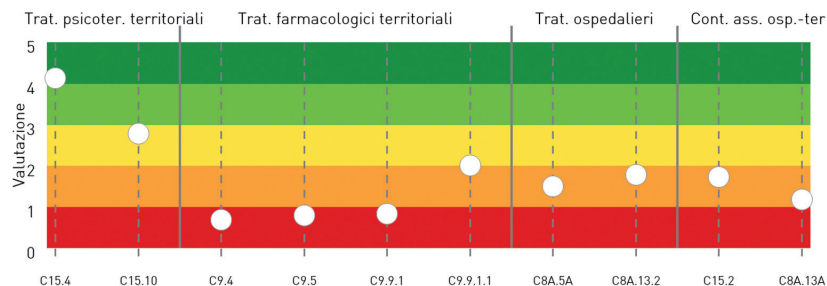
Le mappe della performance del percorso salute mentale (figura 8) mettono in luce come buona parte degli indicatori, in tutte e tre le Aree Vaste, si collochi nei quadranti inferiori, segnalando che si è in presenza di peggioramenti. Solo la percentuale di abbandono della terapia con antidepressivi è in miglioramento per tutte le Aree Vaste.

Figura 7- Pentagrammi del percorso salute mentale nelle Aree Vaste – anno 2017

Percorso salute mentale:

Area Vasta Nord Ovest

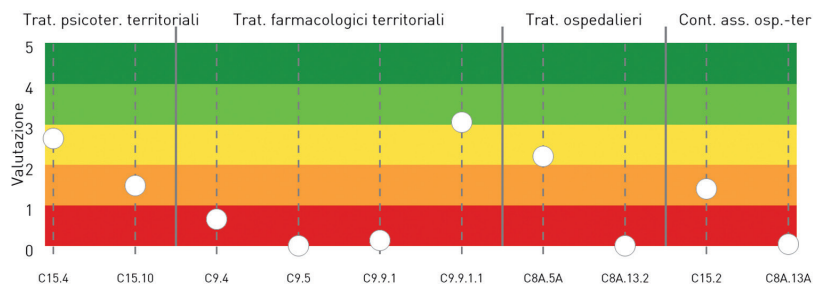
○ AUSL Nord Ovest



Percorso salute mentale:

Area Vasta Centro

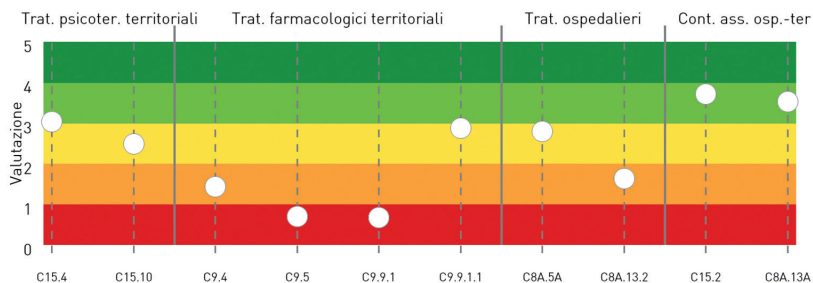
○ AUSL Centro



Percorso salute mentale:

Area Vasta Sud Est

○ AUSL Sud Est



Trattamenti psicoterapici territoriali

C15.4 Appropriatazza psicoterapeutica
C15.10 % Trattamenti multiprofessionali

Trattamenti farmacologici territoriali

C9.4 Consumo SSRI
C9.5 Consumo altri antidepressivi
C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi
C9.9.1.1 % Abbandono terapia con antidepressivi

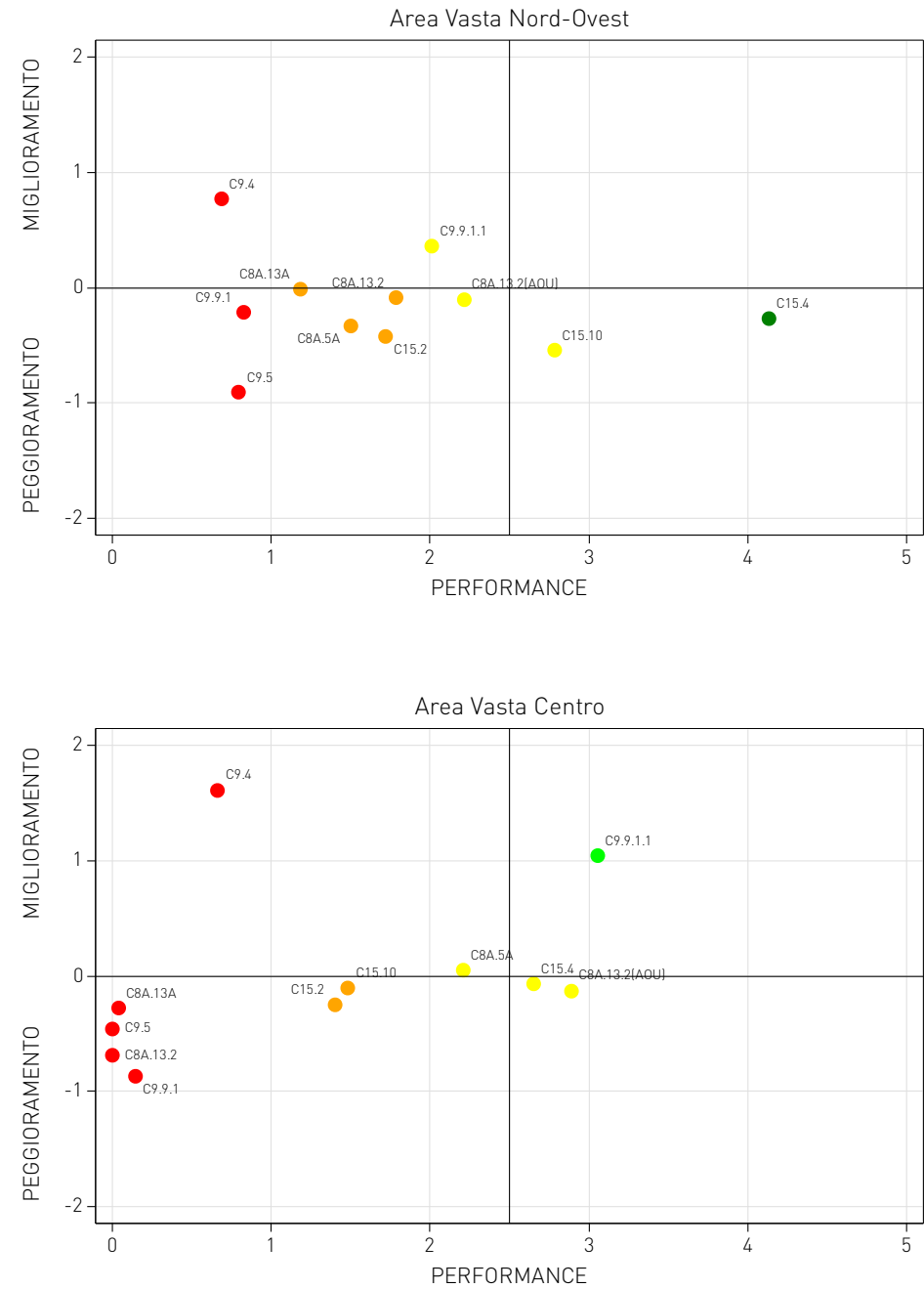
Trattamenti ospedalieri

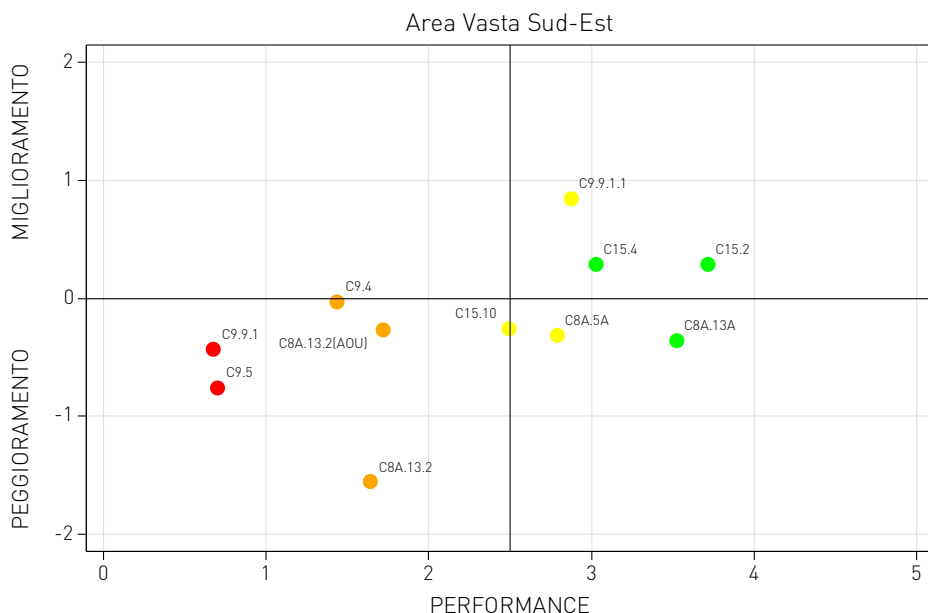
C8A.5A TO patologie psichiatriche
C8A.13.2 % Ricoveri ripetuti entro 7gg

Continuità assistenziale ospedale-territorio

C15.2 Presa in carico tempestiva da H
C8A.13A % Ricoveri ripetuti 8-30 gg

Figura 8. Mappe di performance del percorso salute mentale nelle Aree Vaste – anno 2017





Legenda delle mappe di performance del percorso salute mentale

Trattamenti psicoterapici territoriali

C15.4 Appropriatezza psicoterapeutica
C15.10 % Trattamenti multiprofessionali

Trattamenti ospedalieri

C8A.5A TO patologie psichiatriche
C8A.13.2 % Ricoveri ripetuti entro 7gg

Trattamenti farmacologici territoriali

C9.4 Consumo SSRI
C9.5 Consumo altri antidepressivi
C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi
C9.9.1.1 % Abbandono terapia con antidepressivi

Continuità assistenziale ospedale-territorio

C15.2 Presa in carico tempestiva da H
C8A.13A % Ricoveri ripetuti 8-30 gg

La valutazione della performance dei percorsi assistenziali Il percorso cronicità

Il percorso cronicità raggruppa un set di indicatori al fine di sottolineare la visione di un sistema di cure incentrato sulla persona con patologie croniche e sulle diverse fasi di presa in carico. In questo senso, come sottolinea il Piano Nazionale della Cronicità, la formulazione di tale percorso ha l'obiettivo di eliminare la discontinuità tra i diversi e classici livelli assistenziali (prevenzione, assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera, riabilitazione) “dando origine a un continuum che include la individuazione di specifici snodi (clinici e non clinici) da parte di ogni attore assistenziale o del team in rapporto all'obiettivo di salute prefissato”.

Gli indicatori raccolti fanno riferimento ad alcune patologie croniche principali (diabete, scompenso, ictus, BPCO) e sono suddivisi in 5 fasi: prevenzione, compliance, efficienza, ospedalizzazione evitabile ed esiti (figura 9).

Come si vede dal confronto tra i pentagrammi, le diverse aree vaste presentano un andamento della performance abbastanza simile.

Differenze si riscontrano nella fase iniziale di prevenzione e quelle finali di ospedalizzazione evitabile ed esiti. La prevenzione comprende diversi indicatori specifici per la popolazione target dei cronici relativi a strategie regionali di presa in carico proattiva, come i corsi AFA (Attività Fisica Adattata) e l'adesione al programma della Sanità d'Iniziativa che coinvolge i medici di famiglia. La diffusione del programma AFA registra performance positive in particolare nell'AV Nord-Ovest rispetto alle altre aree vaste.

La fase di ospedalizzazione evitabile comprende i tassi di ricovero per le principali patologie croniche; in questa prospettiva i ricoveri rappresentano ospedalizzazioni potenzialmente evitabili grazie ad una buona presa in carico territoriale. In questa fase, l'Area Vasta Nord-Ovest registra una performance ottima per il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco e buona per diabete e BPCO, mentre le altre Aree Vaste presentano performance più variabili da media a ottima.

La fase di compliance raccoglie ad oggi 14 indicatori, la fase più ricca di misure, e comprende indicatori di processo di alcuni percorsi cronici che considerano l'adesione alle principali terapie e follow-up, come ad esempio la percentuale di pazienti dimessi per IMA con prescrizione beta-bloccanti (C21.2.1) e diabetici con misurazione di emoglobina glicata nell'anno (C11a.2.2) e indicatori di compliance relativamente all'assistenza farmaceutica, come ad esempio la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (C9.2). In questa fase i percorsi diabete, scompenso, ictus mostrano “alti e bassi” su tutti e tre i pentagrammi di Area Vasta, le

differenze principali nelle tre Aree Vaste riguardano soprattutto gli indicatori di compliance per i pazienti dimessi per IMA, in particolare per la performance registrata dai presidi a gestione diretta delle Aziende territoriali ed i presidi delle Aziende ospedaliero-universitarie che insistono in quella area vasta.

Nell'Area Vasta Centro la performance di Careggi è abbastanza sovrapposta a quella dei presidi delle Aziende territoriali mentre nell'Area Vasta Sud-Est e Nord-Ovest le Aziende ospedaliere presentano coperture inferiori per le prescrizioni dei beta-bloccanti (C21.2.1) e superiori per gli ACE inibitori o Sartani (C21.2.2) e per antiaggreganti e statine (C21.2.3).

Nella fase di compliance, tra gli aspetti da migliorare per tutte le Aree Vaste vi sono le basse percentuali di scompensati in terapia con ACE inibitori o sartani, e la percentuale di diabetici con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni. In termini, invece, di efficienza si rilevano due criticità principali in tutte e tre le Aree Vaste relative all'incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina e alla percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto.

La fase degli esiti, che comprende (alla data di redazione del report) solamente un indicatore relativo al percorso del diabete, il tasso di amputazioni maggiori per i pazienti diabetici (C11a2.4), registra una performance molto diversa tra un'Area Vasta e l'altra. In particolare, su tale indicatore l'Area Vasta Sud-Est presenta la migliore performance, che si mantiene ottima anche nel trend. Come confermano anche i dati del PNE, Arezzo e Pistoia sono fra le province italiane con il tasso più basso di amputazioni maggiori per i pazienti diabetici.

Le mappe di performance illustrate in figura 10 mostrano situazioni eterogenee, in cui tutte le Aree Vaste presentano indicatori in tutti e quattro i quadranti. In particolare la mappa dell'Area Vasta Centro evidenzia la maggior parte degli indicatori in peggioramento in termini di trend 2016-2017 e presenta alcuni indicatori anche nel quadrante più critico, ovvero quello con performance scarse e trend in peggioramento. La mappa dell'Area Vasta Nord-Ovest e quella dell'Area Vasta Sud-Est hanno invece la maggior parte degli indicatori in miglioramento, sia quelli con performance già ottime, sia quelli con performance critiche.

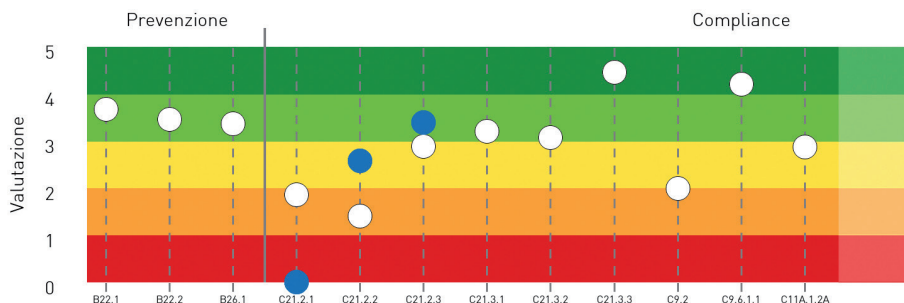
Figura 9. Pentagrammi del percorso cronicità nelle Aree Vaste – anno 2017

Percorso Cronicità

Area Vasta Nord Ovest

● AOU Pisana

○ AUSL Nord Ovest

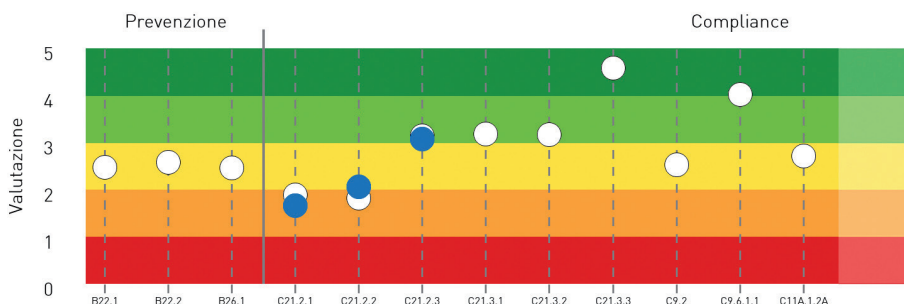


Percorso Cronicità

Area Vasta Centro

● AOU Careggi

○ AUSL Centro

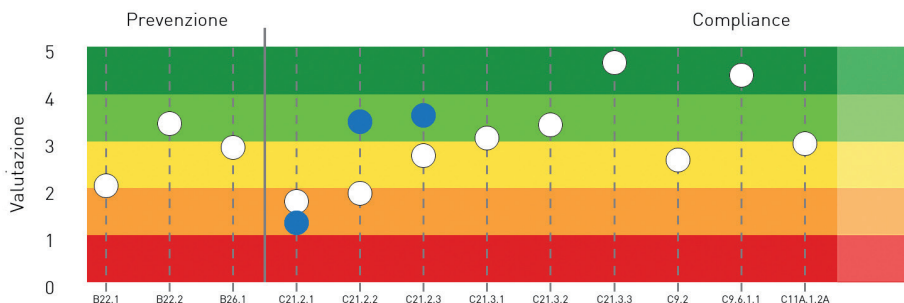


Percorso Cronicità

Area Vasta Sud Est

● AOU Senese

○ AUSL Sud Est

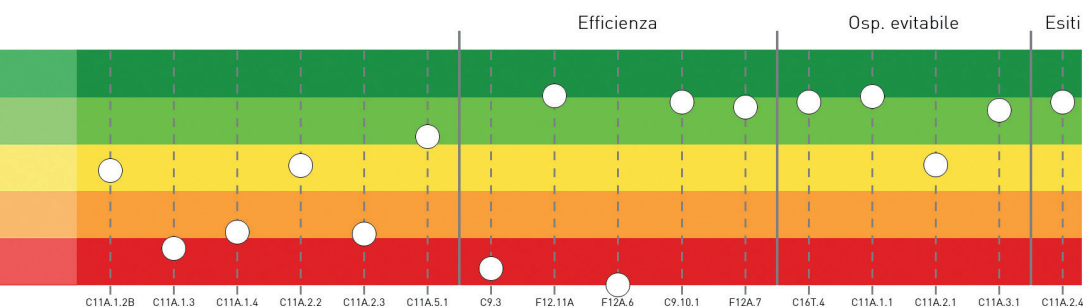
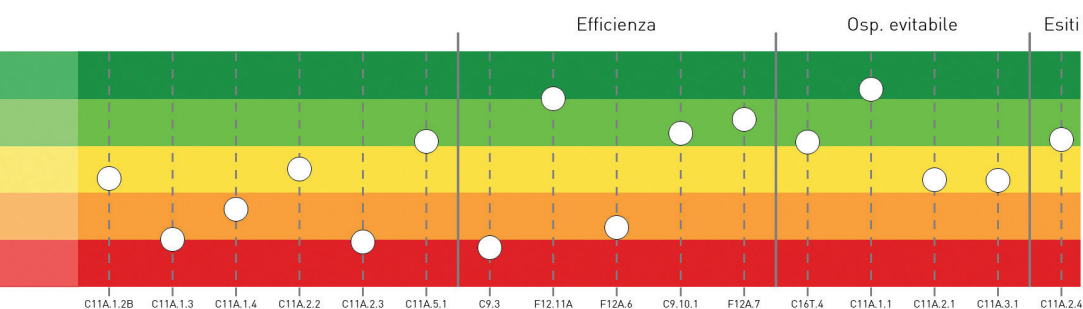
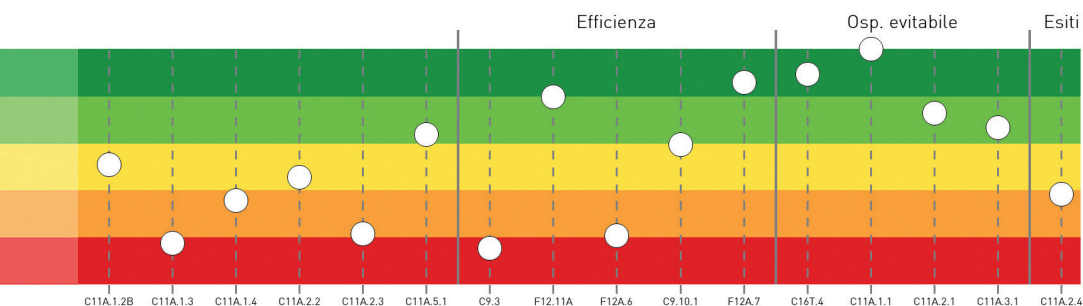


Prevenzione

- B22.1 AFA Bassa disabilità => 65 anni
- B22.2 AFA Alta disabilità => 65 anni
- B26.1 % Assistiti MMG aderenti SdI

Compliance

- C21.2.1 % Pazienti dimessi per IMA con prescrizione betabloccanti
- C21.2.2 % Pazienti dimessi per IMA con prescrizione ACE inibitori o sartani
- C21.2.3 % Pazienti dimessi per IMA con prescrizione antiaggreganti e statine
- C21.3.1 % Pazienti con betabloccanti (90-180 gg)
- C21.3.2 % Pazienti con ACE inibitori o sartani (90-180 gg)
- C21.3.3 % Pazienti con antiaggreganti e statine (90-180 gg)
- C9.2 % Abbandono di pazienti in terapia con statine (ipolipemizzanti)
- C9.6.1.1 Iperprescrizione di statine
- C11A.1.2A Scompensati con misurazione di creatinina
- C11A.1.2B Scompensati con misurazione di sodio e potassio
- C11A.1.3 Scompensati in terapia ACE inibitori sartani
- C11A.1.4 Scompensati in terapia con betabloccante
- C11A.2.2 Diabetici con misurazione emoglobina glicata
- C11A.2.3 Diabetici con esame della retina negli ultimi 2 anni
- C11A.5.1 Residenti con ictus in terapia antitrombotica



Efficienza

- C9.3 % Sartani
- F12.11A % Sartani a brevetto scaduto
- F12A.6 % Derivati diidropiridinici a brevetto scaduto
- C9.10.1 Polypharmacy
- F12A.7 % Antiipertensivi brevetto scaduto

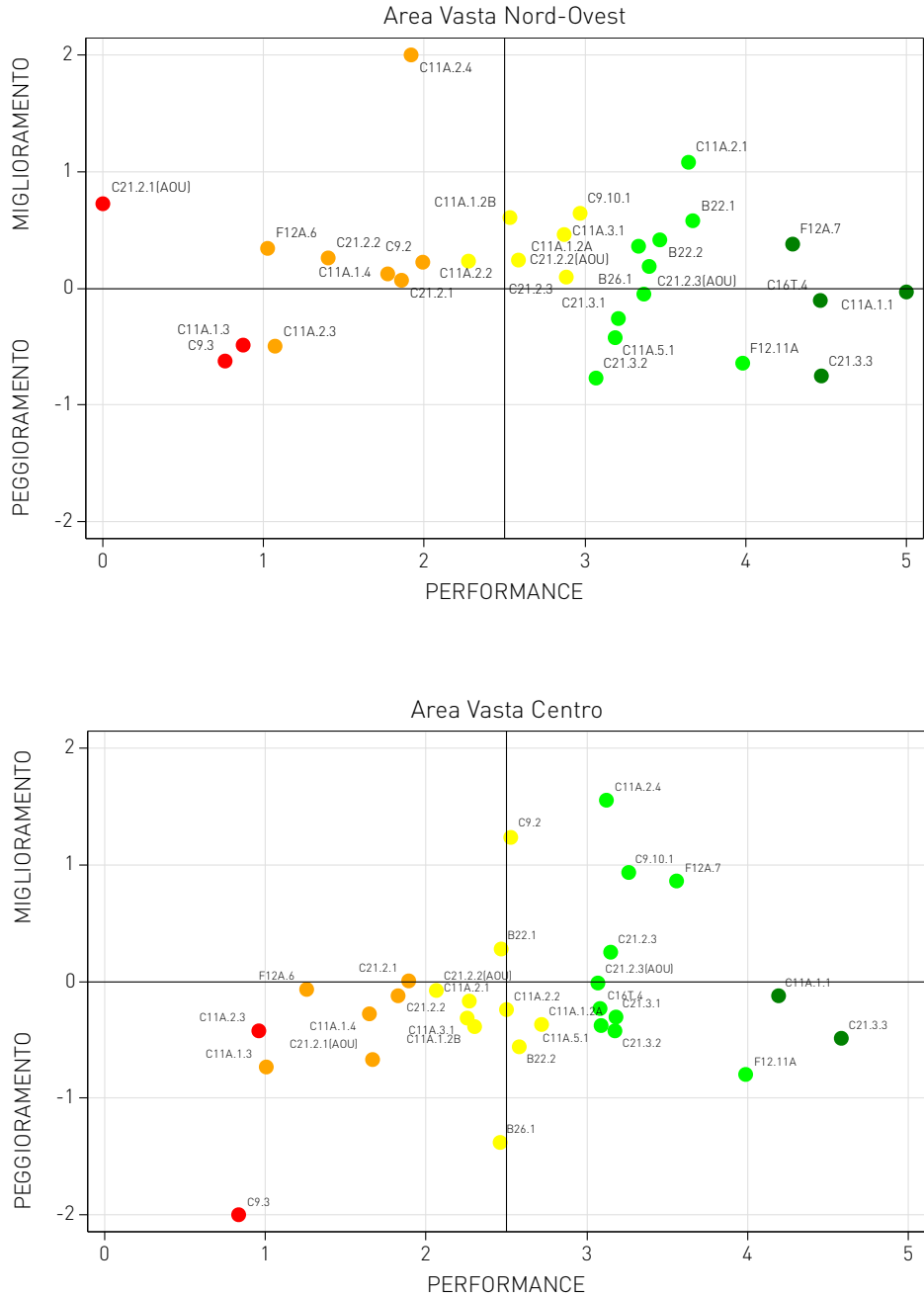
Esiti

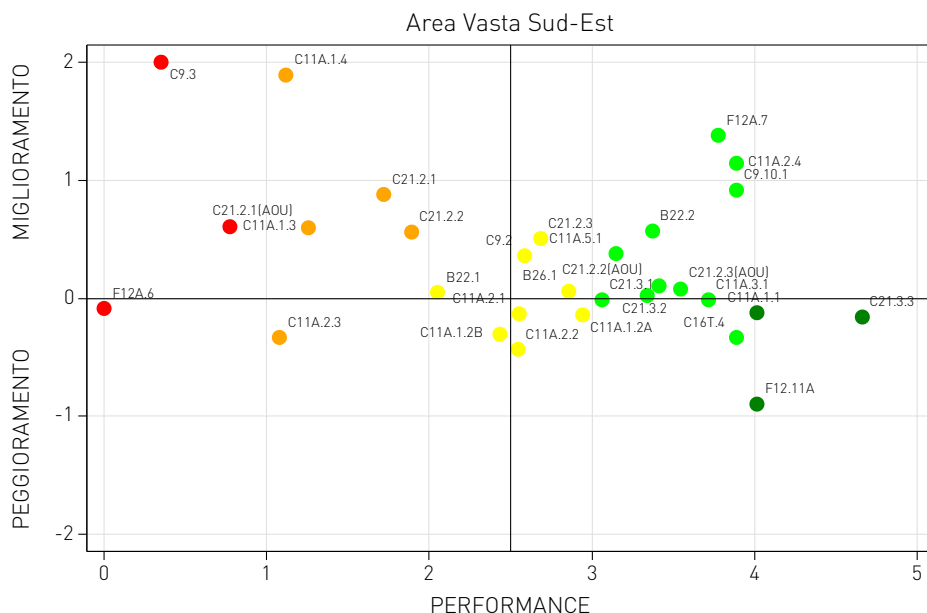
- C11A.2.4 TO per amputazioni maggiori (triennale)

Ospedalizzazione evitabile

- C16T.4 TO patologie sensibili a cure ambulatoriali
- C11A.1.1 TO scompenso (50-74 anni)
- C11A.2.1 TO diabete (35-74 anni)
- C11A.3.1 TO BPCO (50-74 anni)

Figura 10. Mappe di performance del percorso cronicità nelle Aree Vaste – anno 2017





Legenda delle mappe di performance del percorso cronicità

Prevenzione

- B22.1 AFA Bassa disabilità => 65 anni
- B22.2 AFA Alta disabilità => 65 anni
- B26.1 % Assistiti MMG aderenti SdI

Compliance

- C21.2.1 % Pazienti dimessi per IMA con prescrizione betabloccanti
- C21.2.2 % Pazienti dimessi per IMA con prescrizione ACE inibitori o sartani
- C21.2.3 % Pazienti dimessi per IMA con prescrizione antiaggreganti e statine
- C21.3.1 % Pazienti con betabloccanti (90-180 gg)
- C21.3.2 % Pazienti con ACE inibitori o sartani (90-180 gg)
- C21.3.3 % Pazienti con antiaggreganti e statine (90-180 gg)
- C9.2 % Abbandono di pazienti in terapia con statine (ipolipemizzanti)
- C11A.1.2A Scompensati con misurazione di creatinina
- C11A.1.2B Scompensati con misurazione di sodio e potassio
- C11A.1.3 Scompensati in terapia ACE inibitori sartani
- C11A.1.4 Scompensati in terapia con betabloccante
- C11A.2.2 Diabetici con misurazione emoglobina glicata
- C11A.2.3 Diabetici con esame della retina negli ultimi 2 anni
- C11A.5.1 Residenti con ictus in terapia antitrombotica

Efficienza

- C9.3 % Sartani
- F12.11A % Sartani a brevetto scaduto
- F12A.6 % Derivati diidropiridinici a brevetto scaduto
- C9.10.1 Polypharmacy
- F12A.7 % Antiipertensivi brevetto scaduto

Ospedalizzazione evitabile

- C16T.4 TO patologie sensibili a cure ambulatoriali
- C11A.1.1 TO scompenso (50-74 anni)
- C11A.2.1 TO diabete (35-74 anni)
- C11A.3.1 TO BPCO (50-74 anni)

Esiti

- C11A.2.4 TO per amputazioni maggiori (triennale)

