



**Regione Toscana**  
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



**Scuola Superiore  
Sant'Anna**  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

## **BOZZA**

# **LINEE GUIDA PER LA STESURA DEI PIANI INTEGRATI DI SALUTE**



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

**Laboratorio WISS**



management e sanità  
Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute



Fondazione E. Zancan  
Onlus



Osservatorio  
Sociale Regionale



Agenzia  
Regionale  
Sanità  
Toscana

## INDICE

### **1. Introduzione**

**1.1 Il Piano Integrato di Salute**

**1.2 Il sistema di programmazione toscano**

### **2. Il processo di elaborazione dei PIS**

**2.1 Il PIS programma se stesso**

**2.2 I soggetti coinvolti**

**2.3 I contenuti**

**2.3.2 L'articolazione del documento**

**2.3.3 Il Profilo di salute**

**2.3.4 La selezione delle priorità**

**2.3.5 La programmazione triennale e annuale e la progettualità**

**2.3.6 Il PIS e il Piano Attuativo Locale aziendale**

### **3. La partecipazione alla programmazione**

### **4. La Valutazione come metodo di lavoro**

### **5. Risorse economiche e finanziarie**

## **ALLEGATI**

### **Tabelle**

**Set minimo indicatori**

**Set complementare**

**Format di valutazione**

# 1. Introduzione

## 1.1 Il Piano Integrato di Salute

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

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

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

- la definizione degli obiettivi di salute e benessere;
- la definizione delle azioni attuative;
- l'attivazione di strumenti di valutazione.

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

Per fare ciò è necessario che si conosca in modo adeguato lo stato di benessere/malessere dei cittadini, l'evoluzione nel tempo dei bisogni di salute, gli eventuali bisogni non soddisfatti.

Esso rappresenta il luogo di attuazione e di elaborazione dei programmi di miglioramento della salute basati sui diversi fattori e categorie di determinanti sociali; quindi esso è necessariamente strumento per la programmazione di politiche integrate.

## 1.2 Il sistema di programmazione toscano

La struttura della programmazione, secondo la normativa toscana, si fonda su **due livelli**<sup>1</sup>:

- quello *locale*, con il Piano integrato di salute (art.21) e, in stretta connessione, con i Piani attuativi locali delle Aziende Usl (art. 22) e delle Aziende ospedaliere (art. 23), e le intese e gli accordi stabiliti dagli atti di programmazione interaziendale (Piani di area vasta) nonché, ovviamente, dal Piano sanitario e sociale integrato regionale;
- quello *regionale*, con appunto questi ultimi due Piani (artt. 9 e 18).

Essi coinvolgono una **pluralità di attori**:

---

<sup>1</sup> Un terzo, chiamato a coerenza e interdipendenza con quello locale e regionale, è quello *personalizzante*, che assume denominazioni diverse: il Pa (percorso assistenziale) sanitario, il Pap (piano assistenza personalizzato) per la non autosufficienza, e il Psp (percorso assistenziale personalizzato) sociale (art. 7, co. 2, p. 3 della legge reg. n. 41/2005);

- **istituzionali:** con la Regione e gli organismi consultivi, di studio e supporto tecnico amministrativo (artt.80, 82, 83, 95)59; i Comuni (art. 6, co. 2); le Province (artt. 71-sexies e septies decies); le Università (art. 13), gli Enti di ricerca e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (art. 14); le Ausl (capo I, artt. 31 ss.) e i Distretti (art. 64), le Società della salute (artt. 71-bis ss.);
- **sociali e individuali:** con i singoli cittadini (artt. 1,co. 1, lett. e-ter), 15, 16, co. 11); il volontariato (art. 64, co. 5, lett. c); la cooperazione sociale e l'associazionismo di promozione sociale (artt. 15, 17 e 21, co. 4, lett. b); i rappresentanti della comunità locale nominati nel Comitato di partecipazione delle Sds e le relative Consulte del terzo settore (71-undecies);
- **professionali:** come richiamati in vari articoli (artt.1, co. 1, lett. i) e c) e 71-undecies); il Consiglio dei sanitari delle aziende sanitarie (artt. 44, 45); i medici convenzionati (art. 50, co. 5); le strutture organizzativo-professionali (artt. 60 e 61).

La **governance** tra questi attori è così articolata:

– **a livello zonale-territoriale**, la SdS - (capo III-bis, artt. 71-bis ss.), o in alternativa, dove questa non presente, la Conferenza zonale dei sindaci (art. 12, co.5) - ha la responsabilità in merito al Pis (art.21); alla definizione dei Pis concorrono anche le province (artt. 12, co. 6, 71), in particolare attraverso il supporto offerto dagli Osservatori sociali provinciali (art. 40);

– **a livello di Azienda Usl**, la Conferenza aziendale dei Sindaci, con la partecipazione del Presidente della provincia (art. 12), il Collegio di direzione (art. 48), il Consiglio dei sanitari delle Aziende Usl (art. 44) e delle Aziende ospedaliero-universitarie (art. 45) per il governo clinico, i contesti stabiliti dagli atti regolamentari di partecipazione della medicina convenzionata per la gestione e programmazione della sanità territoriale e dei servizi ospedalieri in rete (art. 50, co. 5), il Collegio di direzione aziendale «per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, [...] alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, ai programmi di formazione, ricerca e innovazione», ecc. (art. 48), i Comitati etici locali (art. 99); hanno la responsabilità in merito al Pal (Piano attuativo locale e ai programmi annuali di attività) (art. 22);

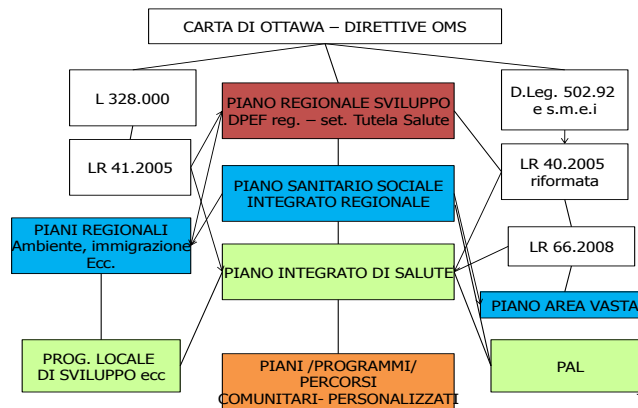
– **a livello regionale**, la Giunta e al Consiglio regionale (art. 18), con il supporto della Conferenza regionale delle Società della salute (art. 11), della Commissione terapeutica regionale per l'area del farmaco (art. 80), del Consiglio sanitario regionale (capo II, artt. 83 ss.), della Commissione regionale di bioetica (artt. 95 ss.), della Commissione regionale delle politiche sociali (così come stabilito dall'art. 28 della legge reg. n. 41/2005 e dall'art. 15 della legge reg. n. 66/2008), hanno la responsabilità, sotto il governo tecnico e politico della stessa Giunta regionale, del Pssir (artt.18 ss.). (vedi appendice tabella 1)

Il **processo programmatico** si basa su una **logica circolare** finalizzata alla ricerca della integrazione (istituzionale, gestionale, professionale, comunitaria e personale), attraverso la ricerca di **coerenza interdipendente**, orizzontale e verticale, tra livelli e strumenti di programmazione:

– il Pssir deve essere coerente con il Piano regionale di sviluppo (verticale) e con il resto della programmazione regionale di settore (orizzontale);

– allo stesso modo le programmazioni «sanitarie» (Area vasta, Ausl) devono essere coerenti con il Pssir (verticale) e, in particolare quella attuativa aziendale e distrettuale, con il Pis (orizzontale);

– al contempo il Pis, che si sviluppa in Programmi operativi annuali, deve essere coerente con il Pssir (verticale) e con le altre programmazioni locali, in genere di dimensioni provinciali (orizzontale).



## 2. Il processo di elaborazione dei PIS

L'ambito di realizzazione del PIS è il territorio della zona distretto.

Le politiche contenute nel PIS si concretizzano mediante progetti aventi obiettivi specifici e misurabili coerenti con la finalità generale. Migliorare la salute implica modificare lo stato dei fattori sia di tipo sanitario - disponibilità, accessibilità e qualità dei servizi - sia soprattutto extrasanitari: condizioni sociali economiche, stili di vita, stato dell'ambiente.

Il PIS deve prevedere interventi su questi diversi fattori che interagiscono fra di loro e il cui controllo dipende da soggetti e settori diversi dell'amministrazione pubblica, e non solo.

Per questo il PIS deve integrare conoscenze relative a fenomeni che di solito sono collocati in campi disciplinari e amministrativi distinti, se non separati, e prevedere interventi interdisciplinari e multisettoriali.

### 2.1 Il PIS *programma se stesso*

La elaborazione del documento deve essere organizzata e pianificata verificando che il PIS "abbia programmato se stesso" in maniera sistematica e condivisa, sia nelle fasi istituzionali che non. È necessario quindi che il processo che conduce alla sua stesura sia pianificato e monitorato.

Alcuni passaggi da tenere in considerazione per una buona programmazione del PIS sono:

- *la definizione di una equipe adeguata*, inter-istituzionale, formalmente definita, che accompagni e supporti ogni fase del processo programmatico e che garantisca tecnicamente il corretto svolgimento del percorso.
- *un programma di attivazione condiviso* (documento di indirizzo), in cui si espliciti formalmente il disegno complessivo di predisposizione, stesura ed attuazione del PIS;
- *un piano di lavoro* in cui siano definite:
  - sia le fasi di stesura del PIS in termini temporali e metodologici, attraverso ad esempio la costituzione di gruppi di lavoro settoriali,
  - sia le relative risorse umane dedicate;
- *i vincoli per la reciproca integrazione con altri settori di programmazione* (atti, tempi, contenuti, ecc.);

- *il piano di comunicazione* che accompagni la stesura del documento, in cui siano delineati gli obiettivi di comunicazione propri del PIS che si intendono perseguire e i relativi interventi ed iniziative pubbliche.

Indicatori per monitorare la fase di definizione e predisposizione del PIS:

- n. incontri generali dedicati
- presenza di verbali
- documento formale di nomina del gruppo
- n. incontri istituzionali dedicati
- n. iniziative pubbliche fatte
- tipologie e numero di partecipanti coinvolti

## 2.2 I soggetti coinvolti

Si possono identificare tre categorie:

- *i decisori*; coinvolti formalmente, secondo la legge, devono approvare il PIS;
- *gli stakeholders*; chiamati a dare voce ai bisogni della / rappresentare la / popolazione;
- *i tecnici*; impegnati nella raccolta dei dati e delle informazioni e nell'accompagnamento-supporto al processo programmatorio.

La programmazione, per trattare i percorsi prestazionali – p.e. di continuità assistenziale -, i bisogni emergenti – p.e. il disagio psichico tra gli adolescenti immigrati -, e valutare esiti e ricadute del sistema di offerta, ha bisogno di **competenze integrate** quali quelle gestionali, epidemiologiche, operative.

La **logica partecipativa**, che ne è presupposto, impone che Azienda Usl, SdS, Comuni, Province (il cd “capitale pubblico”) debba necessariamente fondersi e integrarsi con le Rappresentanze organizzate della cittadinanza, quali le organizzazioni non profit, associazioni, gruppi di interesse, organizzazioni sindacali (il cd “capitale sociale”).

Per la elaborazione del documento è necessario un **coordinamento intersettoriale**, garantito dalla costituzione di una equipe con competenze capaci di tradurre i bisogni e l'analisi della realtà in progetti aventi una visione multidimensionale e multidisciplinare.

**L'equipe standard** può essere composta dal Direttore SdS, da un epidemiologo, dal management operativo e di controllo di gestione e da operatori (medici di famiglia, specialisti, amministrativi, assistenti sociali; ecc.) appartenenti a settori chiave dell'azione di tutela e promozione della salute di un territorio. Tale equipe deve assicurare l'esistenza di un supporto tecnico, manageriale, organizzativo e scientifico per tutta la conduzione dei lavori.

Indicatori/strumenti per monitorare la presenza dei soggetti coinvolti nella elaborazione del PIS:

- verbali di attività dell'equipe
- risorse impiegate e composizione competenze
- ore mensili dedicate
- responsabilità individuata

- presenza e composizione di gruppi di lavoro interdisciplinari e multiprofessionali su tematiche specifiche

### 2.3 I contenuti: la conoscenza dello stato di salute e sua dinamica

Governare la domanda sociosanitaria significa:

- conoscere i bisogni di salute della popolazione, anche quelli non espressi/riconosciuti dai servizi;
- valutare la migliore risposta – preventiva, terapeutica, riabilitativa - in termini di efficacia e di appropriatezza;
- scegliere il percorso assistenziale più conveniente in rapporto costi/risultati.

Questo necessita di chiavi interpretative (*rilevanze*), linguaggi (*indicatori*), strumenti di intervento considerati adeguati (*evidenze*), condivisi tra i diversi attori coinvolti, ovvero di una visione comune sul valore e sulla definizione di salute da perseguire di una comunità.

La strategia di avvio del PIS si basa su uno sviluppo graduale e su alcuni passaggi chiave:

- tenere conto delle programmazioni locali, aziendali e regionali già esistenti;
- delineare una cornice strategica di azione sulle priorità regionali e locali, con particolare rilievo per le disuguaglianze di salute e l'accesso ai servizi per le popolazioni più fragili;
- definire una politica allocativa delle risorse impiegate e distribuite per rispondere sia alle priorità regionali che a quelle locali;
- identificare i vari attori coinvolti nella programmazione, le risorse impegnate ed il tipo di coinvolgimento futuro;
- informare il pubblico delle finalità, del contenuto e dei mezzi e strumenti con i quali la programmazione può contribuire al miglioramento della salute della comunità;
- verificare che l'impianto di programmazione partecipata abbia al suo interno momenti di monitoraggio, verifica e valutazione di ciò che si sta portando avanti e di ciò che si è fatto, condividendo tali risultati con la popolazione.

#### 2.3.1 L'articolazione del documento (indice generale)

Ciascun PIS ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale, ovvero quinquennale. La normativa stabilisce (art.21 l.r. 40 modificata) 7 compiti principali a cui deve rispondere il PIS:

<b>a. definire il profilo epidemiologico delle comunità locali;</b>	Si fa riferimento alla predisposizione dei profili di salute, ovvero alla descrizione della salute della per i gruppi di popolazione più fragili per caratteristiche socio-economiche, etnico-culturali, residenziali.
<b>b. definire gli obiettivi di salute e benessere e i relativi standard quantitativi e qualitativi zonali;</b>	Dal profilo di salute derivano i bisogni di salute della popolazione e le conseguenti priorità di intervento a cui devono essere legati, tenendo presente gli indirizzi e le strategie regionali, gli obiettivi di miglioramento della salute e di benessere della popolazione.
<b>c. individuare le azione attuative;</b>	Ogni obiettivo stabilito deve essere legato ad azioni

	attuative al fine di soddisfare l'obiettivo previsto.
<b>d. individuare le risorse messe a disposizione;</b>	Si fa riferimento alle risorse messe a disposizione sia dai comuni, sia quelle destinate al finanziamento dei livelli di assistenza aggiuntivi, sia quelle messe a disposizione dal fondo sanitario regionale.
<b>e. definire la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio;</b>	Una programmazione integrata efficace necessita che la rete dei servizi sia evidente e gli interventi siano conosciuti da tutti gli attori chiamati a partecipare alla sua attuazione.
<b>f. definire il fabbisogno di strutture residenziale e semiresidenziali;</b>	La considerazione in sede di programmazione di tali strutture, essendo uno dei capitoli più rilevanti di spesa sociosanitaria, è uno dei capitoli fondamentali del Pis e, proprio per questo da definire in base ai fabbisogni che le popolazioni interessate presentano
<b>g. attivare strumenti di valutazione</b>	Al fine di garantire un'efficace processo di programmazione, è necessario disporre di strumenti di valutazione sia dell'interno documento PIS, sia degli obiettivi di miglioramento individuati alla lettera b, sia nella fase finale di impatto reale sulla salute della popolazione.

La struttura dell'*indice base* – su cui ogni SdS può sviluppare e integrare ulteriori parti – può essere sviluppato in cinque diverse sezioni.

Sezione	Indice	Descrizione
1	<b>INTRODUTTIVA</b>	
	<i>Introduzione al contesto socio-sanitario e amministrativo</i>	in particolare alle problematiche legate ai fattori che incidono sul sistema di welfare e sull'esercizio dei diritti di cittadinanza cui si fa riferimento;
	<i>Valori di riferimento</i>	la <i>mission</i> , i valori e i principi su cui esso si basa;
2	<b>DESCRITTIVA</b> (individua il punto di partenza sia dalla valutazione delle programmazioni precedenti sia attraverso il profilo di salute della popolazione a cui si fa riferimento)	<i>Valutazione della programmazione terminata</i>
		espressa il più possibile in termini quantitativi, evidenziando gli obiettivi raggiunti, quelli non raggiunti e le motivazioni che ne spiegano il risultato;
	<i>Redazione del profilo di salute</i>	come espresso dalla legge, del profilo <i>epidemiologico delle comunità locali</i>
3	<b>ELABORATIVA</b> (dal quadro epidemiologico devono emergere le priorità rispetto ai bisogni di salute segnalati e ne deve derivare una selezione da cui scaturiscono le aree di intervento per il periodo di tempo considerato per la programmazione anche in coerenza con le priorità stabilite a livello regionale)	<i>Selezione delle priorità</i>
		finalità del PdS è quella di delineare le priorità di salute specifiche del territorio grazie al confronto sia con le altre realtà locali, sia attraverso i bisogni specifici emersi nel corso degli anni
	<i>Elenco delle aree di intervento</i>	ovvero, le macro aree su cui il ciclo di programmazione intende focalizzarsi e gli obiettivi che si intendono raggiungere;
4	<b>ATTUATIVA</b> (si associano ai vari obiettivi delineati nelle aree di intervento azioni e progetti ed ad essi risorse economiche e di)	<i>Elenco dei programmi, dei progetti e delle azioni previste;</i>
		per ciascun intervento il PIS definisce azioni all'interno di progetti atte a raggiungere gli obiettivi di salute e/o assistenza al fine di dare risposte alle





Le aree tematiche si articolano in:

- **Profilo demografico**, composta da indicatori generali sulla composizione e struttura demografica della popolazione; per alcune tipologie di utenza sono dettagliati indicatori più specifici;
- **Determinanti di salute**, composta da indicatori generali relativi a fattori che hanno influenza sulla salute secondo la visione dei determinanti sociali, quali ambiente fisico ed inquinamento; ambiente socio-economico; stili di vita; condizioni abitative; condizione lavorativa; famiglie e reti sociali;
- **Stato di salute**, ovvero indicatori generali, quali ad esempio di mortalità e morbilità, o tassi di ospedalizzazione e primo ricovero;
- **L'assistenza**, suddivisa in
  - assistenza sanitaria territoriale, ovvero indicatori riguardanti i **livelli essenziali di assistenza sanitaria**;
  - assistenza sociosanitaria, ovvero indicatori riguardanti l'**integrazione sociosanitaria**;
  - assistenza sociale, ovvero indicatori riguardanti i **livelli essenziali di cittadinanza sociale**.

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

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

La matrice considera per la popolazione generale indicatori riguardanti tutte le aree tematiche; per gli anziani, le famiglie e minori, gli immigrati e i disabili indicatori specifici per alcune aree tematiche.

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

- **in orizzontale**, avendo quindi come punto di riferimento la tematica di analisi articolata per ogni gruppo di popolazione/area di integrazione,
- **in verticale**, ovvero avendo come punto di riferimento un particolare gruppo di popolazione/area di integrazione (ad esempio è possibile capire attraverso la lettura degli indicatori se sono garantiti i LEA in ciascun gruppo di popolazione, o analizzare lo stato di salute dei disabili per ogni area tematica);
- **in "diagonale"**, per avere indicazioni su aree strategiche diverse; se si considera ad esempio il progetto regionale (da Piano Sanitario Regionale 2008-2010) relativo alla Sanità di Iniziativa, è possibile avere informazioni sia nelle parti dedicate agli stili di vita per tutti i gruppi di popolazione, sia nella parte relativa ai tassi di ospedalizzazione per le varie fasce di popolazione e per i focus su malattie croniche.

Questa struttura consente di avere una lettura integrata di differenti fenomeni, delle diverse strategie obiettivo della pianificazione regionale, in grado di dare indicazioni di programmazione non solo per gruppi di popolazione target, ma anche per area di intervento.

### 2.3.3 Gli indicatori

Gli indicatori sono frutto di un percorso condiviso con tutte le zone distretto. L'obiettivo di tale percorso è stato quello della :

- **completezza**, seppur con un numero di indicatori non troppo eccessivo in modo da non appesantire la lettura dei profili;
- **rilevabilità da fonti informative regionali e quindi confrontabilità**, non solo per la parte sanitaria, ma specificatamente anche per la parte sociale e sociosanitaria integrata.

Gli indicatori<sup>2</sup> saranno sottoposti a **follow up** al fine di ridurre progressivamente il numero di indicatori utilizzati, ovvero evidenziare le **rilevanze condivise dai diversi attori del sistema**, e di **adeguarne la capacità informativa** sulla base delle variazioni dei determinanti di salute generali e specifici di ogni popolazione target.

Sono suddivisi in **due set** aventi caratteristiche e funzionalità differenti:

- **set minimo**, composto da indicatori comune a tutti i profili di salute, al fine di dare una lettura completa della salute della popolazione e rispondere a quelle che sono le strategie regionali;
- **set complementare**, con indicatori che aiutano la lettura dello stato di salute ma che non sono calcolabili in maniera uniforme per tutte le zone-distretto.

Una **terza tipologia**, qui non considerata, è costituita da indicatori specifici elaborati direttamente a livello locale e quindi non confrontabili, rispondenti alle caratteristiche peculiari della zona-distretto in oggetto e alle conseguenti strategie ed azioni.

	<b>Set minimo</b>	<b>Set complementari</b>	<b>Set specifico</b>
<b>Funzioni</b>	stessi indicatori per ogni zona-distretto/SdS legati a strategie di forte rilevanza regionale.	indicatori uguali per le zone/SdS che completano il profilo di salute, ma non necessari.	Fabbisogno socio sanitario specifico di zona.
<b>Caratteristiche</b>	Lettura in benchmarking.	Non sempre lettura in benchmarking.	Informazioni non confrontabili tra zone/sds.
	Stesse fonti del dato.	In parte stesse fonti del dato.	Diverse fonti del dato.
	Stessa costruzione dell'indicatore.	Stessa costruzione dell'indicatore.	Diversa costruzione dell'indicatore.
	Forniti dagli attori del Sistema.	In parte forniti dagli attori del Sistema ed in parte direttamente dalle zone-distretto.	Non forniti dagli attori del Sistema.
	Possibile il confronto in benchmarking, con analisi strategie regionali.	In parte possibile il confronto in benchmarking, con analisi strategie regionali.	Non possibile il confronto in benchmarking, ma possibile lettura strategie locali.

### 2.3.4 L'identificazione delle priorità

L'identificazione delle priorità si basa su criteri di riferimento (**rilevanze**) che devono essere esplicitati nel documento stesso. **L'identificazione delle priorità** è un fattore chiave del successo o

<sup>2</sup> I criteri seguiti per la loro selezione sono stati i seguenti: significatività e pertinenza, ovvero in grado di rispondere ad obiettivi ben precisi e di analizzare un fenomeno nella sua completezza; misurabilità; semplicità e facilità di lettura ed interpretazione; accessibilità delle fonti; riproducibilità e rappresentabilità; controllabilità; calcolabilità per zona-distretto; confrontabilità, su base di zona-distretto/SdS e temporale; condivisibilità; aggiornabilità .

insuccesso di un PIS. Esse, coerenti con il sistema di programmazione regionale, debbono essere condivise all'interno del sistema locale, sanitario- sociosanitario- sociale, e dalla popolazione di riferimento.

Due sono i criteri principali per costruire una prima scala di priorità:

- **il trend temporale**, ossia il confronto del dato su base temporale al fine di osservare se il fenomeno in questione sta aumentando o diminuendo
- **il confronto in benchmarking** con la media regionale, per riuscire a paragonare la performance di ogni zona con la performance media regionale.<sup>3</sup>

La lettura dei dati permette di cogliere le specificità della zona-distretto/SdS sia in termini di **peggioramento o miglioramento temporale**, sia in confronto con le altre zone, attraverso il **posizionamento rispetto alla media regionale**.

Secondo la matrice riportata nella figura seguente, nell'asse orizzontale è riportato il confronto rispetto alla media regionale, mentre su quello verticale il trend temporale. Ne discendono quattro quadranti in cui gli indicatori sono posizionati a seconda che il dato sia sopra o sotto la media regionale e a seconda che sia in miglioramento o peggioramento rispetto al periodo temporale precedente. Il posizionamento degli indicatori si basa, sia in verticale che in orizzontale, sulla variazione percentuale dei dati, in modo che, anche indicatori con unità di misura diversa, siano inseriti nella stessa matrice.

I quattro quadranti segnalano quattro aree di azione distinte:

- **l'area di successo da mantenere:** i risultati in questione hanno un trend temporale in miglioramento e sono posizionati positivamente rispetto alla media regionale; la presenza del dato in questo quadrante indica alla zona-distretto una strategia di mantenimento e consolidamento del risultato; la zona-distretto deve cercare di mantenere tale situazione;
- **l'area di miglioramento da consolidare:** i dati hanno un buon trend temporale, ma sono sotto la media regionale; la zona-distretto deve sostenere il miglioramento tramite azioni specifiche, in maniera tale da sviluppare sinergie positive anche dal punto di vista gestionale su tali aspetti;
- **l'area di attenzione:** i risultati, pur essendo sopra la media regionale, hanno un trend temporale in peggioramento; le azioni svolte probabilmente non sono adeguate c'è bisogno di un'attenzione particolare da parte dei professionisti e gestori nel capire le cause di tale peggioramento al fine di individuare le leve su cui agire per il miglioramento;
- **l'area di intervento prioritario:** i dati hanno un trend temporale in peggioramento e sono al di sotto della media regionale; si tratta di aree che probabilmente necessitano di un maggior controllo da parte del management e rappresentano le priorità su cui agire immediatamente.

---

<sup>3</sup> Ad esempio, un dato epidemiologico o gestionale che continua a peggiorare per una certa zona negli anni è, infatti, sintomo di una criticità. Se poi lo stesso dato si trova in una situazione peggiore anche nel confronto con le altre zone della regione, tale aspetto rappresenta sicuramente una priorità che necessita di intervento



La selezione delle priorità è propedeutica alla fase di **identificazione di obiettivi** da raggiungere di breve, medio e lungo periodo. Le ultime due aree descritte evidenziano quelli che sono i possibili bisogni di salute non ancora soddisfatti o comunque in peggioramento e che quindi meritano una particolare attenzione ed interesse nel momento della programmazione e delle scelte su dove e come allocare le risorse. In particolare l'area di intervento, dove sia trend che benchmarking hanno segno negativo, può rappresentare una prima selezione delle priorità di intervento su cui costruire gli obiettivi di miglioramento di salute ed assistenza della popolazione. Tali obiettivi devono essere comunque coerenti con le linee di indirizzo strategico regionali in materia sociosanitaria, sanitaria e sociale.

Gli obiettivi di salute e di assistenza così individuati devono essere:

- **chiari**, misurabili con evidenze quanti-qualitative, consentendo agli attori coinvolti di avere una visione del dove si voglia arrivare, e di dove e quanto agire;
- **smart**, ovvero specifici (*specific*), misurabili (*measurable*), condivisi (*agreed/actionable*), realistici (*realistic*) e tempestivi (*timebound*);
- **correlati**, alle responsabilità e ai costi o risorse a disposizione;
- **coerenti**, con i bisogni emersi e con le linee strategiche regionali.

### 2.3.5 La programmazione quinquennale e annuale: programmi, azioni ed obiettivi.

La programmazione operativa e attuativa è funzione fondamentale delle SdS, nonché contenuto essenziale del PIS, di cui costituisce parte integrante.

Essa assolve a due esigenze fondamentali:

- **tradurre gli obiettivi di salute in obiettivi del sistema di assistenza locale**, raccordandoli con le risorse complessivamente disponibili per il sistema dei servizi (ovvero con le dotazioni derivanti dai bilanci degli enti consorziati);
- **regolare i rapporti che intercorrono tra il consorzio e gli enti consorziati**, in modo da permettere agli stessi enti titolari delle funzioni di governo anche l'esercizio delle funzioni di controllo e verifica dei risultati di gestione che gli competono.

Individuate le priorità ad esse devono essere associati gli obiettivi di salute e assistenza. Il PIS deve prevedere, nella sezione attuativa, i programmi con i quali gli attori, con le risorse identificate, hanno il compito di raggiungere tali obiettivi. Di conseguenza ai programmi saranno

associate le azioni attuative specifiche per il soddisfacimento degli obiettivi preposti: ogni azione potrà avere più obiettivi e viceversa.

Tale sezione del PIS deve tener conto:

- della programmazione precedente, in termini di risultati conseguiti ed evidenze di impatto sulla salute della popolazione;
- dei servizi esistenti e delle risorse disponibili;
- delle strategie regionali quali cornice di riferimento dei programmi da realizzare.

A tal fine deve presentare i seguenti contenuti generali:

- fissare gli obiettivi dell'attività del sistema di assistenza territoriale della zona-distretto in coerenza con il piano degli obiettivi di salute approvato dall'assemblea dei soci;
- individuare le azioni necessarie ad attuare gli obiettivi e la loro stesura in programmi operativi;
- contenere il piano economico-finanziario per la gestione dei programmi operativi (pluriennale ed annuale).

Il PIS, attraverso la definizione delle azioni attuative, risponde quindi all'esigenza fondamentale di legare i risultati attesi in termini di salute derivanti dall'analisi delle priorità di intervento (**obiettivi di salute**) alle risorse complessivamente disponibili per raggiungerli. (art. 71 bis, comma 3, lettera b della l.r. 40/05, in coerenza con gli obiettivi di salute condivisi a livello regionale e le azioni necessarie a conseguire i singoli obiettivi pluriennali previsti dal PIS stesso.

Per espletare le proprie funzioni, la sezione attuativa del PIS:

- **assicura** la completa corrispondenza e la piena coerenza con gli atti di bilancio di previsione annuale e pluriennale e il conto economico del consorzio; è redatta sulla base del consuntivo della gestione delle attività della zona-distretto del precedente esercizio e del pre-consuntivo annuale, di cui contiene una relazione illustrativa.
- **quantifica** gli indicatori di risultato atteso in rapporto agli obiettivi dei programmi e della relativa gestione annuale, specificando tra questi i volumi di attività/prestazioni previsti con riferimento alle diverse tipologie di assistenza oggetto di programmazione.
- **distingue** la programmazione delle attività prodotte direttamente o indirettamente dal consorzio dalla programmazione delle attività di assistenza territoriale che costituiscono oggetto di committenza all'ente gestore.

### 2.3.6 Il Pis e il Piano Attuativo Locale aziendale

Con queste funzioni e contenuti il PIS è in grado di assolvere alle disposizioni previste dalla legge per quanto concerne il Piano Attuativo Locale (PAL). E' lo strumento con il quale le Aziende Usl programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, i PIS di zona-distretto. Sempre per quanto riguarda le attività sociosanitarie territoriali, il PAL si realizza attraverso programmi annuali di attività articolati per

zona-distretto; anch'essi recepiscono i programmi annuali dei PIS, limitatamente alle attività sanitarie territoriali e a quelle sociosanitarie integrate.

### 3. La valutazione come criterio guida della programmazione

La programmazione necessita di un processo valutativo atto a considerare il raggiungimento degli obiettivi individuati. La fase di valutazione si delinea con tempi, soggetti e oggetti diversi. Il risultato della valutazione inoltre è quello di evidenziare quali problemi sono rimasti irrisolti e perché, di quanto è variato il grado di integrazione informativa e operativa del e nel sistema locale sociale, sanitario e sociosanitario. Si tratta, in altri termini, di una sintesi condivisa tra evidenze oggettive espresse dagli indicatori di processo e di esito e l'espressione della soggettività collettiva in merito ai risultati stabiliti nel PIS.

Quattro, nello specifico dei Pis, sono i livelli di valutazione:

- **monitoraggio**, inteso come evidenziazione delle caratteristiche del prodotto "programmazione" a partire da quanto stabilito dalla norma;
- **valutazione performativa**, orientata sulla misurazione delle performance del processo programmatico dal punto di vista della efficienza, efficacia, economicità;
- **valutazione indicativa**, orientata alla misurazione degli obiettivi di salute ed assistenza perseguiti;
- **valutazione degli effetti attesi** a livello territoriale, ovvero se e come il Pis ha impattato sulle strategie ambientali, economiche, di istruzione ecc...; e se e come le programmazioni di queste policies hanno, viceversa, impatto sulla programmazione del Pis.

Essi sono sottoinsiemi l'uno dell'altro.

Mentre il **monitoraggio** riguarda l'intero PIS e il suo processo di definizione, approvazione e comunicazione, le altre valutazioni prendono in considerazione sue parti specifiche e/o di processo.

La verifica dei risultati specifici dei progetti attuati è essenzialmente un'operazione tecnica, diversamente quella relativa alla finalità generale di un PIS è un processo che coinvolge soggetti tecnici e di governo, considerazioni tecniche e percezioni di amministratori e soggetti della partecipazione.

La fase di valutazione prevede due finalità distinte:

- **una valutazione dei risultati delle azioni programmate** in termini di raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna azione, così come sono stati quantificati all'interno del progetto (monitoraggio e valutazione performativa);
- **una valutazione delle mission del PIS**, ovvero sull'obiettivo generale di miglioramento della salute della popolazione, con particolare rilevanza al benessere dei soggetti più fragili (valutazione indicativa e di impatto).

I primi due livelli di valutazione sono definiti in uno schema di riferimento (definito *format di valutazione* allegato), in cui sono ricomprese le informazioni necessarie per un'autovalutazione del documento suddivise in cinque campi tematici:

- ***l'unità di programmazione territoriale***; ovvero se l'attività non è appaltata all'esterno, e quali caratteristiche presenta (presenza responsabile/coordinatore, funzioni svolte dalla struttura operativa, organizzazione, interfacciamento e operatività con gli enti consorziati e con gli osservatori sociali provinciali, fabbisogno formativo);
- ***i contenuti del PIS previsti dalla normativa, ovvero se ciò che richiede la legge è presente tutto o in parte*** nel documento (articolazione documento, processo di definizione/formazione, profilo di salute, obiettivi e priorità, programmi quinquennali e annuali, strumenti di valutazione, rete dei servizi, fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali);
- ***le risorse impiegate sia per la realizzazione del PIS che per la sua attuazione, quante, quali e di chi sono e in che rapporto sono con la quota sanitaria di zona e con la quota sociale stimata di zona*** (risorse potenziali, costi struttura, programmazione e controllo annuale /quinquennale, risorse necessarie attività dalla programmazione annuale/triennale - ex conto esercizio sds) ;
- ***la coerenza del PIS - coerenza interna e esterna - con le indicazioni regionali e con gli altri documenti di programmazione territoriale*** (in particolare nel suo recepimento da parte del PAL aziendale);
- ***le forme di partecipazione, ovvero quanto e come si sono realizzate tali forme*** (organi istituzionali per le SdS, altre modalità per le zone-distretto, coinvolgimento della cittadinanza, forme di comunicazione.

Il *format di valutazione* del PIS, funzionale alla comparabilità con le altre zone-distretto/Sds, permette alle SdS di verificare i seguenti obiettivi/livelli inerenti la funzione programmatoria:

- ***Obiettivi di competenza/ responsabilità programmatoria***
- ***Obiettivi di salute raggiunti/non raggiunti***
- ***Obiettivi di sistema raggiunti/non raggiunti***
- ***Livello di coerenza verticale e orizzontale***
- ***Livello di sostenibilità economica del sistema di offerta***
- ***Livello di efficienza della programmazione***
- ***Livello di conoscenza, partecipazione e consenso sugli obiettivi e sui risultati***

Da sottolineare l'importanza della verifica, in itinere e a fine ciclo, dei risultati dei singoli programmi e quindi del raggiungimento degli obiettivi di salute ed assistenza inizialmente condivisi. E' necessario che tali obiettivi siano espressi in maniera misurabile e quantificabile, in modo tale da verificare le evidenze emerse, il grado di raggiungimento e quindi la possibilità di feedback sulla programmazione realizzata.

Tra gli strumenti attualmente a disposizione per le SdS e le zone-distretto vi è il sistema di valutazione delle performance così come espresso nella legge 40 riformata. TEMA: **ALLINEAMENTO SISTEMI DI VALUTAZIONE**



## 4. La partecipazione alla programmazione

La legge stabilisce che la Regione, le Aziende unità sanitarie locali e le Società della salute promuovono e assicurano la **partecipazione** degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore al processo di programmazione sociosanitaria in ambito regionale e locale e valorizzano il contributo degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate attraverso adeguate modalità di consultazione." (lr 40 modificata, art. 15 c.1).

La promozione del **diritto di informazione**, condizione fondamentale per consentire il libero (e consapevole) accesso ai servizi e per la verifica della qualità degli stessi, vede le Società della salute prime responsabili. Il presidente della SdS ha, in particolare, il compito di promuovere la consultazione sugli atti di indirizzo e di programmazione con la società civile, i soggetti del terzo settore e gli organismi costituiti nella Società della salute per favorire la partecipazione ai sensi dell'art. 71-undecies.

Tre sono le forme di partecipazione che coinvolgono la SdS:

- il **Comitato di partecipazione**, i cui membri devono essere espressione di organizzazioni rappresentative dell'utenza che usufruisce dei servizi, dell'associazionismo di tutela e di promozione e sostegno attivo, purché non erogatrici di prestazioni sociali o sanitarie; ha il potere di accedere ai dati statistici e richiedere specifiche analisi e approfondimenti al direttore della Sds; i suoi compiti sono:
  - avanzare proposte per gli atti di programmazione;
  - esprimere un parere sulla proposta di Pis e sullo schema di relazione annuale della Sds;
  - esprimere pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate in rapporto ai bisogni e sull'efficacia delle informazioni fornite agli utenti;
  - redigere un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del Pis e sullo stato dei servizi di welfare locale;
- la **Consulta del terzo settore**, nella quale sono rappresentate le organizzazioni del volontariato e del terzo settore più rilevanti sul territorio e che operano in campo sanitario e sociale; possono essere soggetti erogatori di servizi; essa ha il compito di proporre progetti per la definizione del Pis;
- la **partecipazione dei cittadini, in forma non organizzata**; si sviluppa grazie all'attività di comunicazione da parte della Sds dei dati epidemiologici (vedi Profilo di Salute) necessari ad accrescere la consapevolezza nei cittadini dell'incidenza degli stili di vita e della salubrità dell'ambiente sulla salute; tali dati devono essere disponibili in rete e i cittadini possono avvalersi anche di operatori della Sds per poter beneficiare di ulteriori approfondimenti; la Sds mette a disposizione locali per incontri pubblici, convegni e seminari sulla salute, sull'organizzazione sanitaria e sulla promozione di corretti stili di vita, nonché assemblee pubbliche sui temi inerenti la salute;
- «**agorà della salute**»; eventi pubblici da realizzare due volte l'anno, aperti alla popolazione nei quali (almeno per una delle due occasioni), è stabilita la presenza degli assessori regionali di riferimento.

## **5. Risorse Economiche e finanziare**

Da approfondire con i risultati dei gruppi tecnici direttori sds

## 6. Appendice

### Tabella 1

LIVELLO	DENOMINAZIONE STRUMENTO	ARTICOLO/NORMA	TITOLARITA'	CONTENUTI	SOGGETTI E FORME PARTECIPAZIONE
<b>Personale</b>	Percorso Assistenziale	Art.6 l.r. 40 riformata	Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta	percorso appropriato, tempestivamente corrispondente al bisogno accertato, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità con le risorse disponibili	per le attività di assistenza sociale e socio-assistenziali a rilievo sanitario, le aziende sanitarie, d'intesa con gli enti locali-società della salute, defniscono procedure per assicurare l'appropriatezza e la continuità del percorso assistenziale; tali procedure devono garantire: a) il coord. complessivo fra i servizi ospedalieri, sanitari territoriali sia domiciliari che semiresidenziali, residenziali e riabilitativi della zona-distretto; b) l'accesso con modalità uniformi ai servizi sanitari territoriali e socio-sanitari, nonché ai servizi sociali integrati; c) il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta in conformità delle convenzioni nazionali e la loro responsabilizzazione nella programmazione, nell'attuazione e nel controllo del percorso assistenziale; d) l'operatività in rete dei servizi ospedalieri in area vasta e in ambito regionale.
<b>Personale</b>	Piano Assistenza Personalizzato	Art. 12 l.r. 66.2008	Unità di Valutazione Multidimensionale	obiettivi e esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni sociosanitarie da erogare, individuate sulla base degli indici di valutazione delle condizioni di bisogno;	obiettivo condivisione dei contenuti del progetto con la persona assistita ed i suoi familiari, valutando possibili offerte di prestazioni alternative.
<b>Personale</b>	Percorso assistenziale personalizzato	Art. 7 l.r. 41.2005	Assistente Sociale	adempimenti finalizzati ad assicurare in forma coordinata, integrata e programmata, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa delle prestazioni e dei servizi, in relazione ai bisogni accertati	In caso di bisogni complessi, la valutazione e la definizione del percorso assistenziale personalizzato sono effettuate con il concorso di tutte le professionalità interessate
<b>Zonale</b>	Piano Integrato di Salute	Art 21 l.r. 40 riformata	Società della Salute o Conferenza Zonale Sindaci	profilo epidemiologico delle comunità locali; obiettivi di salute e di benessere, sanità di iniziativa, contrasto alle disuguaglianze di salute, progetti individualizzati per il cambio di stili di vita; azioni attuative; risorse comunali; definizione della rete di servizi e interventi; fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali; valutazione degli obiettivi	Consigli Comunali; Comitato di Partecipazione; Consulta del Terzo Settore; Presidente Provincia; Dipartimento di Prevenzione per quanto riguarda l'attività di Educazione Sanitaria (art. 67 l.r. 40 riformata);
<b>Provinciale/aziendale</b>	Piano Attuativo	Art 22 l.r. 40 riformata	Adozione della Direzione	strumento di programmazione	Conferenza Aziendale dei Sindaci, Consigli Comunali; Società della Salute;

Versione 24.11.2010

	Locale		Aziendale Ausl e approvazione della Conferenza Aziendale dei Sindaci	con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e degli indirizzi impartiti dalle conferenze aziendali dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, i PIS di zona-distretto;	
<b>Regionale</b>	Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale	Art. 18 lr 40 riformata 18; Art. 6 lr 66. 2008	Consiglio Regionale	Sanità: lea; riparto risorse; indirizzi per zone insulari e montane; vincoli di risorse per la prevenzione; azioni e progetti obiettivo a rilevanza regionale; criteri per piani area vasta; organizzazione ausl; determinazione tariffe; integrazione medicine complementari; Sociale: lep; obiettivi di benessere sociale; caratteristiche quali-quantitative dei servizi; priorità di intervento; concorso degli utenti alle prestazioni; ripartizione delle risorse per le sds; misure per comuni in maggiore disagio; innovazione e sperimentazione regionale; benefici aggiuntivi per invalidi; indicatori per il monitoraggio e la valutazione	Giunta e al Consiglio Regionale, Conferenza regionale delle Società della Salute, Commissione Terapeutica Regionale per l'area del farmaco, Consiglio Sanitario Regionale, Commissione Regionale di Bioetica, Commissione Regionale delle Politiche Sociali
<b>Regionale</b>	Piano di Area Vasta	Art 9 lr 40 riformata	Comitato di Area Vasta	Sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale; i contenuti e gli obiettivi principali della programmazione di area vasta sono definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale del quale assumono i riferimenti temporali.	Parere: Conferenza Regionale delle Società della Salute