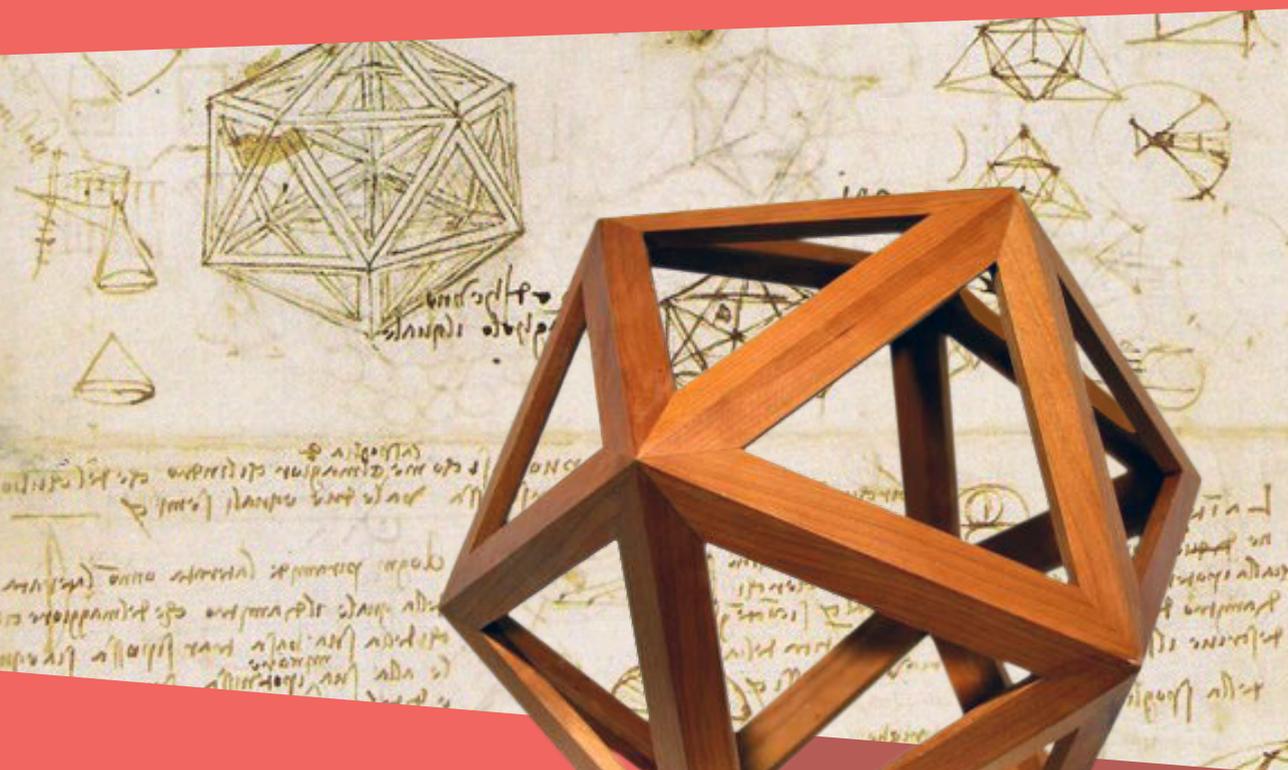


Elementi di programmazione sanitaria e sociale in Toscana



A cura di:

Riccardo Nocentini
Michelangelo Caiolfa



Regione Toscana



Elementi di programmazione sanitaria e sociale in Toscana

**La programmazione integrata zonale:
l'evoluzione raggiunta e le prospettive future**

Elementi di programmazione sanitaria e sociale in Toscana

La programmazione integrata zonale: l'evoluzione raggiunta e le prospettive future

Introduzioni di Barbara Trambusti e di Simone Naldoni

Volume a cura di Riccardo Nocentini e Michelangelo Caiolfa

Capitolo 8 di Luca Caterino

Capitolo 9 di Moreno Toigo e Selma Rodrigues

I processi descritti nel volume hanno visto diverse strutture organizzative impegnate per tre anni nel perseguire obiettivi coordinati e finalizzati:

Politiche per l'integrazione sociosanitaria e la programmazione della Regione Toscana, Federsanità-Anci Toscana, Osservatorio Sociale Regionale, Agenzia Regionale di Sanità, Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, Centro di documentazione regionale per l'infanzia e l'adolescenza.

Politiche per l'integrazione sociosanitaria e la programmazione della Regione Toscana:

Barbara Trambusti, Riccardo Nocentini, Fabiola Ganucci, Lucia Mostardini, Andrea Iacopini.

Federsanità-Anci Toscana:

Marco Betti, Michelangelo Caiolfa, Caterina Campani, Luca Caterino, Andrea De Conno, Nicolò Di Bernardo, Barbara Giachi, Davide Lacangellera, Chiara Mannucci, Simone Naldoni, Selma Rodrigues, Federica Santillo, Mauro Soli, Eleonora Valeri.

Sistema Informativo ProWeb2020 - Moreno Toigo, Massimiliano Faraoni, Massimiliano Alù, Ilaria Rapetti, Valeria Ciofi.

ISBN 9788894269543

Federsanità-ANCI Toscana 2020

Attività sviluppata nell'ambito dell'accordo di collaborazione 'Sistemi e Reti per la Salute' sostenuto da Regione Toscana e Ancì Toscana, e realizzata dalle strutture tecniche di Federsanità-Anci Toscana (DGR 1663/2019).

Un ringraziamento particolare va a tutte le strutture territoriali che hanno profuso incessantemente impegno, passione e adesione ideale lungo tutto il percorso di programmazione, portando nuovamente alla luce una visione attiva e qualificata della pubblica amministrazione. In rapporto strutturato con le migliori forze della cittadinanza attiva, è questa la strada maestra per ricercare il benessere delle nostre comunità e per dare concreta esigibilità ai diritti sociali e di salute dei nostri concittadini.



Regione Toscana



Indice

Introduzioni	7
Parte I - Il servizio sanitario regionale e le sue dimensioni territoriali	
1. Il modello di governo del welfare toscano e la riorganizzazione del sistema regionale per la salute	13
1.1. Il modello di governo toscano e alcune traiettorie evolutive	13
1.2. La riforma del Sistema Sanitario Regionale	17
1.3. Alcuni dispositivi attuativi delle governance territoriali e aziendali	23
2. Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 e il Policy Making	33
2.1. Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020	33
2.2. I percorsi di Policy Making	37
2.3. La negoziazione come fattore di crescita per i contenuti di programmazione	41
3. La programmazione multilivello	45
3.1. I livelli di programmazione e di governance istituzionale	45
3.2. La programmazione di Area vasta e le Reti cliniche regionali	48
3.3. I Piani integrati di salute e i Piani di inclusione zonale	52
Parte II – I metodi e gli strumenti della programmazione integrata zonale	
4. La struttura dei Piani integrati di salute	59
4.1. L'indice dei Piani integrati di salute	60
4.2. L'albero della programmazione	65
4.3. Le strutture della governance istituzionale e gli uffici di piano	68
5. L'approccio e le principali metodologie della programmazione integrata zonale	71
5.1. I riferimenti metodologici del processo di programmazione integrata zonale	73
5.2. La polisemia dei Piani integrati di salute e i budget di programmazione	80
5.3. I cicli degli strumenti di programmazione	84
6. I Piani integrati di salute 2020-2022 e le possibili evoluzioni future	87
6.1. L'irruzione dell'epidemia Covid-19	87
6.2. I Piani integrati di salute 2020-2022	88
6.3. Le possibili evoluzioni future	101

Parte III – Lo sviluppo graduale degli strumenti tecnici

7.	Lo sviluppo graduale del processo di programmazione negli ambiti zonali	109
7.1.	Le sessioni di costruzione della programmazione integrata zonale	110
7.2.	Alcuni elementi di rilievo emersi nel corso delle tre annualità	112
7.3.	Le azioni di accompagnamento degli ambiti territoriali	115
8.	I primi strumenti per le azioni di valutazione	119
8.1.	La valutazione come fase ricorsiva del ciclo della Programmazione	121
8.2.	La valutazione come processo di apprendimento e di dialogo comunitario	122
8.3.	Cosa e come valutare: un'ipotesi di strumenti tecnici	124
	Allegato: un modello-tipo di griglia di autovalutazione	127
9.	Il sistema informativo ProWeb2020 e l'informatica generativa	129
9.1.	Come funziona ProWeb2020	130
9.2.	Perché ha funzionato, i fattori chiave	134
9.3.	Possibili sviluppi	136
	Schede Tecniche ProWeb2020	140
	Allegato: Rassegna delle principali normative regionali e delle sigle	188



Nota di presentazione

Il volume cerca di raccogliere e presentare in modo sistematico gli strumenti di programmazione integrata zonale sviluppati nel corso del triennio 2017-2019 che hanno portato alla elaborazione dei Piani Integrati di Salute nel maggio del 2020.

Accanto alla realizzazione dei processi di programmazione con gli ambiti zonal, nello stesso periodo è stata sviluppata un altrettanto intensa azione di costruzione degli strumenti di programmazione regionale secondo una esplicita logica multilivello. L'ambiente della governance multilivello, l'articolazione degli enti del sistema sanitario regionale e degli enti locali, la loro ramificazione e aggregazione territoriale, costituiscono il quadro complessivo di competenze e interazioni entro cui si sviluppano e si realizzano le programmazioni zonal.

Per dare conto delle diverse dimensioni in gioco, il volume è suddiviso in tre parti.

La prima parte è dedicata agli elementi fondamentali della riforma del Sistema sanitario e socio-sanitario regionale, ai contenuti e al processo di policy making che ha interessato il Piano sanitario e sociale integrato regionale, alla programmazione multilivello.

La seconda parte è dedicata in modo specifico alla struttura dei Piani integrati di salute, ai riferimenti metodologici, ai risultati raggiunti e alle possibili ipotesi di sviluppo.

La terza parte è più tecnica e tratta in modo specialistico del percorso di sviluppo triennale della programmazione zonale, dell'avvio degli strumenti di valutazione e del sistema informativo ProWeb2020 che supporta l'intero processo di programmazione integrata zonale.

Introduzione

Questo lavoro, al di là del titolo e dei contenuti enunciati – Elementi di programmazione sanitaria e sociale in Toscana – ripercorre e rappresenta, a mio avviso, la storia e il percorso intrapresi per rafforzare la governance territoriale negli ultimi anni. Cito a titolo esemplificativo la delibera di Giunta regionale 573/2017 che approva le nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale, e la DGR 269/2019 sulla governance delle reti territoriali che emana indirizzi al territorio su programmazione, budget di zona e matrice organizzativa. Entrambe rappresentano contemporaneamente la conclusione di un processo di gestazione che ha coinvolto tutti gli attori territoriali, ma anche l'inizio di una nuova modalità di lavoro, apportando dunque entrambe innovazione nei contenuti e nel metodo di gestione.

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.

Da ricordare la grande disponibilità delle zone distretto, delle società della salute e delle direzioni aziendali, con le quali si sono instaurati rapporti stretti e strutturati sulle diverse tematiche volti al problem solving e alla cogestione delle progettualità.

Il grande lavoro svolto è stato possibile grazie alla sensibilità dell'Assessore e alla grande voglia dei colleghi tutti di partecipare ad un qualcosa che trascende dai singoli ambiti di lavoro e mira ad un diverso modo di lavorare.

Con questo auspicio ci poniamo nell'ottica di proseguire il percorso, con la necessaria flessibilità ma anche con la resilienza di chi è convinto di operare per una giusta causa.

Barbara Trambusti

Dirigente Settore 'Politiche per l'integrazione sociosanitaria'

Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale

Regione Toscana

Introduzione

Il lavoro che presentiamo alla vostra attenzione è frutto della fatica di due colleghi che da alcuni anni sono fra i maggiori protagonisti dei processi regionali e zonal di programmazione socio-sanitaria. Si sono cimentati nella non facile impresa non solo di sistematizzare in un volume coerente l'esperienza maturata sul campo, ma di inserirla, arricchendola, all'interno di quadro complessivo che tiene conto sia della normativa regionale e nazionale di settore, sia dei mutamenti sociali ed epidemiologici avvenuti in Toscana negli ultimi anni. Si può affermare che il notevole sforzo sia andato a buon fine.

Il volume peraltro, pur destinato ad una platea specialistica, ha una valenza ben superiore alla sua finalità quasi manualistica, di sicura utilità per le operatrici e gli operatori sociosanitari. Viene ampiamente dimostrato, infatti, come programmare non sia un adempimento burocratico fatto in ossequio a leggi o delibere nazionali o regionali, ma costituisca un elemento indispensabile per una efficace ed efficiente organizzazione ed erogazione dei servizi.

Il processo di programmazione esaurientemente descritto nelle pagine seguenti interessa varie fasi ed un numero considerevole di attori istituzionali e tecnici; si compone di una fase verticale che va dai Piani Nazionali a quelli Regionali e Locali e una orizzontale fra Organizzazioni dello stesso ambito. L'obiettivo è tenere in debito conto la complementarità dei servizi e il piano non gerarchico ma funzionale dei livelli istituzionali coinvolti, compresa la grande rilevanza attribuita ai livelli di partecipazione della cittadinanza nelle varie forme con le quali si esprime.

La sottolineatura ai processi di valutazione è rilevante; si è efficacemente aggiunto un capitolo sui primi strumenti di valutazione e di autovalutazione come elemento essenziale dell'intero processo che ne rende misurabili gli effetti e fornisce una prima base per il ciclo di programmazione successivo. Se in ambito sanitario i processi valutativi hanno conosciuto una importante implementazione nel corso degli ultimi anni, rimane ancora tanto da fare in ambito sociosanitario e socioassistenziale dove la cultura valutativa tarda ad affermarsi.

Ma parlare di programmazione nell'anno del Covid è la cosa giusta da fare? La Pandemia che ha sconvolto il modo di vivere dell'intero Pianeta e di conseguenza ridisegnato in tutta fretta interi settori dell'offerta sanitaria a cominciare da quella ospedaliera, cosa suggerisce a chi si occupa di programmazione? Indubbiamente il sistema sociosanitario uscito dalla programmazione 2018-2020 dovrà essere rivisto alla luce delle novità imposte dalla Pandemia, ma potrà farlo poggiandosi su solide basi di analisi di fenomeni sociali, ambientali ed epidemiologici di lungo periodo, i quali pur risentendo dell'emergenza continuano ad essere presenti nel tessuto regionale, semmai acuendo alcune caratteristiche di lungo periodo. La programmazione quindi se non può prevedere le emergenze di questo tipo, può porre le necessarie basi tecniche e culturali per farvi fronte.

Per fare un esempio il coinvolgimento del paziente all'interno del sistema istituzionale, centrale nell'impianto di programmazione sociosanitaria si rende in tempi di Covid ancora più necessario, vista l'importanza del comportamento individuale nel contenimento del contagio. All'interno del lavoro tecnico necessario per l'organizzazione dei servizi, si riscontrano quindi quei tratti di cultura sociosanitaria capaci di influenzare la sensibilità collettiva in modo da rendere efficaci gli interventi e non sprecare risorse; avere posto la giusta enfasi su questo aspetto anche se non direttamente rivolta al Covid viene quanto mai utile.

C'è un ulteriore elemento da tenere in considerazione: la famosa dichiarazione dell'OMS del 1946 che definisce la salute come totale assenza di malattia è diventata non da ora anacronistica; con la cronicizzazione di tante patologie un tempo mortali, con la cura efficace di patologie invalidanti che vedono migliorato di parecchio l'impatto sulla qualità della vita delle persone, dobbiamo far passare chiaramente il concetto che si può godere di una qualità della vita buona anche in presenza di malattie fino a pochi anni fa gravi, per non incorrere in una eccessiva medicalizzazione della presa in carico, che oltre ad essere costosa è anche dannosa a lungo termine per il paziente.

In questa nuova impostazione teorica e culturale dei servizi, che non si ferma certo a queste brevi e incomplete affermazioni, il ruolo dell'integrazione sociosanitaria è essenziale. Ancora più essenziale diventa la programmazione degli interventi integrati per mettere insieme risorse, forze, energie e idee provenienti da soggetti istituzionali e non, tese a migliorare in una logica orizzontale l'insieme dei servizi.

Lo sforzo fatto da Caiolfa e Nocentini in conclusione colloca il dibattito sulla programmazione su un livello altro rispetto al mero e indispensabile dialogo fra specialisti e tecnici della materia, inserendolo a pieno titolo nel contesto più ampio della cultura regionale dell'organizzazione del sistema toscano di salvaguardia e implementazione dei diritti di cittadinanza.

Simone Naldoni

Coordinatore Progetti - Referente Governance Istituzionale
Federsanità-Anci Toscana



PARTE PRIMA

Il servizio sanitario regionale e le sue dimensioni territoriali



Il modello di governo del welfare toscano e la riorganizzazione del sistema regionale per la salute

1

1.1. Il modello di governo toscano e alcune traiettorie evolutive

Il modello toscano è basato su tradizioni civiche che si sono sviluppate già a partire dai comuni medievali, un capitale sociale che ha costituito la base di un dinamismo sociale e produttivo, di relazioni positive tra istituzioni, associazionismo e piccola e media impresa.

Si tratta di un orientamento culturale volto a responsabilizzare la comunità e l'ente locale. Nel campo del welfare, la risposta alle questioni sociali e sanitarie, viene data con politiche orizzontali, che si organizzano nella comunità locale, unico luogo dove si possono tenere in relazione le politiche della salute con le politiche educative, con le politiche economiche e con le politiche ambientali.

Potremmo interpretare il modello di welfare toscano lungo tre traiettorie:

1. Valorizzazione del territorio.
2. Partnership di sistema.
3. Centralità del cittadino.

1.1.1 La valorizzazione del territorio

Il territorio è il luogo privilegiato per la prevenzione e per la promozione culturale verso stili di vita sani. Sul territorio si possono creare percorsi volti all'empowerment del cittadino attraverso la partecipazione, e percorsi volti all'integrazione dell'associazionismo e del volontariato come risorse del sistema che non devono mai essere date per scontate.

Un'agenda di policy per un welfare ripensato a partire dal territorio, deve superare alcune barriere:

1. La frammentazione del sistema. I servizi sono spesso formati da singole e parziali misure che devono invece essere ricondotte a unità.
2. L'inequità nell'accesso. Le famiglie più competenti riescono a usufruire meglio dei servizi, mentre quelle meno attrezzate, anche da un punto di vista della conoscenza, rimangono escluse in tutto o in parte.
3. Staticità delle risposte. È necessario un adeguamento delle risposte ai nuovi bisogni sociali emergenti che richiedono un'attenzione a quello che sta sotto la pelle della società. Basta pensare ai giovani, alle famiglie composte da una sola persona, alle questioni che riguardano la nuova integrazione sociale, solo per fare alcuni esempi.
4. Pensare che la risposta sia solo la prestazione. Un servizio non è solo una prestazione, un servizio è un concetto molto più ampio. Per riconoscere e rispondere alle nuove domande è fondamentale attivare nuove risorse sociali,

dell'individuo, della famiglia, della comunità, per far emergere il valore che si crea nella rete.

Occorre pensare un welfare capace di ampliare la platea di coloro che usufruiscono dei servizi e di personalizzare la risposta anche attivando risorse presenti nella comunità, portandole a connessione e condivisione. Si potrebbe parlare di difesa del welfare e insieme di riprogettazione in una logica di sharing welfare, capace di attivare nuove risorse sociali e nuove risorse economiche. Riconnettere le persone e la comunità, non solo producendo prestazioni, ma attraverso una governance di sistema capace di orientare le risorse delle organizzazioni pubbliche, quelle delle organizzazioni private, ma anche le risorse che le famiglie e le persone impegnano sul mercato informale.

1.1.2 La partnership di sistema

La Costituzione all'articolo 2 sancisce il principio del pluralismo sociale e all'articolo 41 prevede che l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata ai fini sociali. Inoltre con la riforma del Titolo V nel 2001 all'art.118 è stato introdotto nel nostro ordinamento il principio di "sussidiarietà" che nel comma 1 è affiancato ai principi di "differenziazione ed adeguatezza". Al comma 4 viene precisato anche il principio di sussidiarietà orizzontale secondo il quale "Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale". Proprio come una declinazione del principio di sussidiarietà orizzontale, di derivazione comunitaria, possiamo considerare tutta una serie di riforme che arrivano fino a quella del terzo settore e che ci permettono di riconfigurare, in una nuova ottica generativa di valore pubblico, le reti di welfare e la relativa governance. La sussidiarietà orizzontale cerca di completare attraverso la società quello che lo Stato, da solo, non riesce a fare. Per il benessere del cittadino la pubblica amministrazione, le imprese e il terzo settore devono allearsi sviluppando quella che l'economista Stefano Zamagni chiama "economia civile".

Partnership di sistema significa alleanza virtuosa tra istituzioni locali, amministrazioni sanitarie, associazioni, volontariato e privato sociale, anche se oggi questa alleanza deve essere ridefinita. L'Osservatorio Sociale Regionale nel suo primo rapporto nel 2017 su "Il terzo settore in Toscana", sottolineava come l'associazionismo viva un protagonismo che gli conferisce un ruolo sempre più importante, per quantità e qualità degli interventi, anche alla luce dei nuovi cambiamenti sociali, economici e culturali. Le maggiori criticità incontrate sono legate alla frammentazione dei soggetti, all'aumento della professionalizzazione e all'ascesa del volontariato individuale rispetto a quello organizzato.

I sistemi sanitario e sociale sono e restano pubblici nella loro funzione, ma occorre connetterli con altri soggetti che sono disponibili ad entrare nella realizzazione delle funzioni pubbliche operando in ogni caso sotto la regia e il controllo degli Enti pubblici. In particolare occorre con-

siderare le possibilità che il codice del terzo settore e le normative regionali offrono soprattutto per quanto riguarda l'ambito degli extra LEA, area in forte espansione viste le richieste dei cittadini. Anche la sanità pubblica ha naturalmente bisogno di dialogare, accogliere e regolare il contributo degli operatori privati, realizzando un vantaggio organizzativo, qualitativo ed economico per i cittadini. Sempre più oggi l'assistenza sanitaria di eccellenza non può essere realizzata tramite un sistema 'chiuso', ma occorre saper cogliere le sinergie che possono derivare da una intelligente cooperazione per mettere insieme le forze ed essere in grado di definire programmi di miglioramento del sistema nell'interesse della comunità. Per questo è necessario definire in modo chiaro un quadro strategico di riferimento comune e definire in modo chiaro gli investimenti, le attività, i percorsi di assistenza e un efficace sistema delle verifiche economiche e di qualità del servizio.

L'evoluzione della *governance* del nostro welfare va verso la creazione di un network pubblico che crea valore per il cittadino anche attraverso il potenziamento dei contributi strutturati e permanenti del privato sociale e dell'associazionismo. Un welfare generativo nel quale il sociale non è solo 'di assistenza' ma anche 'di iniziativa' così che il cittadino non aspetta un intervento standard, ma diventa attore e consapevole protagonista. È decisiva la progettazione partecipata tra istituzioni pubbliche e soggetti privati/terzo settore, con una sperimentazione sociale finalizzata a selezionare e diffondere buone prassi valorizzando al massimo la co-programmazione e la co-progettazione.

Per creare un nuovo valore nella rete è necessario un nuovo rapporto tra pubblico e privato, all'interno di regole più chiare e insieme capaci di utilizzare il know-how che la società civile è in grado di sviluppare. Vanno rafforzate le competenze istituzionali in una logica di governance nella quale deve essere chiaro il ruolo guida del settore pubblico nell'orientare, monitorare e valorizzare l'insieme degli attori sociali. Ma occorre una pubblica amministrazione in grado di porsi veramente alla guida dei sistemi territoriali in un quadro di governance orizzontale, paritaria e sussidiaria con gli enti del terzo settore.

1.1.3.

La centralità del cittadino

Il valore della conoscenza ci permette di essere cittadini competenti, consapevoli dei nostri diritti e dei nostri doveri ed insieme capaci di comprendere quello che è il nostro bene, anche nei percorsi di cura. Dobbiamo credere in maniera passiva a tutto quello che ci viene detto dal medico? Oppure, muovendoci attivamente sulla rete, dobbiamo credere alle informazioni che troviamo? Forse entrambe le domande sono mal poste. Dovremmo comprendere che il percorso terapeutico deve avere un approccio complessivo nel quale medico e paziente sono entrambi soggetti attivi, anche se con ruoli ben distinti, e dalla loro interazione positiva nasce il valore della cura.

Grazie anche alle tecnologie e alle innovazioni, la medicina è sempre più personalizzata poiché i farmaci non hanno gli stessi effetti su tutti i pazienti. Alle azioni preventive, per sostenere comportamenti e stili di vita corretti, si aggiungono capacità predittive basate sulle predisposizioni o fragilità che può avere ciascun individuo e che possono diventare malattia (pensiamo in questo anche all'importanza dello studio del genoma umano). Per giungere infine a considerare la dimensione partecipativa della malattia, perché i cittadini e le associazioni di volontariato o dei malati fanno parte di un sistema che loro che per primi contribuiscono a realizzare e a cambiare.

La difesa del diritto alla salute delle persone è un aspetto determinante nella valutazione della qualità complessiva di vita di un sistema sociale di un grande Paese. Le classificazioni del Ministero della Salute, sui LEA ma non solo, ci ricordano che la Toscana parte da ottime basi. La sfida della sostenibilità dei servizi richiede il coraggio delle scelte ed un governo capillare e rigoroso, affiancato da meccanismi scientifici di valutazione.

Quando parliamo di benessere individuale e collettivo dobbiamo andare oltre il PIL. La stessa ISTAT sta lavorando su indicatori BES, benessere equo e sostenibile, che presentano una pluralità e varietà di ambiti (Salute, Istruzione, Lavoro, Benessere economico, Relazioni sociali, Politica e istituzioni, Sicurezza, Benessere soggettivo, Paesaggio e patrimonio culturale, Ambiente, Ricerca, Qualità dei servizi). La salute può e deve essere considerata nel suo legame con la sostenibilità e l'equità.

La Commission on Social Determinants of Health (CSDH – commissione per i determinanti sociali della salute), ha cercato di andare al di là della ricerca delle cause immediate di malattia concentrando i propri sforzi sulle “cause delle cause” che riguardano circostanze individuali della vita quotidiana e aspetti strutturali della società. Questo approccio mette in evidenza come gran parte del divario sanitario tra i paesi derivi dalle influenze che i determinanti sociali hanno sulla salute, dove non si risolvono i problemi sociali di un'ampia parte della popolazione, non si risolvono i problemi di salute e le relative disuguaglianze.

Il Prof. Giuseppe Costa nel 2014 ha elaborato un'analisi delle disuguaglianze di salute in Italia¹. Emerge che l'istruzione è la dimensione che meglio predice lo stato di salute della popolazione adulta, perché il cittadino è più competente e anche perché, molto probabilmente, è stato più curato e ben orientato nei primi anni di vita.

Il Documento dell'Agenzia Regionale di Sanità Toscana “Le disuguaglianze di salute in Toscana” (dicembre 2016) afferma che la salute non è solo sanità, ma molto altro e la sfida è quella della qualità delle cure e della sostenibilità del sistema mantenendo fermo il principio di universalità e di equità. Il servizio sanitario regionale si deve rivolgere a tutti per essere di qualità, ma insieme si deve porre l'obiettivo di ridurre la forbice tra le famiglie più avvantaggiate e quelle

¹ “L'equità di salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità” Milano, Franco Angeli. Giuseppe Costa è Professore Ordinario di Igiene presso l'Università di Torino e direttore della S.C.a.D.U. Epidemiologia dell'ASL TO3, centro di riferimento per i Determinanti sociali di salute e salute in tutte le politiche. Già presidente dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, attualmente è coordinatore della commissione solidarietà nazionale e internazionale equità dell'accesso alle cure dell'Ordine dei Medici di Torino. È autore di centinaia di pubblicazioni nazionali e internazionali sulle disuguaglianze di salute e sulla valutazione di impatto delle politiche sanitarie e non sanitarie sulla salute.

meno, diminuire le diseguaglianze di salute. Per raggiungere questo obiettivo le politiche devono essere integrate così da agire sia sui determinanti cosiddetti distali (istruzione, occupazione, reddito, caratteristiche sociali dell'area nella quale viviamo) che su quelli prossimali (stili di vita, condizioni ambientali, fattori igienici o biologici). La diseguaglianza di salute può essere declinata come possibilità di accesso alle cure e alla ricerca della propria salute.

Uno degli aspetti più qualificanti e innovativi del welfare community è rappresentato dal considerare i singoli cittadini e le loro aggregazioni sociali, a cominciare dalle famiglie, non solo come potenziali beneficiari dei servizi di welfare, ma come risorse della comunità locale che concorrono alla definizione degli stessi interventi volti a risolvere gli stati di bisogno che via via si rendono evidenti. Si tratta di far scattare un meccanismo connettivo che crei fiducia e che aiuti le reti anche ad autosostenersi.

Mettere al centro il cittadino può essere il modo per una più corretta identificazione dei bisogni di salute e una conseguente azione del sistema sanitario e sociale. Quando emergono nuovi bisogni è necessaria una nuova programmazione degli obiettivi, delle azioni, dell'allocazione delle risorse. La funzione principale della programmazione è proprio quella di permetterci di non essere "schiavi" della spesa storica, di non limitarci a reiterare il passato.

1.2. La riforma del Sistema Sanitario Regionale

1.2.1. Finalità normative e operative della riforma del Sistema sanitario regionale

Delineare un quadro organico dei processi attuativi della Riforma del Sistema sanitario regionale richiede di fare un passo indietro e focalizzare le finalità normative e operative. Successivamente saranno descritti gli atti funzionali e i dispositivi di integrazione.

Si potrebbe affermare che la finalità generale della L.R. 84/2015 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005" sia la semplificazione e l'efficientamento del sistema sanitario regionale attraverso la riduzione della frammentazione, l'uniformità e omogeneità organizzativa in contesti più ampi rispetto ai precedenti, la sinergia tra aziende ospedaliero-universitarie (AOU) e le aziende unità sanitarie locali (USL) attraverso la programmazione integrata, la valorizzazione del territorio, la realizzazione di economie di scala sui diversi processi, l'integrazione della rete ospedaliera su contesti più ampi ed una diffusione omogenea delle migliori pratiche all'interno del sistema, nonché un ulteriore contenimento della spesa. Di seguito il tentativo di scomporre per punti tale complessa finalità prevista dalla norma.

1. Accorpamento delle dodici aziende USL in tre aziende USL, una per ciascuna area vasta. Con riforma del SSR le Aziende USL sono passate da 12 a 3 riducendo fortemente i centri decisionali. Questo nuovo assetto comporta da una parte la possibilità di rendere più snelle e lungimiranti le decisioni strategiche, dall'altra la necessità di ripensare i collegamenti interni sui quali si sorreggeva il sistema in precedenza. Portare il sistema a basarsi su tre aziende sanitarie locali, richiede che sia potenziato il coordinamento orizzontale attraverso il coinvolgimento di tutti gli enti e soggetti portatori di interessi.
2. Rafforzamento della programmazione di area vasta.
 - La necessità di garantire una maggiore sinergia tra aziende sanitarie territoriali e aziende ospedaliero-universitarie attraverso il rafforzamento della programmazione integrata di area vasta, riconosciuta come ambito adeguato per realizzare il coordinamento della loro offerta complessiva.
 - I dipartimenti interaziendali di area vasta rappresentano lo strumento di supporto alla programmazione di area vasta, anche al fine di potenziare le sinergie fra ASL e AOU.
3. Potenziamento dell'organizzazione del territorio.
 - La revisione degli assetti, dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari per dare una risposta alla crescita inesorabile dei bisogni assistenziali legati alle cronicità. Patologie che assorbono oltre l'80% del fondo sanitario con un impatto consistente sullo sviluppo economico e sul benessere della comunità regionale.
 - L'organizzazione territoriale e il processo di governance multilivello sono resi più efficaci dalla ridefinizione complessiva delle funzioni della zona distretto, del direttore di zona distretto e del sistema delle conferenze, anche al fine di ottimizzare le risposte territoriali dell'integrazione sociosanitaria.
 - La revisione in termini di estensione della zona distretto al fine di definire l'ambito ottimale di lettura dei bisogni e di identificazione delle priorità di salute, attraverso solidi meccanismi di raccordo istituzionale. Nuove perimetrazioni che consentono l'organizzazione di un sistema di cure primarie orientato alla comunità e capace, allo stesso tempo, di assicurare la necessaria integrazione col livello specialistico attraverso la logica delle reti cliniche e sociosanitarie territoriali.
4. Revisione dei processi di governance.
 - Il nuovo assetto organizzativo delle ASL prevede l'individuazione del dipartimento quale strumento organizzativo ordinario. Al fine di garantire l'omogeneità sull'intero territorio regionale, individua le differenti tipologie di dipartimenti sia a livello territoriale che a livello ospedaliero, con le specifiche funzioni e competenze.
 - Tenuto conto delle nuove dimensioni territoriali aziendali, il dipartimento di prevenzione assicura la tutela della salute collettiva strutturandosi in unità funzionali che operano a livello aziendale o di zona distretto.

- La nuova organizzazione del presidio ospedaliero è ridefinita alla luce dell'istituzione dell'organizzazione dipartimentale, al fine di perseguire la maggiore efficienza tecnica e gestionale ed uniformare specifiche linee di produzione, orientata tuttavia verso una gestione più ampia e flessibile nella quale le risorse sono messe in comune. (posti letto, sale operatorie, ambulatori, strutture logistiche).
- La necessità di istituire la nuova figura del direttore della rete ospedaliera aziendale e dei suoi funzionamenti basati sulle interconnessioni tra i singoli presidi, per garantire unitarietà di gestione e omogeneità di approccio, nonché supporto alla direzione sanitaria aziendale nella pianificazione di lungo termine e nella programmazione della rete ospedaliera.

La legge di riforma del sistema sanitario L.R. 84/2015 ha anche potenziato e sviluppato il ruolo delle zone distretto come livello di organizzazione e gestione dei servizi sanitari e socio sanitari, in una logica di bilanciamento rispetto alla riduzione delle aziende sanitarie territoriali. Le zone distretto per funzionare in maniera efficace ed efficiente devono avere delle dimensioni adeguate a mettere insieme le risorse umane, economiche e strumentali per erogare in maniera ottimale i servizi territoriali.

In questa direzione il Consiglio regionale ha approvato la L.R. 11/2017 "Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005". L'iter della legge, pur complesso e comprensivo di molti passaggi concertativi e di confronto, ha definito tre aspetti:

- La dimensione adeguata delle zone distretto è stata ripensata riducendole da 34 a 26.
- Sono stati inseriti importanti elementi per una maggiore autonomia e un miglior funzionamento delle zone.
- È stata individuata una scelta di campo verso il modello della Società della salute a gestione diretta.

Oltre alle finalità normative descritte, la Riforma del SSR comporta anche delle finalità operative relative alle modalità di lavoro dei professionisti e degli operatori. Modalità che trovano riscontro negli atti di programmazione a partire dal PSSIR 2012-2015 e dal PSSIR 2018-2020, che si possono riassumere in due aspetti: 1) Interdisciplinarietà e allargamento dei confini; 2) Centralità del paziente e *responsiveness*.

Per garantire interdisciplinarietà è necessario affrontare i problemi con gruppi multidimensionali che lavorino in un'ottica di complementarità, e trovare persone disposte a mettere le loro risorse di competenza, intelligenza e capacità al servizio del sistema sanitario regionale. Ognuno con le proprie responsabilità ma tutti assieme per il paziente. La centralità del paziente va interpretata verso il *patient engagement*, il coinvolgimento dei pazienti nel percorso di cura. Si tratta di un'alleanza nella quale il paziente è co-protagonista, un gioco di squadra nel quale il va-

lore si crea orientando l'agire clinico verso una rete nella quale medico e paziente si muovono all'interno di un sistema strutturato.

Tali finalità operative richiedono, in un contesto caratterizzato dalla frammentarietà delle risposte, la creazione di reti cliniche strutturate. Ad esempio, nel percorso della cronicità questo approccio si realizza attraverso un rapporto strutturato tra cure primarie, medici di medicina generale e infermieri di comunità. Oggi si parla di percorsi di cura fondati sulle cosiddette "Cinque P":

- Prossimità
- Proattività
- Prevenzione
- Personalizzazione
- Partecipazione

Questo approccio integrato, in Toscana, considera come obiettivi di fondo l'equità, la qualità e l'appropriatezza delle risposte e la loro sostenibilità economica nel medio periodo. L'attenzione all'equità è importante per ridurre le disuguaglianze di salute legate all'accesso alle cure. Consideriamo, ad esempio, che il tasso di accesso al pronto soccorso è più alto per chi ha una maggiore deprivazione, chi è più povero muore più spesso in ospedale perché arriva con maggiori problematiche e comorbidità.

In definitiva la pressante sfida dei prossimi anni sarà quella di riuscire a farsi carico del crescente e diverso bisogno sociale e sanitario, riallocando e razionalizzando le risorse oggi disponibili. Situazione che spingerà senz'altro a rafforzare il processo di messa in rete dei soggetti operanti sul territorio, supportati anche dai modelli ispirati alla continuità ospedale-territorio e alla medicina di iniziativa sui quali la Toscana sta focalizzando l'attenzione. Partendo dalla consapevolezza che la mancata adeguatezza nella cura dell'anziano affetto da polipatologia porta rapidamente alla non autosufficienza, se i percorsi non vengono adeguatamente accompagnati da procedure diagnostico-curative e riabilitative-assistenziali in grado di controllare l'evoluzione dei processi biologici.

1.2.2. Processi attuativi: governance e reti assistenziali.

Un importante paradigma che ha visto mutare l'approccio di fondo verso la pubblica amministrazione e verso il Sistema sanitario è quello del *new public management*. Si tratta di un punto di vista volto a portare nel sistema pubblico le modalità di gestione del settore privato, puntando verso una sempre maggiore professionalizzazione manageriale e responsabilità verso gli obiettivi e la valutazione delle performance.

L'altro paradigma alternativo e complementare, soprattutto nel sistema sanitario, è quello della governance secondo il quale le decisioni non vengono prese solo in base alle competenze formali, ma sono il risultato di una negoziazione continua con un network di attori. È un paradigma orientato a tenere insieme il sistema piuttosto che indirizzato verso la semplice efficienza. Il meccanismo di governo valorizza la negoziazione, gli accordi, la flessibilità al cambiamento, l'interazione e il coinvolgimento dal basso dei portatori di interessi e dei portatori di diritti.

Muoversi nel campo della governance significa entrare nei processi negoziali, capire gli interlocutori e riconfigurare il proprio posizionamento strategico all'interno di una rete. La governance è una modalità di governo efficace proprio quando l'organizzazione si configura come una rete e quindi non ha dei confini dati tra interno ed esterno, il modello non è statico e meccanico ma segue in maniera dinamica il flusso del territorio, il divenire della comunità in un contesto complesso e negoziale.

Organizzare un *sistema di reti* nel sistema sanitario e sociale regionale significa descrivere e concordare quali sono i contenuti e le attività che costituiscono un percorso assistenziale. La rete richiede una modalità di lavoro basata su *team multidisciplinari* e *multiprofessionali* coordinati all'interno di un sistema in maniera da garantire una migliore:

- Equità degli accessi
- Continuità delle cure
- Presa in carico del paziente cronico
- Relazioni strutturate ma anche informali
- Innovazione dei percorsi assistenziali
- Integrazione con il budget.

Un sistema a rete è utile per rispondere alla complessità e creare valore nel sistema sanitario e sociale, ma richiede la conoscenza dei *nodi del sistema* e il coordinamento della loro *interdipendenza*. Principi che stanno alla base delle reti:

- Collaborazione
- Condivisione
- Coinvolgimento (commitment, engagement, etc.)
- Informazioni distribuite e accessibili
- Comunicazione tra i nodi
- Trasparenza con i pazienti.

Per il funzionamento della rete non basta il funzionamento dei singoli nodi, *l'orientamento deve essere al sistema*, quindi è necessario:

- Elaborare una visione complessiva e unitaria
- Definire la missione di ogni nodo della rete
- Definire la matrice delle responsabilità professionali e organizzative
- Esplicitare la strategia
- Proporre un'organizzazione coerente con la strategia della rete

- Comunicare all'interno la strategia le condizioni per la realizzazione le modalità di e difficoltà che si incontreranno.

Le normative che riguardano la programmazione di livello zonale fanno riferimento all'approccio di rete. L'art. 21 della L.R. 40/2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale", in riferimento al Piano integrato di salute prevede che vengano definite le 'reti di servizi' e che vengano promosse 'reti cliniche integrate e strutturate'. Anche sul versante sociale l'art.29 della L.R. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" descrive la funzione del Piano di inclusione zonale richiamando le attività da perseguire attraverso la 'rete dei servizi' e di presa in carico da parte della 'rete assistenziale'.

Sul territorio è necessario un sistema a rete formato da strutture e da servizi organizzati in differenti intensità assistenziali, capaci di rispondere alle problematiche legate alla cronicità così come alle situazioni di fragilità e complessità sociale.

Dal punto di vista organizzativo delle aziende USL, la rete si traduce anche nel collegare in maniera strutturata e permanente il nucleo operativo (zone-distretto e dipartimenti) con il vertice (direzione generale). Particolare rilevanza assumono i direttori di SdS/Zona, che oltre a collegare il vertice aziendale con l'operatività dei servizi e dei processi assistenziali, coordinano in maniera matriciale l'integrazione con i Dipartimenti nella definizione e costruzione dei percorsi, oltre a partecipare alla governance istituzionale attraverso il confronto continuo con le amministrazioni locali e i loro rappresentanti.

All'interno della rete sanitaria e sociale sono presenti anche i comuni, che l'art. 11 della L.R. 41/2005 identifica come titolari della funzione fondamentale concernente la progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini. Viene specificato che i comuni assolvono a detto onere, per obbligo o per scelta, mediante l'esercizio associato delle funzioni, servizi e attività. Di seguito si evidenziano i vantaggi dell'*esercizio associato* dei servizi:

- Economie di scala (minore incidenza dei costi di funzionamento e maggiori disponibilità di risorse sui servizi).
- Economie di specializzazione (si possono approfondire e sviluppare competenze).
- Economie di scopo (mettendo insieme le risorse umane si possono creare nuovi percorsi di crescita).
- Possibilità di riallineare i confini istituzionali con quelli delle comunità reali (la vita delle persone si svolge in ambiti che vanno al di là del proprio comune).
- Maggiore peso e visibilità nelle decisioni (maggiore possibilità di attrarre investimenti e finanziamenti).
- L'eccesso di frammentazione istituzionale comporta un potere decisionale estremamente ridotto.
- Un singolo comune ha una più bassa probabilità di ottenere le risorse comunitarie e partecipare a bandi di finanziamento.
- Maggiore difficoltà nell'erogare servizi innovativi.

1.3. Alcuni dispositivi attuativi delle governance territoriali e aziendali

1.3.1. La programmazione integrata come luogo per la ricomposizione delle governance.

Il PSSIR 2018-2020, che sarà descritto in maniera più precisa nel prossimo capitolo, supera definitivamente la differenziazione in setting distinti all'interno del sistema dell'offerta sanitaria e socio sanitaria in ambito regionale. Non si trattano quindi in modo distinto i diversi ambiti (la prevenzione, l'ospedale, il territorio) ma si introduce una visione di sistema molto più trasversale rispetto ad una organizzazione funzionale, incentrata sulla valorizzazione di percorsi diagnostico terapeutici integrati anche rispetto alla parte socio assistenziale.

In seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, la titolarità delle funzioni amministrative ha subito una stratificazione lungo l'asse verticale dei diversi livelli di governo: statale, regionale, comunale.

Per quanto riguarda la funzione dell'assistenza sanitaria le competenze sono così articolate:

- Livello statale: determinazione dei livelli di assistenza.
- Livello regionale: programmazione, organizzazione e realizzazione dei servizi sanitari.

Per quanto riguarda l'assistenza sociale le competenze sono così articolate:

- Livello statale: determinazione dei livelli di assistenza.
- Livello regionale: programmazione e organizzazione dei servizi sociali.
- Livello comunale: realizzazione dei servizi, delle attività e delle prestazioni.

Non a caso nel PSSIR 2018-2020 la governance istituzionale si articola attraverso un sistema di conferenze dei sindaci:

- A. Livello regionale: Conferenza regionale dei sindaci.
- B. Livello di area vasta: Conferenza aziendale dei sindaci.
- C. Livello di zona-distretto: Conferenza zonale e zonale integrata con il direttore generale USL, ovvero Assemblea dei soci della Società della Salute.

La funzione principale di tali conferenze è quella di formulare e/o approvare gli atti fondamentali di programmazione per il livello di propria competenza che rappresentano il momento decisionale nel quale si traducono le finalità istituzionali delle amministrazioni in obiettivi e azioni

concrete. Difatti la programmazione viene identificata come il luogo della ricomposizione nel quale trovano convergenza la titolarità della funzione di assistenza sanitaria assegnata all'Amministrazione Regionale (esercitata tramite le aziende USL), e la titolarità della funzione di assistenza sociale assegnata all'Amministrazione Comunale.

Per il territorio, in maniera particolare, il campo di applicazione della Programmazione di SdS/Zona si attua attraverso i Piani integrati di salute (PIS) e i Piani di inclusione zonale (PIZ) concretizzati annualmente nella Programmazione operativa annuale (POA). Con questi strumenti si integrano le finalità degli enti locali e delle Asl, e dunque le funzioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie territoriali, possono essere espresse in un quadro integrato e correlate con le relative risorse comunali, aziendali o provenienti da altri fondi pubblici o privati.

Attraverso la programmazione di SdS/Zona vengono definite l'organizzazione e gli standard dei servizi (volumi, sedi di erogazione delle prestazioni) individuati sulla base della definizione dei bisogni e nei limiti delle risorse disponibili, in collaborazione con i Dipartimenti aziendali che hanno la responsabilità della qualità tecnico-professionale e operativa. Le funzioni di programmazione e gestione sono attuate dal direttore SdS/Zona e sono collegate con i livelli di programmazione della Asl, dell'Area Vasta (integrata con le aziende ospedaliero-universitarie) e con il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR).

È necessario integrare la programmazione regionale nei suoi vari livelli, in particolare la programmazione di area vasta con le programmazioni zonali tramite i PAL (Piano Attuativo Locale) e i PAO (Piano Attuativo Ospedaliero), attraverso appositi dispositivi capaci di attivare forze generative riconducibili ad una logica unitaria di azione del Sistema sanitario regionale.

La riforma della normativa regionale operata tra il 2014 e il 2015 ha definito con chiarezza i livelli regionali di gestione dei sistemi sanitario e sociale, e ha allineato secondo questa stessa scansione gli organismi della governance istituzionale. A ciascun livello corrisponde infatti un insieme di strumenti di programmazione. I diversi strumenti di programmazione integrano tra i propri obiettivi pluriennali le azioni programmate regionali secondo la declinazione operativa più adeguata, efficace e sostenibile. I competenti organismi decisionali della governance istituzionale (Conferenze aziendali o Conferenza zonali/assemblea dei soci SdS) e le strutture direzionali e professionali, esprimono le proprie prerogative di indirizzo e di elaborazione ricercando la migliore complementarità tra le azioni programmate di rilievo regionale e gli obiettivi e le azioni programmate del proprio livello di area vasta / aziendale o zonale.

Per realizzare una efficace governance regionale è necessario un collegamento tra i territori e AUSL/AOU tramite la programmazione di area vasta, così da rendere cooperativi e coordinati gli obiettivi in relazione con gli indirizzi regionali. Le leggi regionali 40 e 41 del 2005 prevedono tra gli strumenti di integrazione tra SdS/Zone-distretto e Aziende USL gli Uffici di piano zonali².

² L.R. 40/2005 - Art. 64.2, comma 5. Si precisano alcune funzioni dell'ufficio a supporto del direttore di SdS/Zona, in particolare sulla programmazione dei piani integrati di salute: "Il direttore di zona, per le funzioni relative alla programmazione unitaria per la salute e per quelle relative all'integrazione sociosanitaria, è coadiuvato da un apposito ufficio di piano costituito da personale messo a disposizione dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale. L'ufficio di piano supporta anche l'elaborazione del piano di inclusione zonale".

L.R. 41/2005 - Art. 29, comma 7. È previsto che "il PIZ è elaborato dall'ufficio di piano zonale di cui all'articolo 64, comma 8, della l.r.40/2005".

Coordinati a livello di Azienda USL, gli uffici di piano supportano anche le conferenze aziendali dei sindaci nella predisposizione del Piano attuativo locale (PAL)³ e del documento di riclassificazione delle risorse per le zone distretto collegato agli strumenti di programmazione zonale e aziendale e allegato al bilancio delle aziende USL⁴.

1.3.2. I dispositivi di integrazione previsti dalla delibera n.269/2019

La delibera 269/2019 “Governance delle reti territoriali” prevede di dare attuazione omogenea a questi due importati dispositivi di integrazione: l'ufficio di piano e il budget di zona.

L'ufficio di piano si configura come un incubatore, che va oltre gli aspetti meramente amministrativi. La programmazione non deve essere un semplice adempimento burocratico, ma una modalità di lavoro strutturata e stabile che aiuta a definire in maniera migliore gli obiettivi e le attività condividendo priorità e responsabilità.

Conoscenze	Competenze
Normative Sanitarie e Sociali	Capacità di implementazione di un budget integrato tra Comuni e Aziende sanitarie
Budget	Capacità di lettura, interpretazione e monitoraggio degli indicatori per definire il profilo di salute della propria zona
Indicatori e modalità di rilevazione del Profilo di Salute	Capacità di contribuire alla definizione degli obiettivi e delle attività per la programmazione annuale e pluriennale
Programmazione	Capacità di facilitare gruppi di lavoro e organizzare la partecipazione
Partecipazione	Capacità di utilizzo degli strumenti informatici
Fondi regionali e nazionali	Europrogettazione e Co-progettazione
Funzionamento dei finanziamenti europei	Capacità di tradurre decisioni e indirizzi in azioni concrete

L.R. 41/2005 - Art. 35, comma 3. Viene rimarcato il ruolo dell'ufficio nella programmazione locale: “Per l'elaborazione degli atti della programmazione locale, la conferenza può avvalersi delle strutture dei comuni oppure dell'ufficio di piano di cui all'articolo 64, comma 8, della l.r.40/2005”.

³ L.R. 40/2005 - Art.12, comma 7.

⁴ L.R. 40/2005 - Art.120 comma 5 e 5 bis.

Strutturare l'ufficio di piano è un punto di forza non soltanto per il buon funzionamento della programmazione delle zone, ma anche per migliorare la programmazione delle Asl che potranno organizzare gli strumenti aziendali attraverso il coordinamento degli uffici di piano. Tale miglioramento di conseguenza riguarda anche le AOU in un'ottica di programmazione di area vasta.

Classificazione	Settori di programmazione	Note	Governance e responsabilità gestionale		
			Diretta SdS Trasferimento risorse al bilancio SdS	Indiretta SdS Assegnamento risorse al budget di zona	Aziendale Nessun budget specifico
ECO	Consumi sanitari e non sanitari dei presidi distrettuali	Consumi sanitari e non sanitari		X	
ECO	Assistenza di base	Personale convenzionato Stipendi MMG Stipendi PLS Continuità assistenziale		X	
	Assistenza farmaceutica convenzionata	Spesa farmaceutica convenzionata			
ATT	Specialistica ambulatoriale	Specialistica ambulatoriale integrata e non integrata. Dato di valenza amministrativa non desumibile dalla contabilità. Viene stimato sulla base del volume delle prestazioni ambulatoriali fruitive dai cittadini residenti nella zona, estrapolato dai flussi regionali valorizzato dal nomenclatore regionale		X	X
ECO/ATT	Sanità di iniziativa	Indicazioni di progetti di attività. Parte economica recata dalle variabili stipendiali per specifiche prestazioni MMG e PLS con eventuale personale dedicato		X	

Gli uffici di piano sono coordinati a livello di Azienda USL per supportare le conferenze aziendali dei sindaci nella predisposizione del Piano Attuativo Locale, anche in considerazione del fatto che i livelli di programmazione sono tra loro molto legati. Infatti come previsto dall'art. 22 L.R. 40/2005 "Il piano attuativo si realizza con riferimento alle attività sanitarie, socio-sanitarie territoriali e socio-sanitarie integrate attraverso piani annuali di attività, che tengono conto dei contenuti del PIS, e in particolare: a) attraverso il programma operativo annuale delle cure primarie, articolato per zona distretto [...]; b) attraverso l'atto per l'integrazione socio-sanitaria, articolato per zona distretto [...]".

Per quanto riguarda la creazione di un linguaggio comune relativamente alle risorse economiche è necessaria la rappresentazione di significati comuni attraverso una scheda di budget di zona condivisa. Si intende per budget di zona una modalità condivisa ed omogenea per la rappresentazione delle risorse del SSR che le Aziende sanitarie e la Regione impegnano a vario titolo sul livello zonale. La relativa scheda di budget utilizza come riferimento il linguaggio della programmazione così come definito nella D.G.R. 573/2017 “Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale” e già concretizzato nella compilazione della programmazione operativa annuale POA 2018.

La scheda sul budget di zona coincide per le Asl con il documento di riclassificazione delle risorse impiegate a livello di zona di cui all’art. 120, c.5 della L.R. 40/2005. Una modalità condivisa di rappresentazione del budget zonale tra le aziende USL della Toscana permette una migliore comunicazione di sistema con la Regione e con le stesse SdS/Zone. La scheda di budget di zona così costruita consente una completa coerenza tra Piano attuativo locale delle Aziende USL e Piani integrati di salute delle SdS/Zone.

1.3.3. La Matrice organizzativa

D.G.R 1280/2018 ‘Nuovo modello di Governance aziendale e DGR 269/2019 ‘Governance delle reti territoriali’

La strutturazione del Sistema Sanitario Regionale derivante dalla L.R. 84/2015, e il livello aggregativo in tre Asl ed in tre AOU, richiede una configurazione organizzativa in grado di esprimere anche un livello di governance efficace e di qualità.

L’elemento organizzativo-funzionale portante della L.R. 84/2015 è rappresentato dall’organizzazione Dipartimentale, le cui specifiche generali sono indicate dalla D.G.R. 441/2016 “Approvazione definitiva della Direttiva “Primi indirizzi alle Aziende unità sanitarie locali in merito allo Statuto e alle articolazioni di governo all’interno delle aziende”, già adottata ai fini dell’acquisizione del parere della competente commissione consiliare con dgr n. 317 del 11.4.2016.”

Al fine di promuovere relazioni strutturate tra la filiera organizzativa della rete ospedaliera e le Zone-distretto, la D.G.R. 1280/2018 “Nuovo modello di Governance aziendale. Approvazione delle linee di indirizzo regionali” definisce la governance aziendale i cui elementi chiave sono le Direzioni di presidio ospedaliero, le Direzioni dei dipartimenti e le Direzioni di zona-distretto/SdS. Lo scopo è quello di armonizzare e integrare le linee professionali afferenti ai singoli dipartimenti anche in relazione alla effettiva realizzazione della continuità ospedale e territorio, in modo da rendere possibile il governo unitario dell’offerta delle prestazioni specialistiche rispetto al bisogno dei bacini delle popolazioni di utenza.

Il riassetto organizzativo si sviluppa nei seguenti ambiti di intervento:

- Modello organizzativo dipartimentale. Superare le attuali criticità nell’organizzazione di risorse trasversali e nella programmazione operativa, attraverso una rinnovata concezione del Dipartimento clinico-assistenziale quale centro

di governo dei processi clinici. Sono rafforzate le funzioni gestionali del Direttore di Dipartimento, nei limiti della delega ricevuta e nel rispetto delle norme vigenti in materia di responsabilità dirigenziale, e potenziate le sue possibilità di avvalimento dei responsabili di unità organizzativa.

- Direzione di presidio ospedaliero. Potenziarne compiti e funzioni di governo in relazione agli obiettivi specifici di presidio e secondo le indicazioni regionali e aziendali.
- Direzione di Zona-distretto/Società della salute. Assicurare compiti e funzioni di governo, in collaborazione con i servizi zonal e aziendali dedicati, con particolare riguardo al miglioramento dell'appropriatezza in riferimento a obiettivi specifici negoziati con i responsabili delle unità funzionali zonal e con i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali.

In relazione complementare alla nuova governance aziendale, la D.G.R. 269/2019 "Governance delle reti territoriali" sviluppa la parte dedicata alle organizzazioni sanitarie extraospedaliere e ai processi di programmazione integrata. Prevede uno schema logico di integrazione tra dipartimenti e zone-distretto attraverso un'apposita matrice organizzativa deve essere centrata sui livelli di integrazione che sono richiesti alle SdS/Zone:

- Integrazione delle SdS/Zone con i servizi della sanità territoriale e sociosanitari.
- Integrazione delle SdS/Zone con l'ospedale per la continuità ospedale-territorio.
- Integrazione delle SdS/Zone con gli enti locali per la parte socioassistenziale.

La delibera descrive una matrice organizzativa standardizzata per le diverse Asl capace di individuare sia le responsabilità gerarchiche, funzionali e di percorso che le modalità di costruzione del budget e dell'assegnazione delle risorse umane, finanziarie e strumentali.

È indubbio che i Dipartimenti rappresentino la "casa professionale" di riferimento e che i professionisti ad esso afferenti non debbano essere attribuiti funzionalmente alla zona distretto/SDS. Altrimenti i professionisti interessati rischierebbero di trovarsi isolati dalla casa professionale di appartenenza, con il rischio di essere privati della possibilità di crescita in termini di competenze e ruoli. Tuttavia, se la Zona- distretto/SdS deve essere realmente il livello fondamentale in grado di contestualizzare sul territorio e rendere operativi gli indirizzi e le azioni previste dai vari livelli di programmazione, in quanto capace di leggere i bisogni della popolazione di riferimento e di poter coordinare ed armonizzare le risorse sia di tipo sanitario che sociale necessarie ai diversi PDTAS in modo integrato; allora appare chiaro che la responsabilità del percorso assistenziale deve essere saldamente in capo al direttore di SdS/Zona che ne risponderà ai diversi soggetti (Regione, Asl, Comuni) in modo diretto, e per la quota parte di risorse che gli stessi renderanno disponibili. Partendo dalla rilevazione dei bisogni indicati dal quadro socio-assistenziale relativo a quel territorio, la Zona-distretto/SdS attraverso la programmazione supportata dal proprio Ufficio di Piano e altri professionisti traduce i singo-

li servizi, prestazioni, attività, in PDTAS specifici e dimensionati ai volumi realmente previsti e appropriati in quel contesto territoriale. Questo meccanismo consente di gestire il percorso assistenziale proprio attraverso la matrice organizzativa tra Dipartimenti e Zona-distretto.

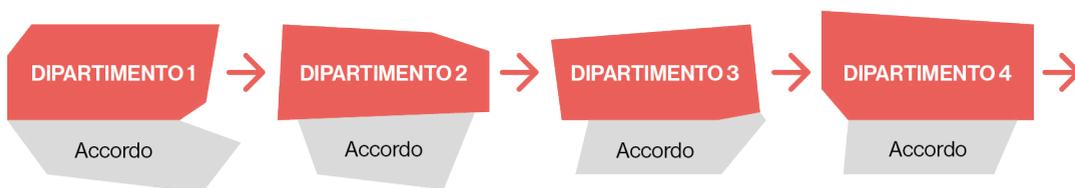
L'integrazione zonale dei percorsi con il supporto dei singoli Dipartimenti richiede di:

- Superare un approccio dominato da isomorfismo organizzativo.
- Rendere strutturali le posizioni integrative e trasversali.
- Costruire meccanismi e culture per la convivenza delle nuove responsabilità con quelle tradizionali.
- Considerare le nuove dimensioni come occasioni di ripensamento sulle funzioni amministrative.
- Rafforzare le condizioni organizzative per l'esercizio delle responsabilità.
- Intervenire sulle capacità e gli orientamenti delle persone.
- Modificare il quadro di riferimento verso un management professionale e delle reti.

Nella matrice organizzativa tra zona distretto e Dipartimento, per quanto riguarda la definizione di "chi fa che cosa", le aziende devono convergere verso un modello che preveda un allineamento fra responsabilità dei Dipartimenti (es. standardizzazione dell'offerta, formazione, qualità professionale,) e delle SdS/Zone (responsabilità del percorso, operatività dei servizi). Questo processo si concretizza in un accordo tra Direzione aziendale, Direttori di Dipartimento e Direttore di Zona-distretto/SdS attraverso lo strumento della negoziazione. Il percorso consiste non solo in servizi, ma si integra anche in rapporti con i cittadini e le istituzioni.

Percorso Assistenziale - PTDas

La Casa Professionale definisce "come si fa".



La SdS/Zona suddivide il percorso assistenziale in fasi elementari ed è responsabile della sua implementazione. Definisce "cosa si fa".

Da un punto di vista organizzativo i direttori di Zona-distretto/SdS garantiscono alla direzione strategica aziendale l'operatività dei servizi e dei processi assistenziali attraverso le Unità Funzionali e coordinano in maniera matriciale l'integrazione con i Dipartimenti, nel rispetto degli obiettivi di gestione e di salute definiti per il livello zonale.

In sintesi, nella matrice organizzativa:

- Il criterio distintivo sul “*chi fa che cosa*” della matrice attribuisce al direttore di Zona-distretto/SdS la responsabilità sul “*che cosa*” c'è da fare e al direttore di Dipartimento la responsabilità di “*come*” farlo.
- La responsabilità dei Percorsi assistenziali/PDTAS ricade sulla Zona-distretto/SdS, mentre la dipendenza gerarchica delle risorse professionali sui Dipartimenti anche con riferimento alle proprie unità funzionali.
- La definizione e costruzione dei Percorsi assistenziali/PDTAS richiede una *negoziazione* tra direttore di Zona-distretto/SdS e direttori di Dipartimento anche con riferimento alle proprie unità funzionali.
- Gli *accordi* sono la modalità attraverso la quale si formalizzano responsabilità e risorse nel Percorso assistenziale/PDTAS.
- Il *budget* del Percorso assistenziale/ PDTAS comprende le risorse previste negli accordi, integrate con le altre eventuali fonti di finanziamento a partire da quelle di provenienza comunale.

Il funzionamento della matrice tra la Zona-distretto e i Dipartimenti sarà migliorativo soltanto se accompagnato da adeguati strumenti operativi e supportata da un mutato approccio culturale incentrato su confronto, collaborazione, condivisione di obiettivi, analisi e valutazione dei risultati.



Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 e il Policy Making

2

Obiettivo di questo capitolo è descrivere e inquadrare lo schema logico del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020 della Regione Toscana al fine di individuare l'insieme di obiettivi che vi si riconducono, e che costituiscono il linguaggio comune della programmazione multilivello nel suo livello di area vasta/aziendale e nel livello zonale.

L'approccio di analisi utilizzato è stato quello del *policy making*, quindi dell'andare a evidenziare come e perché vengono adottati gli atti di pianificazione strategica. Tali atti vengono considerati come prodotto della politica (politics), della relazione tra gli attori (Giunta, Consiglio, burocrazia, parti sociali, associazionismo, esperti etc.) che intervengono nel processo decisionale.

Il punto di partenza definito nella premessa al PSSIR è la declinazione del concetto di salute, come qualcosa che va oltre il benessere psicofisico (per ricordare quanto affermato dall'OMS nel 1948). Oggi è necessario un impegno a considerare la salute in tutte le politiche, e una promozione alla sensibilizzazione verso la salute secondo un approccio culturale orientato alla comunità e all'ambiente ("ecologia integrale"⁵) e allo sviluppo delle capacità individuali⁶. Sempre più la questione di fondo si riconduce ad affrontare le "diseguaglianze di salute"⁷.

2.1. Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020

2.1.1. Descrizione e schema logico del Piano regionale

Il PSSIR 2018-2020 è un piano snello, sintetico nella forma e di facile lettura con l'intento di renderlo accessibile a tutti. Riporta in maniera ben visibile le parole-chiave e gli obiettivi e ricorre a numerosi elementi infografici per rinforzare i contenuti.

Per una migliore comprensione del PSSIR 2018-2020 è utile tenere presenti le lenti interpretative che stanno alla base del documento:

- Non tenere separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali.
- Non tenere separata la parte descrittiva della rete ospedaliera e da quella descrittiva della rete territoriale.
- Includere la tematica della prevenzione in tutti gli obiettivi di piano, oltre che nell'apposito Driver.

Anche in considerazione di queste lenti interpretative, diventa significativa la creazione di modalità organizzative che abbraccino tutto il percorso del paziente garantendo una presa in carico complessiva. In questa direzione il PSSIR 2018-2020 introduce il passaggio da PDTA a PDTAS (Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali sociali). Arricchendo l'acronimo con una

⁵ Enciclica *Laudato si*, Papa Francesco.

⁶ Amartya Sen e Martha Nussbaum.

⁷ "La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto" di Sir Michael Marmot (Il Pensiero Scientifico Editore, 2016).

“s” finale viene indicata la coerenza dell'integrazione all'interno dei percorsi assistenziali con le valutazioni e gli interventi della sfera sociale. Questo strumento diventa un ponte capace di portare a convergenza le risposte sanitarie delle aziende con il territorio, valorizzando l'esperienza dell'integrazione istituzionale delle funzioni sanitarie e sociali perseguita dalle Società della Salute e dalle Convenzioni sociosanitarie nelle zone distretto.

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

Driver

1. Prevenzione
2. Disuguaglianze di salute e sociali
3. Liste di attesa
4. Vivere la cronicità
5. Nuovi modelli di "care"
6. Innovazione e informazione
7. Welfare etico e partecipazione
8. Competenze di Lavoro tra sicurezza e mode
9. Sostenibilità
10. Qualità del fine vita

Target

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

Focus

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

Lo schema logico del PSSIR 2018-2020 prevede una articolazione suddivisa in 10 Driver (obiettivi strategici) declinati verso 9 Target (destinatari) che ricomprendono nel loro insieme la popolazione di riferimento distinta per età, fasi della vita o particolari condizioni. Inoltre sono individuati 3 focus come ambiti di particolare attenzione trasversali a più destinatari⁸.

⁸ A completamento della struttura portante del PSSIR, articolata come abbiamo visto in driver, target, focus e schede operative, sono presenti altri capitoli dei quali merita riportare alcuni contenuti. È presente un piccolo capitolo su "La ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita" nel quale viene evidenziata l'importanza di investire nella formazione, nella ricerca, nell'innovazione e nella sperimentazione clinica, favorendo il necessario raccordo con i bisogni assistenziali (anche in merito alle aree orfane di ricerca, quali ad esempio le malattie rare) e il trasferimento dei risultati, al fine di rendere disponibili ai cittadini l'accesso alle innovazioni più avanzate in regimi di costi sostenibili. Altri due capitoli meritano di essere brevemente descritti. Il primo concerne "Il ruolo e l'assetto della zona distretto", ripercorre le finalità, la struttura e l'organizzazione della zona distretto in particolare prevedendo tempi e modi per il passaggio alla gestione diretta delle SdS. Il secondo riguarda "Programmazione multilivello e strumenti di integrazione" e descrive la programmazione regionale, l'importanza dell'integrazione tra i vari livelli di programmazione e i dispositivi per attuarla.

Rientrano a pieno titolo nello schema logico del PSSIR, in quanto collegate ai driver, target, focus anche le schede operative. Tali schede, successive al PSSIR, rappresentano ambiti significativi di azione che vengono definiti in maniera puntuale precisando modalità, soggetti coinvolti, risultati attesi e relativi indicatori per il monitoraggio e la valutazione dello stato di attuazione.

PSSIR 2018-2020 - Schede Operative

1. Il piano regionale di prevenzione
2. Promozione della salute - stili di vita - benessere biopsicosociale - ambienti di vita salutogenici - empowerment
3. Malattie infettive emergenti, vaccinazioni, antimicrobicoresistenza
4. Ambiente e salute
5. La rete dei servizi di prevenzione sul territorio a tutela della salute collettiva
6. Sicurezza alimentare, veterinaria e igiene urbana
7. Promozione della cultura della sicurezza per tutte le fasce di età ed in tutti i luoghi
8. Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
9. Le risposte all'emergenza urgenza
10. La rete per l'acuzie
11. Contrasto e prevenzione della violenza e dei maltrattamenti e interventi a sostegno delle vittime
12. Qualità e sicurezza dei processi di cura e assistenza
13. Il sistema di ascolto e informazione
14. Rete dei servizi territoriali e presa in carico del paziente cronico
15. La prevenzione delle dipendenza vecchie e nuove
16. La salute mentale: budget di salute e interventi di comunità
17. Le case della salute: un presidio per la comunità
18. L'assistenza sanitaria nelle aree interne ed insulari
19. Le cure di transizione: i servizi domiciliari e residenziali di cure intermedie
20. La promozione della salute e l'assistenza sanitaria, in ambito penitenziario
21. Continuità ospedale-territorio
22. Il valore della salute: bioetica e governo della sanità
23. Internazionalizzazione del sistema sanitario e sociale integrato toscano: un'Europa più vicina
24. Salute globale e cooperazione internazionale: sostenibilità e integrazione
25. Il nuovo modo di comunicare all'interno del sistema sanitario e socio-sanitario regionale
26. La formazione del personale del SSR
27. La ricerca e la sperimentazione clinica in Regione Toscana
28. Il progetto di vita: partecipazione, inclusione e servizi di prossimità
29. La persona con demenza: implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure
30. Il consolidamento della rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone anziani non autosufficienti
31. Le nuove potenzialità del terzo settore: come cambia la solidarietà organizzata in Toscana
32. Strumento di crescita civile dei cittadini e delle collettività
33. Inclusione sociale e contrasto alle nuove e vecchie povertà
34. Il sistema informativo sociale regionale e l'osservatorio sociale
35. Servizio emergenza urgenza sociale regionale
36. L'inserimento e reinserimento socio-lavorativo e i percorsi di innovazione nell'ambito del FSE
37. Accoglienza e integrazione delle persone straniere
38. Percorso nascita e genitorialità positiva, responsabile e partecipe
39. Accogliere e accompagnare bambini, adolescenti, genitori nei contesti familiari e nei servizi
40. Il lavoro di equipe e i programmi di intervento multidimensionali

Come previsto dalla D.G.R. 1547/2019 'Programmazione multilivello: strumenti di governance e nuovo ciclo di programmazione a seguito del PSSIR 2018-2020' le schede operative sono 40 e sono state approvate con la successiva D.G.R. 273/2020.

2.1.2. Linguaggio comune dei contenuti per la programmazione multilivello

Per passare dallo schema logico del PSSIR 2018-2020 all'attivazione del ciclo della programmazione multilivello è fondamentale che gli obiettivi siano chiari, sintetici e univoci nella loro interpretazione. Infatti è bene ricordare che agli obiettivi del PSSIR si conforma la programmazione di area vasta (PAV), così come la programmazione di zona (PIS e PIZ) deve assicurare elementi di coerenza, e anche la programmazione aziendale (PAL e PAO) si deve sviluppare nell'ambito delle disposizioni del PSSIR.

Per tale motivo con la D.G.R. 1547/2019 i driver, target, focus del PSSIR 2018-2020 sono stati suddivisi in linee di azione così da permettere ad ogni livello della programmazione regionale di parlare un linguaggio comune. Allo stesso tempo questo approccio consente anche di ricostruire un'analisi e una comparazione delle informazioni in grado di fornire un quadro complessivo di tutto il sistema sanitario e sociale toscano.

Prendiamo ad esempio la suddivisione in linee di azione del Driver 2 'Diseguaglianze di salute e sociali':

1. Promozione stili ed ambienti di vita sani per prevenire le diseguaglianze di salute e consumi consapevoli.
2. Azioni per il miglioramento dell'accesso ai servizi in un'ottica di equità, qualità delle cure, informazione e comunicazione.
3. Politiche per la comunità locale, salute ed economie solidali.
4. Sviluppo della co-programmazione e co-progettazione con gli enti del terzo settore.
5. Promozione di azioni rivolte alla comunità in un'ottica di welfare generativo.
6. Interventi per il collegamento tra Pronto soccorso e Pronto intervento sociale per l'utilizzo delle professionalità dello psicologo e dell'assistente sociale.
7. Azioni per rafforzare i percorsi di inclusione anche attraverso il patto per l'inclusione e la valutazione multidimensionale presente nel REI e nel Reddito di Cittadinanza.
8. Promozione del lavoro in equipe attraverso la costituzione di contesti di lavoro organizzati a carattere multidisciplinare e multiprofessionale.

Alla luce di quanto descritto gli indirizzi di programmazione regionale possono essere ricostruiti dal PSSIR 2018-2020, dalle correlate schede operative e dalle linee di azione come traduzione puntuale dei driver, target, focus del PSSIR in obiettivi specifici⁹.

⁹ Nella DGR 1547/2019 Programmazione multilivello: strumenti di governance e nuovo ciclo di programmazione a seguito del PSSIR 2018-2020, sono suddivisi in linee di azione anche il capitolo "La ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita", il capitolo "Il ruolo e l'assetto della zona distretto" e "Programmazione multilivello e strumenti di integrazione".

2.2.

I percorsi di Policy Making

Il prof. Bruno Dente (*Le decisioni di policy*, 2011) fa propria la metafora di Sun Tzu nel suo classico “l'arte della guerra”: vincere senza combattere. La interpreta come prendere attentamente in considerazione le caratteristiche dell'esercito nemico e coinvolgerlo indirettamente nella soluzione. Davanti a un problema di policy complesso, quindi, consiglia che un'analogia complessità di attori e interessi sia rispecchiata nel processo decisionale.

Lindblom (1965) aveva affermato che l'“intelligenza della democrazia”, intesa come suo funzionamento e esiti, consiste nella capacità di incorporare nelle modalità di presa delle decisioni la diversità delle preferenze espresse dai membri della società.

Quando parliamo di pianificazione strategica ci muoviamo nel campo delle politiche pubbliche, della politica in azione. Pertanto troviamo caratteristiche come: la definizione un “dover essere” elaborato tramite idee, obiettivi ed azioni; l'individuazione di problemi sociali da risolvere; una pluralità di attori e interessi da coinvolgere e bilanciare; le sedi istituzionali titolari della decisione.

Lo Statuto e le leggi regionali regolano e organizzano i processi di pianificazione strategica, quindi le modalità attraverso le quali si formano il PSSIR, il PAV, il PAL, il PAO, il PIS e il PIZ. Gli attori formalizzati in questo processo sono: il Consiglio Regionale e la Commissione competente, la Giunta Regionale, la Direzione regionale competente in materia di diritto alla salute e coesione sociale, la cittadinanza attiva e il terzo settore, le parti sociali, gli organi tecnici e le altre istituzioni a partire dai comuni.

La Giunta ha un ruolo di guida e proposta del policy making, ma sicuramente i gruppi di interesse sono importanti nel porre all'ordine del giorno il problema, nel determinare “agenda” e priorità. La “teoria pluralista” dei gruppi di interesse considera che proprio l'interazione tra individui e gruppi con le istituzioni sia un importante elemento di socializzazione, fattore di equilibrio ed esempio positivo. La decisione è il momento nel quale la pianificazione viene conferita dall'autorità pubblica e si approva nella sede istituzionale dell'aula di Consiglio, ma è il frutto di processi partecipativi e decisionali precedenti.

L'obiettivo di questo approfondimento è ricostruire le dinamiche del policy making del PSSIR 2018-2020 dopo la Proposta di deliberazione al C.R. n.22 del 21.01.2019, evidenziarne il processo di negoziazione attraverso il confronto con osservazioni ed emendamenti, per poi arrivare a una descrizione sintetica dei contenuti e della loro articolazione.

Nel maggio 2019 è stato istituito un gruppo tecnico condiviso tra Consiglio e Giunta che si è occupato di tutto il processo, portando il PSSIR in approvazione presso la terza Commissione “Sanità e politiche sociali” il 25 luglio, per poi giungere alla discussione conclusiva dell'Aula Consiliare nella seduta dell'8 e 9 ottobre. Nei paragrafi successivi sono descritte le fasi seguite dal processo di costruzione delle decisioni.

Iter PSSIR

Informativa	1.1. Fase di ascolto dei cittadini e delle associazioni	10/2017 - 11/2017
	1.2. Fase di ascolto dei professionisti	10/2017 - 11/2017
	1.3. Esame CD	14/12/2017
Proposta di Piano	1.4. Adozione GR e trasmissione in CR per indirizzi (previsto entro gennaio)	28/12/2017
	2.0. Definizione nuovo impianto PSSIR	01/07/2017
	2.1. Seconda fase di ascolto e partecipazione	07/11/2017
	2.2. Invio al NURV	11/2018
	2.3. Validazione NURV	11/2018
	2.4. Esame CD	06/12/2018
	2.5. Concertazione	14/12/2018
Testo finale	3.1. Esame Giunta Regionale	21/01/2019
	3.2. Audizioni Terza Commissione Consiliare	05/2019
	3.3. Concertazione su osservazioni	19/06/2019
	3.4. Discussione emendamenti dei consiglieri	06/2019
	3.5. Approvazione del testo in Terza Commissione Consiliare	25/07/2019
	3.6. Presa d'atto nuovo editing PSSIR in Terza Commissione Consiliare	12/09/2019
	3.7. Esame e approvazione del Consiglio Regionale	08/10/2019

2.2.1. Le richieste della Commissione Consiliare

Riscrittura e ricollocazione contenuti. La Commissione, in particolare tramite il suo Presidente, ha richiesto l'inserimento di due nuovi *driver* (obiettivi strategici), uno sulle *liste d'attesa* e l'altro sulla *prevenzione*. Inoltre è stato richiesto di ridurre il numero dei *target* (destinatari degli obiettivi) e inserire dei *focus*, come approfondimenti trasversali a più *target*. In questa logica sono diventati *focus*, il *target* sulla *disabilità* e quello sui *pazienti oncologici*. Anche sulla base di quanto emerso dal percorso partecipativo svoltosi nel maggio 2019, la Commissione ha ritenuto utile aggiungere un altro *focus* sulla *salute mentale* con nuovi contenuti. Infine è stato indicato

di togliere il *target dedicato a tutti i cittadini* in quanto considerato una contraddizione in termini, e sono stati semplificati i titoli a partire dal sommario.

Osservazioni derivanti dal percorso partecipativo. Sono state raccolte le osservazioni derivanti dalle audizioni della Terza Commissione. A seguito delle sei audizioni che si sono svolte presso la terza Commissione, sono state raccolte oltre 90 osservazioni. Ogni osservazione faceva riferimento a uno o più settori di competenza della Giunta. Ogni dirigente regionale, per quanto di propria competenza, ha espresso un giudizio di accoglimento, spesso anche con riformulazione, oppure di non accoglimento con motivazione. Alcune osservazioni erano discorsive ed è stato necessario portarle a sintesi, altre puntuali sono state inserite direttamente nel testo se ritenute accoglibili.

Adeguamento. Il testo approvato dalla Giunta a gennaio 2019 è stato adeguato alle nuove richieste e modifiche della Commissione. In particolare l'inserimento dei *nuovi driver e focus* e la revisione dei *target* ha richiesto un coordinamento del testo che ha riguardato anche la parte valutativa (coerenza esterna ed interna).

2.2.2.

La convergenza tra la proposta di Giunta e le modifiche della Commissione

La premessa al PSSIR deliberato dalla Giunta era contestualizzata al 2018, per cui è stata aggiornata inserendo un paragrafo dedicato al percorso partecipativo svolto dalla Commissione e dando menzione anche di alcune osservazioni descrittive che sono state oggetto di una proposta specifica (le osservazioni puntuali invece sono state collocate nel corpo del testo). Inoltre nella premessa sono stati inseriti gli aspetti di indirizzo politico e visione complessiva del sistema sanitario e sociale regionale dei prossimi anni, tenendo conto sia delle indicazioni della Commissione che della Giunta. La premessa è stata suddivisa in brevi paragrafi su: finalità, valori, livelli di programmazione, territorio, processi di riorganizzazione, innovazioni, partecipazione.

Il testo del PSSIR deliberato dalla Giunta è stato modificato solo in piccola parte, difatti i contenuti definiti dalla Commissione sono stati integrati e/o ricollocati all'interno degli elaborati già sviluppati. È possibile sicuramente affermare che l'articolazione e l'impianto logico del PSSIR approvato il 25 luglio in terza Commissione e in aula l'8 ottobre 2019 sono coerenti con quanto deliberato dalla Giunta; così come i contenuti oggetto di integrazione che sono stati arricchiti senza alterazioni, tranne la premessa iniziale. Le parti integrate, i due driver '*liste d'attesa e prevenzione*' e il '*focus salute mentale*', sono state elaborate dalla Giunta e fatte proprie dal gruppo tecnico così da essere inserite nel testo riformulato che è stato approvato in Commissione. Non sono quindi stati presentati come singoli emendamenti, ma come testo riformulato.

Come già accennato, nel rispetto degli impegni presi con la Terza Commissione sono state analizzate dalla Giunta le oltre 90 osservazioni emerse dalle 6 audizioni. Circa 70 osservazioni sono state considerate accoglibili o accoglibili parzialmente o con riformulazione (pari al 77%

circa). A queste vanno aggiunti gli emendamenti formulati direttamente dai componenti della Commissione Consiliare, che sono stati oltre 50. Il gruppo tecnico si è incontrato con i consiglieri regionali di maggioranza e opposizione che fanno parte della terza Commissione per esaminare gli emendamenti presentati, in modo da effettuare un'analisi preventiva e cercare di collaborare al meglio verso una convergenza laddove possibile.

Successivamente all'approvazione del PSSIR in Giunta a gennaio sono emerse integrazioni/correzioni da parte dei settori regionali di Giunta. Tali proposte di modifica/integrazione sono state fatte proprie dal gruppo tecnico e inserite nel testo riformulato presentato in terza Commissione in una logica collaborativa, così da evitare la più articolata procedura di emendamento di Giunta che ha un iter simile all'approvazione in Giunta del PSSIR.

2.2.3.

La negoziazione in una logica win/win e cronoprogramma

Il raggiungimento della convergenza ha richiesto un processo di negoziazione che si è orientato secondo i seguenti punti cardinali:

- La Commissione doveva “sentire” proprio il PSSIR apportando modifiche, ma senza stravolgere i contenuti e l'impianto del PSSIR approvato dalla Giunta.
- Quindi tali modifiche non hanno messo in discussione i contenuti del PSSIR approvato in Giunta a gennaio e la sua articolazione.
- Doveva essere dato ascolto e risposta alle tematiche emerse dal percorso partecipativo.
- I contenuti integrati sono stati elaborati dalla Giunta (*driver prevenzione, driver liste d'attesa, focus salute mentale etc.*) salvo la *premessa* che è stata riscritta dal *gruppo tecnico*.

Cronoprogramma. Nella seduta della Terza Commissione del 19 giugno il Presidente ha rimarcato la buona collaborazione con la Giunta. Relativamente alla tempistica il Presidente ha lasciato aperta la possibilità di emendamenti da parte dei consiglieri della Commissione fino al 4 luglio. Dopo di che il giorno 25 luglio sono stati discussi gli emendamenti e approvato il testo. Il testo votato in Commissione è andato in aula nella seduta dell'8 e 9 ottobre per la votazione definitiva, in tale sede sono stati discussi altri 22 emendamenti proposti dai consiglieri. Di questi 11 sono stati accolti, alcuni, anche su tematiche sensibili come ad esempio la “contenzione”, hanno visto la una ponderazione degli interessi in campo maturata attraverso incontri e discussioni nelle settimane precedenti all'aula. Il numero degli emendamenti portati all'attenzione dell'aula è stato sicuramente ridotto rispetto al passato, probabilmente questo è dovuto al fatto che il percorso partecipativo in commissione ha assorbito e prevenuto alcuni emendamenti che altrimenti sarebbero stati presentati direttamente in aula. È stato presentato da tutte le forze politiche un buon numero di ordini del giorno legati al PSSIR i quali però non ne fanno parte integrante.

2.3.

La negoziazione come fattore di crescita per i contenuti di programmazione

Inserendo due nuovi driver e il focus sulla salute mentale ci sono stati degli adeguamenti da apportare anche alla parte valutativa sulla coerenza esterna ed interna del PSSIR, sono rimasti comunque degli aggiornamenti di competenza della Commissione Consiliare che non hanno richiesto un passaggio con il NURV (nucleo unificato regionale valutazione).

Tali modifiche hanno avuto un parere favorevole da parte del Settore Assistenza Giuridica e Legislativa del Consiglio anche perché sono state considerate un coordinamento del testo, più che una modifica sostanziale della parte valutativa. I criteri utilizzati sono stati:

1. Adeguamento parte descrittiva al nuovo sommario (driver, target, focus).
2. Coerenza esterna - inserimento driver Prevenzione e driver Liste d'attesa con una proposta di correlazione (↑ ↑ o ↑ , oppure X oppure -).
3. Coerenza interna.
4. Introduzione driver Prevenzione e driver Liste d'attesa come obiettivi generali.
5. Vengono affiancati come obiettivi specifici -con il livello di coerenza "Alto"-:
 - *Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce* del driver Prevenzione (prima faceva riferimento al driver Gestire la cronicità).
 - *Lavorare in rete* del driver Liste d'attesa (prima faceva riferimento al driver Sviluppare nuovi modelli di care).
6. Gli indicatori del valore attuale/atteso relativi agli obiettivi specifici sono rimasti i medesimi.
7. Adeguamento alla normativa del Reddito di cittadinanza utilizzando nuovo indicatore "Patto di inclusione" che è un ponte -in quanto presente in entrambe tra Reddito di inclusione e Reddito di cittadinanza.
8. Dove era scritto target N dedicato a tutti i cittadini è stato inserito *trasversale a tutti i target e focus*.

Emendamenti dei consiglieri della terza commissione.

Gli emendamenti diretti dei consiglieri della commissione sono stati intorno a 50. Nel luglio 2019 il gruppo tecnico si è incontrato con i consiglieri regionali di maggioranza e opposizione che fanno parte della terza Commissione per fare un'analisi preventiva sugli emendamenti e cercare di collaborare al meglio verso una convergenza laddove possibile.

Tra quelli approvati sono significative le innovazioni relative all'utilizzo delle professionalità dello psicologo e dell'assistente sociale nel Pronto soccorso anche attraverso il collegamento con il Progetto di pronto intervento sociale (Scaramelli/Marras), e i 6 emendamenti volti a orientare il sistema sanitario e sociale verso una logica di "welfare generativo" (Sostegni/Scaramelli). Inoltre è stato inserito un paragrafo nel driver 9 "Sostenibilità" dal titolo "Sostenibilità

ambientale ed economia circolare” con riferimento a quanto previsto dalla L.R. 48/2018 “Norme in materia di economia circolare. Modifiche alla l.r. 1/2015”.

Nel *focus* sulla salute mentale, elaborato dalla Giunta sulla base degli spunti del consigliere Sarti, un emendamento ha inserito una parte che pone attenzione sui disturbi alimentari (Quartini). Nel *target* dedicato alle donne è stato aggiunto un paragrafo sulla rete consultoriale nel quale viene declinata l'importanza dei consultori con particolare riferimento alla legge 194/1978 (Spinelli, Pecori, Sarti).

Sei emendamenti si sono occupati di problematiche relative alle popolazioni residenti in aree interne, montane e insulari. È risultata centrale la questione della qualità e dell'accesso ai servizi (Giannarelli e Giovannetti/Scaramelli) e la previsione di progetti incentivanti per il personale specialistico che lavora in tali zone (Capirossi/Scaramelli).

Nel *target* dedicato ai giovani è stato aggiunto un paragrafo su “Contrasto al bullismo informatico e promozione di uso consapevole dei dispositivi digitali nelle scuole toscane” (Marcheschi).

Riepilogo e conclusioni.

Riepilogo nuova proposta PSSIR 2018-2020 a seguito del passaggio in terza Commissione.

I contenuti e l'articolazione del PSSIR sono rimasti quelli proposti dalla Giunta, ma la Commissione ha richiesto:

- a. Un nuovo *driver* sulla prevenzione.
- b. Un nuovo *driver* sulle liste d'attesa.
- c. Il *target* su pazienti oncologici e il *target* sulle persone con disabilità sono rimasti con gli stessi contenuti ma sono stati chiamati focus.
- d. È stato introdotto anche un *focus* sulla salute mentale.
- e. È stato tolto il *target* “dedicato a tutti i cittadini” e i contenuti sono stati riutilizzati in altre parti del piano, in particolare nel *driver* prevenzione, nel *driver* liste d'attesa e nel *focus* salute mentale.
- f. “La ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita” era un paragrafo del *target* N dedicato a tutti i cittadini, è stato ampliato ed è diventato un capitolo a sé stante prima de “Il ruolo della zona distretto e il suo assetto”.
- g. La *premessa* al PSSIR è stata riscritta dal gruppo tecnico per contestualizzarla sul 2019.
- h. I titoli dei *driver* sono stati rivisti e semplificati, sono stati italianizzati i termini nell'indice lasciando comunque un riferimento a Driver e Target.
- i. È stata adeguata la parte valutativa.
- j. Sono state inserite circa 100 integrazioni tra quelle derivanti dal percorso partecipativo ed emendamenti diretti dei consiglieri regionali.

Considerazioni conclusive.

A margine della ricostruzione di seguito riportata, si può affermare che il Piano sanitario e sociale integrato regionale della Toscana, come atto principe della pianificazione strategica pluriennale in materia, non ha natura top down, ma è frutto di un processo di negoziazione e riconfigurazione sulla base degli stimoli che sono arrivati dall'ambiente esterno (audizioni) e dalla dialettica istituzionale tra Giunta e Consiglio (riformulazioni tramite gruppo tecnico ed emendamenti dei consiglieri). Il risultato finale del PSSIR, l'atto deliberato, non può essere compreso se non se ne evidenziano i passaggi che ne hanno determinato l'evoluzione. Pertanto si può ragionevolmente affermare che il processo di approvazione del PSSIR sia parte integrante del risultato dello stesso, in quanto ha permesso di raggiungere quella collaborazione e condivisione necessarie per "sentire" i contenuti e quindi generare l'impegno ad applicarli.



La programmazione multilivello

3

3.1.

Livelli di programmazione e di governance istituzionale

All'interno del PSSIR 2018-2020 è presente un capitolo specifico su Programmazione multi-livello e strumenti di integrazione nel quale vengono descritti gli strumenti di programmazione pluriennale e i loro vari livelli:

- a. *Livello Regionale*: Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR).
- b. *Livello di Area Vasta / Aziendale*: Piano di Area Vasta (PAV); Piano Attuativo locale delle aziende sanitarie (PAL); Piano Attuativo Ospedaliero delle aziende ospedaliero-universitarie (PAO).
- c. *Livello Zonale*: Piano Integrato di Salute (PIS); Piano d'Inclusione zonale (PIZ).

I tre livelli si basano sulle articolazioni gestionali del sistema sanitario e sociosanitario regionale; tutta la produzione normativa regionale più recente ha cercato di dare coerenza all'intero sistema mantenendo allineati tra loro i luoghi decisionali della governance istituzionale, gli strumenti di programmazione, gli istituti di partecipazione.

Il PSSIR viene proposto dalla Giunta Regionale previo parere della Conferenza regionale dei sindaci e con il contributo del Consiglio dei cittadini; viene approvato dal Consiglio Regionale.

Il PAV viene elaborato dal Direttore regionale del diritto alla salute che si avvale di un apposito nucleo tecnico, previa intesa con la Conferenza aziendale dei sindaci e il Rettore dell'università, e con il contributo del Consiglio dei cittadini; acquisito il parere della competente Commissione consiliare, è approvato dalla Giunta regionale.

Il PAL viene elaborato dalla direzione Asl secondo gli indirizzi generali regionali espressi dalla Giunta nel quadro del PSSIR e gli indirizzi locali espressi dalla Conferenza aziendale dei sindaci, con il contributo del Comitato aziendale di partecipazione; viene approvato dalla Conferenza aziendale dei sindaci.

Il PAO viene elaborato dalla direzione AOU secondo gli indirizzi generali regionali espressi dalla Giunta nel quadro del PSSIR, con il parere del Rettore dell'università, il parere della Conferenza aziendale dei sindaci, e con il contributo del Comitato aziendale di partecipazione; viene approvato dalla Giunta regionale.

Il PIS viene elaborato dal Direttore di Zona/SdS, che si avvale dell'apposito Ufficio di piano, secondo gli indirizzi espressi dalla Conferenza integrata zonale/Assemblea SdS, nel quadro della programmazione regionale recata dal PSSIR, e con i contributi del Comitato di partecipazione e della Consulta del terzo settore; acquisito il parere dei Consigli comunali, è approvato dalla Conferenza integrata zonale/Assemblea SdS e trasmesso alla competente struttura Regionale.

Il PIZ viene elaborato dal Direttore di Zona/SdS, che si avvale dell'apposito Ufficio di piano, secondo gli indirizzi espressi dalla Conferenza zonale dei sindaci, nel quadro della programma-

zione regionale recata dal PSSIR, è approvato dalla Conferenza zonale dei sindaci e si coordina con il PIS.

Con riferimento ai rapporti fra i singoli strumenti di programmazione in ambito locale, l'unico articolo di riferimento è il n.22 della L.R. 40/2005 in cui si prevede che il PAL recepisca il PIS delle SdS/Zone afferenti al territorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale con riferimento alle attività sanitarie territoriali e socio-sanitarie.

POLICY MAKING DELLA PROGRAMMAZIONE MULTILIVELLO

Strumento	Predisporre	Supporta	
PSSIR Piano sanitario e sociale integrato regionale L.R. 40/2005	Giunta Regionale art.18 - comma 2	Direzione regionale del Diritto alla salute	
PAV Piano di area vasta L.R. 40/2005	Direttore regionale Diritto alla salute art.9 ter comma 1 e 23 bis comma 3	Nucleo tecnico Dipartimenti interaziendali art.9 ter - comma 3 art. 9 comma 3 e 9 quinquies(2)	
PAL Piano attuativo locale L.R. 40/2005	Direttore generale Asl art.36: 'adozione'	Collegio di direzione aziendale Coordinamento uffici di piano (Sanità territoriale e sociosanitario) art.40 ter art.12 - comma 7	
PAO Piano attuativo ospedaliero L.R. 40/2005	Direttore generale Azienda ospedaliera universitaria art.23 - comma 4	Collegio di direzione aziendale art.40 ter	
PIS Piano integrato di salute L.R. 40/2005	Direttore di Zona/SdS art.64.1 - comma 2, lett.d art.64.2 - comma 5 art.71 novies	Ufficio di piano art.64.2 - comma 5	
PIZ Piano d'inclusione zonale L.R. 40/2005 L.R. 41/2005 (7)	Direttore di SdS/Zona art.64.1 e art.71 novies(8)	Ufficio di piano art.64.2 - comma 5 art.29 - comma 7 e art.35 - comma 3	

Come descritto nella DGR 1547/2019 alla fine del capitolo 1) Descrizione del ciclo della programmazione multilivello: "Se interpretato nel suo effettivo sviluppo dinamico, il sistema di programmazione multilivello non è solo interessato da relazioni lineari, dall'alto verso il basso

(top-down) o dal basso verso l'alto (bottom-up), tra strumenti costruiti secondo una meccanica ideale. Piuttosto il sistema evolve attraverso uno sviluppo dinamico nel quale l'allineamento tra strumenti di programmazione è preceduto da un continuo rapporto collaborativo tra SdS/Zone e Aziende sanitarie, tra Aziende sanitarie e Regione, tra Regione e SdS/Zone. Il sistema della programmazione, dal punto di vista del suo processo, può essere rappresentato come una "circularità" attuata in particolare attraverso tre cicli che sviluppano progressivamente gli indirizzi e gli obiettivi generali, la pianificazione pluriennale e la programmazione".

Contribuisce	Esprime parere	Approva
Consiglio dei cittadini art.16 bis - comma 2, lett.a	Conferenza regionale dei sindaci Organismo di governo clinico Comitato tecnico-scientifico Osservatorio per le professioni sanitarie Quanto previsto dalle L.R. 1/2015 art.18 - comma 2 art.49 - comma 3, lett.a art.49 sexies - comma 4, lett.A	Consiglio Regionale art.10 - comma 1 e 18 comma 2
Consiglio dei cittadini art.16 bis - comma 2, lett.a	Commissione consiliare competente art.10 - comma 1 bis e art.23 - comma 4	Giunta Regionale art.10 - comma 2
Comitato aziendale di partecipazione art.16 ter - comma 2, lett.a	Conferenze zonali art.22 - comma 2(3)	Conferenza aziendale dei sindaci art.12
Comitato aziendale di partecipazione Consulta del terzo settore art.16 ter - comma 2, lett.a	Conferenza aziendale dei sindaci art.12 - comma 6, lett.h(4)	Giunta Regionale art.23 - comma 4
Comitato di partecipazione di zona distretto art.16 quater - comma 6, lett.a e b art.16 quater - comma 10(5)	Consigli comunali art.71 sexies - comma 5(6)	Conferenza zonale integrata/Assemblea dei soci SdS art.21
		Conferenza zonale dei sindaci Art.29 - comma 4

Occorre inoltre considerare che interagiscono con questo processo di pianificazione e programmazione altri attori formalizzati da leggi e norme regionali che riguardano organismi di governo clinico, di concertazione e di partecipazione. Difatti in relazione al PSSIR si esprimono

l'Organismo toscano per il governo clinico, il Comitato tecnico-scientifico, l'Osservatorio per le professioni sanitarie.

In linea generale la concertazione è prevista dalla L.R. 1/2015 “Disposizioni in materia di programmazione economica e finanziaria regionale e relative procedure contabili. Modifiche alla l.r. 20/2008”, nella quale sono definiti i principi guida di tutta l'attività della programmazione della regione Toscana e all'art. 3 per cui è prevista la concertazione con le rappresentanze istituzionali, le parti sociali e le associazioni ambientaliste. Per la normativa specifica del settore sanitario, l'art. 15 della L.R. 40/2005 fa riferimento al coinvolgimento nella programmazione regionale, aziendale e delle SdS, delle organizzazioni sindacali e alla valorizzazione del contributo degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate attraverso adeguate modalità di consultazione. Per la normativa specifica del settore sociale, l'art. 28 della L.R. 41/2005 prevede una Commissione regionale per le politiche sociali costituita presso la Giunta regionale con rappresentanti delle organizzazioni sindacali, delle categorie economiche, delle associazioni di rappresentanza e tutela degli utenti, delle organizzazioni del terzo settore, degli iscritti agli ordini e alle associazioni professionali con funzioni consultive e propositive.

Sui processi di partecipazione è intervenuta la L.R. 75/2017 “Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell'utenza nell'ambito del servizio sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005”, che ridefinisce il sistema della partecipazione in ambito sanitario strutturandolo su tre livelli interconnessi: Consiglio dei cittadini per la salute; Comitato di partecipazione aziendale; Comitato di partecipazione di zona distretto. Una delle funzioni principali del Consiglio e dei comitati è contribuire agli atti di pianificazione e programmazione.

3.2.

La programmazione di Area vasta e le Reti cliniche regionali

A seguito della Riforma del sistema sanitario regionale e in particolare di quanto previsto dalla L.R. 84/2015, si è succeduta una serie di delibere volte a declinare un modello regionale di azione sulle reti cliniche. Andando a ripercorrere queste delibere ne emerge un quadro articolato e complesso che trova il proprio snodo nel rapporto tra la programmazione di area vasta come definita nella D.G.R. 391/2016 “Linee di indirizzo per la programmazione di area vasta e costituzione dei Dipartimenti interaziendali” e gli strumenti di governance delle reti cliniche previsti dalla D.G.R. 958/2018 “Linee di indirizzo per le reti cliniche regionali”.

Per avere una rappresentazione completa del lavoro sulle reti in Toscana occorre fare riferimento anche ad altre delibere utili per comprendere il contesto.

La D.G.R. 145/2016 “Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e del D.M. n. 70 del 2 aprile 2015” si basa su quanto previ-

sto dal DM 70/2015, secondo il quale le Regioni devono ridurre i posti letto ospedalieri verso uno standard di 3,7 posti letto per 1000 abitanti. La Regione Toscana, nonostante avesse già una dotazione di posti letto pari a 3,3, posti letto per mille abitanti, ha ritenuto di procedere a una riorganizzazione della rete ospedaliera toscana volta a migliorare l'appropriatezza attraverso la realizzazione di reti cliniche integrate, la revisione dei bacini di utenza, la redistribuzione delle risorse che tenga conto di volumi ed esiti delle cure.

La D.G.R. 1260/2016 "Approvazione costituzione della Rete Regionale Codice Rosa per gli interventi a favore di persone adulte e minori vittime di violenze e/o abusi" si riferisce alla costituzione della Rete Regionale Codice Rosa per offrire alle persone vittime di violenze e abusi un aiuto pronto e tempestivo, articolato e complesso, attraverso sicure e precise sinergie tra strutture ospedaliere e servizi territoriali, assicurando fin dalla fase dell'emergenza supporto sanitario, sociale, psicologico e l'attivazione dei servizi territoriali.

La D.G.R. 1378/2016 "Reti cliniche tempo dipendenti di cui al D. M. 70/2015. Approvazione linee di indirizzo per la realizzazione delle reti regionali" muove i suoi passi dal tavolo tecnico nazionale sulla realizzazione delle reti cliniche organizzato da Agenas al quale ha partecipato la Regione Toscana. Inoltre la Toscana, con un proprio gruppo regionale, ha definito gli assetti delle reti cliniche a livello regionale e in particolare gli aspetti specifici del modello relativi alla configurazione organizzativa e al sistema di governo e di relazioni attraverso tre documenti: "Il modello organizzativo delle Reti cliniche", "Il percorso clinico assistenziale", "Fattori chiave per il funzionamento delle reti cliniche tempo dipendenti".

La D.G.R. 1380/2016 "Reti cliniche tempo-dipendenti di cui al D.M. 70/2015. Approvazione documenti di programmazione delle reti regionali" si concentra sulla programmazione delle reti per le tre patologie tempo dipendenti: rete ictus, rete emergenze cardiologiche, rete trauma maggiore.

La D.G.R. 958/2018 "Linee di indirizzo per le reti cliniche regionali" aggiorna il modello per le reti tempo dipendenti e viene definito un framework concettuale unico per tutte le reti cliniche regionali. Le finalità della delibera riguardano la definizione di responsabilità gestionali chiare e la regolamentazione di relazioni strutturate interne alle reti che superino quelle attuali informali, sviluppando all'interno del SSR una "rete di reti" che supporti la realizzazione di processi di cura integrati a livello regionale. Inoltre viene individuato il bacino regionale come ambito adeguato per la realizzazione e ottimizzazione delle reti cliniche, con alcune sotto-reti di Area Vasta.

Di particolare interesse in quest'ultima delibera il documento relativo agli "Strumenti per la governance delle reti cliniche":

- Ciclo di pianificazione strategica. Le reti cliniche contribuiscono alla pianificazione strategica regionale collaborando alla individuazione delle priorità e dei risultati attesi, assicurando che tutti i soggetti coinvolti siano allineati nelle azioni per raggiungere obiettivi comuni. Ogni rete clinica adotta un proprio ciclo di pianificazione strategica triennale, in linea con la strategia e le priorità identificate a livello regionale.

- Il piano di rete. Identifica gli obiettivi strategici per lo sviluppo e il corretto funzionamento della rete clinica, tra cui le competenze e le risorse che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi della rete. Il piano sarà soggetto di approvazione della Direzione regionale competente sentiti i Direttori generali delle aziende sanitarie e degli enti del SST.
- Piano di lavoro annuale. Traduce gli obiettivi e le priorità identificate nel piano strategico della rete clinica in azioni specifiche da realizzare nell'arco temporale di riferimento. Contiene l'elenco aggiornato dei servizi che fanno parte della rete.
- Relazione annuale. Lo scopo del rapporto annuale è di fornire ai membri della rete, alla Direzione regionale competente e alle Direzioni aziendali la rappresentazione dei dati di attività, i risultati raggiunti, le criticità rilevate e le azioni di miglioramento previste. La relazione annuale sarà disponibile sulla pagina web regionale dedicata alle reti cliniche.
- Report semestrale. Ogni rete predispone anche un report intermedio che contiene un riassunto sintetico dell'avanzamento del lavoro svolto riferito al piano di lavoro annuale in modo da potere apportare eventuali azioni correttive.

Gli obiettivi regionali relativi alle reti trovano nell'Area Vasta e nella relativa programmazione un ambito di riferimento molto importante, in particolare per definire gli obiettivi da raggiungere in termini di standard gestionali e di servizio. In tal senso è utile ricordare quanto prevede l'art. 23 bis della L.R. 40/2005 "Piani di area vasta", inserito dalla legge di riforma sanitaria 84/2015 e modificato dalla L.R. 40/2018 nella parte che supera la figura del direttore della programmazione di area vasta, verso una nuova centralità regionale attraverso il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute:

- Il piano di area vasta è lo strumento attraverso il quale si armonizzano e si integrano, su obiettivi unitari di salute ed in coerenza con la programmazione regionale, i livelli di programmazione dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera universitaria.
- Il piano di area vasta, in particolare, coordina l'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, definiti attraverso i dipartimenti interaziendali di area vasta, garantendo l'appropriatezza degli interventi, anche tenendo conto delle particolari condizioni delle zone disagiate e montane del territorio.
- Il piano di area vasta è proposto, in conformità con il piano sanitario e sociale integrato regionale, dal direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute coadiuvato dal comitato tecnico di cui all'articolo 9 ter, comma 2, previa intesa con la conferenza aziendale dei sindaci ed il rettore dell'università per quanto di competenza.
- Il piano di area vasta è approvato con deliberazione della Giunta regionale, previa acquisizione del parere della competente commissione consiliare, che si esprime entro quaranta giorni dal ricevimento.

- Il piano di area vasta ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale ed è aggiornato annualmente.

L'Area Vasta è quindi il luogo di concertazione strategica tra Azienda ospedaliero-universitaria ed Azienda sanitaria locale, seppure con missioni diverse concorrono entrambe alla costruzione dell'offerta complessiva in rapporto dialettico costante con la Regione, in particolare dopo la L.R. 40/2018 che riporta in capo all'assessorato la regia complessiva della programmazione di area vasta.

Proprio a partire da quanto prevede la normativa sulla programmazione di area, e quanto deliberato dalla giunta sulle reti cliniche e nello specifico sugli strumenti di governance previsti dalle Linee di indirizzo riportate in precedenza, si può individuare il collegamento con le modalità attuative della programmazione di area vasta previste.

Lo strumento organizzativo per il coordinamento della programmazione di area vasta è il Dipartimento interaziendale di area vasta (DIAV) che ha carattere tecnico professionale: Emergenza Urgenza e reti tempo-dipendenti; Percorso della Cronicità e della Continuità assistenziale; Percorsi assistenziali medici; Percorsi assistenziali chirurgici; Materno Infantile; Percorso della malattia oncologica; Medicina diagnostica di laboratorio; Medicina diagnostica per immagini.

I Dipartimenti Interaziendali di Area Vasta sono stati individuati sulla base del criterio del percorso assistenziale e tenuto conto delle reti cliniche già attive secondo i seguenti criteri:

- a. Il livello organizzativo professionale in cui si ricompongono i saperi, le competenze multiprofessionali e multidisciplinari per definire e riorganizzare i processi assistenziali-terapeutici-organizzativi, in termini di standardizzazione dei processi, di riduzione della variabilità, per garantire economicità del sistema ed equità di accesso.
- b. L'operatività in qualità di laboratorio complesso e dinamico, all'interno del quale si pratica un'attività di monitoraggio continuo, di manutenzione e di aggiornamento dei PDTA e delle reti cliniche implementati nel sistema assistenziale dell'Area Vasta, che vede coinvolte in maniera integrata le strutture del Servizio sanitario Regionale e le Università per conseguire risultati integrati tra didattica, formazione ed assistenza.
- c. Il luogo in cui si definiscono le forme di governo clinico nei nodi e nei punti di interfaccia che caratterizzano il percorso assistenziale nella sua interezza: ospedale - territorio – cure intermedie – domicilio; e la definizione di indicatori di misurazione dei processi implementati non solo statici e puntuali ma soprattutto dinamici.
- d. Il luogo di comunicazione e interconnessione tra l'organizzazione dipartimentale ospedaliera dell'Asl, dell'organizzazione della Zona-distretto e dei Dipartimenti assistenziali integrati delle AOU ai fini di una programmazione di area vasta a carattere socio-sanitario integrata.

3.3

I Piani integrati di salute e i Piani di inclusione zonale

Nell'aprile del 2017 la Conferenza Regionale dei sindaci ha discusso le nuove Linee di indirizzo per i Piani integrati di salute e per i Piani di inclusione zonale che successivamente sono state approvate con la D.G.R. 573/2017. Si tratta di un documento complesso e molto importante per la modalità di lavoro delle zone distretto, anche in considerazione delle maggiori potenzialità delle stesse definitivamente normativamente nella L.R. 84/2015 e nella L.R. 11/2017.

3.3.1. Finalità istituzionali

La missione della programmazione di zona è quella di confrontarsi con un quadro complesso e frammentato che deve essere ricondotto a unità attraverso la costruzione del sistema dei servizi e dei percorsi assistenziali, la definizione degli obiettivi essenziali di assistenza, la valutazione del soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere in ambito zonale. Inoltre la programmazione richiede una coerenza con il livello della gestione dell'erogazione dei servizi. I Piani integrati di salute (PIS) devono essere intesi come il luogo della ricomposizione tra le finalità degli Enti locali e Asl; le funzioni sociali, socio-sanitarie, della sanità territoriale; le risorse comunali, aziendali, di altri fondi pubblici o privati. A questo scopo la Regione sostiene i processi di programmazione tramite diverse azioni:

- Fornire un metodo di lavoro, anche tramite schede e griglie standardizzate, che renda possibile lo svolgimento del processo durante tutte le fasi;
- Elaborare i dati inseriti dai territori, consentendo di sfruttare le competenze e i sistemi informativi per definire quadri di sintesi delle informazioni raccolte;
- Restituire ai territori i risultati elaborati a livello regionale, capaci di definire una visione complessiva e nel contempo abbastanza dettagliata secondo le esigenze zonali richieste per ridefinire gli obiettivi successivi;
- Sviluppare e implementare un sistema di valutazione dei risultati ma soprattutto degli esiti.

In questo modo è possibile innestare una logica non competitiva fondata sulla comparazione, l'imitazione evolutiva e la diffusione delle best practices tra ambiti zonali.

3.3.2.

Nodi cruciali delle linee di indirizzo PIS e PIZ

Le linee di indirizzo del 2017 definiscono vari aspetti che sono necessari per una corretta programmazione da parte delle zone distretto.

Prima di tutto si chiarisce che il PIS torna a essere uno strumento di livello zonale, dopo che per un breve periodo era di livello aziendale. L'obiettivo delle linee di indirizzo è quello di rispondere a una previsione di legge che prefigura un'integrazione sempre più spinta fino a prevedere che il ciclo di programmazione del PIS possa assorbire l'elaborazione del PIZ dedicato esclusivamente alla parte sociale (ex piano di zona). Anzi nelle linee di indirizzo si precisa che l'elaborazione unica dei due piani, nella quale il PIZ è ricompreso nel PIS, è prioritaria e solo nel caso in cui non ci sia accordo nella conferenza zonale la programmazione per la salute può essere separata dalla programmazione sociale, e tuttavia anche in questo caso resta comunque la necessità di coordinare i due strumenti.

Una novità importante è stata la predisposizione di report zonali da parte di ARS, MES, Osservatorio sociale regionale e Centro di documentazione regionale per l'infanzia e l'adolescenza, così da facilitare il lavoro conoscitivo delle zone e concentrare l'impegno nella definizione degli obiettivi e della programmazione vera e propria. Inoltre, le stesse agenzie sono riuscite a focalizzare un numero di indicatori abbastanza sintetico (circa 50), che copre tutte le aree tematiche del profilo di salute (l'aspetto demografico, lo stato di salute e gli altri fattori che incidono sullo stato di salute).

Più che in passato questa parte conoscitiva, con i rispettivi dati e indicatori, trova una coerenza di linguaggio con la parte della valutazione del PIS. La valutazione ha uno scopo diverso perché riguarda il raggiungimento di obiettivi in un'ottica di miglioramento continuo, ma deve comunque retroagire sulla conoscenza del territorio perché insieme rappresentano il momento iniziale e quello di uno stesso processo. La valutazione di risultato è relativa agli obiettivi specifici della programmazione di ogni singola zona. La valutazione degli esiti riguarda l'impatto delle politiche sociosanitarie su ogni singolo ambito zonale, e richiede un'analisi di sistema complessivo e una standardizzazione che devono dialogare con la lettura del territorio emersa dal profilo di salute. Pertanto gli stessi attori che si sono occupati del profilo di salute, Regione, ARS, MES, Osservatorio sociale regionale e Centro di documentazione regionale per l'infanzia e l'adolescenza, sono impegnati a sviluppare un sistema di valutazione armonico con il profilo di salute e condiviso con gli stakeholders locali.

La parte centrale delle linee di indirizzo riguarda la vera e propria programmazione. Una volta individuato un quadro sintetico dei problemi/bisogni e delle opportunità/risorse della zona, occorre definire una gerarchia di priorità declinate in obiettivi per poi passare alla stesura dei programmi operativi e delle attività, la parte più corposa e complessa a cui è dedicata la seconda parte di questo volume. L'obiettivo fondamentale perseguito dalle linee di indirizzo è quello

di rendere comparabili tra loro gli atti di programmazione dei vari ambiti zonal. A questo scopo vengono definite:

- Le aree di programmazione interessate dal PIS: sanità territoriale/cure primarie, sociosanitario, socioassistenziale, promozione e prevenzione della salute, contrasto alla violenza di genere.
- Per ciascuna area sono definiti i rispettivi settori che ricomprendono una serie omogenea di attività (per la sanità territoriale: presidi territoriali, AFT, sanità di iniziativa etc.).
- Per ogni settore sono descritte tutte le attività possibili offrendone una definizione univoca e codificata attraverso una sorta di dizionario/nomenclatore, chiamato 'griglia propedeutica', inizialmente suddivisa in due parti una che riguarda i servizi e una che riguarda i percorsi assistenziali.

Il percorso di programmazione è suddiviso sostanzialmente in due parti: la prima individua le dimensioni e gli obiettivi strategici della programmazione zonale e ha una valenza pluriennale; la seconda definisce i programmi e le attività operative e ha una valenza annuale. La programmazione operativa annuale (POA), tra le altre cose, è condizione per l'attivazione delle risorse ricomprese nel fondo sociale regionale. La programmazione annuale descrive tutte le attività che vengono svolte. Ogni zona ha la discrezionalità di programmare le attività che ritiene più opportune, ma deve incasellarle secondo un elenco di attività specificato in allegato alle linee di indirizzo sul PIS e PIZ. Questo permette una rilevazione regionale dei dati e una comparazione tra le zone. Le fonti dell'elenco delle attività da inserire nelle griglie per la programmazione annuale sono ricavate dal nomenclatore sociale toscano e dal DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" integrate con altre fonti normative regionali specifiche per i vari settori socioassistenziali sociosanitari.

3.3.3. Riepilogo ragionato sulle linee di indirizzo PIS e PIZ

1) L'obiettivo principale delle linee PIS e PIZ è un obiettivo di processo, cioè si cerca di indicare attraverso apposite schede e griglie una modalità uniforme di programmazione. Obiettivo secondario, ma comunque importante, è quello di descrivere come è strutturata la programmazione zonale e ripercorrerne l'evoluzione normativa. L'indicazione generale è una preferenza verso l'assorbimento del Piano di Inclusione Zonale (ex piano di zona) dentro il Piano Integrato di Salute, pur non essendo obbligatorio negli ambiti zonal. che non hanno istituito la SdS.

2) Considerando che non sempre è scontato distinguere un obiettivo di processo (quindi un metodo), con un obiettivo di prodotto (in questo caso i contenuti della programmazione), è stata particolarmente utile la definizione di una delibera quadro regionale che esplicita gli obiettivi e le azioni programmate dei vari settori regionali. Un atto costruito contestualmente al PSSIR e adottato dopo la approvazione, come descritto nel capitolo precedente.

3) Le linee di indirizzo appaiono come un utile punto di partenza per innovare il metodo di lavoro attraverso schede e griglie omogenee, che potrebbero trovare un'ulteriore rimodulazione e integrazione dopo il confronto con le zone durante gli aggiornamenti annuali delle programmazioni.

4) A seguito di tutti i cambiamenti normativi che hanno trasformato gli assetti istituzionali e la relativa programmazione, si rende necessaria l'elaborazione di un pensiero in grado di concettualizzare in maniera sistemica la programmazione regionale nelle sue articolazioni e relazioni, in costante apertura rispetto all'esterno, una sorta di *governance unitaria della programmazione*.

3.3.4. Integrazione tra Nucleo tecnico e Ufficio di piano

La L.R. 40/2018 "Disposizioni in materia di procedura di nomina delle figure apicali delle aziende sanitarie, in materia di programmazione di area vasta ed in materia di organismi sanitari regionali. Modifiche alla l.r.40/2005" ha superato la figura del direttore della programmazione di area vasta. La Regione, tramite il direttore della Direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, garantisce e sovrintende all'attuazione della programmazione strategica regionale attraverso la programmazione di area vasta ed i relativi piani di area vasta. I piani di area vasta armonizzano e integrano la programmazione delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere sulla base degli obiettivi regionali.

Il nucleo tecnico supporta la programmazione regionale di area vasta, per le attività tecnico-amministrative e per quelle di verifica e monitoraggio. Svolge le funzioni in relazione al direttore regionale del Diritto alla salute, per l'attivazione dei dipartimenti interaziendali di area vasta, l'attivazione dei gruppi di lavoro dipartimentali e interdipartimentali, per le attività di monitoraggio e controllo della applicazione dei piani operativi di Area Vasta interfacciandosi con i comitati tecnici per ciascuna area vasta e con il comitato regionale.

Al fine di consolidare una rete per la programmazione di area vasta, la DGR 1547/2019 stabilisce che per ciascuna area vasta le singole aziende ed i diversi attori del SSR individuino un referente clinico e uno organizzativo, in modo da poter attivare gli strumenti utili ad acquisire le informazioni necessarie a supporto dei processi decisionali. Per quanto riguarda le Asl tali professionalità possono essere individuate anche tra i direttori di SdS/Zona o all'interno dei loro uffici di piano zonali.

È auspicabile un collegamento tra gli uffici che da un punto di vista tecnico elaborano le programmazioni nei vari livelli. Sembra essere particolarmente importante il collegamento tra il nucleo tecnico che si occupa dell'area vasta e gli uffici di piano che si occupano a vario livello di programmazione territoriale¹⁰. Un collegamento sistematico che può migliorare la reciproca integrazione e fornire importanti contenuti per le programmazioni aziendali.

¹⁰ A tal riguardo si rimanda a quanto disposto dalla DGR n.269/2019 e descritto nella prima parte al paragrafo 1.3.2.

PARTE SECONDA

I metodi e gli strumenti della programmazione integrata zonale



La struttura dei Piani Integrati di Salute

4

Il Piano Integrato di Salute (PIS) è lo strumento principale della programmazione territoriale toscana, una scelta che risale alla prima metà degli anni 2000 e può essere riferita alle elaborazioni tecniche, professionali e culturali, scaturite intorno al Piano Sanitario Regionale del 2002-2004. *'Il PSR propone un modello di salute basato sulla responsabilizzazione dell'intera comunità, sulla partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati, sul coinvolgimento dei cittadini/e e delle istituzioni nelle decisioni.'* *'In questo ambito assume rilievo il Piano integrato sociale regionale, date le strette connessioni e reciproche dipendenze tra servizi sanitari e i servizi sociali e socio-assistenziali.'*

Il PSR 2002-2004 definiva la zona-distretto come *'la struttura di base del sistema sanitario regionale e dell'organizzazione aziendale. In essa deve ritrovarsi l'unità e la globalità delle prestazioni, è in essa che si può realizzare la protezione efficace della salute a misura d'uomo, attraverso un'adeguata azione preventiva, che valorizzi il ruolo del medico di famiglia, le attività consultoriali, quelle sociali e domiciliari. È soprattutto in tale ambito che va realizzata la partecipazione e la responsabilizzazione della comunità alla protezione della salute.'*

Nell'ambito di questa impostazione generale del piano regionale, il Punto 3.1.2. introduce per la prima volta i Piani integrati di salute nell'ordinamento regionale definendoli come *'la modalità di operare delle zone-distretto e, ove costituite, delle società della salute'*.

Nel giro di tre anni sarebbe stata varata la normativa regionale di base, la L.R. 40/2005 che ha sorretto l'intero Servizio Sanitario Regionale fino ai nostri giorni. Nella stessa seduta consiliare fu approvata l'analoga normativa in campo sociale, la L.R. 41/2005, nata dalla medesima impostazione sistemica e avanzata.

Nei successivi dieci anni innumerevoli sono stati gli aggiornamenti e le modifiche apportate alle due leggi regionali principali, interventi che hanno modificato assetti, introdotto nuovi strumenti, agito in profondità nell'organizzazione. Prima nel 2014 in parte, e poi dal 2015 al 2017 è stato di fatto riordinato l'intero sistema sanitario regionale con profondi effetti anche verso il sistema sociosanitario e sociale. Evidentemente anche lo strumento del Piano Integrato di Salute ha seguito gli andamenti e le trasformazioni a cui sono stati sottoposti gli assetti complessivi del sanitario e del sociale, ricercando comunque una sua conformazione stabile e una continuità. Nella prima parte del volume sono stati esposti e analizzati i cardini del nuovo assetto toscano e degli strumenti di programmazione multilivello, riferimenti fondamentali per i Piani Integrati di Salute che a questo punto hanno potuto sviluppare pienamente un impianto tecnico compiuto, con processi di lavoro e dispositivi tecnici dedicati.

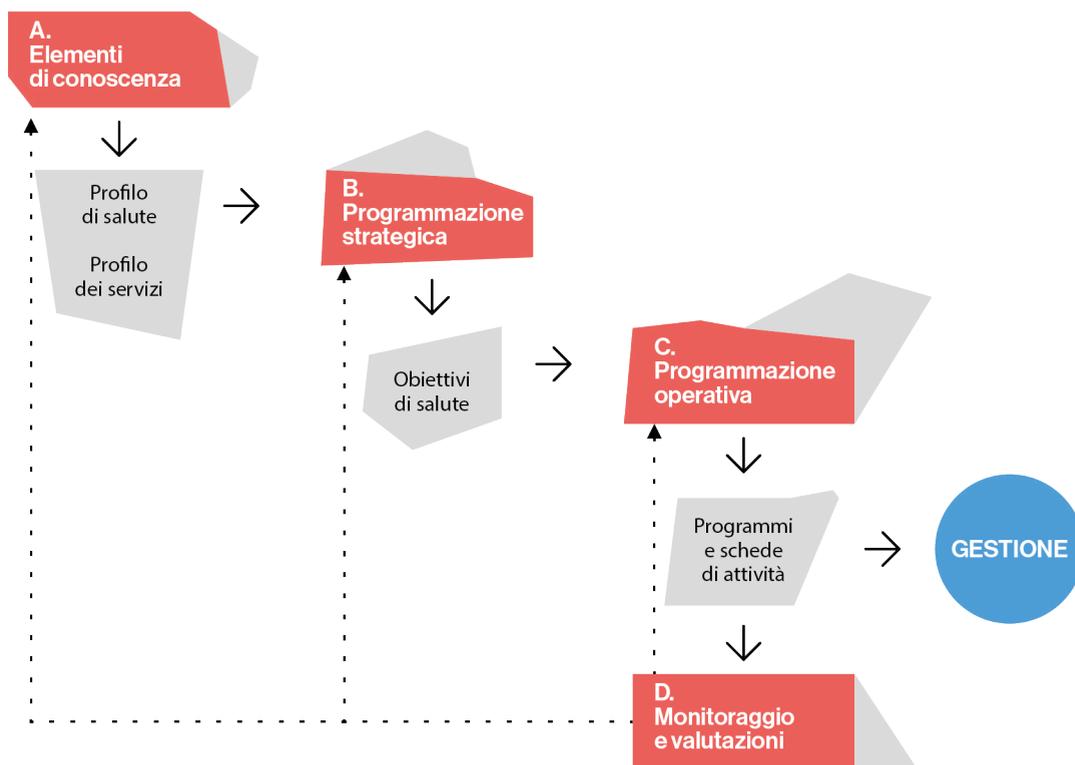
Per ciascuno dei 26 ambiti zionali toscani il PIS è lo strumento unitario di programmazione dei servizi territoriali sanitari e sociali. Il suo campo di applicazione comprende le materie della sanità territoriale, del sociosanitario, del socioassistenziale, raccoglie le attività di contrasto alla violenza di genere, e incrocia le principali attività di promozione o di educazione della salute. Si tratta di un dispositivo amministrativo complesso che svolge diverse funzioni contemporaneamente perché definisce la programmazione operativa del sistema dei servizi integrato a livello zonale, ma allo stesso tempo cerca anche di sviluppare una programmazione strategica pluriennale orientata verso i determinanti di salute.

Il PIS viene elaborato dal Direttore della zona-distretto secondo gli indirizzi della Conferenza zonale integrata e nel quadro della programmazione regionale. Per queste attività il Direttore viene coadiuvato da un Ufficio di Piano composto da professionalità provenienti dai comuni della zona e dalla azienda sanitaria. Il PIS viene approvato dalla stessa Conferenza zonale integrata che è composta dai sindaci dei comuni della zona, o dai presidenti delle unioni comunali, insieme al direttore della azienda sanitaria territoriale. Nel caso in cui l'ambito zonale abbia istituito la Società della Salute, il Direttore della Zona e quello della SdS coincidono per legge e l'organo della governance istituzionale diventa l'Assemblea della Società della Salute.

4.1. L'indice dei Piani integrati di salute

La struttura logica del processo di programmazione integrata si basa su fasi distinte ma concatenate tra loro, ciascuna delle quali costituisce un modulo logico ben determinato con un contenuto, degli strumenti specifici e un oggetto da costruire e rilasciare per passare alla fase successiva.

La *prima fase logica* è quella in cui si organizzano e si rendono fruibili gli elementi conoscitivi che riguardano sia il profilo di salute evidenziato dall'ambito zonale rispetto ai determinanti di



salute, che il profilo del sistema dei servizi organizzati dalle amministrazioni locali e dalla zona-distretto sanitaria.

La *seconda fase logica* riguarda la definizione della visione e degli obiettivi generali di sviluppo per il triennio di programmazione. L'insieme delle informazioni sulla salute e sui servizi viene utilizzato dai decisori istituzionali per determinare le scelte strategiche e tradurle in obiettivi di salute.

La *terza fase logica* è quella in cui viene elaborata la programmazione operativa integrata finalizzata al raggiungimento degli obiettivi di salute. I programmi operativi legano aspetti professionali, tecnici e amministrativi appartenenti a settori assistenziali diversi ma che trovano i loro fattori di integrazione rispetto agli obiettivi strategici generali. Ciascun programma operativo è composto da schede di attività che individuano le azioni da realizzare nell'annualità successiva con riferimenti puntuali a tempi, risorse e responsabilità.

La *quarta fase logica* riguarda le azioni di monitoraggio dell'andamento del PIS e della sua attuazione, attività indispensabile per poi articolare possibili attività di valutazione dei risultati raggiunti.

La struttura logica della programmazione è indipendente dagli assetti che la gestione dei servizi assume nei diversi ambiti zonal. Esistono ambiti con un solo gestore per tutti i servizi socioassistenziali e sociosanitari, molto coordinati con l'azienda sanitaria che a sua volta ha fortemente delegato la zona-distretto. In altri ambiti sono presenti uno o più nuclei di attività associate comunali e un nucleo di deleghe sanitarie zonal, insieme ad altri servizi esercitati in forma singola dai comuni e servizi sanitari territoriali organizzati direttamente dal livello centrale dell'Asl. Per un ulteriore gruppo di ambiti, inoltre, prevale largamente l'esercizio delle materie sociali in forma singola, la propensione all'organizzazione zonale dei servizi sociosanitari è bassa, la zona-distretto ha poche deleghe sanitarie. Rispetto a questi diversi assetti zonal la programmazione territoriale è comunque unitaria e viene elaborata nell'ambito del Piano Integrato di Salute, i vari assetti gestionali provvedono ad attuare i programmi e le attività previste secondo le diverse titolarità più o meno associate e integrate.

L'indice dei Piani Integrati di Salute è stato definito rispetto alla struttura logica del processo di programmazione e ne segue scansione: la sezione A è dedicata all'organizzazione degli elementi di conoscenza; la sezione B è dedicata alla definizione della programmazione strategica pluriennale; la sezione C è dedicata alla definizione della programmazione operativa annuale; la sezione D è dedicata alle azioni di monitoraggio e valutazione.

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

A. Sezione Conoscitiva

La Sezione conoscitiva è composta da due grandi elementi che devono essere redatti come parte integrante del Piano Integrato di Salute da parte di ogni singolo ambito zonale.

Il Profilo di Salute rappresenta la base conoscitiva dei bisogni e dei processi di salute che investono l'ambito territoriale zonale, e viene adottato dalla Conferenza dei sindaci integrata ovvero dall'Assemblea della SdS. La Regione Toscana mette a disposizione dei profili di salute di base per ogni singolo ambito zonale, in questi dispositivi è esposta in modo sintetico la rassegna degli indicatori più rilevanti in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale. Le Zone/SdS possono attingere a questi lavori sviluppati dalla cooperazione tra ARS, OSR, MES e Centro regionale per l'infanzia-adolescenza, sviluppando tutti gli approfondimenti o le estensioni ritenute opportune. Allo stesso modo è auspicata la costruzione di un rapporto stabile con l'azienda sanitaria di riferimento, anche per identificare le dimensioni del Profilo di salute che possono presentare aspetti comuni con altri ambiti zonal.

Il Profilo dei Servizi espone la rete dei servizi e degli interventi attivati dall'ambito territoriale con indicazione della loro capacità in termini prestazioni e attività erogate (Ambulatoriale/Assistenziale; Intermedio; Domiciliare; Semiresidenziale e Residenziale) e ne evidenzia i relativi fabbisogni. Viene adottato dalla Conferenza dei sindaci integrata ovvero dall'Assemblea della SdS e rappresenta la base conoscitiva del sistema di offerta attivo nell'ambito zonale.

In fase di prima applicazione il Profilo dei Servizi può limitarsi a rappresentare la macro-organizzazione dell'ambito territoriale e le tipologie dei servizi offerti indicando i principali dati di attività.

B. Dispositivo di Piano

Il Dispositivo di Piano costituisce la sezione in cui vengono esposti in modo sistematico gli elementi della programmazione strategica del PIS, è composto da cinque parti specifiche: Linee strategiche pluriennali; Obiettivi di salute; Budget integrato di programmazione; Ufficio di Piano; Processo partecipativo.

Le Linee strategiche pluriennali esplicitano gli indirizzi generali di politica sanitaria territoriale, sociosanitaria e socioassistenziale definiti dalla Conferenza dei sindaci integrata o dall'Assemblea della Società della Salute. Il documento costituisce anche l'atto di avvio del processo di elaborazione del PIS. Al fine di rendere comparabili le varie elaborazioni zonali, potrebbe risultare utile articolare il testo di sintesi secondo tre argomenti generali: la visione dell'ambito zonale e le sue prospettive di salute; le scelte e le priorità di indirizzo; le operatività da sviluppare nel PIS.

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 le modalità tecniche 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 zonali indipendentemente dalle forme di gestione attive nell'ambito zonale, per queste ragioni gli Obiettivi di Salute sono espressi in numero contenuto e ciascuno di loro agisce su un campo tematico molto vasto. Ciascun Obiettivo di Salute è qualificato mediante: una denominazione sintetica; le specifiche evidenze ricavabili dal profilo di salute e dal profilo dei servizi; una breve tematizzazione del problema seguita dall'approccio o dalla metodologia scelta per intervenire sul problema; i risultati generali da perseguire. È possibile legare gli Obiettivi di Salute alla programmazione recata dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale mediante il riferimento facoltativo ai Driver, Target, Focus.

Il Budget integrato di programmazione riporta tutte le risorse di parte sanitaria, di parte sociale, di altra provenienza e le compartecipazioni, a disposizione della programmazione integrata zonale. I moduli di riferimento sono organizzati sulla base del triennio di validità del PIS 2020-2022 e saranno aggiornati a scorrimento secondo le successive programmazioni operative annuali 2021 e 2022.

L'Ufficio di Piano è l'organismo tecnico preposto all'elaborazione delle programmazioni territoriali, è costituito dal Direttore di Zona/SdS e da personale messo a disposizione dalle amministrazioni locali e dall'azienda sanitaria. Ciascun ambito zonale fornisce evidenza dell'avvenuta costituzione dell'Ufficio di Piano, della sua composizione e delle modalità di funzionamento, sia in riferimento all'elaborazione degli atti di programmazione che per le altre attività da esplicare durante l'intero ciclo annuale e pluriennale.

Il Processo Partecipativo raccoglie le azioni svolte nel corso della elaborazione del PIS al fine di attivare il dialogo strutturato con le organizzazioni della cittadinanza attiva e del terzo settore o, più in generale, con la popolazione dell'ambito territoriale. In questa parte trovano eviden-

za le attività che riguardano il ruolo e le prerogative degli istituti di partecipazione previsti dalla normativa regionale: Comitati di partecipazione delle Zone/SdS; Consulte del Terzo Settore delle SdS; Incontri pubblici annuali con la popolazione.

C. Programmazione Operativa Annuale

I Programmi operativi individuano dei gruppi coerenti di azioni operative che vengono attuate secondo la finalizzazione definita nella descrizione del programma. Il Programma operativo può essere trasversale alle aree o ai settori di programmazione, per questa sua caratteristica rappresenta il maggiore veicolo di integrazione operativa dei sistemi zonali. Ogni programma operativo riporta anche l'estensione temporale che assume rispetto alle diverse annualità di vigenza del PIS.



Le Schede di attività sono annuali e definiscono le azioni attuative che realizzano concretamente i programmi operativi. Si riferiscono ad un singolo settore di programmazione e correlano le azioni attuative programmate con i tempi, le risorse e le responsabilità individuate per la loro realizzazione.

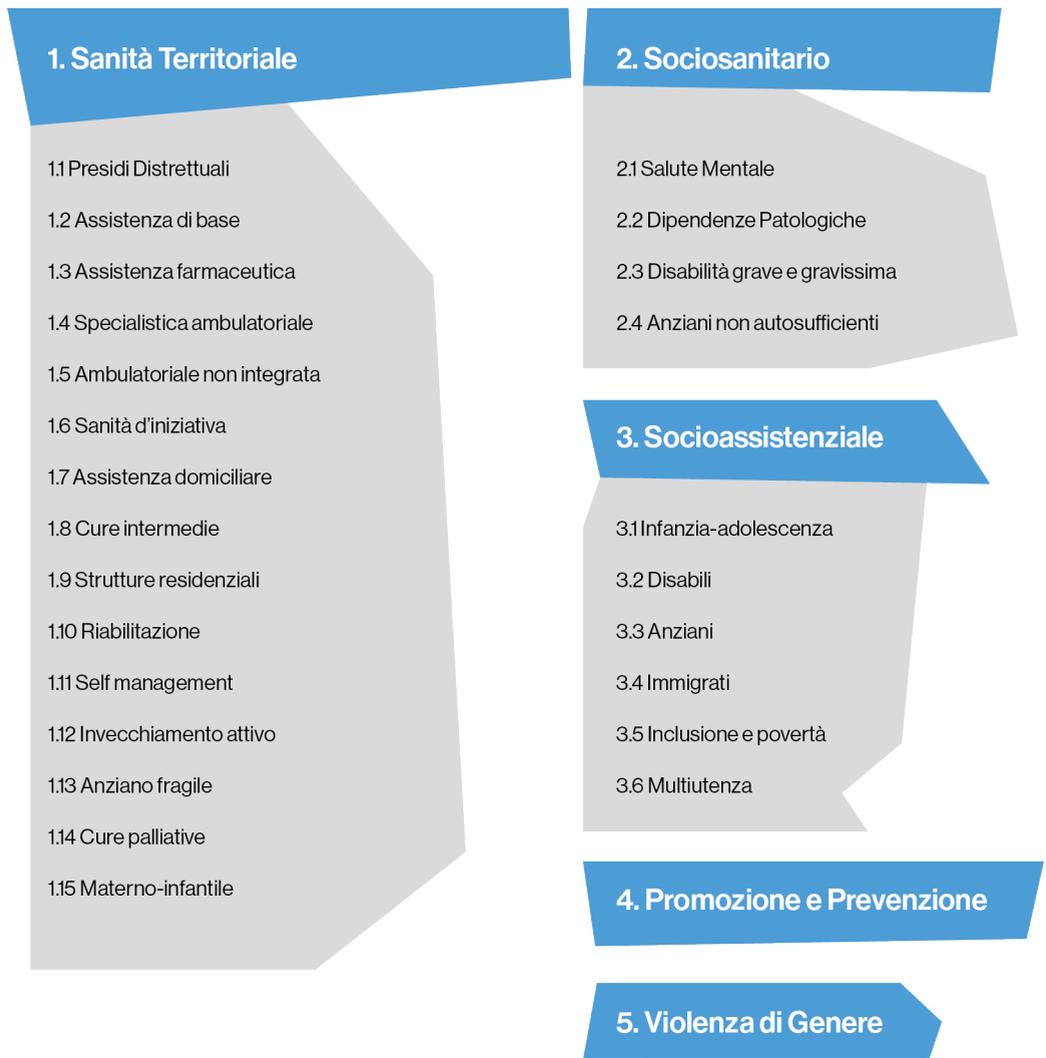
D. Monitoraggio e Valutazione

La parte dedicata al Monitoraggio riguarda lo stato di attuazione delle Schede di attività relative all'annualità precedente. Per ogni attività inserita nella programmazione precedente occorre: indicare la situazione attuale dell'attività secondo alcuni status precodificati; inserire un breve testo descrittivo delle attività realizzate e dei risultati raggiunti (facoltativo); indicare se si intende riproporre l'attività anche nella programmazione operativa dell'anno successivo.

La parte dedicata alla valutazione è ancora da impostare in modo strutturato, malgrado ricomprenda gli strumenti decisivi per chiudere i cicli annuali e pluriennali e rendere ricorsivo il processo di programmazione. Lo sviluppo degli strumenti di valutazione rappresenta uno dei campi di maggiore investimento per la crescita e il consolidamento dei PIS da promuovere nel prossimo triennio. Attualmente le traiettorie di lavoro sono tre: la composizione di strumenti dedicati alla mappatura organizzativa; la composizione di strumenti dedicati alla autovalutazione della programmazione attraverso percorsi di ricerca-azione pensati per incentivare processi di riflessione, autodiagnosi e miglioramento; l'evoluzione del set di indicatori a supporto dei Profili di salute zonali.

4.2. L'Albero della programmazione

Il meccanismo tecnico del processo di programmazione si basa su alcuni elementi ben determinati e sviluppati gradualmente nell'arco di tre anni, in modo da porre progressivamente le basi per l'elaborazione completa dei Piani integrati di salute: la definizione dei settori assistenziali oggetto della programmazione; la definizione di un primo dizionario di riferimento per le attività; la costruzione di una struttura ad albero in grado di condurre sistematicamente dalla programmazione strategica a quella attuativa.



Il campo di applicazione dei PIS è stato articolato in 5 aree di programmazione, 3 aree sono a loro volta articolate in un totale di 22 settori di programmazione. Il settore Salute Mentale ri-

porta una ulteriore distinzione in Salute mentale Adulti e Salute mentale infanzia adolescenza; il settore Dipendenze patologiche in Dipendenze da sostanze e Dipendenze senza sostanze.

Rispetto a queste aree e settori di programmazione è stato sviluppato una sorta di dizionario in cui sono raccolte le definizioni di tutte le attività potenzialmente oggetto della programmazione operativa. Si tratta di un primissimo lavoro condiviso con le strutture regionali competenti che ha utilizzato tutte le fonti normative regionali disponibili nelle materie di competenza dei PIS, in particolare modo quelle relative all'accreditamento dei servizi e alla definizione di percorsi assistenziali, montate sopra una base generalista ricavata dal DPCM 12 gennaio 2017 'Nuovi LEA'. I dizionari sono articolati per aree e settori e raggruppano le attività secondo cin-

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

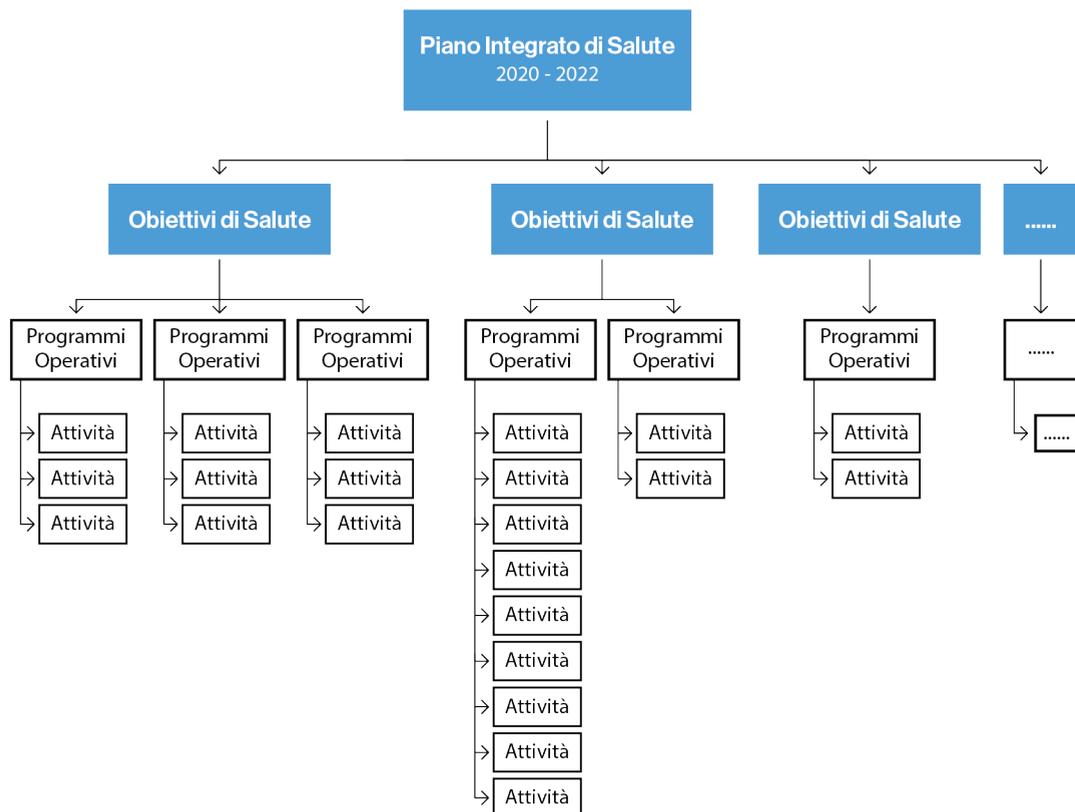
Setting	Codice	Denominazione	Descrizione
E. Residenziale	NAR3.1	Residenza Sanitaria Assistenziale RSA Modulo Base	Struttura residenziale che eroga prestazioni socio-assistenziali e a integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria Assistenziale) Modulo Base

que setting assistenziali: ambulatoriale/assistenziale; domiciliare; intermedio; semiresidenziale; residenziale.

Nell'ambito dello sviluppo strategico del PIS guidato dagli obiettivi di salute pluriennali, la programmazione operativa annuale dei singoli ambiti zionali individua le attività che saranno svolte nell'anno successivo e le declina per mezzo di apposite schede che definiscono le azioni attuative, le risorse, i tempi e le responsabilità.

La programmazione dei Piani integrati di salute si sviluppa attraverso una struttura ad albero che connette in modo sistematico gli obiettivi di salute, i programmi operativi e le schede di attività. Le associazioni tra queste tre classi di strumenti sono del tutto libere, quindi ogni ambito zonale può conformare le connessioni che più rispondono alla propria visione, agli indirizzi espressi, alle caratteristiche del sistema locale dei servizi e al rapporto tra bisogni di salute e risorse del territorio e della comunità. La forma originale che l'albero della programmazione assume in ogni ambito zonale può essere intesa come l'esatta rappresentazione figurativa delle scelte locali e delle azioni operative che ne derivano, estese in ogni ambito dei servizi territoriali e dotate di legami con gli altri determinanti di salute.

La parte alta dell'albero esprime la programmazione strategica pluriennale elaborata nella seconda sezione del PIS, quella dedicata al dispositivo di piano. Si tratta dei documenti che espongono le grandi scelte strategiche individuate dai decisori locali e che non muta per tutta la vigenza dello strumento di pianificazione. In questa sezione sono espresse le linee e gli obiettivi da perseguire nel medio-lungo periodo per consolidare, sviluppare, innovare il siste-



ma locale dei servizi integrati in rapporto ai bisogni di salute più rilevanti per la comunità e il territorio.

La parte bassa dell'albero esprime la programmazione operativa annuale elaborata nella terza sezione del PIS, quella dedicata ai programmi e alle schede di attività. Si tratta degli strumenti con cui sono elaborate le attività che concretizzano materialmente gli indirizzi e gli obiettivi strategici dell'ambito zonale. Questi strumenti vengono aggiornati ogni anno a novembre e recano la programmazione operativa che la zona metterà in atto l'anno successivo. Per ciascuna attività scelta dal dizionario comune a tutta la regione, le schede esplicitano le azioni attuative e le mettono in relazione con le risorse, i tempi e le responsabilità. I programmi operativi riuniscono tra loro le singole schede che fanno parte di uno stesso filone progettuale o tematico. Più programmi operativi possono afferire a un unico obiettivo di salute pluriennale che indica la grande finalità strategica che ogni singolo programma contribuisce a perseguire nel medio-lungo periodo.

L'adozione di queste tre soluzioni tecniche, il campo di applicazione del PIS articolato in aree e settori, un solo dizionario regionale di riferimento in cui sono codificate le attività oggetto di programmazione attuativa, un solo apparato di schede e strumenti connessi tra loro, ha permesso nel corso di tre annualità di sviluppare impianti programmatori zionali confrontabili e comparabili tra loro.

Giungere ad un impianto codificato ed uniforme per tutti i 26 ambiti zionali regionali ha comportato lunghi sforzi tecnici, tuttavia i fattori decisivi sono stati la contemporanea presenza di una grande disponibilità delle strutture zionali e di una linea direzionale regionale che è rimasta stabile per tutto il tempo necessario, crescendo insieme alla maturazione complessiva del sistema.

4.3. Le strutture della governance istituzionale e gli uffici di piano

Come descritto in modo approfondito nella prima parte del volume, il processo di programmazione integrata si basa su due strutture di governance, una istituzionale e l'altra tecnico-professionale, istituite in tutti gli ambiti zionali della regione: le Conferenze zionali integrate e gli Uffici di piano.

La Conferenza zonale integrata è composta dai sindaci dei comuni della zona, o dai presidenti delle unioni comunali, insieme al direttore della azienda sanitaria territoriale. Si tratta del principale strumento di governance territoriale perché unisce le competenze degli enti locali sul sistema socioassistenziale con le competenze delle aziende sanitarie sul sistema della sanità territoriale, e insieme possono realisticamente affrontare la costruzione di un vero sistema sociosanitario integrato. Le normative toscane da sempre hanno fatto coincidere l'ambito territoriale sociale con quello sanitario, e sono state sempre ispirate da una visione generale che guarda verso l'orizzonte di un solo sistema integrato per ogni ambito zonale. Per questo la stessa Conferenza integrata zonale è sostanzialmente anche l'organo di governo del consorzio Società della Salute e della Convenzione Sociosanitaria, i due strumenti di gestione integrata istituiti dalla normativa regionale per promuovere la costruzione di un solo gestore associato zonale. In questo quadro il Piano integrato zonale è lo strumento unico di programmazione ed è indipendente dai diversi assetti organizzativi presenti nei 26 ambiti zionali. La Conferenza zonale integrata (ovvero l'assemblea delle società della salute quando costituite) è l'organismo che avvia il processo di programmazione del PIS, emana gli indirizzi e definisce gli obiettivi di salute, segue il processo di elaborazione tecnica e approva definitivamente il PIS.

L'Ufficio di piano è costituito dal direttore della zona distretto (ovvero della Società della salute ove costituita) e da personale messo a disposizione dalle amministrazioni locali e dall'azienda sanitaria, rappresenta l'organismo per la governance tecnica e professionale dell'ambito zonale. Il direttore della zona-distretto sanitaria (o della società della salute) è nominato d'intesa con le amministrazioni comunali, e l'ufficio di piano supporta il direttore nella elaborazione tecnica del PIS e nella tenuta del complessivo processo di programmazione. Si tratta di una struttura operativa tipicamente presente negli ordinamenti regionali e quasi sempre in relazione al piano di zona sociale, nell'ordinamento toscano invece l'Ufficio di piano è messo in relazione con un quadro programmatico e gestionale molto più vasto. Difatti il PIS è contemporaneamente sia il 'piano di zona' che il 'piano del distretto', approccio rafforzato dalle forme associate della società della salute e della convenzione sociosanitaria che conducono verso assetti gestionali sociosanitari organizzati su base zonale.

Questi due organismi di governance istituzionale e tecnica costituiscono anche i cardini che consentono agli ambiti zionali di riarticolare i contenuti e i processi della cosiddetta 'governance multilivello', trattata nella prima sezione del volume. Sia gli strumenti strategici degli obiettivi di salute che gli strumenti operativi dei programmi e delle schede di attività, sono correlabili con gli obiettivi e le azioni programmate di livello regionale espressi nel Piano sanitario e sociale integrato regionale e nei successivi atti regionali. Gli stessi meccanismi di riferimento reciproco potranno in futuro legare i contenuti dei PIS a quelli dei Piani attuativi locali delle aziende sanitarie di riferimento. Grazie a questa rete multilivello di correlazioni sistematiche, è possibile seguire la reale concatenazione delle azioni programmate dal livello regionale a quello aziendale a quello zonale e viceversa, in modo da fornire alle Conferenze dei sindaci di livello aziendale e regionale un importante terreno di conoscenza e di valutazione su cui fondare le proprie attività decisionali.

Seguendo queste linee ideali, tecniche e tecnologiche di sviluppo del sistema di programmazione integrata zonale, emerge ancora una volta con estrema chiarezza l'importanza della visione assunta dalla Toscana ormai venti anni fa con il PSR 2002-2004: il legame indissolubile del concetto ampio di salute, non legato quindi solo ad un approccio riparativo nel sociale oppure alla sola azione specializzata in fase acuta sanitaria, con i caratteri e i bisogni delle comunità locali e con le dinamiche e le risorse dei territori. Un vero circuito di partecipazione strutturata e ricorsiva alla costruzione e all'attuazione dei PIS, rappresenta difatti una delle migliori risposte possibili alla domanda di evoluzione che questo concetto ampio di salute richiede incessantemente da anni.



L'approccio e le metodologie della programmazione integrata zonale

5

La programmazione integrata zonale¹¹ si manifesta come un processo complesso che lavora contemporaneamente su materie e dimensioni differenti. È uno strumento pratico e operativo, perché deve recare la progettazione esecutiva delle attività che annualmente vengono programmate e realizzate nelle materie della sanità territoriale, sociosanitarie e sociali. È uno strumento strategico perché deve avere la capacità di proiettare i progetti attuativi verso orizzonti più ampi e sistematici di medio-lungo periodo, una prospettiva indispensabile per dare direzione ad un processo che altrimenti risulterebbe troppo limitato. Nel suo insieme la programmazione integrata è un percorso che deve aprire una visione verso i determinanti di salute, per non limitare le azioni al solo approccio riparativo nel sociale o alla sola azione mono-specialistica nella sanità. Da questo punto di vista la programmazione integrata di salute ha bisogno di essere relazionata con la più ampia dimensione dello sviluppo locale per legare saldamente tra loro salute, territorio e comunità.

Il processo di programmazione integrata zonale è anche l'ambiente in cui viene agita la partecipazione interna degli addetti ai lavori. Si tratta di un passaggio molto delicato perché riguarda l'esigenza di costruire in modo graduale, ma sistematico, un impianto di governance tecnico-professionale a dimensione zonale. Un impianto stabile, riconosciuto ed efficace, che pone in interazione reciproca professionalità cliniche, assistenziali, amministrative e tecniche provenienti da organizzazioni pubbliche diverse. Ovviamente il processo di programmazione è anche il classico ambiente in cui viene promossa la partecipazione esterna da parte delle organizzazioni della cittadinanza attiva e della comunità locale nel suo complesso. Da un lato questa è una dimensione ormai consolidata che vede nelle pianificazioni locali di vario genere i luoghi tipici delle azioni partecipative, mentre dall'altro lato rappresenta purtroppo un obiettivo ancora tutto da sviluppare veramente e da consolidare. Eppure la partecipazione interna e quella esterna sono due condizioni da cui non è possibile prescindere se si vuole generare una vera programmazione di salute, anche se la partecipazione è una vicenda molto più facile da evocare (e da mimare) che da realizzare effettivamente.

Infine la programmazione integrata va iscritta entro due tensori che rappresentano le condizioni sistemiche della sua potenziale efficacia: gli elementi di orizzontalità che la legano alle caratteristiche del proprio ambito locale; gli elementi di verticalità che la legano al sistema di

¹¹ I riferimenti metodologici esposti in questo capitolo sono legati a lavori sviluppati nel tempo da moltissime persone e organizzazioni che si sono occupate di pianificazioni legate ai determinanti di salute e allo sviluppo umano, insieme ad altri lavori che si sono occupati di programmazione sia negli enti locali che in ambito sanitario.

Per comprendere gli sviluppi pluriennali di queste tematiche risultano particolarmente importanti le raccolte divulgative e gli approfondimenti presenti in molti siti istituzionali, tra gli altri: WHO, UNDP, Senato della Repubblica, Camera dei Deputati, Ministeri dello Stato, Ragioneria dello Stato, Banca d'Italia.

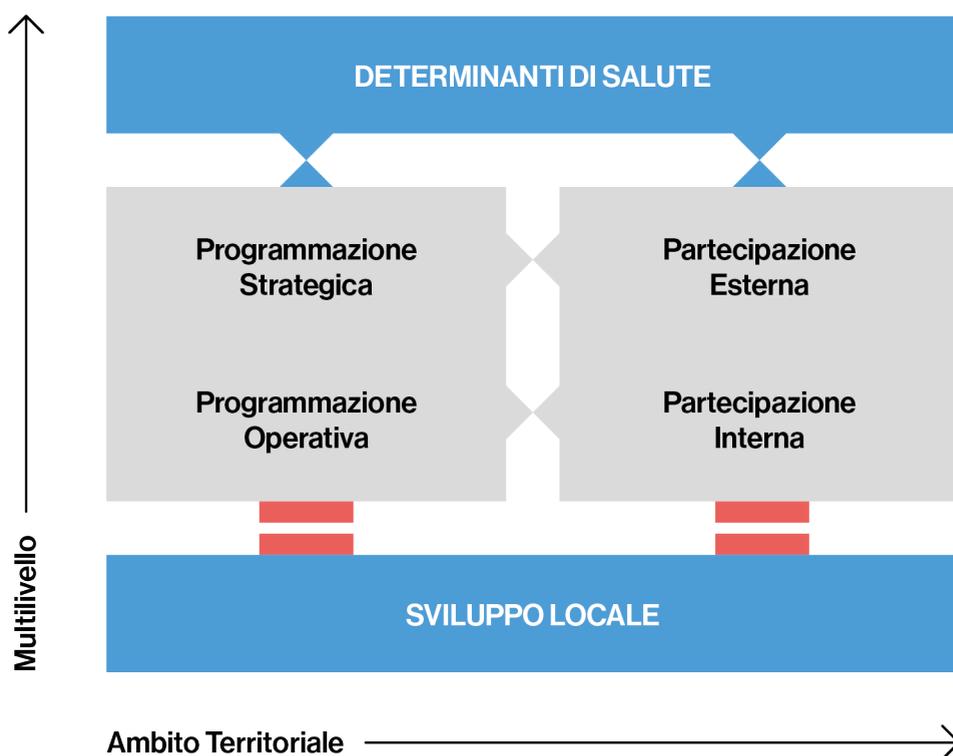
Sinceramente può assumere un ruolo di riferimento iniziale anche il sito di Wikipedia, che incontra da sempre anche molte critiche soprattutto ambito accademico. Invece l'accesso alla costruzione larga e condivisa del sapere resta un fattore fondamentale sia per l'evoluzione del pensiero, sia per i tentativi di alimentare processi di trasparenza e di costruzione democratica delle comunità.

Nel merito, la scrittura del paragrafo 5.1. di questo capitolo deve vari riferimenti puntuali a lavori di: Riccardo Mussari, Giuseppe Varriale, Luciano Carrino, Alessandro Rinaldi, Gavino Maciocco, Maurizio Marceca, Giorgio Merlo.

Più in generale le conoscenze tecniche di questi temi, insieme agli altri evocati alla fine del sesto capitolo, sono il frutto della decennale interlocuzione diretta e indiretta con la Fondazione Zancan di Padova e l'Istituto per la Ricerca Sociale di Milano.

Tuttavia la vera e originale ispirazione che ha alimentato questo lavoro è dovuta al pensiero, alle opere, alle dimensioni civiche e umane di Piero Floriani, Paolo Carrozza, Carlo Macaluso, Vinicio Biagi, Carlo Paolini, Albino Caporale.

governance multilivello. Oltre alle caratteristiche della comunità locale, del territorio e del profilo di salute, il processo di programmazione va articolato e personalizzato anche secondo gli assetti organizzativi e gestionali del singolo ambito territoriale. Il primo tensore è appunto questo, il legame tra la programmazione e le modalità con cui in quel territorio è possibile attivare la governance tecnico-professionale, supportare il processo decisionale, promuovere la partecipazione. Una interazione e una coerenza indispensabile tra l'articolazione del processo di programmazione e la materialità reale dell'ambito territoriale. D'altra parte, però, nelle relazioni verticali il sistema zonale non vive separato dal resto dei servizi e delle scelte operate sia al livello di area vasta che al livello regionale. Connettere in modo reciprocamente influente i tre livelli, locale, area vasta e regionale, è il secondo tensore che pone condizioni all'efficacia della programmazione integrata e si basa sul sistema multilivello regionale descritto nella prima parte del volume.



Lo stesso concetto di integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale va declinato secondo un approccio sistemico che si articola su più dimensioni: istituzionale, programmatoria, professionale, gestionale, partecipativa. Di solito, però, l'attenzione viene concentrata su una sola di queste dimensioni alla volta, quella più vicina all'esperienza di chi tematizza, ragiona o pratica l'integrazione. In questo caso il pericolo è quello di considerare il fuoco dell'integrazione come se fosse riferito unicamente ai processi di programmazione, che invece rappresentano solo uno dei campi in cui agire. Lo strumento del Piano integrato di salute, e l'intero processo di pro-

grammazione integrata zonale, va dunque inserito in un contesto di strumenti e processi molto più ampi e che sono chiamati a lavorare contemporaneamente sull'integrazione sistemica. Per queste ragioni il processo definito in Toscana prevede delle interlocuzioni costanti con altri strumenti destinati ad agire nel campo istituzionale, professionale, gestionale e comunitario.

Per tentare di stare in una complessità così vasta, il processo di programmazione integrata zonale si è progressivamente evoluto cercando di parlare contemporaneamente dei linguaggi diversi che appartengono a materie differenti. Tuttavia la metodologia che sostiene la struttura dei PIS non presenta nessun elemento di novità, è semplicemente scaturita dalle interazioni tra alcuni codici molto noti ma che di solito vengono utilizzati in modo separato senza cercarne una ricomposizione sulla base dei loro concetti chiave.

5.1. I riferimenti metodologici del processo di programmazione integrata zonale

Per far interagire tra loro dei codici che appartengono a mondi differenti, occorre decostruirne i linguaggi specialistici e portare alla luce i fondamenti concettuali comuni. Riferimenti concettuali che poi vanno incastrati tra loro per costruire strumenti comuni e idonei ad alimentare il processo di programmazione integrata zonale. Infine il nuovo processo va ricodificato e proposto attraverso un sistema capace di offrire almeno un cardine già noto per ciascuno dei diversi gruppi coinvolti (decisori istituzionali, manager sanitari, cittadini organizzati, tecnici e professionalità comunali, tecnici e professionalità sanitari, studiosi della salute, programmatori e progettisti).

È attraverso questi riferimenti già conosciuti e usuali, benché parziali, che i singoli gruppi trovano una via di accesso agibile verso un sistema di programmazione nuovo, o definito come tale al primo approccio. Un sistema di programmazione che in realtà non appartiene più in via esclusiva a nessuna delle impostazioni precedenti, anche se non è fatto da contenuti inediti ma solo dalla ricomposizione in una piattaforma comune di elementi già sviluppati in passato da diverse 'culture specialistiche'. Elementi già ampiamente noti e applicati che afferiscono a quattro aree distinte: 1. La programmazione della pubblica amministrazione locale. 2. La programmazione delle aziende sanitarie. 3. I determinanti di salute intesi come potenziali vettori di sviluppo umano. 4. I sistemi per la pianificazione, la programmazione e la progettazione.

5.1.1. La programmazione nella pubblica amministrazione locale

Nel corso degli anni '90 la Pubblica Amministrazione è stata interessata da un'ampia stagione di modernizzazione che ha avviato la trasformazione della logica basata su procedure e mansioni in una logica basata sull'interazione tra obiettivi, risorse e risultati. Il percorso di trasformazione è stato lungo e complesso, si è trattato di introdurre profondi cambiamenti tecnici, organizzativi e culturali nei vari livelli e nelle diverse strutture pubbliche, basati sulla distinzione tra ruoli amministrativi e ruoli tecnici. A livello delle amministrazioni locali questo processo si è incrociato con la trasformazione del sistema elettivo delle rappresentanze istituzionali, l'elezione diretta del sindaco e del presidente di regione hanno portato ancora più attenzione non solo verso i programmi elettorali proposti, ma soprattutto verso i risultati effettivamente ottenuti dalla realizzazione concreta degli obiettivi proposti. Il sistema obiettivi - risorse - risultati è stato organizzato attraverso l'introduzione di nuovi strumenti tecnici diventati progressivamente di uso comune: il piano delle attività, la relazione previsionale e programmatica, i piani esecutivi di gestione, l'interazione costante con il bilancio dell'ente.

In origine il Piano di attività aveva validità triennale ed era varato dalla giunta in coerenza con gli indirizzi generali di governo approvati dal consiglio; articolato in programmi e progetti, sulla sua base veniva redatto lo schema di relazione previsionale e programmatica. La relazione previsionale e programmatica per lungo tempo ha rappresentato il piano generale degli interventi dell'ente, si innestava nel quadro dell'attività di indirizzo e programmazione definita dal Consiglio e rappresentava il frutto di un processo articolato in cui si alternavano fasi politiche e fasi tecniche. La Giunta proponeva lo schema di relazione insieme al bilancio, la delibera consiliare del bilancio recava anche il bilancio pluriennale e la relazione previsionale e programmatica. Il piano esecutivo di gestione (PEG) era, e continua ad essere tuttora, lo strumento nel quale si sostanzia la relazione tra organo esecutivo e responsabilità dei servizi; a questo scopo pone in termini espliciti e diretti il legame tra obiettivi di gestione, dotazione di risorse, tempi di realizzazione e responsabilità correlate.

Recentemente l'introduzione del Documento unico di programmazione (DUP) e la convergenza verso una contabilità di tipo economico-patrimoniale hanno fortemente evoluto il sistema di programmazione degli enti locali. Il DUP sviluppa e concretizza le linee programmatiche relative alle azioni e ai progetti da realizzare nel corso del mandato sindacale presentato in consiglio. A differenza della relazione previsionale e programmatica il DUP non è un allegato al bilancio dell'ente ma lo precede, determinando così la base strategica che correla contemporaneamente la programmazione per obiettivi e la programmazione delle risorse. Il DUP si articola in due sezioni: sezione strategica e sezione operativa. La prima sezione individua gli obiettivi strategici validi per tutta la durata del mandato; la seconda sezione ha per oggetto la programmazione operativa pluriennale e annuale dell'ente, a questo scopo individua per ogni singola missione i programmi che l'ente intende realizzare per conseguire gli obiettivi strategici, e per ogni singolo programma gli obiettivi operativi annuali da raggiungere con le relative risorse umane, finanziarie e strumentali. Resta fermo il riferimento ai piani esecutivi di gestione (PEG) per la definizione degli obiettivi esecutivi, che occorre esplicitare in termini di processo e di risultati attesi.

5.1.2.

La programmazione delle aziende sanitarie e il ciclo del budget

Nel corso degli anni '90 anche nel mondo della sanità è stata avviata una profondissima trasformazione che ha portato alla configurazione delle aziende sanitarie locali come aziende pubbliche e professionali di produzione, finalizzate alla realizzazione dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale. L'assistenza sanitaria è andata progressivamente a costituire la seconda voce del bilancio pubblico nazionale, dopo quella della previdenza e assistenza, da cui è nato per successive stratificazioni il complesso di produzione più ampio e articolato tra tutti i sistemi pubblici italiani.

Per più di venti anni infinite esperienze operative si sono susseguite nell'evoluzione costante del sistema di programmazione delle aziende sanitarie, potendo contare su un'altrettanta sterminata produzione di studi, ricerche, metodologie, ingegnerizzazioni, strumenti, applicazioni, servizi di ogni genere e grado. Con grande approssimazione è forse possibile individuare una base comune di riferimento che si è andata consolidando nel tempo, e che probabilmente può rendere con semplicità ed evidenza i cardini su cui poggia la maggior parte dei sistemi utilizzati: programmazione strategica aziendale, budget, processo di negoziazione, reportistica.

La programmazione strategica è il processo sistematico di elaborazione degli obiettivi di medio-lungo periodo di una Asl in cui sono coinvolte la visione e la missione aziendale, l'individuazione della domanda di assistenza e delle risorse disponibili, la definizione degli approcci e dei metodi ritenuti più adeguati per il perseguimento delle finalità aziendali. Purtroppo la letteratura non pone frequentemente in relazione la programmazione strategia aziendale con la realizzazione dei livelli essenziali di assistenza che pure sono il cuore del mandato costituzionale sulla salute. Di recente il cosiddetto 'pannello dei LEA' è stato posto come strumento di misurazione della performance dei sistemi sanitari regionali e delle aziende che li compongono, un piccolo passo avanti ma tutto ancora giocato solo sugli indicatori di performance aziendale.

Il budget è lo strumento con cui vengono definiti gli obiettivi operativi da raggiungere entro l'anno, le modalità per farlo, le risorse a disposizione, i tempi necessari in relazione ai diversi centri di responsabilità e al campo operativo che l'assetto aziendale assegna loro.

Il processo di negoziazione costituisce il percorso strutturato e cadenzato di confronto tra le parti direzionali e le parti operative dell'azienda sanitaria. Costituisce anche uno dei luoghi principali del dialogo tra la cultura manageriale e la cultura professionale che innervano contemporaneamente le aziende sanitarie fin dalla loro nascita nella seconda parte degli anni '90. Nella costruzione dell'identità aziendalistica molta enfasi è stata sempre assegnata a questa fase in cui è possibile alimentare la cultura aziendale, condividere le scelte e gli obiettivi, promuovere lo scambio e la contaminazione reciproca tra esperienze operative ed esperienze direzionali.

La reportistica rappresenta la sintesi dell'imponente complesso delle fonti informative aziendali che possono essere messe a disposizione sia per il dimensionamento degli obiettivi e delle risorse oggetto di programmazione, sia per la misurazione del grado di raggiungimento dei risultati attesi. Elementi fondamentali per rendere ricorsivo e fondato il processo annuale di

programmazione operativa attraverso lo strumento dei budget, e per alimentare il primo strato informativo di base necessario alla valutazione strategica della direzione aziendale.

Questo tipo di programmazione attinge forza e concretezza da alcuni sistemi informativi tipici delle aziende sanitarie: i sistemi informativi legati al bilancio, che è di tipo economico-patrimoniale; i sistemi informativi legati alla gestione, che si riferiscono puntualmente all'erogazione di prestazioni e attività. Diventa dunque fondamentale la possibilità di far supportare l'intero processo pluriennale e annuale da una forma sempre più evoluta e integrata di controllo direzionale, in grado di utilizzare appieno le possibilità offerte dalle strutture dedicate alla contabilità analitica e al controllo di gestione.

5.1.3.

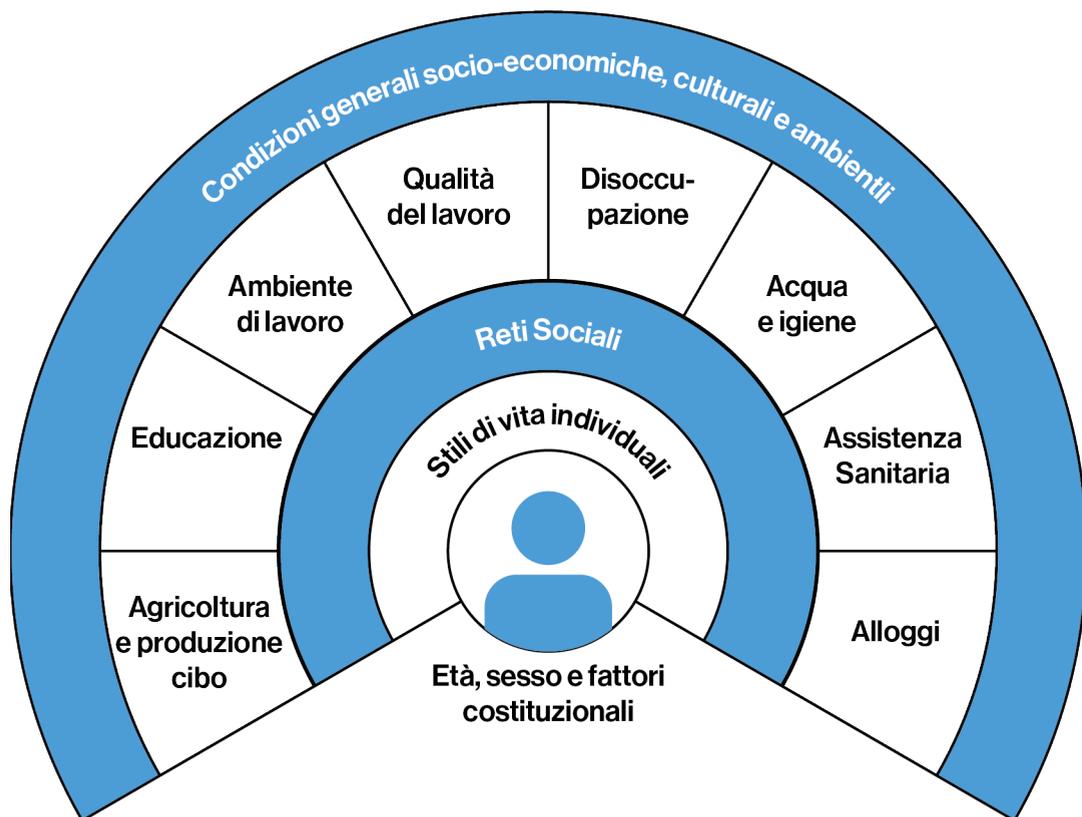
I Determinanti di salute come potenziali vettori di sviluppo umano

Come è ovvio l'intero impianto culturale dei Piani Integrati di Salute fa riferimento alla storica attività dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di tutto il movimento internazionale sulla Salute, il nome stesso dello strumento di programmazione è in diretto riferimento a questo universo di significati, elaborazioni, pratiche, promozioni. Non si tratta di un mondo culturale statico, al contrario è un mondo in costante trasformazione sotto la spinta inesauribile di continue evoluzioni scientifiche, cliniche, operative. Per comprenderlo è sufficiente seguire alcune delle principali tappe che hanno segnato il concetto di Salute espresso dall'OMS nel corso degli anni.

Fin dalla sua costituzione nel 1946 l'OMS focalizza una definizione della salute 'come uno stato completo di benessere fisico, psichico e sociale e non la semplice assenza di malattia', raccogliendo tanti approcci sviluppati in precedenza che evidenziavano le forti relazioni esistenti tra la posizione sociale, le condizioni di vita e gli effetti sulla salute delle persone. Un filone legato alla visione sociale della salute che riemerse con forza successivamente, tra la fine degli anni '60 e l'inizio degli anni '70, quando cominciò a manifestarsi l'esigenza di coinvolgere le comunità nelle scelte sulla salute, anche in riferimento alla più ampia spinta verso la promozione dei diritti umani e delle capacità di autodeterminazione delle parti più povere e svantaggiate della popolazione mondiale.

La stessa definizione di salute si è evoluta nel corso degli anni elaborando una visione sempre più dinamica e multifattoriale in rapporto all'ambiente naturale e sociale. Nel 1978 la Conferenza di Alma Ata sull'assistenza sanitaria di base segnò la tappa decisiva in cui furono correlate salute, diritti umani e giustizia sociale, riconoscendo l'importanza dei fattori socio-economici e l'esigenza di agire a livello locale coinvolgendo direttamente le comunità. Numerose sono state le tappe principali di questo sviluppo che hanno interessato l'assistenza sanitaria primaria, le strategie per la promozione della salute, la sanità pubblica e l'intersettorialità, i contesti ambientali per la salute, le priorità per la salute nel 21° secolo, la salute nel mondo globalizzato, fino a raggiungere in termini espliciti il tema delle disuguaglianze di salute.

I fattori personali, sociali, economici e ambientali che determinano lo stato di salute degli indivi-



dui o delle popolazioni vengono chiamati 'determinanti di salute'. Non si tratta quindi di definire solo quelli legati alle azioni individuali, come i comportamenti di salute e gli stili di vita, ma di esplicitare anche fattori come il livello di istruzione e di occupazione, il reddito e lo status sociale, le condizioni lavorative e quelle ambientali, nonché l'accesso ai servizi sanitari e sociali. La combinazione di questi fattori crea diverse condizioni di vita che hanno un impatto sulla salute. Lavorare sui diversi determinanti, quindi, vuol dire ottenere dei cambiamenti rispetto ai diversi stili di vita e alle diverse condizioni di vita che impattano sulla salute individuale e collettiva.

In riferimento a una specifica popolazione o territorio, gli obiettivi di salute stabiliscono i cambiamenti che si vogliono perseguire in un determinato periodo di tempo. Rispetto a queste finalità vanno declinati i programmi e le azioni da attuare, organizzata la realizzazione, tenuto in forma tutto il sistema di informazioni necessario per definire i risultati attesi, monitorato l'andamento delle azioni e valutati i risultati effettivamente raggiunti. I Piani integrati di salute fanno riferimento a questo tipo di approccio per definire il programma generale di azione in ambito zonale, e si muovono rispetto a due grandi campi: l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali; l'attivazione di programmi condivisi nelle quattro grandi aree degli stili di vita, accesso ai servizi, determinanti socioeconomici, determinanti ambientali.

Da questo punto di vista emergono moltissimi punti in comune con le elaborazioni, le esperienze e le proposte nate nel mondo dello sviluppo umano sostenibile. La programmazione complessa lungo vettori molto ampi e molto articolati, il riferimento costante alla partecipazione

diretta delle comunità nelle scelte dei grandi obiettivi da perseguire, l'ancoraggio alla visione territoriale come elemento imprescindibile per l'integrazione e l'efficacia delle azioni, rappresentano i tre elementi strutturali che avvicinano moltissimo il mondo della 'salute' con il mondo dello 'sviluppo umano'. D'altra parte nel corso delle varie elaborazioni che contraddistinguono l'evoluzione del concetto ampio di salute, lo sviluppo umano è stato identificato come una delle aree di azione indispensabili; allo stesso modo nell'evoluzione del concetto di sviluppo umano è accaduto un passaggio analogo per i servizi sanitari e sociali.

In entrambi i casi il centro delle questioni riguarda la messa in campo di strategie che tengano conto delle interdipendenze e della complessità dello sviluppo umano o del guadagno di salute, per attivare processi territoriali di risposta integrale ai bisogni della popolazione. Obiettivi estremamente ambiziosi che difficilmente possono essere raggiunti interamente, ma che possono svolgere la funzione di orientare e mettere in tensione positiva le azioni locali verso prospettive ampie e di lungo periodo. Naturalmente per raggiungere questi risultati occorrono una forte capacità di visione politico-amministrativa, una solida base tecnica e professionale disposta a superare i recinti dei singoli settori specialistici, una cittadinanza attiva e organizzata in grado di muovere la comunità.

5.1.4.

I sistemi per la pianificazione, la programmazione e la progettazione

I sistemi per la pianificazione, la programmazione e la progettazione in ambito pubblico sono numerosissimi e in continua evoluzione. I filoni principali affondano le radici in settori di forte tradizione: la pianificazione territoriale, la progettazione delle grandi infrastrutture, le azioni di sviluppo industriale, la ramificazione delle reti di distribuzione, la programmazione dei servizi a domanda individuale, solo per citarne alcuni. In queste esperienze si sono via via rincorsi, sovrapposti e affastellati due approcci diversi: un approccio per singoli temi in cui venivano definiti con precisione obiettivi specifici in settori di particolare interesse; un approccio di tipo strutturale che definiva programmi di medio periodo la cui realizzazione era lasciata alle determinazioni locali. Allo stesso modo si sono confrontati approcci in cui un'unica entità di programmazione definisce interamente obiettivi, metodi e strumenti, basandosi sul presupposto di una conoscenza completa dei fenomeni e dei campi di azione; con approcci basati sul dialogo tra più centri decisionali e più soggetti coinvolti a pieno titolo, basandosi sul presupposto di una conoscenza ricorsiva che si alimenta di continue interazioni.

Per costruire l'impianto tecnico dei Piani integrati di salute sono state prese come riferimento le esperienze sviluppate nel corso degli anni nell'ambito della programmazione europea dei fondi strutturali e del fondo sociale, cercando di comporre un approccio integrato tra la pianificazione per materie e settori e la pianificazione per ambiti territoriali e comunità locali.

La distinzione tra pianificazione, programmazione e progettazione, tante volte trascurata sia in sede accademica che tecnica, permette invece di specificare le diverse fasi del processo di programmazione integrata zonale. La pianificazione si riferisce alla composizione di un quadro di obiettivi strategici di medio-lungo periodo e a questo scopo necessita di un profilo conoscitivo ampio ma allo stesso tempo sufficientemente articolato, in modo da rendere possibile la costruzione della visione verso cui orientare la pianificazione e fissare gli elementi operativi portanti che fanno da riferimento per la sua realizzazione. La programmazione si riferisce alla definizione delle azioni operative da tenere insieme in modo coerente e sistematico per raggiungere gli obiettivi pluriennali della pianificazione. La progettazione si riferisce alla determinazione delle attività esecutive da realizzare nel breve o nel brevissimo tempo secondo lo sviluppo del programma di riferimento.

Lo strumento principale per la progettazione è il quadro logico (logical framework), notissimo elemento basilare di inesauribile interpretazione. La ricorsiva interazione propria del quadro logico, che porta i risultati a corrispondere agli obiettivi, le attività ai risultati e le risorse alle attività, trova nell'impianto sistematico della pianificazione, programmazione, progettazione una sua collocazione che lo rende molto efficace e fertile. Diventa così possibile evitare di utilizzare il quadro logico come un semplice strumento tecnico seriale, riferito a parziali e frammentati obiettivi di settore, per inquadrarlo in una logica più ampia e orientarlo così verso una direzione di ricomposizione. A questo serve l'impianto generale della pianificazione, a individuare i grandi tensori che spingono i singoli strumenti di progettazione esecutiva verso la convergenza strategica. I programmi complessi completano e rafforzano la convergenza, perché servono per organizzare in modo sistematico ed efficace i processi amministrativi e professionali coinvolti nelle materie oggetto di pianificazione e di progettazione.

Sul piano squisitamente tecnico, per i PIS gli obiettivi strategici vanno espressi come contributo allo sviluppo e al rafforzamento della salute. È importante cercare di definire sempre più di un obiettivo specifico su cui elaborare i programmi difatti, per quanto possibile, la progettazione del quadro logico deve essere utilizzata per far emergere le interazioni e per scomporre le complessità in una serie diversificata di attività.

L'approccio della pianificazione integrata, che vede la compresenza dei metodi legati alla programmazione di settore insieme ai metodi legati alla programmazione territoriale, manifesta la sua efficacia proprio nella ricomposizione delle complessità. Il territorio è il sistema di relazioni tra attori sociali, ambienti, culture, istituzioni, storie, per questo è il luogo in cui le soggettività presenti possono condividere progetti di sviluppo di medio-lungo periodo che altrimenti troverebbero inevitabilmente espressione solo nei recinti settoriali e isolati. È fondamentale comprendere il ruolo che il territorio svolge come vero fattore di integrazione e ricomposizione, ed è fondamentale interpretare la comunità come il luogo dei saperi e delle pratiche che possono metabolizzare le complessità attraverso un sistema permanente di dialogo negoziato.

5.2.

La polisemia dei Piani integrati di salute e i budget di programmazione

La colonna vertebrale che sorregge i Piani integrati di salute sotto l'aspetto tecnico non presenta alcuna novità, è solo la riarticolazione di elementi utilizzati da molto tempo nei diversi campi descritti dai paragrafi precedenti che vengono riorganizzati in modo integrato. Sono state illustrate in modo estremamente conciso alcune immagini di riferimento che riguardano la programmazione della pubblica amministrazione locale, la programmazione delle aziende sanitarie e il ciclo del budget, i determinanti di salute come potenziali vettori di sviluppo umano, i sistemi per la pianificazione, la programmazione e la progettazione. Per raggiungere un risultato utile ai PIS, alcuni degli strumenti che appartengono a queste diverse aree sono stati in parte decostruiti e le loro funzioni sono state iscritte in un nuovo codice comune. Un codice molto semplice che offre almeno un riferimento familiare per ognuno dei gruppi coinvolti nella programmazione integrata zonale, in modo da facilitarne il coinvolgimento.

5.2.1.

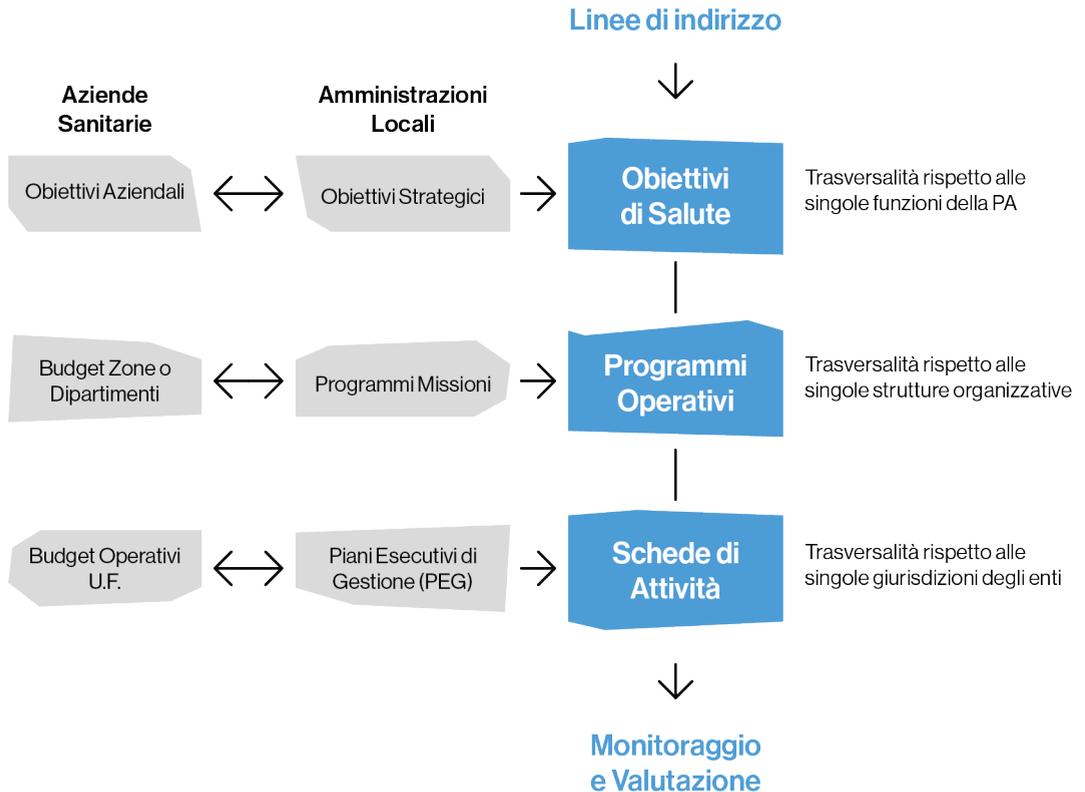
La ricodifica comune delle programmazioni come colonna vertebrale dei PIS

Lo schema concettuale di base su cui è imperniata la ricodifica comune delle programmazioni è fondata su una sequenza di tre passaggi riferiti in modo esplicito alla pianificazione strategica di medio-lungo periodo, alla programmazione operativa pluriennale e alla definizione delle azioni attuative annuali. Essendo questa una programmazione avviata e condotta da pubbliche amministrazioni, la sequenza di base è preceduta da un passaggio dedicato al dialogo interistituzionale in cui i decisori possono condividere le linee strategiche e le visioni di cui sono portatori. Come per tutti i percorsi di pianificazione, è indispensabile definire il momento valutativo conclusivo, anche se in realtà si tratta di attività che non giungono solo alla fine ma scorrono lungo tutto il processo in modo sistematico e ricorsivo.

La relazione tra obiettivi, azioni, risorse, risultati è alla base sia delle modalità di programmazione delle pubbliche amministrazioni locali che delle aziende sanitarie, tuttavia per costruire la sequenza centrale dei tre passaggi di base che sorregge tutti i PIS è stato necessario analizzare in profondità i due processi e le loro modalità, decostruirne gli strumenti per evidenziare le funzioni specifiche, e cercare di allinearne ragionevolmente le diverse fasi.

Il passaggio di base per la pianificazione è costituito dalla definizione dei grandi obiettivi di salute da perseguire nel medio-lungo periodo e dalla loro qualificazione. Non si tratta solo di allineare lo scambio tra la programmazione strategica recata dai documenti unici degli enti locali (DUP), con la programmazione strategica aziendale del direttore generale Asl; il fattore di avanzamento è costituito dall'interazione tra gli obiettivi dei singoli enti coinvolti e i grandi determinanti di salute così come si manifestano nell'ambito zonale considerato. Il punto è attivare

PIANO INTEGRATO DI SALUTE



la trasversalità tra i singoli settori comunali o aziendali rispetto agli obiettivi di salute e, naturalmente, riuscire a coinvolgere in questo passaggio fondamentale altri soggetti pubblici o privati per mezzo del dialogo strutturato e partecipativo con le comunità e le loro organizzazioni.

Il passaggio di base per la programmazione è costituito dalla elaborazione dei programmi operativi pluriennali. In questo caso occorre allineare la definizione dei programmi riferiti alle missioni nella parte esecutiva del DUP da una parte, e gli elementi per la contrattazione del budget di zona-distretto e di dipartimento dall'altra. Allo stesso modo è possibile interessare anche altre strutture organizzative coinvolte nel perseguimento degli obiettivi di salute. È la parte dirigenziale ad essere investita direttamente da queste responsabilità, perché il fattore di avanzamento è costituito dalle trasversalità dei programmi operativi rispetto alle diverse strutture organizzative pubbliche o private.

Il passaggio di base per la progettazione attuativa è costituito dalla determinazione, su base annuale, delle schede di attività. Sostanzialmente si tratta di allineare i piani esecutivi di gestione (PEG) e i budget-operativi di unità funzionale. I budget aziendali possono basarsi sul trattamento dei dati di contabilità analitica e dei dati prestazionali, e sono determinati mediante un processo di contrattazione che alloca risorse e obiettivi ma non ha effetti autorizzativi diretti sulla spesa. I piani di gestione comunali solo di recente stanno entrando in relazione con un

sistema di contabilità che converge verso quella aziendale, ma hanno una valenza autorizzativa della spesa e una catena di riferimento che ne iscrive l'elaborazione all'interno degli indirizzi espressi dagli organismi elettivi di una comunità. Tuttavia i contenuti logici sono gli stessi per i due strumenti che servono entrambi a determinare le relazioni tra attività, azioni, risorse, tempi, responsabilità. Al di là delle differenze da riallineare, il fattore di avanzamento è costituito dalla trasversalità che le schede attuative acquisiscono rispetto al perimetro delle singole giurisdizioni degli enti coinvolti per entrare in una logica condivisa di zona.

Invece, allo stato attuale, nell'esperienza dei PIS non sono stati ancora determinati gli indicatori per definire il grado di conseguimento dei programmi operativi. Moltissima strada c'è ancora da fare per allineare le piattaforme informative e le strutture organizzative dedicate al controllo di gestione e al controllo direzionale, in modo da poter avviare un plausibile sistema di monitoraggio e valutazione sui risultati e sui guadagni di salute di un ambito zonale.

5.2.2.

Il budget zonale di programmazione e l'allocazione delle risorse gestionali

Non può esserci programmazione senza allocazione di risorse, non c'è niente da fare. Organizzare una serie di macro-obiettivi e una serie di azioni programmate senza coordinare in modo analitico le risorse non può portare a un percorso di programmazione dimensionato, sostenibile e ragionevole. Soprattutto questa mancata correlazione non rende possibile attivare due dei principali elementi che producono dinamiche e responsabilità: da un lato non avere il quadro generale delle risorse, distinte per singole provenienze e tipologie, non fa dialogare tra loro i vari fondi e le diverse dotazioni per cercare di evitare utilizzi poco efficaci o addirittura ridondanti; dall'altro la limitatezza delle risorse, che una volta perimetrata e ben integrata tra loro sono per forza di cose sempre limitate rispetto alla vastità degli obiettivi di salute, impone una chiara scansione delle scelte, delle priorità e delle modalità previste per il raggiungimento dei risultati. Evitare di correlare puntualmente i programmi con le risorse permette di non affrontare i due elementi cruciali: il tema dell'integrazione tra le fonti di finanziamento e della loro reale entità; e il tema delle scelte prioritarie e della loro reale sostenibilità.

A questo scopo la struttura dei PIS individua due strumenti distinti ma correlati tra loro: il budget zonale di programmazione organizzato su base pluriennale, e le risorse annuali allocate attraverso le singole schede di attività. Il primo è uno strumento di pianificazione strategica, il secondo è uno strumento di tipo più gestionale.

Il budget zonale di programmazione riporta tutte le risorse a disposizione della programmazione integrata zonale, che siano di parte sanitaria, di parte sociale, di altra provenienza e le compartecipazioni. I moduli di riferimento sono organizzati sulla base del triennio di validità del PIS 2020-2022 e sono aggiornati a scorrimento in relazione alla Programmazione operativa annuale 2021 e 2022. In questo caso il valore aggiunto dell'approccio territoriale diventa evidenterissimo. Riuscire a individuare delle attività da realizzare in tutto l'ambito zonale, attraverso

azioni attuative comuni e registrate da programmi che si riferiscono a obiettivi di salute vasti e progressivi, porta il piano integrato di salute ad agire concretamente nella migliore logica delle strategie per lo sviluppo locale. Se nel contempo la parte strategica del piano può essere messa in relazione con la ricomposizione delle risorse economico-finanziarie a disposizione da ciascun ente coinvolto nella programmazione, qualunque siano le fonti e le dotazioni, allora tutto l'impianto acquista una valenza di primissimo livello. In questo modo il sistema di governance locale, codificato, stabilizzato e riconosciuto, può effettivamente agire su leve concrete di medio-lungo periodo.

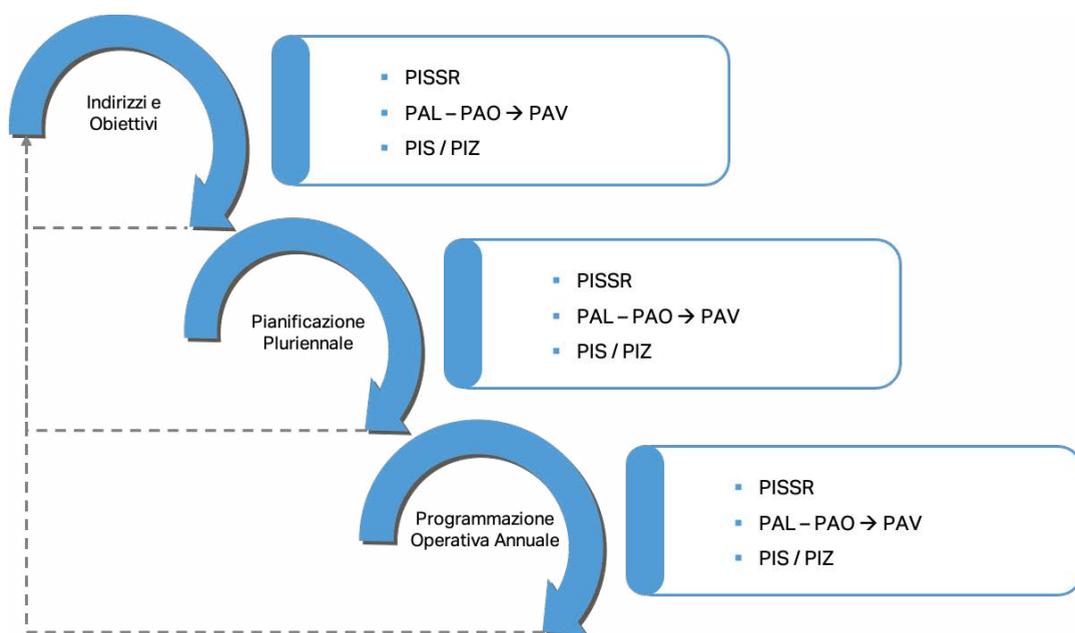
Dopo la ricomposizione delle risorse effettuata dal dispositivo di piano il processo si posta verso la programmazione operativa annuale, passando dai programmi alle schede di attività. Ciascuna scheda di attività esplicita il quadro di risorse allocate per la realizzazione delle azioni previste nell'anno. L'allocazione operativa delle risorse effettuata attraverso un sistema di schede gestionali di livello zonale, è l'elemento in grado di fare la differenza nel concreto ma è anche il fattore più delicato da associare. Diventa fondamentale registrare le modalità e i tempi della programmazione del PIS, con le modalità e i tempi dei cicli di bilancio dei singoli enti coinvolti e dei relativi documenti contabili. D'altra parte la coerenza e l'interconnessione tra la definizione della sequenza degli obiettivi e la definizione delle risorse di bilancio, secondo le diverse responsabilità, è alla base del buon governo sia nel mondo della sanità che nel mondo degli enti locali.

Tuttavia i sistemi contabili sono differenti e così pure le procedure di gestione. Gli enti locali si sono sempre basati su un sistema di tipo finanziario-autorizzatorio e le aziende sanitarie su un sistema economico-patrimoniale, ma da qualche anno è in atto l'armonizzazione tra i sistemi. Per quanto riguarda gli enti locali dal 2011 è in progressivo sviluppo l'adozione di regole contabili comuni e di un comune piano dei conti integrato, per consentire il consolidamento e il monitoraggio in fase di previsione, gestione e rendicontazione. Il piano dei conti è funzionale all'adozione di un sistema 'duale di contabilizzazione' che consente agli enti con un regime di contabilità finanziaria autorizzatoria di rilevare le entrate e le spese anche in termini di contabilità economico-patrimoniale. Dopo una fase di sperimentazione, la nuova contabilità è applicata agli enti territoriali dal 2015.

Malgrado la progressiva armonizzazione dei sistemi contabili in corso, però, per quanto riguarda il sistema di programmazione dei PIS, l'elemento decisivo risiede nel controllo di gestione o per meglio dire nel controllo direzionale. Quella funzione, cioè, che processa i dati aziendali per rilevare lo scostamento tra gli obiettivi programmati e i risultati effettivamente conseguiti nel quadro delle strategie di fondo disegnate dalla pianificazione. È importante elevare le attuali capacità di trattamento dei dati per articolare le informazioni non solo rispetto ai diversi centri di responsabilità, ma anche rispetto alle diverse tipologie di servizi da realizzare e ai diversi programmi trasversali ai centri di responsabilità da governare. Oltre tutto è importante farlo sia nelle organizzazioni aziendali sanitarie che negli enti locali. Per queste ragioni attualmente l'allocazione delle risorse presenti nelle schede di attività è limitata alle sole risorse finanziarie dirette. Manca perlomeno l'evidenza delle risorse umane impegnate nelle attività oggetto di programmazione, la cui riclassificazione in termini diversi dai centri di responsabilità è al momento al di fuori della portata dei sistemi di controllo gestionali e direzionali attuali.

5.3. I cicli degli strumenti di programmazione

La programmazione integrata zonale si basa sull'impianto tecnico-concettuale dei PIS appena esposto e viene elaborato seguendo il processo decisionale descritto nel capitolo 5, ma non è certo l'unico strumento della programmazione regionale. È essenziale quindi inscrivere i moduli del PIS nella più ampia dinamica che vede interagire tra loro gli strumenti della cosiddetta programmazione multilivello, oggetto di ampia esposizione nella prima parte del volume. La programmazione multilivello è intesa come un sistema ordinato e ricorsivo di decisioni gestionali e di co-decisioni strategiche che investe l'intero sistema regionale sanitario, sociosanitario e sociale, un sistema che necessita di continue negoziazioni sia tecnico-professionali che amministrativo-istituzionali.



Nel complessivo macroprocesso di programmazione multilivello è possibile individuare tre distinti sottoprocessi, ognuno dei quali attraversa i diversi livelli di programmazione con modi, tempi e intensità differenti. Questi tre sottoprocessi possono essere evidenziati e descritti secondo le loro distinte peculiarità che interessano ogni volta tutti i diversi strumenti di programmazione.

A. Indirizzi e Obiettivi. Tutti gli strumenti di programmazione presentano una sezione dedicata agli indirizzi generali che orientano le policy di riferimento ai grandi obiettivi da perseguire durante il periodo di programmazione. In ciascun livello di programmazione i linguaggi, gli schemi

tecniche e il peso di questa sezione variano sensibilmente. Di solito negli strumenti generali del livello regionale, o di area vasta, buona parte della forza programmatica è concentrata in questa sezione.

B. Pianificazione pluriennale. Tutti gli strumenti di programmazione presentano una sezione dedicata alla pianificazione pluriennale delle azioni programmate da attuare durante il periodo considerato. In linea generale viene esplicitato il piano degli obiettivi specifici che rispondono concretamente agli indirizzi generali, ciascuno di essi viene poi declinato in azioni pluriennali e legato al quadro generale delle risorse ritenute disponibili nel periodo di validità della programmazione. Questa parte interessa tutti gli strumenti di programmazione, ma di solito è più sviluppata negli strumenti aziendali e negli strumenti attuativi regionali.

C. Programmazione operativa annuale. Molti degli strumenti di programmazione presentano una sezione dedicata alla realizzazione operativa delle azioni programmate. Vengono individuate le attività concrete da porre in essere e legate all'affettiva previsione delle risorse a disposizione nell'annualità di riferimento. Per quanto riguarda il PIS la programmazione operativa annuale riveste un peso particolare perché è organizzata su base zonale e coinvolge contemporaneamente tutti gli enti locali dei diversi ambiti territoriali, le zone-distretto e le relative aziende sanitarie.

Queste tre sottosezioni del complessivo processo di programmazione multilivello disegnano quindi tre cicli distinti, e connessi tra loro, che interessano con intensità e tempi diversi tutti i singoli strumenti di programmazione. Se interpretato nel suo effettivo sviluppo dinamico, il sistema di programmazione multilivello non è solo interessato da relazioni top-down o bottom-up tra strumenti costruiti come singoli pioli di una scala ideale; piuttosto il sistema è mosso dinamicamente lungo tutta la sua articolazione da questi tre cicli 'circolari' che sviluppano progressivamente gli indirizzi e gli obiettivi generali, la pianificazione pluriennale e la programmazione operativa.



I Piani Integrati di Salute 2020-2022 e le possibili evoluzioni future

6

6.1. L'irruzione dell'epidemia Covid-19

Il programma regionale per l'elaborazione dei PIS 2020-2022 prevedeva la conclusione dei lavori alla fine del mese di marzo, a causa dell'emergenza sanitaria il termine è stato prorogato al 31 maggio. In soli due mesi la realtà è cambiata profondamente, è consapevolezza comune che i servizi territoriali dovranno essere fortemente rivisti e riprogettati alla luce del Covid-19. Almeno i prossimi due anni saranno impegnati nel ricostruire nuovi assetti e nuovi percorsi di integrazione socio-sanitaria e di erogazione dei servizi.

Evidentemente l'elaborazione del PIS organizzata per essere chiusa a marzo non può contenere delle programmazioni puntuali così innovative, anche perché ancora all'inizio della cosiddetta 'fase 2' molti servizi e tutte le organizzazioni tecnico-professionali erano nel pieno delle esperienze di trasformazione operativa conseguenti all'epidemia. La concettualizzazione di queste esperienze, e dunque la loro ricomposizione in una visione utile alla programmazione territoriale, non poteva avvenire nel breve corso di qualche settimana.

Proprio per queste ragioni è sembrato importante riuscire a dotare le zone di uno strumento completo per la programmazione integrata, in grado di dare sistematicità alle operazioni di trasformazione e innovazione dei servizi secondo un approccio territoriale. La scelta regionale è stata quindi quella di chiudere la programmazione nel mese di maggio prendendo come riferimento lo stadio che aveva raggiunto prima dell'esplosione dell'epidemia covid19, in modo da consolidare definitivamente lo strumento di programmazione integrata zonale. Soprattutto è sembrato fondamentale fare in modo di non disperdere tutto il patrimonio di conoscenze ed elaborazioni accumulato nei tre anni di progressiva costruzione del piano, rischiando così di abbandonare completamente programmi nati dalla ricchezza delle interazioni stabilite tra istituzioni, professionalità e cittadinanza.

I Piani Integrati di Salute approvati a maggio da tutti gli ambiti zionali, che rappresentano quasi una 'versione base' dei PIS, saranno oggetto di una sessione di riconfigurazione per essere aggiornati in riferimento alle trasformazioni provocate dallo stato di endemia. Una condizione persistente che si protrarrà per qualche tempo rendendo forse necessari più momenti evolutivi dedicati agli assetti dei servizi. Il periodo e le modalità della sessione di riconfigurazione saranno oggetto del provvedimento regionale che usualmente regola il normale aggiornamento della programmazione operativa annuale, da effettuare a novembre per l'esercizio successivo.

Probabilmente il processo di riconfigurazione straordinaria dei PIS dovuto all'impatto del Covid-19 avrà bisogno di un periodo sufficientemente ampio, per questo è decisivo avere a disposizione uno strumento di programmazione molto ben costruito ma che sia allo stesso tempo flessibile, adattabile e progressivamente aggiornabile. La struttura del PIS è costruita su tre livelli: obiettivi di salute, programmi operativi e schede di attività. Questa articolazione rende possibile una riconfigurazione in grado di produrre una forte proiezione verso il futuro e comunque basata in ogni caso su azioni molto concrete e operative. La spinta data dagli obiettivi di salute potrà consentire di interpretare in modo ampio e sistematico il nuovo orizzonte

successivo all'esplosione dell'epidemia Covid19. I programmi operativi, invece, saranno la base per dare un forte assetto integrato alle azioni di trasformazione dei singoli servizi già nei prossimi mesi, e l'aggiornamento delle schede operative potrà generare un vero e proprio piano gestionale-covid di dimensione zonale.

6.2. I Piani integrati di salute 2020-2022¹²

Malgrado l'irruzione dell'epidemia Covid-19 abbia interrotto bruscamente la fase di chiusura e approvazione dei Piani Integrati di Salute 2020-2022, tutti gli ambiti zionali hanno poi completato l'elaborazione dello strumento anche se con diversi gradi di avanzamento. Nel prossimo autunno le riconfigurazioni dei PIS, che ingloberanno anche le azioni specifiche di contrasto al Covid-19, saranno l'occasione per completare il riallineamento di tutti i contenuti. In generale le programmazioni zionali varate a maggio sono state molto pensate e costruite, sia nella relazione tra le linee strategiche e i profili di salute, sia nella relazione tra obiettivi - programmi - attività. Occorre sottolineare il grande sforzo prodotto dagli ambiti zionali che hanno ripreso a maggio il processo di programmazione sospeso bruscamente a febbraio, proprio nel momento in cui sarebbe emersa per intera la struttura della programmazione locale costruita durante un lungo triennio di impegno, con il grande merito di non aver perso tutto il lavoro accumulato.

I due strumenti della programmazione zonale, il Piano integrato di salute e il Piano d'inclusione zonale, devono essere coordinati a livello locale. Nel caso delle Società della salute, il PIS assorbe completamente il PIZ, nelle Zone questa scelta è eventualmente operata dalla Conferenza zonale integrata. Tutti gli ambiti hanno scelto di adottare il PIS come strumento unico di programmazione sia per la parte strategica riferita ai determinanti di salute, sia per le parti operative riferite alle materie della sanità territoriale, sociosanitarie, socioassistenziali, della prevenzione e promozione e del contrasto alla violenza di genere.

La parte che più ha sofferto dell'interruzione è quella legata alle risorse, negli anni precedenti dedicati alla programmazione operativa queste dimensioni sono state invece oggetto di molta attenzione. Quest'anno la costruzione dei singoli capitoli dei bilanci comunali e la negoziazione dei budget interni alle aziende sanitarie sono state per forza di cose fortemente condizionate dagli eventi legati all'emergenza, di conseguenza i processi di allocazione trasversale rispetto alla programmazione dei PIS hanno subito limitazioni e parzialità come sarà evidenziato in seguito.

¹² I paragrafi che espongono i contenuti e le dimensioni raggiunti dai PIS 2020-2022 sono tratti dal rapporto tecnico prodotto da Federsanità Toscana alla fine del percorso di accompagnamento, la cui redazione ha visto impegnati: Marco Betti, Michelangelo Caiolfa, Luca Caterino, Barbara Giachi, Davide Lacangellera, Selma Rodrigues, Federica Santillo, Mauro Soli, Eleonora Valeri.

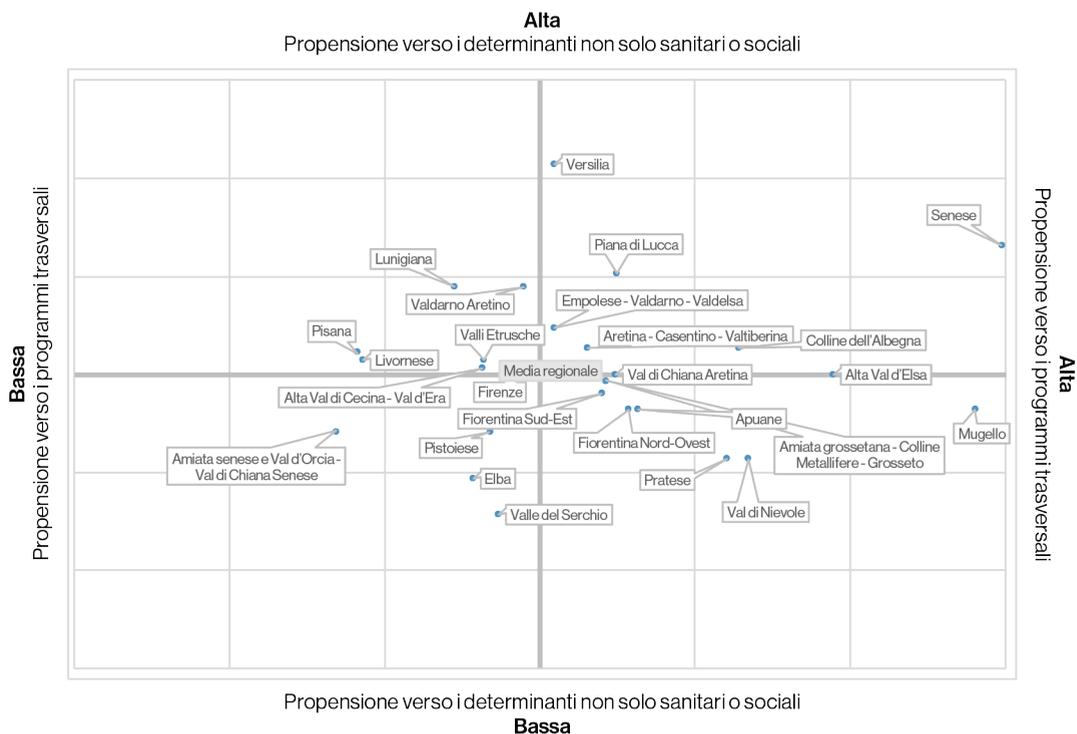
Area	Zona	Obiettivi	Programmi	Attività
Nord-Ovest	1. Alta Val di Cecina - Val d'Era	12	26	100
	2. Apuane	6	25	120
	3. Elba	14	57	121
	4. Livornese	5	23	90
	5. Lunigiana	4	39	123
	6. Piana di Lucca	9	29	140
	7. Pisana	13	63	156
	8. Valle del Serchio	7	23	108
	9. Valli Etrusche	10	33	117
	10. Versilia	5	24	118
Centro	11. Empolese - Valdarno - Valdelsa	9	21	200
	12. Fiorentina Nord-Ovest	4	14	207
	13. Fiorentina Sud-Est	15	38	193
	14. Firenze	7	33	194
	15. Mugello	6	8	194
	16. Pistoiese	11	32	160
	17. Pratese	5	18	171
	18. Val di Nievole	5	12	173
Sud-Est	19. Alta Val d'Elsa	7	13	109
	20. Amiata grossetana - Colline Metallifere - Grosseto	18	20	186
	21. Amiata senese e Val d'Orcia - Val di Chiana Senese	11	19	73
	22. Aretina - Casentino - Valtiberina	8	24	162
	23. Colline dell'Albegna	8	14	71
	24. Senese	6	11	126
	25. Val di Chiana aretina	7	17	53
26. Valdarno Aretino	12	17	89	
		224	653	3.554

Il dispositivo di piano, la sezione introdotta quest'anno per sostenere la parte strategica della programmazione, è stato completato da tutti gli ambiti zionali che hanno utilizzato anche la prima parte dedicata espressamente alle linee strategiche elaborate dalle amministrazioni locali e dall'azienda sanitaria.

Rispetto allo scorso anno si evidenziano una diminuzione del numero degli obiettivi, una lieve diminuzione del numero dei programmi, un aumento del numero delle schede di attività che tornano sui valori del 2018 e oltre. Le schede di attività sembrano seguire una distribuzione più omogenea con l'area nord-ovest più vicina alla media di 137 (ad eccezione della zona livornese), l'area centro con valori generalmente più elevati, l'area sud-est più variegata.

Qualche programmazione zonale è molto contenuta su tutta la sequenza obiettivi - programmi - attività, altre hanno manifestato una produzione più ampia, tuttavia la quantità delle schede di attività non sembra essere in relazione con la numerosità degli obiettivi di salute. Si rende così evidente come lo sviluppo dell'albero di programmazione non sia basato su una semplice

articolazione meccanica degli obiettivi in programmi e poi dei programmi in obiettivi; al contrario le programmazioni zonali dimostrano un alto grado di personalizzazione e di elaborazione originale in relazione ai profili di salute e alle caratteristiche del sistema locale dei servizi.



Il grafico di posizionamento delle programmazioni zonali¹³ è stato elaborato al solo scopo di suscitare qualche riflessione sulle caratteristiche generali della programmazione integrata zonale sviluppata dai PIS 2020-2022.

L'asse orizzontale descrive la propensione del singolo ambito zonale a sviluppare la trasversalità dei programmi rispetto alle cinque aree di programmazione: sanità territoriale, sociosanitario, socioassistenziale, prevenzione e promozione, contrasto alla violenza di genere. In questo modo si cerca di raffigurare in quale direzione e in che misura l'ambito si discosta dalla media regionale, per cercare di stimolare un approccio multidimensionale alla programmazione operativa.

L'asse verticale descrive la propensione dell'ambito zonale a espandere la sua programmazione verso i determinanti di salute più lontani dallo stretto campo sanitario e sociale territo-

¹³ Propensione alla trasversalità dei programmi (ascisse): percentuale di programmi operativi che include attività afferenti a due o più aree di programmazione. L'indice varia da 0 a 100 (0 = tutti i programmi sono mono-area; 100 = tutti i programmi toccano 2 o più aree di programmazione).

Propensione all'espansione verso i determinanti di salute (ordinate): percentuale di obiettivi strategici orientati alle determinanti di salute distali (lavoro, povertà, reddito, ambiente, etc.) oppure a orientamento misto, sul totale degli obiettivi. L'indice varia da 0 a 100 (0 = nessun obiettivo orientato alle determinanti; 100 = tutti gli obiettivi orientati alle determinanti o misti).

Il grafico è costruito sottraendo dalle percentuali di ogni zona la media regionale.

riale: Accesso ai servizi, Stili di vita, Determinanti ambientali, Determinanti socioeconomici. La numerosità degli Obiettivi di salute cosiddetti 'misti', che uniscono cioè elementi riferiti alla sanità e al sociale con elementi riferiti ai determinanti più lontani, è alta e indica una buona propensione dei PIS verso una visione più aperta della salute. In termini minori, ma assolutamente interessanti, è presente anche una percentuale di Obiettivi di salute prevalentemente riferiti ai determinanti più esterni.

6.2.1. I dispositivi di piano

A. Le Linee Strategiche.

Le Linee strategiche pluriennali costituiscono il primo contenuto del dispositivo di piano. Esplicitano gli indirizzi generali di politica sanitaria territoriale, sociosanitaria e socioassistenziale definiti dalla Conferenza dei sindaci integrata o dall'Assemblea della Società della Salute. Il documento costituisce anche l'atto di avvio del processo di elaborazione del PIS. Tutti gli ambiti zionali hanno adottato il PIS 2020-2022 come lo strumento unico di programmazione, per questa ragione le linee strategiche recate dal dispositivo di piano assumono un valore particolare anche sul piano della riflessione regionale in materia.

Tutti gli ambiti zionali hanno elaborato le linee strategiche della programmazione integrata zonale evidenziando l'impegno nella costruzione di un dialogo sistematico tra la governance istituzionale, il complesso delle professionalità impegnate nell'ufficio di piano, gli istituti di partecipazione.

In generale, gli elementi rilevati mettono in evidenza dei documenti in cui emergono le peculiarità dei contesti locali, legate alle analisi delle caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche territoriali. Questo approccio ha consentito una definizione territorialmente coerente delle strategie da implementare. A loro volta le priorità di indirizzo sono coerenti con la visione strategica, e nel contempo ricercano i necessari legami con la programmazione regionale. I richiami alle programmazioni operative in molti casi rendendo esplicite le modalità attuative delle linee strategiche individuate. In alcune Linee strategiche zionali è particolarmente evidente l'organicità del documento e il richiamo importante alla governance dell'ambito zonale, in altre emerge il respiro strategico o la riflessione proattiva rispetto all'esperienza del COVID.

Tra gli elementi di miglioramento è possibile segnalare l'opportunità di ampliare i legami con la parte operativa, ridurre gli aspetti 'amministrativi' dei documenti per rafforzarne la dimensione strategica, consolidare il richiamo alle strategie partecipative e al ruolo dei soggetti locali. Come eventuale evoluzione del sistema di elaborazione del PIS è forse ipotizzabile la definizione di uno standard di presentazione dei risultati con premessa, richiamo alle esperienze precedenti, analisi del contesto, linee guida regionali e locali, definizione delle attività, conclusioni.

B. Gli Obiettivi di Salute.

Sono stati elaborati 224 Obiettivi di salute, con un minimo di 4 obiettivi zionali e un massimo di 18 per singola zona. Metà degli ambiti zionali hanno elaborato da 4 a 7 obiettivi mentre l'altra metà ha elaborato da 8 a 18 obiettivi, differenze che manifesta delle diverse propensioni verso la costruzione dell'albero di programmazione. La prima propensione presenta la tendenza a costruire una parte alta molto ridotta 2 concentrata su pochi obiettivi molto ampi, la seconda una tendenza a costruire un gruppo di obiettivi progressivamente sempre più ampio. In ogni caso si tratta di dimensioni sempre molto contenute che confermano il processo di maturazione dei processi di programmazione già avviato negli anni precedenti.

Rispetto alla ricostruzione distale/proximale dei Determinanti di salute, il 42% degli obiettivi è collocabile nella pertinenza più interna e proximale, con contenuti che si riferiscono prevalentemente alle materie sanitarie e sociali, come nel caso degli obiettivi molto precisi che riguardano lo stretto perimetro dei sistemi di servizio per le cronicità o i percorsi di accesso al sistema sociosanitario. Il 45% degli obiettivi è collocabile nella pertinenza mista, con contenuti che si riferiscono sia ai servizi sociali e sanitari che a dimensioni esterne afferenti a mondi come quelli del lavoro o dell'istruzione. Il 13% degli obiettivi è collocabile nella pertinenza più esterna, con contenuti che si riferiscono prevalentemente a determinanti come gli stili di vita, l'accesso ai servizi (non sociosanitari), determinanti ambientali, determinanti socioeconomici, e con particolare evidenza per le attività di prevenzione o relative all'abitare. Rispetto alla interazione con la programmazione regionale, dei 224 Obiettivi di salute il 69% è direttamente riferito a un driver del PSSIR, il 15% a un focus, il 48% ad almeno un target.

L'ampiezza dei contenuti esposti nel sistema Proweb2020 è invece molto variabile, si passa da obiettivi di salute descritti in modo approfondito e molto qualificato, ad impianti più contenuti sia nella descrizione che nella qualificazione. D'altra parte, si tratta della prima esperienza in cui gli ambiti zionali affrontano in modo sistematico la programmazione strategica pluriennale espressa per obiettivi di salute.

I possibili elementi di miglioramento riguardano sia i contenuti degli obiettivi di salute che la loro qualificazione. Lo sviluppo positivo seguito dalla programmazione per grandi obiettivi pluriennali è chiarissimo ed è reso evidente dall'alta percentuale di obiettivi cosiddetti 'misti', che mettono in relazione reciproca sia contenuti riferibili al sistema territoriale dei servizi sanitari e sociali, sia a ulteriori determinanti come gli stili di vita, il lavoro, l'istruzione, l'abitazione, l'accesso ai servizi. È il prezioso risultato di un triennio di lavoro condiviso molto intenso. È possibile continuare su questa strada e rafforzare la propensione alla programmazione di salute cercando di ampliare maggiormente la relazione strategica e progettuale con gli altri determinanti di salute.

C. Gli Uffici di Piano.

La sezione del sistema ProWeb2020 dedicata agli Uffici di piano è suddivisa secondo un'articolazione che fa emergere i principali elementi riferiti alla costituzione della tecnostruttura e alla sua dotazione:

- **Costituzione.** La presenza di atti amministrativi che provvedono alla costituzione formale dell'ufficio di piano zonale.
- **Funzioni.** Esposizione delle funzioni assegnate in riferimento alla DGR 269/2019
- **Composizione.** Esposizione delle professionalità presenti nell'Ufficio di piano zonale.
- **Dotazioni.** Specificazione delle dotazioni effettivamente assegnate all'Ufficio di piano zonale.
- **Responsabile.** Indicazione formale del responsabile dell'Ufficio di piano zonale.

Tutti gli ambiti zionali hanno evidenziato l'assetto raggiunto dal proprio ufficio di piano e ne hanno indicato il responsabile che a volte è il direttore di zona/sds, a volte invece si tratta di una figura professionale afferente ad uno degli enti ricompresi nella zona. Tuttavia 15 UdP sono stati costituiti con atti formali, mentre 11 ambiti non hanno ancora provveduto.

25 ambiti hanno indicato le funzioni assegnate agli UdP tra quelle definite dalla DGR 269/2019. L'ampiezza delle assegnazioni è variabile, alcuni ambiti zionali si sono concentrati sulle funzioni tipiche della programmazione, altri estendono il campo anche a funzioni proprie delle dinamiche zionali che coinvolgono gli organismi della governance istituzionale e degli istituti di partecipazione, alcuni ambiti hanno attivato l'intero campo delle funzioni della 269/2019.

25 Ambiti zionali hanno indicato la composizione degli UdP e 16 ambiti ne hanno anche indicato la dotazione, generalmente espressa in termini di ore settimanali. Gli assetti sono molto variabili sia come tipologie professionali coinvolte sia come dotazioni effettive.

In alcune esperienze zionali è particolarmente evidente la funzione di 'cabina di regia' svolta dall'UdP per la programmazione zonale nei confronti delle strutture tecniche aziendali e comunali. Così come è emerso anche un approccio da 'incubatore' basato su una modalità di lavoro strutturata e stabile, e una direzione di evoluzione che lega l'UdP direttamente con i gruppi operativi impegnati nell'attuazione delle attività annuali previste dal PIS.

Tra gli elementi di miglioramento è possibile segnalare l'ovvia necessità di completare la strutturazione e la dotazione degli UdP, e di dare continuità alle attività UdP non limitandole alla sola redazione della programmazione intesa come adempimento. Potrebbe essere interessante anche rafforzare le competenze specializzate nelle attività complementari alla programmazione e relative alla partecipazione, progettazione di livello zonale (PON/FSE/Bandi nazionali/...), rendicontazione, gestione strutturata dei dati.

AMBITO ZONALE		2020	2021	
Nord-Ovest	Alta Val di Cecina - Val d'Era	23.082.867	-	
	Apuane	-	-	
	Elba	6.173.267	5.800.043	
	Livornese	-	-	
	Lunigiana	10.953.349	10.286.614	
	Piana di Lucca	11.583.214	-	
	Pisana	45.799.346	-	
	Valle del Serchio	-	-	
	Valli Etrusche	-	-	
	Versilia	183.216.246	-	
	Totale	280.808.289	16.086.657	
Centro	Empolese - Valdarno - Valdelsa	142.166.725	-	
	Fiorentina Nord-Ovest	138.740.445	118.227.506	
	Fiorentina Sud-Est	111.645.724	-	
	Firenze	253.675.446	238.243.678	
	Mugello	41.498.444	-	
	Pistoiese	107.554.381	-	
	Pratese	149.448.546	-	
	Val di Nievole	71.351.593	71.341.593	
		Totale	1.016.081.304	427.812.777
Sud-Est	Alta Val d'Elsa	10.264.440	-	
	Amiata grossetana - Colline Metallifere - Grosseto	-	-	
	Amiata senese e Val d'Orcia - Val di Chiana Senese	4.741.166	-	
	Aretina - Casentino - Valtiberina	-	-	
	Colline dell'Albegna	-	-	
	Senese	15.705.278	9.000.000	
	Val di Chiana aretina	-	-	
	Valdarno Aretino	-	-	
		Totale	30.710.884	9.000.000
Totale		1.327.600.477	452.899.434	

2022		TOTALE
-		23.082.867
-		-
5.800.043		17.773.353
-		-
10.286.614		31.526.577
-		11.583.214
-		45.799.346
-		-
-		-
-		183.216.246
16.086.657		312.981.603
-		142.166.725
118.227.506		375.195.457
-		111.645.724
238.243.678		730.162.802
-		41.498.444
-		107.554.381
-		149.448.546
71.351.590		214.044.776
427.822.774		1.871.716.855
-		10.264.440
-		-
-		4.741.166
-		-
-		-
8.800.000		33.505.278
-		-
-		-
8.800.00		48.510.884
452.709.431		2.233.209.342

D. I Percorsi Partecipativi

Il lavoro legato ai Piani Integrati di Salute 2020-2022 ha rappresentato una sorta di 'chiamata alle armi' di tutte le componenti territoriali, non solo quelle istituzionali, professionali e tecniche, al fine di rendere tale strumento il frutto di azione, mediazione e condivisione comunitaria. Da questo punto di vista, le esperienze condotte dalle 26 zone si presentano molto variegata e dipendenti da specificità e contesti locali. In alcuni casi una forte tradizione al dialogo e alla partecipazione del territorio ha reso tali attività connaturate ai processi solitamente in campo nell'ambito zonale. In altri casi la legge regionale 75/2017 ha contribuito a creare infrastrutture territoriali altrimenti assenti o inefficaci, che hanno tentato di mettere in relazione istituzioni, servizi e cittadini. Per alcune esperienze, residuali nel territorio regionale, il Piano Integrato di Salute ha incentivato la ricerca di dialogo e confronto tra le diverse componenti della comunità, lasciando embrioni per la nascita di pratiche solide e durature fino a quel momento non presenti in maniera stabile.

Porre la partecipazione nell'ambito dell'azione pubblica come un processo circolare, e non come un'attività progettuale, rappresenta probabilmente il veicolo principale per renderla uno strumento di utilità all'azione pubblica e, in definitiva, alla costruzione comunitaria delle politiche e dei servizi sui territori.

Così come per le altre attività legate al processo di programmazione, anche la partecipazione ha chiaramente risentito degli effetti del lockdown conseguente all'epidemia di Covid-19, intervenuto proprio nella fase di condivisione ultima e approvazione degli atti di programmazione. Per quelle zone che avevano deciso di porre la partecipazione soprattutto nelle fasi finali dell'intero processo, ciò ha significato maggiori difficoltà – o addi-

rittura impossibilità – ad organizzare uno scambio strutturato con i cittadini e le associazioni. Avendo posticipato la data di approvazione dei PIS in alcuni ambiti anche per queste pratiche sono state adottate modalità di lavoro non in presenza, soprattutto con l'invio di osservazioni al Piano attraverso documenti, che tuttavia non hanno potuto assicurare, comprensibilmente, quella ricchezza di discussione e contributo che le arene partecipative dei Comitati e delle Consulte solitamente incontrano.

I processi partecipativi legati ai Piani integrati di salute possono essere ricondotti principalmente a tre fasi che hanno riguardato la strutturazione e redazione dei Piani:

1. Emersione dei bisogni di salute attraverso la lettura del quadro epidemiologico e sociale della popolazione.
2. Individuazione delle linee strategiche e degli obiettivi di salute.
3. Proposte per schede operative.

Le pratiche partecipative messe in campo all'interno delle Zone si sono contraddistinte per una discreta variabilità in ordine sia alla copertura delle tre fasi che al grado di 'intensità' della partecipazione, si sono collocate lungo una scala ideale che va dal grado minimo dell'informazione fino al grado massimo della coprogrammazione e coprogettazione dei servizi.

In tutti i casi è stata assicurata l'informazione/comunicazione su natura, finalità e processi legati al PIS, a partire dalla presentazione delle principali linee programmatiche contenute all'interno del PSSIR. Parimenti diffusa è stata la presentazione delle evidenze legate al Profilo di salute, documento col quale far interagire le scelte di politiche per la salute del territorio.

Circa la metà delle Zone ha invece puntato su azioni di coinvolgimento, ascolto e attivazione delle comunità attraverso percorsi maggiormente strutturati in termini di numero di incontri e metodologie partecipative, delineando affondi tematici sui quali richiamare con maggiore forza competenze, idee e contributi dei Comitati, delle Consulte e degli altri soggetti associativi. L'emergenza Covid-19 è purtroppo intervenuta negativamente sulla finalizzazione di questi processi più complessi, purtroppo il forte commitment che ha legato i soggetti della partecipazione a tali percorsi ha fatto sì che venissero individuate modalità alternative utili per portarli a compimento: incontri virtuali e invio di documenti/proposte attraverso canali telematici.

Tra gli effetti di medio-lungo termine di tali percorsi, sicuramente va richiamata la costituzione di tavoli e arene di confronto permanenti tra Terzo settore e Servizi; un risultato certamente non inatteso perché richiama l'efficacia della partecipazione laddove essa assicuri la propria effettività, ovvero la capacità di incidere su cambiamenti e miglioramenti all'interno dei Servizi a partire dal contributo di comunità competenti e coinvolte lungo l'intera filiera di programmazione. In questo senso, la sfida futura che attende gli ambiti zionali su questo campo riguarda proprio la capacità di assicurare continuità, qualificando il ruolo degli organismi partecipativi anche nelle fasi che riguardano il monitoraggio e la valutazione dei servizi.

6.2.2. Le risorse interessate dalla programmazione

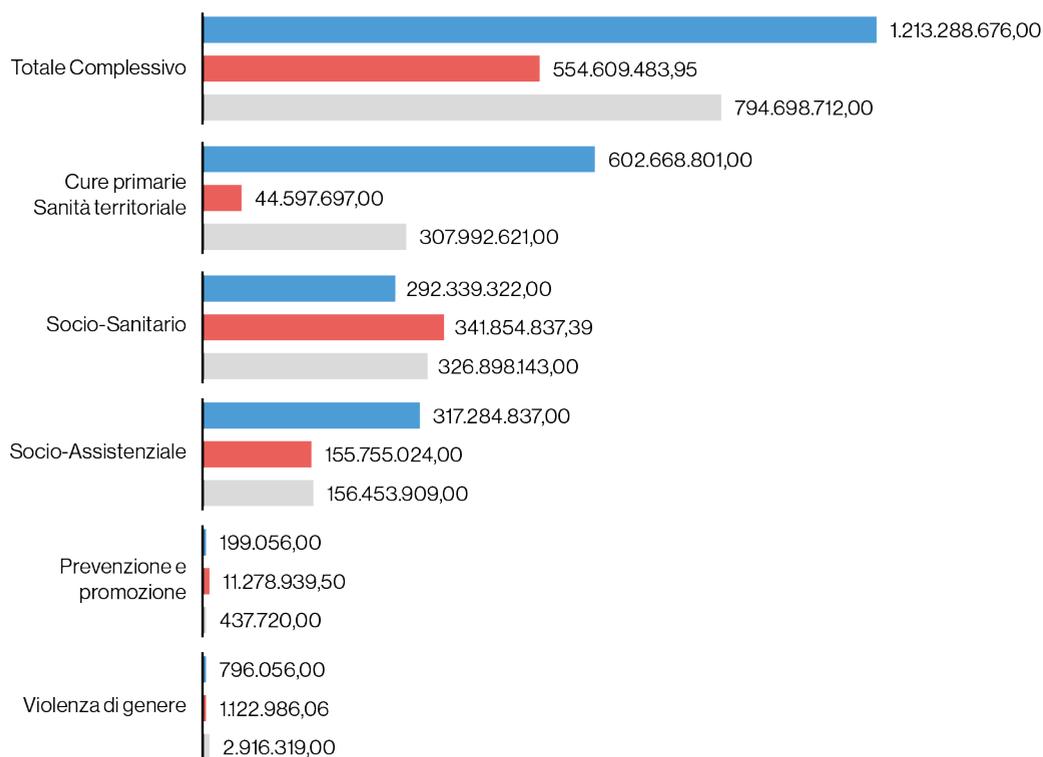
Attivando in modo completo la programmazione pluriennale 2020-2022 la Regione ha scelto di avviare in via sperimentale anche la ricostruzione del Budget integrato di programmazione. All'interno dei Piani Integrati di Salute, quindi, sono ora presenti due aree in cui vengono evidenziante le risorse:

A. Il Budget integrato di programmazione che riporta su base triennale tutte le risorse di parte sanitaria, di parte sociale, di altra provenienza e le compartecipazioni, a disposizione della programmazione integrata zonale.

B. Le risorse della programmazione operativa annuale, cioè quella parte delle risorse disponibili che vengono realmente allocate annualmente nelle singole schede di attività afferenti ai PIS.

Considerando che alle difficoltà storiche di ricostruzione dei budget integrati si sono aggiunte quelle legate all'emergenza COVID, il risultato finale di questa prima esperienza è stato ottimo. La risposta da parte del territorio è stata anche l'occasione per innescare dei processi di coordinamento tra Enti che possono portare anche benefici di altro genere (lavoro in rete, razionalizzazione della spesa, coordinamento delle azioni, etc.).

Budget di Attività per area. Anni 2018, 2019 e 2020. Totale ambiti zonali



Il Budget integrato di programmazione 2020-2022.

Le difficoltà degli Uffici di Piano dovute all'epidemia Covid sono confermate dal fatto che 17 ambiti zionali hanno affrontato la ricostruzione del quadro completo degli stanziamenti programmati, tra questi 6 ambiti hanno indicato anche la previsione delle risorse relative alle annualità 2021 e 2022.

Complessivamente il budget ricostruito dalle zone su base pluriennale supera i 2,2 mld. di euro. Per il 2020 la cifra è di oltre 1,3 mld. di euro, che corrisponde alla somma dei budget di programmazione delle 17 zone. Per il 2021 e 2022 la cifra complessiva è di circa 452 mln. di euro, che corrisponde alla somma dei budget di programmazione delle 6 zone che hanno ricostruito l'intera triennalità.

Tra le diverse zone si riscontrano notevoli differenze legate principalmente alla differente dimensione demografica: si passa da un minimo di 4,7 milioni indicati per il 2020 dalla SdS Amiata - Val d'Orcia - Val di Chiana Senese a un massimo di 253 milioni indicati dalla zona di Firenze. La seconda caratteristica principale che produce le differenziazioni è dovuta alla differente estensione dei budget, in alcuni casi la ricostruzione non è riuscita a interessare tutte le aree di programmazione.

L'eterogeneità dei criteri utilizzati da ogni zona per la composizione del budget integrato e la mancanza di circa un terzo di zone e di intere aree di programmazione, rende possibile solo una semplice rappresentazione descrittiva di quanto inserito nel sistema di programmazione. D'altronde queste sono state le stesse riflessioni fatte anche da tutti gli ambiti zionali durante la chiusura dei PIS del maggio scorso, in seguito all'epidemia Covid. I risultati le confermano e non poteva essere diversamente. Sarà comunque interessante approfondire e integrare questi dati, anche in vista dell'aggiornamento 2021 della programmazione operativa.

Le Risorse della programmazione operativa annuale 2020.

I dati seguenti non sono paragonabili alle cifre esposte nel paragrafo precedente perché in questo caso sono riferiti dalle singole schede di attività della programmazione annuale 2020. Seguono quindi una logica diversa, finalizzata a un utilizzo immediatamente operativo nella annualità di pertinenza, al contrario del budget integrato di programmazione che deriva dalla ricostruzione degli stanziamenti generali per area su base triennale.

Come avvenuto per le precedenti tornate di Programmazione operativa, anche per il 2020 l'aspetto relativo alla quantificazione dei budget di attività è stato uno dei principali focus di lavoro per gli Uffici di Piano, chiamati a evidenziare le risorse programmate dai diversi soggetti in campo (Asl, SdS, Comuni, Unioni comunali) sulle cinque aree di programmazione. Anche in questo caso l'emergenza COVID-19 ha impedito a molti Uffici di Piano una compiuta definizione proprio degli aspetti relativi alle risorse destinate alle diverse attività, di conseguenza la percentuale di schede di programmazione in cui si trovano indicate le risorse è scesa al 20% (contro il 39% del 2019).

Occorre sempre sottolineare come le risorse registrate dalle schede di Programmazione non esauriscano completamente i budget a disposizione degli ambiti zionali. Gli Uffici di Piano, infat-

ti, possono evidenziare soltanto quelle risorse dei diversi Enti che possono essere disaggregate sovrapponendosi con i settori e le attività oggetto di programmazione (processo molto difficile per il personale, per esempio). Inoltre occorre evidenziare che tra le schede di attività sono presenti anche azioni a budget zero, perché i costi sono riconducibili essenzialmente alle unità di personale diretto e quindi non oggetto di quantificazione attualmente, o perché rilevano azioni dedicate unicamente alla riorganizzazione di processi di lavoro e quindi prive di evidenze finanziarie.

Pur con tali limiti, le evidenze mostrano comunque l'evolversi di un processo in atto relativo alla strutturazione e al consolidamento degli Uffici di Piano zonali. Si rafforza la capacità di ricostruire i volumi di budget attraverso le diverse fonti di finanziamento, utili a programmare secondo un quadro logico definito per Obiettivi, Programmi, Attività, Risorse, Tempi e Responsabilità.

Il totale complessivo del 2020 è di oltre 1,2 mld. di euro, più del doppio del 2019. Nonostante la minore percentuale di schede che indicano le risorse utilizzate, la somma totale delle risorse 2020 è superiore a quella risultante dalla programmazione 2019 con una crescita di circa il 115% (554,6 mln. nel 2019); mentre nei confronti della programmazione 2018 l'aumento è pari al 44% (832 mln. nel 2018).

Sono risorse attribuibili in larghissima parte all'area della Sanità territoriale che alloca circa 600 mln. di euro contro i circa 300 mln. del 2018 e i soli 44 mln. del 2019. Un risultato eclatante che evidenzia la progressione dello strumento nei servizi sanitari. Pur con valori assoluti minori, un'osservazione del tutto analoga può essere svolta anche per l'area socioassistenziale che alloca oltre 300 mln. nel 2020, mentre nelle due annualità precedenti i valori erano intorno ai 155 mln. di euro. Nell'area sociosanitaria si riscontra invece una flessione che porta le risorse allocate a 292 mln. di euro contro i 341 mln. del 2019 e i 326 mln. del 2018. Essendo questa l'area in cui la programmazione si è sviluppata più rapidamente, sia in termini di attività che di risorse, un calo delle allocazioni rappresenta un segnale da scandagliare con molta attenzione. Anche nell'area della prevenzione e promozione si evidenziano dei segnali positivi con l'emersione di alcune prime allocazioni; mentre i programmi per il contrasto alla violenza di genere quasi triplicano le risorse evidenziate.

Le risorse associate alle schede di attività sono rilevate mediante un quadro articolato delle diverse fonti di finanziamento:

- Risorse sanitarie. Fondo sanitario ordinario - Fondo Sanitario finalizzato.
- Risorse sociali. Risorse proprie dei Comuni - Risorse proprie degli enti associativi - Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS) - Incentivo per accorpamento ex DGRT 711/2018 - Fondo Non Autosufficienza - Fondo Vita Indipendente - PON - Reddito Cittadinanza - Fondo per la lotta alla povertà (quota servizi) - Fondo per la lotta alla povertà (quota servizi ripartizione senza dimora) - FSE PON (senza dimora) - PON FEAD (senza dimora) - FSE POR - PON - GAP - Altri trasferimenti da Enti pubblici - Trasferimento fondi da privati - Partecipazione utenti.

Le risorse della programmazione operativa 2020 provenienti da fondi sanitari ammontano a circa 811 mln., 795,7 mln. dal fondo ordinario e 15,3 mln. dalle risorse finalizzate. Le risorse provenienti da fondi sociali sono complessivamente 402,2 mln. circa, ripartiti nelle 17 voci contemplate dalle schede di attività. Le voci principali sono i 198 mln. provenienti dalle risorse degli enti pubblici e i 115,9 mln. provenienti direttamente dalle singole amministrazioni comunali. Malgrado i tentativi già prodotti nelle sessioni precedenti, il quadro dei diversi fondi disponibile per le schede di attività necessita di una ulteriore evoluzione che sarà possibile affrontare solo dopo aver concluso definitivamente la costruzione tecnica del piano integrato di salute e dei suoi strumenti specifici.

La scomposizione delle risorse per le attività 2020 secondo le diverse modalità di gestione evidenzia come la forma diretta da parte di Ausl copra quasi il 60% delle risorse allocate nelle schede di attività. Seguono le Convenzioni Sociosanitarie con il 15,6% e le Società della Salute in gestione diretta con il 9,2%. I comuni in forma singola coprono il 3,6% delle risorse allocate.

6.3

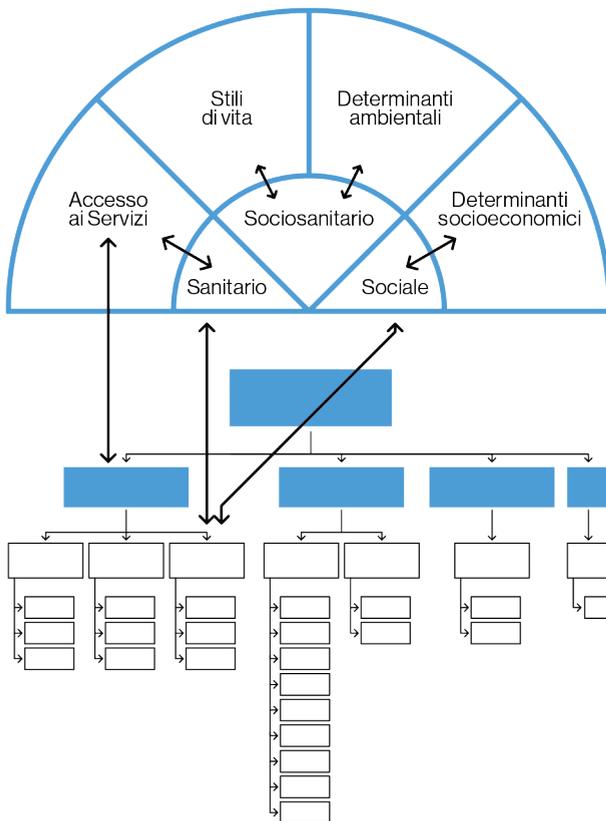
Le possibili evoluzioni future

Attraverso evoluzioni successive sviluppate nell'arco di un triennio, la programmazione integrata zonale ha raggiunto un assetto in grado di sviluppare le proprie funzioni lavorando su dimensioni che sono diventate sempre più estese e complesse. Questa impostazione è la cifra fondante dei PIS toscani, strumenti di pianificazione capaci di agire in modo sistemico seguendo una prospettiva crescente ed espansiva.

La costruzione tecnica dell'albero della programmazione articolato in obiettivi-programmi-attività, permette di svolgere contemporaneamente attività di ordine diverso: orientare lo sviluppo dei sistemi assistenziali verso obiettivi più ampi evidenziati dai determinanti di salute, costruire programmi che integrano tra loro le diverse attività settoriali, organizzare le attività gestionali secondo un approccio comune a tutto l'ambito territoriale.

Le interazioni tra i Piani integrati di salute di pertinenza zonale, la programmazione di area vasta e la programmazione regionale, insieme ad alcuni diretti riferimenti alle programmazioni settoriali di livello nazionale, permettono di identificare quei legami tra programmi di diverso livello che costituiscono la vera trama capace di alimentare la crescita dei servizi, delle professionalità e dei sistemi.

La dimensione partecipativa è quella che in realtà determina l'effettiva possibilità di connettere i processi di programmazione con le comunità locali da una parte, e con le comunità di professionisti e di operatori dall'altra. Molte volte questa dimensione viene appiattita al livello di semplici eventi di comunicazione. In altre occasioni si confondono i processi partecipativi con azioni di altro tipo: educazione alla salute, promozione di stili di vita sani, semplici confronti



Riferimenti Multilivello

Nazionale
Regionale
Area vasta / Aziendale

← Partecipazione

PIS 2020-2022

1. Sezione conoscitiva
2. Dispositivo di Piano
3. Programmazione Operativa
4. Monitoraggio e Valutazione

con singoli gruppi di interesse. Nei PIS la partecipazione invece si basa su un dialogo sociale strutturato e finalizzato alla elaborazione di decisioni il più possibile negoziate e condivise, sia nel mondo della condivisione degli obiettivi di salute e poi della co-programmazione e della co-progettazione.

I cicli interni di cooperazione e integrazione con le professionalità sanitarie e sociali, hanno bisogno di incastrarsi con i cicli esterni dedicati al coinvolgimento decisionale delle comunità locali. Da questo punto di vista il Piano integrato di salute, e i suoi processi di costruzione, possono essere forse intesi come una piattaforma stabile e progressivamente codificata su cui è possibile innestare un network partecipativo locale con metodi, tempi e obiettivi ben precisi.

Oltre queste considerazioni di carattere generale, a conclusione del primo triennio di sviluppo è forse possibile individuare alcune possibili evoluzioni dei PIS. Avanzamenti che riguardano tre grandi campi di interesse: l'orientamento strategico della pianificazione, la multidimensionalità della programmazione, la regolazione dei sistemi locali dei servizi.

6.3.1.

L'orientamento strategico della pianificazione

Perché la programmazione zonale integrata possa essere sempre più aperta verso gli orizzonti della salute e dello sviluppo umano sostenibile, occorre sviluppare la capacità degli ambiti territoriali di pianificare secondo veri e ampi obiettivi in cui siano coinvolti tutti i determinanti. Contemporaneamente bisogna anche aumentare la capacità di partecipazione consapevole delle comunità locali, così come la capacità delle strutture pubbliche di sostenere il dialogo negoziato paritario che sta alla base dei processi partecipativi.

Diventa interessante riuscire a generare una piccola piattaforma dedicata all'aggiornamento sistematico dei dati e delle informazioni che compongono i profili di salute zonali, connessa con le grandi banche-dati che sono alimentate ricorsivamente da tante fonti diverse (*Big Data*) verso cui accorrebbe pensare un avanzamento tecnologico basato su ontologie evolute e forme di intelligenza artificiale.

Allo stesso modo sarebbe rilevante riuscire a comporre dei profili dei servizi finalmente dimensionati sui reali dati di esercizio e non solo su indicatori di performance. Per fare dei passi avanti verso questa direzione sembrerebbe importante riuscire a generare dei flussi molto codificati e significativi direttamente dai sistemi informativi gestionali dei diversi servizi territoriali sanitari, sociosanitari e sociali.

Altro fattore di evoluzione è la codifica di interconnessioni stabili e ricorsive tra gli strumenti di programmazione locale (PIS), gli strumenti di programmazione aziendale (PAL) e di area vasta (PAV), e lo strumento principale di programmazione regionale (PSSIR).

Obiettivi di miglioramento

A. Sezione Conoscitiva

Profilo di salute
Profilo dei servizi

Allineamento da Big Data
Alimentazione da Flussi Gestionali

B. Dispositivo di Piano

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

Orientamento verso i Determinanti di Salute
Network per la Programmazione Partecipata

C. Programmazione Operativa Annuale

Programmi operativi
Schede di attività

Visione Multidimensionale della Programmazione
Incrocio con i Piani Settoriali

D. Monitoraggio e valutazione

Monitoraggio attività
Valutazione azioni del PIS

Sistema per le Valutazioni
Sistema informativo Dedicato

Livelli Essenziali di Assistenza
Livelli Essenziali delle Prestazioni
Obiettivi di servizio

Sistemi informativi
Evoluti e Integrati

A questo scopo il sistema informativo ProWeb2020 potrebbe costituire il primo elemento di una piattaforma regionale che segue le correlazioni tra i programmi previsti dai diversi strumenti. Una piattaforma che può dare immediata profondità alle diramazioni acquisite nelle aziende sanitarie e negli ambiti zionali dai programmi operativi regionali, dall'alto in basso; nello stesso modo con cui potrebbe dare evidenza ai riferimenti unitari trovate dalle attività definite nei singoli PIS in una direzione che dal basso va verso l'alto. Nel suo impiego più operativo e specifico, poi, il sistema informativo ProWeb2020 potrebbe diventare un vero e proprio sistema gestionale dei programmi zionali che sarebbero quindi monitorati e aggiornati in continuo, seguendo le richieste avanzate dalle zone in questo senso.

6.3.2.

La multidimensionalità della programmazione

Il baricentro dei PIS è costituito dalla costruzione di programmi pluriennali finalizzati al conseguimento di obiettivi di salute, ancorati alla realizzazione annuale di attività effettivamente finanziate. La capacità di generare una visione multidimensionale dei programmi operativi, che integrano tra loro le diverse attività settoriali, è decisiva per far avanzare i sistemi locali di salute.

Probabilmente il prossimo campo di evoluzione dei PIS sarà proprio quello di qualificare i programmi operativi in modo da incrociarli anche con i diversi piani di settore di livello nazionale o regionale (cronicità, non-autosufficienza, povertà, DAP, ecc.). In alcune singole materie questi piani settoriali tematizzano azioni, obiettivi specifici, servizi, soluzioni organizzative, che a livello locale sono ricompresi nella programmazione integrata del PIS. Rispetto all'impianto costruito finora manca ancora una connessione sistematica, razionale ed efficace tra questo tipo di programmazione settoriale molto specifica e gli strumenti del PIS.

Nella misura in cui le programmazioni di settore saranno sviluppate identificando in modo preciso le azioni programmate e gli obiettivi di servizio a cui tendere, questi stessi riferimenti potranno essere evidenziati dai programmi operativi dei PIS tramite dei semplici segni di spunta su pannelli già predisposti nella prossima evoluzione del Sistema ProWeb2020.

Tuttavia la spinta verso la multidimensionalità della programmazione integrata è più ampia della sola connessione, pur fondamentale e irrinunciabile, con le programmazioni specifiche di settore elaborate dal livello nazionale o regionale. È l'approccio ampio all'integrazione che spinge la programmazione operativa del PIS verso la ricerca di connessioni sempre più estese, approfondite, efficaci. Connessioni tra segmenti del lavoro sociale o sociosanitario o sanitario, e connessioni con altri settori della salute o del benessere; in un rapporto dinamico tra luoghi e soggetti della pubblica amministrazione, e luoghi e soggetti della comunità locale.

Per cercare di offrire una base strumentale a questa potenziale spinta evolutiva, più in avanti potrebbe essere utile introdurre una metodologia di sviluppo dei programmi pluriennali ispirata al sistema degli assi e delle misure. In questo modo, nel sistema informativo del PIS, potrebbero essere resi disponibili dei pannelli di 'articolazioni tematiche' da utilizzare per dare evidenza alla multidimensionalità della programmazione operativa.

Anche le azioni dedicate alla valutazione sono oggetto di una specifica azione di miglioramento che si svilupperà nei prossimi due anni, presentata nel capitolo 8. L'approccio utilizzato segue due filoni principali: la valutazione come fase ricorsiva del ciclo della programmazione; la valutazione come processo di apprendimento e di dialogo comunitario. Nell'attuale stadio di evoluzione della programmazione integrata zonale, forse la valutazione rappresenta il macro-processo più importante da innescare e i due filoni di sviluppo aprono dei campi estremamente interessanti. Le azioni valutative segnano i momenti in cui i processi di programmazione entrano in contatto con tutto ciò che è stato realizzato nel periodo precedente per riversarne l'esperienza sul successivo. Da questo punto di vista il processo di apprendimento, insieme al dialogo comunitario che è possibile associare, risultano elementi particolarmente preziosi proprio per metabolizzare i contenuti multidimensionali e le complessità insite nella pianificazione per la salute.

Vista in prospettiva la finalità è quella di fare diventare il PIS un vero programma-quadro locale sul sanitario e sul sociale, inserito a sua volta in un vero programma-quadro di sviluppo locale. Per promuovere questa visione non si può fare altro che mettere in campo qualche azione di 'induzione' per tentare di avvicinare il futuro. Induzioni interne al PIS, così che da qualche programma operativo importante possa nascere la spinta a fare del PIS un vero programma-quadro integrato. Induzioni esterne al PIS, così che da qualche progetto costruito insieme a strutture o associazioni o organizzazioni che appartengono ad altri settori possa nascere la spinta verso un programma-quadro di sviluppo locale.

6.3.3. La regolazione dei sistemi locali di servizi

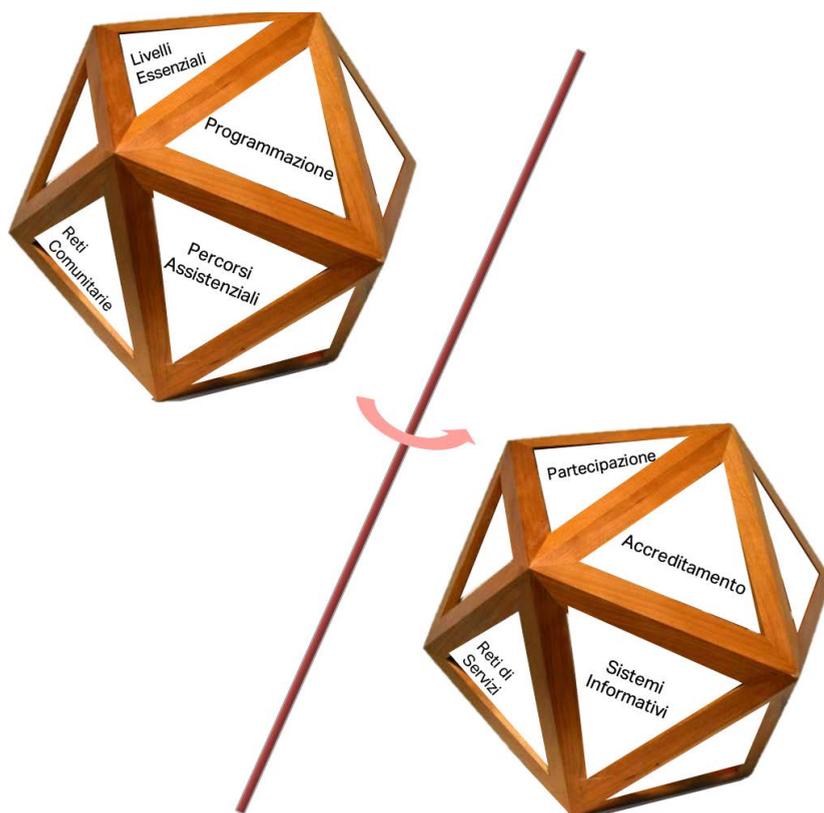
Il PIS ha come suo primo oggetto di lavoro l'insieme dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali di zona. Rispetto a questo insieme di servizi il PIS esplicita in modo integrato obiettivi strategici, programmi operativi e attività realizzative. Tuttavia questo stesso insieme di servizi zonali fa parte di un sistema pubblico più vasto, orientato da principi generali che ne definiscono la missione sia per la parte sanitaria che per la parte sociale. In particolare l'assistenza sanitaria è riferita all'attuazione appropriata, omogenea e uniforme di livelli essenziali di assistenza definiti dal livello statale; mentre l'assistenza sociale è riferita all'attuazione adeguata, generale e permanente di livelli essenziali delle prestazioni che il livello statale ha iniziato a definire solo di recente e in modo ancora parziale. Il complesso dei LEA e dei LEP costituisce dunque il meccanismo principale di regolazione dei sistemi di servizio perché definisce la natura delle attività, i destinatari, le condizioni di appropriatezza o di adeguatezza, i parametri quantitativi di riferimento, le risorse finalizzate. Si tratta della prospettiva costituzionale che lega la disponibilità delle attività e delle prestazioni alla concreta esigibilità dei diritti soggettivi di natura sociale dei cittadini.

È quindi inevitabile che in futuro anche la prospettiva costituzionalmente orientata dei LEA e dei LEP venga assunta come uno dei fattori strategici della programmazione integrata zonale, proprio per dare significato, coerenza e sistematicità alle azioni di regolazione del sistema

zionale dei servizi integrati. Un ingresso esplicito nella programmazione che può essere agevolato dall'utilizzo graduale dei cosiddetti 'obiettivi di servizio', un istituto già presente nella normativa nazionale e regionale che può condurre i territori a convergere gradualmente su livelli di servizio condivisi sia per quanto riguarda le erogazioni di prestazioni che per quanto riguarda l'organizzazione dei processi assistenziali. Tra l'altro la vera cifra fondante delle Società della Salute e delle Convenzioni Sociosanitarie è proprio la radicazione nelle comunità di questa prospettiva costituzionale, che fa di loro delle infrastrutture territoriali per l'esercizio associato e coordinato delle funzioni relative all'assistenza, alla salute e al benessere dei cittadini in risposta ai loro diritti sociali.

6.3.4. Macroprocessi per i sistemi locali dei servizi: il poliedro

Oltre alla programmazione nelle sue varie declinazioni, esistono altri macroprocessi di interesse generale che si incrociano tra loro incessantemente, tra cui: la determinazione dei contenuti assistenziali recati dai livelli essenziali di assistenza e dai livelli essenziali delle prestazioni; la definizione dei processi assistenziali; la promozione delle reti di servizi e delle reti comunitarie; le modalità e i contenuti dell'autorizzazione e dell'accreditamento; l'organizzazione dei sistemi che trattano le informazioni e le rendono fruibili, la partecipazione.



Questi macroprocessi si incrociano incessantemente tra loro perché in realtà agiscono sullo stesso oggetto di lavoro che si riferisce alla costruzione di compiuti sistemi integrati di servizi a livello locale. È come se, alla fine, ciascun macroprocesso costituisse semplicemente un approccio particolare e distinto allo stesso oggetto comune, il sistema locale dei servizi. Ogni approccio agisce sul sistema secondo una finalità e dei contenuti ben distinti e specializzati rispetto agli altri macroprocessi, e in questo modo porta il proprio contributo alla costruzione dell'oggetto complesso comune.

È forse possibile rappresentare queste interazioni in modo sintetico e immediato attraverso la figura di un poliedro. L'oggetto è il sistema integrato dei servizi locali, che viene approcciato dai diversi macroprocessi. All'interno si sviluppano tutte le interazioni che legano questi approcci tra loro e che rendono complessa la loro attuazione. È per questo che, anche se ogni macroprocesso ha le sue finalità e le sue modalità operative, i diversi contenuti non possono essere considerati come il frutto di linee del tutto separate che possono essere dispiegate in modo indipendente l'una dall'altra. Né un macroprocesso è sovraordinato ad un altro, come la pianificazione e la programmazione tutti sono in realtà funzionali e subordinati alla costruzione dei sistemi locali e integrati di servizi.

Con analisi più ricche di quella appena accennata in queste scarse righe, è naturalmente possibile individuare altri macroprocessi di ordine generale e trasformare di conseguenza il poliedro a più facce della figura, ciascuna delle quali simboleggia l'approccio diverso che ogni macrolivello opera rispetto allo stesso oggetto comune costituito dai sistemi integrati di servizi.

Sistemi locali che non devono essere pensati come organismi chiusi e autosufficienti, ma come grandi nodi di reti territoriali formate con gli altri sistemi locali. Reti territoriali connesse a loro volta, in una logica di governance, con i differenti livelli aziendali, regionali e nazionali.

Forse questa è in realtà la vera frontiera cognitiva e operativa dell'evoluzione organizzativa di cui abbiamo assoluto bisogno. Riuscire a sostituire le attuali concettualizzazioni organizzative piramidali con il pensiero di aziende sanitarie costituite come holding di reti ospedaliere e di reti territoriali, queste ultime basate sulla infrastruttura istituzionale e comunitaria delle società della salute. Holding che in qualche loro elemento specifico sono connesse a reti specialistiche organizzate su base regionale ma che, nel loro complesso, sono iscritte in una logica multilivello orientata dalla finalità costituzionale di realizzare il più ampio e uniforme accesso appropriato ai livelli essenziali sia in sanità che nel sociale, sia per i singoli cittadini che per le comunità locali.

PARTE TERZA

Lo sviluppo graduale degli strumenti tecnici



Lo sviluppo graduale del processo di programmazione negli ambiti zonali

7

Il programma di sviluppo dei Piani Integrati di Salute nasce seguendo una logica induttiva ed empirica, dalle norme e dalle delibere regionali sono stati implementati dei processi attuativi successivamente riconfigurati in maniera incrementale. Si tratta di un lavoro che ha seguito una progressione graduale, facendo tesoro delle reazioni prodotte e riprogettando continuamente azioni di miglioramento. Difatti ogni tappa evolutiva è stata preceduta e seguita da audit dedicati alla raccolta delle indicazioni principali e dei punti critici da risolvere, creando di fatto un sistema stabile e ricorsivo di interazioni tra livelli zionali e regionali che ha alimentato il miglioramento continuo degli strumenti e dei processi di programmazione.

I quesiti iniziali a cui si è cercato di rispondere attraverso lo sviluppo graduale della programmazione zonale integrata e del suo programma di accompagnamento e supporto, riguardavano alcuni elementi strategici dello scenario regionale da agire localmente. Era indispensabile estendere la programmazione a tutte le attività sanitarie e sociali territoriali, storiche o innovative, e nel contempo comporre degli strumenti capaci di agire sia sull'integrazione dei servizi che sul perseguimento degli obiettivi di salute. Per riattivare i PIS e i processi di programmazione integrata zonale occorreva un impianto tecnico capace di rendere omogenei e comparabili i singoli piani tra loro. Allo stesso modo era decisivo sviluppare competenze nel personale aziendale, comunale o delle società della salute per implementare la programmazione integrata come un processo, e non come un adempimento burocratico, e cercare di stimolare l'attivazione di veri processi partecipativi in ambito zonale. Tuttavia la programmazione integrata zonale non vive isolata dal resto dei sistemi per la salute, di conseguenza era chiarissima l'esigenza di definire e montare un sistema regionale multilivello con una coerenza verticale e una orizzontale. Occorreva quindi immaginare e sostenere un percorso sistematico di innovazione comune a tutto il territorio regionale.

Sintetizzando l'esteso orizzonte delle finalità da perseguire, sono stati focalizzati tre obiettivi decisivi che hanno guidato il triennio di costruzione dei PIS sia a livello locale che regionale:

- a. Costruire uno strumento di pianificazione evoluto e supportato da strumenti tecnici dedicati.
- b. Riuscire ad agire con le interazioni di sistema, sia dei diversi livelli locali che del livello regionale.
- c. Sviluppare un percorso di assistenza continua improntato alla cosiddetta 'amministrazione collaborativa', invece che alla semplice rivendicazione di ruoli e funzioni per la propria struttura e di doveri per le altre.

Il programma sviluppato nel corso del triennio 2017-2019 ha naturalmente seguito le evoluzioni della normativa riferita allo sviluppo della riforma del SSR e in particolare alla elaborazione del PSSIR e alla logica multilivello.

7.1. Le sessioni di costruzione della programmazione integrata zonale

Giungere a strutturare tutti i Piani Integrati di Salute secondo una sequenza di pianificazione molto semplice e classica come quella Obiettivi – Programmi – Attività, esposta nella seconda parte del volume, è stato in realtà l'esito finale di un lungo lavoro durato tre anni. Il percorso è iniziato nella primavera del 2017 e si è concluso nella primavera del 2020 malgrado l'irruzione dell'epidemia Covid19. Sono state impegnate risorse di varia natura, ma sono state soprattutto la fiducia e l'adesione ideale al programma da parte delle tecnostrutture zonali e regionali i fattori fondamentali che ne hanno segnato l'esito positivo.

Il percorso tecnico è stato costruito dal basso verso l'alto, dalla organizzazione delle attività operative alla elaborazione degli obiettivi di salute, passando per i programmi dedicati all'integrazione. Un passo per ciascuna annualità, fino ad arrivare alla costruzione completa di uno strumento pluriennale per la pianificazione che reca anche un programma annuale di tipo gestionale, aggiornabile a scorrimento.



La prima sessione è stata dedicata alla programmazione delle attività 2018, ma si è trattato anche del momento in cui è stato delineato il quadro complessivo di riferimento della programmazione zonale attraverso la D.G.R. 573/2017. Un atto che ha operato il riallineamento delle tempistiche dei PIS zonali allora esistenti; definito contenuti e percorsi della programmazione operativa annuale; disciplinato sia il 'dizionario/nomenclatore' di riferimento esteso a tutte le materie oggetto di programmazione, che le prime schede tecniche dedicate alla progettazione delle attività su base zonale; organizzato un primissimo supporto informativo.

La seconda sessione è stata avviata dalla D.G.R. 1076/2018 per l'aggiornamento della programmazione operativa 2019, e si è potuta avvalere delle esperienze positive e dei punti critici emersi nel primo anno. È stata quindi introdotta una prima evoluzione, basata su programmi

operativi capaci di aggregare schede di attività afferenti a settori diversi, in modo da sostenere il più possibile la propensione all'integrazione tra le varie strutture operative. A loro volta i programmi operativi potevano essere aggregati in relazione a obiettivi di ordine generale, non ancora qualificati però come obiettivi di salute, andando a costituire un primo esempio di albero della programmazione. Condizione indispensabile per sostenere questo tipo di articolazione, è stata la corrispondente evoluzione del sistema informativo espressamente dedicato a questo scopo, con un portale accessibile alle singole zone denominato Poaweb2019.

La terza sessione è stata finalmente riferita alla pianificazione pluriennale dei PIS 2020-2022, oltre che alla programmazione attuativa del 2020, secondo la D.G.R. 1339/2019. È stata così raggiunta quella prospettiva di medio periodo indispensabile per dare un senso vero e propulsivo alla programmazione, dimensione oltremodo indispensabile se si vuole anche tendere verso una pianificazione per obiettivi di salute. A questo scopo è stato costruito un indice di riferimento per i PIS, introducendo una sezione chiamata 'dispositivo di piano' che reca le scelte strategiche della zona insieme ai grandi obiettivi di salute da perseguire. Inoltre la sezione espone anche le risorse a disposizione per la programmazione, le dotazioni tecnico-professionali dedicate alla programmazione e i percorsi partecipativi attivati. Anche il sistema informativo ha seguito un'analogia evoluzione che ha dato vita alla nuova versione del portale denominato ProWeb2020. Una realizzazione di grande interesse che sorregge l'intero impianto delle programmazioni zonali toscane.

La conclusione della elaborazione dei Piani Integrati di Salute 2020-2022 era inizialmente prevista per la fine di marzo 2020, in seguito all'irruzione dell'epidemia Covid il termine è stato prorogato alla fine di maggio con la D.G.R. 385/2020.

Durante la costruzione pluriennale dei PIS, Regione Toscana ha attivato le principali agenzie regionali per la composizione condivisa dei profili di salute dei singoli ambiti zonali. ARS, MES, Osservatorio sociale regionale e Centro regionale per l'infanzia-adolescenza, che hanno organizzato tutto il complesso delle informazioni in loro possesso per produrre una rassegna sintetica degli indicatori maggiormente rilevanti in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale. Gli indicatori dei profili di zona sono stati messi a disposizione con un format unico già opportunamente commentato, le basi di calcolo sono state rese fruibili per ulteriori approfondimenti o eventuali personalizzazioni, così come sono stati evidenziati i riferimenti a studi o ricerche particolarmente utili alla programmazione zonale.

Tra gli elementi di problematicità, invece, va messo in rilievo un aspetto particolare che è legato al tema delle risorse. In generale in una organizzazione non è buona regola lasciare scorrere su due binari distinti la determinazione degli obiettivi e la determinazione delle risorse necessarie per attuare le azioni programmate, questo è noto a tutti. Tuttavia nel caso della programmazione operativa legata alle materie sanitarie territoriali, sociosanitarie e sociali, emerge un ulteriore significato da assegnare al necessario coordinamento tra obiettivi, azioni, risorse, responsabilità. Gli organismi della governance istituzionale, prime tra tutte le conferenze integrate zonali che tra le loro funzioni annoverano appunto il coordinamento degli strumenti di programmazione operativa, attraverso il processo del PIS possono arrivare ad allocare veramente le risorse secondo gli obiettivi di salute e gli indirizzi regionali e locali. Oltretutto lo

farebbero in un percorso codificato e cadenzato che porta il livello istituzionale a dialogare costantemente con il livello professionale e amministrativo di zona, così come a esercitare un dialogo sociale finalizzato alla programmazione con le comunità locali e le loro organizzazioni attive. L'insieme di queste interazioni con l'allocazione finale delle risorse, unito al ciclo successivo di monitoraggio e valutazione, potrebbe essere finalmente definito come un vero sistema per la 'governance operativa'. Per raggiungere questo risultato, però, occorre che il ciclo della programmazione sia ben definito e che i controlli di gestione delle nuove aziende sanitarie, insieme a una funzione trasversale capace di coinvolgere tutti i comuni dell'ambito zonale, siano in grado di fornire i necessari elementi contabili e amministrativi in coerenza con le reali dimensioni della programmazione operativa integrata.

7.2.

Alcuni elementi di rilievo emersi nel corso delle tre annualità

Come sempre in questi casi, l'avvio di un processo di una certa portata e di una certa complessità ha presentato alcuni aspetti positivi e altri più problematici. Potrebbe apparire scontato ma il primo aspetto positivo è stato rappresentato proprio dall'aver avviato e portato a termine un processo del genere. È stata necessaria la convergenza di volontà e azioni istituzionali, direzionali, professionali e tecniche di ordine regionale, zonale e comunale; una serie, non facile da mettere in piedi e da gestire, di meccanismi complessi da attivare e regolare per convergere verso le finalità comuni.

Probabilmente possono essere rintracciati tre fattori principali che hanno permesso lo svolgimento di un processo di questo tipo:

- La lucida e consapevole volontà dei decisori istituzionali e direzionali, di livello regionale e locale, azione di cui non si può fare a meno pensando di sostituirla con semplici meccanismi automatici interni alle strutture organizzative.
- La definizione di un impianto tecnico sufficientemente delineato e robusto per la programmazione operativa integrata, malgrado all'inizio si sia trattato solo di un primo impianto che successivamente è stato oggetto di evoluzione e miglioramento.
- La messa in opera di una serie di azioni di sostegno e di accompagnamento pensate per 'tenere in forma' il processo complessivo di programmazione, che tuttavia possono essere efficaci solo se condivise fortemente dalle professionalità coinvolte localmente.

Prima Sessione 2017.

Il primo elemento da mettere in rilievo, forse il più importante e decisivo, consiste nella fortissima adesione riscontrata nelle zone verso il riavvio del processo di programmazione. Ovviamente si tratta di una risposta che il primo anno per forza di cose non è stata uniforme e omogenea su tutto il territorio regionale, poiché era ancora troppo legata alle peculiarità organizzative dei singoli ambiti territoriali e alla diversa stratificazione delle competenze necessarie. Tuttavia è emersa con indubbia evidenza la fortissima apertura verso uno dei temi nazionali più controversi e instabili che riguardano le organizzazioni sanitarie territoriali, sociosanitarie e sociali, con tutti i loro pretesi 'modelli' di riferimento. Una rinnovata apertura verso la programmazione integrata che da quel momento è diventata un campo di conferma e di evoluzione sia per il livello regionale che per quello aziendale e locale.

Tra i fattori che invece hanno provocato i maggiori elementi di problematicità a livello locale nel 2017 sono da mettere in evidenza:

- Un certo grado di 'farraginosità' nei meccanismi tecnici della programmazione operativa che nella prima sessione erano troppo meccanici e poco fluidi e rischiavano, quindi, di appesantire la programmazione intersettoriale e di limitare lo scambio con altri campi importanti per i determinanti di salute.
- I tempi entro cui si è di fatto svolta l'attività di programmazione, aspetto su cui occorre tuttora riflettere con molta attenzione per definire un ciclo di programmazione pluriennale e annuale che sia significativo, efficace e sostenibile.
- La maneggevolezza del 'raccoltore web' inizialmente messo a disposizione degli ambiti zonal per le schede di attività, che ovviamente ha scontato i limiti propri di ogni sistema al suo esordio ma che poi si è posto come un fondamentale elemento di evoluzione per tutto il processo di programmazione integrata.

Seconda Sessione 2018.

Nel Febbraio 2018 è stata restituita un'immagine piuttosto approfondita della sessione di programmazione 2017-2018 attraverso la redazione e la presentazione di un rapporto analitico specifico. Successivamente, tra Aprile e Maggio 2018, sono stati effettuati tre audit dedicati alle zone di ciascuna area vasta che hanno coinvolto tutti gli uffici di piano insieme alle direzioni zionali e alle direzioni aziendali.

Nel corso degli audit sono stati trattati alcuni temi di carattere generale: la programmazione operativa del 2017-2018, lo sviluppo della zona-distretto, la costruzione del nuovo piano regionale, lo sviluppo degli assetti per la programmazione zonale integrata; insieme a due approfondimenti di gruppo relativi agli strumenti tecnici per la programmazione e alla stabilizzazione degli uffici di piano.

Gli audit sono stati molto partecipati e con un confronto ricco di contenuti, le principali indicazioni scaturite possono essere così riassunte:

- a. Inserimento nella programmazione di una sezione dedicata agli Obiettivi strategici.

- b. Inserimento nella programmazione di una sezione dedicata ai Programmi settoriali e intersettoriali.
- c. Evoluzione della sezione dedicata alle risorse.
- d. Monitoraggio dello stato di attuazione del POA 2017-2018.
- e. Evoluzione del sistema-web per la programmazione operativa.

Le principali indicazioni emerse dagli audit sono state assunte nelle linee che hanno guidato l'evoluzione della programmazione operativa 2019.

La struttura di programmazione 2017-2018 è stata basata sulle Schede di Attività, strumenti pensati per mettere in relazione reciproca Attività - Azioni - Risorse - Tempi - Responsabilità rispetto alla dimensione territoriale di livello zonale. Le schede sono state sviluppate dalle programmazioni zonali in un ambito prevalentemente settoriale, facendo riferimento alle griglie propedeutiche che recavano sia le aree e i settori di programmazione, che le definizioni e i contenuti delle singole attività potenzialmente oggetto della programmazione operativa.

Questa impostazione ha presentato gli indubbi aspetti positivi di fornire un riferimento omogeneo per tutti gli ambiti zonali e di presentare uno schema consolidato per la parte più attuativa della programmazione. Tuttavia ha evidenziato anche alcuni limiti, come sempre accade all'avvio di percorsi complessi e multidimensionali. L'aspetto più importante riguarda i contenuti e le modalità dell'integrazione, dimensione da sempre fondativa di tutta la programmazione territoriale toscana. A fronte della sua concretezza operativa, il rischio della programmazione effettuata nel 2017-2018 è stato quello di non riuscire a evidenziare sufficientemente i percorsi e i processi dell'integrazione tra le diverse materie di competenza: sanità territoriale, socio-sanitario, socioassistenziale, prevenzione e promozione, contrasto alla violenza di genere.

Per potenziare questi aspetti legati all'integrazione, nel corso degli audit è emersa l'indicazione di prevedere un ulteriore livello logico di programmazione dedicato allo sviluppo di 'programmi trasversali' a più settori di attività, senza perdere nel contempo la relazione con l'allocatione delle risorse per singola attività che è stato l'oggetto della programmazione 2017-2018. Un ulteriore passo avanti in questa direzione è stato realizzato introducendo anche un livello dedicato agli 'obiettivi generali', i grandi traguardi da perseguire attraverso il susseguirsi delle varie programmazioni che derivano dalle linee di governance e dalle scelte di priorità definite dalle Conferenze integrate dei sindaci o dalle Assemblee della società della salute. È stato così impostata una prima versione dell'albero della programmazione' articolato su tre livelli logici: Obiettivi Strategici - Programmi Operativi - Schede di Attività.

In questo modo la programmazione 2019 ha potuto conservare la concretezza acquisita l'anno precedente, un capitale irrinunciabile e fondativo, e contemporaneamente aprirsi a una dimensione articolata e trasversale in grado di rendere la complessità delle azioni realmente poste in essere negli ambiti zonali durante la gestione annuale.

In riferimento al piano regionale sulla povertà, le norme regionali prevedono l'introduzione a livello zonale di una linea programmatica specifica composta da: un obiettivo generale sul contrasto alla povertà; un programma dedicato alle attività attuative delle misure SIA e REI; almeno due Schede di Attività, una legata al finanziamento del PON-Inclusione SIA e l'altra alla compo-

nente servizi REI. In alcuni casi questa linea di programmazione è stata arricchita e integrata con schede dedicate alle altre attività zonali che operano nel vasto e multidimensionale campo del contrasto alle povertà.

La seconda grande tematica evidenziata dagli audit 2018 ha riguardato lo sviluppo di un sistema informativo dedicato alla programmazione integrata zonale, in grado di sostenere le evoluzioni e la maturazione continua dei processi locali e regionali.

Terza Sessione 2019-2020.

Come esposto diffusamente nella seconda parte del volume, la terza annualità è stata dedicata allo sviluppo della pianificazione pluriennale dei PIS 2020-2022, oltre che alla programmazione attuativa del 2020. È stato composto un indice completo del PIS con una sezione per la pianificazione strategica e una per la programmazione operativa annuale. Anche il sistema informativo si è evoluto nel portale ProWeb2020 che rappresenta ormai un supporto insostituibile.

A marzo l'irruzione dell'epidemia Covid19 ha interrotto l'ultima parte del processo di programmazione, quella più direttamente legata agli iter istituzionali e amministrativi. La D.G.R. 385/2020 ha fissato nella fine di maggio il nuovo termine per l'elaborazione dei Piani Integrati di Salute. Il mese di maggio 2020 è stato quindi impegnato nel perfezionamento delle elaborazioni tecniche approntate a febbraio e nel completamento per quanto possibile degli iter istituzionali e amministrativi.

7.3. Le azioni di accompagnamento degli ambiti territoriali

Da tempo tra Regione Toscana e Anci Toscana sono in campo collaborazioni strutturate a sostegno dei processi di integrazione sia di livello centrale che locale, per evoluzioni successive si è giunti alla costruzione di un accordo di collaborazione che abbraccia la maggior parte delle attività svolte in materia sanitaria e sociale. La linea di attività che coinvolge direttamente Federsanità Toscana prevede tra le sue azioni anche quella di accompagnamento agli ambiti territoriali durante i processi di programmazione o di progettazione a valenza zonale, ed è coordinata dalla struttura regionale *“Politiche per l'integrazione sociosanitaria e programmazione”*.

Le attività di supporto agli ambiti zonali si sono alternate con le attività di audit descritte nel paragrafo precedente, coinvolgendo progressivamente tutti i territori nell'arco del triennio 2017-2019. È stato costruito un gruppo di operatori esperti nelle materie della sanità territoriale, del sociosanitario e del socioassistenziale e nell'animazione delle reti territoriali che ha lavorato in strettissimo coordinamento con le strutture regionali tra audit e assistenze zonali dirette.

Il programma di assistenza agli ambiti territoriali ha avuto come riferimenti principali le conferenze dei sindaci, le direzioni zonali, le strutture tecniche aziendali e quelle comunali che compongono gli uffici di piano. Sia nel 2017 che nel 2018 è stato organizzato in tre fasi:

- La fase di attivazione che si è svolta dall'inizio di settembre alla prima parte di ottobre.
- La fase di assistenza che si è svolta dalla seconda parte di ottobre a metà dicembre.
- La fase di raccolta e restituzione che si è svolta da gennaio a febbraio.

Durante le sessioni annuali è stata anche seguita l'attività specifica svolta dalla Azienda sanitaria toscana centro per il coordinamento delle programmazioni zonali con le azioni dei dipartimenti territoriali e sociosanitari.

Nel 2019-2020 il programma di assistenza si è di fatto suddiviso in due parti: la prima dedicata al supporto delle parti strategiche dei PIS zonali, la seconda a supporto delle parti operative. Poi il percorso è stato sospeso a causa dell'epidemia Covid-19 e si è concluso a maggio con azioni di supporto da remoto.

Durante le diverse fasi si sono alternate attività dedicate alla presentazione degli strumenti tecnici di supporto, attività di accompagnamento e di supporto diretto a tutti gli ambiti zonali, audit di restituzione e confronto sul lavoro fatto. Per ciascuna sessione annuale è stato effettuato il monitoraggio continuo del processo in corso in tutti gli ambiti zonali con interventi di supporto tecnico, elaborazione di documenti, scambio di esperienze, approcci, soluzioni.

Lungo tutte le sessioni di programmazione è stato garantito il supporto tecnico al portale web da parte dei tecnici di riferimento, che hanno sostenuto l'utilizzo quotidiano della piattaforma informativa da parte degli ambiti zonali.

Il fattore di maggiore interesse riscontrato nel corso delle assistenze riguarda il processo di costruzione dell'albero della programmazione. Nel 2018, dopo un primo periodo di riflessione e di comparazione con la programmazione precedente, i singoli ambiti zonali hanno generalmente 'innescato' un meccanismo più evoluto di programmazione che li ha condotti a ragionare secondo i tre livelli logici Obiettivi - Programmi - Attività. Un salto analogo è poi avvenuto l'anno successivo con il dispositivo di piano e la visione pluriennale del PIS. Questo passaggio tecnico, professionale e culturale ha prodotto di conseguenza una visione molto più integrata e consapevole delle attività svolte, e ha reso evidente l'esigenza di un dialogo permanente tra le diverse strutture organizzative zonali sanitarie e sociali, procedendo verso una visione dell'Ufficio di piano che lo interpreta come una infrastruttura zonale a disposizione dell'evoluzione dell'ambito territoriale.

Una possibile raccomandazione emersa dal ciclo di accompagnamento.

Dal punto di vista locale il processo di programmazione di questo triennio si è dipanato lungo quattro direttrici principali:

- Lungo le componenti tecnico-professionali delle singole amministrazioni comunali.
- Lungo le componenti tecnico-professionali delle singole articolazioni organizzative aziendali.
- Lungo le componenti istituzionali delle Conferenze zonali o delle Società della Salute.
- Lungo l'interlocuzione con le organizzazioni sindacali o categoriali e con le organizzazioni della cittadinanza attiva.

Le direzioni rimarcate presentano una caratteristica comune che riguarda la complessità delle interlocuzioni rese necessarie per sviluppare la programmazione. Attivare, coinvolgere e far dialogare tra loro strutture organizzative o di rappresentanza differenti non è sempre facile, ma questa è la cifra che sta alla base del processo avviato: in sostanza si tratta di fare quello che ciascuna struttura fa già normalmente, solo che bisogna organizzarlo insieme ad altri, in un percorso fortemente condiviso e con regole valide per tutti.

L'aspetto fondamentale che emerge da questa esperienza di sviluppo annuale dei processi di programmazione integrata potrebbe essere condensato in una sorta di 'raccomandazione'. Per permettere lo sviluppo di questa funzione da sempre evocata, e così scarsamente praticata nella realtà, sarebbe necessario concentrarsi su tre elementi basilari: infrastruttura, continuità, fiducia.

Il primo elemento riguarda la costruzione graduale di una piccola infrastruttura dedicata alla programmazione basata sugli uffici di piano zonali così come previsti dalle normative regionali. Una infrastruttura ben individuata e calibrata, con competenze adeguate, capace sia di attivare il circuito zonale con i diversi partner locali sia di incrociarsi con il livello superiore della governance definita dalla conferenza aziendale e dagli strumenti di programmazione del PAL.

Il secondo elemento riguarda la necessità di dare continuità al ciclo di programmazione definendo bene funzioni, strumenti e tempi delle fasi maggiormente elaborative, ma poi generando appunto continuità attraverso il collegamento con le fasi di monitoraggio, valutazione e progettazione.

Il terzo elemento riguarda l'immissione di fiducia all'interno del sistema attraverso l'efficacia della programmazione. Rendere efficace la programmazione non significa solo fare tecnicamente bene un programma operativo, occorre anche che l'atto di programmazione sia considerato un atto 'pesante', un atto che conta nelle organizzazioni e nelle governance, un atto che sia 'efficace' nell'orientare le organizzazioni. Rendere questi atti di programmazione evoluti e rendere questi atti di programmazione efficaci, questa sarebbe la migliore immissione di fiducia possibile.



**La valutazione in ambito
socio-sanitario, un
processo di apprendimento
permanente**

88

Per valutazione si intende l'espressione di un giudizio, supportato da attività di ricerca specificamente finalizzate, su progetti e attività, programmi, piani e politiche.

Solitamente si impara molto presto a “fare i conti” con la valutazione, a partire dai banchi di scuola, quando da studenti ci si vede assegnato un giudizio – quantitativo e/o qualitativo – rispetto al raggiungimento di obiettivi formativi posti dai piani didattici. Sempre per restare nell'ambito scolastico, in tempi ormai (per fortuna) passati, l'esito positivo o negativo dei risultati degli studenti veniva attribuito semplicemente alle capacità, attitudini e buona volontà dello studente stesso, ponendo scarsa attenzione sia ad elementi contestuali, familiari e individuali che potevano costituire elementi di freno o di facilitazione all'apprendimento e sviluppo di conoscenze, abilità e competenze, sia all'efficacia dell'azione formativa dell'istituzione scolastica, a sua volta influenzata da fattori territoriali così come dall'organizzazione che la scuola stessa si è data con le risorse disponibili. Con l'introduzione dei principi volti a favorire una maggiore autonomia delle istituzioni scolastiche¹³, sempre più queste ultime sono state chiamate a un processo di analisi interna e valutazione, al fine di individuare e rimuovere quei fattori di ostacolo al successo formativo degli studenti. Questo tipo di valutazione introduce elementi di complessità e qualifica il giudizio sull'istituzione smarcandolo dalla sola lettura degli esiti di apprendimento degli studenti, introducendo nuovi punti di osservazione rispetto ai diversi contesti e ai processi che influenzano l'azione, in questo caso, educativa.

Tale digressione all'interno del mondo della scuola non appare casuale, poiché mette in luce dei punti di contatto rispetto alle Istituzioni e agli universi che ruotano attorno ai servizi sociali, sociosanitari e della sanità territoriale. Ovvero: è utile valutare la risposta dei servizi in base ai soli esiti di salute, senza tenere conto dei contesti socio-economici, istituzionali e professionali dei singoli territori? E ancora: è possibile sovrapporre i risultati di differenti modelli, o quelli dati dallo stesso modello in due fasi temporali distinte, senza tenere conto della “scatola nera”, ovvero dei processi che muovono gli assetti e le Organizzazioni locali e che sono il luogo in cui si crea valore?

La risposta a queste due domande può forse essere data con chiarezza evocando con maggiore definizione le caratteristiche della valutazione, la quale può essere distinta in due macro aree (entrambe richiamate da documenti e atti regionali), a seconda delle finalità che essa persegue e dei momenti in cui agisce:

- Riepilogativa, o sommativa: valuta la totalità dell'intervento e gli effetti da esso prodotti, viene realizzata nella fase matura o a completamento dell'azione; generalmente quindi questo tipo di valutazione agisce su risultati e impatti, e non retroagisce sui programmi se non in occasione della loro riedizione. L'Allegato A della DGRT 573/2017 (Linee Guida Piano Integrato di Salute e Piano di Inclusione Zonale) richiama la valutazione di esito, rispetto alla necessità di [...] “una standardizzazione degli indicatori e una struttura sistemica che verrà definita a livello regionale”.
- Formativa: realizzata durante l'intervento, allo scopo di realizzare parziali adattamenti e verificare il reale contributo delle attività messe in opera al rag-

¹³ Cfr. D.P.R. n.275 dell'8 marzo 1999.

giungimento degli obiettivi dati. L'Allegato A della DGRT 573/2017 richiama questa dimensione costruttiva della valutazione, che [...] “assume la funzione strategica di giudizio dell'esperienza pianificatoria in corso e che, pur avvalendosi dei risultati dell'azione di monitoraggio/verifica, produce atti di conferma o correzione (regolazione) di quanto si sta realizzando”.

La differenza fra valutazione sommativa (riepilogativa) e formativa è stata così sintetizzata da Bob Stake: “Quando il cuoco assaggia la zuppa, è formativa; quando l'ospite assaggia la zuppa, è sommativa” (Bezzi C. 2017, Il Glossario della ricerca sociale e valutativa versione 7.0¹⁴).

Già la D.G.R. 488/2011 aveva definito un format per la valutazione dei Piani Integrati di Salute (PIS), suddiviso in cinque aree (soggetti coinvolti; contenuti del PIS; risorse economiche e finanziarie; coerenza documento programmazione; partecipazione alla programmazione), organizzato in misura prevalente attraverso strumenti di checklist più coerenti con il modello di valutazione riepilogativa.

La recente D.G.R. 925/2020 interviene invece in maniera più organica all'interno di questo campo:

- a. Riordina il set di indicatori per il Profilo di salute.
- b. Fornisce alle Zone-distretto alcuni strumenti di supporto alla mappatura e lettura organizzativa.
- c. Introduce un modello valutativo finalizzato all'apprendimento e orientato in particolare ai processi che insistono nei territori, con particolare riferimento alla programmazione ed erogazione dei servizi della sanità territoriale, socio-sanitari e socioassistenziali.

Il set di indicatori per il Profilo di Salute rappresenta un fondamentale strumento a supporto della programmazione, di lettura dei bisogni di salute del territorio e di monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali e dei servizi territoriali. Fornisce dati che consentono ai territori di avere benchmark di riferimento, valorizzando informazioni raccolte da diversi settori e istituti in maniera sistematica. Il set è costituito da circa 50 variabili individuate nel 2017 - revisionati dal gruppo di lavoro composto, oltre che da alcuni settori della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, da Osservatorio Sociale Regionale, Agenzia Regionale di Sanità, Laboratorio MeS Scuola Superiore S. Anna, ANCI e Osservatorio nazionale Infanzia e Adolescenza (Istituto degli Innocenti) – suddivise in 10 aree tematiche: demografia, determinanti di salute, famiglie e minori, stranieri, stato di salute generale, cronicità, disabilità e non autosufficienza, salute mentale, materno infantile, prevenzione.

L'altro strumento richiamato dalla delibera è la Mappatura organizzativa a supporto della valutazione della Programmazione, curata dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che persegue l'obiettivo di fotografare l'organizzazione zonale su 4 ambiti principali: 1) organismi istituzionali e incarichi tecnico-professionali; 2) forme di partecipazione; 3) organiz-

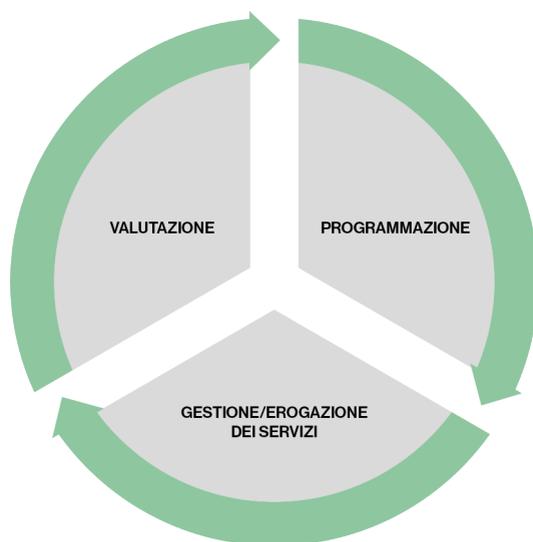
¹⁴ <https://valutazione.blog/il-glossario/>

zazione e strumenti a supporto della programmazione; 4) funzioni del Direttore di zona-distretto e SdS. La Mappatura organizzativa persegue l'obiettivo di fotografare l'organizzazione zonale, sia in termini di risorse umane, sia di strumenti e processi che possono essere di supporto al ciclo di programmazione.

Questo contributo prende le mosse in particolare dalla sezione della delibera dedicata alla valutazione, che intende porsi non come ulteriore adempimento amministrativo in carico alle Zone, quanto piuttosto come strumento di accompagnamento alla lettura e analisi degli asset territoriali dei Servizi, funzionale all'apprendimento e all'eventuale riorientamento della programmazione. È bene sottolineare come questi tre strumenti – set indicatori, mappatura organizzativa e modello valutativo – si tengano insieme a vicenda, ovvero risultino ognuno funzionale ad una migliore lettura e interpretazione delle evidenze osservabili dagli altri due strumenti e, quindi, all'apprendimento e all'eventuale riorientamento delle azioni. In altre parole, monitorare i dati di salute e di accesso ai servizi, fotografare gli assetti organizzativi e valutare i processi interni alle Zone distretto rappresentano attività utili al processo di programmazione e di tenuta dei servizi zionali soltanto se inseriti all'interno di quadri organici, e ciclici, governati dalle infrastrutture tecniche zionali.

8.1. La Valutazione come fase ricorsiva del ciclo della Programmazione

I documenti regionali richiamati fanno più volte riferimento alla valutazione come attività funzionale tanto alla verifica delle realizzazioni e degli impatti derivanti dai servizi/interventi programmati – secondo l'approccio più proprio della valutazione riepilogativa – tanto ai processi amministrativi, organizzativi e professionali su cui si regge l'offerta dei servizi socio-sanitari, ovvero la “scatola” all'interno della quale vengono processati gli input per produrre output (e outcome) per la popolazione e il territorio di riferimento. Queste ultime dimensioni richiamate fanno maggiore riferimento agli elementi di processo e di funzionamento dei servizi – che possono dipendere maggiormente dall'organizzazione locale dell'offerta dei servizi e da fattori contestuali legati alle



caratteristiche del territorio e, quindi, alla domanda espressa dai cittadini – e richiedono perciò anche un necessario momento di riflessione interna rispetto ai processi di miglioramento da implementare, coerentemente con l'approccio più formativo della valutazione, ovvero rivolto all'apprendimento e alla successiva (ri)regolazione degli interventi.

All'interno di un quadro della valutazione dei Piani Integrati di Salute così complesso, appare quindi necessario definire indicatori standard, omogenei e confrontabili per i 26 ambiti territoriali su realizzazioni e impatti, sviluppando al contempo degli strumenti utili alla mappatura organizzativa e all'autovalutazione degli assetti di programmazione, gestione ed erogazione dei servizi. Con riferimento ai primi, già da qualche anno viene messo a disposizione dei Servizi un set omogeneo di indicatori definito a livello regionale in collaborazione con l'Osservatorio Sociale Regionale, l'Agenzia Regionale di Sanità, il Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza e il laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa¹⁵; per quanto riguarda gli assetti organizzativi e i processi, di converso, gli strumenti tecnici per la loro lettura e valutazione necessitano di consolidamento e ulteriore sviluppo degli stessi. Solo in tal modo il processo programmatico può caratterizzarsi come "ciclico", in cui la valutazione costituisce cioè la fase utile all'apprendimento e all'eventuale consolidamento o riorientamento delle azioni intraprese.

8.2. La valutazione come processo di apprendimento e di dialogo comunitario

Come descritto nelle sezioni precedenti, la valutazione di piani complessi quali i PIS richiede un'attenzione tanto a elementi conoscitivi di natura quantitativa (dati, indicatori, ...) che qualitativa (contesti, assetti organizzativi e processi). In un certo senso, si può affermare che i primi (gli indicatori) possono essere strumenti utili a valutare l'efficacia e buon andamento dei secondi (i processi), così come la lettura in termini di ricerca valutativa dei processi può aiutare a "spiegare" le evidenze emerse dagli indicatori di realizzazione. Un sistema valutativo che riesca a tenere insieme, e legati, entrambi questi elementi si propone, quindi, finalità valutative tanto riepilogative che formative, considerato che – con estrema semplificazione – le domande valutative diventano due, ognuna delle quali insiste su una diversa dimensione:

1. Che risultati ho ottenuto? → Valutazione riepilogativa.
2. Come sono arrivato a questi risultati? → Valutazione formativa.

La programmazione in ambito sociosanitario non può essere intesa come un'attività di natura esclusivamente tecnica, ad appannaggio esclusivo delle infrastrutture tecnico-professionali, ma chiama in causa anche la cittadinanza, nelle sue forme organizzate e non, e gli amministratori. Affinché la valutazione possa retroagire su programmi, servizi e attività, è altresì fonda-

¹⁵ Cfr. <https://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale/attivita/programmazione-socio-sanitaria>.

mentale prevedere il coinvolgimento degli stakeholder, dagli utenti e dalle associazioni¹⁶ fino agli operatori dei servizi. Già la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 23 dicembre 1978, n.833), all'interno del suo primo articolo, riconosceva un ruolo importante alla partecipazione dei cittadini e alle associazioni di volontariato, chiamate a concorrere ai fini istituzionali del servizio. Nel corso degli anni, la partecipazione - autonoma o strutturata all'interno di enti associativi - si è qualificata fino a diventare un tratto ineludibile delle forme di programmazione, organizzazione, gestione e valutazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, portando all'interno del sistema quelle che sono l'iniziativa, le competenze e i punti di vista non professionali e politici, ma propri dei cittadini, coerentemente con il principio di sussidiarietà richiamato dall'art.118, comma 4, della nostra Costituzione. Oltre alla richiamata Legge 833, il principio partecipativo è stato richiamato all'interno di molteplici norme nazionali, come l'art. 14 del d.lgs. 502/1992 (Riordino della disciplina in materia sanitaria), l'art. 12 del d.lgs. 229/1999 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale), la legge 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali). Il coinvolgimento dell'utenza, delle famiglie e delle associazioni consente all'Istituzione di assumere quel necessario punto di osservazione terzo, particolarmente utile poiché coinvolge i destinatari dell'offerta di servizi. Porre la partecipazione nell'ambito dell'azione pubblica come un processo circolare, e non come un'attività progettuale, rappresenta probabilmente il veicolo principale per renderla uno strumento di utilità all'azione pubblica e, in definitiva, alla costruzione comunitaria delle politiche e dei servizi sui territori.

Parlando di valutazione partecipata nell'ambito della programmazione e dell'integrazione socio-sanitaria, non si può poi prescindere dal fondamentale ruolo che può essere giocato dalle componenti istituzionali dei Comuni, che proprio nell'ambito dei PIS sono chiamate a definire (attraverso l'assemblea SdS o la Conferenza Integrata dei Sindaci) le linee strategiche da cui far discendere gli obiettivi di salute del proprio territorio.

Se il Piano Integrato di Salute rappresenta, quindi, lo strumento unitario e partecipato attraverso il quale le comunità locali governano la salute collettiva ed interagiscono con il sistema dei servizi, attraverso il ruolo di coordinamento esercitato dall'Ufficio di Piano (D.G.R. 269/2019), analogamente la sua valutazione richiede un processo partecipato, sotto la guida di un'infrastruttura tecnica in grado di guidare e finalizzare l'intero processo di autovalutazione per individuare obiettivi di miglioramento.

Il processo di valutazione così disegnato, quindi, valorizza le specificità contestuali chiamando l'ecosistema locale a contribuire alla definizione di un giudizio formativo sui servizi e sugli obiettivi di miglioramento del sistema di offerta, all'interno di un processo continuo e circolare.

¹⁶ La Legge regionale della Toscana n.75/2017 "Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell'utenza nell'ambito del servizio sanitario regionale" ha sviluppato un sistema partecipativo multilivello, a partire dalla scala regionale (Consiglio dei cittadini per la salute), fino a quella di Azienda Usl (Comitato aziendale di partecipazione) e di Zona distretto (Comitato di partecipazione di zona-distretto). Per quanto riguarda i PIS, l'art.4, co.6, lett. b) afferma che il Comitato zonale [...] *contribuisce alla programmazione delle attività e alla progettazione dei servizi avanzando proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e di governo.*

8.3. Cosa e come valutare: un'ipotesi di strumenti tecnici

Come detto in precedenza, fare valutazione non significa rispondere ad un'unica domanda, quanto piuttosto approntare un sistema plurale di osservazione, ricerca e giudizio che va potenzialmente ad insistere su aspetti diversi: organizzazioni, realizzazioni, processi, impatti. Non è utile definire una gerarchia tra questi oggetti della valutazione, poiché attraverso un approccio integrato tutte le informazioni raccolte possono concorrere a fornire un quadro d'insieme, più utile per capire, apprendere e riprogrammare.

La D.G.R. 573/2017 ha avuto, tra gli altri, l'indubbio merito di fornire alle Zone e agli operatori dei Servizi un toolkit della programmazione, definendo anzitutto un lessico comune e omogeneo attraverso le griglie propedeutiche, che da allora si sono consolidate e sono divenute sempre più uno strumento riconoscibile, e riconosciuto, nell'ambito dei servizi sociosanitari, socioassistenziali e della sanità territoriale della Toscana. Da tale esperienza, appare quindi utile ragionare su quadri e strumenti valutativi omogenei messi a disposizione delle infrastrutture delle 26 Zone distretto, ma che portino con sé quella flessibilità tale da renderli adeguati alla lettura delle diverse realtà locali. Strumenti valutativi che, è bene specificare, non perseguono finalità premianti/punitive, di classificazione tra le Zone e/o tra aree e settori all'interno della singola Zona (partendo dall'assunto che obiettivi di performance possono in qualche caso condizionare eccessivamente la definizione degli obiettivi), ma che si pongono a servizio dei territori, aiutando nella lettura del programmato e del realizzato, aprendo quella che abbiamo definito la "scatola nera", ovvero i processi istituzionali, organizzativi, tecnici e amministrativi a partire dai quali i servizi prendono le mosse.

Sedimentati alcuni strumenti valutativi già in uso agli Uffici di piano zonali¹⁷, in questa sede appare utile soffermarsi su un'ipotesi di disegno di (auto)valutazione come processo di diagnosi interna, con la presenza sia di indicatori quantitativi (omogenei nel contenuto informativo per l'intero territorio regionale) che di spazi qualitativi attraverso cui la Zona può rappresentarsi in termini di buone pratiche e aree di criticità. La natura mista quantitativa/qualitativa delle griglie standard potrebbe quindi chiamare la valutazione a rappresentare le informazioni su una determinata area in maniera "narrativa", esprimendo però un punteggio di autovalutazione all'interno di una scala numerica dove, ai diversi punteggi, sono associati dei giudizi in grado di richiamare elementi di valore, definiti dalle norme regionali e/o dalle buone prassi programmatiche osservate in questi ultimi anni.

¹⁷ Oltre ai già richiamati Profili di Salute che definiscono indicatori a) per il monitoraggio della salute della popolazione; b) per il monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali e servizi territoriali, si rammenta la Mappatura organizzativa a supporto della valutazione della Programmazione, curata dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che persegue l'obiettivo di fotografare l'organizzazione zonale su 4 ambiti principali: 1) organismi istituzionali e incarichi tecnico-professionali; 2) forme di partecipazione; 3) organizzazione e strumenti a supporto della programmazione; 4) funzioni del Direttore di zona-distretto e SdS.

Rispetto alle aree valutative caratterizzate da maggiori criticità, la Zona sarebbe quindi chiamata ad esprimere obiettivi di miglioramento verso cui orientare le Organizzazioni. Tale struttura di modello valutativo incentiva un forte dialogo interno tra la tecnostruttura e i servizi, innescando processi di apprendimento e miglioramento continui dei processi e dei servizi offerti.

Cosa valutare. L'individuazione dell'oggetto della valutazione rappresenta un elemento cruciale dell'intero processo. Diversi sono i livelli informativi dei PIS relativi all'offerta di servizi (obiettivi, programmi e attività), così come diverse sono le aree di programmazione coinvolte e, conseguentemente, gli attori in campo. Consolidare e sviluppare l'integrazione sociosanitaria zonale richiede, dal nostro punto di vista, un approccio valutativo trasversale e di sistema, che sappia fare sintesi delle diverse esperienze individuali: dell'utente, dell'operatore, del tecnico, dell'amministratore.

Area Valutativa	Descrizione
Obiettivi di Salute	Modalità di costruzione e condivisione delle linee strategiche e degli obiettivi di salute del territorio, nonché i meccanismi che ne consentono il loro monitoraggio e valutazione
Coerenza con la Programmazione multilivello	Forme e intensità del raccordo tra la Programmazione zonale e quella degli altri livelli territoriale e istituzionali (regionale, di Area Vasta e aziendale)
Governance istituzionale e territoriale	Governance e integrazione tra i diversi attori delle comunità territoriali, dal livello istituzionale fino ai cittadini e al Terzo settore
Coinvolgimento e partecipazione della Comunità	Istituti di partecipazione, coinvolgimento di cittadini e Terzo settore nei processi di co-programmazione, co-progettazione e valutazione dei servizi
Processi professionali	Percorsi assistenziali, profili assistenziali e processi professionali
Dotazione risorse professionali	Quantificazione e qualificazione delle risorse professionali; formazione
Dotazione risorse economiche	Risorse economiche e fonti di finanziamento
Profilo di salute e risposta dei Servizi	Quadro di salute della comunità di riferimento e risposta dei servizi

Sulla base dell'esperienza di Programmazione operativa (2017-2018; 2019) e dei Piani Integrati di Salute 2020-2022, è possibile ipotizzare alcune aree, trasversali, di potenziale interesse secondo un approccio valutativo fortemente orientato ai processi e all'apprendimento.

Per ognuna di queste aree viene definita una scala di valutazione a 7 livelli (da "1=Molto critica" a "7=Eccellente"), in cui agli intervalli dispari (1, 3, 5, 7) viene associata una descrizione analitica, una sorta di guida all'espressione del giudizio, che richiama i criteri¹⁸ da considerare. Gli

¹⁸ In ambito valutativo, possiamo definire il criterio come carattere, proprietà o conseguenza di un intervento pubblico sulle cui basi sarà formulato un giudizio. Per essere usato in valutazione un criterio deve essere accom-

intervalli pari della scala (2, 4, 6) rappresentano valori valutativi intermedi che contemperano i giudizi espressi all'interno dei livelli valutativi precedente e successivo.

Le singole descrizioni dei giudizi difficilmente saranno in grado di fotografare le situazioni reali, i cui livelli di complessità trascendono la capacità di rappresentazione di tale strumento. Per tale motivo, occorrerà fare riferimento a un livello della scala che si avvicini in misura "prevalente" alla situazione presente all'interno della Zona distretto rispetto all'area considerata. Anche per questo motivo, l'espressione del giudizio all'interno della griglia valutativa dovrà essere accompagnata da un testo che motivi il giudizio assegnato e che, soprattutto, riporti in maniera più puntuale la situazione reale.

Accanto all'espressione del giudizio, si auspica l'individuazione di obiettivi di miglioramento, che dovrà riguardare in misura prioritaria quelle aree caratterizzate dalla presenza di maggiori criticità.

Lo strumento, secondo i principi della valutazione formativa, intende quindi guidare la Zona all'interno di un processo di autodiagnosi in cui l'espressione di un giudizio valutativo diventa funzionale a processi di miglioramento degli assetti organizzativi e dell'offerta di servizi presenti sul territorio.

L'obiettivo ultimo è quello di costruire processi di apprendimento, in cui cioè la Zona orienta la Programmazione e le azioni da esse legate a partire dalla lettura valutativa della propria Organizzazione (Mappatura organizzativa), processi interni (Autovalutazione) ed esiti di salute (Set di indicatori).

pagnato da una norma (livello di successo al quale un intervento sarà considerato buono sulla base del criterio). Cfr. Means, *Evaluating socio-economic programmes*, European Commission, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 1999, 61.

Griglia di valutazione area: OBIETTIVI DI SALUTE	GIUDIZIO
<p>I livelli istituzionali (Assemblea SdS, Conferenza dei Sindaci) e comunitari (Comitato di Partecipazione, Consulta del Terzo settore, cittadini) hanno partecipato poco o solo in maniera formale alla determinazione delle linee strategiche e degli obiettivi di salute del territorio. Questi ultimi risultano scollegati dalla lettura del quadro epidemiologico, dei bisogni di salute e dell'offerta dei servizi del territorio. Non è stato strutturato un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi di salute.</p>	<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">Molto critica</p>
	<p style="text-align: center;">2</p>
<p>I livelli istituzionali (Assemblea SdS, Conferenza dei Sindaci) e comunitari (Comitato di Partecipazione, Consulta del Terzo settore, cittadini) hanno partecipato alla determinazione delle linee strategiche e degli obiettivi di salute del territorio, anche se in maniera non integrata. La determinazione degli obiettivi di salute proviene solo parzialmente dalla lettura del quadro epidemiologico, dei bisogni di salute e dell'offerta dei servizi del territorio. Non è stato strutturato un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi di salute.</p>	<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">Con qualche criticità</p>
	<p style="text-align: center;">4</p>
<p>I livelli istituzionali (Assemblea SdS, Conferenza dei Sindaci) e comunitari (Comitato di Partecipazione, Consulta del Terzo settore, cittadini) hanno partecipato congiuntamente alla determinazione delle linee strategiche e degli obiettivi di salute del territorio. Questi ultimi sono stati costruiti attraverso la lettura del quadro epidemiologico, dei bisogni di salute e dell'offerta dei servizi del territorio. È stato strutturato un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi di salute, con l'individuazione di indicatori.</p>	<p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">Positiva</p>
	<p style="text-align: center;">6</p>
<p>I livelli istituzionali (Assemblea SdS, Conferenza dei Sindaci) e comunitari (Comitato di Partecipazione, Consulta del Terzo settore, cittadini) hanno partecipato congiuntamente alla determinazione delle linee strategiche e degli obiettivi di salute del territorio. Questi ultimi sono stati costruiti attraverso la lettura del quadro epidemiologico, dei bisogni di salute e dell'offerta dei servizi del territorio, mettendoli in relazione con uno scenario più ampio di sviluppo che tenga conto anche di temi e politiche legati ai determinanti di salute (scuola, lavoro, ambiente, ...). È stato strutturato un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi di salute, con il coinvolgimento degli stakeholder secondo metodologie di natura partecipativa.</p>	<p style="text-align: center;">7</p> <p style="text-align: center;">Eccellente</p>
<p>Motivazione del giudizio assegnato</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Obiettivi di miglioramento</p> <hr/> <hr/> <hr/>	

Un modello-tipo di griglia di autovalutazione.



Il sistema informativo ProWeb2020 e l'informatica generativa

9

Francesca è un impiegato pubblico che lavora da oltre venti anni nell'amministrazione dei servizi socio-sanitari della Toscana. Quando a metà degli anni '90 ha preso servizio, credeva nella possibilità che i servizi pubblici potessero migliorare la vita dei cittadini, promuovendo la salute e l'inclusione sociale. Dalla fine degli anni '90 ha visto succedersi leggi e piani illuminati e innovativi. Normative che recepissero i migliori indirizzi della ricerca internazionale sui determinanti di salute e cercavano di tradurli in modelli organizzativi che potessero darne attuazione concreta. Intenzioni ambiziose si sono succedute nel tempo incarnate da molteplici attori, che le hanno declinate in modalità diverse, ma sempre caratterizzate dagli stessi bellissimi principi: stili di vita, prevenzione, personalizzazione degli interventi, centralità della persona, partecipazione, integrazione dei servizi sanitari e sociali, programmazione territoriale multilivello. Dopo venti anni, Francesca non crede più che questi principi possano concretizzarsi. Le riforme si sono succedute e, come la tela di Penelope, ad ogni passo in avanti sono seguiti altrettanti passi indietro.

Nel settembre del 2019 Francesca, che lavora all'ufficio di Piano di una Società della Salute Toscana, viene incaricata di raccogliere le schede di attività da inserire nel sistema informativo ProWeb2020 messo a punto dalla Regione per monitorare la programmazione territoriale. Quando a dicembre telefonò al servizio di assistenza tecnica del servizio ProWeb2020 per chiedere la possibilità di avere il lavoro fatto in un unico file era visibilmente commossa: "per la prima volta vedo un senso nel mio lavoro, oggi, come mai in passato, ho una visione completa di quello che facciamo sul territorio e mi sembra possibile provare finalmente a coordinarci per migliorare la salute dei cittadini".

La piccola storia di Francesca è emblematica di un effetto collaterale, marginale ma nel suo piccolo assai importante, dei nuovi indirizzi per la programmazione lanciati dalla Regione Toscana a partire dal 2017.

Può un sistema informativo contribuire al raggiungimento di obiettivi di salute o, più in generale, obiettivi di programmazione?

L'esperienza condotta nell'ambito della costruzione del sistema informativo ProWeb2020 sembra dimostrare come piccoli particolari possano dare quella "spinta gentile" che rende possibile l'attuazione di obiettivi ben più grandi.

ProWeb2020 è il nome che nel 2019 è stato assegnato al sistema informatico attraverso cui la Regione Toscana, con il supporto di Federsanità-Anci, monitora e sostiene la programmazione territoriale. Il sistema serve per raccogliere da ogni zona-distretto il quadro delle attività realizzate in campo sanitario, socio-sanitario e sociale. Negli ultimi tre anni la mappatura della programmazione territoriale è diventata sempre più precisa e dettagliata e consente di avere un quadro omogeneo ed aggiornato di come leggi e programmi si concretizzano nei diversi territori della Regione.

9.1. Lo sviluppo del sistema ProWeb2020.

Nel corso degli ultimi venti anni la Regione ha più volte tentato di costruire sistemi di monitoraggio e supporto alla programmazione territoriale delle politiche sociali e socio-sanitarie, che consentissero ai decisori regionali da un lato di conoscere la situazione delle diverse zone della Toscana, dall'altro di valutare lo stato di attuazione e di avanzamento delle politiche e degli interventi regionali nei vari ambiti di intervento.

Nonostante diversi tentativi e risultati altalenanti, fino al 2017 non era mai nato un sistema di programmazione e monitoraggio diffuso, aggiornato e costante nel tempo. Gli operatori territoriali solitamente vivevano le rilevazioni regionali come meri debiti informativi, con scarse utilità per il lavoro quotidiano. La frammentarietà e la moltiplicazione settoriale delle rilevazioni, la duplicazione delle richieste, l'utilizzo di sistemi sempre variabili e poco funzionali, hanno contribuito nel tempo a generare sfiducia verso questo tipo di rilevazioni, peggiorando la qualità delle risposte e di conseguenza i benefici per la programmazione. Anche a causa della situazione di incertezza legata alla sospensione della riforma del 2005, da diversi anni ormai la programmazione territoriale non era più monitorata se non con iniziative puntuali, relative a singoli settori oppure a esigenze contingenti (erogazione di fondi, rendicontazioni, etc.).

In realtà questa difficoltà dipende da una questione sovraordinata e più complessa: il monitoraggio della programmazione è infatti la funzione di un sotto-sistema informativo (quello appunto della programmazione) che fa parte del sistema informativo sociale integrato. Nonostante sia stato previsto già dalla legge 328/2000 (art. 21) e ribadito dall'art. 41 della L.R. 41/2005, non esiste ancora un sistema informativo sociale integrato a livello regionale che coordini i flussi di dati in modo omogeneo, completo e coerente con la normativa, incrociando i dati generati dai molteplici soggetti e servizi che rientrano nella categoria dei Servizi Sociali e Socio-sanitari. Nel tempo diversi tentativi sono stati compiuti per gettare le basi di un sistema informativo adeguato alle esigenze di questa eterogenea platea di attori ma il risultato, ancora oggi, è un insieme di flussi informativi frammentario e non integrato.

Uno dei motivi per cui ancora dopo tanti anni, e nonostante il grande sviluppo delle tecnologie informatiche, non si sia riusciti ad avere un sistema informativo di questo genere sta probabilmente anche nel fatto che si è sempre scelto un approccio dall'alto verso il basso. Cercando di disegnare architetture informatiche di servizi e funzioni la cui articolazione reale è tutt'altro che chiara ed omogenea, si rischia di generare un circolo vizioso di incomprensioni e malintesi che finora ha fatto arenare qualsiasi tentativo in tal senso.

Nel 2017, consapevoli di questa pluriennale difficoltà e della diffidenza verso le rilevazioni e i monitoraggi regionali da parte degli operatori, le strutture regionali hanno scelto un approccio diverso. Invece di imporre dall'alto sistemi complessi, spesso estranei alla quotidianità operativa dei servizi, hanno scelto di proporre uno strumento semplice che potesse essere compilato con facilità dagli operatori senza richiedere informazioni superflue e ridondanti. Si è cioè

posta nei confronti degli operatori come supporto, ascoltandone e recependone le esigenze e le proposte.

A questo approccio, si sono aggiunti tre importanti fattori:

- Una presenza capillare sui territori, con personale competente, disponibile a offrire informazioni e aiuto agli operatori.
- L'apertura di un canale di dialogo costante con gli operatori.
- La restituzione delle informazioni inserite in modo facilmente fruibile e utilizzabile per le esigenze locali.

Nel 2017 il primo sistema di rilevazione è stato basato su foglio di calcolo (Excel/CalcOpenOffice), di concezione molto semplice, dotato di alcune funzioni automatizzate che consentivano il trasferimento delle informazioni inserite dai singoli operatori in un'unica banca dati online.

Uno dei prodotti intermedi realizzati con il sistema è stata l'informatizzazione delle griglie propeedeutiche per la programmazione, ovvero di una versione evoluta e adattata alla normativa regionale toscana del nomenclatore delle attività sociali, socio-sanitarie e della sanità territoriale. Tale nomenclatore, codificato negli allegati della D.G.R. 567/2017, costituisce per la prima volta una tassonomia gerarchizzata di tutti i servizi e di tutte le attività pubbliche in campo sociale, socio-sanitario e almeno parzialmente anche nelle materie della sanità territoriale, coerente con la normativa nazionale e quella regionale di settore. La digitalizzazione del nomenclatore ha svolto anche una funzione di orientamento per gli operatori che sono stati facilitati dal poter incasellare le proprie attività quotidiane all'interno di un sistema complessivo codificato e integrato.

Nel sistema è stata implementata anche la logica scalare della programmazione, che parte dagli obiettivi, si declina in programmi e si concretizza in molteplici attività.

La rilevazione ha avuto un successo per certi versi inaspettato. Sono state raccolte 3.290 schede operative, costruendo per la prima volta un panorama omogeneo e capillare delle attività territoriali. Nonostante diverse problematiche tecniche, legate all'inadeguatezza delle attrezzature informatiche messe a disposizione degli operatori in alcune zone, l'iniziativa ha avuto una buona accoglienza da parte degli operatori. In molte zone, si sono creati gruppi di lavoro intersettoriali che hanno iniziato a co-progettare o, quanto meno, a scambiarsi informazioni. Questa esperienza ha dato operatività a molti Uffici di Piano che, seppur formalmente costituiti, non avevano ancora iniziato a svolgere le funzioni loro attribuite dalla normativa regionale. Da parte di molti operatori è emersa la richiesta di un'evoluzione del sistema, indubbiamente un segnale molto chiaro che la strada intrapresa fosse quella giusta.

Ciò ha spinto quindi le strutture regionali a realizzare una seconda versione del sistema informativo nel 2018, interamente gestita online. Il sistema, denominato PoaWeb perché al momento era ancora limitato alla sola programmazione operativa annuale, introduceva le seguenti novità:

- Gestione integrale su web.
- Pre-caricamento delle schede POA 2017/2018 nel nuovo sistema.

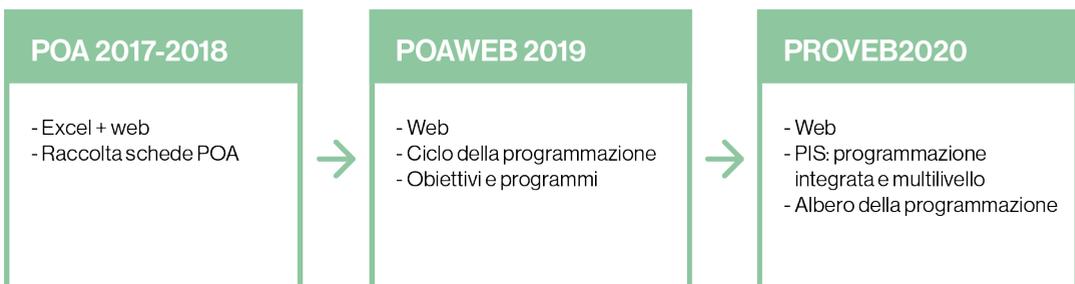
- Monitoraggio dello stato di attuazione del POA 2017/2018, che consente la riproposizione o la chiusura della scheda POA nel 2019.
- Sviluppo della strutturazione logica dell'albero della programmazione (obiettivi-programmi-attività).
- Superamento della logica della programmazione settoriale per area di attività e introduzione del concetto di programmazione integrata, attraverso l'inserimento di ogni attività in programmi collegati ad obiettivi di salute.
- Miglioramento della sezione dedicata alle risorse.
- Possibilità per ogni operatore di gestire autonomamente i dati inseriti, di esportarli in formati aperti (csv) e di stampare le schede di attività.
- Schede fac-simile stampabili per agevolare la compilazione in formato cartaceo e stampe in formato PDF.

Anche questo secondo ciclo di rilevazione della programmazione territoriale ha avuto un notevole successo. L'accoglienza tra gli operatori è stata ottima, in certi casi entusiastica, e questo ha rafforzato gli indirizzi regionali e reso evidente e comprensibile il disegno complessivo delle strategie regionali.

Un elemento chiave, fondamentale per facilitare l'adozione e l'implementazione del sistema, è stato l'aver fornito la possibilità non solo di ritrovare nel sistema quanto inserito nell'annualità precedente, ma anche di riportare quelle attività 2018 nella programmazione 2019 con un semplice 'clic' se ritenuto opportuno dagli operatori.

Il sistema ProWeb2020.

Il nuovo sistema informativo PROWEB 2020 ha consolidato le funzioni e le procedure introdotte negli anni precedenti introducendo tuttavia alcune importanti novità. La struttura è stata sviluppata e integrata per tener conto del fatto che, oltre alla programmazione annuale, le zone nel 2020 avrebbero dovuto aggiornare interamente il Piano Integrato di Salute dando avvio a un ciclo di programmazione pluriennale.



A questo scopo è stata introdotta una nuova sezione del sistema informativo e alcune altre novità importanti:

- La sezione B del sistema, il dispositivo di piano, rileva il documento zonale che esprime la pianificazione strategica pluriennale del Piano Integrato di Salute (PIS).
- Il budget zonale di programmazione.
- Il collegamento con il quadro conoscitivo (profilo di salute e profilo dei servizi).
- Il collegamento con la programmazione recata dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale.
- Le connessioni con i piani di settore e in particolare con il Piano regionale di contrasto della povertà.

Attraverso il sistema informativo ProWeb2020 l'Ufficio di Piano è in grado di affrontare tutti i passaggi previsti dal processo di programmazione integrata zonale, dall'analisi del profilo di salute e del profilo dei servizi fino alle attività di monitoraggio. Dopo l'espressione delle linee strategiche e delle priorità d'intervento da parte degli organismi della governance istituzionale, l'ufficio di piano può affrontare la composizione della matrice di programmazione per poi lavorarla e trasformarla nell'albero della programmazione.

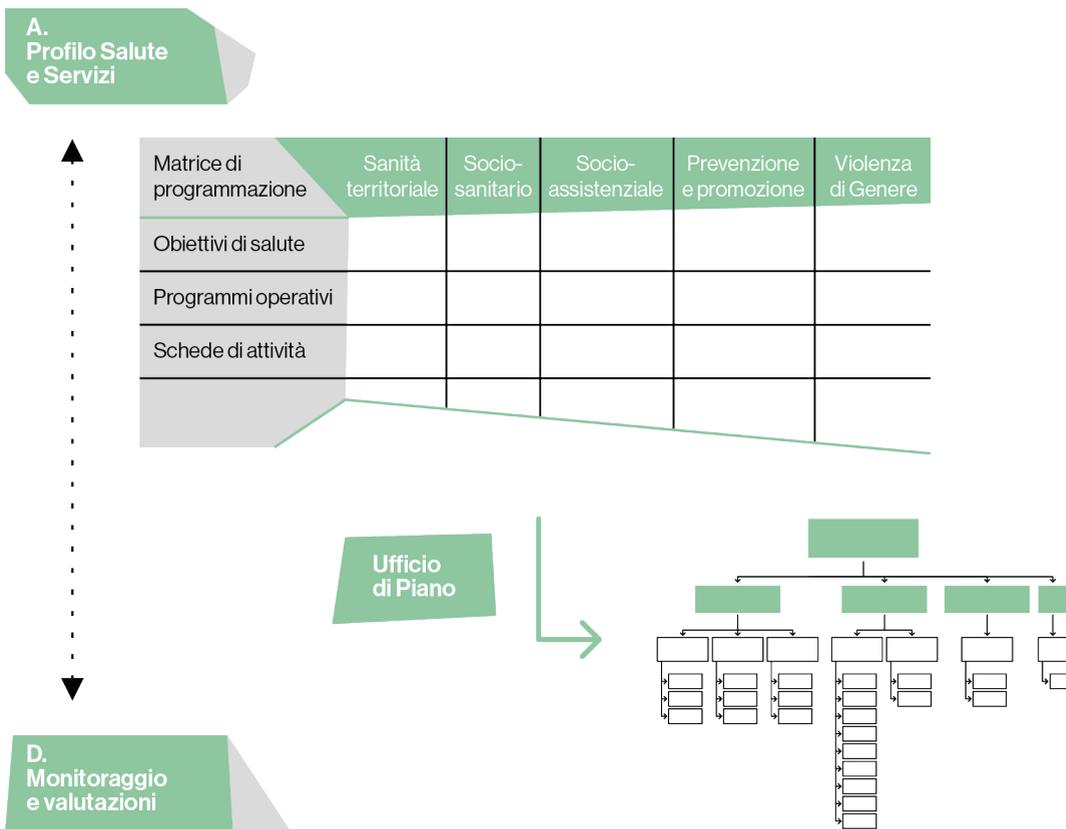
La matrice di programmazione è solo il modo iniziale per ordinare in un unico quadro d'insieme gli Obiettivi di salute, i Programmi operativi e le Schede di attività, rappresentati secondo le cinque aree di programmazione: sanità territoriale, sociosanitario, socioassistenziale, promozione e prevenzione, contrasto violenza di genere. Nelle fasi di avvio della programmazione è un modo utile per far esprimere i contenuti, le proposte e le esigenze alle strutture organizzative coinvolte, che agiscono in settori diversi, hanno assetti organizzativi differenti e appartengono a molti enti e organizzazioni da coinvolgere pienamente.

Le fasi successive del processo di programmazione portano l'ufficio di piano a individuare le interazioni e le connessioni che legano trasversalmente i contenuti inizialmente evidenziati, in modo statico, con la matrice di programmazione. Da questo lavoro di integrazione emergono i legami e le combinazioni che portano a sviluppare gradualmente l'albero della programmazione. Le relazioni tra obiettivi-programmi-attività sono progressivamente svincolate dalla sola pertinenza settoriale, per essere orientate verso i riferimenti generali dei determinanti di salute e dell'integrazione territoriale.

Il percorso che conduce dalla matrice di programmazione all'albero della programmazione evidenzia anche lo spazio a disposizione per quella che, in alcuni passaggi precedenti di questo volume, è stata chiamata 'partecipazione interna'. Oltre l'organizzazione del dialogo comunitario sui grandi temi dei determinanti di salute e delle scelte strategiche per il territorio, una seconda componente della partecipazione è costituita dal confronto tecnico tra le strutture organizzative pubbliche e private impegnate nella realizzazione del sistema locale dei servizi integrati. Purtroppo però, nelle discussioni che riguardano la partecipazione in ambito pubblico, molto spesso non viene neanche percepito questo approccio sistematico che distingue modalità e contenuti della partecipazione rispetto alle diverse fasi del processo di programmazione. Forse perché è proprio il processo di programmazione a non essere conosciuto e

tematizzato a sufficienza, quindi manca la conoscenza primaria del terreno su cui impennare processi evolutivi in tema di programmazione partecipata.

Il sistema ProWeb2020 segue passo dopo passo lo sviluppo del percorso di programmazione, offrendo uno strumento specifico per ciascuna tappa, fino a giungere alla sezione dedicata al monitoraggio e alla valutazione che pone le basi per l'aggiornamento annuale della programmazione operativa e per il successivo sviluppo del PIS. L'impegno è stato concentrato nel pensare il sistema informativo come legame strutturato 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.



9.2. Perché il sistema ha funzionato? Alcuni fattori chiave.

Semplicità dell'approccio.

Uno dei fattori chiave che ha favorito il successo del sistema (ovvero l'utilizzo e l'inserimento delle informazioni da parte di tutte le zone) è stato aver scelto un approccio semplice. Ovve-

ro, uno strumento che fin dall'inizio ha chiesto agli operatori di fornire poche informazioni, con strumenti accessibili e comprensibili a tutti. Non a caso la prima elaborazione del 2017 era basata su un semplice foglio excel. Il sistema si è evoluto gradualmente, introducendo poche innovazioni condivise con gli utilizzatori ogni volta, che quindi hanno potuto adattarsi con facilità. Quando in passato si sono operate scelte opposte (anche in altri ambiti), vale a dire una progettazione sistematica, organica e logica di un sistema informativo, spesso si è andati incontro al fallimento.

Semplificazione del lavoro.

Fin dalla prima versione dello strumento informativo la Regione ha offerto agli operatori anche alcune utilità che potevano facilitare la programmazione. In particolare, una funzione molto apprezzata è stata l'informatizzazione del nomenclatore dei servizi (chiamate anche "griglie propeedeutiche per la programmazione"). Gli operatori invece di avere a che fare con una tabella fatta di centinaia di voci, hanno potuto navigare in modo dinamico e ramificato nella struttura ad albero del nomenclatore, con la possibilità di effettuare ricerche per parole chiave e di visualizzare in modo gerarchico la struttura delle griglie. Nel sistema informativo, inoltre, sono stati messi a disposizione in formato digitale tutti i materiali informativi e normativi necessari per la programmazione.

Infine, nel corso del tempo, ma anche durante le singole fasi di programmazione, il gruppo di assistenza tecnica ha introdotto piccole modifiche e miglioramenti al sistema informativo su proposta dei singoli operatori, utili a semplificare il lavoro di inserimento delle schede informative.

Restituzione e feedback.

Il grande lavoro di organizzazione e fornitura di informazioni da parte degli uffici di piano zonali ha trovato un pronto riscontro dagli uffici regionali, sia nella fase preparatoria, sia nei mesi successivi alla chiusura dei cicli annuali di programmazione. Gli incontri sui territori (solitamente uno per ogni area vasta prima dell'apertura del ciclo di programmazione e dopo, per la restituzione) sono stati regolari, partecipati ed interattivi. L'impegno dedicato alla condivisione degli strumenti e al recepimento delle richieste degli operatori ha garantito l'efficacia dello strumento. Inoltre, la restituzione dei risultati ha permesso a tutti gli operatori di confrontare il proprio lavoro con quello di altri territori, contribuendo a uniformare le attività operative e a scambiare esperienze e buone prassi.

Assistenza continua, tecnica e metodologica.

Durante tutte le sessioni di elaborazione delle programmazioni, comprese le fasi di preparazione, la Regione Toscana ha garantito agli Uffici di Piano zonali un continuo supporto tecnico e metodologico attraverso il gruppo di assistenza tecnica messo a disposizione da Federsanità-Anci Toscana. Sono stati coperti tutti gli aspetti, da quelli più strettamente tecnico-informa-

tici, a quelli metodologici e interpretativi delle linee guida regionali, fino all'assistenza in loco per l'inserimento dei dati nel sistema.

Informazione e sensibilizzazione.

L'opera di informazione multicanale (in presenza, mail, web) attraverso incontri periodici sia con la parte dirigenziale degli ambiti zonal, sia con la parte tecnica degli uffici di piano si è rivelata molto importante per garantire la sensibilizzazione degli operatori e la condivisione delle strategie di programmazione regionale, compresa l'adozione degli stessi strumenti tecnici. Gli operatori zonal hanno avuto chiaro fin dall'inizio obiettivi, compiti, strumenti e scadenze, sono stati gentilmente ma costantemente sollecitati e supportati nell'esecuzione dei loro compiti senza essere mai lasciati soli nella costruzione della programmazione. L'opera di informazione e sensibilizzazione si è associata alle iniziative di formazione, contribuendo alla graduale costruzione di una vera e propria comunità di pratica.

Miglioramenti e recepimento delle richieste in tempo reale.

L'approccio aperto, flessibile e partecipativo è stato un altro fattore chiave nel funzionamento del sistema. Il gruppo tecnico di assistenza è stato sempre disponibile a recepire richieste di aiuto e di piccole modifiche al sistema richieste dalle singole zone. Interventi finalizzati al miglioramento continuo delle procedure e delle funzioni, sempre nella prospettiva di garantire l'operatività e di semplificare il lavoro degli operatori, senza rigidità derivanti da vincoli tecnici o burocratici.

9.3. Possibili sviluppi del sistema

Funzioni gestionali delle attività e dei progetti.

Attualmente, il sistema informativo è attivo solo nel periodo di programmazione. Pur mantenendo in memoria di tutti gli eventi e i programmi inseriti, compresi quelli ormai conclusi, non consente ai servizi di gestire gli aggiornamenti periodici delle attività nel corso dell'anno.

Durante gli incontri territoriali diversi ambiti zonal hanno chiesto di attivare questa funzionalità, che consentirebbe loro di tenere traccia di tutti gli eventi e i cambiamenti nel corso dell'anno. Oltretutto con una funzione del genere sarebbe possibile monitorare in tempo reale le attività programmate semplificando molto il lavoro nella fase di aggiornamento della programmazione annuale, i referenti delle singole attività potrebbero essere più responsabilizzati e sarebbe alleggerito il lavoro dell'Ufficio di Piano.

Alcune delle funzionalità che potrebbero essere inserite:

- Possibilità di aggiornare in qualsiasi momento le schede di programmazione, inserendo eventi significativi, annotazioni e promemoria. I servizi potrebbero avere a disposizione una memoria storica che faciliterebbe il monitoraggio annuale tramite dei legami immediati con le informazioni più gestionali, e le fasi gestionali potrebbero orientarsi più facilmente verso il Project Cycle Management (PCM).
- Estensione dell'area dedicata a risorse (umane) e servizi.
- Possibilità di gestione multiutente, con l'assegnazione di ruoli gerarchici sulla base delle funzioni esercitate.
- Possibilità di invio automatico di notifiche e comunicazioni agli utenti coinvolti nella programmazione.

Sezione conoscenza.

Il ciclo della programmazione inizia dall'analisi dei problemi e dei bisogni, attraverso un sistema di indicatori sviluppato dall'Osservatorio Regionale che offre alle singole zone distretto una comparazione con gli altri territori e un primo orientamento per individuare le criticità da affrontare con la programmazione. Questo sistema non esaurisce le conoscenze necessarie per definire gli obiettivi di salute e dovrebbe essere arricchito con ulteriori indicatori individuati in base alle specificità locali.

Nell'ultima versione di ProWeb, per garantire la coerenza con le linee guida regionali, è stata inserita anche la sezione "A) Conoscenza", dove sono riportati i collegamenti con le pagine web in cui l'Osservatorio sociale Regionale mette a disposizione tutti i materiali utili alla programmazione. Questi dati costituiscono un set minimo a cui gli Uffici di Piano devono far riferimento per individuare le criticità a cui rispondere attraverso la programmazione integrata. Per favorire l'evoluzione del sistema regionale potrebbero essere implementanti nel sistema ProWeb le seguenti funzioni:

- Accesso dinamico alla banca dati degli indicatori messi a disposizione dall'Osservatorio sociale regionale in accordo con le altre agenzie coinvolte.
- Interfaccia grafica per la consultazione degli indicatori e benchmark dinamico che faciliti il confronto con gli altri territori e l'individuazione delle criticità su cui intervenire.
- Possibilità per ogni zona di inserire nuovi indicatori e dati specifici per il territorio di riferimento; tali dati e indicatori non resterebbero quindi patrimonio statico (e soggetto a dispersione) delle singole zone, ma potrebbero essere condivisi con la Regione e con le altre zone. Il sistema di osservazione regionale in tal modo si arricchirebbe in modo dinamico di nuovi dati e nuovi spunti di osservazione e ricerca che andrebbe a costruire una base informativa sempre più ricca ed articolata.

Risorse, personale e servizi.

Nel sistema ProWeb attualmente non esiste un'area dedicata a registrare le risorse umane e i servizi attivi in ciascuna zona. L'esigenza di una più estesa e precisa mappatura delle risorse e dei servizi è emersa più volte e si è rafforzata con la necessità di dover redigere il "Profilo dei servizi" per il PIS 2020-22. Lo sviluppo futuro dell'applicazione potrebbe prevedere un aggiornamento dinamico del profilo dei servizi, attraverso la costruzione di una sezione dedicata alla ricostruzione della struttura dei servizi e alla registrazione delle risorse umane, tecniche e materiali disponibili sul territorio. La sezione dovrebbe avere una struttura multilivello articolata per Ente, Servizi/Funzione, Risorsa. Le risorse disponibili sono quelle umane, principalmente, ma potrebbe comprendere anche quelle materiali (a partire dalle strutture residenziali e semi-residenziali).

Programmazione multilivello (Regione, ASL).

Nell'ultima versione di ProWeb è stata introdotto un primo collegamento alla programmazione regionale, inserendo la possibilità di associare gli obiettivi di salute individuati nei PIS zionali ad un obiettivo strategico regionale (driver), a un target di utenti e ad un focus tematico. Il prossimo passo è cercare di fare in modo che la programmazione locale sia associabile anche a tutti gli altri livelli di programmazione, a partire da quella di area vasta della ASL, per arrivare a tutta la programmazione settoriale regionale e nazionale. I vantaggi dell'introduzione della programmazione multilivello nel sistema ProWeb sono molteplici. Si pensi, ad esempio, alla possibilità per la Regione di vedere in tempo reale tutto ciò che le singole zone stanno facendo su programmi settoriali come il piano non autosufficienza o i programmi sulla violenza di genere.

Confronto, diffusione di buone prassi.

La grande quantità di informazioni sulle singole attività attuative locali sta generando un'imponente banca dati di pratiche locali, la cui analisi può portare ad evidenziare buone prassi che possono spingere al miglioramento l'intero sistema. Attualmente il sistema non consente ad una zona di visualizzare la programmazione di altre zone. Introdurre una possibilità del genere potrebbe indurre il mutuo apprendimento reciproco, con un positivo rispetto alla standardizzazione di pratiche e linguaggi, ma anche per valorizzare il ruolo degli enti più virtuosi che potrebbero aiutare ed ispirare all'azione gli altri soggetti.

Tassonomie, ontologie, intelligenza artificiale, programmazione guidata.

La grande quantità di informazioni sulle singole attività attuative locali sta generando anche un patrimonio informativo non strutturato che si presta ad un'analisi che, partendo dai nomenclatori già definiti a livello regionale, potrebbe dar luogo alla definizione di tassonomie e vocabolari condivisi, premessa per la costruzione di vere e proprie ontologie settoriali.

La costruzione di ontologie di settore, fondamento di una delle tendenze più interessanti dello sviluppo delle tecnologie web, quella del web semantico, potrebbe portare allo sviluppo di ap-

plicazioni fondate sull'intelligenza artificiale. Ovvero sistemi semi-automatizzati che potrebbero agevolare i processi programmatori. Se associati anche allo sviluppo delle funzioni di monitoraggio e valutazione potrebbero concretamente costituire la base per una programmazione sempre più evidence based. Senza pensare di sostituire in alcun modo la fondamentale funzione dell'intelligenza e dell'esperienza umana nel definire strategie e obiettivi della programmazione, la base informativa già esistente ed in continua crescita potrebbe essa stessa diventare un potente strumento di supporto alle decisioni.

Monitoraggio e valutazione: indicatori.

La graduale evoluzione di ProWeb verso un vero e proprio gestionale della programmazione territoriale porta inevitabile a chiudere il ciclo con l'introduzione dell'ultimo step: quello della valutazione dei risultati delle attività. Già dal 2018 è stato inserito un semplice sistema di monitoraggio delle singole attività inserite nel POA. Tale sistema potrebbe evolversi in varie direzioni. In primo luogo, attraverso l'individuazione di indicatori (di realizzazione, di risultato, di impatto), la loro misurazione periodica (ex ante, in itinere, ex post) da associare all'analisi descrittiva. In secondo luogo, attraverso la formalizzazione di procedure di valutazione che possono orientare anche il successivo ciclo di programmazione.

Altre funzioni utili agli operatori zonali.

Durante questi anni di utilizzo sono emersi alcuni bisogni/desideri degli operatori zonali per l'introduzione di funzionalità aggiuntive rispetto a quelle già indicate, giudicate utili per lo svolgimento dei compiti associati alla programmazione. Di seguito un elenco (non esaustivo) di alcune delle funzioni che potrebbero essere introdotte:

- Stampe ed estrazioni personalizzate.
- Pre-inserimento di informazioni da parte della regione.
- Possibilità di condivisione di informazioni selezionate tra più utenti, anche di altre zone (funzione social).
- Possibilità di visualizzare la programmazione anche di altri territori.

Schede Tecniche ProWeb2020

ProWeb2020 funziona su qualsiasi computer dotato di connessione Internet. È infatti un sistema informativo installato su un server web (cloud), costruito all'interno del CMS open source Joomla grazie ad uno specifico componente aggiuntivo (Fabrik). Fabrik offre tutti gli strumenti necessari per creare applicazioni che variano in complessità da semplici moduli di contatto ad applicazioni complesse. Consente la personalizzazione tramite modelli xhtml/css e javascript. Fabrik ha una vasta gamma di funzioni, sia di base che avanzate, grazie alle quali è possibile creare una molteplicità di applicazioni.

La scelta di questo sistema ha consentito diversi vantaggi:

- Contenere i costi e i tempi di sviluppo.
- Permettere la costruzione di un sistema modulare, aperto, espandibile e personalizzabile.
- Garantire la piena accessibilità e la trasferibilità del sistema.
- Rispettare la compatibilità con gli standard e.Toscana.

Il sistema ProWeb ha quindi una parte front-end pubblica/riservata, ovvero la parte che viene esposta sul web agli utenti generici e agli utenti accreditati, e una parte back-end gestionale che viene utilizzata per la manutenzione, la gestione e lo sviluppo delle funzionalità del sistema.

Architettura generale del sistema.

ProWeb è stato sviluppato tenendo conto della logica della programmazione definita nella normativa e nelle linee guida regionali. In particolare tiene conto delle linee guida definite nella D.G.R. 573/2017 e della DGR 1339/2019. Il sistema è ramificato (albero della programmazione), inizia dalla definizione di obiettivi di salute e si sviluppa in programmi multisettoriali e attività specifiche, come illustrato dalla figura seguente.

La logica della programmazione dovrebbe svilupparsi attraverso un'ulteriore funzione: quella di monitoraggio e valutazione. Attraverso il monitoraggio e la valutazione dei risultati e degli impatti delle attività realizzate sui problemi, infatti, la programmazione assume una forma circolare coerentemente con il modello del Project Cycle Management (PCM).

ProWeb2020 è un sistema molto semplice ed intuitivo.

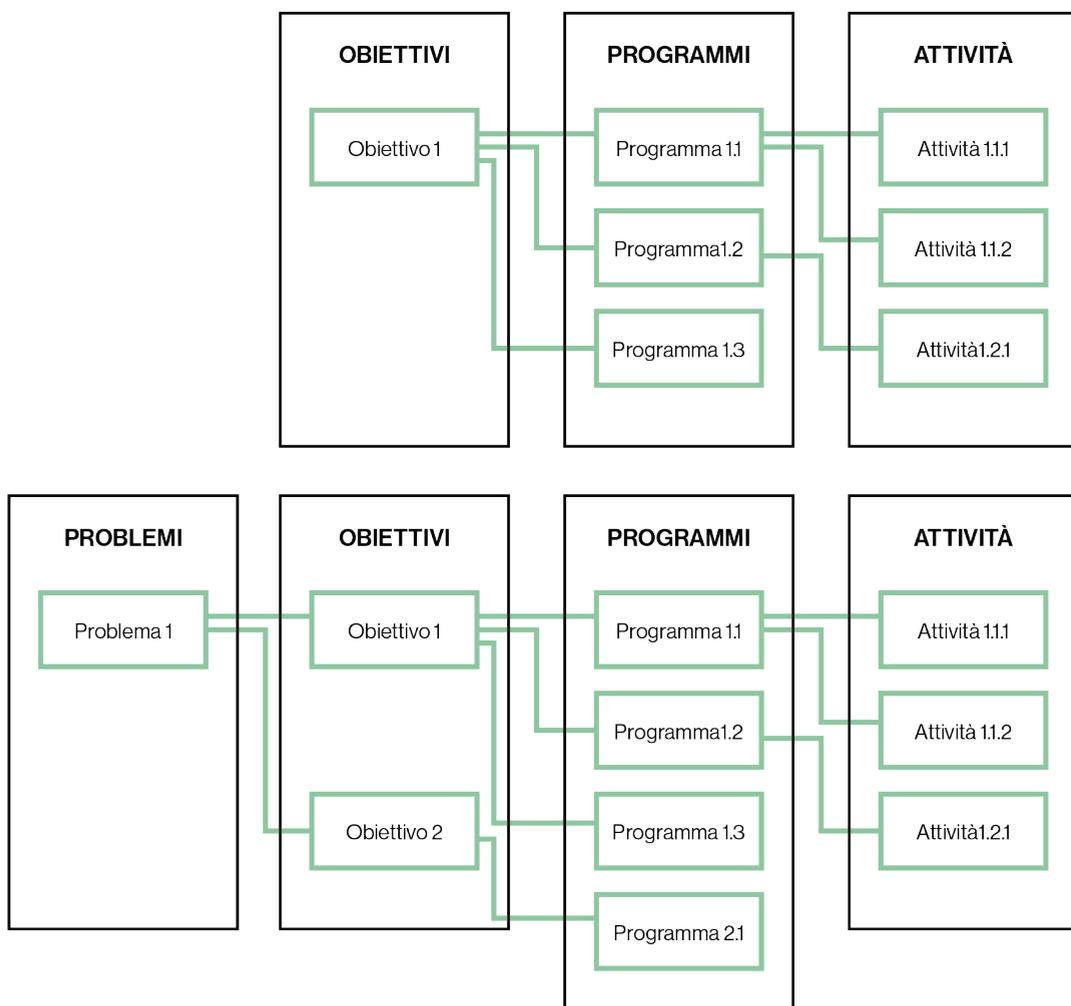
L'inserimento della programmazione strategia pluriennale può essere sintetizzato in quattro passi:

1. Analisi del profilo di salute (sezione A).
2. Analisi del profilo dei servizi (sezione A).
3. Definizione delle linee di indirizzo (sezione B).
4. Elaborazione degli obiettivi di salute (sezione B).

L'inserimento della programmazione operativa annuale può essere sintetizzato in altri quattro passi:

1. Monitoraggio della programmazione dell'anno precedente ed eventuale ri-proposizione dei programmi operativi e delle attività nella annualità successiva (sezione D).
2. Inserimento/revisione dei programmi operativi (sezione C).
3. Inserimento/revisione delle schede di attività (sezione C).
4. Inserimento della delibera di approvazione del PIS/POA (sezione E).

La struttura logica del sistema è organizzata per seguire nel modo più conseguente possibile il processo di programmazione integrata zonale sia nella fase di definizione pluriennale delle strategie, priorità, obiettivi, sia nella fase di elaborazione annuale dei programmi operativi e delle attività realizzative.



Sezioni

Schede Principali

Pagine

Homepage



A. Conoscenza

- A.1. Profilo di Salute
- A.2. Profilo di Servizi



B. Dispositivo di Piano

- B.1. Linee Strategiche
- B.2. Obiettivi di Salute
- B.3. Budget Programmazione
- B.4. Ufficio di Piano
- B.5. Percorsi Partecipativi



Archivio	Descrizione	PSSIR
2020	2021	2022

C. Programmazione Operativa

- C.1. Programmi Operativi
- C.2. Schede di Attività
- C.3. Schede Piano Povertà



Archivio	Descrizione		
Archivio	Descrizione	Nomenclatore	Risorse
Archivio	RdC	Senza dimora	

D. Monitoraggio e Valutazione



Archivio

Chiusura e Approvazione



Utilità



Help



Profili Amministrativi



Homepage

Il menu principale a sinistra della schermata 'Home' cerca di riprodurre la logica della programmazione definita dalla normativa regionale.

Home

- A) Conoscenza >
- B) Dispositivo di piano >
- C) Programmazione operativa >
- D) Monitoraggio POA 2019 >
- E) Chiusura e approvazione PIS
- Utilità >

L'accesso è profilato in relazione ai singoli ambiti zionali. Per inserire le informazioni e utilizzare le utilità del sistema, i componenti degli Uffici di piano accedono mediante il login disponibile nell'apposita sezione con le credenziali che ogni anno la Regione invia ai Direttori di zona.

- **Sezione A**
Conoscenza

Caratteri territoriali dei determinanti di salute del territorio e della comunità locale, evidenziati nel profilo di salute. Dotazioni, organizzazione e processi del sistema locale dei servizi, evidenziati nel profilo dei servizi.

- **Sezione B**
Dispositivo di piano

Indirizzi, scelte e strategie per la pianificazione pluriennale. Obiettivi di salute e macro-risorse per la programmazione. Ufficio di piano e processi partecipativi.

Benvenuto nel sistema informativo PROWEB 2020



Il nuovo sistema informativo PROWEB 2020, in continuità con il sistema di rilevazione POA 2019 e con quanto già previsto dalla [DGRT 573 /2017 "Linee guida del piano integrato di salute \(PIS\) e del piano di inclusione zonale \(PIZ\)"](#), costituisce lo strumento della Regione Toscana per il monitoraggio della programmazione zonale integrata.

La [DGRT 1339/2019](#) prevedeva che il monitoraggio del POA 2019, l'elaborazione del Piano Integrato di Salute 2020-2022 (PIS) e la definizione del POA 2020, sarebbero stati approvati formalmente entro il **31 marzo 2020**.

L'emergenza COVID-19 ha costretto la Regione a prorogare la scadenza per l'approvazione del PIS e del POA 2020 al **30-6-2020**.

Le metodologie da utilizzare sono definite nella DGRT 573/2017, nella DGRT 1076/2018 e nella DGRT 1339/2019, le elaborazioni sono trasmesse alla Regione Toscana attraverso la modulistica compilabile in questo sito web.

Le novità più importanti, rispetto al sistema utilizzato nel 2018, sono state illustrate e discusse nel corso dei tre incontri già effettuati sui territori (Pisa, Firenze, Siena) nel mese di ottobre e novembre 2019 e riguardano principalmente:

- ✓ Il dispositivo di piano, il documento che esprime la pianificazione strategica pluriennale del Piano Integrato di Salute (PIS);
- ✓ il budget zonale di programmazione;
- ✓ Il collegamento con il quadro conoscitivo (profilo di salute e profilo dei servizi);
- ✓ il collegamento con la programmazione recata dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale;
- ✓ le connessioni con i piani di settore e in particolare con il Piano regionale di contrasto della povertà.

Nel menu "HELP" sono disponibili alcuni materiali di riferimento: la documentazione di appoggio, i testi delle delibere regionali, le istruzioni per la compilazione delle schede, le slide presentate negli incontri territoriali..



Sezione C **Programmazione operativa**

Programmi operativi e Schede di attività organizzate su base annuale con evidenza delle azioni attuative e delle risorse effettivamente allocate.



Sezione D **Monitoraggio e valutazione**

Monitoraggio annuale dello stato di attuazione delle Schede operative. Area della valutazione ancora da definire.

A. Conoscenza

La prima sezione è dedicata alla costruzione delle conoscenze di base, al momento ha una finalità di sola consultazione e non prevede l'inserimento di dati da parte degli operatori.

È composta da due parti:

Il Profilo di Salute

Rappresenta la base conoscitiva dei bisogni e dei processi di salute che investono l'ambito territoriale zonale.

Il Profilo dei Servizi

Descrive la rete dei servizi e degli interventi attivati dall'ambito territoriale con indicazione delle loro capacità in termini prestazioni e attività erogate.

I contenuti di queste due sotto-sezioni attualmente non sono gestite dal sistema informativo, ma riportate essenzialmente come guida per la programmazione, con semplici testi descrittivi che rimandano alle linee guida regionali. In particolare, la sezione dedicata al profilo di salute elenca i link agli strumenti messi a disposizione dall'Osservatorio sociale regionale insieme alle altre agenzie coinvolte.

- Le schede e indicatori a supporto della programmazione di Zone Distretto e Società della Salute - Profili di Salute (PdS).

- Il rapporto Welfare e Salute in Toscana.

- I Report tematici.

Home

A) Conoscenza 

Profilo di salute

Indicatori

B) Dispositivo di piano 

C) Programmazione operativa 

D) Monitoraggio POA 2019 

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità 

PIS 2020 - CONOSCENZA

La Sezione conoscitiva del PIS è composta da due grandi elementi, che NON devono essere riportati in questo sistema informativo gestionale ma redatti come parte integrante del documento PIS: 

Il **Profilo di Salute** rappresenta la base conoscitiva dei bisogni e dei processi di salute che investono l'ambito territoriale zonale e viene adottato dalla Conferenza dei sindaci integrata ovvero dall'Assemblea della SdS. La Regione Toscana mette a disposizione dei profili zionali in cui è esposta in modo sintetico la rassegna degli indicatori più rilevanti in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale. Le Zone-distretto/SdS possono attingere a questi lavori sviluppati dalla cooperazione tra Ars, OSR, MES e Centro regionale per l'infanzia-adolescenza, sviluppando tutti gli approfondimenti o le estensioni ritenute opportune. Allo stesso modo è auspicata la costruzione di un rapporto stabile con l'azienda sanitaria di riferimento anche per identificare le dimensioni del Profilo di salute che possono presentare aspetti comuni con altri ambiti zionali.

Il **Profilo dei Servizi** espone la rete dei servizi e degli interventi attivati dall'ambito territoriale con indicazione delle loro capacità in termini prestazioni e attività erogate (Ambulatoriale/Assistenziale; Intermedio; Domiciliare; Semiresidenziale e Residenziale) e ne evidenzia i relativi fabbisogni. Viene adottato dalla Conferenza dei sindaci integrata ovvero dall'Assemblea della SdS e rappresenta la base conoscitiva del sistema di offerta attivo nell'ambito zonale.

La sezione è composta da due parti:

La *prima parte* è dedicata alla rappresentazione dell'assetto organizzativo dell'ambito territoriale, articolata in:

- 1 Sanità territoriale organizzata attraverso la zona-distretto;
- 2 Sociosanitario organizzato attraverso la società della salute o la convenzione sociosanitaria;
- 3 Socioassistenziale organizzata attraverso la società della salute o la convenzione sociosanitaria (qualora presente il modulo facoltativo socioassistenziale) e/o gli enti locali in forma singola o associata (unione dei comuni o convenzione sociale).

PIS - PROFILI DI SALUTE

Gli strumenti che l'Osservatorio Sociale mette a disposizione per il supporto alla programmazione sono: 

-   Schede e indicatori a supporto della programmazione di Zone Distretto e Società della Salute - Profili di Salute (PdS);
-   Welfare e Salute in Toscana 2019;
-   Report tematici (i Profili dell'OSR in via di aggiornamento 2019);
-  Seminari tecnici con le Zone distretto e con le Società della Salute (SdS);
-  Supporto tecnico a Zone e Sds.

Gli Uffici di Piano possono utilizzare per questi materiali come supporto per la redazione del profilo di salute zonale, eventualmente arricchendoli con ulteriori dati specifici per la zona.

L'Osservatorio Sociale Regionale ha attivato un servizio di supporto agli enti (Zone Distretto, Società della Salute, ASL, Comuni) per la programmazione sociosanitaria e sociale tramite i suoi Uffici territoriali. Ogni ufficio è a disposizione del territorio di riferimento per la fornitura di dati ed elaborazioni, per la costruzione del Profilo di salute, per approfondimenti tematici e per ogni altra esigenza conoscitiva finalizzata alla costruzione di politiche.

Nel 2019 è stata inserita anche una sezione che permette di visualizzare, a scopo meramente illustrativo, la serie storica degli indicatori di salute minimi previsti dalle linee guida regionale come base per l'elaborazione dei profili di salute. Si tratta di un set di indicatori essenziali, uguali per tutte le zone, che offrono un quadro sintetico della situazione epidemiologica e sociale. Gli Uffici di Piano possono utilizzare questi materiali come supporto per la redazione del profilo di salute zonale, eventualmente arricchendoli con ulteriori dati specifici per la zona.

B. Dispositivo di piano

Questa sezione è stata introdotta nel 2019, durante lo sviluppo della terza versione di ProWeb, per consentire l'inserimento della parte strategica e pluriennale del Piano Integrato di Salute.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano ▾

Linee strategiche pluriennali

Obiettivi di salute

Ufficio di piano

Processo partecipativo

Budget integrato di

La sezione è aggiornata con cadenza triennale e si articola in cinque parti:

- **Le Linee strategiche pluriennali.**

- **L'Ufficio di Piano.**

- **Il Budget integrato di programmazione.**

- **Gli Obiettivi di salute.**

- **Il Percorso partecipativo.**



DISPOSITIVO DI PIANO

Il Dispositivo di Piano costituisce la sezione in cui vengono esposti in modo sistematico gli elementi della programmazione strategica del PIS ed è composto da cinque parti specifiche:



- 1 Le Linee strategiche pluriennali
- 2 Gli Obiettivi di salute
- 3 L'Ufficio di Piano
- 4 Il Percorso di partecipazione
- 5 Il Budget integrato di programmazione

B.1. Linee strategiche pluriennali

Le Linee strategiche pluriennali esplicitano gli indirizzi generali di politica sanitaria territoriale, socioassistenziale e socioassistenziale definiti dall'Assemblea della SdS o dalla Conferenza integrata zonale. Tale documento costituisce anche l'atto di avvio del processo di elaborazione del PIS.

Il testo di sintesi da inserire nell'apposito modulo del sistema (max 5.000 caratteri) è del tutto libero e resta nella totale discrezionalità degli ambiti zonal. Al fine di rendere comparabili le varie elaborazioni zonal, potrebbe essere utile articolare il testo di sintesi secondo tre argomenti generali:

- **La visione dell'ambito zonale e le sue prospettive di salute.**

- **Le scelte e le priorità di indirizzo.**

- **Le operatività da sviluppare nel PIS.**

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano ✓

Linee strategiche pluriennali

Obiettivi di salute

Ufficio di piano

Processo partecipativo

Budget integrato di programmazione

C) Programmazione operativa >

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >



Linee strategiche pluriennali

Le Linee strategiche pluriennali esplicitano gli indirizzi generali di politica sanitaria territoriale, sociosanitaria e socioassistenziale definiti dall'Assemblea della SdS (o dalla Conferenza dei sindaci integrata). Tale documento costituisce anche l'atto di avvio del processo di elaborazione del PIS. Il testo di sintesi da inserire nell'apposito modulo del sistema PROWEB2020 è del tutto libero e resta nella totale discrezionalità degli ambiti zonal. Al fine di rendere comparabili le varie elaborazioni zonal, potrebbe essere utile articolare il testo di sintesi secondo tre argomenti generali:

- 1 La visione dell'ambito zonale e le sue prospettive di salute.
- 2 Le scelte e le priorità di indirizzo.
- 3 Le operatività da sviluppare nel PIS.

Se ritenuto opportuno, i punti precedenti potrebbero costituire tre brevi paragrafi utili per organizzare il testo di sintesi e riportarlo nell'apposito modulo entro il limite dei 5.000 caratteri ammessi.

Linee strategiche

4999 Caratteri rimanenti

SALVA

INDIETRO

B.2. 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 le modalità tecniche con cui le volontà dell'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 zonali indipendentemente dalle forme di gestione attive nell'ambito zonale, per queste ragioni gli Obiettivi di Salute sono espressi in numero contenuto e ciascuno di loro agisce su un campo tematico molto vasto. Il sistema consente di gestire l'elenco degli obiettivi già inseriti nelle precedenti programmazioni, con aggiornamenti e integrazioni, oppure di generare nuovi obiettivi di salute.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano ▾

Linee strategiche pluriennali

Obiettivi di salute

Ufficio di piano

Processo partecipativo

Budget integrato di
programmazione

C) Programmazione operativa >

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >

Per ogni obiettivo di salute sono state predisposte due pagine:
Descrizione degli obiettivi di salute
Connessioni con la programmazione regionale.



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 le modalità tecniche con cui le volontà dell'organo assembleare vengono espresse sottoforma 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 zonali indipendentemente dalle forme di gestione attive nell'ambito zonale, per queste ragioni gli Obiettivi di Salute sono espressi in numero contenuto e ciascuno di loro agisce su un campo tematico molto vasto.

Ciascun Obiettivo di Salute è qualificato mediante: una denominazione sintetica; le specifiche evidenze ricavabili dal profilo di salute e dal profilo dei servizi; una breve tematizzazione del problema seguita dall'approccio o dalla metodologia scelta per intervenire sul problema; i risultati generali da perseguire. E' possibile legare gli Obiettivi di Salute alla programmazione recata dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale mediante il riferimento facoltativo ai Driver, Target, Focus.

Gli Obiettivi di Salute devono essere riconfigurati per essere inseriti nel PIS 2020-2022. A questo scopo, è possibile riutilizzare anche gli obiettivi inseriti nel POA 2019 (vedi) riportandoli nella nuova programmazione. In ogni caso, uno dei riferimenti da considerare è il quadro programmatico del PSSIR 2018-2020.

● [+ Aggiungi](#) [Raggruppato per](#) ● [CSV](#) [Svuota](#)

Titolo obiettivo			<input type="checkbox"/>	
Inclusione sociale e lotta alla povertà	Colline dell'Albegna	509	<input type="checkbox"/>	
Inclusione sociale e lotta alla povertà	Elba	510	<input type="checkbox"/>	

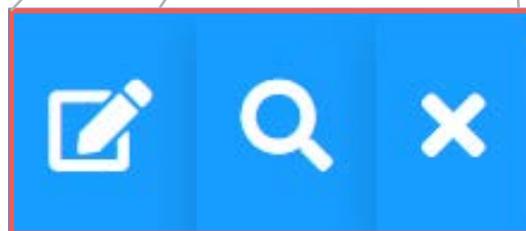
Visualizza # Pagina 1 di 23

Inizia Prev 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Successivo Fine

● **Aggiungi**
Aggiunge un nuovo obiettivo.

● **CSV**
Esporta in un file CSV tutti gli obiettivi.

● **X**
Elimina TUTTI gli obiettivi selezionati



Modifica
l'obiettivo
selezionato.

Visualizza
l'obiettivo.

Pagina 1. Obiettivi di Salute.

La prima pagina richiede l'inserimento delle informazioni che definiscono i contenuti degli obiettivi di salute.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano ▾

Linee strategiche pluriennali

Obiettivi di salute

Ufficio di piano

Processo partecipativo

Budget integrato di
programmazione

C) Programmazione operativa >

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >

•
Un titolo sintetico (max 140 caratteri).

•
Le specifiche evidenze ricavabili dal profilo di salute e dal profilo dei servizi.

•
I risultati generali da perseguire.

•
Una descrizione più dettagliata.

•
Una breve tematizzazione del problema seguita dall'approccio o dalla metodologia scelta per intervenire sul problema.

Scheda obiettivo 2020

Obiettivi [Connessioni con la programmazione regionale](#)

- **Titolo obiettivo** Inclusion sociale e lotta alla povertà
- **Descrizione obiettivo**

2920 Caratteri rimanenti
- **Profilo di salute - Evidenze**

2851 Caratteri rimanenti
- **Profilo servizi - Evidenze**

2847 Caratteri rimanenti
- **Metodologia**

2714 Caratteri rimanenti
- **Risultati attesi**

999 Caratteri rimanenti

Note

Pagina 2. Connessioni con la programmazione regionale.

Nella seconda pagina è possibile legare l'obiettivo di salute alla programmazione recata dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, mediante il riferimento facoltativo ai Driver, Target e Focus definiti nel PSSIR 2018-2020.

La connessione con gli elementi cardine della programmazione regionale è fondamentale perché consente di porre in relazione reciproca l'impianto strategico locale con i riferimenti del livello regionale e viceversa.

Da un punto di vista meramente pratico, il programmatore degli altri livelli territoriali (Area Vasta/Asl, Regione) può visualizzare in tempo reale le molteplici attività che per ciascun obiettivo strategico vengono realizzate localmente, rilevarne lo stato di avanzamento annuale, visualizzare le risorse allocate.

Le descrizioni inserite nel sistema informativo sono una sintesi delle analisi e delle argomentazioni che hanno portato alla definizione degli obiettivi strategici zonali durante il processo di programmazione.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano >

Linee strategiche pluriennali

Obiettivi di salute

Ufficio di piano

Processo partecipativo

Budget integrato di
programmazione

C) Programmazione operativa >

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >



Scheda obiettivo 2020

[Obiettivi](#) Connessioni con la programmazione regionale

Connessioni con la programmazione regionale

Driver

Focus PSSIR

Target PSSIR prevalente

- Altri target PSSIR
- Anziani
 - Bambini
 - Donne
 - Genitori
 - Giovani
 - Lavoratori
 - Persone detenute negli istituti penitenziari
 - Popolazioni residenti nelle aree interne, montane e insulari
 - Stranieri

SALVA

B.3. Budget Integrato di Programmazione

La scheda del Budget integrato di programmazione è stata introdotta a partire dalla programmazione 2020-2022.

Riporta la ricognizione di tutte le risorse a disposizione della programmazione integrata zonale, con la distinzione in parte sanitaria, parte sociale, altra provenienza, compartecipazioni. Per la parte sanitaria il riferimento normativo principale è costituito dalla D.G.R. 269/2019.

la scheda è organizzata in moduli annuali in riferimento al triennio di validità del PIS 2020-2022, che dovranno essere aggiornati a scorrimento secondo le successive sessioni di programmazione operativa annuale del 2021 e del 2022.

È possibile compilare il modulo relativo al 2020 secondo due modalità:

A. Evidenziando le risorse solo per Area di Programmazione: Cure Primarie/Sanità Territo-

- Home
- A) Conoscenza >
- B) Dispositivo di piano** ▾
 - Linee strategiche pluriennali
 - Obiettivi di salute
 - Ufficio di piano
 - Processo partecipativo
- Budget integrato di programmazione**
- C) Programmazione operativa >
- D) Monitoraggio POA 2019 >
- E) Chiusura e approvazione PIS
- Utilità >

riale - Sociosanitario - Socioassistenziale, Prevenzione e Promozione - Violenza di Genere (è possibile inserire la somma complessiva per ogni area di programmazione nella riga 'TOTALE').

B. Articolando le risorse anche per i Settori di Programmazione relativi ad ogni Area.

Per il 2021 e il 2020 viene richiesta solo l'indicazione delle risorse per Area di Programmazione.



Budget integrato di programmazione

Il Budget integrato di programmazione riporta tutte le risorse di parte sanitaria, di parte sociale, di altra provenienza e le compartecipazioni, a disposizione della programmazione integrata zonale. Per la parte sanitaria il riferimento normativo principale è costituito dalla [D.G.R. 269/2019](#). I moduli di riferimento sono organizzati sulla base del triennio di validità del PIS 2020-2022 e saranno aggiornati a scorrimento secondo i successivi aggiornamenti della Programma Operativa Annuale 2021 e 2022. È possibile compilare il modulo relativo al 2020 secondo due modalità:

- Evidenziando le risorse solo per Area di Programmazione: Cure Primarie / Sanità Territoriale - Sociosanitario - Socioassistenziale, Prevenzione e Promozione, Violenza di Genere (inserendo la somma complessiva nella riga "TOTALE").
- Articolando le risorse anche per i Settori di Programmazione relativi ad ogni Area.

Raggruppato per ▼ CSV ▼ Pdf

2020 **2021** 2022

Settore	Fondi sanitari	Fondi sociali	Altri fondi	Compartecipazioni	Totale	Note	
↓ Cure primarie - Sanità territoriale							
TOTALE	0	0	0	0	0		
Consumi sanitari e non sanitari dei presidi territoriali	0	0	0	0	0		
Assistenza di base	0	0	0	0	0		
Assistenza farmaceutica convenzionata	0	0	0	0	0		
Specialistica ambulatoriale	0	0	0	0	0		
Sanità d'iniziativa	0	0	0	0	0		
Assistenza domiciliare infermieristica	0	0	0	0	0		
Riabilitazione (fisico-motoria)	0	0	0	0	0		
Cure intermedie	0	0	0	0	0		
Cure palliative e Hospice	0	0	0	0	0		
Self management	0	0	0	0	0		
↓ Socio-Sanitario							
TOTALE	0	0	0	0	0		
Salute Mentale - Adulti	0	0	0	0	0		
Salute Mentale - Infanzia-Adolescenza	0	0	0	0	0		
Dipendenze da sostanze	0	0	0	0	0		
Dipendenze senza sostanze	0	0	0	0	0		
Disabilità	0	0	0	0	0		
↓ Violenza di genere							
TOTALE	0	0	0	0	0		
	Totale: 0	: 0	: 0	: 0			

B.4. Ufficio di Piano

La scheda riporta la descrizione dell'Ufficio di Piano attivato nell'ambito zonale, che costituisce l'organismo tecnico preposto all'elaborazione del PIS e degli altri strumenti di programmazione, monitoraggio e valutazione.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano ✓

Linee strategiche pluriennali

Obiettivi di salute

Ufficio di piano

Processo partecipativo

Budget integrato di
programmazione

C) Programmazione operativa >

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >

La scheda richiede informazioni relative a:

● Responsabile dell'Ufficio di Piano.

● Funzioni attribuite.

● Composizione.

● Dotazione in termini risorse umane, profili, ore settimanali.

Ufficio di piano

L'Ufficio di Piano costituisce l'organismo tecnico preposto alla elaborazione delle programmazioni territoriali, è costituito dal Direttore di Società della Salute/zona distretto ed è composto da personale messo a disposizione dall'Amministrazione Locale e dall'Azienda Unità sanitaria locale. Ciascun ambito zonale fornisce evidenza dell'avvenuta costituzione dell'UdP, della sua composizione e delle modalità di funzionamento, sia in riferimento all'elaborazione degli atti di programmazione, sia per le altre attività da esplicare durante l'intero ciclo annuale e pluriennale. Il riferimento normativo principale è costituito dalla [D.G.R. 269/2019](#).

● Funzioni

3000 Caratteri rimanenti

● Composizione

3000 Caratteri rimanenti

● Dotazioni

3000 Caratteri rimanenti

● Responsabile Ufficio
Piano

SALVA

B.4. Processo Partecipativo

La scheda riporta le azioni che ciascuna zona ha svolto nel corso della elaborazione del PIS al fine di sviluppare il dialogo strutturato con le organizzazioni della cittadinanza attiva e del terzo settore o, più in generale, con la popolazione dell'ambito territoriale.

In questa scheda trovano evidenza anche le attività che riguardano il ruolo e le prerogative degli istituti di partecipazione previsti dalla normativa vigente (L.R. 75/2017).

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano ✓

Linee strategiche pluriennali

Obiettivi di salute

Ufficio di piano

Processo partecipativo

Budget integrato di programmazione

C) Programmazione operativa >

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >



Processo partecipativo

Il Percorso di partecipazione raccoglie le azioni svolte nel corso della elaborazione del PIS al fine di attivare il dialogo strutturato con le organizzazioni della cittadinanza attiva e del terzo settore o, più in generale, con la popolazione dell'ambito territoriale. In questa parte trovano evidenza le attività che riguardano il ruolo e le prerogative degli istituti di partecipazione previsti dalla normativa vigente (l.r. 40/2005, art. 16 quater - Come riformata dalla l.r. 75/2017):

- Comitati di partecipazione delle zona-distretto/SdS (l.r. 40/2005, art. 16 quater, comma 1);
- Consulte del Terzo Settore delle SdS (l.r. 40/2005, art. 16 quater, comma 9);
- Incontri pubblici annuali diretti con la popolazione (l.r. 40/2005, art. 16 quater, comma 11).

Descrizione dei processi partecipativi attivati

5000 Caratteri rimanenti

SALVA

C. Programmazione Operativa

La sezione è dedicata all'inserimento delle informazioni che riguardano la programmazione operativa annuale, che viene aggiornata nel novembre di ciascuna delle annualità comprese nella vigenza del PIS.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano >

C) Programmazione operativa ▾

Programmi

Schede di attività 2020

Schede piano povertà

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >

La sezione comprende:

● Programmi Operativi.

● Schede di Attività.

● Schede del Piano di contrasto alla povertà.



PIANO INTEGRATO DI SALUTE
e programmazione operativa annuale



HELP



C.1. Programmi Operativi

I programmi operativi individuano dei gruppi coerenti di azioni che vengono attuate secondo la finalizzazione definita nella descrizione del programma.

Il programma operativo può essere trasversale alle aree o ai settori di programmazione; per questa caratteristica rappresenta il maggiore veicolo di integrazione operativa dei sistemi zonali.

La schermata illustra nel dettaglio come si presenta l'elenco dei programmi operativi e le diverse funzioni messe a disposizione dal software (aggiunta, visualizzazione, modifica).

Ogni programma operativo riporta anche la sua estensione temporale rispetto alle annualità di vigenza del PIS 2020-2022.

Nell'ultima colonna a destra è possibile vedere anche il numero di schede operative associate a ciascun programma. Cliccando sul link è possibile visualizzare l'elenco dettagliato delle schede associate.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano >

C) Programmazione operativa ▾

Programmi

Schede di attività 2020

Schede piano povertà

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >

Pagina per l'inserimento

La pagina per l'inserimento di un nuovo programma richiede di indicare:

- Un titolo sintetico.
- Una descrizione.
- Il nome del responsabile.
- Le annualità di riferimento.
- L'obiettivo di salute a cui è associato al programma.



Programmi operativi

I Programmi operativi individuano dei gruppi coerenti di azioni operative che vengono attuate secondo la finalizzazione definita nella descrizione del programma. Il Programma operativo può essere trasversale alle aree o 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).

Possono essere ripresi i programmi inseriti nel POA 2019 ([vedi](#)).

Raggruppato per ▼ CSV ▼

Nome programma	Responsabile programma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schede POA
Programma Reddito di cittadinanza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6) Vedi + Aggiungi
Programma Senza dimora		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) Vedi + Aggiungi
Inclusione integrazione sociale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(10) Vedi + Aggiungi
Promuovere l'autonomia dei soggetti con disabilità e/o non autosufficienti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6) Vedi + Aggiungi
Attivazione nuovi servizi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) Vedi + Aggiungi

Visualizza # 1 ▼ Pagina 1 di 2

Inizia Prev 1 2 Successivo Fine

Programmi

- 🔍 Obiettivo zonale Seleziona ▼
- 🔍 Nome programma Programma Reddito di cittadinanza
- Descrizione programma 3000 Caratteri rimanenti
- 🔍 Annualità 2020 2021 2022
- Responsabile programma
Seleziona ▼
+

C.2. Schede di Attività

Le schede di attività descrivono le azioni che concretizzano la programmazione sul territorio, gruppi di schede di attività possono andare a comporre un programma operativo.

La schermata illustra l'elenco delle attività inserite nel sistema. Analogamente agli obiettivi e ai programmi, il software consente di svolgere le funzioni operative di base (aggiunta, ricerca, filtro, ordinamento, raggruppamento, modifica, esportazione).

Cliccando su "Aggiungi" viene visualizzata la scheda per l'inserimento di una nuova attività. Ciascuna scheda è suddivisa in tre pagine:

- Le informazioni generali sulle attività operative.

- I riferimenti del dizionario/nomenclatore.

- Le risorse allocate rispetto alle attività da realizzare.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano >

C) Programmazione operativa ▾

Programmi

Schede di attività 2020

Schede piano povertà

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >



Schede operative - Attività 2020

+ Aggiungi Raggruppato per Pulisci Ricerca avanzata CSV Svuota

Titolo attività	Responsabile attività	Area Programmazione	<input type="checkbox"/>	
↓ Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata(2)				
Affidi - Adozioni e ricerca delle origini	Scirghi Lorella	Socio-assistenziale	<input type="checkbox"/>	
ATTIVITA' A SOSTEGNO DELLA GENITORIALITA'	Scirghi Lorella	Socio-assistenziale	<input type="checkbox"/>	
↓ Prevenzione del disagio giovanile(1)				
"Patto Educativo", formazione insegnanti Liceo Gobetti-Volta, (Prefettura di Firenze, Forze dell'ordine e Ser.D);		Prevenzione e promozione	<input type="checkbox"/>	
↓ Assicurare corretto percorso e adeguato sostegno ai soggetti affetti da spettro autistico(1)				
Autismo	Giorgi Antonella	Socio-Sanitario	<input type="checkbox"/>	
↓ Servizi e prestazioni relativi alle aree della non autosufficienza e della disabilità(1)				
Centri Diurni socio-riabilitativi a gestione diretta per persone con disabilità	Sticci Sandra	Socio-Sanitario	<input type="checkbox"/>	
↓ Assistenza sanitaria di base(1)				
Medicina di iniziativa e Autocura - Proposta Tavolo Tematico	Filippini Luigi	Cure primarie - Sanità territoriale	<input type="checkbox"/>	

Visualizza #

1

Pagina 1 di 365

Inizia Prev 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Successivo Fine



Pagina 1. Descrizione delle attività operative

La pagina prevede l'inserimento di una serie di informazioni di semplice comprensione. Per alcuni campi sono presenti note di spiegazione che precisano il tipo di informazione richiesta. Il sistema distingue due tipologie di attività: i progetti con una data di inizio e una di fine, e le attività continuative.

Come prima informazione deve essere obbligatoriamente specificato il programma operativo all'interno del quale l'attività viene inserita. Si tratta di un'informazione essenziale per legare le singole attività a tutto il sistema della programmazione strategica locale e regionale. La scelta del programma, infatti, visualizza l'obiettivo di salute precedentemente associato al programma operativo.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano >

C) Programmazione operativa ▾

Programmi

Schede di attività 2020

Schede piano povertà

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >

Scheda operativa di attività

Stai inserendo una nuova scheda

Attività2020 [Nomenclatore](#) [Risorse](#)

Obiettivo di salute
Scegliere un programma

Programma operativo zonale
Seleziona

Titolo attività

Data fine

Innovativa
SI NO

Modalità di gestione
Seleziona

Altra forma di gestione (descrivere)

Responsabile attività
Seleziona

Persona che ha compilato la scheda
Seleziona

Seleziona

Altro tipo di gestione

AUSL gestione diretta

Comune forma singola

Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis Ir.40/2005)

Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis Ir.40/2005)

Convenzione socio-sanitaria - gestore Unione Comunale (Art. 70bis Ir.40/2005)

SdS gestione diretta

SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA

SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl

Unione Comunale gestione diretta

Pagina 2. Dizionario/Nomenclatore delle attività operative

La seconda pagina della scheda di attività è molto importante per la ricostruzione del sistema di programmazione territoriale e il coordinamento delle politiche sovraordinate. Consente infatti di classificare l'azione secondo il nomenclatore delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e socio-assistenziali riferito alla normativa regionale.

Come è noto il nomenclatore regionale si articola su tre livelli:

- Area di programmazione.

- Settore di attività.

- Attività.

In relazione ai rami più alti dell'albero di programmazione, una scheda di attività può essere associata a una sola area di programmazione e a un solo settore di attività.

Una singola scheda, però, può programmare la realizzazione di più attività contemplate dal nomenclatore. Ciò allo scopo di consentire un inserimento non frammentato e casuale, per favorire invece aggregazioni di gruppi coerenti di attività connesse tra loro in riferimento a specifici insiemi di servizi o interventi. In questo caso è sufficiente indicare l'attività prevalente (quella principale o maggiorente significativa per la programmazione) per poi legare le altre.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano >

C) Programmazione operativa ✓

Programmi

Schede di attività 2020

Schede piano povertà

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >



Scheda operativa di attività

Stai inserendo una nuova scheda

Attività2020

Nomenclatore

Risorse

Nomenclatore

● Area Programmazione

Cure primarie - Sanità territoriale

● Settore prevalente

Azioni di sistema Cure primarie

● Attività prevalente

Selezione

Altre attività

- Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema
- Formazione del personale
- Revisione e miglioramento dei processi amministrativi
- Revisione e miglioramento dei processi assistenziali
- Revisione e miglioramento dei processi contabili
- Revisione e miglioramento dei processi tecnici
- Ricerca
- Sistema informativo
- Sistemi di qualità e accreditamento
- Strumenti di Programmazione

Seleziona

Cure primarie - Sanità territoriale

Prevenzione e promozione

Socio-assistenziale

Socio-Sanitario

Violenza di genere

SALVA

Pagina 3. Risorse allocate

La terza pagina riguarda le risorse allocate per la realizzazione dell'attività in riferimento al pertinente esercizio finanziario annuale. Per questa ragione l'aggiornamento a scorrimento della programmazione operativa annuale viene effettuata nel mese di novembre in riferimento all'annualità successiva.

Sono indicate le principali fonti di finanziamento attualmente vigenti e utilizzate sul territorio regionale per il finanziamento delle attività inerenti la sanità territoriale, il socio-sanitario e il socio-assistenziale.

Le fonti sono raggruppate in due macro-settori a cui si aggiungono le compartecipazioni degli utenti:



Le risorse di sanitarie, suddivise a loro volta tra risorse finalizzate e risorse ordinarie.



Le risorse sociali, suddivise in molteplici categorie.

Per ogni fonte di finanziamento è presente una nota di spiegazione. Il totale delle risorse e il totale per settore vengono calcolati automaticamente dal sistema.

Scheda operativa di attività

Stai inserendo una nuova scheda

Attività2020

Nomenclatore

Risorse

Risorse

Totali Sanitarie

0

☛ Sanitarie finalizzate

0,00

☛ Sanitarie ordinarie

0,00

Sociali Totali

0

Sociali Comune

0,00

☛ Risorse proprie degli enti associativi

0,00

☛ Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)

0,00

Fondo Non Autosufficienza

0,00

Fondo Vita indipendente

0,00

Compartecipazione utenti

0,00

☛ GAP

0,00

☛ Incentivo accorpamento DGRT 711/2018

0,00

☛ FSE PON

0,00

FSE POR

0,00

Fondo Povertà - quota servizi

0,00

Fondo Povertà - quota servizi senza dimora

0,00

PON Reddito di cittadinanza

0,00

PON Senza dimora

0,00

PON FEAD Senza dimora

0,00

☛ Trasferimento fondi da privati

0,00

Altri trasferimenti da Enti pubblici

0,00

Risorse totali

0

SALVA

C.3. Schede del piano regionale per il contrasto alle povertà

Il menu visualizza anche un sottoinsieme specifico di schede di attività che si riferiscono al piano regionale per il contrasto della povertà. In queste schede sono inserite tutte le azioni predefinite dalla programmazione regionale di settore che concorrono a definire la programmazione locale sul tema della povertà, inclusione sociale, reddito di cittadinanza, senza dimora.

In questo modo è possibile rilevare e monitorare un settore specifico delle politiche socio-assistenziali, ovvero tutte le attività finanziate con le risorse previste dal piano povertà, attraverso il sistema informativo per i piani integrati di salute.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano >

C) Programmazione operativa ▾

Programmi

Schede di attività 2020

Schede piano povertà

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >

Dal momento che la normativa nazionale e regionale finanzia un insieme di attività predefinite, per garantire omogeneità nel sistema, queste attività sono state pre-inserite secondo una sequenza codificata di Obiettivo-Programmi-Attività. Le singole zone sono quindi chiamate a specificare i programmi e le attività indicando le modalità realizzative adottate nel territorio e le risorse allocate. Le singole zone possono integrare la sequenza pre-codificata, ampliando i programmi operativi o le schede di attività riferite alla povertà e all'inclusione sociale.

Schede operative - Attività 2020

+ Aggiungi Raggruppato per ▾ Pulisci 🔍 Ricerca avanzata CSV ▾

Titolo attività	Responsabile attività	Area Programmazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ Programma Reddito di cittadinanza(6)					
RDC - Fondo povertà (PON Avviso 1 e Avviso 3) - A. Rafforzamento dei servizi sociali	Boldrini Fabrizio	Socio-assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RDC - Fondo povertà (PON Avviso 1 e Avviso 3) - B. Interventi socio educativi e di attivazione lavorativa	Boldrini Fabrizio	Socio-assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RDC - Fondo povertà (PON Avviso 1 e Avviso 3) - C. Promozione di accordi di collaborazione in rete	Boldrini Fabrizio	Socio-assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reddito di cittadinanza - quota servizi - LEP 1 - Presa in carico	Boldrini Fabrizio	Socio-assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reddito di cittadinanza - quota servizi - LEP 2 - Interventi e servizi	Boldrini Fabrizio	Socio-assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reddito di cittadinanza - quota servizi - LEP 3 - Informazione e orientamento al RdC	Boldrini Fabrizio	Socio-assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ Programma Senza dimora(3)					
Senza dimora - Fondi FSE PON (Avviso 4) - Fondi FEAD	Boldrini Fabrizio	Socio-assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senza dimora - Fondi FSE PON (Avviso 4) - Fondi PON	Boldrini Fabrizio	Socio-assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senza dimora - quota servizi	Boldrini Fabrizio	Socio-assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Visualizza #

1 ▾

D. Monitoraggio e Valutazione

Al momento in questa sezione sono attive soluzioni solo per la parte di monitoraggio. La D.G.R. 925/2020 avvia lo sviluppo delle parti relative alle valutazioni, una volta conformate alcuni riferimenti potranno essere introdotti anche nel sistema informativo dei PIS.

Le soluzioni attuali consentono il monitoraggio dello stato di attuazione delle schede di attività relative alla programmazione operativa dell'annualità precedente. Per ogni attività inserita nella programmazione precedente il sistema richiede di:

- Indicare la situazione attuale di ogni attività operativa (Status: In corso - - Sospeso - Annullato - Concluso).

- Descrivere con un breve testo le azioni realizzate e i risultati raggiunti.

- Indicare l'intenzione di riproporre l'attività anche nella programmazione operativa dell'anno successivo.

Quest'ultima funzione consente ai responsabili delle attività di risparmiare molto tempo. I contenuti monitorati e riproposti per l'annualità successiva vengono infatti replicati automaticamente, a eccezione dei valori contabili. I responsabili ritrovano quindi le stesse schede nella nuova programmazione, possono comunque modificarle e integrarle operando direttamente nella sezione C.

Questa operazione può essere effettuata per tutti i livelli in cui si articola la programmazione (obiettivi, programmi, attività). Per mantenere l'integrità dei legami delle attività con i programmi e gli obiettivi fissati nell'annualità precedente, è consigliabile operare secondo questa sequenza:

- Riportare nella nuova programmazione gli Obiettivi.

- Riportare nella nuova programmazione i Programmi.

- Riportare nella nuova programmazione le Schede di attività.



MONITORAGGIO 2019

Il Monitoraggio riguarda lo stato di attuazione delle Schede di attività relative all'annualità precedente. Le modalità sono le stesse già utilizzate nella programmazione 2019. Per ogni attività inserita nella programmazione precedente occorre:



- ✓ Indicare la situazione attuale dell'attività (status).
- ✓ Scrivere un breve testo descrittivo delle attività realizzate e dei risultati raggiunti.
- ✓ Indicare se si intende riproporre l'attività anche nella nuova programmazione operativa 2020.

Le attività riproposte vengono automaticamente inserite nella nuova programmazione operativa.

Per mantenere l'integrità dei legami delle attività con i programmi e gli obiettivi fissati nell'annualità precedente è consigliabile operare secondo questa sequenza:

- 1 Riportare nella nuova programmazione gli Obiettivi.
- 2 Riportare nella nuova programmazione i Programmi
- 3 Riportare nella nuova programmazione le Schede di attività



Schede operative - Attività 2019

Raggruppo per ▼ Pulisci CSV ▼ Pdf

Digita il testo da cercare

Attività titolo	status	Riproponi	Monitoraggio	Data monitoraggio	Responsabile	Area di programmazione
↓ (4)						
Avvio realizzazione servizi residenziali e semiresidenziali autismo adulti e disabilità	In corso	✓	Nel corso del 2019 si sono avviate le necessarie procedure di progettazione degli spazi pubblici indispensabili alla realizzazione del progetto, che nel corso del 2020 potranno esitare nella approvazione degli strumenti di pianificazione idonei ad attivare le procedure di gara per la realizzazione dei manufatti sul territorio del comune di Empoli.	27-02-2020		Socio-Sanitario
Gestione fondo affitti	Conclusa	✗	L'attività di tipo non continuativo, verrà assorbita dalla più omogenea funzione di supporto alla emergenza abitativa	27-02-2020		Socio-assistenziale
Progetto UNRRAA	Conclusa	✗	Il progetto ha esaurito il finanziamento, e verrà riproposto all'interno delle attività ordinarie di supporto alla disabilità e alla salute mentale.	27-02-2020		Socio-Sanitario
SATIS		✓	La rete antitrattra ha previsto una rimodulazione degli interventi in relazione all'evoluzione dei processi migratori e di accoglienza; potenziati i rapporti con lo SPRAR e i CAS e con i servizi potenziali intercettatori di situazioni di tratta in particolare dell'area consuntoriale.	24-02-2020		Socio-assistenziale

Chiusura e Approvazione

Una volta inseriti tutti i contenuti e terminato l'iter locale di approvazione del Piano integrato di salute e della Programmazione operativa annuale, l'ultima sezione del sistema informativo consente di concludere il ciclo di programmazione.

Nell'apposito campo viene inserita la delibera della Conferenza Integrata Zonale o dell'Assemblea dei Soci della Società della Salute con cui vengono approvati il PIS pluriennale o il POA annuale.

Prima di consentire la chiusura della programmazione il sistema effettua alcuni semplici controlli di coerenza delle informazioni inserite e segnala eventuali anomalie.

[Home](#)

[A\) Conoscenza](#) >

[B\) Dispositivo di piano](#) >

[C\) Programmazione operativa](#) >

[D\) Monitoraggio POA 2019](#) >

[E\) Chiusura e approvazione PIS](#)

[Utilità](#) >

Piano - Chiusura e approvazione

Zona

Zona

AUSL

Piano - Chiusura e approvazione

PIS approvato

NO SI

Estremi atto di
approvazione PIS

Data di approvazione
PIS

Caricare il file con l'atto
approvato

CANCELLA

Scegli il file Nessun file scelto

Utilità

La sezione utilità contiene alcune funzioni che agevolano l'implementazione del sistema:

- L'anagrafica degli operatori, dove è possibile inserire i nominativi e gli uffici di appartenenza degli operatori responsabili delle singole attività e dei programmi operativi; i nominativi inseriti compaiono negli elenchi a discesa delle schede di attività e dei programmi operativi.

- La stampa e l'esportazione in formato csv dei principali dati inseriti:

- Il dispositivo di piano.
- L'elenco degli obiettivi di salute.
- L'albero della programmazione, ovvero, la fotografia sintetica della programmazione territoriale articolato secondo una struttura "ad albero" che inizia dagli obiettivi di salute e si articola in programmi operativi e singole schede di attività.
- Le singole schede operative dettagliate.
- Il monitoraggio della programmazione precedente.

- Home
- A) Conoscenza >
- B) Dispositivo di piano >
- C) Programmazione operativa >
- D) Monitoraggio POA 2019 >
- E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità 

Anagrafica operatori

Stampe

Utilità 

Anagrafica operatori

Stampe

B) Dispositivo di piano

B) Obiettivi di salute

B) Albero della programmazione

C) Schede POA 2020

D) Monitoraggio POA 2019



Anagrafica operatori

Elenco delle persone inserite nel POA 2019 come responsabili di attività o come compilatori. Cliccando sui link nelle colonna a destra "Schede POA 2019", "Schede POA 2020", "Programmi 2020" è possibile visualizzare rispettivamente le schede inserite nel 2019 che hanno come responsabile o compilatore la persona indicata, visualizzare o aggiungere una scheda POA 2020 a nome delle persona, visualizzare o inserire un programma operativo.

+ Aggiungi Raggruppato per CSV

↓ Cognome	Nome	Ufficio	Ruolo		Schede POA 2019	Programmi POA 2020	Schede operative - Attività 2020 Lista	
				<input type="checkbox"/>			+ Aggiungi	+ Aggiungi
				<input type="checkbox"/>			+ Aggiungi	+ Aggiungi
				<input type="checkbox"/>			+ Aggiungi	(5) Dettaglio + Aggiungi
				<input type="checkbox"/>		(9) Vedi 	(1) Vedi + Aggiungi	(9) Dettaglio + Aggiungi
				<input type="checkbox"/>		(5) Vedi 	+ Aggiungi	(5) Dettaglio + Aggiungi
				<input type="checkbox"/>		(3) Vedi 	(12) Vedi + Aggiungi	(36) Dettaglio + Aggiungi
				<input type="checkbox"/>		(6) Vedi 	(1) Vedi + Aggiungi	(6) Dettaglio + Aggiungi
				<input type="checkbox"/>		(2) Vedi 	+ Aggiungi	(2) Dettaglio + Aggiungi
				<input type="checkbox"/>		(7) Vedi 	+ Aggiungi	(7) Dettaglio + Aggiungi



Stampe - Dispositivo di piano

PDF

STAMPA

ZONA

LINEE STRATEGICHE

UFFICIO DI PIANO

Help

La sezione Help contiene le informazioni e le documentazioni utili per la programmazione, situata in alto a destra è accessibile da tutte le schermate.

Programmazione multilivello.

Sono riportati i link ai riferimenti fondamentali della programmazione regionale contenuti nel PSSIR: Driver (obiettivi), Target (destinatari), Focus (ambiti tematici specifici); ai programmi nazionali e regionali settoriali (es. piano povertà, piano per la non autosufficienza, etc.); al nomenclatore regionale.

Strumenti per il PAL.

Sono riportati gli strumenti per il PAL, ovvero estrapolazioni della programmazione zonale utili alle ASL per la predisposizione degli atti di programmazione di loro competenza: il 'Programma operativo annuale per le cure primarie e la sanità territoriale' e l'Atto per l'integrazione socio-sanitaria'.

Documentazione.

È riportata la documentazione di interesse per la programmazione locale, come il link alla pagina dell'Osservatorio Sociale Regionale dove si trovano i profili di salute zonali, e tutti i dati necessari per la redazione della parte conoscitiva della programmazione; le normative regionali rilevanti; le domande più frequenti (FAQ) che vengono poste riguardo il funzionamento del sistema, sia per gli aspetti relativi al software, sia per quelli più strettamente inerenti la programmazione.



Programmazione multilivello

Obiettivi regionali PSSIR (driver)

Target PSSIR

Focus PSSIR

Piani nazionali e regionali

Nomenclatore

Documentazione

Profili di salute

DGRT 573/2017 - Linee guida

DGRT 1076/2018 - POA 2019

DGRT 269/2019 - Governance reti

DGRT 1339/2019 - Linee guida - integrazione

DGRT 1339/2019 - Linee guida - integrazione

FAQ - Domande frequenti

Strumenti per il PAL

Programma operativo annuale cure primarie - sanità territoriale

Programmazione multilivello

Obiettivi regionali PSSIR (driver)

Target PSSIR

Focus PSSIR

Piani nazionali e regionali

Nomenclatore

Documentazione

Profili di salute

DGRT 573/2017 - Linee guida

DGRT 1076/2018 - POA 2019

DGRT 269/2019 - Governance reti

DGRT 1339/2019 - Linee guida - integrazione

FAQ - Domande frequenti

Strumenti per il PAL

Programma operativo annuale cure primarie - sanità territoriale

Atto per l'integrazione socio-sanitaria

Gestione degli utenti e funzioni amministrative

Il sistema prevede anche alcune funzioni aggiuntive per gli utenti di Regione Toscana e di Federsanità-Anci Toscana.

In particolare, consente l'accesso a tutti i dati inseriti dalle zone e ad alcuni strumenti di monitoraggio dell'andamento della programmazione.

Home

A) Conoscenza >

B) Dispositivo di piano >

C) Programmazione operativa >

D) Monitoraggio POA 2019 >

E) Chiusura e approvazione PIS

Utilità >

Amministrazione ▾

Monitoraggio PIS-POA

PIS - Dispositivi di piano

PIS - Elenco approvati



Monitoraggio PIS e POA

 Raggruppato per ▼ CSV ▼

idZona	Zona	LineeStrategiche	Obiettivi num	Proc Partecipativo	Ufficio Piano	Budget integrato	Budget integrato tot	Programmi num	Attività num	Totale Obiettivi 2019	Obiettivi Monitorati	Obie 2019 ripro
501	Aretina - Casentino - Valtiberina	Si	8	Si	Si	No	0	24	172	10	Si	10
502	Val di Chiana Aretina	Si	7	Si	Si	No	0	18	56	6	Si	6
503	Valdarno	Si	12	Si	Si	No	0	19	92	10	Si	10
504	Fiorentina Nord-Ovest	Si	4	Si	Si	Si	375195457	15	210	5	No	0
505	Fiorentina Sud-Est	Si	15	Si	Si	Si	111645724	38	200	12	Si	12
506	Firenze	Si	7	Si	Si	Si	730162802	33	194	9	Si	1

Rassegna delle principali normative regionali citate nel volume

Leggi Regionali Toscane

L.R. 40/2005 “Disciplina del servizio sanitario regionale”.

L.R. 41/2005 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.

L.R. 44/2014 “Modifiche alla l.r. 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale)”.

L.R. 45/2014 “Modifiche alla l.r. 41/2005 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)”.

L.R. 28/2014 “Disposizioni urgenti per il riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale”.

L.R. 84/2015 “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005”.

L.R. 11/2017 “Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005”.

L.R.75/2017 “Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell’utenza nell’ambito del servizio sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005”.

Delibera Consiglio Regionale 73/2019 “Piano sanitario e sociale integrato regionale 2018-2020”.

Delibere di Giunta Regionale Toscana

D.G.R. 391/2016 “Linee di indirizzo per la programmazione di area vasta e costituzione dei Dipartimenti interaziendali”.

D.G.R. 441/2016 “Approvazione definitiva della Direttiva “Primi indirizzi alle Aziende unità sanitarie locali in merito allo Statuto e alle articolazioni di governo all’interno delle aziende”, già adottata ai fini dell’acquisizione del parere della competente commissione consiliare con dgr n. 317 del 11.4.2016.”.

D.G.R. 573/2017 “Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale”.

D.G.R. 958/2018 “Linee di indirizzo per le reti cliniche regionali”.

D.G.R. 1076/2018 “Indicazioni per la programmazione operativa annuale 2019 SdS/Zone”

D.G.R. 1280/2018 “Nuovo modello di Governance aziendale. Approvazione delle linee di indirizzo regionali”.

D.G.R. 269/2019 “Governance delle reti territoriali”.

D.G.R. 1339/2019 “Integrazione alla DGR 573/2017 Linee guida del Piano Integrato di Salute (PIS) e del Piano d’Inclusione Zonale (PIZ), adeguamento al nuovo PISSR 2018-2020”.

D.G.R. 1547/2019 ‘Programmazione multilivello: strumenti di governance e nuovo ciclo di programmazione a seguito del PSSIR 2018-2020’.

D.G.R. 273/2020 “Determinazioni in merito alle azioni per l’attuazione del PSSIR 2018-2020”.

D.G.R. 385/2020 “DGR 1339/2019 - Proroga termine per approvazione da parte di società della salute e zone distretto del Piano integrato di salute, Piano di inclusione zonale, Profilo di salute e Programma operativo annuale”.

D.G.R. 925/2020 “Valutazione della programmazione: aspetti organizzativi, autovalutazione e set di indicatori sullo stato di salute e sull’accesso ai servizi”.

Elenco delle sigle principali

AOU - Azienda Ospedaliero-Universitaria

ASL - Azienda Sanitaria Locale

PAL - Piano Attuativo Locale

PAO - Piano Attuativo Ospedaliero

PAV - Piano di Area Vasta

PIS - Piano Integrato di Salute

PIZ - Piano d’Inclusione Zonale

POA - Programmazione Operativa Annuale

PSSIR - Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale

UdP – Ufficio di Piano

