

LA PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA INTEGRATA

Fulvia Agus

PREMESSA

La Terza Commissione “Sanità e politiche sociali” nel corso del 2019 ha licenziato il Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) 2018-2020, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 9 ottobre 2019, n. 73, a conclusione di un lungo percorso iniziato con l’informativa preliminare sul PSSIR 2018-2020 in Consiglio regionale, tenuta dalla Giunta regionale a gennaio 2018, ai sensi dell’articolo 48 dello Statuto. A seguito dell’informativa è stata approvata la risoluzione del Consiglio regionale 196/2018 che ha espresso indirizzi alla Giunta regionale per la stesura definitiva del PSSIR 2018 – 2020.

Successivamente la Giunta regionale ha trasmesso al Consiglio la proposta di deliberazione sul PSSIR 2018-2020, assegnata alla Terza Commissione il 30 gennaio 2019.

1. QUADRO NORMATIVO

Ai sensi del decreto legislativo 502/1992¹ il Piano sanitario regionale rappresenta *“il piano strategico degli interventi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del piano sanitario nazionale”*.

La legge regionale 40/2005² prevede che *“La programmazione in materia sanitaria e sociale della Regione assicura, in coerenza con gli strumenti della programmazione nazionale, lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale, e persegue le finalità del sistema integrato di interventi e servizi sociali definito dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di intervento e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) (art. 8).*

Il PSSIR, inoltre, costituisce lo strumento di programmazione intersettoriale con il quale la Regione, nell’ambito del programma regionale di sviluppo (PRS), definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale e i criteri per l’organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali integrati in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione rilevati

¹ Decreto legislativo 502/1992 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

² Legge regionale 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale).

dagli strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata di cui all'articolo 20 della legge regionale 40/2005 e dagli studi di ricerca epidemiologica affidati all'Agenzia regionale di Sanità (ARS) e alle società scientifiche.

Il PSSIR individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo, le linee di governo del servizio sanitario regionale e dei servizi socio assistenziali.

Il PSSIR segue gli indirizzi della programmazione previsti dalla legge regionale 1/2015³ sulle disposizioni in materia di programmazione economica e finanziaria regionale che definisce le finalità della programmazione regionale e ne individua strumenti e modalità di attuazione.

La legge regionale 1/2015 prevede che la Regione attua i percorsi di programmazione regionale attraverso i piani e programmi regionali che precisano gli indirizzi per l'attuazione delle politiche, coordinano gli strumenti d'intervento, integrano e finalizzano le risorse regionali, statali e dell'Unione europea. Gli indirizzi, gli obiettivi ed i contenuti minimi per le politiche regionali di settore sono definiti ad inizio legislatura dal Programma regionale di sviluppo (PRS) e aggiornati annualmente dal Documento di economia e finanza regionale (DEFER) come integrato dalla nota di aggiornamento, e nei casi previsti dalla legge regionale 1/2015, le strategie di intervento individuate dal PRS sono attuate anche tramite piani o programmi di durata pluriennale, aventi carattere settoriale o intersettoriale, approvati dal Consiglio regionale;

2. PIANO SANITARIO E SOCIALE INTEGRATO REGIONALE (PSSIR) 2018-2020

Il Piano sanitario e sociale integrato regionale 2018-2020 è l'atto di indirizzo all'interno del quale viene rappresentata la visione del sistema della salute per i prossimi anni in termini di obiettivi strategici e di declinazione sui rispettivi destinatari, così da definire una cornice a partire dalla quale possono essere concretizzati obiettivi specifici, azioni e risorse.

Si ribadisce il valore insostituibile del sistema sanitario pubblico come garanzia per la tutela e promozione della salute seguendo i principi di universalità, eguaglianza ed equità di accesso, nonché criteri efficacia, efficienza ed economicità.

Il PSSIR è punto di riferimento imprescindibile per gli altri livelli di programmazione, per il loro collegamento e la loro interazione. La programmazione di area vasta, la programmazione delle aziende unità sanitarie locali (AUSL) e delle aziende ospedaliero-universitarie (AOU) e la programmazione territoriale con i Piani integrati di salute e Piani di inclusione

³ Legge regionale 1/2015 (Disposizioni in materia di programmazione economica e finanziaria regionale e relative procedure contabili. Modifiche alla l.r. 20/2008).

zonale devono trovare dispositivi di integrazione che permettano di condividere un medesimo linguaggio e una governance regionale di indirizzo e coordinamento.

3. INNOVAZIONI DEL PSSIR 2018-2020

Nella premessa al PSSIR si sottolineano alcuni progetti che ne rappresentano il nucleo innovativo, fra questi la realizzazione della medicina di iniziativa e dell'assistenza socio-sanitaria alla cronicità, compresa la soluzione delle problematiche della lungodegenza, la creazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali e sociali (PDTAS), soluzioni per il problema delle liste di attesa, l'omogeneità delle soluzioni adottate in tutto il territorio regionale, il monitoraggio dei progetti personalizzati e delle prestazioni, valutandone i risultati anche in termini di sviluppo della relazione con i cittadini ed il coinvolgimento di quest'ultimi e delle loro forme associative nella progettazione dei servizi.

Particolare rilievo assume nel Piano l'affermazione della logica dell'attivazione sociale e il cambiamento del paradigma delle politiche di welfare verso obiettivi di natura promozionale, di sostegno all'autonomia delle persone e delle famiglie, di determinazione della persona rispetto alle proprie cure (testamento biologico e fine vita), con particolare attenzione alle diverse vulnerabilità sociali; ed ancora il superamento delle disuguaglianze dell'offerta dei servizi sociali e sanitari e dell'attenzione alla salute anche nella prospettiva della medicina di genere, la realizzazione di un livello essenziale dei servizi sociali con capacità di intervenire prontamente sui bisogni sempre più espressi in "acuto" offrendo una rete necessaria, pronta e immediatamente disponibile, sicura e protettiva di supporto ad ogni progetto di aiuto a medio-lungo termine, prevedendo la continuità con la presa in carico del territorio di fronte a bisogni primari e non. In quest'ottica si inserisce la realizzazione di un continuum ospedale-territorio, la definitiva articolazione della medicina generale in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e la riorganizzazione, sulle 16 ore, della continuità assistenziale, la promozione di team multidisciplinari integrati tra sociale e sanitario e tra ospedale e territorio in grado di corrispondere agli obiettivi di presa in carico ed erogazione coordinata delle prestazioni e dei servizi, la valorizzazione dell'apporto delle professioni attraverso gli strumenti del governo clinico, oltre all'impegno a incrementare le borse di studio per le specializzazioni e la medicina generale

Dal punto di vista operativo le finalità riguardano la modalità di lavoro dei professionisti e degli operatori ed emergono due aspetti fondamentali:

- Interdisciplinarietà e allargamento dei confini. Gruppi multiprofessionali che lavorano in un'ottica di complementarietà;
- Centralità del paziente in un'ottica di *responsiveness*. L'alleanza con il

paziente e il suo coinvolgimento nel percorso di cura diventano essenziali.

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

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

Quanto sopra al fine di rendere l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie ancora più forte e ancora più operativa.

Analogamente la necessità di integrazione organizzativa tra le componenti assistenziali ospedaliere e quelle territoriali rappresenta un'urgenza tale da rendere anacronistico il trattarle, come è sempre accaduto in passato, in parti differenti del piano. La necessità di creare criteri di organizzazione che abbraccino tutto il percorso del paziente garantendo una presa in carico reale e definitiva, annullando le dicotomie organizzative nella visione del mondo sanitario, è tale da introdurre all'interno del piano una nuova definizione dei PDTA che diventano Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali sociali (PDTAS) indicando la cogenza dell'integrazione all'interno dei percorsi assistenziali con le valutazioni e gli interventi della sfera sociale. Questo strumento diventa un ponte capace di portare a convergenza le risposte sanitarie delle aziende con il territorio, valorizzando l'esperienza dell'integrazione istituzionale delle funzioni sanitarie e sociali perseguita dalle società della salute e dalle convenzioni socio-sanitarie nelle zone distretto.

4. ARTICOLAZIONE DEL PSSIR 2018-2020

Il PSSIR 2018-2020, rispetto ai piani precedenti, è un Piano snello, sintetico nella forma, di facile lettura con l'intento di renderlo accessibile a tutti, riportando in maniera ben visibile le parole-chiave e gli obiettivi e ricorrendo a numerosi elementi infografici che ne rinforzano i contenuti.

Il Piano viene articolato su 10 grandi obiettivi strategici (Driver) che rappresentano le forti linee di indirizzo cui il PSSIR è ispirato:

1. Prevenzione
2. Disuguaglianze di salute e sociali
3. Liste di attesa
4. Vivere la cronicità
5. Nuovi modelli di 'care'
6. Innovazione e informazione
7. Welfare etico e partecipazione

8. Competenze di Lavoro tra sicurezza e modernità
9. Sostenibilità
10. Qualità del fine vita

L'articolazione poi comprende la declinazione dei *driver* verso i *destinatari* classificati come 9 *target* che ricomprendono nel loro insieme la popolazione di riferimento distinta per età, fasi della vita e particolari condizioni e all'interno di ciascun *target* vengono individuate le priorità per i diversi destinatari:

1. Dedicato ai genitori
2. Dedicato ai bambini
3. Dedicato ai giovani
4. Dedicato alle donne
5. Dedicato agli anziani
6. Dedicato agli stranieri
7. Dedicato ai lavoratori
8. Dedicato alle popolazioni residenti nelle aree interne, montane e insulari
9. Dedicato alle persone detenute negli istituti penitenziari

Inoltre sono individuati 3 *focus* come ambiti di particolare attenzione trasversali a più destinatari (*target*).

Focus:

1. Dedicato ai pazienti oncologici
2. Dedicato alle persone con disabilità
3. Dedicato alla salute mentale

Altro importante elemento collegato ai *driver*, ai *target* e ai *focus*, comprende le schede operative. Tali schede, successive al Piano, saranno approvate con atto di Giunta regionale e definiranno in maniera puntuale le singole azioni e i percorsi da attivare, i soggetti coinvolti, i risultati attesi ed i relativi indicatori per il monitoraggio e la valutazione dello stato di attuazione della programmazione.

A completamento della struttura portante del PSSIR, articolata in *driver*, *target*, *focus* (e schede operative), sono presenti altri capitoli; un piccolo capitolo su “La ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita” nel quale viene evidenziata l'importanza di investire nella formazione, nella ricerca, nell'innovazione e nella sperimentazione clinica, favorendo il necessario raccordo con i bisogni assistenziali e il trasferimento dei risultati, al fine di rendere disponibili ai cittadini l'accesso alle innovazioni più avanzate in regimi di costi sostenibili.

Altri due capitoli meritano di essere brevemente descritti. Il primo concerne “Il ruolo e l'assetto della zona distretto” che ripercorre le finalità, la

struttura e l'organizzazione della zona distretto, in particolare prevedendo tempi e modi per il passaggio alla gestione diretta delle società della salute. Il secondo riguarda la "Programmazione multilivello e strumenti di integrazione" e descrive la programmazione regionale, l'importanza dell'integrazione tra i vari livelli di programmazione e i dispositivi per attuarla.

5. PROCEDIMENTO DI APPROVAZIONE E VOTO IN AULA

Si è svolta una lunga e approfondita istruttoria da parte della Terza Commissione con sei sedute dedicate all'esame e alla discussione del Piano. Sono state effettuate consultazioni con tutti i soggetti interessati.

A seguito di quanto emerso dalle consultazioni è stato dato mandato da parte del Presidente della Commissione di costituire un gruppo di lavoro tecnico-politico tra Giunta regionale e Consiglio regionale che si è occupato di tutto il processo che ha portato all'approvazione del PSSIR in Terza Commissione e successivamente in aula.

La Commissione, su proposta del Presidente, ha richiesto l'inserimento di due nuovi *driver* (obiettivi strategici), uno sulle liste d'attesa e l'altro sulla prevenzione. Inoltre è stato richiesto di ridurre il numero dei *target* (destinatari degli obiettivi) e inserire dei *focus*, come approfondimenti trasversali a più *target*. In questa logica sono diventati *focus*, il *target* sulla disabilità e quello sui pazienti oncologici. Anche sulla base di quanto emerso dal percorso partecipativo, la Commissione ha ritenuto utile aggiungere un altro *focus*, in questo caso con nuovi contenuti, sulla salute mentale. È stato tolto il *target* dedicato a tutti i cittadini dividendone i contenuti su altri *driver*, è stato riformulato il *target* B dedicato ai bambini ed infine sono stati semplificati i titoli a partire dal sommario.

A seguito delle consultazioni sono state raccolte oltre novanta osservazioni. Ogni osservazione faceva riferimento a uno o più settori di competenza della Giunta. Ogni settore regionale, per quanto di propria competenza, ha espresso un giudizio di accoglimento, spesso anche con riformulazione, oppure di non accoglimento con motivazione. Delle osservazioni sono state considerate accoglibili o accoglibili parzialmente o con riformulazione il 77% (pari a circa 70 osservazioni).

Le parti integrate, i due *driver* liste d'attesa e prevenzione e il *focus* salute mentale, sono state elaborate dal gruppo tecnico così da essere inserite nel testo riformulato che è stato approvato in commissione. Nel corso dei lavori sono emerse integrazioni e correzioni da parte dei competenti uffici di Giunta fatte proprie dal gruppo tecnico e inserite anch'esse nel testo riformulato.

Il testo del PSSIR deliberato dalla Giunta regionale a gennaio 2019 ha richiesto da parte del gruppo di lavoro un coordinamento notevole per adeguarlo alle modifiche richieste dalla commissione, in particolare l'inserimento dei nuovi

driver e focus e la revisione dei *target* che ha riguardato anche la parte valutativa (coerenza esterna ed interna).

Nel testo riformulato predisposto per la commissione sono state riportate tutte le osservazioni degli uffici e quelle pervenute dalle consultazioni, sia puntuali che più generiche, cercando di ricondurle comunque a precise parti del testo; i riferimenti sono stati offerti dal tavolo tecnico per agevolare la commissione nell'esame del provvedimento. A queste sono stati aggiunti gli emendamenti dei consiglieri proposti in commissione: ne sono stati presentati oltre sessanta.

Il 17 luglio 2019 il gruppo tecnico-politico si è riunito alla presenza dei consiglieri regionali di maggioranza e opposizione che fanno parte della Terza Commissione in merito agli emendamenti presentati in modo da effettuare un'analisi preventiva

Nella seduta della Terza Commissione del 25 luglio 2019 sono stati discussi gli emendamenti di maggioranza e minoranza, quasi tutti approvati, tranne 5 respinti; il testo è stato approvato a maggioranza con il voto contrario delle opposizioni.

Successivamente il testo approvato dalla commissione è stato inviato all'Agenzia regionale di sanità (ARS) perché procedesse all'editing del testo corredato degli elementi infografici che erano presenti nella versione iniziale inviata dalla Giunta regionale.

La commissione nella seduta del 12 settembre ha preso atto del testo del PSSIR corredato della parte infografica, coordinata con le modifiche apportate.

Il testo votato in commissione è andato in aula nella seduta del 9 ottobre 2019 per la votazione definitiva; in tale sede sono stati discussi altri 22 emendamenti proposti dai consiglieri. Il Consiglio regionale ha approvato il Piano a maggioranza con 12 emendamenti approvati, 7 non approvati e 3 ritirati

Sono stati presentati e discussi 13 ordini del giorno, di cui 2 approvati.⁴

6. RISORSE FINANZIARIE

Le risorse complessivamente stanziare in bilancio per l'anno 2018, sono state 7.382,00 milioni di euro per la parte sanitaria e 102,40 milioni di euro per la parte sociale.

Relativamente agli anni 2019 e 2020, invece, le risorse attualmente utilizzabili per la parte sanitaria sono quantificabili, rispettivamente, in 6.952,63 milioni di euro per l'anno 2019 e 6.943,02 milioni di euro per l'anno 2020. Queste risorse verranno incrementate durante ciascuno dei due esercizi in

⁴ Cfr. Riccardo Nocentini, *Genealogia del PSSIR 2018-2020 della Toscana*, in <https://welforum.it/genealogia-del-pssir-2018-2020-della-toscana/>

questione, a seguito di specifiche assegnazioni di ulteriori contributi in conto esercizio e rimborsi che al momento dell'approvazione del Piano non erano esattamente quantificabili. Le ulteriori risorse attese dovrebbero provenire, per esempio, dalle quote di Fondo sanitario nazionale (FSN) vincolato a specifiche destinazioni e dal parziale ripiano del superamento dei tetti stabiliti da norme di livello nazionale per la spesa farmaceutica (payback), ripiano che, in base alla legge 326/2003⁵, articolo 48, è dovuto dalle aziende farmaceutiche alle regioni.

Per la parte sociale, le risorse attualmente utilizzabili per gli anni 2019 e 2020 sono quantificabili in 81,17 milioni di euro per l'anno 2019 e 49,42 milioni di euro per l'anno 2020. La previsione non tiene conto di alcune risorse statali, quali il Fondo nazionale per la non autosufficienza e il Fondo nazionale per le politiche sociali, risorse che sono previste da leggi nazionali attualmente vigenti, ma che non sono attualmente iscrivibili nei bilanci di previsione in quanto vengono quantificate di anno in anno, attraverso decreti ministeriali specifici.

Fondo sanitario regionale

Ai sensi della legge regionale 40/2005, il Fondo sanitario regionale viene suddiviso in tre parti:

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

Alle tre parti sopra elencate se ne aggiunge, di norma, una quarta destinata al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema, da attribuire alle aziende sanitarie anche sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati.

Fondo sociale regionale

Contribuiscono alla sua composizione il Fondo regionale di assistenza sociale ed il Fondo nazionale per le politiche sociali. Il fondo viene ripartito in tre parti:

1. trasferimenti ordinari nelle zone distretto (quota non inferiore all'80% del totale);
2. fondo di solidarietà interistituzionale per sostenere le zone distretto (quota non inferiore al 10% del totale);
3. interventi di interesse regionale (utilizzando le risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque non superiore al 10% del totale).

⁵ Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e la correzione dell'andamento dei conti pubblici.

Criteri di ripartizione economica

a) Finanziamento ordinario alle aziende sanitarie

Il totale del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali è determinato annualmente dalla Giunta regionale. Per l'assegnazione del fondo ordinario di gestione alle aziende unità sanitarie locali si seguono i seguenti criteri:

- l'85% del fondo è ripartito a livello regionale tra i livelli e i sottolivelli di assistenza in quote determinate, tenendo conto delle risorse effettivamente impiegate negli esercizi precedenti;
- il 10% del fondo è attribuito alle aziende sanitarie sulla base della popolazione residente pesata in relazione alle condizioni socio-ambientali del territorio delle aziende medesime;
- il 5% del fondo è attribuito in proporzione ai tassi di prevalenza, standardizzati per età, moltiplicati per la popolazione residente maggiore di 16 anni, relativi alle diverse patologie croniche, rilevate dall'ARS e ponderate con pesi diversi.

b) Finanziamento ordinario alle aziende ospedaliero universitarie e alla Fondazione Monasterio

I criteri di ripartizione sono i seguenti:

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

c) Fondi finalizzati

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

- al funzionamento di enti o organismi regionali costituiti ai sensi di legge (ARS, ARPAT, ISPRO) e all'esercizio delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema;

- al finanziamento delle aziende ospedaliere e della Fondazione Monasterio. Il fondo a sostegno dell'attività di alta specializzazione è determinato, per ciascun anno di vigenza del Piano in 155 milioni di euro ed è ripartito fra aziende ospedaliere e la Fondazione Monasterio in proporzione al valore tariffario dei DRG⁶ di alta specialità (peso superiore a 2,5); il fondo per la funzione di didattica, ricerca e diffusione dell'innovazione è determinato, per ciascun anno di vigenza del Piano, in 20 milioni di euro;
- alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale. Costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale o sulla base di progetti specifici, anche in funzione degli obiettivi contenuti nel Piano. I fondi speciali finalizzati sono definiti annualmente con legge di bilancio.
- al finanziamento delle funzioni regionali di riferimento delle aziende sanitarie. Costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale sulla base di progetti specifici relativi a funzioni regionali di riferimento anche in funzione degli obiettivi contenuti nel Piano.

⁶ Diagnosis related groups (Raggruppamenti omogenei di diagnosi).