

ATTO DI INDIRIZZO PIS 2026

Zona Distretto Piana di Lucca

1 - INTRODUZIONE

La programmazione zonale integra le finalità e le politiche sociali degli enti locali con quelle sanitaria e socio-sanitarie delle aziende USL, definendo i relativi obiettivi all'interno del Piano Integrato di Salute (PIS).

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

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

Il PIS, del resto, rappresenta anche l'occasione per promuovere lo sviluppo del ciclo di programmazione, di monitoraggio e di controllo finalizzato al miglioramento delle risposte ai cittadini e alla coesione sociale, attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli *stakeholder* e la ricerca di soluzioni efficaci e sostenibili per rispondere ai bisogni emergenti.

Nella programmazione il tema dell'integrazione/interconnessione degli indirizzi e delle politiche sottolinea la necessità di realizzare ad ogni livello amministrativo – sia esso europeo, nazionale, regionale o locale – una coerenza strategica che a sua volta alimenta le fasi di attuazione ad essa interconnesse: organizzazione, realizzazione, monitoraggio, verifica e sostenibilità degli interventi. Non viene altresì trascurato di preservare quell'autonomia decisionale, ancorata agli specifici bisogni territoriali, che le diverse amministrazioni esprimono.

In quest'ottica devono dunque essere lette le linee strategiche espresse dal nuovo PSSIR regionale e quelle individuate dalla Conferenza Zonale Integrata della Piana di Lucca senza tralasciare di richiamare sullo sfondo quelle che sono le indicazioni presenti nel Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

1.1 Le linee strategiche regionali

Il disegno strategico del nuovo PSSIR segue l'approccio *One Health* che considera la salute umana, animale e ambientale come interconnesse. L'obiettivo è creare un sistema sanitario sostenibile, resiliente e innovativo, migliorando l'efficienza e l'equità delle cure. Viene altresì sottolineato il tema della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario con azioni per migliorare la gestione delle risorse, l'efficienza operativa e l'accesso ai finanziamenti pubblici e privati.

Gli obiettivi principali del Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale 2024/2026¹ sono:

1. Promuovere la salute in tutte le politiche (Health in all policies)
2. Potenziare l'assistenza territoriale
3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione

¹ https://www.regione.toscana.it/documents/d/guest/dcr-67-30_07_25-allegato-a-pssir-2024-2026

4. Migliorare la connessione tra i servizi sanitari: servizi territoriali in rete, cure di transizione, rete ospedaliera e reti cliniche
5. Garantire appropriatezza delle cure e gestione della domanda sanitaria
6. Digitalizzare il sistema sanitario e sociosanitario
7. Favorire la transizione ecologica e le politiche territoriali in sanità

2 - ANALISI DI CONTESTO

Al fine di facilitare la lettura dei bisogni di salute, la risposta dei servizi territoriali e la conseguente programmazione locale per le zone-distretto e Società della Salute, la Regione Toscana, in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità, il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa, l'Osservatorio Sociale Regione e il Centro Regionale per l'Infanzia e Adolescenza, mette a disposizione una batteria di indicatori di supporto alla redazione del Profilo di Salute². Il profilo di Salute della zona distretto Piana di Lucca, elaborato dall'ufficio di piano, restituisce un quadro demografico e dello stato di salute generale complessivamente favorevole, ma con alcuni ambiti critici che richiedono interventi prioritari e altri in cui risulta evidente una programmazione di medio-lungo periodo innovativa.

2.1 Situazione demografica e socio-sanitaria

Il quadro demografico della Piana di Lucca (169.188 residenti al 2025) è caratterizzato da un progressivo invecchiamento e da un saldo naturale fortemente negativo.

- **Dinamiche demografiche:** Negli ultimi dieci anni, la differenza tra nascite e decessi è rimasta costantemente negativa, con un nuovo record minimo di nascite (964) e un numero elevato di decessi (1946) nel 2024. L'indice di vecchiaia è pari a 220,1, un valore elevato ma più equilibrato rispetto alla media regionale (241,9) e aziendale.
- **Determinanti socio-economici:** La zona presenta indicatori economici migliori rispetto alla media toscana, con un reddito medio imponibile di 24.730 euro; anche le famiglie con reddito ISEE<6000€ è il 5,7% (vs la media regionale del 5,4%). Tuttavia, il tasso di disoccupazione (26,6%) è superiore alla media regionale (23,8%).
- **Contesto familiare e giovanile:** Si rileva una minore copertura dei servizi educativi per l'infanzia (nidi) con un indicatore di Lisbona al 39,6%, contro il 47,7% regionale. Un dato critico riguarda il benessere giovanile: il 24,8% degli adolescenti dichiara di aver subito atti di bullismo o cyberbullismo, valore significativamente più alto della media toscana (19,7%).
- **Popolazione straniera:** Rappresenta il 10,7% dei residenti. Una forte criticità è rappresentata dalla gestione dei minori stranieri non accompagnati (MSNA), che costituiscono il 76,4% dei minori in strutture residenziali, una quota molto superiore alla media regionale (43,9%).

2.2 Analisi dei bisogni di salute emergenti

L'analisi evidenzia specifiche criticità nelle patologie croniche, nella prevenzione, nella salute mentale e nei comportamenti a rischio.

- **Malattie croniche degenerative:** La principale criticità sanitaria è lo **scompenso cardiaco**, con una prevalenza di 22,7 per 1000, nettamente superiore alla media regionale (19,0) e seconda

² <https://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale/attivita/programmazione-socio-sanitaria/>

solo alla Valle del Serchio. Anche il diabete è identificato come un punto debole territoriale. Al contrario, le prevalenze di BPCO e ictus sono inferiori alla media regionale.

- **Patologia oncologica:** rappresenta la seconda causa di mortalità, con un tasso standardizzato per età pari a 303,8/100.000 abitanti, rispetto ad un tasso regionale di 298,9, per cui i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura necessitano di essere attentamente presidiati e migliorati.
- **Prevenzione:** Si registrano tassi di adesione allo screening colon-rettale molto inferiori alla media regionale. Anche le coperture vaccinali (esavalente e MPR), pur restando sopra la soglia del 95%, risultano inferiori ai valori medi aziendali e regionali.
- **Salute Mentale:** La zona presenta un alto bisogno espresso, sia per gli adulti sia tra i giovani. La prevalenza di pazienti in carico ai servizi per la salute mentale sotto i 20 anni è di 47,2 ogni 1000, molto superiore al dato regionale (27,0), così come i ricoveri per problematiche psichiatriche. È elevato anche il consumo di farmaci antidepressivi, superiore alla media aziendale e regionale.
- **Anziani:** la prevalenza di anziani in RSA (7,4/1000 ultra 64enni) è molto inferiore alla media regionale (8,9/1000), in conseguenza del basso tasso di posti di RSA attivi nella zona e del rapporto risorse pubbliche (quote sanitarie)/popolazione anziana, che si è storicamente determinato;
- **Disabilità:** Si osserva un aumento dell'incidenza di accertamenti per disabilità grave (3 per 1000), superiore alla media della ASL Nord Ovest. Esiste inoltre una "zona grigia" di persone con disabilità lieve che rischiano la mancata presa in carico da parte dei servizi dedicati.
- **Dipendenze e comportamenti a rischio:** Il Ser.D intercetta un bisogno complesso con 1.251 persone in carico. Preoccupa il fenomeno tra i giovani (15-24 anni) per il poliabuso di sostanze e alcol. La propensione al gioco d'azzardo fisico è particolarmente elevata: 1.428 euro pro-capite annui contro i 1.304 della Toscana.

Figura 1. Prevalenza scompenso cardiaco, valori 2024

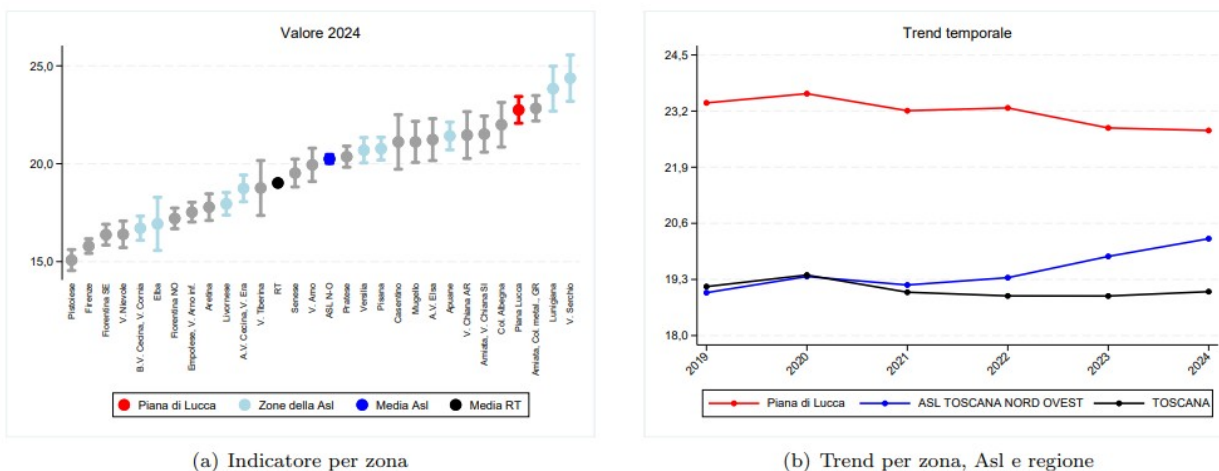


Tabella 1. Punti di forza e punti di debolezza dal Profilo di salute

Ambito	Punti di Forza	Punti di Debolezza
Demografia e Società	<p>Reddito: Media imponibile (24.730€) superiore alla media toscana.</p> <p>Povertà: pensioni/assegni sociali e famiglie con reddito ISEE<6000€ in linea con la media regionale</p> <p>Vecchiaia: Indice di vecchiaia (220,1) più contenuto della media regionale (241,9).</p>	<p>Saldo Naturale: Calo demografico costante (nascite al minimo storico).</p> <p>Lavoro: Tasso di disoccupazione (26,6%) superiore alla media regionale (23,8%).</p> <p>Infanzia: Servizi educativi (nidi) sotto gli obiettivi europei (39,6%).</p>
Salute e Malattie Croniche	<p>Invecchiamento Sano: Minore prevalenza di patologie come BPCO, demenza e ictus rispetto alla media toscana.</p> <p>Il dato della demenza molto inferiore alla media regionale indica la necessità di approfondimento sulla qualità del dato o della effettiva presa in carico</p>	<p>Scompenso Cardiaco: Prevalenza molto elevata (22,7 per 1000), superiore alla media regionale.</p> <p>Diabete: Identificato come area di fragilità nel monitoraggio territoriale.</p>
Benessere Giovanile	<p>Affidamento Familiare: Buon ricorso all'affido familiare per minori in difficoltà, seppur migliorabile (al netto dei MSNA).</p>	<p>Bullismo: Il 24,8% degli adolescenti ha subito atti di bullismo (media regionale: 19,7%).</p> <p>Salute Mentale: Altissimo carico di pazienti under 20 (47,2 su 1000).</p>
Prevenzione e Stili di Vita	<p>Vaccini: Coperture vaccinali (esavalente e MPR)>95%, dopo molti anni di adesione inferiori al target.</p> <p>AFA: incremento dei corsi nel 2025</p>	<p>Screening: Scarsissima adesione allo screening per il tumore colo rettale; bassa anche l'adesione dello screening della mammella (60%)</p>
Dipendenze e Sociale	<p>Presenza Terzo Settore: Rete associativa presente e attiva sul territorio.</p>	<p>Gioco d'Azzardo: Spesa pro-capite fisica (1.428€) superiore alla media toscana.</p> <p>MSNA: Forte pressione sulle strutture per Minori Stranieri Non Accompagnati (76,4% dei minori accolti).</p>
Farmaceutica	<p>Spesa Farmaceutica: Complessivamente più bassa rispetto alla media aziendale e regionale</p>	<p>Farmaci: Consumo di antidepressivi e antibiotici sensibilmente superiore alla media regionale.</p>

3 - INDIRIZZI STRATEGICI

3.1 Assorbimento del Piano di Inclusione Zonale (PIZ) nel Piano Integrato di Salute (PIS)

In conformità a quanto indicato dal combinato disposto delle LL.RR. Toscana n. 40/2005 (art. 21) e n. 41/2005 (art. 29) in materia di integrazione sociosanitaria, si dà atto che il ciclo di programmazione del Piano Integrato di Salute (PIS) assorbe integralmente l'elaborazione del Piano di Inclusione Zonale (PIZ). Tale unificazione, prevista dall'art. 21, comma 4 della L.R. 40/2005, garantisce il necessario coordinamento tra le politiche sanitarie e quelle di inclusione sociale, assolvendo contestualmente alle finalità programmatiche e ai requisiti necessari per l'attivazione delle risorse del fondo sociale regionale.

3.2 Le linee strategiche della Piana di Lucca

Realizzazione e sviluppo della rete delle Case di Comunità (ex DM77 e DGRT 1508)

La rete delle case della Comunità riveste un loro ruolo strategico nella riforma dei servizi territoriali, per cui il suo sviluppo deve prestare attenzione alla progettualità delle funzioni "hub" e "spoke": dislocazione territoriale, pianificazione dei servizi, integrazione e lavoro di equipe di tutto il personale. Per un'implementazione piena del modello delle Case di Comunità, gli asset fondamentali sono:

- Riforma della medicina generale: implementazione del ruolo unico per assistenza primaria, riorganizzazione della continuità assistenziale, centralità delle aggregazioni funzionali territoriali;
- Costituzione dei punti unici di accesso (PUA): evoluzione dei punti insieme e integrazione del segretariato sociale che assicurino universalità nell'accesso ai servizi, ottimizzazione/razionalizzazione e integrazione delle risorse. Il PUA rappresenta una priorità strategica organizzativa per le Case di comunità (*hub* e *spoke*) come indicato dal DGRT 1508/22 in quanto andrà " a rappresentare il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona.", si relazione e si rapporta con la centrale operativa territoriale (COT) per i bisogni socio sanitari integrati;
- Sviluppo dell'integrazione delle professionalità e delle competenze, del lavoro di équipe (*in primis* medici di medicina generale, infermieri e assistenti sociali), con particolare riferimento alle cure primarie e all'integrazione socio-sanitaria;
- Assistenza domiciliare integrata, nell'ambito della quale si devono distinguere gli interventi a breve termine (acuti e riabilitazione) da quelli a lungo termine al fine di mantenere l'anziano fragile il più possibile a domicilio;
- Assumere come obiettivi prioritari l'invecchiamento attivo, la prevenzione secondaria (*screening* oncologici) e la prevenzione (terziaria) delle complicanze delle patologie croniche. Le patologie croniche degenerative, tra cui lo scompenso cardiaco, il diabete e le malattie metaboliche necessitano di una maggior attenzione, in termini di cura mediante implementazione delle attività ambulatoriali e prevenzione;
- Sperimentazione di percorsi partecipativi della comunità nella rete delle case di comunità, promossi e animati dal lavoro congiunto di AUSL e Comuni (gruppo di lavoro), finalizzati alla sistematizzazione della co-programmazione e di progetti di co-produzione utilizzando lo strumento della coprogettazione.

Completamento della rete delle cure di transizione

Pianificazione dei posti letto dedicati alle cure di transizione ospedale-territorio- domicilio e domicilio-territorio-domicilio, in quantità e qualità adeguate ai bisogni attuali e di medio periodo, in linea alle disposizioni regionali e nazionali: ospedale di comunità, cure intermedie, hospice, riabilitazione, setting per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza

Integrazione ospedale- territorio: l'obiettivo è proseguire con lo sviluppo di un "ecosistema di cura" dove l'ospedale (per l'acuzie) e il territorio (per la cronicità e il follow-up) dialoghino attraverso percorsi digitalizzati e figure professionali dedicate.

Completamento dell'attivazione della gestione associata prevista dalla convezione socio-sanitaria della Piana di Lucca nelle materie di non autosufficienza e disabilità

- assistenza domiciliare agli anziani;
- centri diurni anziani;
- assistenza scolastica all'autonomia e alla comunicazione;
- sviluppo e sistematizzazione degli inserimenti socio-lavorativi e terapeutico – lavorativi;
- servizi di supporto alle famiglie con persone non autosufficienti;
- residenze sanitarie assistite (R.S.A.): necessaria di una rimodulazione in modo da definirne la corretta pianificazione sul nostro territorio in base alla necessità e possibile differenziazione in base all'impegno assistenziale e sanitario sulla persona fragile.

Piano integrato per la promozione del benessere dei ragazzi e delle ragazze

- istituzione di un "tavolo zonale minorenni" inter – istituzionale, aperto al terzo settore;
- miglioramento del funzionamento degli organi operativi costituiti da componenti dei Comuni e AUSL, quali l'unità di Unità di valutazione minori (UVMi) e l'unità locale di tutela minori (ULTM);
- sviluppo dei centri per le famiglie quali spazi di prossimità che integrano i servizi sociali per prevenzione e sostegno alle fragilità familiari e le Case di Comunità in logiche di "continuità fisica" e/o funzionale in modo da facilitare l'accesso ai servizi sanitari;
- sviluppo e rafforzamento dei programmi di prevenzione primaria e secondaria delle dipendenze, con particolare riferimento all'utilizzo improprio del digitale, di minorenni e giovani adulti;
- integrazione di progetti e risorse destinati alla prevenzione del disagio giovanile, delle sofferenze psicologiche, tenendo come principio informatore la filosofia *One health* e il conseguente obiettivo generale di promuovere la salute in tutte le politiche (Health in all policies);
- individuazione di strategie per la presa in carico precoce dei ragazzi e delle ragazze con disturbi psicopatologici al fine di ridurre la cronicizzazione ed evitare l'istituzionalizzazione.

Piano zonale per l'abitare supportato nell'ambito dei progetti individuali di vita

L'abitare supportato rappresenta un tassello fondamentale nel progetto individuale di vita delle persone con fattori di fragilità/vulnerabilità (persone con disabilità, persone con problemi di salute mentale, con percorsi di uso di sostanze, anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti), affinché possa essere evitata l'istituzionalizzazione e possa essere migliorata la loro qualità di vita. Elementi di base, per lo sviluppo del piano per l'abitare supportato delle persone con disabilità, sono:

- dal punto di vista professionale: il supporto di un'équipe socio-sanitaria in grado di accompagnare la persona nel suo percorso di autonomia possibile, sulla base di valutazioni funzionali e di strategie terapeutiche ed educative adeguate;
- dal punto di vista economico, l'integrazione delle risorse sociali, sanitarie e private;

- dal punto di vista delle opportunità sociali, l'attivazione delle reti presenti nella comunità.

L'abitare supportato agisce anche come prevenzione attiva dell'invecchiamento e della non autosufficienza trasformando la casa in un luogo sicuro e di socialità se condiviso tra più soggetti (*cohousing*).

Cure palliative dell'età adulta e pediatrica: revisione ed implementazione degli attuali servizi con particolare attenzione ai percorsi ospedale-territorio, hospice, estensione dell'assistenza domiciliare nell'arco di tutta la giornata;

Campagna di prevenzione primaria e educazione alla salute: incrementare l'adesione agli screening e alla copertura vaccinale, promuovere corretti stili di vita e una sana alimentazione mediante una costante e capillare sensibilizzazione sul territorio, informare sul corretto uso degli antibiotici e della correlata antibiotico – microbico – resistenza.

Area salute mentale : viste le criticità emerse dal profilo di salute è opportuno e necessario approfondire l'analisi per individuare le possibili cause, che probabilmente hanno natura multifattoriale e pertanto richiedono un approccio *One health*, per poter adottare un programma d'intervento articolato, a elevata integrazione socio-sanitaria.

Liste di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale: rappresentavano una criticità ultraventennale, per la quale si rendono più che mai necessarie politiche per migliorare l'appropriatezza della domanda e al tempo stesso i servizi territoriali devono governare più efficientemente le risorse per migliorare l'offerta ed essere in grado di rispondere alle richieste 'appropriate' dei residenti del proprio territorio.

Area dipendenze: il gioco d'azzardo rappresenta un'importante criticità per le sue ricadute sanitarie, sociali ed economiche, ma altrettanto preoccupanti sono il poli-abuso (sostanze combinate con alcol e psicofarmaci). Le linee d'intervento ritenute opportune sono l'incremento dell'attrattività del servizio e il potenziamento della sua accessibilità, contestualmente ad azioni di riduzione dello stigma e della promozione di buoni stili di vita e di prevenzione.

Potenziamento della rete oncologica territoriale: la rete oncologica deve garantire che il paziente, dopo la fase acuta in ospedale, non si senta "abbandonato" nel passaggio al domicilio. A questo fine, gli elementi chiave sono:

- continuità di cure: Implementazione di percorsi post-dimissione coordinati dalla COT (Centrale Operativa Territoriale), garantendo l'attivazione immediata dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o delle cure palliative se necessario.
- prevenzione attiva: Visto il dato critico sull'adesione agli screening nella Piana di Lucca, la rete deve integrare i Medici di Medicina Generale (MMG) in un sistema di "chiamata proattiva" e monitoraggio dei follow-up oncologici.
- psico-oncologia di prossimità: attivazione di nodi di supporto psicologico presso le Case della Comunità, per intercettare il bisogno di salute mentale emerso con forza dal profilo di salute.

Percorsi per i pazienti con malattie rare: nella complessità che deriva dalla numerosità ed eterogeneità delle cosiddette "malattie rare", che spesso sono rappresentate da sindromi ad elevata complessità, è necessario individuare i bisogni di base che possano costituire il minimo comune denominatore per poter offrire ai pazienti e alle famiglie il necessario supporto e

accompagnamento attraverso i percorsi di cura presso i centri di riferimento regionale e presso i servizi zionali ospedalieri e territoriali.

Formazione continua: rimane il cardine affinché si possa implementare la nuova organizzazione sanitaria territoriale indicata dal DM77/22 e DGRT 1508/22. Riteniamo una strategia importante quella di predisporre piani di formazione al personale sanitario, non sanitario, dipendente e non, nonché a tutti coloro che partecipano alle attività sanitarie.

Informatizzazione: La transizione al digitale rappresenta una condizione indispensabile per offrire servizi innovativi, semplificare il lavoro degli operatori e gestire con maggiore efficienza i processi aziendali. Coerentemente con le linee d'indirizzo del PIAO 2025-2027, di promozione e sviluppo della sanità digitale, si ritiene rilevante l'attenzione all'interoperabilità tra i gestionali informatici dell'ospedale e quelli del territorio, lo sviluppo dell'utilizzo dei sistemi di tessera sanitaria e fascicolo sanitario, lo sviluppo della telemedicina e la promozione di azioni finalizzate al superamento del *digital divide* nell'accesso ai servizi telematici in ambito sanitario e socio-sanitario.

Trasporti sociali: rappresentano un servizio fondamentale per la realizzazione dei progetti di vita delle persone con disabilità, per cui è necessario monitorare attentamente qualità ed efficienza del servizio in convenzione e definire il regolamento d'accesso al fine di garantirne la sostenibilità nel medio periodo.

Servizio di emergenza – urgenza sociale (SEUS): completamento dell'implementazione e strutturazione dei servizi a supporto.

Sostegno all'Integrazione Socio-Lavorativa: potenziare i tirocini di inclusione sociale, i percorsi di inserimento socio-occupazionale per soggetti svantaggiati e vulnerabili, promuovere le équipe integrate sociale e lavoro al fine di promuovere l'autonomia, contrastare le disuguaglianze sociali, favorire percorsi di inclusione.

Sviluppo di percorsi di autonomia per i MSNA per facilitare l'uscita dalle strutture residenziali.

Miglioramento dell'offerta dei servizi educativi per l'infanzia (nidi) per allinearsi all'obiettivo di Lisbona.

3.3 Priorità d'Intervento

In sintesi, sulla base delle maggiori criticità emerse dal profilo di salute, le priorità d'intervento del Piano integrato di salute 2026 sono riconducibili alle aree seguenti:

1. Realizzazione e sviluppo della rete delle Case di Comunità, ospedale di comunità e hospice
2. Gestione della cronicità e delle patologie cardiovascolari (ridurre l'incidenza dello scompenso cardiaco)
3. Rafforzamento della Prevenzione Secondaria
4. Contrasto alle Dipendenze (Sostanze e Gioco d'Azzardo)
5. Promozione della Salute Mentale e Benessere delle Nuove Generazioni
6. Qualità della vita delle persone con disabilità: piano per l'abitare supportato nell'ambito dei progetti individuali di vita, vita operosa, rete sociale
7. Potenziamento dei servizi di supporto alle famiglie con persone non autosufficienti
8. Completamento dell'attivazione della gestione associata prevista dalla convenzione socio-sanitaria della Piana di Lucca nelle materie di non autosufficienza e disabilità

3.4 Obiettivi di livello aziendale USL Toscana Nord Ovest

Le linee strategiche del Piano integrato di salute della Piana di Lucca, oltre che con il Piano socio sanitario integrato regionale, sono coerenti con il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2026-2028 dell'AUSL Toscana Nord Ovest³ che, redatto di concerto con gli altri atti di programmazione economico-finanziaria, è un documento di pianificazione triennale con aggiornamento annuale.

Le linee d'indirizzo del PIAO 2025-2028 sono:

1. consolidare le strategie di prevenzione e promozione della salute nell'ambito della sanità territoriale
2. rafforzare la rete socio-sanitaria territoriale e l'integrazione ospedale - territorio
3. sviluppare le reti come sistema di equilibrio tra specializzazione e prossimità delle cure
4. proseguire nelle azioni di governo della domanda, dell'offerta e dell'appropriatezza
5. promuovere la sanità digitale, in coerenza con gli indirizzi del PNRR, potenziando servizi e accessibilità per i cittadini e semplificando i processi interni
6. consolidare la rete ospedaliera e sviluppare le nuove opere infrastrutturali necessarie a garantire qualità, sicurezza e continuità dei servizi
7. promuovere qualità, sicurezza e trasparenza dei percorsi assistenziali, valorizzando partecipazione, ascolto e coinvolgimento delle comunità
8. sviluppare il capitale umano, l'organizzazione e l'innovazione.

4 – IL PERCORSO DI ELABORAZIONE DEL PIS NELLA ZONA DELLA PIANA DI LUCCA

Il percorso di elaborazione del PIS si snoda attraverso diverse fasi in accordo con quanto stabilito dalla normativa e dalle disposizioni regionali e, in particolare, con quanto disposto nella DGR Toscana n. 900/2025 "*Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato Sociale e per la sua integrazione con il Piano Integrato Zonale (art. 21 comma 7 L.R. n. 40/05)*" e in coerenza con quanto indicato nel Piano Sanitario e Sociale Regionale (PSSIR) approvato con Delibera del Consiglio regionale della Toscana n. 67/2025. Nella tabella 2 è esemplificata l'articolazione dell'intero percorso di elaborazione del PIS.

5 – LA PARTECIPAZIONE

La costruzione del PIS sarà supportata da un apposito percorso partecipativo volto a promuovere l'amministrazione condivisa e la sussidiarietà tra i diversi attori del sistema. Attraverso il coinvolgimento diretto degli *stakeholder* pubblici e privati e del Terzo Settore, il percorso mira a condividere la conoscenza dei bisogni di salute locali, raccogliere indicazioni per la programmazione e definire obiettivi comuni. Le attività di consultazione e confronto si concluderanno con una restituzione pubblica dei risultati e la presentazione ufficiale del Piano alla cittadinanza.

6 – TEMPI

Il PIS, così come disposto dalla Regione Toscana, dovrà essere approvato e adottato entro e non oltre la data del 28 febbraio 2026 ed entro i successivi 30 giorni dalla sua adozione dovrà essere presentato ai Consigli comunali di tutti i Comuni della Piana di Lucca.

7 – SOSTENIBILITA' ECONOMICA E MODALITA' DI FINANZIAMENTO

È importante sottolineare la necessità di tenere conto della sostenibilità economica delle attività e dei servizi previsti nel PIS finalizzati al raggiungimento degli obiettivi e dei risultati individuati, attraverso lo strumento del budget integrato di programmazione che mira a migliorare l'efficacia, l'efficienza e

³ <https://www.uslnordovest.toscana.it/amministrazione-trasparente-2/disposizioni-general/14242-piao-2025-2027-asl-toscana-nordovest>

l'integrazione dei servizi attraverso una gestione coordinata delle risorse finanziarie a disposizione della Zona Distretto per i servizi in gestione associata socio-sanitaria e dell'Ambito territoriale sociale per gli altri. Proseguendo, per altro, un percorso già avviato con la convenzione socio-sanitaria, il PIS mette in relazione gli obiettivi le attività programmate e le risorse.

Il budget integrato per la programmazione zonale è articolato su tre esercizi finanziari ed è composto da:

- fondo Sanitario, (a disposizione della zona e di competenza della Az. USL Toscana Nord Ovest);
- risorse di competenza dei singoli Comuni (quote capitarie) afferenti all'ambito territoriale della zona Piana di Lucca, recate dai documenti di programmazione economico-finanziaria che riguardano le materie socio-sanitarie e le materie sociali a rilevanza sanitaria, socio-assistenziali;
- risorse provenienti da ogni altro fondo regionale, statale o derivante dalla programmazione europea che riguardano le materie della sanità territoriale, socio-sanitarie o socio-assistenziali.

8 – MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI

Il monitoraggio e la valutazione sono le fasi conclusive del ciclo della programmazione dai cui non si può prescindere per l'aggiornamento annuale e pluriennale e si attua in primis con il monitoraggio del Programma operativo annuale (POA).

Il monitoraggio del POA è semestrale – intermedio (entro il 30/09) e finale (entro il 31/01) - , viene presentato, discusso ed approvato dalla Conferenza zonale integrata, dopo averlo discusso con il comitato di partecipazione zonale e le parti sociali.

Annualmente deve essere verificata la congruenza dei risultati ottenuti con i programmi attuativi rispetto agli obiettivi di salute del PIS, per poter conseguentemente aggiustare eventualmente programmi e attività. Tale valutazione sarà evidentemente definitiva alla scadenza di validità del PIS, dipendente dalla validità del Piano Sanitario e Sociale Integrato regionale.

Tabella 2. Articolazione del processo di definizione del Piano integrato di salute 2026

	Sezioni del PIS	Componenti
Piano Integrato di Salute	a) Sezione conoscitiva	A1) <u>Profilo di Salute</u> (parte descrittiva generale: quadro epidemiologico, fattori di rischio, caratteristiche stili di vita)
		A2) <u>Profilo dei Servizi</u> (informazioni relative alla capacità di risposta dei servizi, <i>focus</i> sui servizi socio-sanitari e socio-assistenziali)
	b) Dispositivo di Piano (parte nella quale sono esposti, in modo schematico, gli elementi della programmazione strategica del PIS)	B1) <u>Linee Strategiche pluriennali</u> (indirizzi "politici" generali da approvare con atto della conferenza zonale integrata)
		B2) <u>Obiettivi di Salute</u> (orientamenti delle politiche locali sulla salute in coerenza con PSSIR e dati del Profilo di Salute)
		B3) <u>Budget integrato di Programmazione</u> (risorse di parte sanitaria e sociale e/o altra provenienza)
		B4) <u>Ufficio di Piano</u> (struttura di supporto nelle funzioni connesse al ciclo di programmazione: integrazione socio-sanitaria)
		B5) <u>Percorso partecipativo</u> : funzionale all'attivazione di un dialogo strutturato con organizzazioni società civile e terzo settore, ecc.
	c) Programmazione Operativa Annuale (POA)	C1) <u>Programmi Operativi</u> (gruppi coerenti di azioni operative che possono essere trasversali alle aree o settori di programmazione)
		C2) <u>Schede di Attività</u> (attività oggetto della programmazione coerenti con la programmazione regionale e di area)
		C3) <u>Relazione di accompagnamento</u> (compresa la descrizione del processo partecipativo)
	d) Monitoraggio e Valutazione	D1) <u>Monitoraggio</u> (stato attuazione attività)
		D2) <u>Verifica</u> (grado raggiungimento degli obiettivi individuati su base pluriennale dal PIS)