

Le sei annualità di programmazione dei 28 Ambiti Territoriali



Il presente rapporto raccoglie il materiale di lavoro elaborato dagli ambiti zonali nel corso dei sei anni di programmazione operativa, coordinata dalla struttura regionale Politiche per l'integrazione sociosanitaria e, in particolare, da Barbara Trambusti, Luca Puccetti e Irene Bargelli.

Il gruppo di supporto al processo di programmazione operativa zonale era composto da: Michelangelo Caiolfa, Iacopo Benini, Selma Rodrigues.

Il sistema PROWEB è stato progettato e sviluppato da Simurg Ricerche (Moreno Toigo e Massimiliano Faraoni), che ha altresì garantito l'assistenza tecnica nelle fasi di implementazione e utilizzo.

Indice

Prefazione	4
Introduzione ‘Sei anni di programmazione’	6
La programmazione Integrata zonale	8
Sezione I La dimensione regionale	17
Parte 1 I contenuti delle programmazioni	17
1.1 Gli Obiettivi di Salute	17
1.2 I Programmi Operativi	20
1.3 Le Schede di Attività	21
1.4 Indicatori di qualità della programmazione	38
1.5 Trasversalità e complessità	39
Parte 2 Le risorse della programmazione	44
2.1. Il Budget Integrato zonale	44
2.2. Le risorse delle Schede di attività	47
Parte 3 Alcuni caratteri significativi	53
3.1. La programmazione multilivello	53
3.2. Le modalità di gestione	61
Allegato A: DGRT N°900/2025 Linee guida predisposizione del PIS e per la sua integrazione con il PIZ	70
1- Introduzione	71
2- Il Profilo di salute	71
3- Il piano integrato di salute (PIS) e la sua integrazione con il piano di inclusione zonale (PIZ)	72
3.1 - Gli obiettivi di salute	73
3.2 - Il budget integrato	73
3.3 - L’articolazione temporale della programmazione	73
4- Il Programma operativo annuale (POA)	74
4.1 - I programmi operativi	74
4.2 - Le attività	75
4.3 - Le risorse	75
4.4 - Gli allegati al POA	75
5 - Il monitoraggio e la valutazione	76
6 - La Gestione operativa del Piano integrato di salute	77
6.1 - L’ufficio di Piano	77
6.2 - La gestione informatizzata	77

Prefazione

La Programmazione può essere annoverata tra quei desideri sottili che caratterizzano da sempre la nostra Pubblica Amministrazione, che ne fa oggetto di perenni richiami evocativi seguiti da inesorabili accantonamenti. Sappiamo tutti molto bene che gli enti pubblici non potrebbero agire se non all'interno di un quadro certo di programmazione, e sappiamo altrettanto bene che la miriade di strumenti predisposti nel corso degli anni a questo scopo hanno sempre avuto vita breve e utilizzo ridotto.

Anche nel mondo della sanità, del sociosanitario e del sociale si è sempre fatto un gran ragionare di programmazione e di strumenti e di metodi e di procedimenti, con i Piani Attuativi Locali delle Asl, i Piani specifici dei settori sociosanitari, i Piani di Zona dell'Ambito territoriale sociale; tuttavia anche in queste materie i risultati concreti lasciano di solito un po' a desiderare.

Una mia collaboratrice dice che per forza è così: fare davvero programmazione significa lavorare con oggetti pesanti come il piombo, perché bisogna mettersi lì e ragionare su tutto, riflettere, elaborare, connettere, prefigurare, definire, realizzare, misurare. Si tratta di uno sforzo importante, a tratti anche un pochino antipatico, mentre poi nessuno sa quanto tutto questo sia veramente efficace e quanto sia effettivamente vincolante per tutti i soggetti che hanno partecipato alla costruzione degli strumenti di programmazione.

Malgrado queste considerazioni siano ragionevolmente vere in Toscana la scelta è consapevolmente andata in un'altra direzione, quella di riattivare uno strumento un po' accantonato appunto - il Piano Integrato di Salute (PIS) – per farne uno dei perni del cosiddetto 'modello toscano' basato sull'organizzazione territoriale e l'integrazione, le dinamiche della governance istituzionale multilivello, la multidimensionalità e la multiprofessionalità, gli assetti gestionali evoluti, le relazioni dell'amministrazione condivisa.

I lavori sono ripresi nel 2017-2018 e nel 2020 ogni ambito territoriale sanitario e sociale ha elaborato il PIS. Finora sono stati portati a termine tutti i successivi aggiornamenti della programmazione annuale, frutto di un impegno che ha coinvolto nell'arco del tempo un'intera comunità di professionisti, operatori, tecnici, dirigenti, amministratori.

Questo report giunge alla fine del ciclo 2020-2025, raccoglie l'intero archivio regionale ed espone i caratteri principali dei sei anni di programmazione con la rappresentazione specifica di ogni ambito zonale. Costituisce un giacimento di informazioni e di esperienze unico nel panorama nazionale, preziosissimo per chiunque voglia provare realmente a costruire qualcosa di valido e significativo.

In questi volumi sono presenti migliaia di azioni e di attività e di progetti svolti in ogni angolo della Toscana per tentare di far reggere il nostro sistema regionale sanitario e sociale, e per tentare di rispondere alla complessità sempre più crescente dei bisogni di salute, cura, assistenza, tutela, supporto, accompagnamento manifestati dai nostri concittadini, dalle famiglie, dalle comunità. In questi volumi abitano lo sforzo, la passione e la competenza di tutta la comunità territoriale toscana, fatta di enti pubblici, di organizzazioni del terzo settore e del volontariato, di aziende profit, di singoli cittadini impegnati, a cui va il mio profondo ringraziamento per l'impegno inscalfibile. È stato ampiamente dimostrato che la vera programmazione integrata territoriale si può fare sul serio, e che i nostri ambiti e le nostre comunità sanno perfettamente come farla. Anche per questo

ora cerchiamo di inserire nel PIS i processi co-programmazione, per dare un ulteriore strumento alle comunità locali con cui ragionare e costruire il proprio sistema dei servizi.

In questi volumi, tuttavia, abita anche un po' di preoccupazione, è inutile negarlo. Preoccupazione per il salto ulteriore che il nuovo periodo di programmazione esige, perché deve riuscire a connettersi con le profonde riforme in atto ed essere efficace nel cambiamento di cui abbiamo assoluto bisogno. Per la nuova concezione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali che i bisogni delle persone ci costringono ad affrontare, pena la quasi totale inutilità di quello che riusciamo a fare in modo separato e divisionale malgrado il massimo impegno delle singole strutture e dei singoli operatori. Per le risorse sempre più scarse che le scelte generali assegnano a questi settori vitali che invece rispondono alle esigenze delle persone, delle famiglie e delle comunità, e sono fondamentali per la concreta esigibilità dei diritti costituzionali alla salute e all'assistenza.

Quando sfoglio le pagine dei quattro volumi che compongono il report, però, ripenso inevitabilmente agli innumerevoli volti di questa imponente dimostrazione di capacità, volontà, attaccamento, uniti dal desiderio di fare il meglio per la Toscana e per noi cittadini e abitanti. So chi siamo, questa certezza prevale sulle preoccupazioni e genera la speranza per una seconda generazione di PIS in grado di inverare quel desiderio sottile di una programmazione effettivamente in grado di costruire dei sistemi di servizi integrati che siano al passo con i tempi e con le richieste dei nostri concittadini.

Serena Spinelli

Assessora Politiche sociali,
edilizia residenziale pubblica
e cooperazione internazionale

Introduzione ‘Sei anni di programmazione’

Il Report *‘I Piani Integrati di Salute e gli aggiornamenti annuali 2020-2025 – Le sei annualità di programmazione dei 28 Ambiti Territoriali’* cerca di dare conto del complesso percorso della programmazione integrata zonale compiuto in Toscana. A questo scopo è articolato in quattro volumi: il primo dedicato ai caratteri generali della programmazione, gli altri alla raccolta delle specifiche programmazioni zonali secondo i raggruppamenti delle tre Aree Vaste.

La ricchezza dei volumi corrisponde all'imponenza dei lavori condotti in questi sei anni dalle singole zone con i loro Direttori, gli uffici di piano e le strutture organizzative sanitarie e sociali, le direzioni aziendali e delle amministrazioni comunali, i comitati di partecipazione e le consultazioni, le organizzazioni delle professioni, gli enti del terzo settore, le organizzazioni del lavoro, le imprese, gli innumerevoli soggetti locali in grado di contribuire positivamente al lavoro sui determinanti di salute.

Un grande processo a carattere locale e regionale, fondato contemporaneamente sia sugli strumenti di programmazione che sulla organizzazione della governance istituzionale multilivello. La competenza della elaborazione del Piano Integrato di Salute (PIS) è infatti assegnata alla Conferenza Zonale Integrata – composta dai Sindaci dei comuni ricompresi in una stessa zona e dal D.G. della Asl di riferimento – ovvero all'Assemblea della Società della Salute ove costituita. Due dimensioni che si sostengono a vicenda, quella della programmazione integrata zonale e quella della governance istituzionale multilivello, con le loro rispettive chiavi nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale e nei PIS, e nella Conferenza regionale e aziendale dei sindaci e nelle Conferenze integrate zonali.

Dopo un periodo di stasi i nuovi PIS sono stati elaborati nel 2020 e da allora sono seguite altre cinque annualità di aggiornamento, grazie alla grande volontà e alla disponibilità delle strutture zonali. All'indomani della loro approvazione, avvenuta nel maggio del 2020, in occasione dell'uscita di quello che tuttora consideriamo una sorta di primo manuale della programmazione integrata toscana, mi sono trovata a scrivere:

Potrebbe infatti apparire futile e anacronistico un manuale sulla programmazione in tempi di epidemia COVID 19, ma se lo si considera nell'ottica sopra descritta diventa, al contrario, apprezzabile lo sforzo di tutto il sistema in un periodo così difficile. Un periodo nel quale abbiamo lavorato all'ordinario e allo straordinario, concedendoci anche il 'lusso' di pensare in grande e ambire a ridisegnare, o meglio, rafforzare il sistema sociosanitario tutto.

Integrazione fra ambiti diversi – sociale, sanitario, sociosanitario, prevenzione e promozione, contrasto alla violenza di genere - ma anche fra soggetti diversi – Agenzia regionale di Sanità, Laboratorio Mes dell'Istituto Sant'Anna di Pisa, Osservatorio Sociale, Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza - fra Settori e Direzioni regionali diverse: il tutto coadiuvato dalla collaborazione con Anci e Federsanità che rappresenta il vero valore aggiunto del lavoro di questi anni.

A partire da quegli anni molto è accaduto, anche in termini di programmazione: i vari periodi di gestione della pandemia, i grandi programmi operativi del PNRR, le riforme nelle materie della sanità territoriale, sociosanitarie e socioassistenziali, il mantenimento dei sistemi locali malgrado la relativa consistenza dei flussi finanziari generali. I 28 PIS e i loro aggiornamenti annuali hanno affrontato tutti questi passaggi, cercando di adattarsi e di mantenere fermi alcuni elementi fondamentali come la logica di ambito zonale, il rapporto tra attività e risorse, la cura nel rinnovo delle schede di attività, le evoluzioni nei servizi, il dialogo pubblico locale.

Anche Regione Toscana ha portato contributi con piani e atti di programmazione, delibere operative, strumenti tecnici pensati per la programmazione, come nel caso del cosiddetto *mappafondo*: la rassegna sistematica e aggiornata di tutte le risorse sociosanitarie e sociali programmate annualmente dalla regione, articolate per ogni ambito zonale con scadenze e riferimenti del ciclo economico-amministrativo per il loro utilizzo nella logica del 'plurifondo'.

I PIS e loro aggiornamenti annuali, infatti, si inscrivono pienamente nel processo di costruzione degli ambiti territoriali considerati come il luogo in cui si forma il sistema locale dei servizi integrati, come già la DGR 269/2019 in qualche modo prefigurava, tra Conferenza integrata zonale, istituti di integrazione, direzioni gestionali, processi di programmazione, progettazioni a valenza zonale, assetti unitari di accesso e valutazione multidimensionale, tenuta del ciclo rendicontativo e amministrativo, sistema dei flussi.

Per sostenere questo orizzonte sono stati adottati anche alcuni specifici strumenti interni al ciclo del PIS e al suo sistema informativo Proweb, in particolare con l'adozione di un processo di valutazione intermedia, da effettuarsi tra agosto e settembre per rilevare gli andamenti dei programmi operativi pluriennali, evidenziarne le parti in via di completamento e le parti su cui è necessario intervenire con correttivi o integrazioni. Operazioni che si basano sulla capacità dell'ambito zonale di lavorare su se stesso e sulle proprie capacità di sviluppo. Analoghe ragioni hanno condotto a introdurre in questo PIS l'istituto della co-programmazione in modo graduale ma sistemico, per coinvolgere strutturalmente le organizzazioni del terzo settore nella programmazione strategica e operativa di zona.

Anche sul piano tecnico a questo punto la sfida è quella di stabilizzare queste rare pratiche – nel panorama nazionale – di programmazione integrata zonale con un secondo PIS elaborato questa volta non in una condizione di emergenza, e di riuscire a connettere strettamente l'articolazione verticale della governance istituzionale multilivello rendendo i documenti di programmazione integrata effettivamente efficaci e vincolanti per tutti gli enti pubblici coinvolti.

Barbara Trambusti

Dirigente Settore Integrazione sociosanitaria

La programmazione Integrata zonale

Il Piano Integrato di Salute è stato introdotto nella normativa toscana nel 2005, all'articolo 21 della LRT 40/2005 che tuttora costituisce e regola il sistema sanitario e sociosanitario regionale.

1. Il piano integrato di salute, di seguito denominato PIS, è lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di zona-distretto, che si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione.
2. Nel caso di sperimentazione della Società della salute ... il PIS costituisce lo strumento unico di programmazione sociosanitaria di zona-distretto.¹

Dalla sua origine il compito del PIS è stato quello di:

- a) definire gli obiettivi di salute e benessere e i relativi standard quantitativi e qualitativi
- b) individuare le azioni attuative
- c) individuare le risorse messe a disposizione dai diversi soggetti per la sua attuazione
- d) attivare gli strumenti per valutare il raggiungimento degli obiettivi.

Nel 2008 la LRT 40/2005 è stata integrata da un massiccio intervento che ha riguardato una prima evoluzione degli organismi che compongono il sistema della governance istituzionale multilivello, la costituzione definitiva delle Società della Salute fino ad allora 'sperimentali', e ha interessato anche il Piano Integrato di Salute.

1. Il piano integrato di salute, di seguito denominato PIS, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello di zona-distretto.
2. È compito del PIS:
 - a) definire il profilo epidemiologico delle comunità locali
 - b) definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi zonali in linea con gli indirizzi regionali
 - c) individuare le azioni attuative
 - d) individuare le risorse messe a disposizione dai comuni, comprese quelle destinate al finanziamento dei livelli di assistenza aggiuntivi, e quelle provenienti dal fondo sanitario regionale
 - e) definire la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi
 - f) definire il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con la programmazione regionale
 - g) attivare gli strumenti di valutazione per misurare gli obiettivi specifici di zona.
3. Il PIS comprende programmi e progetti operativi; i programmi individuano gli obiettivi e le risorse complessivamente disponibili per la loro realizzazione secondo gli indirizzi contenuti negli obiettivi

¹ L'art. 21 della LRT 40/2005 nel suo testo originario.

di salute condivisi a livello regionale e specifici di zona; i progetti operativi individuano le azioni necessarie a conseguire i singoli obiettivi previsti dai programmi di riferimento.

4. Ai fini del coordinamento delle politiche sociosanitarie con le altre politiche locali in grado di incidere sullo stato di salute della popolazione e dell'integrazione fra i diversi strumenti di programmazione locale, il procedimento di formazione del PIS prevede:

- a) il raccordo con le competenti strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate;
- b) la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del terzo settore. ²

Con le modifiche del 2008 il PIS diventa quindi *lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello di zona-distretto*, e prende avvio il processo di prima elaborazione nelle allora 34 zone-distretto che, per legge regionale, coincidono già dal 1997 con gli ambiti territoriali sociali e fanno riferimento a una stessa Conferenza Zonale dei Sindaci.

Dopo un periodo di interruzione, nel 2017 riprende il processo di elaborazione del PIS (DGR 573/2017) in attuazione delle riforme del sistema sanitario e sociosanitario regionale intercorse tra il 2014 e il 2017 che, tra le altre profonde modifiche al sistema, hanno portato le zone-distretto a ridursi da 34 a 28.

Questo Report espone le informazioni generali prodotte dall'intero sistema di programmazione integrata durante il periodo 2020-2025, ed è completato da tre volumi che raccolgono per ciascuna Area Vasta le schede specifiche e gli alberi della programmazione sviluppati da ogni Ambito Zonale nei sei anni.

1. I contenuti e la struttura del Piano Integrato di Salute (PIS)

Il PIS assorbe e integra tra loro il Piano delle Attività Territoriali (PAT) ³ e il Piano di Zona (PdZ) ⁴, che nella normativa toscana è denominato Piano d'Inclusione Zonale ⁵. Le principali aree di programmazione sono:

- Sanità
Territoriale/Cure
Primarie
- Sociosanitario
- Socioassistenziale
- Promozione della
salute
- Contrasto alla Violenza
di genere



² L'art. 26 della LRT 60/2008 di modifica della LRT 40/2005, che sostituisce interamente l'art. 21 della LRT 40/2005.

³ D.Lgs. 502/1992, art. 3-quater, comma 3 (come modificato dal D.Lgs. 229/1999).

⁴ Legge 328/2000, art. 19.

⁵ LRT 41/2005, articolo 29.

Per ciascuna area di programmazione, gli ambiti zonali sono chiamati a elaborare la loro programmazione pluriennale e annuale attraverso un sistema di obiettivi, programmi e schede condiviso tra le amministrazioni comunali e la zona-distretto.

Accanto alla sua natura operativa, il PIS tuttavia è profondamente orientato verso il concetto di salute dell'OMS e il lavoro sui determinanti di salute; per questo la spinta verso la programmazione integrata aggiunge anche la promozione di programmi condivisi con ambiti ulteriori come l'istruzione, il lavoro, l'abitazione, il trasporto.

L'**Indice del PIS** è strutturato in quattro grandi sezioni, le prime due sono a valenza pluriennale mentre le altre due vengono aggiornate a cadenza annuale:

A. Sezione Conoscitiva

- Profilo di salute
- Profilo dei servizi

B. Dispositivo di Piano

- Linee strategiche pluriennali
- Obiettivi di salute
- Budget integrato di programmazione
- Ufficio di piano
- Percorso di partecipazione

C. Programmazione Operativa Annuale

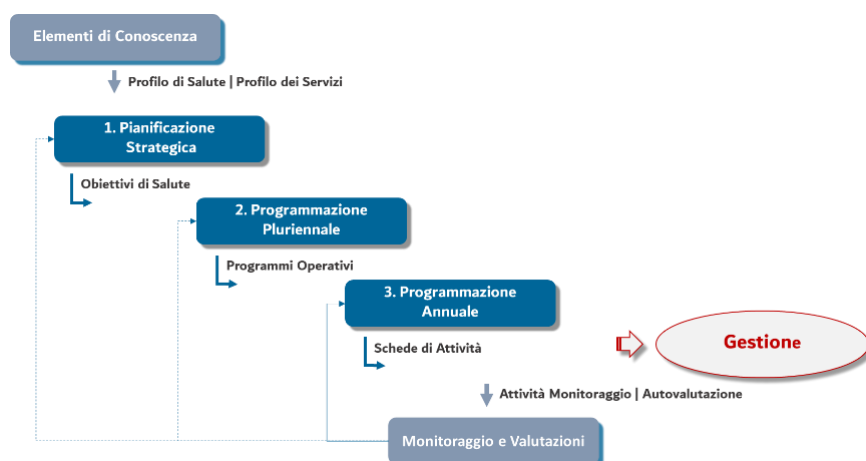
- Programmi operativi
- Schede di attività

D. Monitoraggio e Valutazione

- Monitoraggio attività
- Valutazione azioni del PIS

La **struttura logica** del PIS si basa sull'articolazione degli Obiettivi di Salute, Programmi Operativi, Schede di Attività.

Obiettivi di Salute. Definiscono i grandi orientamenti assunti dalle politiche locali sulla salute verso cui indirizzare tutta la programmazione pluriennale dell'ambito zonale, sono espressi in numero contenuto perché ciascuno di essi agisce su un campo tematico molto vasto. Vengono definiti in relazione al quadro conoscitivo composto dal Profilo di salute e dal Profilo dei servizi e contengono: una denominazione sintetica; le specifiche evidenze ricavabili dal profilo di salute e dal profilo dei servizi; una breve tematizzazione del problema/obiettivo seguita dall'approccio o dalla metodologia scelta per intervenire; i risultati generali da perseguire. È possibile legare gli Obiettivi di Salute alla programmazione recata dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR).



Programmi Operativi. Ogni Obiettivo di Salute è articolato in più Programmi Operativi, ciascuno dei quali definisce un gruppo coerente di azioni individuate per attuarlo. I Programmi Operativi vengono elaborati secondo un approccio trasversale alle aree o ai settori di programmazione e assumono una prospettiva pluriennale, per

queste caratteristiche rappresentano il maggiore veicolo di integrazione dei sistemi zonali. Ognuno di essi riporta: descrizione, logica progettuale, azioni collegate, durata, riferimenti specifici alla programmazione nazionale e regionale.

Schede di Attività. Ogni Programma Operativo è articolato in più Schede che definiscono le attività da realizzare durante un singolo anno di programmazione, sono legate tra loro dalla attuazione del medesimo programma operativo a cui appartengono e dalla finalità dell'obiettivo di salute a cui sono riferite. Le Schede di Attività operano allo stesso livello dei Budget operativi aziendali e dei PEG comunali, ma li raccolgono, li incrociano e li integrano tra loro secondo una logica territoriale condivisa e riferita all'intero Ambito zonale sanitario e sociale (una scheda di attività è una sorta di budget/peg di zona valido sia per la sanità del distretto che per il sociale di tutti i comuni dell'ambito). Ogni Scheda di Attività riporta attività, azioni, scadenze, risorse integrate, tipologia di gestione.

Il ciclo logico del PIS pluriennale si apre con l'analisi della base conoscitiva (Profilo di salute e Profilo dei servizi); si sviluppa con l'articolazione della sequenza Obiettivi strategici, Programmi pluriennali, Schede annuali; si conclude con i due Monitoraggi annuali, uno intermedio centrato sull'andamento dei Programmi e uno finale centrato sui risultati delle Attività.

Dal monitoraggio di fine anno delle schede di attività riprende avvio la programmazione operativa annuale (POA) dell'anno successivo con cui vengono definite le attività da realizzare, con le relative risorse integrate, ritenute utili e necessarie per perseguire gli obiettivi e i programmi integrati nelle materie sanitarie, sociosanitarie, socioassistenziali, della prevenzione e del contrasto alla violenza di genere.

2. Il processo di programmazione integrata

Il PIS è approvato dalla Conferenza Integrata Zonale o dall'Assemblea dei Soci delle Società della Salute, perché quando costituita l'Assemblea SdS assorbe le competenze della Conferenza. In entrambi i casi l'organismo è composto dai Sindaci dei comuni di uno stesso ambito territoriale insieme al Direttore Generale della Asl di riferimento. L'organismo è regolato dalla legge regionale,

esprime le proprie deliberazioni attraverso provvedimenti approvati con il voto pesato e una maggioranza qualificata.

Il PIS è elaborato tecnicamente dal Direttore di Zona-distretto o dal Direttore della SdS perché anche in questo caso, in presenza di SdS, le competenze sono assorbite. Il Direttore di Zona/SdS elabora una proposta di PIS seguendo gli indirizzi ricevuti dalla Conferenza di zona o Assemblea SdS, e sempre in riferimento alle programmazioni regionali e nazionali di settore. In questa funzione il Direttore è supportato dall'Ufficio di Piano, una struttura tecnica regolata dalla legge regionale e composta da personale messo a disposizione dall'azienda e dal distretto per la sanità, dalle singole amministrazioni locali della zona per il sociale.

Il **processo di programmazione integrata** si compone di tre grandi fasi:



a. Una fase istituzionale in cui la Conferenza di Zona / Assemblea SdS avvia il procedimento con un apposito atto ed esprime gli indirizzi generali che orientano il PIS.

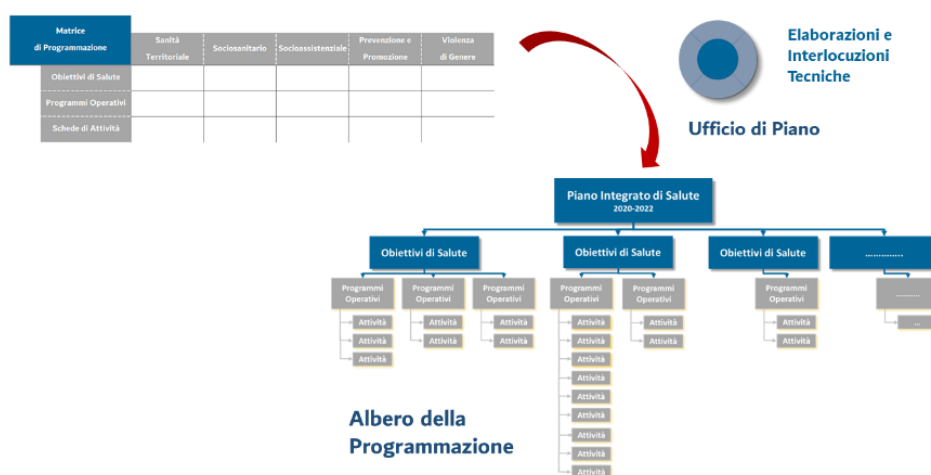
b. Una fase tecnica dedicata alla elaborazione delle proposte da parte del Direttore di Zona/SdS insieme all'Ufficio di Piano. In questa fase vengono attivate anche tutte le interlocuzioni tecniche ritenute appropriate ed efficaci con le altre strutture organizzative sanitarie e sociali, e con qualsiasi altra organizzazione pubblica, del terzo settore o privata ritenuta in grado di incidere positivamente sui determinanti di salute secondo gli indirizzi ricevuti.

c. Una fase istituzionale in cui la proposta tecnica viene ricevuta dalla Conferenza di zona / Assemblea SdS, fatta oggetto di confronto e discussione, e infine approvata con le eventuali modifiche o integrazioni del caso.

Sul piano squisitamente tecnico l'elaborazione del PIS comporta un passaggio decisivo: la trasformazione della programmazione settoriale in programmazione territoriale integrata. Ciascun settore assistenziale sanitario, sociosanitario o sociale è abituato a pensare la programmazione pluriennale e annuale esclusivamente in riferimento ai propri obiettivi gestionali; le forme di collaborazione nascono eventualmente in un secondo momento, quando si avverte la necessità di ricevere il contributo di altre strutture organizzative per il raggiungere gli obiettivi prefissati. Il passaggio dalla programmazione per silos organizzativi alla programmazione guidata da obiettivi di salute territoriali, implica un radicale cambiamento di prospettiva. Nel Piano Integrato di Salute, i Programmi operativi hanno la funzione di organizzare le azioni attuative in modo trasversale alle

single strutture organizzative di settore, per perseguire l'impianto integrato della programmazione secondo una prospettiva pluriennale guidata dai grandi obiettivi di salute.

Il cosiddetto **'albero della programmazione'** è il risultato di questa tessitura trasversale e integrata delle azioni e delle attività annuali, che produce una nuova configurazione rispetto alla semplice programmazione interna dei vari silos organizzativi, perché è basata sulla visione dei bisogni complessivi dell'ambito territoriale ed è orientata dagli obiettivi generali espressi in modo condiviso per la sanità, il sociosanitario e il sociale. Seguendo questo processo di reale programmazione integrata, è possibile trovare aggregate nello stesso Programma operativo pluriennale delle Schede di attività che contemplano azioni e risorse annuali di diverse strutture organizzative sanitarie e sociali, rompendo in questo modo la verticalità naturale delle programmazioni divisionali. Nei 28 PIS della Toscana sono effettivamente presenti Programmi Operativi molto maturi e complessi che associano Schede di attività riferite a diverse organizzazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, tutte interrelate tra loro dal perseguimento di una stessa linea di lavoro integrata.



Durante la costruzione dell'albero della programmazione si sviluppano rilevanti azioni di interlocuzione, confronto, condivisione tra strutture tecniche della sanità e del sociale, ma anche con organizzazioni esterne a questo mondo attivate dall'orientamento verso i determinanti di salute. La complessità si accresce all'aumento delle interlocuzioni e della loro varietà.

Il secondo fattore di complessità è dovuto alla necessaria relazione che intercorre tra gli elaborati dei PIS e le programmazioni generali degli Enti e delle Organizzazioni coinvolte. È il caso del rapporto tra i Programmi e le Schede dell'ambito sociale e gli strumenti di programmazione generali delle singole Amministrazioni comunali a cui fanno riferimento. Dinamica analoga lega i Programmi e le Schede elaborate in ambito sanitario con la programmazione generale dell'Azienda ASL di appartenenza, fattore piuttosto rilevante viste le dimensioni delle tre Asl toscane che annoverano tra otto e dieci ambiti zionali ciascuna.

Da questo punto di vista, particolarmente interessante si è rivelata l'esperienza organizzata negli ultimi anni dalla Asl Centro e le otto SdS di riferimento, che ha prodotto un sistema stabile e riconosciuto di negoziazione e condivisione tra Dipartimenti aziendali e SdS guidato dalla Direzione aziendale. In quella sede vengono identificati dei nuclei fondanti di azioni e attività, accettati da tutti gli interlocutori, che diventano la base condivisa del rapporto tra gli otto PIS e la

programmazione aziendale. Questa base comune viene riportata annualmente nella disponibilità delle singole zone tramite il sistema informativo ProWeb, che ha sviluppato uno strato intermedio tra Zone e Asl per lo scambio codificato di documenti attuativi della programmazione, che permette a ciascun Direttore di SdS di riprendere la base condivisa e utilizzarla per determinare liberamente la propria proposta di PIS. Si tratta di un passaggio molto interessante che richiama l'organizzazione 'a matrice aziendale' – ai soli fini della programmazione integrata zonale – supportata da un embrione di ufficio di piano aziendale.

3. La piattaforma regionale

Nel corso degli anni Regione Toscana ha costruito una vera e propria piattaforma di azioni a supporto dei Piani Integrati di Salute e del processo complessivo di programmazione multilivello. Semplificando una vicenda lunga e complessa, possono essere considerati quattro gli elementi portanti della piattaforma regionale:

- I Profili di salute zonali
- Il sistema informativo ProWeb
- L'accompagnamento agli Uffici di piano
- I laboratori di Co-programmazione

I Profili di salute zonali. Sono strumenti di pianificazione sanitaria che descrivono lo stato di salute della popolazione e i fattori che la influenzano, sia a livello della zona distretto che delle Società della Salute. Al fine di facilitare la lettura dei bisogni di salute e di risposta dei servizi e la conseguente programmazione locale per le zone e società della salute la Regione Toscana, in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità, l'Osservatorio Sociale Regionale, il Centro Regionale per l'infanzia e l'Adolescenza e il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa, ogni anno mette a disposizione alcune schede sintetiche e indicatori utili alla costruzione o aggiornamento dei Profili di Salute, strumento necessario per la programmazione dei Piani Integrati di Salute. Con questo strumento il sistema sociosanitario si propone di fornire una serie di dati e informazioni comuni tra i diversi territori mediante una nutrita batteria codificata di indicatori comparabili in benchmarking; facilitare la lettura del dato a favore di una più concreta e contestualizzata programmazione e valutazione dei servizi e percorsi; valorizzare le informazioni raccolte da diversi settori e istituti in maniera sistematica con ritorno ai territori. Il Profilo di Salute raccoglie in maniera sintetica gli indicatori messi a disposizione ed è composto da due set di indicatori che rispondono ai diversi bisogni di lettura dei territori: indicatori per il monitoraggio della salute della popolazione; indicatori per il monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali e servizi territoriali.

Piani integrati di salute

Strumenti di programmazione zonale



Benvenuto nel sistema informativo PROWEB 2025

PROWEB è una piattaforma per la programmazione zonale integrata sociale e socio-sanitaria che la Regione Toscana ha messo a punto, a partire dal 2018, per supportare e guidare le zone distretto nella definizione dei Piani Integrati di Salute e per la Programmazione operativa annuale.

L'accesso alla piattaforma è riservato ai Direttori delle zone distretto, ai responsabili degli Uffici di Piano zonali e aziendali e agli utenti abilitati dai Direttori stessi. Per chiedere di essere abilitati all'accesso come responsabile di UF o UO contattare il Direttore di zona o il responsabile dell'Ufficio di Piano.

La piattaforma è aperta per il **monitoraggio finale** della programmazione 2024 e per l'aggiornamento della **programmazione annuale 2025** fino al 28-2-2025.

[Accedi all'area riservata](#)

[Archivio della programmazione regionale](#)

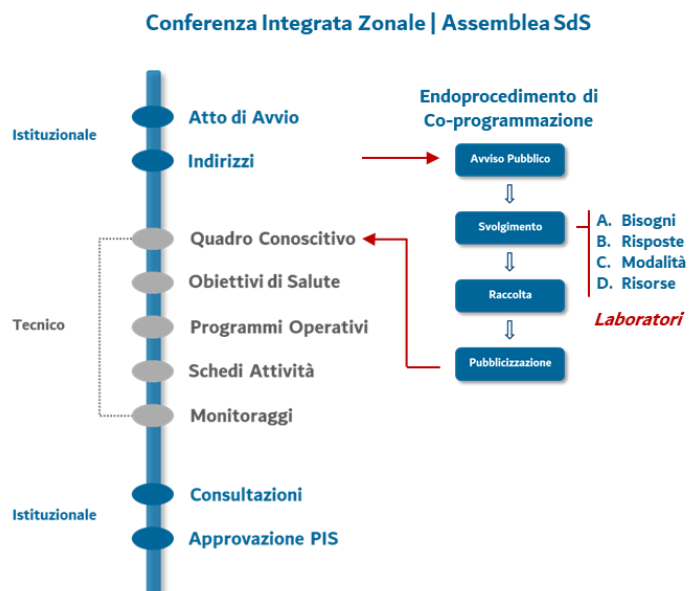
Il sistema informativo ProWeb.

Parallelamente allo sviluppo tecnico del PIS è stato costruito un sistema informativo dall'architettura originale e personalizzata, che nella sua evoluzione è stato fortemente orientato dai confronti ricorsivi e dalle richieste condivise nella comunità di pratica degli Uffici di Piano. Il sistema ProWeb2020 segue passo dopo passo lo sviluppo del percorso di

programmazione, offrendo uno strumento specifico per ciascuna fase di lavoro, fino a giungere alla sezione dedicata al monitoraggio e alla valutazione che pone le basi per l'aggiornamento annuale della programmazione operativa e il successivo sviluppo del PIS. L'architettura del sistema informativo è stata pensata come una serie di legami strutturati tra i processi di programmazione e i soggetti coinvolti in ogni singola fase, soggetti considerati a loro volta come immersi nelle rispettive reti costituite da legami comunitari, professionali e amministrativi. Il sistema informativo ProWeb è il vero strumento che ha reso fisicamente possibile questi sei anni di programmazione integrata zonale, perché ha realizzato una piattaforma unitaria a carattere regionale a cui le singole zone accedono per organizzare, inviare e conservare tutti i contenuti della propria programmazione strategica pluriennale e operativa annuale.

L'accompagnamento agli Uffici di piano. A supporto degli Uffici di Piano è stata costituita una comunità di pratica che tratta periodicamente i maggiori temi legati alla programmazione annuale. Lo scambio alla pari tra i componenti degli uffici di piano e i diversi approfondimenti affidati a singole zone, rendono possibile la crescita condivisa e il sostegno reciproco tra i professionisti impegnati. A ulteriore sostegno del processo, la competente struttura organizzativa regionale organizza periodici sessioni di accompagnamento ai singoli Uffici di piano durante il periodo dell'aggiornamento operativo annuale (POA) che si svolge tra novembre e febbraio di ogni anno.

I laboratori di Co-programmazione. Il Codice del Terzo Settore e la LRT 65/2020 disciplinano la co-programmazione tra gli istituti dell'amministrazione condivisa che possono legare direttamente le azioni delle pubbliche amministrazioni con gli enti del terzo settore. Mediante il procedimento di co-programmazione, le organizzazioni della pubblica amministrazione acquisiscono gli interessi e i bisogni rappresentati dagli enti del Terzo settore e dalle altre amministrazioni, elaborano il quadro dei bisogni e dell'offerta sociale, assumono eventuali determinazioni conseguenti nelle materie di



propria competenza. La co-programmazione è finalizzata all'individuazione dei bisogni della comunità di riferimento da soddisfare, degli interventi necessari, delle modalità di realizzazione e delle risorse disponibili. Regione Toscana ha organizzato dei laboratori piuttosto particolari con alcuni ambiti zonal per individuare fasi, modalità e contenuti del processo di co-programmazione, inteso come un vero e proprio 'endoprocedimento' del complessivo percorso di

elaborazione del Piano Integrato di Salute.

Regione Toscana ha organizzato dei laboratori piuttosto particolari con alcuni ambiti zonal per individuare fasi, modalità e contenuti di percorsi di co-programmazione costruiti come 'endoprocedimenti' del complessivo processo di elaborazione dei Piani Integrati di Salute.

Sezione I | La dimensione regionale

Parte 1 | I contenuti delle programmazioni

1.1 Gli Obiettivi di Salute

Gli Obiettivi di salute rappresentano l'elemento centrale della programmazione strategica pluriennale. Si riferiscono ai grandi orientamenti assunti dalle politiche locali sulla salute, in relazione al quadro conoscitivo composto dal Profilo di salute e dal Profilo dei servizi. Costituiscono il modo con cui le linee

strategiche espresse dall'organo assembleare vengono espresse sotto forma di obiettivi per la programmazione zonale integrata, obiettivi resi operativi e concreti attraverso la conseguente programmazione operativa. L'oggetto della programmazione è il sistema integrato dei servizi zionali indipendentemente dalle forme di gestione attive nell'ambito zonale. Gli Obiettivi di salute, per la loro natura generale e strategica, sono espressi in numero contenuto, hanno una valenza triennale e ciascuno di loro agisce su un campo tematico molto vasto.

Gli Obiettivi di salute attualmente in vigore nei diversi ambiti zionali sono stati definiti nel 2020 con la redazione dei PIS. Nel sistema PROWEB, ogni obiettivo è corredato da una breve descrizione, dalle evidenze tratte dal profilo di salute e dal profilo dei servizi che ne motivano la scelta, e dalla metodologia individuata per affrontare il problema. Gli Obiettivi di salute possono inoltre essere

collegati, in modo facoltativo, alla programmazione regionale prevista dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR), attraverso i riferimenti a Driver, Target e Focus.

La figura successiva mostra il numero di obiettivi fissati nei PIS elaborati nel 2020 da ogni ambito zonale per il periodo di programmazione 2020-22

e che si sono mantenuti costanti fino ad oggi, in attesa del nuovo ciclo di programmazione.

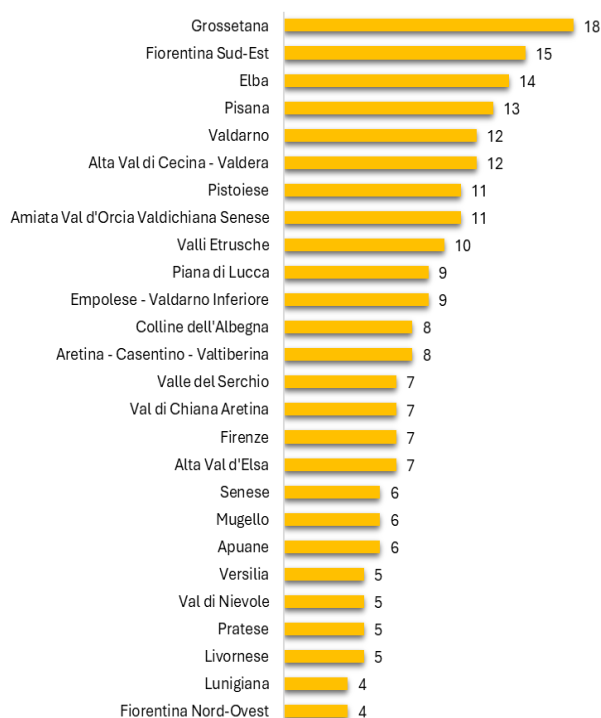


Figura 1: Obiettivi strategici di salute 2020-22 per ambito zonale

I criteri seguiti dalle zone nella formulazione degli obiettivi di salute sono piuttosto eterogenei: si passa da un minimo di 4

obiettivi per le zone Fiorentina Nord-Ovest e Lunigiana a un massimo di 18 obiettivi per la zona Grossetana. Il numero medio di obiettivi per zona è pari a 8,6.

La figura seguente rappresenta la distribuzione degli obiettivi di salute per area di programmazione. L'ambito di attività più rappresentato è quello sociosanitario, toccato dal 28% degli obiettivi, seguito dal socioassistenziale. Si tratta dei due ambiti che concentrano il maggior numero di attività e che sono suscettibili di maggiore trasversalità. Raggiungere un obiettivo strategico di salute spesso comporta la programmazione di una ampia serie di attività, che toccano più ambiti.

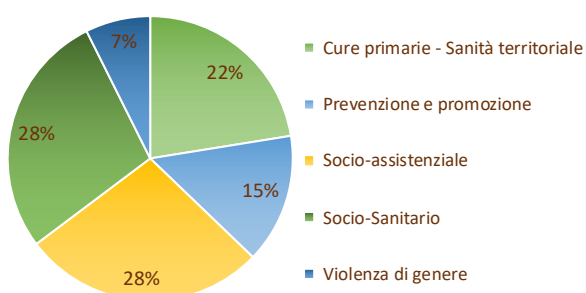


Figura 2: Distribuzione degli obiettivi di salute per aree di programmazione toccate

Analizzare la distribuzione degli obiettivi per aree di programmazione permette di valutare il livello di trasversalità dell'azione territoriale, che può essere considerato un indicatore indiretto dell'integrazione sociosanitaria prevista dalla normativa regionale. Non basta però che un obiettivo includa attività di più ambiti per parlare davvero di integrazione. È comunque utile osservare la trasversalità in base al numero di aree di programmazione coinvolte dalle attività collegate a ciascun obiettivo.

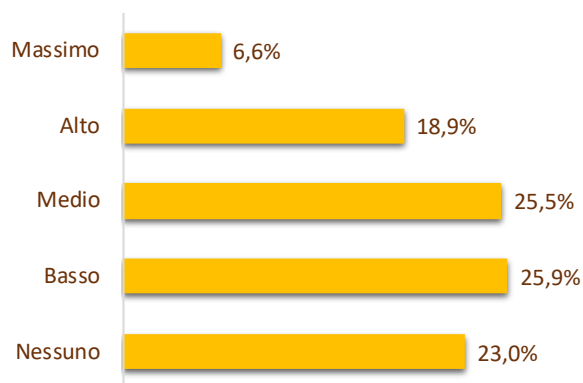


Figura 3: Distribuzione degli obiettivi di salute per livello di trasversalità

Come si può notare, il 23% degli obiettivi non presenta alcuna trasversalità, ovvero contiene attività relative a un solo ambito di programmazione. Il 25,9% degli obiettivi tocca solo due ambiti di programmazione (basso livello di trasversalità). Il livello massimo di trasversalità, ovvero obiettivi che includono attività pertinenti a tutte e 5 le aree di programmazione, riguarda solo il 6,6% degli obiettivi.

L'approccio trasversale alla programmazione non caratterizza in modo uniforme le diverse zone. La figura seguente evidenzia come i modelli di programmazione si differenzino in misura anche elevata nei diversi territori. A un estremo, troviamo la zona senese che denota un'elevata trasversalità della programmazione, con obiettivi di salute che toccano in media 4,3 ambiti tematici; all'estremo opposto troviamo il Valdarno Aretino e l'Alta Val di Cecina Valdera dove invece sembra prevalere un approccio monotematico, con 1,8 ambiti tematici per obiettivo.

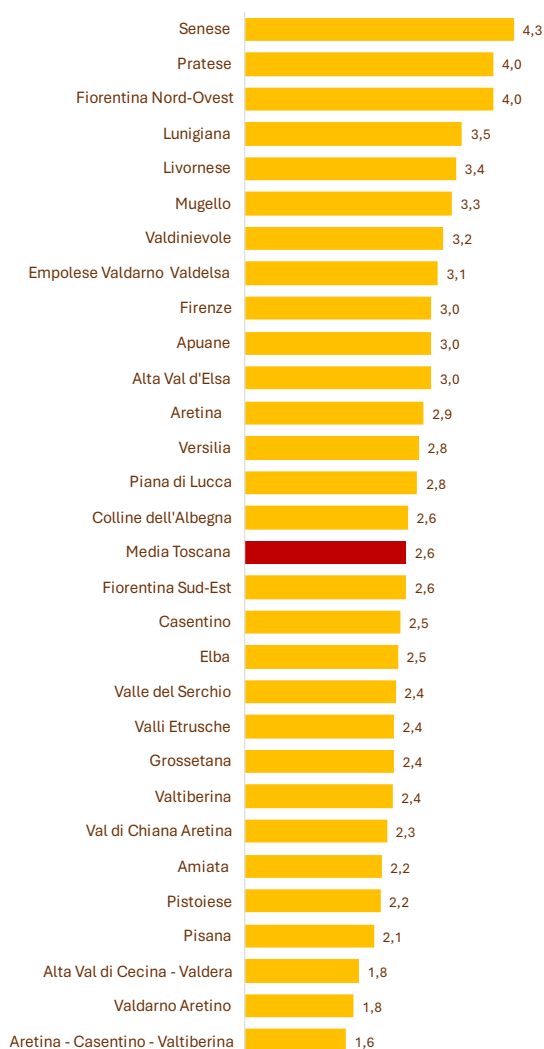


Figura 4: N° medio di aree di programmazione per obiettivo di salute e per zona (trasversalità)

La figura non deve indurre a giudizi di valore sui modelli di programmazione. Avere un'elevata trasversalità non necessariamente implica una maggiore integrazione operativa. Talvolta, infatti, gli obiettivi ad elevata trasversalità sembrano essere più dei contenitori di programmi e attività che lo sviluppo ad albero di un articolato quadro logico.

Ulteriori differenze di approccio alla programmazione emergono dall'analisi del modo in cui gli obiettivi strategici di salute

sono stati formulati.

Una semplice analisi testuale dei titoli dei programmi⁶ evidenzia come nel 27% dei casi le zone abbiano adottato un approccio tematico, anziché operativo, ovvero, una interpretazione dell'obiettivo come un raggruppamento di attività, anziché come una risposta intenzionale a specifici bisogni di salute.

Ulteriori differenze significative si riscontrano nel livello di integrazione dei programmi e delle attività all'interno degli obiettivi. Si oscilla tra obiettivi articolati su più programmi e attività, ad obiettivi composti da un solo programma e, in alcuni casi, da una sola attività. Per 4 obiettivi, inseriti nel PIS 2020-2022, addirittura non si riscontrano attività associate nei 4 anni di programmazione operativa.

Si tratta di differenze che denotano interpretazioni differenziate di una materia e di una metodologia che dovrebbero invece tendere ad essere uniformi, anche sotto il profilo del lessico e della classificazione tematica.

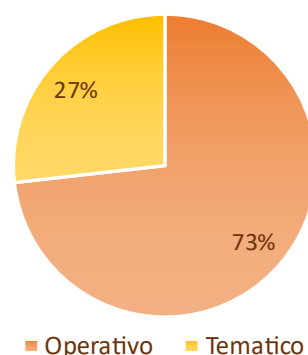


Figura 5: Distribuzione degli obiettivi di salute per tipologia di formulazione

Per ovviare a queste problematiche, nella ASL Centro, l'Ufficio di Piano della ASL ha svolto fin

⁶ I diversi obiettivi zionali sono stati classificati in base al modo in cui il titolo è stato formulato. Dove nel titolo si denota un'azione o un'intenzione (es. "Facilitare l'accesso ai servizi territoriali") abbiamo

classificato l'obiettivo come "operativo"; dove invece nel titolo ci si limita a una definizione di un ambito di azione (es. "Disabilità") abbiamo classificato l'obiettivo come "Tematico".

dal 2020, un'attività di coordinamento che ha determinato la concertazione con gli Uffici di Piano zonali di modelli (template) di schede operative, relative alle attività distrettuali della sanità territoriale e dell'area socio-sanitaria. Questo coordinamento ha avuto il merito di attivare un confronto sistematico e ricorrente tra tutti i territori della ASL Centro, favorendo la condivisione degli elementi chiave della programmazione. Resta però fondamentale stimolare i singoli Uffici di Piano zonali a introdurre gli adattamenti e le

1.2 I Programmi Operativi

I Programmi operativi individuano gruppi coerenti di attività che vengono attuate secondo la finalizzazione definita nella descrizione del programma. Il Programma operativo raggruppa tipicamente un certo numero di schede operative di attività e può quindi essere trasversale alle aree e ai settori di programmazione. Per questa caratteristica rappresenta il maggiore veicolo di integrazione operativa dei sistemi zonali. Ogni programma operativo riporta anche la sua estensione temporale rispetto alle annualità di vigenza del PIS (2020-2022).

Ciascun programma è qualificato mediante una descrizione sintetica, il collegamento con l'Obiettivo di salute, la logica progettuale che connette le singole schede di attività incluse nel programma. È possibile legare i Programmi operativi con le Schede operative regionali allegato al PSSIR, i Piani regionali di settore ed i Piani nazionali di settore.

Nel corso dei sei anni di programmazione

personalizzazioni necessarie a livello locale.

L'analisi dei sei anni di programmazione evidenzia una certa continuità nel tempo della programmazione associata ai vari obiettivi, ma anche, in alcuni casi, un cambiamento. Per alcuni obiettivi si osserva nel tempo un aumento del numero di attività associate; per altri, al contrario, si osserva una diminuzione del loro peso in termini di attività. In 18 casi, obiettivi di salute formulati nel PIS del 2020 si sono nel tempo svuotati di attività⁷.

I Programmi operativi raggruppano tipicamente un certo numero di schede operative di attività e possono essere trasversali alle aree e ai settori di programmazione. Per questa caratteristica rappresentano il maggiore veicolo di integrazione operativa dei sistemi zonali.

operativa, dopo una certa stabilità tra il 2020 e il 2023, nel 2024 si assiste a una diminuzione del numero dei programmi operativi, che passano dai 668 del 2023 ai 639 del 2024. Nel 2025, con 649 programmi si assiste a una leggera crescita (figura1).

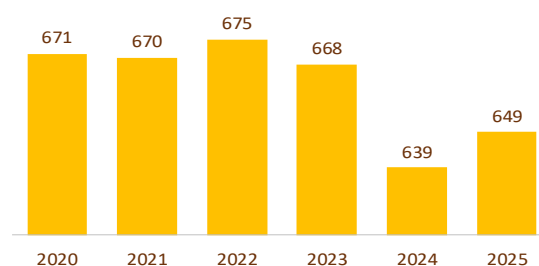


Figure 1: Evoluzione del numero di programmi operativi dal 2020 al 2025

La diminuzione del 2024 riguarda in particolare alcune zone (Apuane, Valli Etrusche e Elba). Nel 2025 si assiste invece a

⁷ 8 obiettivi sono relativi alla zona Aretina-Casentino-Valtiberina che dal 2022 ha cessato di esistere ripartendo quindi la programmazione e gli 8 obiettivi di salute nelle 3 nuove zone. In alcuni casi, si tratta di

obiettivi organizzativi legati al processo di fusione che sono venuti meno al completamento del processo o, meglio, al venir meno del relativo incentivo regionale.

una significativa revisione dell’impianto di programmazione nella zona pisana, che vede una diminuzione del 34% del numero di programmi attivi, ma una crescita nella maggior parte delle altre zone, che porta complessivamente a un saldo positivo di 10 programmi.

Ogni obiettivo di salute viene attuato attraverso una media di circa 3 programmi operativi. Tale evidenza non coglie che una piccola parte della varietà di approcci e situazioni presenti nella programmazione operativa, che vanno a coprire un range

diversificato e composito. A un estremo, si collocano collegamenti ‘1 a 1’ tra obiettivi e programmi (Grossetana, Valdarno Aretino, Mugello, Alta Val D’Elsa); all’altro estremo si collocano collegamenti di un numero elevato di programmi, che si addensano attorno a un unico obiettivo (Lunigiana, Versilia, Livornese, Firenze). La prima casistica, si avvicina ad approcci di natura settoriale (tuttavia non legati necessariamente a un basso numero di obiettivi trasversali), contrapposti ad approcci più integrati dal punto di vista delle aree e dei settori di programmazione interessati.

1.3 Le Schede di Attività

Le schede di attività rappresentano il livello più elementare dell’albero della programmazione, descrivono le attività attraverso le quali le zone attuano i programmi operativi e perseguono gli obiettivi di salute. La tabella seguente sintetizza l’evoluzione dell’articolazione della programmazione per area, obiettivo, programma e attività⁸.

Area	Obiettivi	2020		2021		2022		2023		2024		2025	
		Programmi	Schede	Programmi	Schede	Programmi	Schede	Programmi	Schede	Programmi	Schede	Programmi	Schede
CP	128	245	870	258	885	272	1.042	261	977	252	966	278	953
PP	84	110	465	115	501	120	524	115	483	110	465	140	463
SA	157	272	932	278	991	284	1.007	280	1.040	270	995	297	989
SS	159	289	1.191	285	1.231	300	1.426	297	1.403	298	1.459	337	1.413
VG	42	39	95	36	92	35	93	35	94	35	94	42	90
Totale	570	955	3.553	972	3.700	1.011	4.092	988	3.997	965	3.979	1.094	3.908

Tabella 1: Evoluzione 2020-2025 del quadro generale della programmazione: obiettivi, programmi e schede

Nel corso dei 6 anni di programmazione si registra fino al 2022 una forte crescita del numero di schede di attività, che passano da 3.553 nel 2020 a 4.092 nel 2022. Questa crescita è legata sia alle molte iniziative locali connesse alla pandemia COVID, sia alla crescita della capacità (in certi casi attenzione) delle zone nel registrare nel sistema PROWEB e negli atti di programmazione tutte le attività gestite sul territorio. A partire dal 2022, con l’interruzione di molte attività legate alla

pandemia COVID, è iniziata una graduale diminuzione del numero di schede operative.

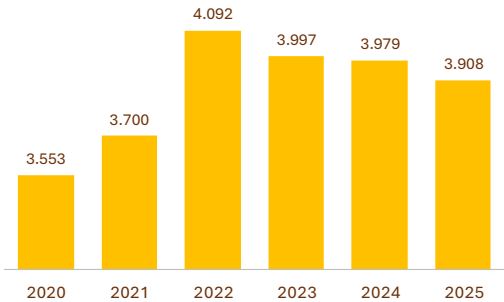


Figure 2: Evoluzione 2020-2024 del numero di schede POA

⁸ La somma del numero degli obiettivi e programmi per area di programmazione è superiore al numero totale degli obiettivi e dei programmi in quanto, come detto, ognuno di essi può toccare più ambiti di attività.

Entrando nel dettaglio territoriale e in alcuni contenuti qualitativi della programmazione prodotta dai 28 ambiti zionali, si evidenziano, in particolare, il numero di schede per area di programmazione, la tipologia di attività (continuativa o progetto con inizio e fine) e l'eventuale natura innovativa.

Per quanto riguarda la distribuzione delle schede di attività per area di programmazione, l'area sociosanitaria si conferma la più rilevante, con una quota in crescita dal 33,5% nel 2020 al 36,2% nel 2025. Seguono l'area socioassistenziale e quella delle cure primarie e sanità territoriale, entrambe con circa un quarto delle schede. Nel complesso, la distribuzione rimane stabile lungo l'intero periodo, ad eccezione dell'incremento registrato nell'area sociosanitaria.

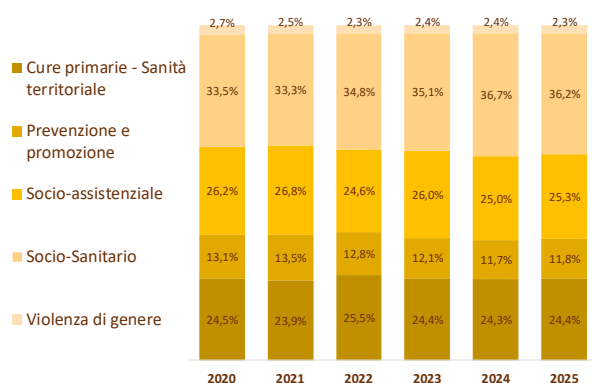


Figura 6: Evoluzione 2020-2025 della distribuzione delle schede POA per area di programmazione

Al fine di ottenere uniformità delle informazioni prodotte dai singoli Uffici di Piano, in via preventiva sono state fornite istruzioni per l'elaborazione delle schede POA, alcune delle quali relative proprio alle informazioni di seguito dettagliate. In particolare, sono state discriminate le attività

continue da quelle di natura progettuale, mentre è stata fornita una cornice definitoria al concetto di "innovazione", così come sarebbe stato da intendersi per la Programmazione operativa:

- Attività continue: tutte le attività che non sono legate a un progetto specifico.
- Attività progettuali: attività legate a una progettazione specifica che quindi presenta delle date ben definite di inizio e di fine attività.
- Attività innovative⁹: indipendentemente dalla classificazione precedente (Attività continue o Attività progettuali) per attività innovative si intendono: "Nuove idee (prodotti, servizi e modelli) che rispondono ai bisogni sociali e/o sanitari in modo più efficace delle alternative esistenti e che, allo stesso tempo, creano nuove relazioni e collaborazioni. Il processo sotteso all'innovazione implica trasformazioni tanto di prodotto (i servizi offerti) quanto di processo (chi offre il servizio e con quali risorse), che si distinguono dal resto delle sperimentazioni per il fatto di riuscire a migliorare effettivamente e in modo duraturo la qualità della vita dei cittadini."

La figura seguente evidenzia il miglioramento della classificazione delle diverse tipologie di attività con la scomparsa nel 2024 delle attività non classificate. La parte largamente maggioritaria delle attività è tuttavia rappresentata dalle attività continue.

⁹ Il carattere di innovatività delle attività, a partire dal 2025, non viene più rilevato.

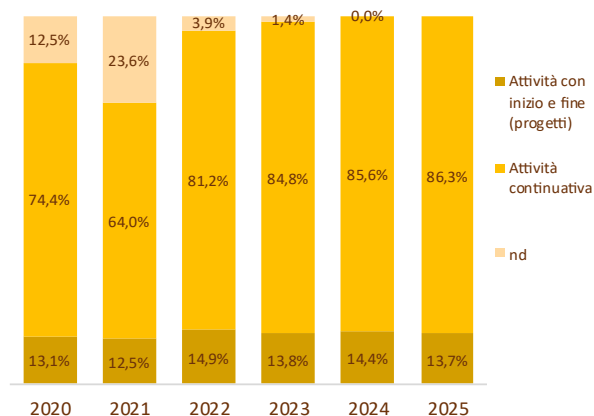


Figura 7: Evoluzione 2020-2025 della distribuzione delle schede POA per tipologia di attività

Le oscillazioni nel numero di attività sono fisiologiche in quanto una parte consistente di esse è costituita da interventi con un inizio e una fine, ovvero progetti, che costituiscono tra il 12% e il 15% delle attività. Più dell'85% delle schede fa riferimento ad attività continuative. L'ambito socioassistenziale è l'area che vede la quota più elevata di attività progettuali (circa il 25%), molto più elevata rispetto alle altre aree di programmazione (cure primarie 6%, sociosanitario 13%).

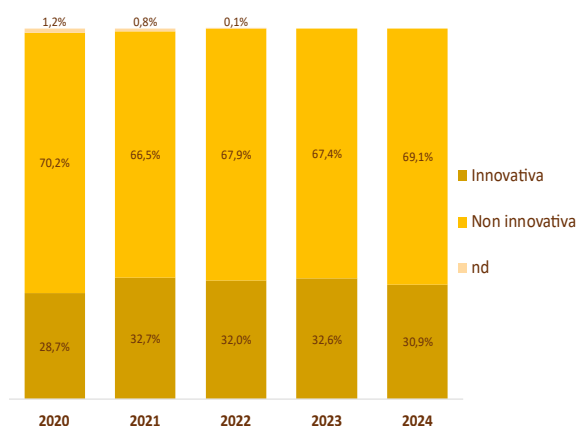


Figura 8: Evoluzione 2020-2024 della distribuzione delle schede POA per tipologia di attività innovativa

Le attività innovative sono poco meno di un terzo del totale, con una percentuale che oscilla nei sei anni di programmazione, passando dal 28,7% del 2020 al 31% del 2024. È interessante notare la crescita delle attività innovative nel periodo 2021-2023 in conseguenza principalmente della pandemia COVID.

A livello di area di programmazione, l'ambito con l'incidenza maggiore di attività innovative è quello delle cure primarie e della sanità territoriale che, nei sei anni della programmazione, ha visto crescere la quota di attività innovative dal 31% al 36%. Segue il socioassistenziale con una percentuale di attività innovative che passa dal 29% al 35%. Per quanto concerne il sociosanitario si mantiene su percentuali analoghe, intorno al 30%, con una leggera crescita nel periodo COVID.

Nelle pagine seguenti vengono riportate, per ogni area di programmazione, le tabelle che rappresentano l'evoluzione dal 2020 al 2025 della distribuzione delle schede di attività per settore e sottosettore.

Tabella 2: N. schede di attività per sottosettore prevalente di programmazione, area **Cure Primarie**, totale ambiti zonali

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
Assistenza territoriale	Assistenza ai turisti	9	9	9	9	9	8	8,8
	Assistenza ambulatoriale non integrata	35	33	35	26	28	19	29,3
	Assistenza domiciliare non integrata (cure domiciliari)	44	32	36	42	35	22	35,2
	Assistenza farmaceutica - Farmacie convenzionate	3	5	14	27	20	14	13,8
	Assistenza farmaceutica - Servizi territoriali e ospedalieri	21	19	12	3	19	22	16,0
	Assistenza integrativa	8	6	4	3	8	4	5,5
	Assistenza per adolescenti		1					1,0
	Assistenza per minori in situazione di disagio grave		1					1,0
	Assistenza protesica	22	20	18	18	19	14	18,5
	Assistenza sanitaria di base	92	62	61	68	122	87	82,0
	Assistenza specialistica ambulatoriale	57	50	52	45	61	35	50,0
	Azioni a supporto dell'invecchiamento attivo	27	28	19	11	15	8	18,0
	Azioni a supporto self management	19	17	23	18	10	11	16,3
	Continuità assistenziale (ex-guardia medica)	15	14	22	26	29	16	20,3
	Cure intermedie	41	39	24	15	24	12	25,8
	Emergenza sanitaria territoriale	15	23	16	14	14	11	15,5
	Interventi e attività a sostegno dei percorsi assistenziali pre e post partum		1	1	1			1,0
	Presidi territoriali	46	44	18	27	40	20	32,5
	Riabilitazione di iniziativa	11	12	20	28	6	5	13,7
	Sanità di iniziativa	52	39	18	19	44	26	33,0
	Sorveglianza dell'anziano fragile	2	2			1	2	1,8
	Strutture Residenziali a maggiore rilievo sanitario	17	18	16	17	20	11	16,5
	nd	6	20	189	136	2	142	82,5
	Assistenza territoriale Totale	542	495	607	553	526	489	535,3
Azioni di sistema Cure primarie	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema	11	22	93	114	116	82	73,0
	Formazione del personale						2	2,0
	Revisione e miglioramento dei processi amministrativi	1	1					1,0
	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali	14	36	16	6	20	34	21,0
	Revisione e miglioramento dei processi tecnici		1				2	1,5
	Ricerca	1		1	1	1		1,0
	Sistema informativo	2	1	4	4	3	1	2,5
	Sistemi di qualità e accreditamento		1		3	3	4	2,8
	Strumenti di Programmazione	1	1	4	3	5	6	3,3
	nd	1	1	19	4		19	8,8
	Azioni di sistema Cure primarie Totale	31	64	137	135	148	150	110,8
Cure palliative	Centri specialistici di cure palliative - Hospice	21	16	24	44	52	27	30,7
	Cure palliative domiciliari di primo livello o di base	36	27	26	11	22	27	24,8
	Cure palliative domiciliari di secondo livello o specialistiche	7	7	1	1	4	13	5,5
	Promozione e sensibilizzazione	18	16	12	3	13	14	12,7
	nd	3	2	18	12		11	9,2
	Cure palliative Totale	85	68	81	71	91	92	81,3

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
Materno-infantile	Affidamento familiare e adozione	7	4	1	2	2	1	2,8
	Assistenza al puerperio e supporto nell'accudimento del neonato	3	3	4	8	26	27	11,8
	Assistenza all'interruzione volontaria della gravidanza	15	13	18	20	18	13	16,2
	Assistenza alla donna in stato di gravidanza	46	40	9	9	10	14	21,3
	Assistenza per adolescenti	9	6	17	17	19	15	13,8
	Assistenza per menopausa	13	12	12	14	23	17	15,2
	Assistenza per minori in situazione di disagio grave	2	1				3	2,0
	Assistenza per problemi individuali e di coppia	1	1	3	3	2	1	1,8
	Assistenza per sterilità e infertilità	3	2	7	5	6	6	4,8
	Assistenza specialistica ambulatoriale	1						1,0
	Attività dei PdLS (Pediatri)	1				1		1,0
	Colloqui psicologico-clinici						2	2,0
	Consulenza preconcezionale	12	11				1	8,0
	Consulenza specialistica	1	2	2	2	3	4	2,3
	Corsi di accompagnamento alla nascita	4	6	33	30	28	19	20,0
	Interventi e attività a sostegno dei percorsi assistenziali pre e post partum	15	16	10	10	1	4	9,3
	Maternità e paternità responsabile	12	10	1	2	1	2	4,7
	Mediazione culturale	3	3	50	48	50	48	33,7
	Procreazione responsabile	7	3	1	1	2	5	3,2
	Psicoterapia	1	1	1	1		1	1,0
	Rapporti con Autorità giudiziaria	1	1	1	1			1,0
	Supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio	4	4	1	1	2	2	2,3
	Tutela della salute della donna	44	49	8	10	12	12	22,5
	Violenza di genere e sessuale	4	1	12	10	11	8	7,7
	nd		1	24	24	2	15	13,2
	Materno-infantile Totale	209	190	215	218	219	220	211,8
nd	nd	3	64	2		3	2	14,8
	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali		4					4,0
	nd Totale	3	68	2		3	2	15,6
Totale complessivo		870	885	1.042	977	987	953	952,3

Tabella 3: N. schede di attività per sottosettore prevalente di programmazione, area **Sociosanitario** totale ambiti zonali

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
Azioni di sistema Sociosanitario	Accesso	1						1,0
	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema	12	9	53	58	49	31	35,3
	Formazione del personale	2	4	1	1	1	1	1,7
	Attività di informazione e comunicazione						1	1,0
	Retta per accesso a servizi residenziali	1						1,0
	Revisione e miglioramento dei processi amministrativi	3	3	1		5	3	3,0
	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali	23	64	94	86	131	102	83,3
	Revisione e miglioramento dei processi tecnici				1			1,0

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
	Ricerca	1				2	2	1,7
	Sistema informativo	5	9	9	9	9	5	7,7
	Sistemi di qualità e accreditamento	1	1				4	2,0
	Sorveglianza epidemiologica			1				1,0
	Strumenti di Programmazione	4	2	8	8	17	14	8,8
	Strutture semiresidenziali per persone anziane	1						1,0
	nd	13	6	9	11	2	52	15,5
	Azioni di sistema Sociosanitario Totale	67	98	176	174	216	215	157,7
Dipendenze con Sostanze	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata	1	2					1,5
	Accoglienza	11	9	13	2	26	21	13,7
	Assistenza domiciliare socioassistenziale	2	1	1	1	1	1	1,2
	Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento			1	2	2	1	1,5
	Centro residenziale di accoglienza			8		8	3	6,3
	Centro semiresidenziale di accoglienza			8	16	8	4	9,0
	Certificazione dello stato di dipendenza patologica	4	1	4				3,0
	Collaborazione con Salute Mentale	3	2	3	3	5	4	3,3
	Colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia		1	1	2	3	3	2,0
	Colloqui psicologico-clinici	3	4	2	2	3	1	2,5
	Consulenza in medicina generale	1	1	1	1			1,0
	Consulenza specialistica	3	3	4	4	2	2	3,0
	Definizione piano personalizzato	11	9			2	5	6,8
	Gestione delle problematiche mediche specialistiche			1	1	4	3	2,3
	Gruppi di sostegno per familiari	1	1	7	9	9	9	6,0
	Gruppi di sostegno per utenti	5	5	2	1	3	2	3,0
	Interventi di riduzione del danno	21	19	16	15	7	5	13,8
	Patologie correlate				10	10	4	8,0
	Psicoterapia						1	1,0
	Rapporti con Autorità giudiziaria			1	1	3		1,7
	Servizio residenziale pedagogico riabilitativo	1	1				1	1,0
	Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o puerperio			1			1	1,0
	Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche		1	2	2	2	2	1,8
	Servizio residenziale terapeutico per minori e giovani adulti						1	1,0
	Servizio residenziale terapeutico riabilitativo	15	15	3	2	4	4	7,2
	Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo	9	8			1	2	5,0
	Supporto all'autonomia	16	15	23	23	28	18	20,5
	Terapie farmacologiche	3	2	11	11	12	8	7,8
	Valutazione dello stato di dipendenza;	3	6	3	1	2	2	2,8
	Valutazione diagnostica multidisciplinare	5	16	12	32	8	11	14,0
	nd	40	27	32	25	2	31	26,2
	Dipendenze con Sostanze Totale	158	149	160	166	155	150	156,3
Dipendenze senza Sostanze	Accoglienza	2	2	2	2	2	3	2,2
	Amministratore di sostegno				1			1,0
	Assessment (Valutazione)	17	16	10	9	7	4	10,5
	Attivazione di consulenze legali e/o finanziarie	2	3	14	15	9	6	8,2

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc	1	1					1,0
	Attività di supporto sociale	5	4	6	4	5		4,8
	Centri di aggregazione / sociali	1	1					1,0
	Collaborazione con associazioni di tutela economica						1	1,0
	Collaborazione con Salute Mentale	2	2					2,0
	Colloqui motivazionali individuali e gruppi motivazionali-	1	1			1	3	1,5
	Consulenza in medicina generale	2	2			1		1,7
	Consulenza specialistica	3	2			2	2	2,3
	Counselling al giocatore e/o familiari	6	4	2	2	3	2	3,2
	Gruppi di sostegno per familiari						1	1,0
	Gruppi di sostegno per utenti	1	1	1	1	1	1	1,0
	Interventi di riduzione del danno	2	4		1	1		2,0
	Invio e collaborazione con i gruppi di auto-aiuto	1						1,0
	Programma terapeutico	4	1	1	1	2	2	1,8
	Psico-educazione - individuale e/o di gruppo	3	3					3,0
	Psicoterapie (individuali, familiari e di gruppo)	1	1	8	9	10	11	6,7
	Rapporti con Autorità giudiziaria						1	1,0
	Trattamenti pedagogico-riabilitativi	1	1			1	2	1,3
	Tutoraggio economico			4	1	2	1	2,0
	nd		3	15	15	2	9	8,8
	Dipendenze senza Sostanze Totale	55	52	63	61	49	49	54,8
Disabilità	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata	14	11	1	2	4	2	5,7
	Abilitazione e riabilitazione	15	14	13	11	13	9	12,5
	Accesso	3	3		2	7	5	4,0
	Assistenza domiciliare socioassistenziale	12	9	16	16	18	10	13,5
	Colloqui psicologico-clinici					1		1,0
	Comunità Alloggio Protetta	3	3	3	3	3	3	3,0
	Consulenza con medicina generale				1	1		1,0
	Consulenza in ambito scolastico	1	1	1				1,0
	Consulenza specialistica		1	2	4	5		3,0
	Definizione piano personalizzato	14	14	8	16	23	18	15,5
	Gruppi di sostegno	1	1	9				3,7
	Gruppi di sostegno per familiari						1	1,0
	Inserimento lavorativo	9	11	4	6	6	4	6,7
	interventi sulla rete sociale formale e informale	9	10	3		3	5	6,0
	Orientamento e training	1	2	3				2,0
	Problematiche mediche specialistiche	1	1	1	1			1,0
	Residenza Sanitario assistenziale per Disabili	22	21	6	7	6	3	10,8
	Strutture semiresidenziali per persone disabili	25	34	40	44	51	25	36,5
	Strutture/percorsi sperimentali	19	18	8	8	7	6	11,0
	Supporto autonomia	46	52	76	79	113	81	74,5
	Trattamenti residenziali estensivi (2° Livello)	8	8				2	6,0
	Trattamenti residenziali intensivi (3° Livello)	1		9	9	9	4	6,4
	Trattamenti semiresidenziali estensivi			1		1	1	1,0
	Valutazione diagnostica multidisciplinare	9	14	52	54	20	17	27,7
	nd	8	9	59	50	4	81	35,2
	Disabilità Totale	221	237	315	313	295	277	276,3

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
Non Autosufficienza	2 Centro diurni sociosanitario	1	1					1,0
	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata	26	19	7	6	5	6	11,5
	Abilitazione e riabilitazione	4	3	1	2	2	1	2,2
	Accesso	8	8	5	5	15	9	8,3
	Assistenza domiciliare socioassistenziale	20	30	38	40	49	28	34,2
	Consulenza con medicina generale			7	6	6		6,3
	Consulenza specialistica						1	1,0
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare			1				1,0
	Cure intermedie	1	1				1	1,0
	Definizione piano personalizzato	16	13	6	9	12	16	12,0
	Gruppi di sostegno	3	3	2	4	5	3	3,3
	interventi sulla rete sociale formale e informale	5	2	1		5	4	3,4
	Orientamento e training			1	2	3	1	1,8
	Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo BIA	2	1	1	1	2		1,4
	Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo riabilitativo - motorio	5	4	1		1	4	3,0
	Residenza Sanitaria Assistenziale RSA Modulo Base	41	32	4	4	19	19	19,8
	Residenza Sanitaria Assistenziale RSA Modulo Cognitivo	6	6	5	3	5	3	4,7
	Residenza Sanitaria Assistenziale Stato vegetativo	3	3	8	7	9	6	6,0
	Strutture semiresidenziali per persone anziane	13	13	13	13	16	17	14,2
	Strutture semiresidenziali per persone anziane Modulo Cognitivo	5	6	21	27	18	7	14,0
	Strutture/percorsi sperimentali	13	5	1	1	3	2	4,2
	Supporto autonomia	3	3	12	14	21	10	10,5
	Valutazione diagnostica multidisciplinare	11	13	22	25	23	15	18,2
	nd	14	9	57	48	3	41	28,7
	Non Autosufficienza Totale	200	175	214	217	222	194	203,7
Salute mentale - Adulti	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata	1	1					1,0
	Abilitazione e riabilitazione	21	20	11	16	16	8	15,3
	Accoglienza	20	20	45	40	60	33	36,3
	Assistenza domiciliare socioassistenziale	3	2	3	5	7	2	3,7
	Centro diurno per persone affette da disturbi del comportamento alimentare	2	1					1,5
	Centro Diurno Psichiatrico	6	3	4	5	13	9	6,7
	Collaborazione con Dipendenza Patologiche	2	2				1	1,7
	Colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia	1		1		1	2	1,3
	Colloqui psicologico-clinici	3	1	1	2	4	4	2,5
	Consulenza con medicina generale	4	4			4	3	3,8
	Consulenza specialistica	7	8	1	2	5	1	4,0
	Continuità assistenziale del passaggio all'età adulta	8	6	1		1		4,0
	Definizione piano personalizzato	10	7	3	4	10	8	7,0
	Gruppi di sostegno per familiari	1	1	1	1	1	2	1,2
	Individuazione precoce e proattiva del disturbo	7	4		1	4	3	3,8
	Interventi psicoeducativi	5	2	2	2	8	8	4,5
	interventi sulla rete sociale formale e informale	12	8	8	8	9	6	8,5
	Psicoterapia	2	4	3	2	2	1	2,3
	Strutture a bassa intensità assistenziale	5	3	3	3	4	6	4,0
	Strutture con personale su 12 ore giornaliere	3	3	20	21	16	7	11,7

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
	Strutture con personale a fasce orarie	2	1		2	3	5	2,6
	Strutture con personale sulle 24 ore giornaliere	9	9	9	10	13	8	9,7
	Strutture per r trattamenti socio-riabilitativi	5	8	4	4	6	5	5,3
	Strutture per trattamenti terapeutici a carattere estensivo	5	4	4	1	9	8	5,2
	Strutture ad alta intensità assistenziale	7	5	1	1	1	7	3,7
	Supporto all'autonomia	26	24	10	12	23	19	19,0
	Terapie farmacologiche	2	1	3	3	3	3	2,5
	Trattamenti terapeutico riabilitativi di carattere intensivo		1	6	8	13	9	7,4
	Valutazione diagnostica multidisciplinare	41	38	12	9	13	19	22,0
	Visite psichiatriche	7	9	9	10	14	12	10,2
	nd	13	10	77	60	1	67	38,0
	Salute mentale - Adulti Totale	240	210	242	232	264	266	242,3
Salute mentale - Minori	Abilitazione e riabilitazione	24	19	40	38	40	10	28,5
	Accoglienza	1	2	8	8	1	9	4,8
	Assistenza domiciliare socioassistenziale	1		1	1	1		1,0
	Centro diurno per persone affette da disturbi del comportamento alimentare			1	1	1	1	1,0
	Collaborazione con Dipendenza Patologiche	2	1	1	1		1	1,2
	Colloqui psicologico-clinici	3	1	39	44	40	21	24,7
	Consulenza con medicina generale		1				1	1,0
	Consulenza in ambito scolastico	12	12	8	4	6	5	7,8
	Consulenza specialistica	10	7	9	7	14	8	9,2
	Continuità assistenziale del passaggio all'età adulta	16	13	3	4	8	8	8,7
	Definizione piano personalizzato	8	4	2		1	37	10,4
	Gruppi di sostegno per familiari	1	3	2	1	4	4	2,5
	Individuazione precoce e proattiva del disturbo	26	34	3	4	3	23	15,5
	interventi sulla rete sociale formale e informale	4	3	3	4	5	4	3,8
	Orientamento e training	1		6	12	14	8	8,2
	Per minori affetti da disturbo del comportamento alimentare	3	2					2,5
	Psicoterapia	5	3	4	3	5	12	5,3
	Rapporti con Autorità giudiziaria	3	2	1	1	2	6	2,5
	Strutture a bassa intensità terapeutico riabilitativa		1				4	2,5
	Strutture a media intensità terapeutico riabilitativa	11	11				2	8,0
	Strutture ad alta intensità terapeutico riabilitativa	1		9	9	8	3	6,0
	Supporto all'autonomia	2	3			1	1	1,8
	Terapie farmacologiche	1						1,0
	Trattamenti semiresidenziali	11	9	9	9	10	5	8,8
	Valutazione diagnostica multidisciplinare	16	32	55	69	90	54	52,7
	Visite neuropsichiatriche	4	5				3	4,0
	nd	45	28	41	20	2	28	27,3
	Salute mentale - Minori Totale	211	196	245	240	256	258	234,3
nd	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali		14					14,0
	nd	39	100	11		2	4	31,2
	nd Totale	39	114	11		2	4	34,0
Totale complessivo		1.191	1.231	1.426	1.403	1.459	1.413	1.354

Tabella 4: N. schede di attività per sottosettore prevalente di programmazione, area **Socioassistenziale** totale ambiti zonali

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
Azioni di sistema Socioassistenziale	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema	12	20	22	21	34	20	21,5
	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc						1	1,0
	D Struttura comunitaria per accoglienza di emergenza		1					1,0
	Formazione del personale	2	2	5	10	12	14	7,5
	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	2						2,0
	Revisione e miglioramento dei processi amministrativi	2	3	1	1	2	2	1,8
	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali	4	11	18	35	39	24	21,8
	Revisione e miglioramento dei processi tecnici						1	1,0
	Ricerca	1	1					1,0
	Servizi di mediazione culturale			1				1,0
	Servizio per l'affidamento dei minori			1				1,0
	Sistema informativo	3	3	1				2,3
	Sistemi di qualità e accreditamento				1			1,0
	Strumenti di Programmazione	3	4			7	3	4,3
	Supporto all'autonomia						1	1,0
	Supporto all'inserimento lavorativo	1						1,0
	Telesoccorso e teleassistenza		1					1,0
	nd	4	8	40	43		27	24,4
	Azioni di sistema Socioassistenziale Totale	34	54	89	111	94	93	79,2
Centri e attività diurne	2 Centro diurni sociosanitario		1					1,0
	Abilitazione e riabilitazione	1						1,0
	Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale	1						1,0
	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc		1					1,0
	Attività ricreative di socializzazione	1						1,0
	Centri di aggregazione / sociali	35	28	18	28	41	19	28,2
	Centri per le Famiglie	3	2	1	3	4	4	2,8
	Ludoteche / laboratori	5	4	2	1	3	3	3,0
	nd			18	17	2	23	15,0
	Centri e attività diurne Totale	46	36	39	49	50	49	44,8
Integrazione sociale	Accoglienza						1	1,0
	Attività ricreative di socializzazione	33	28	10	7	43	13	22,3
	Formazione del personale			1				1,0
	Interventi di supporto per il reperimento di alloggi	2	1	1	1			1,3
	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	86	84	46	52	89	55	68,7
	Segretariato sociale/porta unitaria per l'accesso ai servizi			1				1,0
	Servizi di mediazione culturale	9	8	25	24	26	17	18,2
	Servizi per l'igiene personale			1	1			1,0
	Servizio di mediazione sociale	4	3	12	20	16	12	11,2
	Servizio sociale professionale			1				1,0
	Sostegno socio-educativo scolastico		1			1	1	1,0

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
	Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare		1			1	1	1,0
	Sportelli sociali tematici	1	1				1	1,0
	Supporto all'autonomia	2					2	2,0
	nd	10	11	73	67	4	77	40,3
	Integrazione sociale Totale	147	138	171	172	180	180	164,7
Integrazioni al reddito	Buoni spesa o buoni pasto	3	12	13	7	8	1	7,3
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	48	47	9	11	43	18	29,3
	Contributi economici erogati a titolo di prestito/prestiti d'onore		1	2	1	2	2	1,6
	Contributi economici per alloggio	7	12	9	9	11	6	9,0
	Contributi economici per i servizi scolastici	3	3	2	2	4	5	3,2
	Contributi economici per servizio trasporto e mobilità						1	1,0
	Contributi per servizi alla persona			1	1			1,0
	D Struttura comunitaria per accoglienza di emergenza	1	1				1	1,0
	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	1						1,0
	Supporto all'inserimento lavorativo	1						1,0
	nd	1	9	43	28		32	22,6
	Integrazioni al reddito Totale	65	85	79	59	68	66	70,3
Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	Assistenza domiciliare socioassistenziale		1					1,0
	Attività di prevenzione		1					1,0
	Consulenza specialistica			1				1,0
	Definizione piano personalizzato		1	1	1	1	1	1,0
	Sistemi di qualità e accreditamento			1				1,0
	Sostegno socio-educativo scolastico	13	16	14	17	21	9	15,0
	Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare	15	14	15	9	21	17	15,2
	Supporto all'autonomia		1					1,0
	Supporto all'inserimento lavorativo	48	52	19	27	52	23	36,8
	nd	4	2	34	34	1	47	20,3
	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo Totale	80	88	85	88	96	97	89,0
Interventi volti a favorire la domiciliarità	abitazione e riabilitazione		1					1,0
	ADI- Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	3	1		1	2	1	1,6
	Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale	16	20	19	28	45	18	24,3
	Assistenza domiciliare socioassistenziale	27	25	14	19	36	26	24,5
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	1						1,0
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	3	1	3	1	2	2	2,0
	Retta per accesso a servizi residenziali			1	1			1,0
	Servizi di prossimità/buonvicinato/gruppi di auto-aiuto	4	6	6	4	11	9	6,7
	Telesoccorso e teleassistenza	4	3	1	2	4	2	2,7
	nd	5	6	30	31	1	40	18,8
	Interventi volti a favorire la domiciliarità Totale	63	63	74	87	101	98	81,0

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
Prevenzione e sensibilizzazione	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc	20	26	31	36	42	22	29,5
	Attività di prevenzione	10	11	5	5	12	10	8,8
	Attività ricreative di socializzazione						1	1,0
	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività						1	1,0
	Interventi di sostegno alla genitorialità	1						1,0
	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	1				1		1,0
	Servizio di mediazione familiare						1	1,0
	Supporto all'autonomia		1				1	1,0
	Unità di strada	3	4			1	2	2,5
	nd	1	2	21	17	2	18	10,2
	Prevenzione e sensibilizzazione Totale	36	44	57	58	58	56	51,5
Pronto intervento sociale	Pronto intervento sociale	22	12	12	15	16	11	14,7
	nd	3	1	6	4		7	4,2
	Pronto intervento sociale Totale	25	13	18	19	16	18	18,2
Segretariato sociale	Centri di ascolto tematici	3	2			4	3	3,0
	Consulenza specialistica					1		1,0
	Segretariato sociale/porta unitaria per l'accesso ai servizi	16	16	14	19	31	14	18,3
	Sportelli sociali tematici	7	6	3	3	13	6	6,3
	Supporto all'autonomia					1		1,0
	Supporto all'inserimento lavorativo	1						1,0
	Telefonia sociale					6	2	4,0
	nd	1	3	11	10		23	9,6
	Segretariato sociale Totale	28	27	28	32	56	48	36,5
Servizi di supporto	Distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario ecc)	14	24	1	3	4	2	8,0
	Interventi di supporto per il reperimento di alloggi	1	1					1,0
	Mensa sociale	2	2	4	3	6	2	3,2
	Servizi per l'igiene personale	1	1	5	5	6	4	3,7
	Sostegno socio-educativo scolastico		1					1,0
	Supporto all'inserimento lavorativo		1					1,0
	Trasporto sociale	17	18	12	14	34	19	19,0
	nd	5	6	32	27	1	24	15,8
	Servizi di supporto Totale	40	54	54	52	51	51	50,3
Servizio sociale di supporto	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc.			1	1			1,0
	Attività di prevenzione	1						1,0
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	1						1,0
	Interventi di sostegno alla genitorialità	31	36	23	21	36	28	29,2
	Interventi di supporto per il reperimento di alloggi	3	7	2	3	5	7	4,5
	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio		1					1,0
	Servizio di accoglienza di adulti e anziani	2	2	2	3	7	6	3,7
	Servizio di mediazione familiare	3	2	5	8	9	5	5,3
	Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori	6	7	3	4	5	4	4,8

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
	Servizio per l'affidamento dei minori	15	11	23	28	26	16	19,8
	Servizio sociale professionale	29	20	5	8	24	20	17,7
	Supporto all'inserimento lavorativo	1	1					1,0
	nd	6	3	28	26		29	18,4
	Servizio sociale di supporto Totale	98	90	92	102	112	115	101,5
Strutture comunitarie residenziali	A Struttura familiare per accoglienza abitativa	9	10	7	9	7	6	8,0
	B Struttura familiare per funzione tutelare	1	1		2	4	2	2,0
	C Struttura familiare per funzione socio-educativa	3	3		1	3	3	2,6
	Centri estivi o invernali con pernottamento	1		1	1	2	1	1,2
	D Struttura comunitaria per accoglienza di emergenza	8	5	3	4	8	1	4,8
	E Struttura comunitaria per accoglienza abitativa	12	7	2	3	18	8	8,3
	F Struttura comunitaria per funzione tutelare	5	6	6	8	14	4	7,2
	G Struttura comunitaria per funzione socio-educativa	10	7	5	6	8	5	6,8
	H Struttura funzione educativa-psicologica						1	1,0
	I Struttura comunitaria a bassa integrazione socio-sanitaria	5	7	4	2	6	6	5,0
	Interventi di sostegno alla genitorialità						1	1,0
	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	1						1,0
	L Struttura comunitaria a medio-alta integrazione socio-sanitaria	9	11			4	2	6,5
	nd	2	2	34	33	1	30	17,0
	Strutture comunitarie residenziali Totale	66	59	62	69	75	70	66,8
Strutture semiriesidenziali	1 Centro diurno socio-educativo per bambini e adolescenti	6	7			4	3	5,0
	2 Centro diurni sociosanitario	6	7	4	5	6	2	5,0
	3 Centri diurni con funzione di protezione sociale	2	2	3	3	4	2	2,7
	Asilo Nido					1	1	1,0
	Centri diurni estivi		1	1	1	1		1,0
	Retta per accesso ai servizi semi-residenziali	1						1,0
	Servizi integrativi per la prima infanzia					1		1,0
	Trasporto sociale	1						1,0
	nd	1	2	10	10		8	6,2
	Strutture semiriesidenziali Totale	17	19	18	19	17	16	17,7
Trasferimenti per attivazione di servizi	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	3	2	1	1	1	1	1,5
	Contributi economici per l'affidamento familiare di minori	3	2			1		2,0
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	1	1			1		1,0
	Contributi per favorire interventi del Terzo Settore	1	1				1	1,0
	Contributi per servizi alla persona	6	1	4	4	5	1	3,5
	nd	1		3	3		6	3,3
	Trasferimenti per attivazione di servizi Totale	15	7	8	8	8	9	9,2
Trasferimenti per il pagamento di rette	Retta per accesso a centri diurni		1					1,0
	Retta per accesso a servizi residenziali	7	9	4	3	7	2	5,3
	Retta per accesso ai servizi semi-residenziali			2	3	2		2,3

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
	Retta per servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia					1	1	1,0
	nd	2		4	4		9	4,8
	Trasferimenti per il pagamento di rette Totale	9	10	10	10	10	12	10,2
nd	Assistenza domiciliare socioassistenziale			1				1,0
	Continuità assistenziale (ex-guardia medica)			1				1,0
	Ludoteche / laboratori			1	1			1,0
	nd	163	204	120	104	3	11	100,8
	nd Totale	163	204	123	105	3	11	101,5
Totale complessivo		932	991	1007	1040	995	989	992,3

Tabella 5: N. schede di attività per sottosettore prevalente di programmazione, area **Promozione e Prevenzione** totale ambiti zionali

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
Azioni di sistema Prevenzione e promozione	Affidamento familiare e adozione	2						2,0
	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema	32	50	31	33	24	22	32,0
	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività	1						1,0
	Consulenza in ambito scolastico						1	1,0
	Formazione del personale			11	8	21	20	15,0
	Prevenzione dell'uso di droghe	1						1,0
	Prevenzione delle malattie croniche più diffuse secondo indicazioni nazionali	2						2,0
	Revisione e miglioramento dei processi amministrativi	1	1	1				1,0
	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali	2	11	16	23	15	23	15,0
	Ricerca	3	3	9	7	8	3	5,5
	Sistema informativo	1	1	4	4	5	3	3,0
	Sistemi di qualità e accreditamento		1				1	1,0
	Strumenti di Programmazione	3	5	9	8	6	2	5,5
	Supporto autonomia			1	1			1,0
	nd	9	10	39	34		17	21,8
	Azioni di sistema Prevenzione e promozione Totale	57	82	121	118	79	92	91,5
Malattie infettive e vaccini	Controllo malattie infettive	9	8	3	4	10	15	8,2
	Medicina del viaggiatore	4	4	11	13	1		6,6
	Risposta a emergenze infettive	12	55	48	28	8	7	26,3
	Sorveglianza epidemiologica	5	5	1	2	26	14	8,8
	Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	20	21	2	3	18	9	12,2
	nd		1	30	16		11	14,5
	Malattie infettive e vaccini Totale	50	94	95	66	63	56	70,7
Salute ambienti aperti e confinati	Acque di balneazione	10	10					10,0
	Emergenze da fenomeni naturali e provocati	1	1			2		1,3
	Gas tossici	1	1			1	1	1,0
	Piscine pubbliche	1					1	1,0
	Radiazioni	1	1			1		1,0
	Rischio "amianto"	4	4	2	2	4		3,2
	Rischio "radon"	1	1					1,0

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
	Salute e igiene ambienti di vita non confinati	1	1	4	11	9	7	5,5
	Salute e igiene civili abitazioni	12	11	18	3	3	2	8,2
	Scuole e ricreazione	18	18	12	5	10		12,6
	Sicurezza stradale	2	2	1	1	1	1	1,3
	Sostanze chimiche	9	9	8	8	9	7	8,3
	Stabilimenti termali			1	1	1		1,0
	Strutture sanitarie e socio-sanitarie	10	11	9	9	9	7	9,2
	Valutazione igienico-sanitaria urbanistica pubblica	1	1			3	1	1,5
	nd			21	19		12	17,3
	Salute ambienti aperti e confinati Totale	72	71	76	59	53	39	61,7
Salute e igiene veterinaria	Igiene urbana veterinaria		1	1	1	1		1,0
	Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione	1						1,0
	Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali	8	8	8	8		1	6,6
	Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali	1						1,0
	Sorveglianza sull'impiego del farmaco veterinario	1	1			9	8	4,8
	nd			1	1		1	1,0
	Salute e igiene veterinaria Totale	11	10	10	10	10	10	10,2
Sicurezza alimentare e salute dei consumatori	Controllo su ristorazione collettiva ai sensi del Reg 882/04 CE			9	8	9	7	8,3
	Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali					1		1,0
	Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	8	8	1	8	8	7	6,7
	Ispettorato micologico L 352 del 23 Ago 1993			1	1	1		1,0
	Registrazione stabilimenti settore alimentare ai sensi del Reg CE 852-04	9	8				1	6,0
	Sorveglianza acque potabili	10	10	9	9	10	6	9,0
	Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882-04	9	9	2	8	8	7	7,2
	Sorveglianza sanitaria delle zone di produzione e o allevamento di molluschi bivalvi	1	1					1,0
	Sorveglianza sugli impianti di macellazione	1	1				1	1,0
	Sorveglianza sulla presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale	1	1					1,0
	Sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano			1	1			1,0
	nd			15	3		8	8,7
	Sicurezza alimentare e salute dei consumatori Totale	39	38	38	38	37	37	37,8
Sicurezza e salute sul lavoro	Attività di formazione e/o assistenza per la prevenzione per aziende e lavoratori in particolare migranti		1					1,0
	Controllo degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche	9	8	8	8	8	7	8,0
	Controllo e vigilanza luoghi di lavoro	1	1				1	1,0
	Malattie professionali	9	9	8	8	10	12	9,3
	Prevenzione e controllo dei rischi	2	2	23	27	27	15	16,0
	Prevenzione infortuni	10	9				1	6,7
	Prevenzione patologie professionali	1	1			1		1,0
	Promozione sicurezza sul lavoro	20	19	8	8	8	7	11,7

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
	Valutazione e controllo salute lavoratori	2	2				1	1,7
	nd			4	1		9	4,7
	Sicurezza e salute sul lavoro Totale	54	52	51	52	54	53	52,7
Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	Assistenza sanitaria di base	1						1,0
	Buoni spesa o buoni pasto			1				1,0
	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività	65	37	28	45	82	60	52,8
	Prevenzione dell'alcolismo	4	2					3,0
	Prevenzione dell'uso di droghe	12	8	2	2	1	3	4,7
	Prevenzione delle malattie croniche più diffuse secondo indicazioni nazionali	9	4	9	8	13	6	8,2
	Prevenzione e contrasto del tabagismo	4	3	6	4	2	3	3,7
	Screening oncologici secondo l'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005	5	5	3	2	4	2	3,5
	Servizio sociale professionale			1				1,0
	Sorveglianza sui fattori di rischio di malattie croniche	9	9	6	8	12	12	9,3
	Tutela e promozione dell'attività fisica	28	24	11	13	19	23	19,7
	nd	2	2	33	23	2	32	15,7
	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita Totale	139	94	100	105	135	141	119,0
Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale	Educazione/counseling nutrizionale su gruppi a rischio	11	11				3	8,3
	Incentivazione della qualità nutrizionale negli esercizi di somministrazione di alimenti	1	1					1,0
	Interventi di prevenzione nutrizionale per favorire stili di vita sani	5	5	9	10	12	11	8,7
	Interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale	1	1				2	1,3
	Interventi sui servizi di refezione scolastica e di mensa nei posti di lavoro	1	1					1,0
	Pianificazione ed esecuzione di indagini sulla qualità nutrizionale dei menu di strutture sanitarie e socioassistenziali	1	1					1,0
	Sorveglianza nutrizionale	1	3	11	11	21	10	9,5
	Valutazione e monitoraggio della qualità nutrizionale nelle mense	11	11					11,0
	nd	1		11	12	1	3	5,6
	Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale Totale	33	34	31	33	34	29	32,3
Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro	Controllo degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche						1	1,0
	nd						1	1,0
	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro Totale						2	2,0
nd	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema		4					4,0
	nd	10	22	2	2		4	8,0
	nd Totale	10	26	2	2		4	8,8
Totale complessivo		465	501	524	483	465	463	483,5

Tabella 6: N. schede di attività per sottosettore prevalente di programmazione, area **Violenza di Genere** totale ambiti zonali

Settore prevalente	Attività Prevalente	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media
Accoglienza e ascolto	Accoglienza	13	11	16	16	9	11	12,7
	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc	3	1	1		8	2	3,0
	Centri di ascolto tematici	2	5			1	2	2,5
	Definizione piano personalizzato	3	2					2,5
	Gruppi di sostegno per utenti			1		1		1,0
	Segretariato sociale/porta unitaria per l'accesso ai servizi	4	3			1	1	2,3
	Servizio sociale professionale						1	1,0
	Sportelli sociali tematici	3		2	4	4	1	2,8
	Supporto all'autonomia	1						1,0
	Valutazione multidisciplinare del rischio	5	5		1	3	5	3,8
	nd	1	3	12	10	1	4	5,2
	Accoglienza e ascolto Totale	35	30	32	31	28	27	30,5
Azioni di sistema Violenza di genere	Accoglienza			1				1,0
	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema	11	9	8	7	13	12	10,0
	Centri antiviolenza		1					1,0
	Formazione del personale	3	3	10	10	12	9	7,8
	Revisione e miglioramento dei processi amministrativi						1	1,0
	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali	3	4	1	1	2	7	3,0
	Ricerca			1	1			1,0
	Sistema informativo					1	1	1,0
	Strumenti di Programmazione	2	1	1	1	4	1	1,7
	nd	1	2	6	8		2	3,8
	Azioni di sistema Violenza di genere Totale	20	20	28	28	32	33	26,8
Servizi di supporto	Accoglienza		1					1,0
	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc	1	1	3	1	2	4	2,0
	Centri antiviolenza	1						1,0
	Interventi di supporto per il reperimento di alloggi			1	1	2	2	1,5
	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	4	1	3	5	5	1	3,2
	Supporto all'autonomia	5	6	3	2	1	4	3,5
	Supporto all'inserimento lavorativo						1	1,0
	Telefonia sociale			1	1	2	1	1,3
	nd	1	3	5	3		1	2,6
	Servizi di supporto Totale	12	12	16	13	12	14	13,2
Strutture di protezione	Casa di seconda accoglienza		1		2	3	1	1,8
	Casa rifugio	10	7	3	4	7	3	5,7
	Centri antiviolenza	8	8	3	2	7	3	5,2
	Retta per accesso a servizi residenziali	6	2	4	6	5	2	4,2
	nd	1	1	6	8		7	4,6
	Strutture di protezione Totale	25	19	16	22	22	16	20,0
nd	Centri antiviolenza			1				1,0
	nd	3	11					7,0
	nd Totale	3	11	1				5,0
Totale complessivo		95	92	93	94	94	90	93,0

1.4 Indicatori di qualità della programmazione

Nel corso dei sei anni di programmazione si osserva un deciso miglioramento della capacità delle zone di registrare e classificare correttamente le attività svolte sul territorio, inquadrandole in quadri logici sempre più coerenti e completi. Certo, molto resta da fare, ma l'analisi suggerisce in modo molto chiaro che il percorso intrapreso sta radicando nella comunità di pratica degli Uffici di Piano zonali una cultura della programmazione niente affatto scontata. In questa evoluzione ha giocato un ruolo fondamentale l'attività formativa promossa dalla Regione, in collaborazione con ANCI e Federsanità, e l'attività di mentoring garantita agli operatori territoriali. Altro fattore che ha indubbiamente giovato è la disponibilità del sistema informativo PROWEB che ha facilitato la standardizzazione dei

modelli di programmazione territoriali, rendendo più rapido ed intuitivo l'inserimento delle informazioni.

Si osserva un deciso miglioramento della capacità delle zone di registrare e classificare correttamente le attività svolte sul territorio, inquadrandole in quadri logici sempre più coerenti e completi.

Oltre al numero crescente di schede, alla maggiore completezza delle informazioni e alla correttezza delle classificazioni tematiche, un ulteriore segnale di attenzione è dato dalla lunghezza delle descrizioni delle attività e dei relativi obiettivi specifici.

Questo indicatore, misurato in termini di numero medio di caratteri, mostra una chiara evoluzione nel tempo.¹⁰ La figura seguente illustra l'evoluzione della dimensione media della descrizione delle schede POA dal 2020 al 2025.

Come evidenziano le due figure seguenti, si assiste a una costante crescita del dettaglio descrittivo relativo a ciascuna attività.

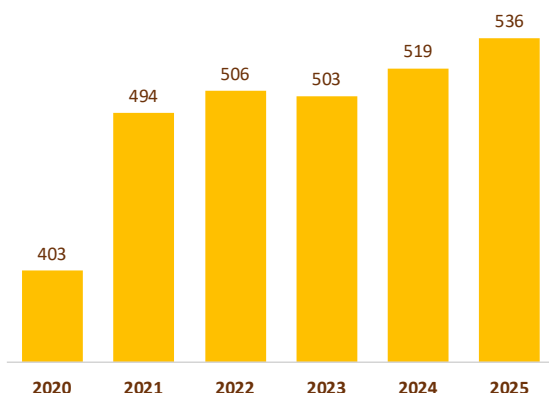


Figura 10: Evoluzione 2020-2025 della dimensione media della descrizione delle schede di attività

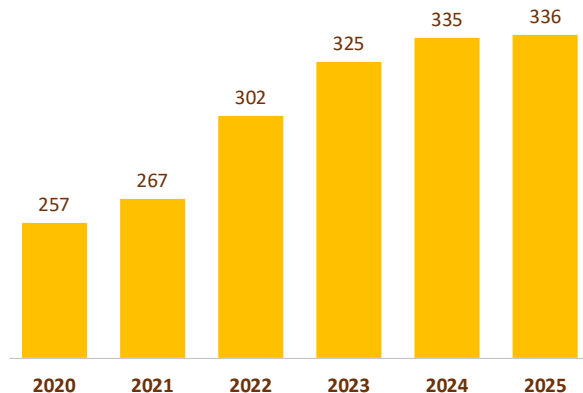


Figura 9: Evoluzione 2020-2025 della dimensione media della descrizione degli obiettivi specifici delle schede di attività

¹⁰ L'attribuzione corretta delle aree e dei settori di programmazione e l'attribuzione di etichette (tag) tematici.

1.5 Trasversalità e complessità

L'analisi della programmazione zonale può essere approcciata da molteplici punti di vista. Per capire in che misura sia evoluto il processo di programmazione nei singoli ambiti territoriali, a partire dal primo report annuale del 2020, sono state condotte due analisi sulle dimensioni principali della programmazione integrata zonale:

A. L'integrazione orizzontale: ovvero quante connessioni tra i diversi settori di programmazione è riuscito a costruire ogni ambito territoriale; definita 'trasversalità' (Sanità Territoriale - Socioassistenziale - Prevenzione - Violenza di genere).

B. La logica verticale della programmazione: ovvero l'articolazione e l'equilibrio che ogni ambito zonale ha realizzato tra Obiettivi → Programmi → Attività; definita 'complessità'.

Due analisi ripetute in ogni annualità per tutte le zone, su cui sono stati costruiti alcuni indicatori statistici che ci hanno restituito una serie di "fotografie" in evoluzione delle zone.

Sebbene una valutazione del grado di trasversalità delle programmazioni operative richieda anche una lettura qualitativa delle singole schede POA, in questa sede si propone una rappresentazione grafica dei livelli di trasversalità e complessità. La trasversalità è misurata dal numero di aree di programmazione associate a ciascun

programma attraverso le schede di attività; la complessità dal numero di schede per programma, classificate sulla base dei percentili della distribuzione complessiva dei programmi per numero di schede. Si tratta di dimensioni sempre più centrali negli indirizzi nazionali e regionali, che orientano i territori

verso una maggiore integrazione tra gli ambiti sociali e socio-sanitari e verso la combinazione di interventi di diversa natura (si vedano, ad esempio, i recenti avvisi PNRR per la Missione 5 e la Missione 6).

L'assunto alla base della scelta di questi indicatori è che il numero di programmi operativi e il numero di attività attraverso i quali le zone cercano di raggiungere gli obiettivi

di salute dovrebbe essere né troppo elevato, né troppo basso, così come il numero di aree di programmazione all'interno di un programma.

La figura successiva mostra l'evoluzione del numero medio di schede POA associate ai programmi operativi (complessità). Si può osservare a livello regionale una chiara crescita¹¹ della complessità della programmazione con il numero medio di attività associate ad ogni programma che passa da 5,43 nel 2020 a 6,38 nel 2025.

*Il livello di **trasversalità**, espresso dal numero di aree di programmazione incluse in un programma operativo, è una proxy dell'integrazione orizzontale delle attività. Il livello di **complessità**, espresso dal numero medio di attività inserite in ogni programma operativo, rappresenta invece l'integrazione verticale.*

¹¹ L'andamento in controtendenza nel 2023 è legato al venir meno di molte attività legate all'emergenza COVID.

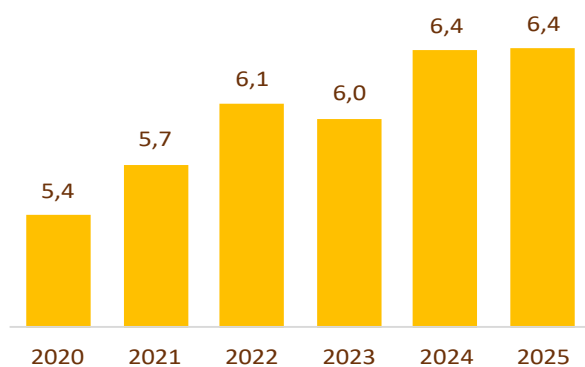


Figura 11: Evoluzione 2020-2025 del numero medio di schede di attività per programma

Per quanto riguarda il numero medio di aree di programmazione coinvolte nei singoli programmi – definito come “trasversalità” e utilizzato come indicatore del livello di integrazione sociosanitaria – si osserva, nei sei anni di programmazione, una lieve crescita: da 1,4 aree nel 2020 a 1,55 nel 2025.

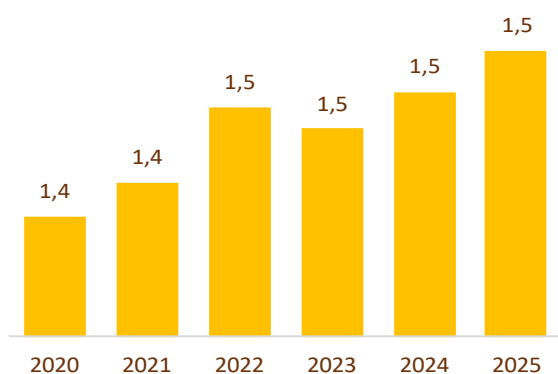


Figura 12: Evoluzione 2020-2025 del numero medio di aree di programmazione per programma

Nonostante l’aumento registrato, la maggior parte dei programmi operativi (59%) continua a riguardare una sola area di programmazione (programmi monotematici)¹². Questa tipologia, pur in calo di circa 7 punti percentuali rispetto al 2020, rimane prevalente e riflette un livello ancora limitato di trasversalità e integrazione sociosanitaria tra i diversi ambiti della

programmazione.

I segnali di evoluzione verso una maggiore integrazione settoriale tuttavia sono evidenti. La maggior parte delle zone, infatti, ha visto crescere sia la complessità sia la trasversalità della programmazione. Entrambi i valori risultano in crescita rispetto al 2020 a livello regionale, pur con una forte variabilità tra le zone. Nel 2025, il numero medio di aree di programmazione integrate in ciascun programma (trasversalità) varia da un minimo di 1,1 nella zona Pisana a un massimo di 2,3 nella zona Senese. La numerosità media delle attività incluse in ogni programma (complessità) oscilla invece tra 2,5 nell’area Pisana e 21,7 nel Mugello. Questi dati evidenziano con maggiore chiarezza la tendenza degli Uffici di Piano a sviluppare una programmazione più integrata, sia tra le aree sia tra i diversi settori di intervento. L’intensità di tale approccio potrebbe essere approssimata dal numero medio di schede associate ai singoli programmi (ovvero: maggiore integrazione legata a più elevata numerosità di schede POA). Tuttavia, tale lettura sottovaluterebbe l’importanza di una analisi più qualitativa delle schede di programmazione prodotte dagli Uffici di Piano, dalla quale rilevare le informazioni utili a ricostruire il livello di segmentazione/aggregazione delle attività adottato come approccio programmatico.

Se classifichiamo per ogni zona i programmi in base al loro livello¹³ di complessità e di trasversalità possiamo sintetizzare visivamente la situazione della programmazione zonale e la sua evoluzione nel tempo.

¹² Nel POA 2025 si registra anche un fenomeno nuovo: la crescita dei programmi operativi inattivi (38). Ovvero, programmi che, sebbene riportati nella programmazione 2025, non risultano avere associata alcuna scheda attività.

¹³ I livelli sono stati individuati in base alla distribuzione percentile dei programmi per numero di attività/aree di programmazione. I

livelli individuati per la dimensione “Complessità” sono: Nulla=1 sola attività; Bassa=da 2 a 3 attività; Media=da 4 a 5 attività; Alta=da 6 a 8; Massima=da 9 a più attività. Per la dimensione “Trasversalità” sono: Nulla=1 area di programmazione; Bassa=2 aree di programmazione; Media=3 aree di programmazione; Alta=4 o 5 aree di programmazione.

Zona	Complessità (n° medio di schede per programma)						Trasversalità (n° medio aree di programmazione per programma)					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Alta Val d'Elsa	8,4	8,9	8,9	9,2	9,6	10,5	2,0	2,1	1,9	1,9	2,0	2,2
Alta Val di Cecina - Valdera	3,8	4,4	4,1	4,3	4,2	4,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Amiata senese	3,8	4,0	3,4	3,3	3,5	3,8	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2
Apuane	4,8	4,3	9,8	10,2	10,1	7,9	1,5	1,4	2,0	1,9	1,9	1,8
Aretina	6,8	6,5	2,8	3,7	8,0	4,6	1,5	1,5	1,3	1,5	1,4	1,5
Casentino	6,8	6,5	3,9	4,2	4,5	5,0	1,5	1,5	1,4	1,4	1,6	1,5
Colline dell'Albegna	5,1	5,6	5,8	5,0	4,5	4,3	1,7	1,6	1,7	1,4	1,4	1,5
Elba	2,1	3,3	3,4	3,2	3,5	3,7	1,2	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5
Empolese Valdarno Valdelsa	9,5	9,5	11,2	11,3	12,6	14,4	1,3	1,5	1,7	1,7	1,8	1,6
Fiorentina Nord-Ovest	14,8	13,6	16,1	17,8	18,2	16,6	1,6	1,8	2,1	2,3	2,4	2,1
Fiorentina Sud-Est	5,1	5,8	6,7	6,0	6,7	7,5	1,4	1,5	1,6	1,6	1,8	1,9
Firenze	5,9	6,4	7,2	6,9	7,2	7,9	1,4	1,5	1,7	1,7	1,6	1,8
Grossetana	9,3	9,3	9,0	8,8	9,1	6,9	1,5	1,5	1,7	1,6	1,7	1,6
Livornese	3,9	3,9	4,7	5,0	6,0	5,6	1,1	1,2	1,4	1,5	1,4	1,5
Lunigiana	3,2	3,3	3,4	3,4	3,5	3,6	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3
Mugello	24,3	23,6	22,5	20,7	20,8	21,7	2,4	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4
Piana di Lucca	4,8	5,4	5,4	5,1	4,8	5,0	1,4	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4
Pisana	2,5	2,3	2,0	1,9	2,0	2,5	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Pistoiese	5,0	5,5	6,4	6,5	6,8	6,9	1,3	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4
Pratese	9,5	8,3	10,9	10,3	10,3	10,6	2,1	1,6	1,7	1,7	1,8	1,7
Senese	11,5	10,1	10,2	15,0	10,0	9,8	2,6	2,3	2,2	3,0	2,6	2,3
Val di Chiana aretina	3,1	2,8	3,0	3,1	3,4	3,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,5
Val di Nievole	13,3	13,6	15,9	16,8	18,2	18,4	1,9	2,2	2,3	2,2	2,3	2,4
Valdarno Aretino	5,2	4,9	4,9	4,5	4,5	4,2	1,4	1,3	1,2	1,3	1,2	1,3
Valle del Serchio	4,7	4,8	4,9	4,6	5,0	3,9	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Valli Etrusche	3,5	3,5	3,8	2,9	3,6	5,7	1,2	1,3	1,4	1,2	1,3	1,5
Valtiberina	6,8	6,5	4,0	4,2	5,0	4,3	1,5	1,5	1,5	1,4	1,5	1,3
Versilia	4,9	5,0	6,0	4,9	5,4	4,7	1,4	1,4	1,5	1,3	1,4	1,6
Media Toscana	5,4	5,7	6,1	6,0	6,4	6,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5

	Nulla
	Bassa
	Media
	Alta
	Massima

Per meglio distinguere e classificare le diverse situazioni possiamo riferire gli indicatori zionali relativi alla complessità della programmazione (n° medio di attività per programma operativo) e alla trasversalità (n° medio di aree di programmazione coinvolte per programma) alla media regionale.

La combinazione dei livelli di trasversalità e di complessità ci consente di individuare le zone che si caratterizzano per approcci differenziati,

rispetto alla media regionale, secondo queste due dimensioni. Il riferimento ai livelli medi regionali di complessità e trasversalità ci consente di posizionare le zone su una sorta di mappa dei modelli di programmazione, suddivisa in quattro quadranti. Si tratta di un approccio di analisi già adottato nei precedenti rapporti e che ci consente di osservare in modo aggregato il “movimento complessivo” del sistema di programmazione, la sua forma e la sua dinamica.

Si osserva nel tempo una crescita dell'omogeneità dei modelli di programmazione zionali, facilitata dalla progressiva formazione di una comunità di pratica tra gli operatori degli Uffici di Piano.

Il posizionamento delle zone all'interno della mappa non va interpretato come un giudizio sulla qualità delle singole programmazioni. Esso indica piuttosto il grado di scostamento rispetto alla media regionale e mette in evidenza eventuali specificità locali nei processi programmatori. I quadranti individuati sono i seguenti:

- **Quadrante alta complessità-alta trasversalità:** Programmazione costruita attraverso programmi con elevata numerosità di schede POA e a copertura di più aree di programmazione.
- **Quadrante bassa trasversalità-alta complessità:** Programmazione costruita attraverso programmi con elevata numerosità di schede POA, generalmente monoarea.
- **Quadrante bassa complessità-bassa trasversalità:** Programmazione costruita attraverso programmi con bassa numerosità di schede POA, generalmente monoarea.
- **Quadrante alta trasversalità-bassa complessità:** Programmazione costruita attraverso programmi con bassa numerosità di schede POA e a copertura di più aree di programmazione.

In molti casi le etichette descrivono la modalità prevalente con cui gli Uffici di Piano hanno operato. Questo non esclude che possano essere state utilizzate anche altre modalità, meno diffuse ma comunque significative in alcune aree o settori.

Questa situazione riflette la complessità che accompagna l'integrazione sociosanitaria: dalla governance locale alle modalità di organizzazione e gestione dei servizi, fino agli aspetti legati alle risorse economiche e ai processi professionali e amministrativi. Un ulteriore fattore è la maggiore o minore solidità organizzativa degli Uffici di Piano.

Le figure seguenti cercano di offrire una visione al tempo stesso dinamica e sintetica della situazione delle diverse zone toscane, rappresentate dai punti sui quadranti, rispetto alle dimensioni della programmazione.

Le figure ci consentono di individuare due macro-gruppi di zone: quelle a elevata complessità e trasversalità (il quadrante in alto a destra) e quelle a bassa complessità e trasversalità (il quadrante in basso a sinistra). Poche zone si collocano nei quadranti intermedi (bassa complessità/alta trasversalità e alta complessità/bassa trasversalità) segno evidente che tra le due dimensioni individuate si riscontra una forte correlazione. Ovvero, dove si adottano modelli complessi e articolati di programmazione è anche più probabile che ci sia una maggiore integrazione sociosanitaria.

A prima vista i grafici non sembrano cambiare molto durante i sei anni di programmazione, ma occorre fare molta attenzione invece, perché è in corso una sensibile convergenza verso la media regionale.

La convergenza verso la media regionale delle dimensioni di complessità e trasversalità potrebbe essere il risultato di una maggiore omogeneità dei modelli di lavoro degli Uffici di Piano. Si tratta di una delle conseguenze auspiccate del lavoro di supporto e accompagnamento realizzato da Regione Toscana, insieme ad ANCI e Federsanità, attraverso la comunità di pratica degli Uffici di Piano zonali costituita in questi anni con e partecipata da tutti gli operatori territoriali. Altro fattore importante di convergenza è l'inserimento, a partire dal 2022, nel gestionale della programmazione PROWEB, della funzione che consente a ogni zona di consultare la programmazione operativa di tutte le altre zone e di trarne quindi ispirazione e stimolo per il cambiamento.



Figura 13: Mappa di trasversalità/complessità delle programmazioni operative zonali 2020-2025

Parte 2 | Le risorse della programmazione

2.1. Il Budget Integrato zonale

Il Budget integrato zonale riporta tutte le risorse di parte sanitaria, di parte sociale e di altra provenienza, comprese le compartecipazioni, che insistono nella singola zona sociosanitaria e sono potenzialmente a disposizione della programmazione integrata zonale. È stato inserito per la prima volta, in via sperimentale, in occasione della redazione del PIS 2020-2022.

Lo scopo del budget integrato zonale è quello di ricomporre in un quadro unitario l'insieme delle risorse che gravitano su uno stesso ambito zonale anche se di provenienza diversa, seguendo l'impianto generale del PIS che interessa contestualmente i settori della sanità territoriale, del sociosanitario, del socioassistenziale, della prevenzione e della violenza di genere.

Si tratta, in sostanza, di operare la ricognizione sistematica delle voci previste nei bilanci degli enti e delle organizzazioni sanitarie e sociali di zona, che in molti casi ricomprendono anche la valorizzazione del personale diretto, per disegnare il complesso delle risorse che alimentano le attività nelle materie trattate dal PIS.

Occorre sottolineare che la concreta possibilità di ricomporre il budget integrato zonale è fortemente condizionata dalle modalità di programmazione economico-finanziaria adottata dai singoli enti pubblici che compongono l'ambito territoriale – le singole Amministrazioni locali e la Zona-distretto dell'Azienda sanitaria – La ricognizione delle risorse allocate nelle materie sanitarie, sociosanitarie e sociali è possibile solo se i singoli enti determinano con precisione e tempestività le poste di bilancio con la loro destinazione. Questa considerazione riveste una particolare rilevanza, anche direttamente operativa, in

presenza di forme più o meno estese di gestione associata e integrata dei servizi.

Il budget integrato zonale si differenzia dalle risorse operative riportate nelle singole Schede di Attività, illustrate nel paragrafo 2.2. In particolare,

il budget integrato rappresenta la ricomposizione complessiva delle voci di bilancio degli enti e delle organizzazioni della zona nelle materie di competenza del PIS,

mentre le Schede di Attività si riferiscono soltanto a una parte di tali risorse, ossia quella che la programmazione operativa annuale ha effettivamente destinato ad attività specifiche.

Gli Uffici di Piano hanno incontrato fin dall'inizio notevoli difficoltà nel ricostruire il quadro complessivo delle risorse sanitarie e sociali disponibili sul territorio. Dopo un avvio incoraggiante nel 2020, quando 19 zone avevano inserito il budget integrato in occasione dell'approvazione dei PIS, negli anni successivi il numero di territori in grado di sperimentare questo strumento si è progressivamente ridotto. Nonostante il supporto della comunità di pratica e i webinar di approfondimento promossi dalla Regione nel 2021, le zone che hanno inserito il budget integrato sono passate da 19 nel 2020 a sole 6 nel 2024 e nel 2025.

Questo è un punto sul quale sembra indispensabile una riflessione per comprendere i fattori che ostacolano la costruzione del budget integrato. Esistono indubbiamente difficoltà tecniche legate alle modalità con cui gli enti e le organizzazioni della zona definiscono le voci previste nei propri bilanci, sia in ambito sanitario che in ambito sociale. Ma si riscontrano anche altre difficoltà nell'adottare questo approccio sistematico e integrato alla programmazione

sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale perché presenta elementi di complessità da affrontare in un lavoro congiunto dell'Ufficio di Piano con i livelli dirigenziali degli enti coinvolti. La costruzione del budget integrato zonale richiede la collaborazione di tutti gli attori coinvolti (Zone, SdS, AUSL, Comuni), chiamati a riflettere insieme sul rapporto tra risorse disponibili, bisogni di salute della popolazione e azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi programmati. Questa è proprio l'essenza e il presupposto del modello di programmazione integrata multilivello disegnato dalla normativa regionale toscana.

In occasione del prossimo ciclo di programmazione sarà quindi opportuno riattivare un lavoro preparatorio, di formazione e di sensibilizzazione, che promuova e sostenga il lavoro di ricostruzione del budget integrato zonale da parte degli Uffici di Piano zonali, anche basandosi sulle difficoltà tecniche segnalate in questi anni da molti ambiti zonali.

Nonostante un miglioramento riscontrato nel 2022, il numero di zone che hanno inserito dati sul budget è diminuito scendendo a 9 nel 2023 e a 6 nel 2024 e nel 2025¹⁴

Complessivamente, il budget indicato dalle zone nel 2025 ammonta a 356 milioni di euro, in calo del 18% rispetto all'anno precedente. Nel 2020, il primo anno di programmazione e l'anno nel quale c'è stato il maggior numero di zone ad aver compilato il modulo (19), la cifra a disposizione per la programmazione risultava di 1,34 miliardi di euro. Nel 2021 le risorse indicate sono state 1,06 miliardi di euro (14 zone hanno compilato). Nel 2022, il numero di zone ad aver compilato il budget integrato è rimasto costante (14), registrando tuttavia una diminuzione nell'ammontare delle risorse imputate (- 284 milioni).

Le tabelle seguenti riassumono il complesso delle risorse inserite, distinte per annualità e per zona.

AUSL e zona	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nord-ovest	299.347.545	103.578.707	151.126.145	104.456.849	108.637.091	161.644.931
Alta Val di Cecina - Valdera	23.082.867	42.909.343	46.515.403			
Apuane						
Elba	5.800.043	5.800.043	5.800.043			
Livornese			43.391.810	47.279.546	47.332.623	71.221.794
Lunigiana	11.264.095	12.258.119	12.610.415	14.101.779	14.146.200	15.420.231
Piana di Lucca	12.072.040					
Pisana	45.799.346	42.611.202	42.808.474	43.075.524	47.158.268	47.492.524
Valle del Serchio						
Valli Etrusche	18.112.908					27.510.382
Versilia	183.216.246					
Centro	1.016.081.304	780.391.985	720.846.040	498.475.839	128.651.417	
Empolese	142.166.725	148.406.199	157.456.379			
Fiorentina Nord-Ovest	138.740.445	118.227.506	118.227.506			
Fiorentina Sud-est	111.645.724		91.568.779	100.450	128.651.417	
Firenze	253.675.446	245.314.832	238.243.678	281.540.948		
Mugello	41.498.444	43.254.149	43.998.108	49.672.305		
Pistoiese	107.554.381					
Pratese	149.448.546	153.847.706		167.162.136		
Valdinievole	71.351.593	71.341.593	71.351.590			

¹⁴Nel 2025 hanno inserito il budget integrato le seguenti zone: Amiata grossetana-Colline Metallifere-Grosseto, Livornese, Lunigiana, Pisana, Valli Etrusche, Colline dell'Albegna.

AUSL e zona	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Sud Est	30.774.484	183.657.536	197.820.559	188.668.783	197.314.878	194.492.712
Alta Val d'Elsa	10.264.440					
Grossetana		136.550.656	146.108.232	148.742.425	155.076.509	153.376.629
Amiata	4.741.166					
Aretina						
Casentino						
Colline dell'Albegna		38.088.080	39.084.706	39.926.358	42.238.369	41.116.083
Senese	15.705.278	9.000.000	12.627.621			
Val di Chiana Aretina						
Valdarno Aretino	63.600	18.800				
Valtiberina						
Totale complessivo	1.346.203.333	1.067.628.228	1.069.792.744	791.601.471	434.603.386	356.137.643
Zone che hanno inserito il budget integrato	19	14	14	9	6	6
Budget medio per zona	70.852.807	76.259.159	76.413.767	87.955.719	72.433.898	59.356.274

Tabella 7: Evoluzione 2020-2025 delle risorse totali dei budget integrati zonali, per zona

La figura sotto illustra l'evoluzione dal 2020 al 2025 della distribuzione delle risorse del budget integrato di salute per area di programmazione.

Come si può osservare la parte più grande del budget va al settore delle cure primarie e della sanità territoriale che assorbono più del 50% delle risorse. Al secondo posto, il settore sociosanitario, con una percentuale che oscilla tra il 25% e il 30% del totale.

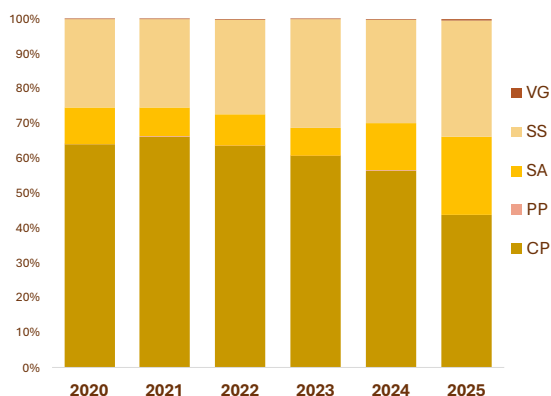


Figura 12: Evoluzione 2020-2025 della distribuzione del budget integrato zonale per area di programmazione

La figura seguente illustra invece l'evoluzione nel quadriennio della distribuzione del budget

integrato secondo la fonte dei fondi disponibili. I fondi di origine sanitaria, che includono anche gran parte dei fondi destinati all'ambito sociosanitario, coprono più dell'80% del budget integrato, mentre i fondi sociali, seppur in crescita, non superano il 15%¹⁵ del totale. Interessante notare che il contributo delle compartecipazioni alla spesa da parte degli utenti, che era l'1% del budget nel 2020, nel 2024 era cresciuto fino 9% del totale, per poi tornare nel 2025 nuovamente all'1%¹⁶.

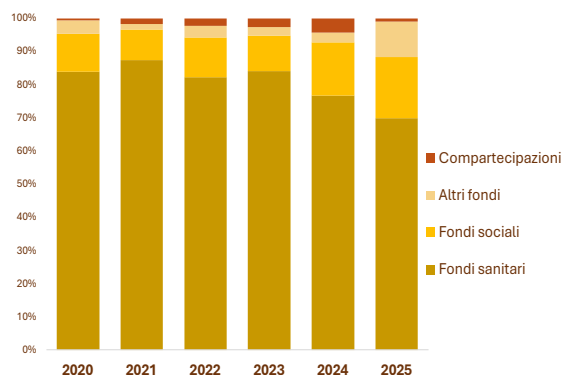


Figura 13: Evoluzione 2020-2025 della distribuzione del budget integrato zonale per fonte di finanziamento

¹⁵ Giova ricordare che si tratta della distribuzione percentuale dei budget integrati disponibili in ogni anno di programmazione, che, come abbiamo visto, sono andati progressivamente decrescendo nel corso dei sei anni di programmazione. I budget inseriti possono comunque essere considerati un campione rappresentativo del totale.

¹⁶ È possibile che questo dato non rappresenti un fenomeno reale, ma solo un'anomalia statistica, legata a una diversa capacità di copertura e classificazione delle voci di spesa del budget integrato da parte degli Uffici di Piano e degli Uffici Amministrativi.

La tabella di seguito illustra nel dettaglio l'evoluzione della distribuzione dei budget integrati per area di programmazione e fonte dei finanziamenti.

Area di programmazione e anno	Fondi sanitari	Fondi sociali	Altri fondi	Compartecipazioni	Totale
Cure primarie - Sanità territoriale					
2020	1.723.790.564	187.800	963.394		862.915.205
2021	1.245.722.767	6	53.010	19.767.484	706.979.287
2022	1.018.823.110	2.227.170	315.000	26.637.294	682.484.990
2023	933.463.366	280.000		28.879.884	481.311.625
2024	461.077.360	280.000		29.860.960	245.609.161
2025	155.148.584	140.000	330.000		155.618.584
Socioassistenziale					
2020	1.045.204	209.092.694	50.228.428	6.527.740	141.069.595
2021	22.259.242	107.854.718	21.245.156	2.365.196	88.050.131
2022	8.074.300	146.882.748	34.363.892	1.831.878	95.431.345
2023	175.334	95.465.292	28.218.176	1.475.178	62.666.990
2024	604.000	95.923.632	19.697.624	1.554.624	58.889.940
2025	107.000	43.986.560	35.241.037	794.926	80.129.523
Prevenzione e promozione					
2020			20.000		20.000
2021	2.476.097	100.000			2.576.097
2022		100.000			100.000
2023	129.609		210.000		339.609
2024		200.000			200.000
2025					
Sociosanitario					
2020	514.668.701	93.944.228	56.929.080	10.827.330	341.324.895
2021	407.058.621	67.019.370	12.769.820	10.541.078	269.190.549
2022	383.026.544	57.491.016	23.813.310	10.980.993	293.002.830
2023	395.039.804	74.346.774	12.960.542	10.924.504	246.635.812
2024	205.120.028	43.421.948	5.666.230	6.140.504	129.174.355
2025	93.531.436	19.839.198	2.508.586	2.837.694	118.716.914
Violenza di genere					
2020	161.412	692.816	19.410		873.638
2021	96.000	702.994	33.170		832.164
2022	96.000	591.317	253.762		941.079
2023	124.000	265.419	258.016		647.435
2024	120.000	607.930	2.000		729.930
2025	203.359	1.467.263	2.000		1.672.622

Tabella 8: Evoluzione 2020-2025 del budget integrato zonale per area di programmazione e per fonte di finanziamento

2.2. Le risorse delle Schede di attività

Le risorse riportate nelle schede di attività sono un sottoinsieme delle risorse indicate nel budget integrato zonale che è stato analizzato nel paragrafo precedente. Per quanto correlati tra loro i due strumenti non riportano

la stessa somma totale finale per vari motivi. In primo luogo, perché rispondono a logiche diverse: il budget integrato rappresenta gli stanziamenti triennali, le risorse delle schede invece l'utilizzo effettivo nelle singole attività

nella programmazione operativa annuale. In secondo luogo, perché nelle schede di attività generalmente vengono riportate solo le risorse finanziarie dirette stanziare per le azioni previste, quasi sempre senza la valorizzazione del personale diretto. Difatti, le schede di attività che riguardano azioni da realizzare solo con personale diretto, impegnato in tutto o in quota parte, non riportano dati finanziari.

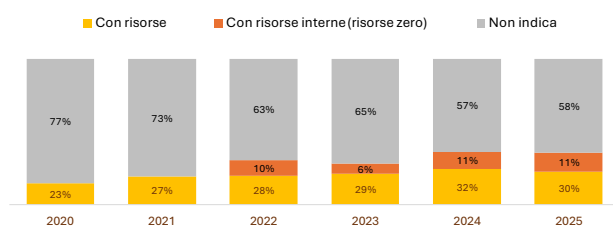


Figura 14: Evoluzione della percentuale di schede di attività che riportano le risorse utilizzate e di quelle gestite esclusivamente con risorse interne (risorse zero)

Nel corso del tempo si evidenzia una crescita di quasi 10 punti percentuali delle schede che riportano le risorse utilizzate, chiaro indice di una maggiore attenzione dei servizi nella programmazione annuale delle attività e della capacità degli Uffici di Piano di coordinare le attività delle singole unità funzionali. La continuità della rilevazione e l'attività formativa e di sensibilizzazione svolta dalla Regione, in collaborazione con ANCI Federsanità, ha contribuito a determinare, soprattutto tra il 2020 e il 2024, un cambiamento di visione da parte dei Direttori di zona e dei referenti dei vari servizi territoriali. In molti casi, per la prima volta, grazie al sistema PROWEB l'intero sistema sociosanitario zonale ha potuto ricomporre una visione complessiva delle diverse attività che vengono svolte sul territorio. Inoltre, la necessità di ritrovarsi, almeno una volta l'anno, per ricostruire il quadro delle diverse attività ha innescato una crescita dei processi di condivisione, di scambio e di dialogo tra i

diversi servizi. Si sono create nuove prassi e, in molte zone, esigenze di coordinamento e di armonizzazione che talvolta superano quanto richiesto dalla Regione.

Dal 2022 il sistema PROWEB consente di distinguere le attività gestite esclusivamente con risorse interne, grazie a un attributo obbligatorio presente nella scheda, attualmente denominato *risorse zero*. In questi casi, l'assenza di risorse economiche non va quindi interpretata come un dato mancante. Considerando insieme queste attività e quelle con risorse dichiarate, nel 2024 la quota di schede che riportano la componente economica raggiunge il 43%, avvicinandosi ormai alla maggioranza.

L'analisi delle differenze per settore di attività consente di evidenziare dove gli Uffici di Piano zonali riescono a rappresentare in modo più completo e coordinato la programmazione delle attività.

Il grafico seguente, che rappresenta per area di programmazione la distribuzione percentuale media del periodo 2020-2025 delle schede di attività in base all'indicazione o meno delle risorse utilizzate, mostra che il settore dove la programmazione delle risorse viene effettuata con maggiore frequenza è quello socioassistenziale (57%), seguito da quello della violenza di genere (35%) e da quello sociosanitario (34%). Le attività dell'area prevenzione e promozione (6%) e quelle dell'area delle cure primarie (18%) nella grande maggioranza dei casi non indicano risorse aggiuntive.

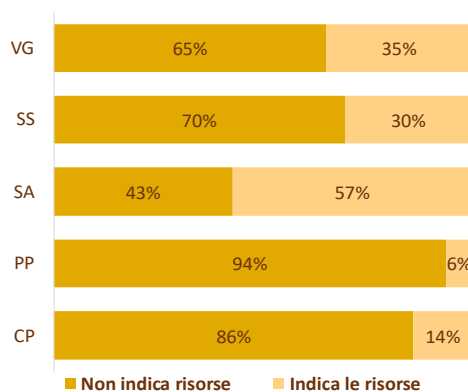


Figura 15: Distribuzione delle schede di attività che indicano o non indicano risorse, totale periodo 2020-2025

Ciò è probabilmente dovuto al fatto che in questi ultimi due settori le attività sono maggiormente strutturate e rispondenti a requisiti e protocolli sanitari, che prevedono livelli essenziali di prestazioni che devono essere garantiti, e non dipendono da progettazioni, molto diffuse invece nell'area socioassistenziale e nell'area violenza di genere. La percentuale di attività che specifica le risorse sta comunque aumentando in tutte le aree di programmazione.

Cresce la capacità delle zone di rappresentare correttamente gli impegni economici relativi alle diverse attività realizzate. Il totale delle risorse monitorate con le schede POA passa da circa 1 miliardo nel 2020 a 1,48 miliardi nel 2025, con una crescita di quasi il 50%.

L'analisi dello stesso indicatore per singola zona sociosanitaria permette di evidenziare invece la capacità (o, forse, la maggiore

sensibilità) degli Uffici di Piano e delle Unità Funzionali nel tenere sotto-controllo le risorse utilizzate per la realizzazione delle attività annuali.

Anche in questo caso si riscontrano forti differenze tra i territori regionali. Alcune zone, come l'Aretina e l'Elba, hanno riportato le risorse per la totalità delle attività, mentre altre, come la Pisana e le Valli Etrusche, non le hanno mai indicate in tutto il periodo di programmazione. La figura seguente mostra la situazione delle diverse zone nell'ultimo anno disponibile, il 2025.

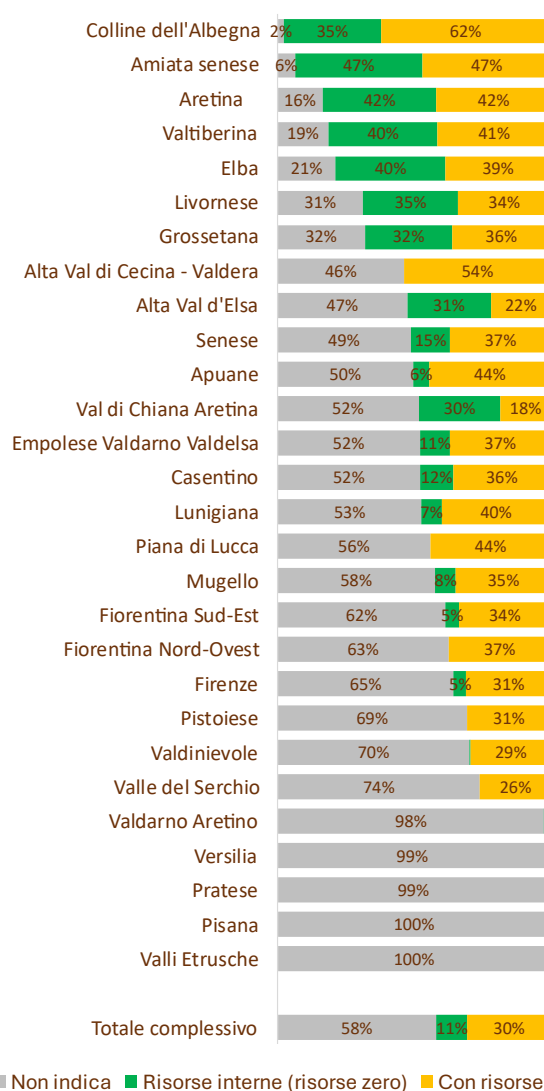


Figura 16: Percentuale di schede di attività che specificano le risorse utilizzate nel POA 2025, per zona

Nel complesso dei sei anni analizzati, la maggior parte delle zone ha registrato un

progressivo miglioramento nella capacità di monitorare le risorse utilizzate nella programmazione operativa. In particolare, la zona Livornese, l'Albegna, l'Elba, l'Amiata Senese e la Grossetana hanno fatto segnare incrementi superiori al 50%, arrivando a coprire la maggior parte delle attività. Anche le altre zone hanno generalmente evidenziato miglioramenti, mentre solo in quattro casi la situazione è peggiorata (Pratese, Casentino, Pistoiese e Valle del Serchio). Fanno eccezione la Pisana e le Valli Etrusche, che in nessuno dei sei anni esaminati hanno indicato le risorse impiegate. Va inoltre sottolineato che, nelle zone che hanno monitorato le risorse per quasi tutte le schede, circa la metà delle attività risulta gestita con risorse aggiuntive e l'altra metà con risorse esclusivamente interne.

Va sottolineato che, nonostante l'ampiezza delle programmazioni elaborate negli ultimi anni, le risorse indicate nelle schede POA rappresentano solo una parte di quelle effettivamente destinate ogni anno alle attività sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali territoriali. L'entità di questa quota dipende sia dal grado di integrazione raggiunto in ciascuna zona, sia dalla tipologia di risorse che vengono riportate nelle singole schede.

Ad esempio, del POA 2024 della zona Albegna¹⁷, le risorse riportate nelle schede rappresentano circa il 30% del budget integrato, che comprende anche le risorse interne. Analizzando la distribuzione per area di programmazione, emerge però un dato interessante: per il settore socioassistenziale

le risorse POA risultano oltre quattro volte superiori a quelle previste nel budget integrato (4,3 milioni di euro contro 1 milione).

Per comprendere le ragioni di questa discrepanza, in controtendenza rispetto ad altri settori, sono state analizzate le schede POA del comparto socioassistenziale della zona Albegna. Le voci di spesa più rilevanti riguardano attività tipicamente a gestione comunale – come asili nido, centri estivi e contributi al Terzo settore – riconducibili al cosiddetto settore socioassistenziale “allargato”. Un'altra quota significativa è rappresentata dai contributi per affitti e trasporto disabili, che appartengono invece al settore socioassistenziale in senso stretto. Questa situazione, probabilmente emblematica anche di altre zone, mette in evidenza come la piena integrazione dei diversi interventi socioassistenziali nella programmazione per la promozione della salute sia ancora lontana. Diventa quindi essenziale perseguire costantemente l'allineamento e la coerenza tra budget integrato zonale e programmazione annuale delle attività, al fine di rafforzarne completezza, incisività e profondità.

Alla luce delle considerazioni effettuate nei paragrafi precedenti, quindi, è importante sottolineare che le analisi che seguono, e che prendono in esame la quantità di risorse la quantità di risorse allocate per la programmazione annuale, per quanto significative e ricche di spunti interpretativi, illustrano solo in parte lo sforzo finanziario in corso negli ambiti zonali.

¹⁷ È possibile fare questa comparazione solo per la zona Albegna perché è l'unica, tra quelle che ha compilato la sezione risorse delle schede POA in modo completo (o quasi), che ha compilato anche la

sezione relativa al budget integrato. Al contrario, la zona Aretina, l'Elba e l'Amiata Senese non hanno compilato la sezione relativa al budget integrato nel 2024.

Pur con tali limiti, nei sei anni di programmazione emerge chiaramente un'evoluzione positiva della capacità delle zone di rappresentare correttamente gli impegni economici relativi alle diverse attività realizzate. Ad attestare ciò basti il dato sul totale delle risorse monitorate con le schede

POA che passa da circa 1 miliardo nel 2020 a 1,48 miliardi nel 2025, con una crescita di quasi il 50%. La crescita delle risorse monitorate riguarda tutte le aree di programmazione, come illustra la tabella seguente:

Area di programmazione	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Cure primarie - Sanità territoriale	602.668.801	606.170.900	600.924.090	696.613.236	767.405.459	761.624.214
Sociosanitario	292.339.320	409.691.596	401.752.185	418.852.211	497.847.743	494.492.261
Socioassistenziale	144.812.299	248.356.511	205.163.681	206.196.043	213.579.193	222.141.174
Prevenzione e promozione	199.660	5.646.520	805.168	843.483	925.078	2.110.699
Violenza di genere	796.056	1.278.733	1.422.318	1.951.420	1.719.644	2.186.427
Totale complessivo	1.040.816.137	1.271.144.260	1.210.067.442	1.324.456.393	1.481.477.117	1.482.554.775

Tabella 9: Evoluzione 2020-2025 delle risorse monitorate nelle schede POA per area di programmazione

La quota principale delle risorse è riferita ad attività della sanità territoriale e cure primarie, che nel 2025 con 761,6 milioni di euro, rappresentano il 51% del totale. L'area sociosanitaria con 494,5 milioni di risorse si trova al secondo posto, registrando una notevole crescita rispetto al 2020, sia in termini assoluti, sia in termini percentuali (dal 28% al 33%). L'area socioassistenziale rappresenta la terza voce di spesa con 222,1 milioni di euro nel 2021, pari al 15% del totale. In questa area registriamo un andamento più altalenante delle risorse disponibili, addirittura in calo rispetto al 2021. Questo calo, che si registra in modo anche più intenso in termini assoluti (da 5,6 milioni a 0,9 nel 2024) per il settore prevenzione e promozione della salute è in gran parte dovuto a finanziamenti e attività straordinarie legate alla pandemia di COVID-19 (campagne di vaccinazione e contributi a sostegno del reddito, principalmente). Nel 2025 l'area prevenzione torna a crescere raggiungendo 2,1 milioni.

Analizzando la distribuzione delle schede POA per classe di importo delle risorse, emerge che

per gran parte del periodo la fascia più rappresentata è quella tra 100 e 500 mila euro, relativa ad attività di media dimensione. La loro incidenza, tuttavia, è progressivamente diminuita, a favore di attività di piccola entità o gestite con risorse interne. Nel 2025 le tipologie più frequenti risultano infatti quelle sotto i 100 mila euro (27,2%) e quelle a risorse zero (27,4%). Questa evoluzione riflette più la crescente capacità delle zone di monitorare anche attività e progetti minori, che non un vero cambiamento strutturale della programmazione.

I progetti di maggior dimensione, superiori al milione di euro, rappresentano una quota tra il 10 e il 15% del totale delle schede POA. Le attività con i maggiori impieghi di risorse afferiscono prevalentemente all'area delle cure primarie e della sanità territoriale (specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica, ospedale di comunità, etc.) e all'area sociosanitaria (RSA, assistenza domiciliare, non autosufficienza, etc.). Diversi progetti, a partire del 2022, riguardano interventi finanziati dal PNRR.

Fascia di importo totale	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Risorse 0	nd	nd	26,0%	17,6%	24,1%	27,4%
1-10.000	7,9%	7,0%	5,7%	4,7%	5,2%	4,6%
10.001-50.000	20,7%	19,9%	14,3%	15,8%	13,0%	12,4%
50.001-100.000	13,9%	14,2%	9,3%	9,6%	9,4%	10,1%
100.001-500.000	33,7%	32,3%	24,3%	28,7%	25,7%	23,1%
500.001-1 milione	9,9%	10,7%	9,5%	9,9%	9,1%	9,3%
Più di 1 milione	13,8%	15,9%	10,8%	13,8%	13,5%	13,1%
Totale con indicazione risorse	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella 10: Evoluzione 2020-2025 delle schede POA per fascia di importo totale delle risorse utilizzate

Parte 3 | Alcuni caratteri significativi

3.1. La programmazione multilivello

A partire dalla programmazione operativa 2021, in conseguenza della pubblicazione delle DGRT 273/2020 (“Determinazioni in merito alle azioni per l’attuazione del PSSIR 2018-2020”) e come previsto dalla DGRT 1388/2020 (“Indirizzi per la Programmazione Operativa Annuale zonale (POA) per l’anno 2021 e tempistiche di approvazione”)¹⁸, è stato concretamente introdotto nella programmazione territoriale il concetto di programmazione multilivello. Questo approccio si è rivelato un elemento di novità importante, perché quantomeno ha fatto conoscere a molti operatori locali gli indirizzi della programmazione regionale, rafforzando la consapevolezza di essere parte di un sistema di programmazione integrato e coordinato in senso orizzontale, con gli stakeholders rilevanti dello stesso ambito

territoriale, e in senso verticale (multilivello) con gli strumenti di programmazione sovraordinata.

La programmazione locale, già in sede di definizione dei Piani Integrati di Salute 2020-2022, era stata chiamata a collegare gli obiettivi di salute della programmazione zonale agli obiettivi strategici della programmazione regionale individuati nel PSSIR 2018-2020 in 10 driver, 9 target e 3 focus, elencati nella tabella seguente.

I PIS zonali presentano quindi una prima integrazione multilivello alla programmazione regionale attraverso l’associazione degli obiettivi di salute a uno o più driver e a uno o più target e focus del PSSIR.

DRIVER	TARGET	FOCUS
1.Prevenzione	1.Genitori	1.Pazienti oncologici
2.Disuguaglianze di salute e sociali	2.Bambini	2.Persone con disabilità
3.Liste di attesa	3.Giovani	3.Salute mentale
4.Vivere la cronicità	4.Donne	
5.Nuovi modelli di cure	5.Anziani	
6.Innovazione e informazione	6.Stranieri	
7.Welfare etico e partecipazione	7.Lavoratori	
8.Competenze di Lavoro tra sicurezza e modernità	8.Popolazioni residenti nelle aree interne, montane e insulari	
9.Sostenibilità	9.Persone detenute negli istituti penitenziari	
10.Qualità del fine vita		

¹⁸ Le linee guida per la programmazione annuale 2021 chiedevano alle zone di associare ad ogni programma operativo le eventuali schede operative regionali, i programmi regionali settoriali e i

programmi nazionali settoriali connessi e pertinenti alle tematiche del programma.

La tabella seguente sintetizza per ogni zona il livello di associazione degli obiettivi di salute locali con le strategie regionali dettate dal PSSIR.

Complessivamente, il 67% degli obiettivi zionali risulta collegato ai driver regionali, mentre il 44% trova una corrispondenza con i target di popolazione previsti dal PSSIR. Molto più limitata è invece l'associazione con i tre focus del PSSIR, che riguarda solo il 15,6% degli obiettivi. Se per target e focus è

comprensibile che solo una parte degli obiettivi zionali risulti associata, appare più anomalo che quasi la metà degli obiettivi di salute individuati a livello locale non trovi alcuna corrispondenza nelle linee strategiche regionali, pur coprendo l'intero spettro delle tematiche di salute e inclusione sociale affrontate sul territorio. Va infine ricordato che il ciclo di programmazione è stato interrotto dalla pandemia di COVID-19, e che in alcune zone i processi programmatori potrebbero essere rimasti incompleti.

Zona Distretto SdS	Obiettivi di salute	N° obiettivi collegati a			% obiettivi collegati a		
		Driver	Target	Focus	Driver	Target	Focus
Empolese - Valdarno Inferiore	9	2	1		22,2%	11,1%	0%
Fiorentina Nord-Ovest	4	4	1		100%	25%	0%
Fiorentina Sud-Est	15	14	14	2	93,3%	93,3%	13,3%
Firenze	7	7			100%	0%	0%
Mugello	6	6	6	3	100%	100%	50%
Pistoiese	11	1			9,1%	0%	0%
Pratese	5	4	1	1	80%	20%	20%
Val di Nievole	5	5	5	3	100%	100%	60%
CENTRO	62	43	28	9	69,4%	45,2%	14,5%
Alta Val di Cecina - Valdera	12	10	4	3	83,3%	33,3%	25%
Apuane	6	1			16,7%	0%	0%
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	10	2	1		20%	10%	0%
Elba	14	1			7,1%	0%	0%
Livornese	5	5	4		100%	80%	0%
Lunigiana	4	2			50%	0%	0%
Piana di Lucca	9	9	8	1	100%	88,9%	11,1%
Pisana	13	12	13	3	92,3%	100%	23,1%
Valle del Serchio	7	1			14,3%	0%	0%
Versilia	5	5	3	1	100%	60%	20%
NORD-OVEST	85	48	33	8	56,5%	38,8%	9,4%
Alta Val d'Elsa	7	7	2	3	100%	28,6%	42,9%
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	18	18	9	6	100%	50%	33,3%
Amiata Val d'Orcia Valdichiana Senese	11	8	7	3	72,7%	63,6%	27,3%
Aretina - Casentino - Valtiberina	8	7	5	1	87,5%	62,5%	12,5%
Colline dell'Albegna	8	7	6	3	87,5%	75%	37,5%
Senese	6	1			16,7%	0%	0%
Val di Chiana Aretina	7	1			14,3%	0%	0%
Valdarno	12	10	9	2	83,3%	75%	16,7%
SUD-EST	77	59	38	18	76,6%	49,4%	23,4%
Totale complessivo	224	150	99	35	67%	44,2%	15,6%

Tabella 11: Obiettivi di salute e programmazione multilivello per zona

Le difficoltà iniziali nel realizzare collegamenti verticali sono state superate a partire dal ciclo di programmazione annuale 2021, quando la Regione, dopo la pubblicazione delle schede di attività del PSSIR, ha chiesto alle zone di raccordare la programmazione operativa non solo alle schede PSSIR¹⁹ pertinenti, ma anche ai diversi programmi regionali di settore e ai programmi nazionali. Nei quattro anni successivi questa impostazione è stata confermata, consentendo alle zone di migliorare l'inquadramento delle attività locali all'interno del più ampio quadro di indirizzo

regionale e nazionale.

La tabella seguente mostra l'evoluzione della programmazione operativa multilivello in ciascuna zona, indicando la percentuale di programmi collegati alle schede del PSSIR, ai piani regionali di settore e ai piani nazionali di settore. È inoltre riportato un indicatore sintetico – l'“indice di programmazione multilivello” – che misura l'intensità della programmazione multilivello, ossia la propensione a connettere la programmazione zonale sia in senso orizzontale che verticale.²⁰

¹⁹ DGRT 273/2020

²⁰ L'indice è calcolato come media del numero totale di schede e programmi regionali e nazionali associati al programma operativo.

SdS Zona Distretto	Programmi associati a schede PSSIR					Programmi associati a piani regionali					Programmi associati a piani nazionali					Indice di programmazione multilivello				
	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025
Centro	56%	52%	54%	54%	55%	19%	30%	34%	34%	35%	32%	22%	25%	24%	24%	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8
Empolese Valdarno Valdelsa	4%	87%	95%	95%	100%	4%	60%	64%	60%	65%	61%	53%	59%	55%	59%	0,7	2,0	2,2	2,2	2,4
Fiorentina Nord-Ovest	56%	94%	93%	100%	93%	50%	50%	57%	62%	57%	50%	6%	7%	8%	7%	1,8	2,1	2,3	2,5	2,3
Fiorentina Sud-Est	75%	15%	22%	21%	21%	19%	15%	25%	24%	24%	16%	6%	17%	15%	14%	1,1	0,4	1,0	1,0	1,0
Firenze	76%	0%	0%	0%	0%	39%	0%	0%	3%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Mugello	88%	80%	73%	73%	73%	0%	80%	73%	73%	73%	100%	80%	73%	73%	73%	2,3	2,4	2,2	2,2	2,2
Pistoiese	47%	81%	76%	79%	79%	16%	23%	24%	25%	25%	22%	19%	17%	18%	18%	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
Pratese	33%	60%	60%	60%	63%	5%	30%	30%	30%	32%	29%	20%	20%	20%	21%	0,8	1,6	1,6	1,6	1,7
Valdinievole	85%	92%	100%	100%	100%	0%	69%	75%	73%	75%	69%	62%	67%	64%	67%	3,2	8,0	8,7	8,9	8,7
Nord Ovest	63%	77%	78%	75%	61%	30%	52%	54%	52%	41%	40%	42%	44%	44%	35%	1,6	2,3	2,4	2,4	2,1
Alta Val di Cecina -Valdera	64%	92%	92%	92%	85%	4%	35%	38%	38%	31%	36%	27%	31%	31%	19%	1,1	2,5	2,6	2,6	2,1
Apuane	41%	0%	0%	0%	6%	15%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,6	0,0	0,0	0,0	0,1
Elba	67%	70%	68%	72%	81%	28%	51%	50%	47%	68%	25%	32%	32%	28%	51%	1,4	1,9	1,9	1,9	3,0
Livornese	100%	50%	50%	57%	58%	64%	38%	42%	43%	42%	20%	35%	38%	33%	38%	2,9	1,4	1,6	2,6	2,6
Lunigiana	90%	100%	100%	100%	20%	74%	57%	58%	62%	8%	38%	36%	37%	38%	0%	2,0	3,5	3,6	3,7	0,7
Piana di Lucca	40%	97%	100%	100%	100%	33%	91%	94%	91%	91%	100%	61%	73%	91%	91%	2,1	3,8	4,2	4,0	4,0
Pisana	57%	100%	100%	93%	100%	22%	96%	100%	91%	83%	81%	100%	100%	93%	83%	2,1	3,0	3,1	3,0	3,8
Valle del Serchio	92%	0%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Valli Etrusche	42%	92%	96%	70%	44%	21%	4%	15%	20%	8%	3%	4%	15%	20%	8%	0,7	1,1	1,6	1,5	0,8
Versilia	36%	88%	85%	81%	83%	12%	50%	48%	44%	45%	52%	33%	33%	30%	31%	1,2	2,8	2,6	2,5	2,5
Sud Est	38%	44%	34%	33%	47%	20%	23%	18%	17%	24%	21%	18%	15%	16%	22%	0,9	1,1	0,8	0,8	1,5
Alta Val d'Elsa	57%	0%	0%	0%	0%	36%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Grossetana	41%	91%	92%	96%	90%	41%	48%	46%	48%	38%	50%	26%	38%	39%	29%	1,5	2,7	2,8	3,0	2,7
Amiata Senese	30%	100%	100%	91%	90%	20%	27%	27%	27%	33%	10%	23%	23%	27%	33%	0,8	1,5	1,5	1,5	1,7
Aretina			0%	5%	95%			0%	0%	67%			0%	0%	57%			0,0	0,0	5,5
Aretina - Casentino - Valtiberina	31%	15%				19%	8%				8%	8%				0,6	0,4			
Casentino			0%	0%	0%			0%	0%	0%			0%	0%	0%			0,0	0,0	0,0
Colline dell'Albegna	100%	81%	81%	72%	75%	29%	75%	75%	67%	60%	86%	69%	69%	61%	55%	2,4	2,3	2,3	2,0	1,9
Senese	46%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	6%	0,7	0,0	0,0	0,0	0,2
Val di Chiana Aretina	24%	29%	29%	29%	47%	12%	18%	18%	18%	29%	18%	18%	18%	18%	35%	0,5	1,0	1,0	1,0	1,5
Valdarno Aretino	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Valtiberina			0%	0%	65%			0%	0%	0%			0%	0%	0%			0,0	0,0	0,9
Totale complessivo	55%	63%	60%	57%	55%	25%	39%	39%	37%	34%	34%	31%	31%	30%	28%	1,5	1,8	1,8	1,8	1,8

Tabella 12: Evoluzione della programmazione multilivello POA 2021-2025: associazioni con le schede operative regionali, piani regionali e nazionali di settore dei programmi operativi zonali e indice sintetico di programmazione multilivello (La programmazione multilivello è stata introdotta nella programmazione territoriale a partire dal POA 2021.)

Complessivamente, risultano associati ad almeno una scheda operativa regionale PSSIR poco più della metà dei programmi, con una diminuzione nel 2024 (57%) e nel 2025 (55%) rispetto al 63% registrato nel 2022.

Il coordinamento con la programmazione regionale sembra quindi non aver conosciuto significativi cambiamenti negli ultimi 5 anni di programmazione.

Questo fenomeno, in controtendenza con il miglioramento generale della programmazione evidenziato nei paragrafi precedenti, almeno in parte è dovuto anche al fatto che in assenza del PIS i programmi operativi tendono nella maggior parte dei

casi (95%) ad essere riproposti senza significativi cambiamenti.

Andamento analogo, anche se la diminuzione è meno intensa, si riscontra anche per quanto concerne l'associazione ai piani regionali di settore, pari nel 2025 al 34% dei programmi zionali, anche questa in leggera flessione rispetto al precedente ciclo di programmazione. Nel 2025 diminuisce anche l'associazione ai piani nazionali di settore, passata al 28% dal 34% nel 2021.

Le figure seguenti sintetizzano l'evoluzione della situazione della programmazione multilivello distinta a livello area vasta.

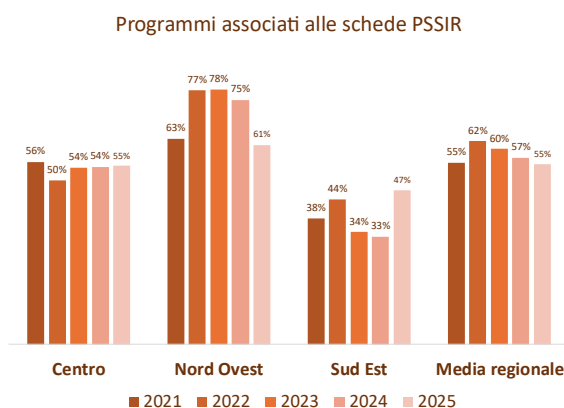


Figura 17: Evoluzione della percentuale di programmi operativi associati a schede PSSIR dal 2021 al 2025, per ASL

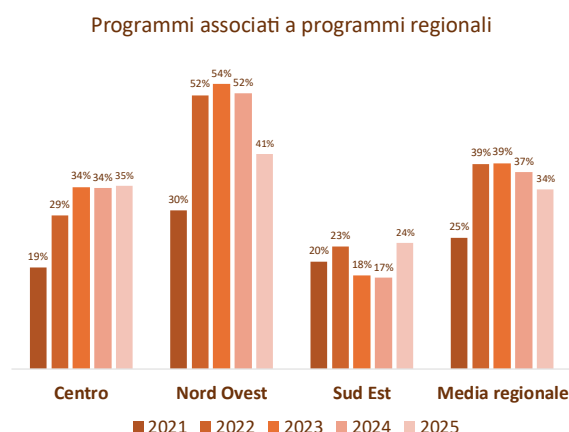


Figura 18: Evoluzione della percentuale di programmi operativi associati a programmi regionali dal 2021 al 2025, per ASL

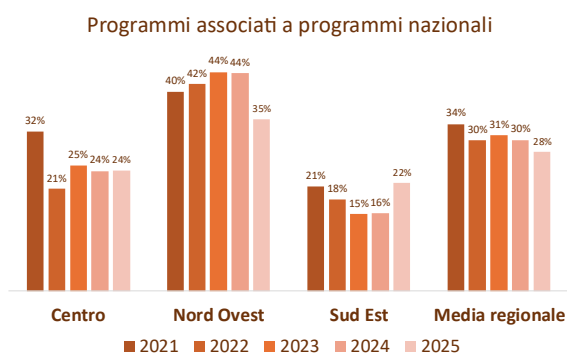


Figura 19: Evoluzione della percentuale di programmi operativi associati a programmi nazionali dal 2021 al 2025, per ASL

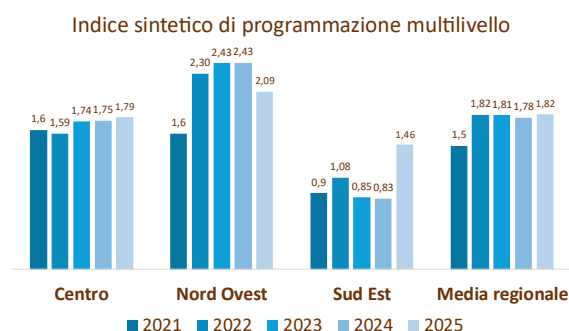


Figura 20: Evoluzione dell'indice sintetico di programmazione multilivello dal 2021 al 2025, per ASL

Nelle zone della ASL Nord Ovest si nota una maggiore attenzione all'approccio multilivello, con una quota di programmi associati molto superiore alla media regionale e che evidenzia una tendenza alla crescita fino al 2024. Nel 2025 si registra una inversione di tendenza con un notevole calo della percentuale di programmi operativi connessi alla programmazione regionale e nazionale.

All'estremo opposto troviamo le zone della ASL Sud Est che, nonostante la presenza di alcuni casi virtuosi (Albegna, Grossetana e Amiata Senese) nella maggior parte dei casi non sembra mostrare particolare propensione all'integrazione multilivello. Nel 2025 si osserva però un deciso miglioramento, dopo il calo degli anni precedenti, probabilmente connesso a un'azione di coordinamento e sensibilizzazione svolta nel 2024 dalla Direzione della ASL Sud Est nei confronti delle Zone Distretto. Più stabile nel tempo la situazione delle zone della ASL Centro.

Come accennato, la situazione a livello zonale è molto variabile. Si va da zone che hanno collegato la programmazione locale a molti ambiti di programmazione regionale e nazionale, a zone che non hanno effettuato alcuna connessione.

La Figura 20 sintetizza l'evoluzione della programmazione multilivello per area vasta attraverso un indicatore, denominato "indice di programmazione multilivello", dato dal numero medio di associazioni alla programmazione regionale e nazionale riscontrata nei programmi operativi zonali.

In media, a livello regionale, i programmi presentano tra 1 e 2 associazioni alla

programmazione sovraordinata. Il livello più intenso si registra anche in questo caso nelle zone della Nord Ovest (2,09), il più basso nelle zone della Sud Est (1,46).

La figura accanto illustra lo stesso indicatore a livello di zona con riferimento all'ultimo anno di programmazione. Al primo posto, troviamo la Val di Nievole che, in media, ha associato ogni programma operativo a una media complessiva di 8,7 schede operative regionali, piani regionali di settore o piani nazionali di settore. Quattro zone non risultano aver effettuato alcuna associazione alla programmazione regionale e nazionale, tre hanno associato un solo programma.

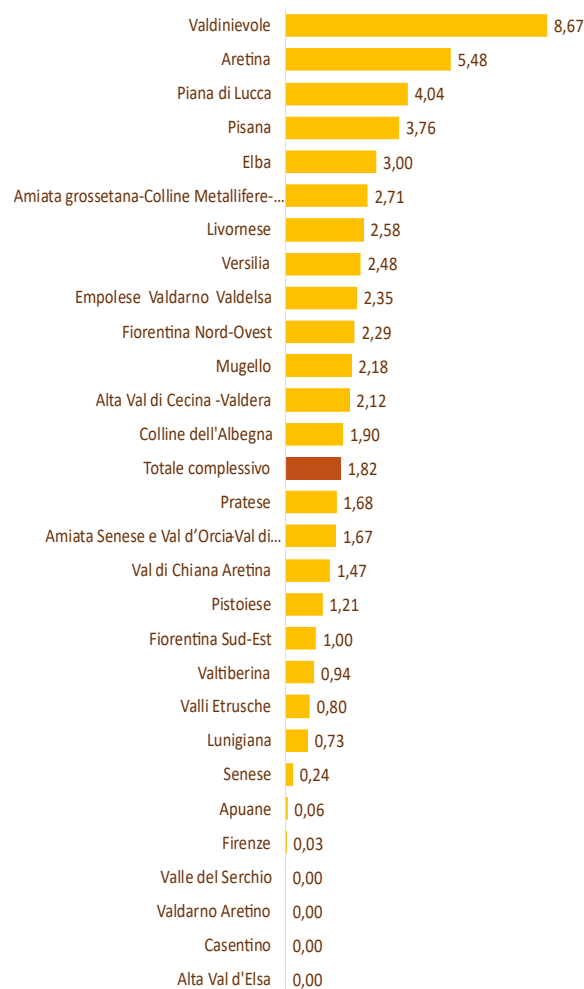
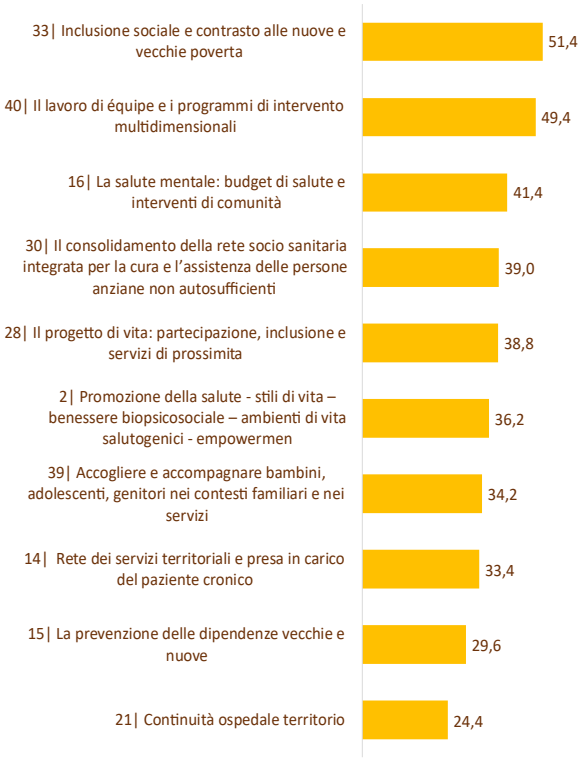


Figura 21:Indice sintetico di programmazione multilivello per zona, anno 2025

Analizzando più da vicino l'integrazione con le schede operative regionali, la tabella

seguente riporta, per ciascuna di esse, il numero di programmi operativi associati. In totale, alle 40 schede regionali del PSSIR risultano collegati 402 programmi operativi e 2.426 schede di attività. Dal 2025 tutte le schede regionali hanno almeno un programma associato²¹. Quelle con il maggior numero di collegamenti sono la n. 33 (“Inclusione sociale e contrasto alle nuove e vecchie povertà”) e la n. 40 (“Il lavoro di équipe e i programmi di intervento multidimensionali”). La figura seguente mostra l’elenco delle schede PSSIR con il numero più alto di programmi zonali associati.



²¹ Fino al 2024 due schede regionali non risultavano associate ad alcuna programmazione locale (la 27, relativa alla ricerca e la

sperimentazione clinica in regione toscana e quella 34, relativa al sistema informativo regionale)

Scheda di attività PSSIR		2021	2022	2023	2024	2025	Media 2021-25
1	Il piano regionale di prevenzione	8	13	15	12	13	12,2
2	Promozione della salute - stili di vita – benessere biopsicosociale – ambienti di vita salutogenici - empowerment	27	37	39	36	42	36,2
3	Malattie infettive emergenti, vaccinazioni, antimicrobico resistenza	9	12	10	7	7	9,0
4	Ambiente e salute	10	11	9	8	8	9,2
5	La rete di servizi di prevenzione sul territorio a tutela della salute collettiva	16	26	22	19	18	20,2
6	Sicurezza alimentare, veterinaria e igiene urbana	4	4	4	4	4	4,0
7	Promozione della cultura della sicurezza per tutte le fasce di età ed in tutti i luoghi	1	3	3	3	1	2,2
8	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	3	4	4	5	3	3,8
9	Le risposte all'emergenza urgenza	5	5	5	5	5	5,0
10	La rete per l'acuzie	2	2	2	3	3	2,4
11	Contrasto e prevenzione della violenza e dei maltrattamenti e interventi a sostegno delle vittime	15	17	16	16	23	17,4
12	Qualità e sicurezza dei processi di cura e assistenza	16	20	21	20	22	19,8
13	Il sistema di ascolto e informazione	0	11	10	7	16	8,8
14	Rete dei servizi territoriali e presa in carico del paziente cronico	26	37	36	33	35	33,4
15	La prevenzione delle dipendenze vecchie e nuove	28	30	31	30	29	29,6
16	La salute mentale: budget di salute e interventi di comunità	34	37	44	46	46	41,4
17	Le case della salute: un presidio per la comunità	13	20	22	20	19	18,8
18	L'assistenza sanitaria nelle aree interne ed insulari	0	4	4	4	2	2,8
19	Le cure di transizione: i servizi domiciliari e residenziali di cure intermedie	10	13	12	10	13	11,6
20	La promozione della salute e l'assistenza sanitaria, in ambito penitenziario	1	1	2	2	2	1,6
21	Continuità ospedale territorio	17	24	27	27	27	24,4
22	Il valore della salute: bioetica e governo della sanità	3	3	3	3	4	3,2
23	Internazionalizzazione del sistema sanitario e sociale integrato toscano: un'Europa più vicina	2	2	2	2	2	2,0
24	Salute globale e cooperazione internazionale: sostenibilità e integrazione	1	1	1	1	2	1,2
25	Il nuovo modo di comunicare all'interno del sistema sanitario e sociosanitario regionale	2	5	5	3	2	3,4
26	La formazione del personale nel SSR	3	7	6	5	5	5,2
27	La ricerca e la sperimentazione clinica in regione toscana	0	0	0	0	1	0,2
28	Il progetto di vita: partecipazione, inclusione e servizi di prossimità	33	37	42	42	40	38,8
29	La persona con demenza: implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure	10	9	10	9	10	9,6
30	Il consolidamento della rete socio sanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone anziane non autosufficienti	34	42	42	41	36	39,0
31	Le nuove potenzialità del terzo settore: come cambia la solidarietà organizzata in toscana	5	5	5	6	12	6,6
32	L'attività motoria a tutte le età fattore determinante di salute e strumento di crescita civile dei cittadini e delle collettività locali	6	7	8	9	6	7,2
33	Inclusione sociale e contrasto alle nuove e vecchie povertà	50	51	55	47	54	51,4

diffuse su tutto il territorio regionale²² e rappresentano la forma più frequente nei diversi territori.

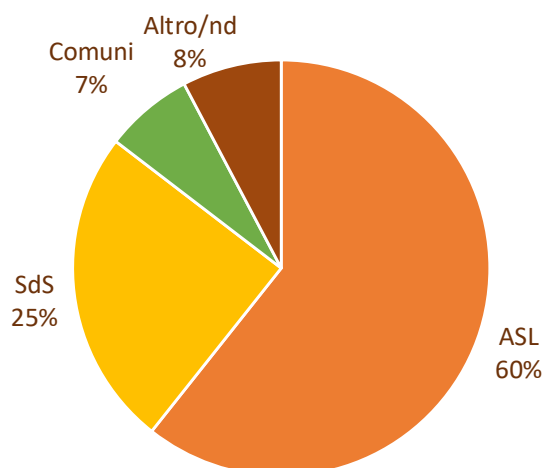


Figura 22: Distribuzione delle schede POA 2020-25 per tipo di soggetto gestore

Tuttavia, nonostante questa prevalenza, l'analisi della programmazione 2020-2025 mette in evidenza come la maggior parte delle attività oggetto di programmazione (ovvero, le schede POA) siano gestite dalle ASL. Come evidenzia il grafico a sopra il 60% delle attività inserite nelle programmazioni operative zonali degli ultimi sei anni sono

gestite direttamente dalle ASL. Alle gestioni associate (SdS) fanno capo complessivamente circa un quarto di tutte le attività. Alla gestione diretta dei Comuni e/o delle Unioni comunali va circa il 7% delle attività²³.

Osservando l'evoluzione nel corso degli ultimi sei anni della distribuzione delle attività per forma di gestione non si osservano grandi cambiamenti. La percentuale di attività gestite dalle ASL oscilla tra il 58% e il 60%, mentre quella delle gestioni associate appare stabile intorno al 25% del totale. Il ruolo dei Comuni singoli e delle Unioni dei Comuni, benché appaia anch'esso stabile, in realtà è sempre più residuale per quanto riguarda le politiche socioassistenziali e sociosanitarie. La stabilità della percentuale gestita dai Comuni può essere dovuta al progressivo allargamento del perimetro delle programmazioni locali che, soprattutto a partire dalla pandemia del 2020, hanno cominciato ad includere anche attività sociali tipicamente comunali, come le politiche della casa e quelle per la promozione della cittadinanza attiva.

Modalità di gestione	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Media 2020-25
AUSL gestione diretta	56,3%	57,3%	59,2%	58,0%	59,2%	60,2%	58,4%
Convenzione socio-sanitaria	2,0%	2,0%	2,0%	2,1%	2,2%	2,4%	2,1%
Gestione associata (SdS)	24,4%	25,5%	24,0%	24,5%	24,4%	25,4%	24,7%
Comuni	7,3%	7,6%	6,9%	6,9%	6,2%	6,3%	6,8%
Altro tipo di gestione	8,3%	7,6%	8,0%	8,6%	8,0%	5,7%	7,7%
nd	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Totale complessivo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella 13: Evoluzione della distribuzione percentuale delle schede POA per modalità di gestione dal 2020 al 2025

La prevalenza della gestione ASL è ancora più accentuata se analizziamo la distribuzione delle risorse associate alle schede di attività. In questo caso, la quota gestita dalle ASL

raggiunge il 67% del totale, quella delle gestioni associate il 22% e, infine, quella dei Comuni il 5,2%.

²² Le 12 zone (su 28) che non hanno la gestione associata gestiscono i servizi sociosanitari ad alta integrazione (non autosufficienza e disabilità) con l'altra modalità alternativa prevista dalla normativa regionale: la convenzione sociosanitaria.
Nel corso del 2025 la Zona Pisana ha deciso di procedere allo scioglimento del consorzio Società della Salute

²³ L'8% delle schede POA che riportano altre forme di gestione, nella maggior parte dei casi, sono in realtà riconducibili a una delle tipologie previste dalla normativa e sono dovute, quindi, ad errori di classificazione da parte dei responsabili dell'attività.

Nel corso degli ultimi sei anni si nota comunque una dinamica di crescita delle risorse gestite dalle gestioni associate, che passano dal 16% del POA 2020 al 26% del POA 2025.

Analizzando la situazione a livello zonale, si osserva che le SdS, anche nei territori dove

sono strutturate da molti anni, ancora non gestiscono la maggior parte delle attività programmate. Come mostra la tabella qui sotto, solo in sei zone (Alta Val di Cecina Valdera, Lunigiana, Pisana, Alta Val d'Elsa e Senese, Valli Etrusche) la SdS gestisce più del 50% della programmazione (in termini di attività, non di risorse).

AUSL/Zona	AUSL	SdS	Comuni	Altro/Nd.	Totale complessivo
Centro	64%	26%	3%	7%	100%
Empolese Valdarno Valdelsa	61%	33%	0%	5%	100%
Fiorentina Nord-Ovest	59%	37%	0%	4%	100%
Fiorentina Sud-Est	71%	12%	4%	13%	100%
Firenze	58%	19%	17%	5%	100%
Mugello	67%	23%	0%	10%	100%
Pistoiese	71%	23%	0%	6%	100%
Pratese	71%	23%	1%	4%	100%
Valdinievole	58%	37%	0%	5%	100%
Nord-Ovest	59%	22%	10%	9%	100%
Alta Val di Cecina - Valdera	33%	66%	0%	1%	100%
Apuane	61%		31%	8%	100%
Elba	80%		8%	12%	100%
Livornese	71%		24%	5%	100%
Lunigiana	37%	59%	0%	4%	100%
Piana di Lucca	64%		18%	18%	100%
Pisana	41%	53%	1%	5%	100%
Valle del Serchio	84%		0%	16%	100%
Valli Etrusche	48%	50%	0%	2%	100%
Versilia	70%		17%	13%	100%
Sud-Est	56%	26%	9%	9%	100%
Alta Val d'Elsa	41%	52%	0%	6%	100%
Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grosseto	52%	45%	0%	3%	100%
Amiata Senese e Val d'Orcia - Val di Chiana Senese	56%	43%	0%	0%	100%
Aretina	71%		13%	16%	100%
Aretina - Casentino - Valtiberina	78%		0%	22%	100%
Casentino	57%		16%	27%	100%
Colline dell'Albegna	72%		26%	2%	100%
Senese	43%	53%	1%	3%	100%
Val di Chiana Aretina	59%		15%	25%	100%
Valdarno Aretino	62%		21%	17%	100%
Valtiberina	64%		27%	9%	100%
Totale complessivo	60%	25%	7%	8%	100%

Tabella 14: Percentuale di schede POA per tipo di gestione e per zona. Media 2020-2025

La media regionale, che denota una sostanziale stabilità dei modelli di gestione,

nasconde al suo interno dinamiche territoriali differenziate. Per analizzare

queste tendenze eterogenee, l'attenzione è stata focalizzata in primo luogo sulla quota di attività gestite dalle SdS nelle zone dove è presente questa forma di gestione.

Le figure seguenti illustrano per ogni zona l'andamento dal 2020 al 2025 della percentuale di schede POA gestite in forma associata.

Si osserva che in alcune zone il peso della SdS nella programmazione è in costante crescita, in particolare nelle SdS di Firenze e Fiorentina Sud-Est. Questa tendenza si osserva anche in alcune delle zone con le SdS più consolidate, come la zona Amiata-Metallifere-Grossetana e l'Alta Val d'Elsa. In altre zone che per prime avevano sperimentato questo modello, al contrario, si osservano andamenti in controtendenza. La zona Pistoiese, ad esempio, vede scendere la quota di attività gestita dalla SdS dal 42,1% del 2020 al 18,3% del 2025 delle attività oggetto di programmazione. Andamenti analoghi si riscontrano anche nella zona Val di Nievole, sempre in provincia di Pistoia, che passa dal 47,4% al 25% nel 2024, per tornare al 40% nel 2025, sempre delle attività oggetto di programmazione. Nel 2024 si registra un forte calo anche nell'Alta Val di Cecina - Valdera che, pur rimanendo una delle zone con la più elevata quota di attività a gestione SdS, passa dal 71,4% del 2023 al 54,5% del 2025 delle attività oggetto di programmazione. Notevole anche il ridimensionamento che si registra nell'area Pisana, dove la quota SdS diminuisce di 15 punti percentuali tra il 2021 e il 2025 rispetto alle attività oggetto di programmazione.

Anche per quanto concerne le zone dove vige il modello gestionale della convenzione sociosanitaria (Figura 24) si osservano andamenti differenziati nel periodo esaminato. Una crescita del ruolo della ASL nelle attività oggetto di programmazione si registra nelle zone della provincia di Lucca (Versilia e Piana di Lucca) e della provincia di

Arezzo (Valtiberina, Casentino e Aretina). In provincia di Arezzo fa eccezione la zona del Valdarno Aretino, dove invece si osserva una certa stabilità delle attività a gestione diretta ASL tra quelle oggetto di programmazione.

Al contrario, nella zona Livornese, nella Valdera-Alta Val di Cecina, nelle Colline dell'Albegna e nelle Apuane la quota di attività gestita dalla ASL si è contratta negli ultimi anni a favore, nella maggior parte dei casi, di una gestione diretta da parte dei Comuni sempre rispetto alle attività oggetto di programmazione. Nella zona Elba la quota ASL dopo un calo nel 2023 e nel 2024 è tornata sopra l'80%, una delle più alte in Toscana.

Infine, la Figura 26 sintetizza la variazione tra il 2020 e il 2025 della percentuale di attività gestite direttamente dai Comuni nelle varie zone che hanno inserito almeno una scheda di attività a gestione comunale ²⁴.

²⁴ Il fatto che in 14 zone non siano presenti all'interno dei POA attività a gestione diretta da parte dei Comuni non significa che in quelle zone essi non gestiscano attività di tipo socioassistenziale. Si pensi, ad esempio, ad attività eminentemente socioassistenziali come i contributi per gli affitti

e le politiche per la casa. Non sempre, infatti, i Comuni vengono coinvolti nel processo di costruzione dei POA e non sempre tutte le attività socioassistenziali vengono registrate nella programmazione.



Figura 23: Evoluzione della percentuale di schede POA gestite dalle SdS dal 2020 al 2025



Figura 23: Evoluzione della percentuale di attività gestite dalle ASL nella programmazione operativa 2020-2025 nelle zone distretto con modalità di gestione in convenzione sociosanitaria

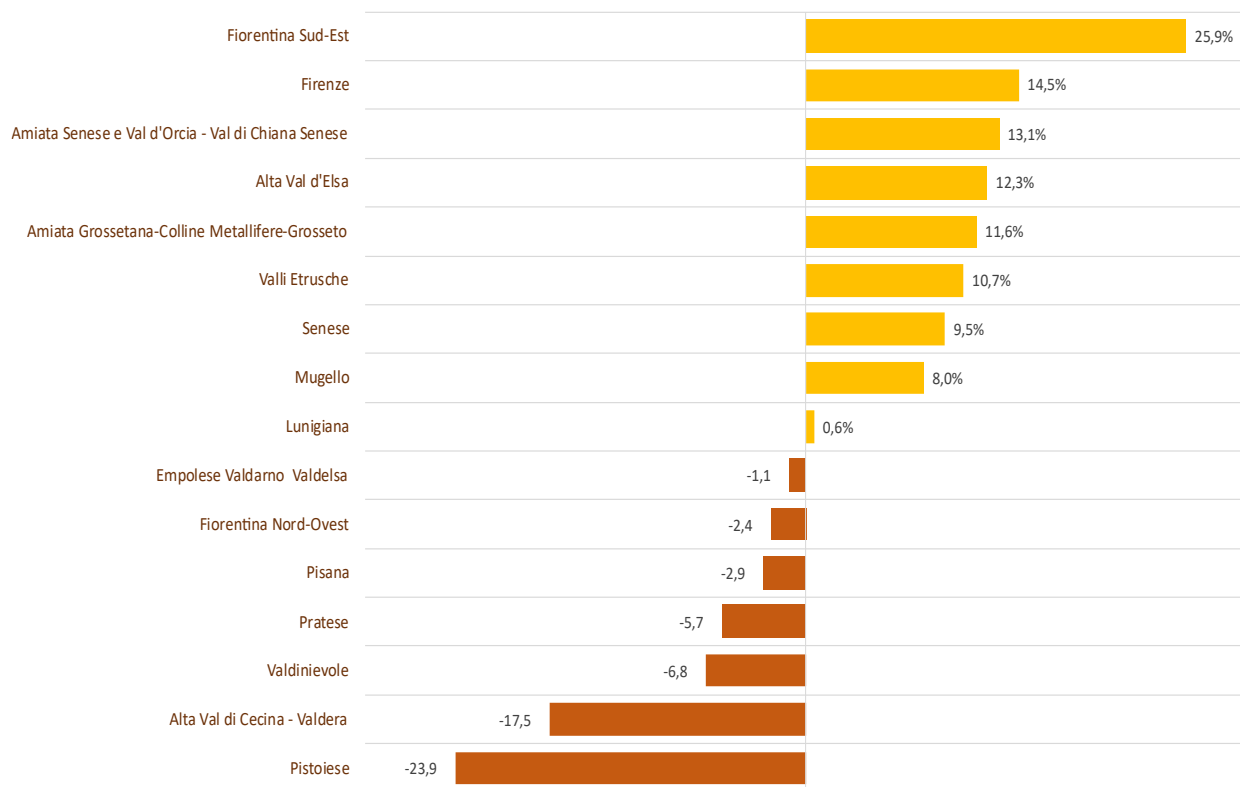


Figura 24: Variazione della percentuale di attività gestite dalle SdS nella programmazione operativa 2020-2025

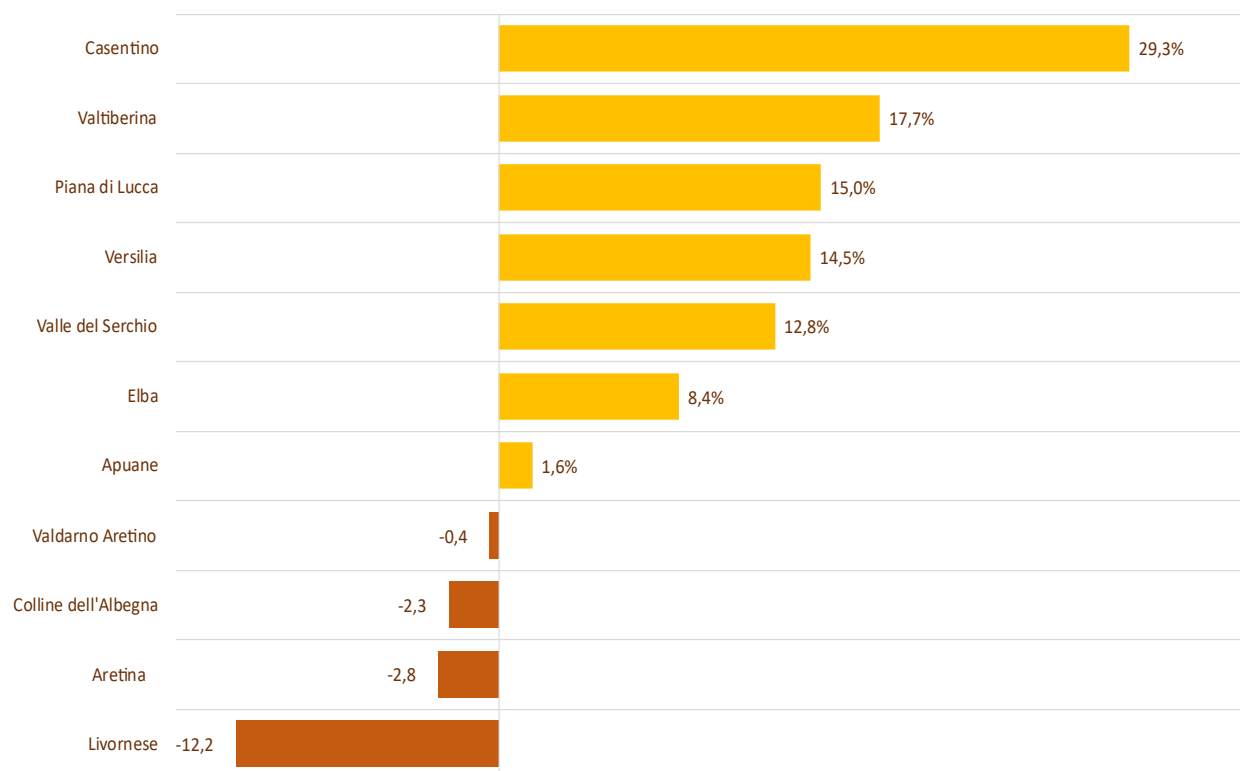


Figura 25: Variazione della percentuale di attività gestite dalle ASL nella programmazione operativa 2020-2025 nelle zone distretto con modalità di gestione in convenzione sociosanitaria

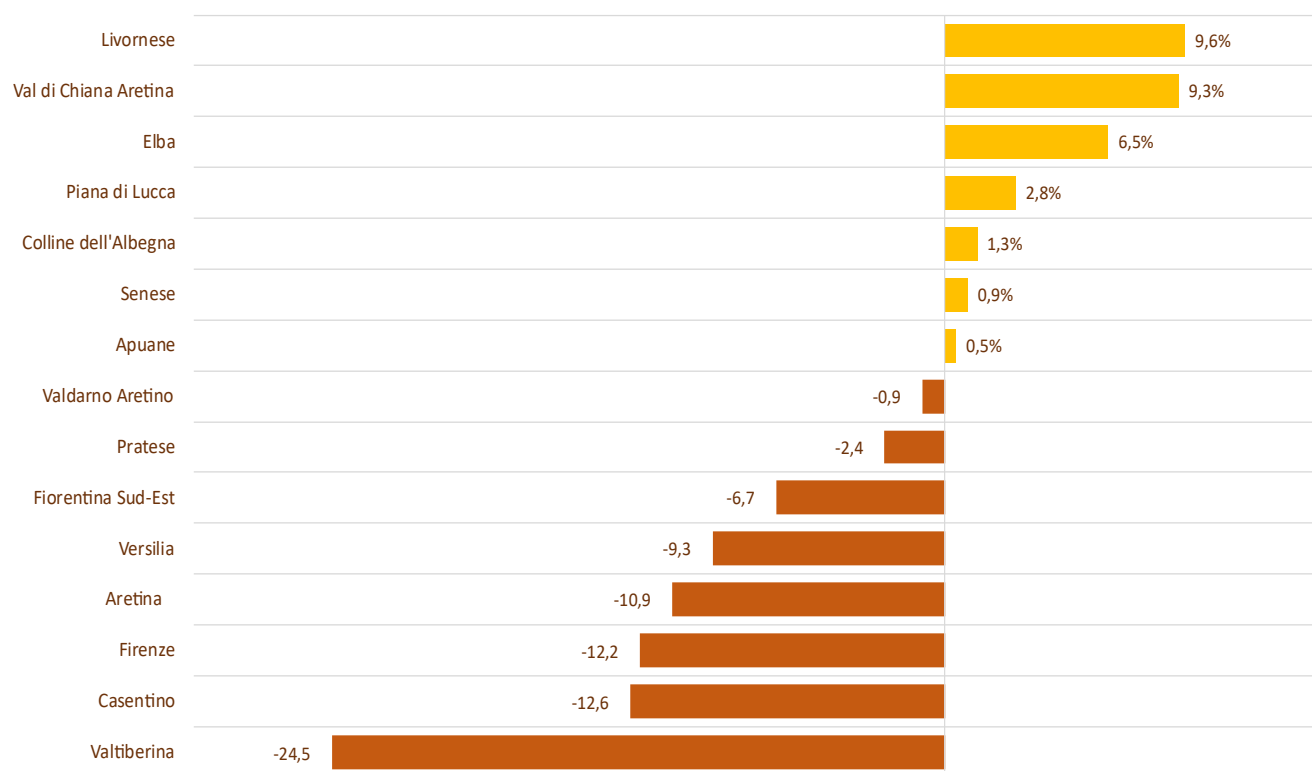


Figura 24: Variazione della percentuale di attività gestite dai Comuni nella programmazione operativa 2020-2025 nelle zone distretto in cui i Comuni hanno inserito almeno una scheda POA nel 2024

Ambito Zonale	Obiett. ²⁵	2020			2021			2022			2023			2024			2025		
		Prog ²⁶ .	schede	Risorse Totali	Prog.	schede	Risorse Totali	Prog.	schede	Risorse Totali	Prog.	schede	Risorse Totali	Prog.	schede	Risorse Totali	Prog.	schede	Risorse Totali
centro	62	175	1491	917.634.448	178	1548	967.752.166	180	1830	922.184.044	178	1770	1.045.992.081	170	1778	1.137.355.817	157	1742	1.143.743.400
Empolese	9	21	200	136.604.182	23	218	151.143.286	23	258	157.504.379	22	249	163.682.519	20	252	148.583.058	17	244	163.466.471
Fiorentina NO	4	14	207	115.659.807	16	218	139.423.373	16	258	30.798.310	14	249	136.991.491	13	236	168.172.688	14	233	272.135.963
Fiorentina Sud-Est	15	38	193	5.489.796	32	184	91.246.504	33	221	91.141.384	36	215	26.466.796	33	222	120.286.904	30	232	122.396.643
Firenze	7	33	194	294.469.203	33	212	303.618.133	34	246	317.140.958	34	235	308.972.742	34	244	307.686.605	30	237	323.687.010
Mugello	6	8	194	41.686.944	8	189	36.896.651	10	225	7.994.241	11	228	46.526.728	11	229	47.087.751	10	217	46.573.137
Pistoiese	11	31	159	112.087.329	32	175	113.929.528	31	198	103.671.962	29	188	124.804.609	28	189	126.650.226	27	186	134.120.879
Pratese	5	18	171	141.429.939	21	175	63.822.756	20	217	149.903.089	20	205	163.090.193	20	206	133.774.590	18	191	
Valdinievole	5	12	173	70.207.247	13	177	67.671.935	13	207	64.029.721	12	201	75.457.003	11	200	85.113.995	11	202	81.363.297
nord ovest	85	341	1192	73.669.908	325	1234	231.958.007	310	1283	188.230.661	309	1233	154.182.281	283	1180	200.540.907	273	1184	192.943.667
Alta Val di Cecina -Valdera	12	26	100	24.676.130	25	110	27.006.375	26	106	26.850.966	26	113	26.759.716	26	109	30.530.434	26	110	30.381.418
Apuane	6	25	120		27	117	24.676.316	13	127	41.370.729	13	132	53.559.928	13	131	56.067.102	17	135	52.251.262
Elba	14	57	121	6.185.960	36	119	5.973.199	37	124	7.825.045	38	123	11.768.269	36	127	10.802.567	33	122	9.182.755
Livornese	5	23	90		25	98	30.391.946	26	123	38.236.771	24	121	37.301.415	21	125	27.141.940	21	118	42.621.139
Lunigiana	4	39	123	11.303.800	42	138	68.376.885	44	149	12.610.415	43	148	13.076.405	39	138	14.730.705	39	140	16.287.422
Piana di Lucca	9	29	140	22.218.538	30	162	72.919.186	33	177	29.610.068	33	167	1.500.326	23	110	28.355.588	23	116	33.772.753
Pisana	13	62	155		58	133		56	113		54	104		55	108		41	104	
Valle del Serchio	7	23	108	3.016.304	24	114		25	123	3.423.545	25	116	3.739.695	23	114	3.724.309	24	93	8.157.158
Valli Etrusche	10	33	117	924.643	33	117		26	98		26	76		20	71		23	99	
Versilia	5	24	118	5.344.533	25	126	2.614.100	24	143	28.303.121	27	133	6.476.527	27	147	29.188.262	26	147	289.760
sud est	93	171	870	49.511.780	186	918	71.434.087	185	979	99.652.737	181	994	124.282.031	186	1021	143.580.393	182	982	145.867.708
Alta Val d'Elsa	7	13	109	2.528.079	14	124	2.189.007	14	125	4.907.474	14	129	11.078.090	13	125	3.499.125	13	137	5.267.824
Grossetana	18	20	186		22	204	24.561.988	23	206	32.127.610	24	210	31.969.816	23	209	42.288.458	21	144	41.751.021
Amiata Senese	11	19	74	4.238.817	20	80	2.828.872	22	75	3.832.774	22	73	6.867.234	22	77	16.063.741	21	79	19.329.004
Aretina	8	13	32	14.305.364	13	30	11.033.663	23	64	18.696.825	21	77	24.968.356	22	88	28.919.599	20	91	23.648.600
Aretina - Casentino - Valtiberina	8	16	30	371.600	19	35	3.020.003												
Casentino		17	49	6.624.632	20	51	6.998.202	21	82	10.703.801	21	88	9.391.011	23	104	10.851.404	22	109	10.112.861
Colline dell'Albegna	8	14	71		14	79	4.351.390	16	92	12.246.924	16	80	9.523.345	18	81	12.489.354	19	82	16.055.943
Senese	6	11	126	10.748.356	13	131	11.164.631	12	122	9.234.138	8	120	14.825.871	10	100	11.954.893	12	117	14.752.022
Val di Chiana Aretina	7	17	53	5.344.312	17	48	1.267.307	17	51	4.647.783	17	52	5.947.032	17	58	9.893.804	17	60	6.201.164
Valdarno Aretino	12	17	89	387.000	17	84		17	83		20	90		22	99		21	88	
Valtiberina	8	14	51	4.963.621	17	52	4.019.024	20	79	3.255.409	18	75	9.711.276	16	80	7.620.015	16	75	8.749.269
Totale complessivo	240	687	3.553	1.040.816.137	689	3.700	1.271.144.260	675	4.092	1.210.067.442	668	3.997	1.324.456.393	639	3.979	1.481.477.117	612	3.908	1.482.554.775

²⁵ Numero Obiettivo di salute

²⁶ Programmi

Allegato A: Delibera N° 900 del 30/06/2025 - Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato Sociale e per la sua integrazione con il Piano Integrato Zonale (art. 21 comma 7 L.R. n. 40/05).



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DEL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 30/06/2025 (punto N 56)

Delibera N 900 del 30/06/2025

Proponente

SERENA SPINELLI
DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

Pubblicità / Pubblicazione Atto pubblicato su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Barbara TRAMBUSTI

Direttore Federico GELLI

Oggetto:

Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato Sociale e per la sua integrazione con il Piano Integrato Zonale (art. 21 comma 7 L.R. n. 40/05).

Presenti

Eugenio GIANI	Stefania SACCARDI	Stefano BACCELLI
Simone BEZZINI	Stefano CIUOFFO	Monia MONNI
Alessandra NARDINI	Serena SPINELLI	

Assenti

Leonardo MARRAS

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Sì	Allegato A

STRUTTURE INTERESSATE

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

ALLEGATO A)

Linee guida per la predisposizione del PIS e per la sua integrazione con il PIZ

(art. 21, comma 7, LR 40/05)

Indice

Allegato A: Delibera N° 900 del 30/06/2025 - Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato Sociale e per la sua integrazione con il Piano Integrato Zonale (art. 21 comma 7 L.R. n. 40/05).70

1- Introduzione.....	71
2- Il Profilo di salute	71
3- Il piano integrato di salute (PIS) e la sua integrazione con il piano di inclusione zonale (PIZ)	72
3.1 - Gli obiettivi di salute.....	73
3.2 - Il budget integrato	73
3.3 - L'articolazione temporale della programmazione	73
4- Il Programma operativo annuale (POA)	74
4.1 - I programmi operativi.....	74
4.2 - Le attività	75
4.3 - Le risorse	75
4.4 - Gli allegati al POA	75
5 - Il monitoraggio e la valutazione.....	76
6 - La gestione operativa del Piano integrato di salute	77
6.1 - L'ufficio di Piano	77
6.2 - La gestione informatizzata	77

1-Introduzione

La programmazione delle politiche, degli interventi e delle risorse costituisce la base di riferimento per la progettazione delle attività da svolgere a livello territoriale, al fine di garantire i livelli essenziali di prestazioni sociali e di assistenza.

Concorrono a tale fine più attori pubblici: l'azienda Usl, il consorzio Società della Salute (da qui cit. con: SdS), laddove costituito, e gli Enti Locali. Tali Soggetti, ai fini del coordinamento delle politiche sociosanitarie, agiscono all'interno di un quadro di amministrazione condivisa attraverso una convenzione, disciplinata ai sensi dell'art. 70 bis, LR 40/2005 oppure attraverso la costituzione della SdS (art. 71 bis, LR 40/2005).

Il quadro di riferimento della programmazione territoriale è il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR), che origina dal Programma regionale di sviluppo (PRS) e che presuppone un sistema di governance regionale, attuato dai diversi attori, a livello di area vasta e di zona-

2-II Profilo di salute

Il profilo di salute di zona-distretto costituisce uno dei principali documenti di accompagnamento al ciclo di programmazione e pianificazione delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali. In particolare, esso è sia un documento preliminare alla formazione del PIS (art. 21, comma 2, lett. a, LR 40/05) sia una parte integrante di quest'ultimo.

Tale documento è funzionale a offrire una conoscenza delle condizioni della salute di un determinato territorio e a individuare gli

distretto (multilivello), attraverso Piani di attività.

L'art. 21 della LR 40/2005 stabilisce a riguardo che sia la Giunta regionale ad elaborare le linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Salute (da qui cit. con: PIS) e per la sua integrazione con il Piano di Inclusione Zonale (da qui cit. con: PIZ).

Il presente documento fornisce gli indirizzi per la pianificazione e la programmazione dei servizi sanitari, sociosanitarie e socioassistenziali di zona-distretto, ponendo particolare attenzione al perseguimento:

- della comparabilità e della fruibilità dei contenuti, al fine di facilitare la partecipazione dei soggetti interessati ai processi di programmazione;
- del consolidamento degli strumenti di conoscenza e di controllo a supporto del ciclo di programmazione dei servizi territoriali;
- della semplificazione complessiva dell'architettura della programmazione, orientata al miglioramento continuo e al valore dei risultati.

interventi opportuni e possibili per il miglioramento della situazione sociosanitaria della popolazione. Consente, inoltre, di indagare specifici bisogni di salute, i determinanti di salute, gli stili di vita e le incidenze sul benessere complessivo delle persone. Esso facilita, nell'ambito dei percorsi di partecipazione previsti dalla programmazione territoriale, la lettura dei bisogni di salute sia per i soggetti istituzionali, che per i cittadini e gli Enti del Terzo Settore.

Le evidenze che ne emergono rappresentano

importanti informazioni che possono essere utilizzate:

- per individuare gli obiettivi su cui orientare le politiche sociali e sanitarie integrate;
- per individuare - in maniera condivisa con i soggetti coinvolti - le priorità di intervento mirate al miglioramento della salute della popolazione e alla riduzione delle disuguaglianze;
- per monitorare l'andamento dello stato di salute nel tempo e gli esiti degli interventi implementati.

Il profilo di salute si compone di una parte descrittiva di carattere generale e di una parte di dettaglio. La prima, riferisce sul quadro epidemiologico e sui fattori di rischio per la salute di un dato territorio, riporta l'analisi delle tendenze e delle caratteristiche degli stili di vita della popolazione di riferimento, la descrizione di bisogni emergenti. A corredo, riporta dati demografici, sociali, sanitari, economici e ambientali, evidenziando eventuali disuguaglianze di salute. La parte di dettaglio si configura come un'analisi della rete dei servizi di prevenzione, di assistenza e di cura disponibili nel territorio. Lo scopo è quello di fornire le informazioni relative alle capacità di risposta dei servizi, sia in termini di numero e di tipologie di strutture, sia in termini di accessibilità (art. 12, LR 60/2017).

Per la costruzione del profilo di salute, è individuato un set minimo di indicatori, definito in modo puntuale dalla DGRT n. 925/2020. Nello specifico, tali indicatori sono raggruppati per aree tematiche e suddivisi

in due sezioni, rispettivamente relative allo "stato di salute" e al "ricorso ai servizi", la cui rilevazione e aggiornamento, al fine di evitare il rischio di frammentazioni informative, è coordinata a livello regionale anche ai fini dell'aggiornamento a livello zonale del contesto di riferimento e del quadro di salute della popolazione per la predisposizione del piano operativo annuale (POA). Qualora si riscontrino la necessità o risultino disponibili ulteriori e opportuni basamenti informativi (purché siano popolati in modo continuativo e omogeneo su tutto il territorio regionale) è prevista la possibilità di modifica e/o integrazione degli indicatori, così come la definizione di ulteriori aree tematiche, attraverso l'approvazione di atti successivi alla delibera sopra menzionata.

Il profilo di salute riporta inoltre, nel quadro di analisi dei servizi disponibili, alcune informazioni utili sul cosiddetto capitale sociale presente nel contesto zonale, ovvero sulla capacità della o delle comunità di riferimento di mobilitare risorse, attraverso reti formali e informali di assistenza, cura, supporto e protezione, in grado di far fronte ai bisogni di salute e benessere della popolazione. Si cita, a titolo di esempio, la disponibilità di strutture di accoglienza, l'attività di assistenza, la presenza di attività ricreative attente alle fragilità, oppure il sostegno informale tra individui e famiglie.

L'approccio integrato che caratterizza il profilo di salute consente infine di individuare percorsi condivisi per migliorare la salute della comunità.

3-II piano integrato di salute (PIS) e la sua integrazione con il piano di inclusione zonale (PIZ)

Il sistema di programmazione adottato a livello regionale presenta un'architettura

multilivello per garantire sia il coordinamento sia la coerenza tra le azioni intraprese a livello

territoriale e gli obiettivi definiti a livello regionale.

Il PIS è il documento di programmazione redatto, a tale fine, a livello di zona-distretto, coerentemente con le disposizioni del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) e in conformità con i contenuti degli strumenti di programmazione integrata, i quali sono finalizzati ad assicurare la qualità e la trasparenza delle attività nonché la semplificazione e la reingegnerizzazione dei processi previsti dalla legislazione nazionale per le pubbliche amministrazioni.

Il PIS, tenendo conto del profilo di salute della popolazione di riferimento, delle risorse a disposizione e dei conseguenti indirizzi emanati dalla Conferenza zonale integrata/Assemblea sds, è orientato al miglioramento della salute e del benessere delle comunità locali e definisce: gli obiettivi di salute, i programmi e le attività da realizzare in maniera integrata e condivisa, le risorse a disposizione.

L'organo responsabile dell'approvazione del PIS dipende dalla modalità di *governance* della politica sociosanitaria della zona-distretto: quando è presente il consorzio Società della Salute (SdS), il PIS è soggetto all'approvazione dell'Assemblea dei soci della SdS (art. 71 *sexies* LR 40/05), altrimenti è approvato dalla Conferenza zonale integrata (art. 12 bis LR 40/05). In caso di accordo con la Conferenza zonale dei sindaci, anche per le zone-distretto senza SdS il ciclo di programmazione del PIS assorbe l'elaborazione del PIZ.

Ai fini della semplificazione complessiva dell'architettura della programmazione,

orientata al miglioramento continuo e al valore dei risultati, si individua come modalità prioritaria l'elaborazione unica dei due piani PIS e PIZ, nel qual caso il PIZ viene ricompreso all'interno del PIS.

3.1 - Gli obiettivi di salute

La principale attività strategica del PIS consiste nella definizione degli "obiettivi di salute e di benessere e i relativi standard quantitativi e qualitativi in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali" (art. 21, LR 40/2005), tenuto conto delle linee strategiche emanate dalla Conferenza zonale integrata/Assemblea SdS quali indirizzi dell'elaborazione del PIS (art. 12 bis, comma 5, lett. A, LR 40/2005).

La definizione degli obiettivi di salute costituisce il coordinamento tra le direttive regionali e l'impianto strategico locale, assicura la coerenza della programmazione multilivello, contribuisce a garantire una visione integrata delle politiche sanitarie e sociali nell'intero territorio regionale.

Ogni obiettivo contiene: il titolo sintetico, la sua descrizione esposta in modo essenziale e di facile comprensione, le principali evidenze connesse con l'obiettivo, emerse dal profilo di salute, gli esiti che ci si propone di raggiungere attraverso la realizzazione dei programmi e delle attività ad esso collegati, i richiami alle misure e ai temi della programmazione regionale.

3.2 - Il budget integrato

Il budget integrato di programmazione mira a migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'integrazione dei servizi attraverso una gestione coordinata delle risorse finanziarie a disposizione della programmazione zonale.

Per offrire una visione complessiva dei mezzi finanziari a disposizione della programmazione, le risorse disponibili, suddivise per tipologia dei fondi di provenienza e delle aree di intervento cui sono destinati, vengono quindi perimetrare e pianificate insieme anziché in modo separato, consentendo così un'allocazione strategica delle risorse e garantendo una gestione finanziaria sostenibile e trasparente.

Le risorse inserite nel budget integrato sono allineate, per le parti di competenza gestionale e con i dovuti richiami, con quelle poste all'interno del bilancio di previsione, nel caso di costituzione del consorzio SdS, oppure del quadro di sintesi economico e finanziario (QsEF) nel caso di attivazione della convenzione sociosanitaria. Il budget integrato inoltre è armonizzato, con i dovuti richiami, ai documenti di programmazione e contabili degli enti coinvolti.

3.3 - L'articolazione temporale della

4-II Programma operativo annuale (POA)

Il Programma Operativo Annuale (POA) rappresenta la sezione applicativa e gestionale del PIS. In esso vengono definiti, su base annuale, gli interventi da realizzare in funzione degli obiettivi di salute individuati. Il POA assicura coerenza e allineamento tra tali obiettivi e le azioni pianificate per il loro conseguimento.

L'approvazione annuale del POA e dell'aggiornamento del profilo di salute, da parte dell'organo di indirizzo della SdS/zona-distretto, avviene entro le tempistiche definite dagli atti obbligatori di programmazione integrata, previsti dalla

programmazione

La durata del PIS, per le esigenze di coordinamento e coerenza con i contenuti della programmazione regionale, è analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale, dovendosi adattare alle esigenze emergenti e alle risorse disponibili. Al fine dunque di garantire l'allineamento temporale e la congruenza dei contenuti del piano con le disposizioni della programmazione regionale, i PIS adottati a seguito dell'approvazione PSSIR si uniformano al periodo di vigenza dello stesso. Il termine ultimo di approvazione del PIS corrisponde a quello del POA.

La parte operativa è aggiornata annualmente, attenendosi agli indirizzi regionali per la programmazione operativa annuale zonale.

Questo approccio consente una pianificazione flessibile e reattiva, in linea con le priorità sanitarie e sociali regionali.

legislazione nazionale per le pubbliche amministrazioni e comunque entro il mese di febbraio dell'anno di competenza.

Di seguito sono definiti i contenuti di cui si compone il POA.

4.1 - I programmi operativi

Il POA si articola in specifici programmi operativi, con l'obiettivo di favorire la coesione e la collaborazione tra i diversi Soggetti coinvolti nell'attuazione. Tale articolazione promuove un approccio sistemico e integrato, volto al raggiungimento di obiettivi comuni,

facilitando la condivisione delle conoscenze, l'armonizzazione delle prospettive e l'ottimizzazione delle risorse disponibili.

I programmi operativi dettagliano, attraverso apposite schede, le attività da realizzare nelle diverse aree di programmazione. Ogni scheda fornisce una descrizione sintetica delle attività previste, che possono essere eventualmente articolate in sotto-attività o azioni di dettaglio.

4.2 - Le attività

Le attività programmate sono descritte nelle singole schede di attività suddivise per area di programmazione, utilizzando la classificazione adottata con la DGRT n. 1185/2024 e ss.mm.ii.

Le schede riportano inoltre gli obiettivi da raggiungere e i relativi indicatori di *performance* quali-quantitativi. Per ciascuna "scheda di attività" è riportata l'indicazione del/i responsabile/i dell'attuazione, le risorse attribuite, la previsione dei tempi di realizzazione delle azioni, le modalità di gestione.

All'interno di ogni singola scheda attività sono riportati i dovuti richiami e collegamenti, con:

- le misure previste dagli indirizzi e dai piani settoriali regionali delle aree sociali e sanitarie integrate;
- la programmazione operativa nazionale e regionale derivante dai fondi strutturali nazionali ed europei, sia di tipo ordinario che di tipo straordinario, finalizzata alle aree di competenza della programmazione territoriale.

4.2.1 - Classificazione delle attività

L'utilizzo di un sistema di codifica unico a livello regionale nella fase di elaborazione della programmazione zonale è un elemento fondamentale per migliorare l'omogeneità delle attività previste. Essa garantisce uniformità nella descrizione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi, assicurando al contempo una collocazione coerente rispetto ai target e alle fasi del percorso assistenziale. Inoltre, permette di confrontare le attività programmate tra le diverse zone, identificando le similarità e le differenze, nonché favorendo la condivisione di informazioni e l'apprendimento reciproco.

Per migliorare l'organizzazione e la chiarezza nella descrizione delle attività, nonché delle diverse fasi che compongono il ciclo di programmazione e gestione zonale, la Regione ha adottato uno specifico strumento di classificazione dei servizi socioassistenziali e sociosanitari, approvato con la DGRT n. 1185/2024 e ss. mm. ii. Per le attività sanitarie territoriali si rinvia al sistema di classificazione regionale dei livelli essenziali di assistenza.

4.3 - Le risorse

Per ogni raggruppamento omogeneo di attività è indicata la quota di risorse del budget integrato, necessaria per la loro realizzazione.

Per garantire il funzionamento del sistema di controllo direzionale, le risorse imputate alla "scheda di attività" sono collegate al budget integrato.

4.4 - Gli allegati al POA

4.4.1 - La relazione di accompagnamento

Il POA è corredato da una relazione di

accompagnamento, redatta dal Direttore della SdS/zona-distretto. Vi sono descritte le scelte programmatiche, gli obiettivi prioritari e le motivazioni che hanno guidato la redazione del documento.

La relazione è uno strumento di supporto alla Conferenza Zonale dei Sindaci/Assemblea della Società della Salute, che approva il POA. Essa ha il vantaggio di rendere trasparenti e comprensibili le scelte effettuate, promuovendo una governance partecipata. La relazione illustra come le azioni previste nel POA rispondono ai bisogni sociosanitari del territorio, sulla base di un'analisi approfondita del contesto locale, della domanda di salute e delle risorse disponibili. Inoltre, espone la verifica di coerenza del POA con gli strumenti di programmazione regionale, e descrive i criteri e gli strumenti di monitoraggio previsti per la valutazione dell'attuazione del piano. Può includere,

5 - Il monitoraggio e la valutazione

Il monitoraggio e la valutazione costituiscono le fasi conclusive del ciclo di programmazione e sono essenziali per garantire l'efficienza, l'efficacia e l'adeguatezza del sistema dei servizi erogati.

In particolare, il monitoraggio si concentra sulla raccolta dei dati e delle informazioni utili per conoscere l'andamento delle attività realizzate e delle risorse utilizzate. Esso permette di:

- controllare l'andamento gestionale in modo da identificare eventuali criticità o nuovi eventi e intervenire tempestivamente per effettuare le opportune correzioni e aggiornamenti alla programmazione;
- informare gli organi di indirizzo fornendo

infine, un quadro aggiornato degli scostamenti del budget integrato dell'anno precedente, accompagnato dalle relative motivazioni.

La relazione rappresenta un allegato del POA ed è quindi sottoposta ad approvazione da parte dell'organo di indirizzo zonale.

4.4.2 - La descrizione del processo partecipativo

La relazione illustra inoltre i percorsi di coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore nella programmazione degli interventi. In essa, infatti, in osservanza dell'art. 15 della LR 40/2005, si descrive come è avvenuto il percorso di condivisione delle conoscenze, di promozione della partecipazione. Inoltre, sono esposti gli esiti dei procedimenti di co-programmazione attivati in relazione alle disposizioni dell'art. 9 della LR 65/2020.

dati e conoscenze per supportare le decisioni strategiche;

- coinvolgere il territorio attraverso la raccolta di feedback dagli operatori e dalle comunità locali per migliorare i servizi;
- fornire il supporto conoscitivo per la fase di avvio del nuovo ciclo di programmazione all'interno di un percorso di miglioramento continuo.

A livello operativo, la fase di monitoraggio e valutazione periodica comprende due principali attività: la prima, necessaria, consiste nella raccolta e analisi dei dati e nella elaborazione delle informazioni relative all'andamento delle azioni previste

all'interno della programmazione; la seconda, eventuale, consiste nella revisione della programmazione, qualora risulti necessario.

La frequenza del monitoraggio può variare in base alle esigenze specifiche del territorio. Tuttavia, è opportuno e necessario effettuare almeno due momenti di verifica:

- un monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione delle schede POA, da realizzarsi secondo gli indirizzi e i principi contenuti nelle presenti linee guida, e da sottoporre all'approvazione dell'organo di indirizzo della zona-distretto/SdS entro il 30 settembre di ciascun anno;
- un monitoraggio finale, quale attività preliminare alla fase di valutazione e riprogrammazione.

La fase di valutazione, si colloca a conclusione del ciclo di programmazione ed è volta ad approfondire l'analisi dei risultati raggiunti, nonché a misurare l'impatto complessivo

delle iniziative messe in atto nel contesto territoriale di riferimento.

Al fine dello svolgimento della fase di giudizio e dell'elaborazione di un documento di valutazione ex post, sono da considerare propedeutici sia le attività di rilevazione di ciò che è avvenuto a conclusione del ciclo annuale di programmazione, sia gli strumenti previsti dalla DGRT n. 925/2020 e ss.mm.ii.

A tal proposito, la legge regionale ha previsto la produzione della *Relazione sullo stato di salute*, ovvero di un documento di monitoraggio e di valutazione finale dei servizi e delle attività, redatto annualmente dalla SdS, ove costituita, o dalla Conferenza zonale dei sindaci (art. 20 comma 4 LR 40/05). Essa fornisce il quadro degli esiti della programmazione operativa annuale attenendosi ai programmi e alle "schede di attività" e costituisce la base conoscitiva per i processi di valutazione condivisa dell'impatto delle politiche sociosanitarie sulla comunità locale.

6 - La gestione operativa del Piano integrato di salute

6.1 - L'ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano è la struttura che supporta il Direttore di zona-distretto nell'esercizio delle funzioni connesse al ciclo di programmazione unitaria per la salute e all'integrazione sociosanitaria, ai sensi dell'art. 64.2, comma 5, LR 40/2005. Tra le sue competenze rientrano anche le attività di monitoraggio, nonché l'elaborazione di scenari e simulazioni utili ad allineare l'offerta di salute ai bisogni della popolazione del territorio di riferimento.

Inoltre, l'Ufficio di Piano fornisce supporto alle Conferenze zonali e aziendali, secondo le modalità previste dall'art. 12, comma 7, della medesima legge regionale.

La struttura è composta da personale messo a disposizione dai Comuni e dall'Azienda USL.

6.2 - La gestione informatizzata

Per l'elaborazione dei Piani di programmazione territoriale è prevista la gestione informatizzata della documentazione, in conformità agli indirizzi e ai principi del codice dell'amministrazione

digitale (Dlgs n. 82/05 e s.m.i.), nonché alle competenze e conoscenze maturate in materia, nell'ambito degli accordi di collaborazione tra Regione Toscana e Anci Toscana, per le funzioni dell'Osservatorio Sociale Regionale in ambito territoriale (art.40, LR 41/05). Nello specifico, questo sistema consente di:

- definire e monitorare l'avanzamento delle attività;
- archiviare i documenti digitali;
- consentire agli enti autorizzati di consultare ed elaborare i contenuti della programmazione territoriale nel rispetto del principio del privilegio minimo;
- favorire la condivisione e la disponibilità, anche ai fini della trasparenza e della accountability, delle serie storiche dei documenti di programmazione approvati dai competenti organi;
- integrare, in prospettiva, il sistema informativo PIS con i sistemi informativi degli enti coinvolti.