

La Valutazione degli Effetti Attesi
di Piani e Programmi sugli Obiettivi
delle Politiche Regionali

Piano Sanitario e Sociale Integrato regionale

24 ottobre 2011

RICONOSCIMENTI

L'elaborato è stato curato da Chiara Agnoletti, Giuseppe Gori e Fondazione Toscana Sostenibile, con il coordinamento di Patrizia Lattarulo, all'interno dell'Area **Territorio, istituzioni e finanza pubblica. Metodi di valutazione.**

INDICE

PREMESSA

1.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE AMBIENTALE

2.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE ECONOMICA

3.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE TERRITORIALE

4.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE SOCIALE

QUADRO DI SINTESI

ALLEGATO: MATRICE DI VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DEL PIANO

1.

GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE AMBIENTALE

Parte descrittiva

Da un punto di vista ambientale, i potenziali effetti del Piano Sanitario e Sociale Integrato possono ritenersi complessivamente significativi con particolare riferimento al miglioramento dell'integrazione fra le politiche socio-sanitarie ed ambientali, in termini di monitoraggio e di contributo alla riduzione delle ripercussioni negative sulla salute (in particolare, inquinamento acustico ed atmosferico) legate ai principali determinanti ambientali, ed al contenimento del consumo di nuovo suolo, dovuto all'assenza di previsioni di nuove strutture ospedaliere ed alla priorità strategica di riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi sanitari esistenti.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato afferma il "diritto di vivere in salute e sicurezza", confermando l'integrazione delle politiche sanitarie e ambientali: tale obiettivo era già presente sia nella precedente programmazione sanitaria (Piano Sanitario Regionale 2008-2010), sia nella precedente programmazione ambientale (Piano Regionale di Azione Ambientale 2007-2010). Tale integrazione è individuata anche negli indirizzi di legislatura delle Politiche in materia ambientale presenti nella proposta di Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015.

Il percorso di integrazione è stato avviato con la decisione della Giunta Regionale n. 10 del settembre 2006; da allora, nell'ambito della tematica ambiente e salute sono sempre stati più numerosi gli eventi per i quali le Direzioni generali competenti in materia sanitaria ed ambientale hanno condiviso percorsi comuni (ad esempio indagine epidemiologica sulla geotermia, studi per gli inceneritori, monitoraggio sul radon, controllo ufficiale sui regolamenti REACH - Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals - e CLP - Classification, Labelling and Packaging). Il progetto regionale ambiente e salute, è anche uno dei 49 progetti individuati nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2010-2012, approvato con la DGRT n. 1176 nel dicembre 2010. In particolare, il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 esplicita alcune aree di intervento, trasversali tra ambiente e salute, definendo azioni di prevenzione degli infortuni stradali domestici e lavorativi; la prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici.

Con la scelta strategica "la salute in tutte le politiche", il Piano Sanitario e Sociale Integrato conferma e rafforza il ruolo complessivo di una politica per la salute non affidata esclusivamente al sistema sanitario, basata sull'integrazione ed il coordinamento di questo sistema con gli altri sistemi di governo regionale del territorio, nonché in direzione di una forte integrazione degli interventi sui determinanti ambientali della salute.

In considerazione dell'evoluzione del contesto socio-economico, il Piano ritiene necessario un cambiamento del sistema sanitario regionale al fine di accelerare ulteriormente l'integrazione dell'azione dei diversi soggetti sanitari e non sanitari che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute in un contesto dove il contrasto alle disuguaglianze, causate anche dai determinanti ambientali, si conferma uno degli elementi principali del presente piano socio-sanitario. Per dare attuazione a quanto sopra si ritiene necessario adottare una strategia regionale in tema di ambiente e salute che, attraverso l'attuazione di una serie di azioni, permetta al sistema regionale di migliorare il coordinamento e l'integrazione tra le politiche e le azioni regionali in campo ambientale e sanitario al fine di ottenere una maggiore tutela della salute della popolazione della Toscana e un ambiente di maggiore qualità, in coerenza anche con gli attuali indirizzi del Piano Ambientale ed Energetico Regionale (PAER).

L'attuale Piano riconferma poi l'attenzione verso i determinanti ambientali che incidono negativamente sulla salute pubblica, con particolare riferimento agli inquinanti atmosferici, al rumore, alle radiazioni elettromagnetiche e ionizzanti¹. Nel Piano viene infatti più volte fatto riferimento, come indicazione

¹ Una serie di rapporti OMS (1997-2008) hanno dimostrato come circa un quarto del carico globale di malattia e più di un terzo di quello infantile sono dovuti a fattori ambientali modificabili. Queste analisi hanno valutato sistematicamente come e quanto i rischi ambientali impattino in maniera differenziata per aree geografiche su differenti malattie. Secondo l'approccio adottato dall'OMS del global burden of disease sono stati attribuiti ai fattori ambientali modificabili un 24% di carico di malattia (anni di vita in salute persi) e un 23% di tutte le morti (mortalità prematura). Fra i bambini di età compresa tra 0-14 anni di età la proporzione di morti attribuiti all'ambiente arriva al 36%. Nonostante le incertezze nelle stime quantitative, tali dati risultano indicativi di quali e quanti aspetti siano da ritenersi all'origine di una quota di malattia prevenibile con interventi specifici. Secondo l'approccio adottato dall'OMS del *global burden of disease* sono stati attribuiti ai fattori ambientali modificabili un 24% di carico

generale, all'importanza di mettere in atto azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale. La finalità è quindi quella di migliorare la salute attraverso la promozione di un ambiente di qualità, da conseguire appunto attraverso l'integrazione funzionale delle competenze tra strutture di tutela dell'ambiente e di salvaguardia della salute.

A livello operativo il Piano prevede inoltre che il sistema sanitario regionale attivi/riconfermi collaborazioni con una molteplicità di soggetti (tra cui l'ARPAT, l'ARS, i Dipartimenti di Prevenzione e alcune istituzioni di ricerca qualificate come il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica), riguardanti azioni di ricerca, formazione e informazione rivolte, tra l'altro, a specifiche criticità rilevate a livello territoriale, a valutazioni di impatto sanitario, al supporto alle politiche ambientali regionali mirate alla riduzione della percentuale di popolazione esposta a livelli superiori ai valori limite di inquinamento atmosferico, di inquinamento acustico, di inquinamento elettromagnetico e di radiazioni ionizzanti, alla prevenzione degli incidenti rilevanti nelle industrie che trattano materiali di particolare rischio, alla sicurezza chimica, al monitoraggio dei contaminanti ambientali, al miglioramento della sostenibilità ambientale delle strutture del sistema sanitario regionale.

Più specificatamente le strategie delineate dal Piano con riferimento al "diritto di vivere in salute e sicurezza" nell'ambiente riguardano:

1- Elaborazione ed attuazione di una strategia regionale su ambiente e salute che consenta l'interpretazione del contesto ambientale, sanitario ed organizzativo territoriale, l'individuazione della missione regionale e dei soggetti locali coinvolti nell'attuazione delle strategie, l'identificazione delle priorità di intervento e del percorso di attuazione e di monitoraggio delle azioni.

2- Percorso di condivisione delle modalità di prevenzione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente-salute correlate con gli enti locali (Comuni, Province, Comunità montane).

3- Supporto alle politiche ambientali regionali in materia di inquinamento atmosferico, inquinamento acustico, inquinamento elettromagnetico, radiazioni ionizzanti, radon, amianto, fitosanitari, tutela delle acque interne con particolare riferimento alle acque destinate al consumo umano e prevenzione degli incidenti rilevanti nelle industrie che trattano materiali di particolare rischio.

4- Attuazione di azioni riguardanti la sicurezza chimica, l'esposizione ad agenti chimici, anche presenti in alimenti, e l'igiene degli ambienti confinati (progetto INDOOR).

5- Migliorare la sostenibilità ambientale delle strutture del sistema sanitario regionale, attraverso l'elaborazione di linee guida regionali sulle buone pratiche di sostenibilità ambientale.

Da tutto ciò si può desumere, in generale, che gli effetti attesi di natura ambientale legati a tali azioni, con ripercussioni positive, intercettano in modo diffuso e trasversale tutti i macro obiettivi del modello di valutazione degli effetti attesi, anche se principalmente si farà riferimento al macro obiettivo "Tutela dell'ambiente e della salute".

Il nuovo Piano si pone in continuità con il processo di "de-ospedalizzazione" che ha caratterizzato il sistema sanitario nell'ultimo decennio. Infatti, il Piano riconferma una strategia volta all'appropriatezza dei percorsi assistenziali e dell'assetto organizzativo, in grado di favorire l'uso integrato dei servizi ospedalieri territoriali di area vasta, ricorrendo alla riorganizzazione della rete dei presidi sanitari e considerando adeguata la dotazione di infrastrutture ospedaliere esistenti. La ridefinizione dell'offerta ospedaliera nel suo complesso delineata dal Piano, è dunque finalizzata a ridurre la frammentazione, superare le dispersioni e le ridondanze oggi non più sostenibili, migliorando al tempo stesso la qualità e la sicurezza delle risposte assistenziali.

Da queste considerazioni e dal fatto che non sono previste nuove strutture ospedaliere, è possibile sottolineare il contenimento di nuovo consumo di suolo che viene ancor più rafforzato dalle indicazioni del Piano in merito alla completezza della dotazione infrastrutturale esistente.

di malattia (anni di vita in salute persi) e un 23% di tutte le morti (mortalità prematura). Fra i bambini di età compresa tra 0-14 anni di età la proporzione di morti attribuiti all'ambiente arriva al 36%. Nonostante le incertezze nelle stime quantitative, tali dati risultano indicativi di quali e quanti aspetti siano da ritenersi all'origine di una quota di malattia prevenibile con interventi specifici.

In tal senso la tutela del suolo delle acque e dell'aria, le politiche di smaltimento dei rifiuti, la prevenzione dalla esposizione ai rumori alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, la qualità degli interventi in edilizia costituiscono opportunità di sviluppo delle politiche intersettoriali e di possibile integrazione tra gli obiettivi di salute e la "green economy".

Inoltre, la riorganizzazione delle strutture sanitarie esistenti, attraverso interventi appropriati sulle strutture stesse, potranno determinare miglioramenti relativi ai consumi, in particolare al contenimento dei consumi di carattere energetico e all'attivazione di fonti rinnovabili. Potrebbe poi risultare significativo anche il contributo relativo al miglioramento della gestione dei rifiuti urbani e speciali prodotti dalle strutture sanitarie.

Il quadro attuale degli standard qualitativi nel settore dell'edilizia residenziale sociale, vista anche la vetustà dei fabbricati, registra un livello non soddisfacente, sia dal punto di vista del comfort abitativo, non sempre all'altezza dei requisiti aggiornati, sia da quello della sostenibilità ambientale.

Le tematiche della qualità ambientale degli spazi abitativi, dell'assenza di sostanze inquinanti, del contenimento dei consumi energetici dei fabbricati con la conseguente riduzione delle emissioni di gas in atmosfera assumono quindi una crescente rilevanza anche all'interno del Piano. Il Piano infatti si prefigge di innalzare gli standards qualitativi sia edilizi che urbani dell'edilizia residenziale sociale, sia dal punto di vista del comfort abitativo che della sostenibilità ambientale, attraverso:

- implementazione del sistema con norme tecniche alla luce degli attuali processi costruttivi, degli aggiornati requisiti prestazionali di legge, nonché degli indirizzi regionali in materia di edilizia sostenibile;
- adeguamento del sistema dei costi riconoscibili, per costruire un quadro di riferimento tecnico-economico più puntualmente aderente agli scenari attuali, pur nel mantenimento della necessaria azione di controllo dei costi e di calmieramento del mercato;
- incentivazione di programmi di riqualificazione e riuso del costruito riportando il tema dell'abitare sociale all'interno del sistema città, in cui deve rappresentare una componente significativa, in coerenza con i principi di gestione e pianificazione del territorio improntati alla sostenibilità ambientale ed insediativa, ed alla limitazione del consumo di suolo, concorrendo altresì al recupero della funzione residenziale dei centri storici ed alla conservazione della loro identità.

Infine, il Piano riconferma lo sviluppo dei servizi di telecomunicazione in grado di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e ai servizi diagnostici presenti sul territorio riducendo gli spostamenti degli utenti: considerando la potenziale mobilità evitata grazie all'accesso via internet a tutti i livelli, si può prevedere un contributo positivo in termini di riduzione di CO₂ ed altre emissioni inquinanti in atmosfera nonché dei consumi di carburante.

2. GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE ECONOMICA *Parte descrittiva*

Alle politiche sociali e sanitarie sono riconosciute importanti implicazioni di natura economica. In un'ottica di breve periodo, queste si concretano esclusivamente nell'attivazione in termini di produzione e di occupazione attribuibile alla spesa sanitaria corrente e per investimenti, mentre nel lungo periodo le dinamiche di interrelazione tra i diversi ambiti si fanno più complesse e interessanti. Per quanto attiene alla sfera sanitaria portiamo ad esempio la relazione causale tra grado di salute dei cittadini, loro percezione del rischio e crescita, così come quella tra livello e qualificazione della spesa sanitaria e crescita, mediante l'innescio di processi di innovazione tecnologica. Si tratta, in sostanza, di due potenziali canali di attivazione di crescita strutturale: uno che a che fare con la produttività degli individui e con le scelte private di investimento, l'altro che riguarda le peculiarità del settore sanità in termini di contenuto tecnologico dei processi produttivi.

Proprio in merito a questi temi si è sviluppata larga parte dei contributi nell'ambito della letteratura economica ed è anche in relazione a questi che l'intervento pubblico in sanità trova giustificazione. Sebbene i servizi sanitari non rientrino infatti nella categoria dei beni pubblici, data la loro esclusività e rivalità nel consumo, sono supposti generare esternalità di diverso tipo, non solo legate al livello di salute della popolazione ma anche, appunto, a livello economico.

La riduzione del numero e del rischio di contrarre malattie e l'aumento dell'aspettativa di vita, comportano in effetti sia un incremento della produttività media della forza lavoro impiegata in ciascun settore, che passa per l'aumento delle ore retribuite effettivamente lavorate, sia un possibile aumento dell'investimento privato, di natura materiale o in capitale conoscitivo, che passa per la percezione di un orizzonte di vita mediamente più lungo². In questo senso la spesa sanitaria contribuisce a diffondere senso di sicurezza nella popolazione. Il dibattito su questo punto è aperto: se la percezione del rischio malattia influisce negativamente sulla crescita, l'intervento pubblico trova un'ulteriore giustificazione oltre a quella che gli deriva, ad esempio dal fallimento del mercato assicurativo per asimmetria informativa (fenomeni di selezione avversa e azzardo morale)³. Più in generale, si configura un caso nel quale l'esternalità (economica) che deriva dal consumo e dalla produzione di servizi sanitari e l'estensione della meritorietà del bene sanità alla dimensione economica rendono necessario un intervento pubblico di stampo paternalistico⁴. Se il legame tra sicurezza sanitaria, salute dei cittadini e crescita non è invece riscontrabile allora viene meno la giustificazione "sociale", ovvero legata alle esternalità dell'intervento pubblico. Questo però non si può ritenere influisca sull'opportunità di un intervento ma presumibilmente sulla sua dimensione e sul suo grado di universalità⁵.

Fino a qui le determinanti sanitarie della crescita di lungo periodo legate alla produttività del lavoro e alla domanda di beni d'investimento. Esiste però, come accennato, un altro tipo di esternalità legate alla spesa sanitaria, più propriamente di natura tecnologica. Gran parte della spesa per investimenti in sanità va in fatti a finanziare l'acquisto di beni materiali che incorporano un alto contenuto tecnologico e che sono prodotti da settori fortemente innovativi; questo si traduce in un aumento della produttività dei lavoratori direttamente impiegati nel settore sanitario e non (nella misura in cui le dinamiche di apprendimento e le tecnologie sviluppate trovano applicazione in altri settori e nella misura in cui il sistema produttivo regionale è in grado di accogliere questi settori).

² A questo proposito è bene però sottolineare che una riduzione del rischio di affrontare spese "catastrofiche" per servizi di natura sanitaria non necessariamente può tradursi in un aumento della spesa per investimenti produttivi ma può essere anche associata ad un aumento dei consumi, ovvero a una riduzione del saggio di risparmio medio.

³ L'asimmetria informativa è un problema tipico del mercato assicurativo sanitario ed è legata alla non completa osservabilità dell'effettivo rischio di malattia o di danno fisico associato all'assicurato (selezione avversa) e del comportamento dello stesso a seguito della stipula del contratto assicurativo (azzardo morale). In estrema sintesi questo comporta un'offerta assicurativa in grado di coprire solo una parte dei soggetti oppure solo una parte del rischio degli stessi.

⁴ Questo va a necessariamente anche a beneficio degli individui che, pur valutando correttamente i benefici privati del consumo del bene non possono essere soddisfatti dal mercato a causa della presenza di asimmetrie informative.

⁵ Un esempio classico è quello del modello americano fondato sugli istituti del *medicare* e *medicaid*, contrapposto al modello universalistico comune agli stati europei.

Un effetto economico riscontrabile invece principalmente, ma non esclusivamente, con riferimento alle politiche sociali, è quello della più equa distribuzione del reddito. Contribuiscono al raggiungimento di questo obiettivo le misure che perseguono l'inclusione sociale per le fasce più svantaggiate della popolazione così come quelle che sono volte alla riduzione del rischio degli stessi soggetti di affrontare spese catastrofiche di natura sanitaria. Mentre però risulta di immediata comprensione e identificazione il legame tra equità e grado di coesione sociale all'interno del territorio regionale, meno scontato è l'effetto di quest'ultimo sulla crescita di lungo periodo.

In ultima istanza e soprattutto in ambito sanitario, è possibile riscontrare un effetto economico positivo degli interventi volti al recupero dell'efficienza. Questo non solo nella misura in cui liberano risorse, ma anche nella misura in cui si sostanziano in processi di ri-organizzazione delle strutture e, in generale, dell'offerta dei servizi, implicando una qualificazione della forza lavoro impiegata.

Coerentemente con queste premesse abbiamo identificato come interessate dal Piano Integrato Sanitario e Sociale Regionale le seguenti variabili del modello di valutazione degli effetti attesi:

- *Solidità della crescita economica, in termini di:*
 - *Generazione di reddito*
 - *Promozione dell'Innovazione*
- *Equilibrio del mercato del lavoro, in termini di:*
 - *Incremento del tasso di occupazione*
 - *Innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione*
- *Coesione sociale, in termini di:*
 - *Equità redistributiva e incidenza dei fenomeni di povertà.*

Sono da ritenersi rilevanti e positivi gli effetti riscontrati in ordine a tutti gli obiettivi sopra elencati e significativi e positivi quelli di innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione relativi alle misure volte all'efficientamento della spesa sanitaria.

Effetti rilevanti positivi

- *Solidità della crescita ed equilibrio del mercato del lavoro.*

Generazione di reddito, Incremento tasso di occupazione: l'attivazione intersettoriale della spesa.

Un primo effetto trasversale a tutte le misure previste dal PISSR che hanno contropartita finanziaria è quello sulla crescita di breve periodo del valore aggiunto e dell'occupazione regionale. Il canale di trasmissione è di tipo keynesiano, ovvero interessa esclusivamente la domanda di beni e servizi sia finali che intermedi. A questo proposito, una valutazione di tipo Input-Output degli effetti può realisticamente interessare solo la componente sanitaria del piano, sia in ragione della dimensione complessiva delle risorse destinate sia considerato il carattere di trasferimento di gran parte degli importi stanziati dalle misure previste il sociale.

La spesa pubblica sanitaria, che riveste una quota importante della spesa sanitaria *tout-court* (circa l'80%)⁶, genera effetti di tipo diretto (attiva valore aggiunto e occupazione nei settori a cui è rivolta), di tipo indiretto (i settori a cui è rivolta a loro volta attivano domanda di beni intermedi) e di tipo indotto (relativi all'incremento di domanda di beni di consumo e di investimento degli individui, conseguenti all'aumento di reddito generato dalla domanda pubblica). Questi effetti sono attribuibili sia alla spesa sanitaria corrente

⁶ Cfr Irpet (a cura di) "Il sistema sanitario regionale: un attore importante del sistema economico toscano", in Relazione Sanitaria Regionale, o Rosignoli S., "Effetti della spesa sanitaria regionale sull'economica toscana", Paper per Convegno AIES 2007, Firenze.

della pubblica amministrazione che a quella per investimenti, pur con le dovute differenze in merito alla loro dimensione e alla loro composizione in termini settoriali e geografici. Il primo capitolo di spesa, quella corrente, è chiaramente il più corposo e copre circa il 95% della spesa totale (6,76 miliardi di euro medi annui nel triennio 2012-2014); a questo si aggiunge un 5% della spesa per investimenti (322 milioni di euro medi annui). La capacità di attivazione della spesa pubblica sanitaria è rappresentata sinteticamente dal moltiplicatore di spesa, una misura della variazione di ciascuna delle variabili di interesse (ad esempio Pil, Import, Occupazione) che fa seguito ad un incremento della domanda finale pari a 100 euro. Il moltiplicatore relativo al prodotto interno lordo è stimato essere oltre il 103%⁷, un valore significativamente alto e ascrivibile al carattere fortemente locale della spesa pubblica sanitaria, indirizzata soprattutto all'acquisto di servizi non importabili.

	Impatto spesa pubblica sanitaria su economia toscana	Rapporti di attivazione della spesa sanitaria pubblica*
	Milioni di euro	Valori x 100 euro
Pil	6.967,64	103,3
Import Rdi	1.440,88	21,3
Import Estero	1.041,76	15,4
Ula (unità)	126.499,93	18,7**

Fonte: Irpet

* Indica gli euro del valore della produzione attivata nel sistema o fuori regione tramite le importazioni.

**Indica le Unità di Lavoro Annuali a tempo pieno attivate ogni milione di euro di spesa

Le stime di Irpet indicano che gran parte di questo effetto è veicolato dallo stesso settore sanitario (Sanità e altri servizi sociali); 100 euro di spesa infatti determinano un incremento del valore aggiunto del settore pari a 62 euro (ed è quindi più della metà dell'incremento complessivo, pari a 103,3 euro) al quale si associa un incremento della domanda che il settore rivolge al resto del sistema economico in termini di beni intermedi pari a 60 euro, per un valore del moltiplicatore settoriale della produzione del 122%. La tabella seguente riporta, per i settori che registrano le maggiori variazioni, la composizione degli impatti in termini di contributo al Pil e contributo alla domanda per consumi intermedi. La domanda della PA interessa direttamente, se pur in misura minore, anche i settori dell'Informatica, del commercio, dei servizi immobiliari, e degli "altri servizi"⁸. Un quadro analogo emerge dall'analisi degli effetti della spesa pubblica sull'occupazione regionale: l'occupazione attivata è pari a circa 19 unità di lavoro annuali (126.500 ULA medie annue) per milione di euro di spesa, delle quali il 60% è attribuibile al settore sanitario.

Moltiplicatori su produzione settoriale della spesa sanitaria della PA

(Euro di produzione attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Produzione	di cui Valore aggiunto	di cui Costi intermedi
Sanità	122	62	60
Informatica	13	8	5
Commercio	12	7	5
Altri servizi	7	4	3
Servizi imm/noleggio	6	5	1

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

⁷ Più limitato invece il livello di attivazione del PIL da parte della spesa sanitaria privata (80%), la cui domanda viene soddisfatta in misura maggiore tramite importazioni extra regionali (probabilmente in seguito alla maggiore incidenza della spesa chimico farmaceutica sul totale). L'attivazione del PIL dell'intera spesa sanitaria (consumi sanitari della PA, consumi sanitari delle famiglie e investimenti del settore sanitario) nel sistema equivale a 96,5% (100 euro spesi o investiti in sanità generano 96,5 euro di PIL nel sistema economico regionale).

⁸ Tra i quali i servizi alle famiglie e lo smaltimento di rifiuti solidi, acque di scarico.

La spesa pubblica corrente in sanità attiva anche valore aggiunto e occupazione fuori dalla regione, ovvero, in altri termini, parte della domanda della pubblica amministrazione viene soddisfatta mediante importazioni. I settori maggiormente interessati sono quelli della chimica farmaceutica, alimentare, dei trasporti, dell'elettronica e dell'informatica, così come riassunto dalla tabella seguente.

Moltiplicatori su import settoriale della spesa sanitaria della PA

(Euro di importazioni attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Import
Chimica	13
Alimentare	4
Trasporti	3
Elettronica	2
Informatica	2

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

Una minor capacità di attivazione è invece attribuita alla spesa per investimenti (che copre l'1,5% degli investimenti regionali complessivi⁹): il moltiplicatore è in questo caso pari al 49% per quanto riguarda il Pil e al 70% per quanto riguarda le importazioni (39% e 31% rispettivamente per le importazioni dal resto del paese e dal resto del mondo) mentre le unità di lavoro attivate sono 8,6 per milione di euro investito.

	Impatto spesa pubblica sanitaria su economia toscana	Rapporti di attivazione della spesa sanitaria pubblica*
	Milioni di euro	Valori x 100 euro
Pil	156,79	49
Import Rdi	124,31	39
Import Estero	100,80	31
Ula (unità)	2.790,92	8,7

L'elasticità del Pil totale rispetto agli investimenti è invece pari a 0.001, ovvero ad una variazione percentuale degli investimenti del 10% corrisponderebbe una variazione del Pil del solo 0.01%.

Il PISSR destina agli investimenti in ambito sanitario 322,5 milioni di euro medi annui, dei quali la quasi totalità (99%) è rivolta a strutture e tecnologie sanitarie; delle somme restanti la maggior parte va, nel triennio 2012-2014, all'organizzazione del sistema sanitario.

Nella tabella seguente proponiamo ancora una volta la specificazione settoriale degli effetti della spesa; si noti come tra i settori maggiormente coinvolti (in termini di produzione) dagli investimenti sanitari toscani compaiano adesso quello delle costruzioni (il quale assorbe anche la maggior parte degli effetti in termini occupazionali), dei trasporti e delle altre attività manifatturiere (individuate soprattutto in mobili e arredi).

Moltiplicatori su produzione settoriale degli investimenti in sanità.

(Euro di produzione attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Produzione	di cui Valore aggiunto	di cui Costi intermedi
Costruzioni	25	11	14
Commercio	15	9	6
Informatica	9	5	4
Altre manifatture	7	2	5
Trasporti	6	3	3

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

⁹ Stime Irpet 2007.

Guardando invece ai settori attivati all'estero spicca il dato relativo ai macchinari e le attrezzature di elettronica (30% il moltiplicatore della produzione settoriale fuori regione), ai mezzi di trasporto.

Moltiplicatori su import settoriale degli investimenti in sanità.

(Euro di importazioni attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Import
Elettronica	30
Mezzi di trasporto	7
Altre manifatture	6
Metallurgia	5
Meccanica	5

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

In merito a queste tipologie di effetti il PISSR interviene nella misura in cui assicura un livello di spesa corrente e di investimento crescente rispetto a quella degli anni precedenti. In regione infatti della dinamica positiva dell'entità spesa (ma non della sua composizione in corrente e di investimento), si rilevano significative differenze con riferimento al precedente periodo di programmazione, si tratta di circa 400 milioni medi annui in termini di impatto sul valore aggiunto regionale e di circa 11.300 unità di lavoro medie annue in termini di impatto sull'occupazione regionale a fronte di un aumento della spesa di circa il 10% (12% negli investimenti e 9,5% nelle partite correnti).

Salute, capitale umano e crescita di lungo periodo.

La salute è una importante forma di capitale umano alla quale in letteratura economica si fa generalmente riferimento utilizzando il concetto di *health capital*. Questo è largamente identificato come fattore determinante della crescita di lungo periodo. In primo luogo l'HC agisce nei confronti della produttività degli individui rafforzandone le loro capacità fisiche e mentali indipendentemente dalla loro qualificazione (*high o low skilled*). Si tratta in quel caso di un effetto di natura diretta della salute sull'output di un sistema economico.

A questo canale se ne aggiungono altri, potenziali, di natura indiretta; ad esempio miglioramenti della salute possono fornire un incentivo all'investimento in capitale umano (ovvero alla spesa privata in istruzione) data la possibilità di ammortizzarli su un orizzonte di vita più lungo, possono inoltre migliorare il rendimento della spesa in istruzione considerato che studenti dotati di maggior salute sperimentano un minor assenteismo e maggiori capacità cognitive; un'aspettativa di vita più elevata può poi fornire un incentivo al risparmio, determinando così un aumento degli investimenti e del capitale fisico per lavoratore; lo stesso aumento del capitale fisico può passare infine dall'aumento della sua produttività marginale in ragione dell'aumento della disponibilità di lavoro associata ad una maggior salute dei lavoratori oppure da un aumento degli investimenti diretti esteri (Alsan, Bloom, Canning, 2006)¹⁰.

Gli studi in merito si distinguono tra microeconomici, ovvero diretti ad identificare il contributo di un aumento della salute sulla produttività del lavoro (salario) e macroeconomici, ovvero diretti ad identificare la relazione tra stock di HC e differenziali di reddito pro-capite dei sistemi economici.

Le stime di natura microeconomica hanno stabilito, oltre ogni ragionevole dubbio, la relazione positiva e significativa tra condizione di salute individuale e risultati economici individuali. In merito a questo punto è possibile distinguere a grandi linee i lavori che hanno studiato l'impatto in termini di benefici di lungo periodo su produttività e capitale umano degli interventi volti a condizionare lo sviluppo dei bambini in tenera età, dai lavori che invece si sono concentrati sull'effetto in termini di reddito individuale della malattia intesa in senso generico, si tratta, in quest'ultimo caso, del cosiddetto approccio *cost-of-illness*¹¹.

¹⁰ Alsan, M, Bloom David E. and David Canning (2006), *The Effect of Population Health on Foreign Direct Investment Inflows to Low and Middle-income Countries*, World Development, 34, 613-630.

¹¹ Si vedano a questo proposito:

Più controversa è invece la questione macroeconomica relativa al contributo delle condizioni di salute della popolazione (generalmente approssimate da una misura dell'aspettativa di vita o del tasso di sopravvivenza) alle differenze nel reddito pro-capite tra regioni. In considerazione infatti della natura multidimensionale del concetto di capitale umano, nell'ambito del quale si fa confluire l'HC insieme ad esempio al capitale conoscitivo/esperienziale a quello educativo (tutte variabili che presentano un possibile alto grado di correlazione¹²), l'approccio aggregato dei lavori macroeconomici, che pur, in principio, è necessario per cogliere gli effetti di equilibrio economico generale e l'effetto in termini di externalità di un aumento dell'HC¹³, risente spesso di problemi di specificazione del modello da stimare. Bloom, Canning e Sevilla (2004)¹⁴ stimano una funzione di produzione aggregata nella quale l'*health capital* compare assieme alle altre componenti del capitale sociale, al capitale fisico, al lavoro, ad una misura della *total factor productivity*; i loro risultati quantificano in un 4% (2,8% nel lavoro successivo di Bloom, Canning (2005)¹⁵) l'aumento nell'output associato all'aumento di un anno dell'aspettativa di vita media; ricorrendo ad un approccio di calibrazione Weil (2006)¹⁶ identifica invece in un 1,68 l'elasticità della produttività del lavoro rispetto al tasso di sopravvivenza¹⁷.

Il contributo di Acemoglu, Johnson (2006)¹⁸ va invece in direzione opposta; gli autori non riscontrano l'esistenza di una relazione statisticamente significativa tra l'aumento dell'aspettativa di vita e il PIL, su un campione di 59 stati, osservati a partire dal 1940. I risultati della loro analisi sono, in effetti, coerenti con la teoria della crescita neoclassica che prende in considerazione oltre all'effetto positivo sul reddito pro-capite che deriva da un incremento della produttività del lavoro, anche quello negativo associato ad un incremento della popolazione e amplificato a sua volta da una bassa elasticità di altri fattori produttivi, quale ad esempio, la terra. Le stime presentano un alto livello di variabilità, e, in conseguenza di questo fatto, la letteratura non è concorde nel riconoscere all'*health capital* e alla spesa sanitaria un ruolo di traino alla crescita di lungo periodo del prodotto interno lordo dei sistemi economici. La solidità dei risultati riscontrati nell'ambito degli studi microeconomici, è però sufficiente a concludere che l'insieme delle misure previste dal PISSR possa generare effetti rilevanti e positivi sulla capacità di reddito dei singoli soggetti economici.

Strauss, J., Duncan, Thomas (1998), *Health, Nutrition and Economic Development*, Journal of Economic Literature, June, Vol. XXXVI, pp. 766-817;

Behrman, Jere, R., Mark R. Rozensweig (2004), *The Returns to Birthweight*, Review of Economics and Statistics, 86:2, May, 586-601;

Bleakley, H. (2009), *Disease and Development: Evidence from Hookworm Eradication in the American South*, in *Health and Growth* (2009) a cura di Spence, M., Maureen, A. Lewis, Commission on Growth and Development.

Miguel, Edward, Micheal Kremer (2004); *Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities*, Econometrica, Vol. 72, 1, 159-217.

Schultz, T. Paul, (2002), *Wage Gains Associated with Height as a Form of Health Human Capital*, The American Economic Review, 92(2), May, 348-353.

Sala-i-Martin, Xavier (2005), *On the Health-Poverty Trap*, in: Lopez-Cassanovas, G., Rivera, B., L., Currais, eds. *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*, Cambridge, MA, MIT Press;

¹² Ad esempio, sistemi economici caratterizzati da un'alta aspettativa di vita hanno in genere anche una forza lavoro mediamente più anziana, dotata quindi di un maggior capitale esperienziale.

¹³ Ovvero l'effetto sulla collettività in termini, ad esempio, di aumento generalizzato della produttività del lavoro, attribuibile al miglioramento della condizione di salute di un singolo individuo.

¹⁴ Bloom, David E., David Canning, Jaypee Sevilla (2004), *The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach*, World Development XXXII, 1-13.

¹⁵ Bloom, David E., David Canning (2005), *Health and economic growth: reconciling the micro and macro evidence*, working paper, Harvard School of Public Health.

¹⁶ Weil, D. (2006), *Accounting for the Effect of Health on Economic Growth*, NBER working paper no 1145.

¹⁷ All'aumentare dell'1% del tasso di sopravvivenza si verifica, in media, un aumento dell'1,68% della produttività del lavoro.

¹⁸ Acemoglu, D., Simon Johnson (2006), *Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth*, NBER working paper no 12269.

Innovazione.

Il contributo del PISSR all'innovazione è da intendersi su più fronti e si iscrive in una tradizione piuttosto consolidata della Regione Toscana. Con riferimento al tema della *ricerca*, negli anni passati le azioni intraprese hanno contribuito in misura significativa a dar vita a politiche di eccellenza fondate principalmente sulla collaborazione tra enti, imprese operanti nel settore e aziende ospedaliere. Si è trattato in particolare delle politiche per l'integrazione tra pratica clinica e ricerca universitaria nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie, per lo sviluppo della rete dell'Istituto Toscano Tumori, della rete regionale della ricerca mediante la costituzione dell'Ufficio Regionale Valorizzazione Ricerca (UVAR), del sostegno allo sviluppo del Polo d'Innovazione nelle Scienze della Vita, del finanziamento di progetti di ricerca industriale e sviluppo sperimentale congiunti tra imprese e organismi di ricerca (in tema di ricerca e sviluppo di prodotti farmaceutici, biotecnologici, medicinali, diagnostici). Anche alla luce delle esperienze passate il PISSR 20012-205 individua una serie di criticità che tuttora permangono, prevalentemente a livello di interazione tra i diversi attori coinvolti nello sviluppo della ricerca in ambito sanitario sul territorio regionale. A questo proposito e coerentemente con quanto affermato nella parte descrittiva di questo rapporto in tema di esternalità positive di natura tecnologica e conoscitiva, riteniamo che le intenzioni del programmatore, soprattutto rivolte al raggiungimento di una dimensione della rete regionale delle collaborazioni sufficiente a proiettare il sistema regionale nell'ambito della competizione globale, siano di particolare rilevanza ed efficacia in merito alla crescita economica di lungo periodo e alla creazione di nuovi posti di lavoro. La valorizzazione e il coordinamento delle eccellenze del territorio, il loro coinvolgimento in progetti di sviluppo tecnologico in ottica di filiera sono a questo proposito viste come la preconditione per l'attrazione di nuovi investimenti produttivi e di ricerca e di sviluppo e per il rafforzamento di alleanze stabili con l'industria farmaceutica, biotecnologica, biomedicale.

Sempre in tema di innovazione sono da ritenersi positivi e significativi sulla crescita gli effetti delle misure volte allo sviluppo del sistema informativo e delle tecnologie telematiche, con particolare riferimento al rafforzamento delle componenti tecnologiche infrastrutturali ovvero alla diffusione di infrastrutture di banda larga, all'adozione di standard tecnologici informativi, per la sicurezza dei dati, per l'autenticazione, l'accesso e la firma digitale, la conservazione a norma della documentazione digitale da parte delle Aziende/Enti. A questo proposito è da sottolineare il ruolo di coordinamento svolto dagli Estav. La difficoltà delle economie regionali a reagire alla globalizzazione va letta anche alla luce di una mancata prontezza delle imprese nell'operare cambiamenti coordinati di capitale fisico, umano e organizzativo; questo principalmente a causa dell'estrema frammentazione del sistema produttivo e del troppo lento adattamento alla "rivoluzione" delle ICT. In relazione a queste criticità il settore pubblico può e deve svolgere un ruolo di traino non solo sostenendo con la sua domanda i settori produttori di servizi avanzati ma anche contribuendo a mettere a punto modelli organizzativi esportabili ad altri settori. Il carattere marcatamente aziendale dei soggetti preposti all'erogazione di servizi sanitari e l'importanza del settore sanitario nell'economia regionale in termini di addetti e di valore aggiunto rende quindi particolarmente virtuosa l'adozione di strategie di innalzamento dell'intensità tecnologica, sia nel prodotto sia nella gestione aziendale.

- *Coesione sociale*

Equità redistributiva e incidenza dei fenomeni di povertà.

All'obiettivo di coesione sociale mediante il raggiungimento di una maggior equità nella distribuzione dei redditi, nonché di una minore incidenza della povertà, contribuiscono sia le politiche del PISSR di stampo puramente sociale che quelle in ambito sanitario.

Per le prime la relazione causale risulta di immediata comprensione giacché è nell'oggetto stesso delle singole misure del PISSR che si riscontra l'obiettivo di ridurre il fenomeno dell'emarginazione sociale connessa alle difficoltà di tipo economico. Facciamo qui riferimento in particolare alle misure di individuazione di strumenti e risorse per il sostegno agli affitti, di promozione di nuove politiche sociali abitative, di sviluppo dell'edilizia sociale, di individuazione di dispositivi di natura educativa o di natura finanziaria, come il microcredito, per contrastare il sovraindebitamento delle famiglie.

Per le seconde il legame è perlopiù di tipo indiretto ma non per questo meno stringente. La spesa sanitaria delle famiglie infatti, che va a soddisfare una domanda non coperta dal Servizio Sanitario nazionale¹⁹, è una delle determinanti più significative dell'impoverimento della popolazione.

Un modo di guardare al problema è quello di studiare l'incidenza delle cosiddette "spese catastrofiche", ovvero spese di cura che eccedono il 40% della capacità di spesa delle famiglie. Una parte della popolazione, prevalentemente concentrata nel primo quintile della distribuzione per reddito, è costretta all'impoverimento in relazione al manifestarsi di queste necessità; si tratta dei nuclei familiari che vanno a comporre un nucleo cosiddetto di "iniquità manifesta". Insieme a questi ultimi vanno però considerati i nuclei che rinunciano a quelle prestazioni che si rivelerebbero appunto di natura catastrofica sul bilancio familiare (la rinuncia è spesso di prestazioni rivolte ai componenti più anziani della famiglia, in modo da preservare quelle rivolte ai bambini o ai più giovani); questi vanno a comporre il nucleo, ben più ampio dell'"iniquità latente".

La distribuzione per quintili delle famiglie italiane soggette a spese catastrofiche evidenzia una persistenza del fenomeno anche tra fasce della popolazione riconducibili alla classe media. Si va da un 13,6% delle famiglie che appartengono al primo quintile a valori che oscillano tra l'1,4% e il 2,5% nei quintili superiori²⁰. Per quanto riguarda invece le tipologie familiari, è tra le famiglie più numerose (coppie con 3 e più figli) ma anche tra quelle più anziane (persone sole o coppie con componenti di età superiore ai 65 anni) che si registra l'incidenza maggiore delle spese catastrofiche.

Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche. Incidenza secondo la tipologia familiare. Italia, 2007.

Tipologia Familiare	2007		
	poveri	impoveriti	catastrofici
Persona sola con meno di 35 anni	2,7%	0,0%	0,7%
Persona sola con 35-64 anni	4,2%	0,7%	1,4%
Persona sola con 65 anni e più	12,0%	2,6%	7,8%
Coppia senza figli senza membri anziani	4,2%	0,4%	1,7%
Coppia senza figli con un componente con 65 anni e più	6,5%	1,6%	2,9%
Coppia senza figli con entrambi i componenti con 65 anni e più	15,2%	2,6%	6,9%
Coppia con 1 figlio	10,6%	1,2%	2,8%
Coppia con 2 figli	14,0%	1,4%	3,7%
Coppia con 3 e più figli	22,8%	1,5%	8,8%
Monogenitore	11,3%	1,0%	3,1%
Altre tipologie	18,0%	1,6%	5,4%
Totale	11,1%	1,4%	4,2%

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT, Rapporto Sanità CEIS 2009.

Tra le motivazioni che spingono le famiglie all'abbandono della prestazione sanitaria prevale quella economica; per tutti i sottogruppi considerati nella tabella seguente si riscontra infatti una percentuale almeno doppia di famiglie che rinunciano per motivi economici più che per la lunghezza delle liste di attesa.

¹⁹ Si fa riferimento sia alla spesa totalmente privata sia alle forme di compartecipazione alle prestazioni comunque erogate dal Servizio Sanitario.

²⁰ Rapporto Sanità (2009), CEIS, Fondazione Economia Tor Vergata.

Rinuncia di almeno un adulto a prestazioni sanitarie per file di attesa e motivi economici, distribuzione delle famiglie per tipologia familiare- Italia 2007.

Tipologia Familiare	Per file di attesa		Per motivi economici	
	Specialistica	Dentistica	Specialistica	Dentistica
Persona sola con meno di 35 anni	2,02%	0,51%	2,38%	6,82%
Persona sola con 35-64 anni	1,70%	0,33%	3,39%	8,07%
Persona sola con 65 anni e più	2,51%	1,18%	4,38%	5,64%
Coppia senza figli senza membri anziani	2,65%	1,60%	3,37%	7,42%
Coppia senza figli con un componente con 65 anni e più	2,70%	2,04%	4,31%	8,27%
Coppia senza figli con entrambi i componenti con 65 anni e più	2,58%	1,57%	4,56%	6,40%
Coppia con 1 figlio	2,54%	1,37%	4,46%	8,94%
Coppia con 2 figli	3,27%	1,70%	6,51%	11,84%
Coppia con 3 figli	2,12%	1,92%	9,14%	16,66%
Altra tipologia con almeno un componente con 65 anni e più o un minore	3,35%	0,92%	7,36%	13,47%
Altra tipologia senza componenti anziani o mino	2,61%	1,93%	6,77%	11,89%
Totale	2,63%	0,30%	5,06%	9,26%

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT, Rapporto Sanità CEIS 2009.

Le famiglie più povere inoltre, che presentano alti tassi di incidenza dei fenomeni di abbandono, pari al 15,72% per le prestazioni dentistiche, al 10,5% per quelle specialistiche, rivolgono la maggior parte della loro spesa out of pocket all'acquisto di medicinali. Coerentemente con questo dato la spesa in medicinali risulta essere anche il maggior determinante dell'iniquità da spesa catastrofica tra le famiglie più povere. Le cose cambiano all'aumentare del reddito: per i quintili superiori al primo ai farmaci si aggiungono visite specialistiche ed odontoiatriche come potenziali cause di impoverimento.

Composizione del consumo sanitario out of pocket, famiglie povere. Italia, 2007.

Spesa	
Ospedaliera	0,3%
Visite	10,2%
Dentista	7,4%
Ausiliari	0,8%
Analisi	6,4%
Apparecchi	3,8%
Termali	0,0%
Farmaceutica	70,0%
Disabilità	1,0%
Totale	100,0%

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT, Rapporto Sanità CEIS 2009.

Il dato regionale mette in evidenza il buon posizionamento della regione Toscana che presenta un'incidenza del fenomeno povertà superiore solo a quella del Veneto, una seppur positiva, moderata tendenza all'impoverimento (dato 2007) e una bassa incidenza delle spese catastrofiche (2,6%)²¹.

²¹ Sulla base dei dati qui presentati è possibile riscontrare una chiara correlazione positiva tra incidenza delle spese catastrofiche e impoverimento delle famiglie, questa correlazione scompare però una volta che si consideri l'impoverimento in relazione alle distinte soglie regionali piuttosto che alla soglia nazionale. In quel caso inoltre la Toscana andrebbe a posizionarsi in una fascia intermedia di regioni (insieme a Liguria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Umbria) con bassa catastoficità e media percentuale di impoverimento, distinte dalle regioni apparentemente più efficaci nella protezione delle famiglie, ovvero Marche, Lazio, Emilia Romagna, Veneto.

Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche. Incidenza secondo la regione di residenza. Italia, 2007.

Tipologia Familiare	2007		
	Povert�	Impoverimento	Catastroficit�
Italia	11,1%	1,3%	4,2%
Piemonte e Valle d'Aosta	6,6%	0,9%	4,1%
Lombardia	4,8%	0,5%	3,5%
Trentino A.A.	5,2%	0,7%	3,5%
Veneto	3,3%	0,9%	2,2%
Friuli Venezia G.	6,6%	0,7%	2,7%
Liguria	9,5%	1,2%	2,7%
Emilia Romagna	6,2%	0,7%	2,6%
Toscana	4,0%	0,6%	2,6%
Umbria	7,3%	1,1%	3,6%
Marche	6,3%	0,9%	2,3%
Lazio	7,9%	0,6%	2,0%
Abruzzo	13,3%	1,6%	3,7%
Molise	13,6%	2,4%	7,7%
Campania	21,3%	2,1%	5,0%
Puglia	20,2%	2,3%	6,3%
Basilicata	26,3%	1,8%	9,0%
Calabria	22,9%	3,3%	9,1%
Sicilia	27,6%	2,9%	8,9%
Sardegna	22,9%	2,4%	6,0%

Fonte: elaborazione CEIS sanit  su dati ISTAT, Rapporto Sanit  CEIS 2009.

Politiche sanitarie efficaci nel ridurre la disegualianza tra i cittadini dovrebbero quindi agire nel senso di una limitazione del ricorso alle spese out of pocket e in misura maggiore per le tipologie familiari pi  soggette al rischio di impoverimento per spese catastrofiche. L'opera di contenimento di questo tipo di spesa passa innanzitutto per un'attenta modulazione dell'erogazione dei servizi sanitari sia sul piano territoriale che su quello della tipologia dei soggetti, in modo che l'offerta pubblica sia in grado di cogliere le esigenze specifiche delle categorie pi  deboli specialmente in ordine alla riduzione del rischio di indigenza associato alla spesa sanitaria. Un'altra dimensione dell'intervento pubblico   invece quella che coinvolge la qualificazione della domanda e la prevenzione. In questo senso   di particolare importanza che il sistema sanitario regionale adotti un atteggiamento proattivo nei confronti dei soggetti pi  deboli e, nello stesso tempo, che vengano adottate misure volte all'incremento dell'informazione a disposizione degli stessi e della loro accessibilit  ai servizi erogabili.

In merito a tutti questi aspetti rileviamo come rilevanti e positivi gli effetti attesi delle misure previste dal PISSR 2012-2015; ci riferiamo in particolare alla segmentazione dell'utenza in cluster sulla base di comportamenti affini (ai fini di analisi e di predisposizione di adeguate strategie di comunicazione) e, soprattutto, alle misure di sanit  d'iniziativa che comprendono azioni in tema di screening (neonatali, oncologici) e in tema di capacit  di intervento tempestivo sulle dipendenze e sulle malattie mentali. Altro capitolo di massima importanza, in ragione di una specifica criticit  della Toscana connessa alla sua struttura demografica,   quello degli interventi di natura sia sanitaria che sociale tesi ad evitare l'intensificarsi di fenomeni di non autosufficienza tra gli anziani. Come evidenziato   nell'ambito di questa categoria di soggetti, oltre a quella delle famiglie numerose, che si concentra infatti il pi  alto rischio di incorrere in spese catastrofiche e le previsioni demografiche per la Toscana sono di aumento della quota della popolazione di et  superiore ai 50 anni.

Classe di età	Quota su totale popolazione		
	2009	2014	Diff.
0-15	12,3%	12,3%	0,0%
15-35	20,0%	20,9%	0,9%
35-50	23,3%	23,7%	0,5%
50-65	20,1%	19,7%	-0,4%
65-80	16,8%	16,3%	-0,5%
80+	7,5%	7,1%	-0,3%

Fonte: Regione Toscana

In ultima analisi l'attenzione del PISSR nei confronti dell'appropriatezza della spesa sanitaria (intesa in tutte le sue declinazioni: farmaceutica, diagnostica) e il conseguente risparmio di risorse, sono da intendersi come estremamente positivi in ordine alla garanzia di un servizio efficiente e capillare soprattutto nei confronti delle fasce più deboli o potenzialmente deboli della popolazione. A sostegno di questa conclusione portiamo il dato toscano della distribuzione della spesa sanitaria delle famiglie e della PA per decili di reddito.

Spesa sanitaria per decili di reddito disponibile netto, % su totale, 2006, Toscana.

	decili di reddito									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Spesa sanitaria della PA	9,9%	10,0%	10,5%	10,4%	10,1%	10,3%	10,0%	9,8%	9,4%	9,6%
Spesa sanitaria delle famiglie	7,2%	7,3%	6,7%	7,5%	9,1%	9,1%	10,8%	11,0%	13,5%	17,9%

Fonte: Elaborazioni Irpet.

Dall'osservazione del dato emerge chiaramente come la spesa pubblica, che pur si distribuisce in maniera abbastanza uniforme in base al reddito operi in senso compensativo soprattutto nei confronti della domanda privata delle famiglie appartenenti ai primi decili di reddito.

Effetti significativi positivi

- *Equilibrio del mercato del lavoro.*

Innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione.

Non solo le politiche dirette all'innovazione in termini di sostegno alla ricerca e all'implementazione di soluzioni produttive ad alto contenuto tecnologico generano ricadute positive sul profilo qualitativo dell'occupazione. Effetti significativi e positivi possono essere riscontrati anche in relazione alle misure volte al recupero di efficienza, delle quali non valutiamo in questa sede l'effettiva efficacia in merito alla riduzione dei costi per la pubblica amministrazione. La principale differenza tra le due tipologie di interventi è che ai primi può essere ragionevolmente associata una maggior estensione degli effetti di spillover sull'occupazione di altri settori. L'intento di procedere ad un riordino volto all'efficientamento della spesa in coerenza col principio di appropriatezza (che prevede l'erogazione dell'assistenza necessaria ottimizzando l'impiego delle risorse finanziarie tecnologiche e umane) nasce, ancor prima della precedente programmazione, dall'esigenza di contemperare la dinamica crescente del fabbisogno sanitario (dovuta

all'invecchiamento della popolazione, alla necessità di potenziare l'accesso ai servizi sanitari per alcune fasce di popolazione ma anche al progresso scientifico e alle innovazioni di "prodotto" che rendono sempre più costosi procedure, medicinali e strumenti) e il carattere sempre più stringente dei vincoli di finanza pubblica che interessa tutte le amministrazioni. Gran parte del recupero di efficienza passa per il consolidamento dell'attenzione all'appropriatezza della spesa farmaceutica, di quella per diagnostica strumentale (soprattutto per immagini) e di quella per dispositivi medici²², a questo si aggiungono le misure del piano di natura più propriamente organizzativa. In tutti questi casi il perseguimento della strategia di sostenibilità del sistema sanitario passa innanzitutto per una crescente responsabilizzazione degli operatori del settore, che, laddove non si traduca in un accostamento di mansioni, risulta essere una possibile determinante della loro qualificazione professionale.

Un altro importante contributo all'innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione viene dalle misure in ambito di formazione professionale previste dal PISSR, ad esempio quelle volte all'organizzazione del sistema di formazione sanitaria regionale (Educazione Continua in Medicina), quelle relative allo sviluppo di competenze executive in sanità, quelle di formazione del personale coinvolto nella gestione del rischio clinico, di formazione continua in materia di comunicazione dei rischi, di formazione professionale di alto livello di medici e personale sanitario sulla medicina complementare, di formazione degli operatori dei servizi pubblici sui temi dell'intercultura e sugli aspetti normativi che delineano la condizione giuridica del cittadino straniero.

²² Una valutazione della capacità delle misure associate a questi obiettivi di liberare risorse per la pubblica amministrazione non è nello scopo di questo lavoro

3.

GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE TERRITORIALE

Parte descrittiva

L'impatto producibile dal Piano Sanitario e Sociale Integrato sulla dimensione territoriale può ritenersi complessivamente significativo: gli interventi e gli strumenti previsti per migliorare l'offerta territoriale sanitaria regionale sono principalmente di riorganizzazione dei servizi, in termini di reti territoriali più efficienti ed efficaci, capaci di rispondere in modo sempre più adeguato alle esigenze del cittadino-utente. Infatti, il modello sociale e di salute che è andato affermandosi in Toscana negli ultimi anni è basato sulla responsabilizzazione dell'intera comunità, sulla partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati, sul coinvolgimento di istituzioni e cittadini nelle decisioni, sostenendo azioni sociali ed educative i cui effetti mettano insieme cittadini e istituzioni attorno agli obiettivi comuni della salute e dell'inclusione sociale. All'interno di questo quadro, il sistema socio-sanitario svolge azioni di promozione della salute e di orientamento della domanda ed azioni di sviluppo e razionalizzazione della offerta dei servizi. Queste ultime, grazie anche all'evoluzione delle tecnologie e delle pratiche assistenziali, hanno portato alla trasformazione dei servizi presenti sul territorio toscano. Nello stesso tempo si è assistito alla crescita di varie tipologie di strutture territoriali (ad esempio, strutture a carattere residenziale e semiresidenziale) che comunque impattano sul territorio con modalità assai diverse dal passato, creando così non più e non solo un centro di salute unico ed attrattore di istanze anche di tipo sociale, bensì una rete di piccole e medie strutture funzionali alle esigenze di una popolazione che ha bisogno, tra le tante cose, di una collocazione abitativa più compatibile anche alle diverse necessità socio-sanitarie.

Il raggiungimento della configurazione a rete a cui si è appena accennato con alcune esemplificazioni, prefigura la possibilità di passare ad una vera e propria gestione a rete, in un quadro di rapporti con altri soggetti non facenti strettamente parte dell'organizzazione sanitaria. Si configura in tal modo la possibilità di realizzare una configurazione gestionale tipo "holding" e di procedere in una logica di sistema in cui si individuano:

- una organizzazione di governo territoriale;
- una organizzazione gestionale, organizzativa e produttiva territoriale;
- un sistema socio-sanitario e ambientale integrato su base territoriale ed epidemiologica.

Il Piano determina possibili effetti di entità rilevante e significativa (e di segno atteso positivo) su alcune variabili del modello di valutazione, in termini di possibili effetti significativi, sui seguenti due macro obiettivi:

1. Efficienza del sistema insediativo;
2. Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio;
3. Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche;
4. Minimizzazione del consumo di suolo;
5. Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche.

Effetti rilevanti

Efficienza del sistema insediativo

Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio

A livello generale, un'importante scelta della Regione Toscana degli ultimi anni è stata quella di creare le opportune condizioni strutturali finalizzate a favorire le sinergie di rete, la cooperazione piuttosto che la competizione fra produttori interni, così come accade in altri sistemi sanitari. In tale contesto, con il Piano Sanitario e Sociale Integrato è stata ribadita e promossa l'integrazione nel momento del passaggio fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale e viceversa ovvero il "fare rete fra ospedale e territorio", così come particolare attenzione è stata rivolta alla realizzazione ed al continuo miglioramento della rete dell'emergenza.

La nascita e il progressivo consolidamento del network assistenziale nell'ambito delle tre Aree Vaste ha prodotto rilevanti processi di cooperazione fra i diversi livelli specialistici ed ha reso possibile la definizione e l'avvio di percorsi di cura integrati e multi-professionali. In Regione Toscana la struttura del servizio sanitario è quindi costituita da un complesso sistema a rete, con una pluralità di nodi interconnessi tra loro che il Piano intende ulteriormente consolidare.

La creazione delle Società della Salute (SdS) e degli Enti di Supporto Tecnico-amministrativo di Area Vasta (Estav), entità entrambe riconfermate dal Piano, ha certamente dato nuovo impulso al panorama istituzionale e strumentale del sistema sanitario. Le prime presentano, tra le altre, potenzialità ai fini della ricomposizione del sistema sanitario con il sociale e i secondi permettono un'ottimizzazione organizzativa del livello aziendale, consentendo la gestione unificata delle funzioni aziendali "no core" in ambito di area vasta, nonché il conseguimento di economie di scala, oltre che un proficuo confronto interaziendale ed in una certa misura sovra-aziendale.

Il sistema regionale di welfare che il Piano intende consolidare ruota poi intorno alla centralità della persona e all'intervento che su di essa si realizza attraverso la metodologia dei piani personalizzati di intervento e della valutazione professionale del bisogno. Per il prossimo quinquennio il Piano dovrà garantire in ciascun ambito territoriale gli interventi ed i servizi così come previsti e definiti per ciascuna area di intervento dal Titolo V, Capo I della L.R. 41/05.

Il Piano delinea inoltre una prima configurazione dei Livelli delle Prestazioni sociali regionali (LEP); tale configurazione costituisce il quadro riassuntivo degli obiettivi dei servizi sociali sul territorio, tesi a consolidare e ampliare la consistenza e la qualità delle risposte presenti.

Il "diritto alla casa" assunto dal Piano ed, in particolare, le strategie di "promozione di nuove politiche sociali abitative e di supporto all'alloggio", lo "sviluppo dell'edilizia sociale" e "l'innalzamento degli standard qualitativi dell'edilizia residenziale e sociale", sono azioni potenzialmente in grado di determinare condizioni di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano gravi problemi di inclusione sociale. I nuovi scenari della "questione abitativa" sono caratterizzati da una crescita della domanda abitativa non solo in termini quantitativi, ma anche in termini di diversa e plurale articolazione del bisogno. Da un lato la situazione sociale, economica, demografica, in continuo e veloce mutamento, con crescente frammentazione sociale, nuovi bisogni e nuove povertà; le rigidità del mercato immobiliare dall'altro, necessitano di risposte adeguate anche attraverso la creazione di scenari innovativi.

Modelli abitativi nuovi (come il cohousing) e procedure di realizzazione e di accesso basate sulla partecipazione dei destinatari (come l'autorecupero e l'autocostruzione) possono efficacemente integrare l'offerta convenzionale, così come la realizzazione di alloggi temporanei può svolgere un ruolo decisivo nella prevenzione di situazione di grave disagio socio-abitativo. Si aumentano così le possibilità di accesso all'alloggio, favorendo maggiore coesione sociale.

Il progetto speciale di interesse regionale ripreso dal Piano denominato "Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero", prevede azioni di sviluppo correlate ad un percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso, l'integrazione del servizio di emergenza territoriale 118 con revisione della diffusione e articolazione dei punti di emergenza territoriale, l'ottimizzazione e messa a regime del servizio regionale di elisoccorso, il consolidamento dell'assetto organizzativo di Trauma Center e rete per soccorso, trattamento, gestione e trasporto per trauma e patologie complesse, in scala di area vasta. Tale progetto, quindi, può contribuire efficacemente anche ad assicurare risposte al bisogno di emergenza che siano omogenee, appropriate ed efficaci a scala territoriale.

Effetti significativi

Minimizzazione del consumo di suolo
Efficienza del sistema insediativo

Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio
Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche
Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche

Relativamente all'effetto di minimizzazione del consumo di suolo, si rimanda al paragrafo di valutazione degli effetti ambientali.

L'offerta delle aziende socio-sanitarie deve in primo luogo rispondere al principio secondo cui il nostro sistema sanitario è un sistema universale, garantito ad ogni cittadino, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. La Regione Toscana, a tal proposito, da tempo propone e ribadisce tra gli obiettivi del Piano Sanitario e Sociale Integrato, la riduzione delle disuguaglianze nella fruizione e qualità dei servizi, oltre che dal punto di vista socio-economico, dal punto di vista territoriale, migliorando in modo indiretto anche l'efficienza dei sistemi insediativi complessivamente considerati.

Con il Piano, si riconferma l'azione di coordinamento dei servizi territoriali: l'offerta integrata dei servizi sul territorio, superando visioni parziali, rappresenta un obiettivo del Piano che completa un complesso normativo toscano che, già in passato, ha dedicato un'attenzione particolare al tema della intersectorialità degli interventi. Così come per l'assistenza ospedaliera, è necessario che anche sul territorio venga meglio programmata e rimodellata l'offerta assistenziale per intensità di cure, e ciò in base a criteri di adeguatezza delle prestazioni sanitarie definiti in base ai livelli di complessità e dipendenza rilevati nell'analisi dei bisogni o alle diverse fasi del percorso assistenziale. Tutto ciò tenendo anche presente i bisogni della popolazione in riferimento alla necessità di una equa distribuzione territoriale dei servizi offerti.

Anche a causa del continuo aumento della mobilità, il PSR propone l'incremento della capacità di analisi rispetto agli scenari futuri, al fine di prevedere i rischi sulla salute che possono derivare dalle scelte economiche e di governo del territorio e di realizzare gli opportuni interventi, cercando così di migliorare l'integrazione tra le politiche sanitarie e ambientali.

Le politiche sociali prefigurate dal Piano, possono determinare condizioni di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano problemi di inclusione sociale: la presenza di strutture sociali che favoriscono le informazioni e l'accesso si pone in rapporto con il contenimento dei fenomeni di degrado. Una influenza positiva è determinata anche dall'efficienza delle reti, soprattutto per l'attivazione delle reti tecnologiche che rappresentano una effettiva e ulteriore possibilità di risposta ai problemi di comunicazione e inclusione sociale.

Lo sviluppo su più fronti dei servizi di telecomunicazione, delle reti dei servizi offerti anche via internet, dei sistemi informativi socio-sanitari, potrebbe infine rappresentare anche un importante strumento per ridurre la mobilità nei centri urbani maggiormente congestionati, prevedendo quindi un generico e positivo effetto sull'efficienza dei sistemi insediativi.

Il patrimonio delle Aziende sanitarie è costituito da una complessità di beni: architettonici, artistici, storici, documentari e librari, scientifici. Questo patrimonio è stato da sempre fortemente soggetto al rischio di perdite e dispersioni a causa di vicende storiche, politiche e amministrative, e delle conseguenti modifiche che nel corso del tempo hanno interessato gli assetti dell'organizzazione sociale e sanitaria. E' emersa di conseguenza la necessità di porre particolare attenzione agli aspetti di salvaguardia dei patrimoni culturali delle Aziende sanitarie. A tale proposito, il Piano delinea una strategia che; a breve termine è finalizzata ad alimentare l'inventario regionale della strumentaria medica di valore storico ed a incentivare progettazioni specifiche delle Aziende Sanitarie volte alla valorizzazione delle loro realtà locali; a medio termine intende incentivare le collaborazioni tra le Aziende e le altre istituzioni (università, ARS, Comuni) in merito alle biblioteche di uso corrente; a lungo termine intende promuovere l'attivazione di procedure di valorizzazione, oltre che di tutela, dei beni storici.

5.
GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE SOCIALE
Parte descrittiva

Gli effetti attesi sulla dimensione sociale rientrano nel campo di azione diretta del Piano, che persegue i propri obiettivi in un'ottica strettamente integrata di tipo socio sanitario. Per questo motivo, sebbene il Piano operi in favore della quasi totalità degli obiettivi strategici, così come definiti dal manuale di valutazione integrata, questa sezione ne prenderà in considerazione solo alcune misure specifiche, e in particolare quelli in grado di generare effetti significativi e rilevanti di esclusivo interesse della dimensione sociale stessa. Il contributo del piano in merito al raggiungimento dell'obiettivo strategico di *contrasto all'esclusione sociale e alla povertà* è stato, ad esempio, valutato come positivo e rilevante nell'ambito dell'analisi degli effetti sulla dimensione economica e con riferimento all'obiettivo specifico di *coesione sociale*. In quel contesto si è infatti sottolineato il contributo delle misure volte a contenere il disagio socio-economico e quello abitativo. Lo stesso si dica per il contributo delle misure riconducibili al potenziamento dell'offerta formativa e di qualificazione professionale, individuate come in grado di favorire *l'innalzamento del profilo qualitativo dell'occupazione*.

In questa sede si riconoscono dunque i seguenti effetti **significativi e positivi**:

- *Contrasto all'esclusione sociale e alla povertà.*

Integrazione della popolazione immigrata.

Contribuiscono alla realizzazione di effetti attesi di questo tipo le misure volte ad agevolare la crescita delle opportunità di apprendimento della lingua italiana in favore della popolazione straniera adulta, nonché quelle rivolte all'adeguamento dei servizi pubblici ai rapporti con un'utenza pluriculturale attraverso la qualificazione dei servizi di interpretariato e mediazione culturale. Queste ultime si rivelano di particolare importanza in merito alla garanzia di equità del diritto di accesso ed utilizzo dei servizi sanitari, in considerazione della carenza di informazione e educazione alla salute che caratterizza gran parte della popolazione immigrata. In particolare il Piano prevede la sperimentazione della figura dell'educatore sanitario di comunità, nonché la strutturazione e la formalizzazione a livello locale o di area vasta, di rapporti di collaborazione tra ASL/USL, Enti Locali e altre strutture di accoglienza e organizzazioni del privato sociale per integrare i percorsi di accoglienza sociale, economica e giuridica del titolare o richiedente protezione internazionale e interventi sanitari. Un ultimo riferimento va al tema della tratta, altro fenomeno che riguarda in larga parte la popolazione immigrata; in relazione a questo specifico tema il Piano si iscrive nella tradizione regionale di lotta alla criminalità organizzata (progetti "Rete regionale d'intervento sociale nella prostituzione e nella tratta di esseri umani", "Oltre il confine", "Nuove Orme", "Con-Trat-To (Contro la tratta in Toscana)") promuovendo la creazione di un sistema di governance che assuma la programmazione e il monitoraggio degli interventi.

- *Sostegno alle pari opportunità di genere.*

Organizzazione dei tempi e distribuzione dei carichi familiari, attenuazione delle disparità nel mercato del lavoro e lotta alla segregazione occupazionale.

Contribuiscono al raggiungimento di questo obiettivo le misure che hanno ad oggetto il sostegno alle famiglie nei momenti di difficoltà e disagio connessi all'assunzione di specifici compiti di cura nei confronti di minori, disabili e anziani, citiamo a questo proposito l'approvazione del "Sistema integrato di servizi per le famiglie e per gli assistenti familiari". Sia gli interventi di natura ricognitiva, ovvero di acquisizione di informazioni sulla numerosità e lo stato di necessità delle famiglie, sia quelli di sostegno tramite agevolazioni tariffarie e/o erogazione dei contributi vanno nella direzione di alleggerire quella parte del carico familiare che ricade, ove presente, in misura maggiore sulla componente femminile del nucleo familiare, riducendone così anche le condizioni di svantaggio in termini di offerta di lavoro. Nello stesso

senso operano anche le misure specifiche al tema della non autosufficienza degli anziani: sanità di iniziativa, contrasto alla sedentarietà e prevenzione delle cadute, promozione delle azioni di aiuto e di sorveglianza attiva della persona anziana fragile.

QUADRO DI SINTESI <i>Punti di forza e punti di debolezza tra gli effetti significativi e rilevanti</i>	
<p>Punti di debolezza Fattori di Criticità (Tra gli effetti rilevanti)</p> <p>Ambiente Effetti e azioni</p> <p>Economia Effetti e azioni</p> <p>Territorio Effetti e azioni</p> <p>Salute Effetti e azioni</p> <p>Sociale Effetti e azioni</p>	<p>Punti di forza Potenzialità sinergiche (Tra gli effetti rilevanti)</p> <p>Ambiente Effetti e azioni</p> <p>Economia Effetti e azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effetti del miglior stato di salute della popolazione sulla capacità produttiva del sistema. • Effetti della spesa sanitaria in termini di sostegno a settori produttivi ad alto contenuto tecnologico, innovazione. • Effetti di promozione di innovazione delle misure volte a sostenere e coordinare la ricerca in ambito sanitario sul territorio regionale. • Effetti della sanità di iniziativa e degli interventi sulla qualità e l'appropriatezza del SSR sulla minore necessità di ricorrere a spese sanitarie private, contenendo fenomeni di iniquità. • Effetti della sociale di iniziativa, delle misure di contrasto al disagio abitativo. <p>Territorio Effetti e azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione dell'Area Vasta come livello ottimale di programmazione territoriale che integra e rafforza quello regionale. - Sviluppo reticolare, coordinazione e integrazione dell'assistenza e dei percorsi sanitari e socio-sanitari, che sono sempre più relazionati con il territorio. <p>Salute Effetti e azioni</p> <p>Sociale Effetti e azioni</p>
<p>Punti di debolezza Minori (Tra gli effetti significativi)</p> <p>Ambiente Effetti e azioni</p> <p>Economia Effetti e azioni</p> <p>Territorio Effetti e azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rischio di una proliferazione di strutture socio-assistenziali senza una corretta programmazione che tenga maggiormente presente i bisogni della popolazione anche in riferimento alla distribuzione territoriale. <p>Salute Effetti e azioni</p> <p>Sociale Effetti e azioni</p>	<p>Punti di forza Minori (Tra gli effetti significativi)</p> <p>Ambiente Effetti e azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento dell'integrazione fra le politiche socio-sanitarie ed ambientali, in termini di monitoraggio e di contributo alla riduzione delle ripercussioni negative sulla salute legate ai principali determinanti ambientali. • Contenimento del consumo di nuovo suolo, dovuto all'assenza di previsioni di nuove strutture ospedaliere ed alla priorità strategica di riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi sanitari esistenti. <p>Economia Effetti e azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effetti dell'efficientamento della spesa sanitaria sulle variabili macroeconomiche. • Effetti delle misure di formazione e qualificazione professionale in ambito sociale e sanitario. <p>Territorio Effetti e azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilità di potenziare l'integrazione delle politiche socio-sanitarie con quelle ambientali e territoriali. • Opportunità di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano problemi di inclusione sociale. • Potenziamento delle attività di ricerca, formazione ed informazione tra il servizio socio-sanitario ed altri enti e strutture che operano sul territorio. • Considerazione delle scelte strategiche di sviluppo locale del territorio. • Valorizzazione del patrimonio storico-artistico delle aziende sanitarie. <p>Salute Effetti e azioni</p> <p>Sociale Effetti e azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostegno alle pari opportunità di genere mediante riduzione del carico familiare in termini di assistenza di anziani, disabili, bambini, per le famiglie più deboli e numerose: Sistema integrato di servizi per le famiglie, misure di contrasto alla non-autosufficienza degli anziani.

Allegato
MATRICE DI VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DEL PIANO

LEGENDA	
Effetti di direzione incerta	Nessun effetto
Effetti rilevanti negativi	Effetti rilevanti positivi
Effetti significativi negativi	Effetti significativi positivi

EFFETTI ATTESI	OBIETTIVI GENERALI del Piano				
	Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	Mettere al centro la Persona nella sua complessità	Aumentare l'equità	Perseguire efficacia e appropriatezza come valore del sistema	Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi
EFFETTI AMBIENTALI					
Riduzione Emissioni di CO2					
Efficienza energetica e sviluppo energie rinnovabili					
Riduzione dell'inquinamento atmosferico					
Riduzione dell'inquinamento acustico					
Contenimento superfici artificializzate					
Ottimizzazione gestione dei rifiuti					
Diminuzione del carico organico e tutela delle acque interne e costiere					
Tutela della risorsa idrica					
Riduzione del consumo idrico					
Salvaguardia della biodiversità terrestre e marina					
Riduzione del rischio idrogeologico					
Salvaguardia delle coste					
Riduzione del rischio sismico					
EFFETTI ECONOMICI					
A.1 - Incremento PIL					
A.2 - Innovazione					
A.3 - Saldo commerciale					
B.1 - Equa distribuzione del reddito					
C.1 - Sostenibilità finanziaria					
C.2 - Miglioramento conti pubblici					
D.1 - Incremento tasso di occupazione					
D.2 - Innalzamento profilo qualitativo occupazione					
EFFETTI TERRITORIALI					
A.1 - Minimizzazione del consumo di suolo					
A.2 - Tutela della risorsa idrica					
B.3 - Protezione dei sistemi urbani e degli insediamenti					
B.4 - Efficienza del sistema insediativo					
B.5 - Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio					
B.6 - Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche					
C.7 - Efficienza delle reti infrastrutturali					

LEGENDA	
Effetti di direzione incerta	Nessun effetto
Effetti rilevanti negativi	Effetti rilevanti positivi
Effetti significativi negativi	Effetti significativi positivi

EFFETTI ATTESI	OBIETTIVI GENERALI del Piano				
	Perseguire la Salute come Risorsa e non come Problema	Mettere al centro la Persona nella sua complessità	Aumentare l'equità	Perseguire efficacia e appropriatezza come valore del sistema	Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi
C.8 - Efficienza delle reti tecnologiche					
D.9 - Tutela e valorizzazione del territorio agricolo					
D.10 - Mantenimento della popolazione residente e delle attività con funzione di presidio attivo del territorio					
EFFETTI SOCIALI					
A.1 - Fruibilità degli spazi urbani e dei trasporti					
A.2 - Fruibilità dei propri spazi di vita					
A.3 - Autonomia personale dei soggetti non autosufficienti					
B.1 - (Miglioramento degli) indicatori demografici e var. composizione nuclei familiari					
B.2 - Qualità della vita familiare					
B.3 - Condizione giovanile e disagio dei minori					
B.4 - Fruibilità degli spazi urbani e attività sociali da parte di minori e famiglie					
C.1 - Disagio socio economico					
C.2 - Disagio abitativo					
C.3 - Integrazione della popolazione immigrata					
C.4 - Condizione socio economica dei soggetti del disagio sociale					
D.1 - Partecipazione e sviluppo della rete di offerta					
E.1 - Sviluppo dell'offerta educativa e formativa lungo l'arco della vita					
E.2 - Sostegno alla qualità del lavoro					
F.1 - Domanda culturale e sportiva per tutte le fasce di utenza					
F.2 - Promozione attività culturali e sportive rivolte a diffondere le espressioni della cultura e arte correlate con il patrimonio culturale dei territori					
G.1 - Organizzazione tempi e distribuzione dei carichi familiari					
G.2 - Differenze di genere nei livelli di istruzione e negli indirizzi di studio					
G.3 - Disparità nel mercato del lavoro e segregazione occupazionale					