

1. INTRODUZIONE AL PIS

**PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA
LE SFIDE
PIANO INTEGRATO DI SALUTE
PROFILO DI SALUTE
PIANO SOCIALE E SANITARIO INTEGRATO REGIONALE**

**Sds/Zone Grossetane
27.3.2012**

M.Campedelli

I. La programmazione

- Oggetto: strumento di sintesi per la implementazione di una politica pubblica,
- Temporalità: variabile, generalmente pluriennale
- Struttura: composto da componenti quali aree tematiche, sezioni, azioni, linee, progetti, ecc.,
- Fine: tradurre i fini/valori/disposizioni normative in obiettivi perseguibili, e valutabili, secondo modalità definite e sulla base di risorse esplicitate

- La storia dei sistemi regionali è fortemente segnata dalla **programmazione**.
- Con la crisi delle politiche nazionali, diventa l'elemento caratterizzante le politiche regionali.
- Dentro questa sua “regionalizzazione”, assume profili differenziati a seconda delle tradizioni-culture politiche e amministrative delle Regioni stesse.
- Dalla nascita delle Regioni ad oggi abbiamo avuto una doppia evoluzione, tutt'ora in corso:
 - da una programmazione verticistica e “a cascata” si sta via via affermando, non senza alcune ambiguità, una logica “circolare” e sussidiaria;
 - da una riduzione della centralità della programmazione dal punto di vista delle politiche nazionali, a un aumento della sua rilevanza nella traduzione dei principi che ispirano alcune Regioni, tra cui la Toscana

- Ciò che tendenzialmente **differenzia i modelli regionali di programmazione è il peso/declinazione data alla governance e alla integrazione.** Questo risulta particolarmente evidente quando si parla di welfare.
- La progressiva caratterizzazione che i diversi sistemi regionali stanno esprimendo a seguito della riforma del Titolo V Cost, di cui la Toscana è una significativa esemplificazione, si incrocia strettamente con la funzione attribuita al government-governance nella programmazione delle politiche che essi intendono perseguire.

Le asimmetrie nel welfare integrato socio-sanitario

SOCIALE	SANITARIO (*)
· Criteri parzialmente standardizzati bisogno personale	· Criteri standardizzati per la per la definizione del definizione del bisogno personale
· Materia residuale regionale	· Materia concorrente stato-regione
· Universalismo selettivo e “discrezionale”	· Universalismo tc ed equità
· Mancanza di lep nazionali, in costruzione lep regionali	· Presenza di lea nazionali e regionali
· Pluralismo/esternalizzazione gestionale	· Gestione centrata sul pubblico
· Molteplicità di fonti di finanziamento	· Unicità delle fonti di finanziamento
· Contabilità finanziaria (Comuni)	· Contabilità economico-patrimoniale
· Dimensioni economico gestionali medio piccole	· Dimensioni economico gestionali grandi
· Ridotta componente tecnologica	· Altissima componente tecnologica
· Professionalizzazione scarsamente specialistica	· Professionalizzazione specialistica
· Scarsa propensione alla ricerca operativa	· Notevole propensione alla ricerca

operativa con risorse condizionate in

- **Filiera decisionale poliarchica/anarchica Filiera verticale “monocratica”**
- **Pratiche consolidate di governance esterna Scarsa di cultura di governance esterna**
- **Scarsa cultura di governance interna Pratiche consolidate di governance interna (governo clinico come prodotto/restazione assistenziale) governance sul**
- **“Temporalità ex ante” nella programmazione “Temporalità ex post” nella programmazione con ridotta valutazione dei risultati programmazione con rilevante valutazione dei risultati (output)**

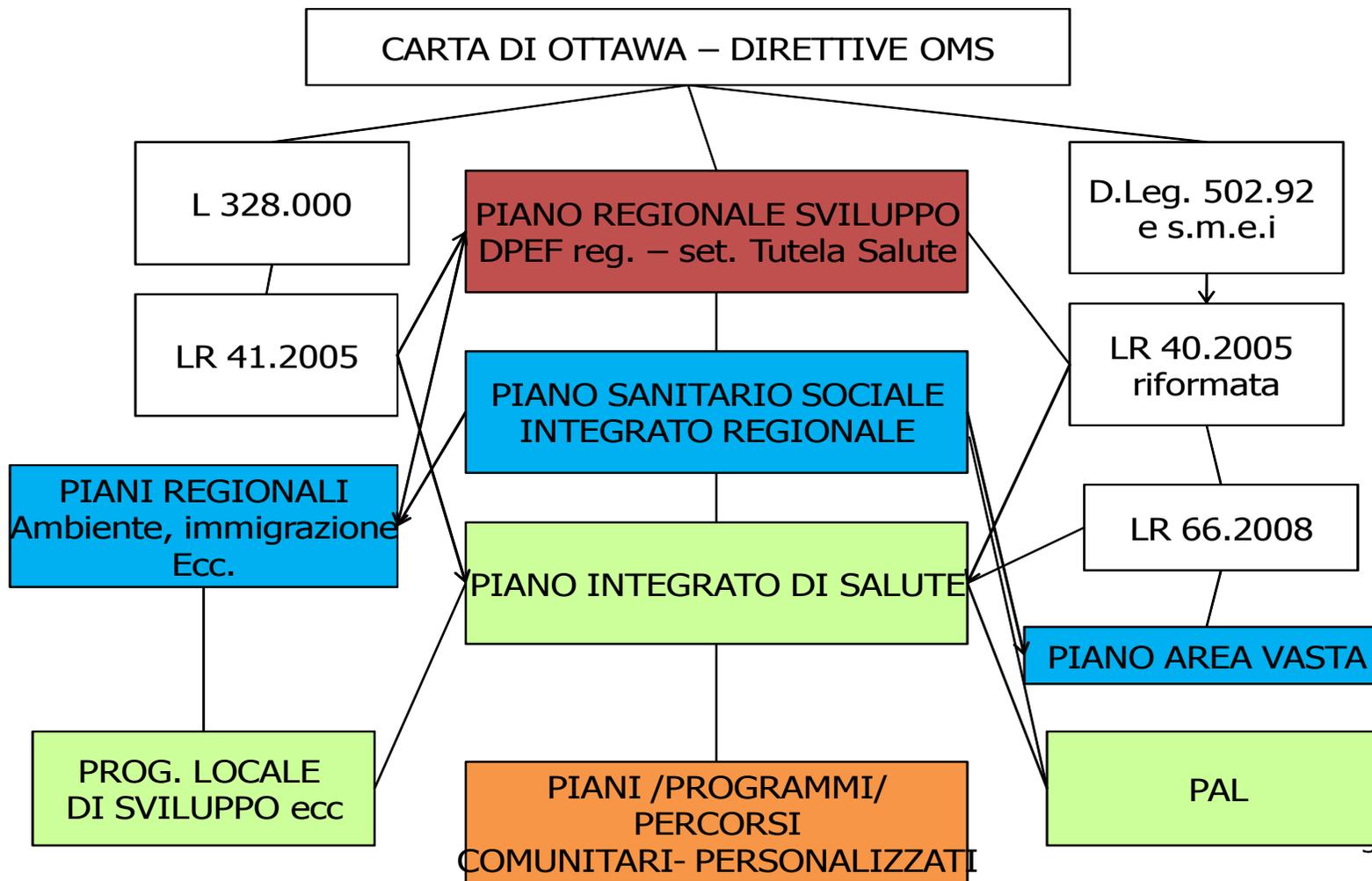
I diversi modelli di programmazione/ integrazione

	REGIONE A PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA	REGIONE A PROGRAMMAZIONE RESIDUALE	REGIONE A PROGRAMMAZIONE CENTRALIZZATA
Finalità	Equità/ esigibilità dei diritti/appropriatezza	Libertà di scelta per la domanda – incentivazione della concorrenza nella offerta	Equità/ esigibilità dei diritti/appropriatezza
Obiettivi	Integrazione multilivello e multi attori	Autonomie multilivello e multi attori controbilanciate da forme di noecentralismo regionale in particolare nel rapporto con la domanda	Gestione centralizzata del sistema
Metodo	<i>Governance multilivello e multi attori.</i>	<i>Regolazione esterna attraverso l'accreditamento degli erogatori e la verifica tariffaria delle prestazioni.</i>	<i>Government attraverso la determinazione centralistica del budget</i>
Strumenti	Programmazione partecipata/concertazione dei contenuti, delle priorità, e delle risorse	Programmazione attraverso accordi contrattuali della quota di produzione per ogni erogatore e quindi delle risorse	Programmazione top-down dei contenuti, delle priorità e delle risorse
Target consenso	Attori partecipanti alla programmazione in quanto rappresentativi della cittadinanza	Fruitori prestazioni e servizi erogati dal mercato amministrato	Fruitori prestazioni e servizi erogati dal pubblico/privato dentro un sistema centralizzato
Sostenibilità	Esito della concertazione-cooperazione connessa alla programmazione	Esito del funzionamento del mercato amministrato	Esito del management centralizzato

La prospettiva “toscana” – legislazione e non solo

- Modelli di programmazione regionali come **indicatori della funzione pubblica** che si vuole svolgere, “ della politica che governa”
- Programmazione **come consolidamento della visione “toscana”**: centralità della persona, *governance* territoriale, sussidiarietà integrata come condivisione della funzione pubblica, sostenibilità, welfare integrato esteso e non solo sociosanitario.
- Programmazione come costruzione⁸ dialogica

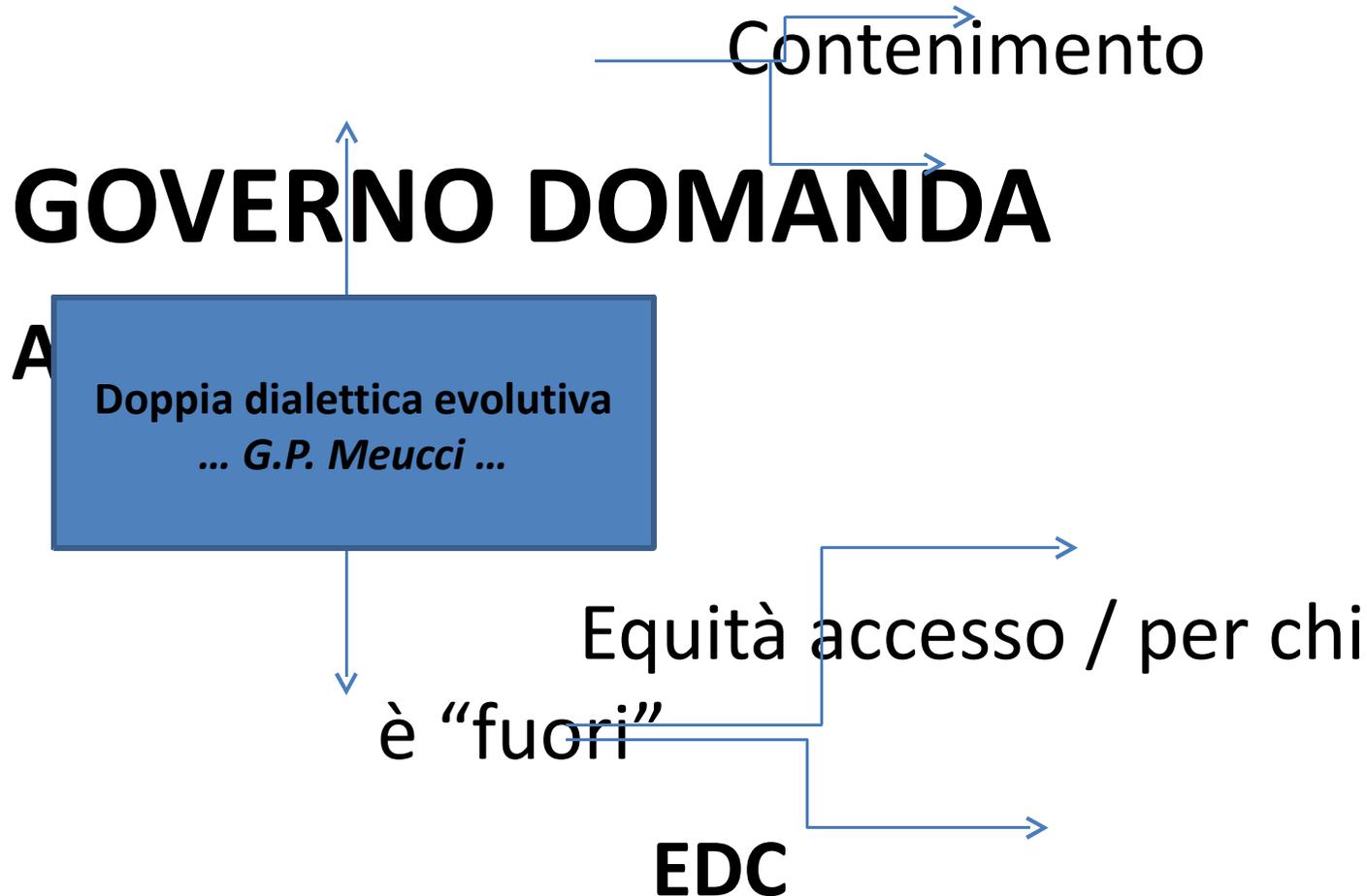
Il processo di programmazione toscano



Sintesi dello schema logico della programmazione integrata territoriale pis

- Fine: governare in modo partecipato le politiche pubbliche finalizzate alla **equità di salute e di accesso ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari**
- Obiettivo: **integrazione** tra sociale e sanitario in una prospettiva di **welfare esteso** e di **capacità di intervento sui determinanti di salute**
- Attori della governance: **Regione, AUSL- Comuni- Società della Salute** (Zona Distretto) come forma giuridica della integrazione tra ee.ll. e ausl
- Metodo : **governance “publicistica”** “politica-pubblico/privata” e “tecnica”
- Strumento : **programmazione integrata**

II. Le sfide della prossima programmazione



III. Il Piano Integrato di Salute

Mission della **Società della Salute (SdS)** è mantenere in buona salute la popolazione di cui è chiamata a farsi carico, riducendo/prevenendo il rischio di ammalarsi, recuperando lo stato di salute dopo una malattia, creando le condizioni sociali, economiche e sanitarie eque e sostenibili per tutta la popolazione, con particolare riguardo ai gruppi più fragili.

Il **Piano Integrato di Salute (PIS)** è l'atto principale attraverso cui si realizza tale *mission*. E' la sintesi tra quello che si intende fare e quanto si può effettivamente ottenere in un determinato arco temporale in termini di miglioramento della salute della popolazione ed adeguamento dell'offerta dei servizi predisposti. Il PIS è una "mappa" attraverso cui si individuano gli obiettivi, si pensa a come raggiungerli e si rende esplicito se siano stati poi raggiunti.

Le sue articolazioni rispondono alle funzioni proprie delle SdS così come stabilite dalla legge:

la definizione degli obiettivi di salute e benessere;

la definizione delle azioni attuative;

l'attivazione di strumenti di valutazione.

Il PIS rappresenta quindi il **documento di riferimento programmatico di medio periodo (quinquennale) con cui vengono enunciate, coerentemente con i principi e gli indirizzi regionali, le scelte strategiche alle quali si fa riferimento nella elaborazione della politica sociosanitaria territoriale delle SdS o, dove non presenti, delle zone distretto.**

Compiti principali

<p>a. definire il profilo epidemiologico delle comunità locali;</p>	<p>Si fa riferimento alla predisposizione dei profili di salute: sintesi della salute della popolazione di riferimento e dell'offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Caratteristica fondamentale dei profili di salute come è la particolare attenzione da dedicare ai gruppi di popolazione più fragili per caratteristiche socio-economiche, etnico-culturali, residenziali.</p>
<p>b. definire gli obiettivi di salute e benessere e i relativi standard quantitativi e qualitativi zonali;</p>	<p>Dal profilo di salute derivano i bisogni di salute della popolazione e le conseguenti priorità di intervento a cui devono essere legati, tenendo presente gli indirizzi e le strategie regionali, gli obiettivi di miglioramento della salute e di benessere della popolazione.</p>
<p>c. individuare le azione attuative;</p>	<p>Ogni obiettivo stabilito deve essere legato ad azioni attuative al fine di soddisfare l'obiettivo previsto.</p>
<p>d. individuare le risorse messe a disposizione;</p>	<p>Si fa riferimento alle risorse messe a disposizione sia dai comuni, sia quelle destinate al finanziamento dei livelli di assistenza aggiuntivi, sia quelle messe a disposizione dal fondo sanitario regionale.</p>
<p>e. definire la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio;</p>	<p>Una programmazione integrata efficace necessita che la rete dei servizi sia evidente e gli interventi siano conosciuti da tutti gli attori chiamati a partecipare alla sua attuazione.</p>
<p>f. definire il fabbisogno di strutture residenziale e semiresidenziali;</p>	<p>La considerazione in sede di programmazione di tali strutture, essendo uno dei capitoli più rilevanti di spesa sociosanitaria, è uno dei capitoli fondamentali del Pis e, proprio per questo da definire in base ai fabbisogni che le popolazioni interessate presentano</p>
<p>g. attivare strumenti di valutazione</p>	<p>Al fine di garantire un'efficace processo di programmazione, è necessario disporre di strumenti di valutazione sia dell'interno documento PIS, sia degli obiettivi di miglioramento individuati alla lettera b, sia nella fase finale di impatto reale sulla salute della popolazione.</p>

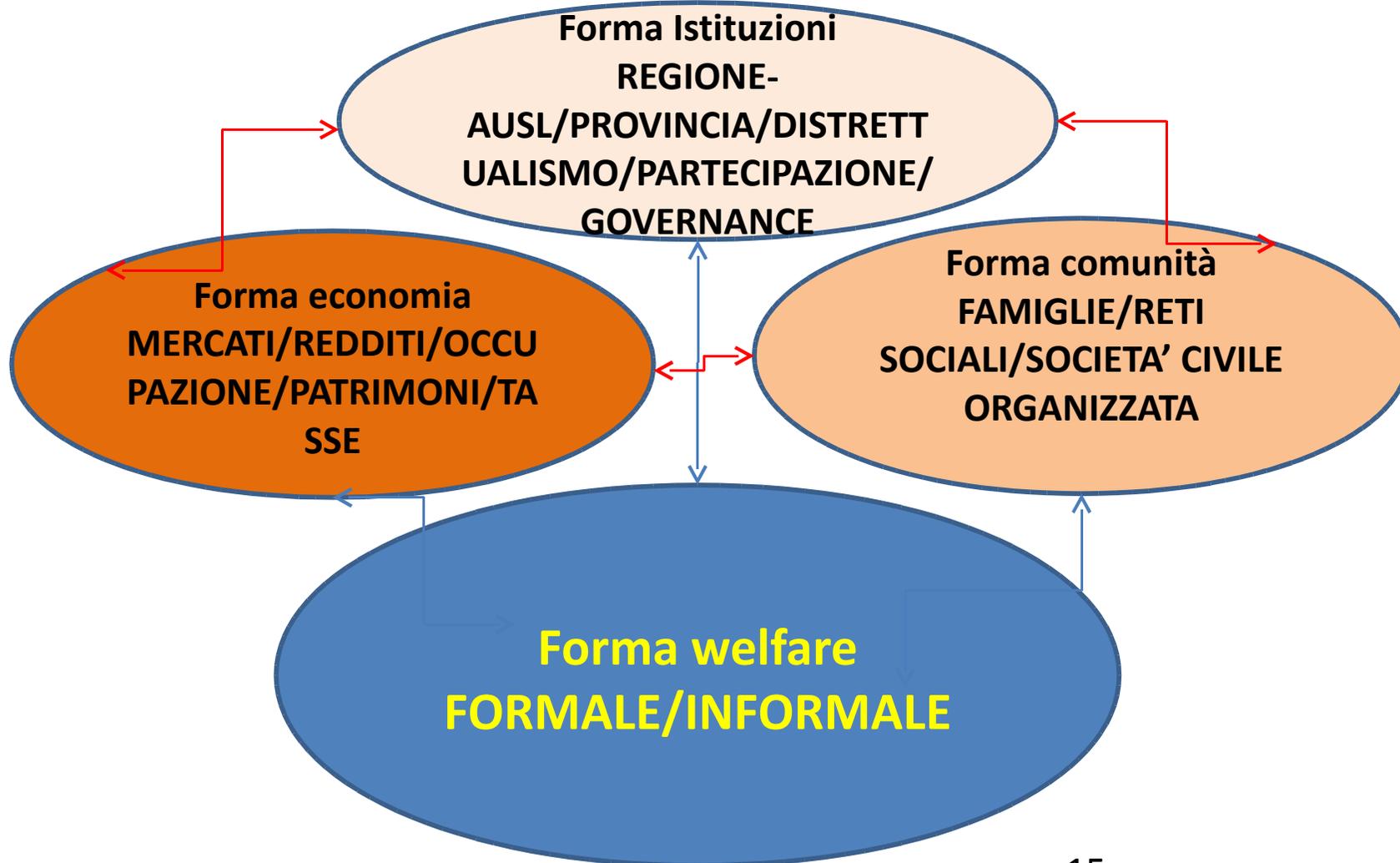
La salute in tutte le politiche

(Libro Bianco UE *“Insieme per la salute: un approccio strategico per l’UE 2008-2013”*)

la salute in tutte le politiche che significa:

- ***desanitarizzazione* del discorso salute**
- **responsabilizzazione sugli impatti sulla salute di tutte quelle politiche che tradizionalmente si considera estranee o indifferenti per la salute**
- **affrontare il problema della spesa sanitaria che cresce con un approccio non riduzionista, ma ambizioso e orientato alla tutela dei diritti**
- **consolidare e concretizzare i valori in salute condivisi, quali**
 - **l’universalità,**
 - **l’accesso alle cure,**
 - **la solidarietà e l’equità, riduzione delle disuguaglianze in salute**

Integrazione di sistema: il welfare civile



IV. Il Profilo di salute

- Deve contenere **l'analisi epidemiologica dello stato di salute della popolazione** di riferimento con particolare riguardo ai gruppi che per caratteristiche socioeconomiche sono a maggior rischio in termini di stili di vita e/o patologie croniche.
- Il PdS **non descrive semplicemente l'esistente**. Il suo scopo è quello di rendere evidenti i bisogni della comunità al fine di valutare le soluzioni possibili attraverso la costruzione di alleanze intersettoriali. Per questo deve essere in grado di:
 - i. **offrire informazioni efficaci e prospettive sullo stato di salute delle diverse popolazioni**
 - ii. **identificare i problemi di salute**
 - iii. **individuare le aree prioritarie di intervento**
 - iv. **favorire la presa di coscienza e la partecipazione della comunità.**

Profilo demografico, composta da indicatori generali sulla composizione e struttura demografica della popolazione; per alcune tipologie di utenza sono dettagliati indicatori più specifici.

Determinanti di salute, composta da indicatori generali relativi a fattori che hanno influenza sulla salute secondo la visione dei determinanti sociali dell'OMS; tale area è divisa in 6 classi:

1. ambiente fisico ed inquinamento; 2. ambiente socio-economico; 3. stili di vita; 4. condizioni abitative; 5. condizione lavorativa; 6. famiglie e reti sociali.

Stato di salute, ovvero indicatori generali, quali ad esempio di mortalità e morbilità, o tassi di ospedalizzazione e primo ricovero.

L'assistenza, suddivisa in :assistenza sanitaria territoriale, ovvero indicatori riguardanti i **livelli essenziali di assistenza sanitaria**; assistenza sociosanitaria, ovvero indicatori riguardanti l'**integrazione sociosanitaria**; assistenza sociale, ovvero indicatori riguardanti i **livelli essenziali di cittadinanza sociale**.

Le fasce di popolazione target riguardano quelle popolazioni i cui bisogni sono riconducibili all'area della integrazione sociosanitaria (anziani, famiglie e minori, immigrati, disabili, salute mentale, pazienti terminali e pazienti con infezioni HIV).

Per quanto riguarda la popolazione generale sono ricompresi indicatori riguardanti tutta la popolazione senza distinzione

I DETERMINANTI



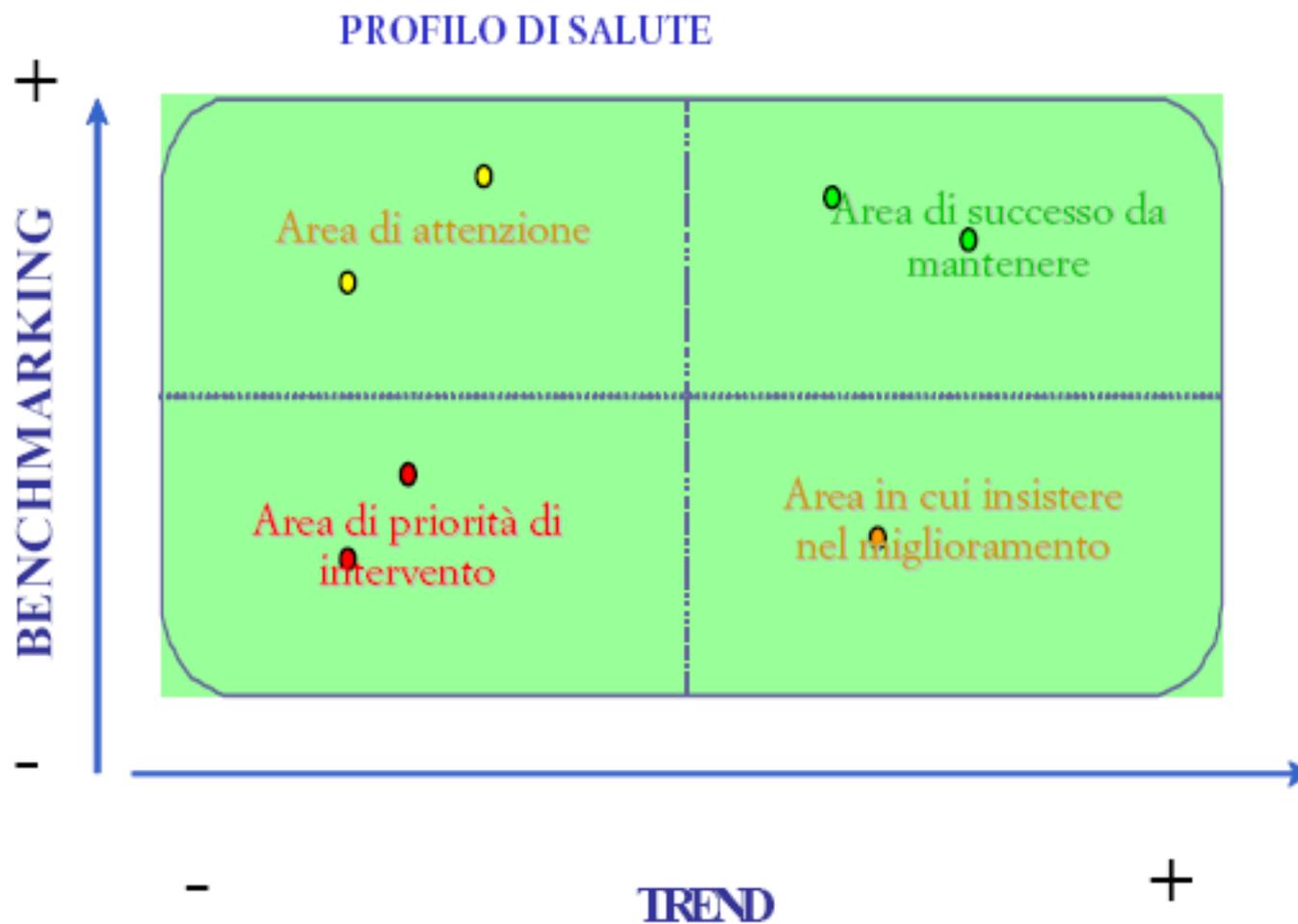
Adattato da: Dahlgren e Whitehead (1991).

Tale struttura consente una lettura dello stato di salute della popolazione e dell'individuazione dei possibili e conseguenti interventi assistenziali:

in orizzontale, avendo quindi come punto di riferimento la tematica di analisi articolata per ogni gruppo di popolazione/area di integrazione,

in verticale, ovvero avendo come punto di riferimento un particolare gruppo di popolazione/area di integrazione (ad esempio è possibile capire attraverso la lettura degli

L'identificazione delle priorità



V. Le indicazioni nelle bozze del nuovo PSSIR

- Bozza Pssir 15.11.11

Le scelte strategiche Pssir

- La coesione sociale
- La salute in tutte le politiche
- Qualità e sicurezza
- Innovazione e ricerca
- Alleanza tra cittadini, professionisti e istituzioni

Obiettivi generali e specifici

generali

Perseguire la salute come risorsa e non come problema

specifici

Individuare e realizzare, con il coinvolgimento di più attori non solo istituzionali, a cominciare dalla SdS, programmi specifici sugli stili di vita ritenuti prioritari come il fumo, l'attività fisica, l'alimentazione, con particolare riferimento alla piramide alimentare della Toscana

Incentivare un atteggiamento proattivo del Dipartimento di Prevenzione con funzione di supporto e non solo di vigilanza, semplificato e sburocratizzato

Mettere al centro la persona nella sua complessità

- **Favorire lo sviluppo della sanità di iniziativa superando il concetto di assistenza per singola patologia attivandolo anche per le problematiche inerenti salute mentale e dipendenze**
- **Proseguire la riorganizzazione della rete delle cure primarie, garantendone capillarità, visibilità e capacità di presa in carico, anche attraverso l'innovazione tecnologica, la multidisciplinarietà e l'integrazione con la specialistica ospedaliera**
- **La multidisciplinarietà come elemento caratterizzante i modelli organizzativi ospedalieri affermando il principio della integrazione funzionale delle competenze attorno alla persona**
- **Accompagnare i servizi istituzionali e il terzo settore al rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali e allo sviluppo di nuove competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili nel campo sociale e socio-sanitario (Sociale di Iniziativa)**
- **Rafforzare la tutela dei minori attraverso la promozione del affidamento familiare**
- **Organizzare e diffondere il pronto intervento sociale**
- **Promuovere la realizzazione di azioni specifiche tese all'emersione dei fenomeni della violenza di genere e della tratta**

Aumentare l'equità

- **Aumentare il coinvolgimento di tutte le energie presenti nel contesto territoriale al fine di ricomporre relazioni fondamentali e passare dal concetto di individuo isolato a quello di comunità partecipe**
- **Intervenire su una variabilità di sistema presente anche nella nostra Regione, che sta alla base di una buona parte delle differenze fra i servizi offerti, della garanzia di accesso, dello stesso livello di qualità e sicurezza garantiti**
- **Sviluppare l'edilizia sociale e diversificare l'offerta di accesso all'alloggio sociale**

Perseguire
sicurezza, efficacia e
appropriatezza
come valore del
sistema

- Garantire che, all'interno dei contesti strutturali, ogni intervento ed ogni processo venga effettuato con i massimi livelli di professionalità, nella maggior sicurezza possibile, nel rispetto dei criteri di qualità, di appropriatezza e di accreditamento
- Rivisitare il ruolo dei moduli assistenziali previsti dalla normativa, con rafforzamento dei percorsi domiciliari e diurni e dei progetti di autonomia di vita dei cittadini nell'intero arco di vita superando la visione dei target demografici
- Realizzare una alleanza che coinvolga le istituzioni, i professionisti, attraverso un uso appropriato delle risorse, sino ai cittadini stessi nel diritto/dovere di accedere al sistema non solo come individui, ma come parte di una comunità
- Rimodulare la produzione delle prestazioni sulla base della valutazione della tipologia e dei volumi di attività basandosi sui principi di qualità e sicurezza.

Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi

- **Ridefinire i punti di accesso ai servizi, con l'obiettivo della semplificazione dei percorsi di presa in carico e la riduzione dei tempi di erogazione dell'assistenza**
- **Confermare la centralità dell'Area Vasta, all'interno della quale devono essere trovate le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti e alla quale compete la pianificazione della produzione ospedaliera complessiva e la gestione dei percorsi integrati interaziendali.**