



SOCIETÀ DELLA SALUTE
delle zone Amiata Grossetana,
Colline Metallifere e Grossetana

Piano Integrato di Salute

2026

Febbraio 2026

Sommario

1	Introduzione	4
1.1	<i>Elementi fondamentali del Piano Integrato di Salute</i>	4
1.2	<i>Roadmap per il PIS</i>	6
2	Sezione conoscitiva	8
2.1	<i>Profilo di salute</i>	8
2.1.1	<i>Premessa</i>	8
2.1.2	<i>Una visione sintetica del profilo di salute dell'area</i>	8
2.2	<i>Le percezioni degli stakeholders (l'immagine di salute)</i>	11
2.3	<i>Il profilo dei servizi</i>	11
3	Dispositivo di piano	12
3.1	<i>Linee strategiche pluriennali</i>	12
3.1.1	<i>Premessa</i>	12
3.1.2	<i>Contesto storico e sfide attuali</i>	12
3.1.3	<i>Linee strategiche regionali</i>	13
3.1.4	<i>Linee strategiche e priorità per l'Area Grossetana, Amiata, Metallifere</i>	15
3.1.5	<i>Obiettivi di salute</i>	16
3.2	<i>Il budget integrato per la programmazione zonale</i>	20
3.3	<i>Percorso di partecipazione e co-programmazione</i>	21
3.3.1	<i>Premesse e struttura del percorso di co-programmazione</i>	21
3.3.2	<i>Tematiche affrontate</i>	22
3.3.3	<i>Sintesi dei risultati del percorso di co-programmazione</i>	22
3.4	<i>Processo operativo e decisionale per la costruzione del PIS</i>	26
3.5	<i>L'Ufficio di Piano</i>	27
3.5.1	<i>Funzioni</i>	27
3.5.2	<i>Composizione dell'Ufficio di Piano</i>	28
4	La programmazione operativa annuale (POA 2026)	29
4.1	<i>Premessa</i>	29
4.2	<i>La struttura del POA</i>	29
4.3	<i>La programmazione operativa 2026: obiettivi e programmi</i>	30
ALLEGATI		35
1.	<i>Obiettivi di salute</i>	35
2.	<i>Dettaglio Programmazione Operativa Annuale (POA) 2026</i>	35
•	<i>Programmi operativi</i>	35
•	<i>Schede di attività</i>	35
3.	<i>Profilo di salute</i>	35
4.	<i>Profilo dei servizi</i>	35
5.	<i>Immagine di salute: report indagine preliminare sugli stakeholders</i>	35
6.	<i>Report finale del percorso partecipativo</i>	35

1 Introduzione

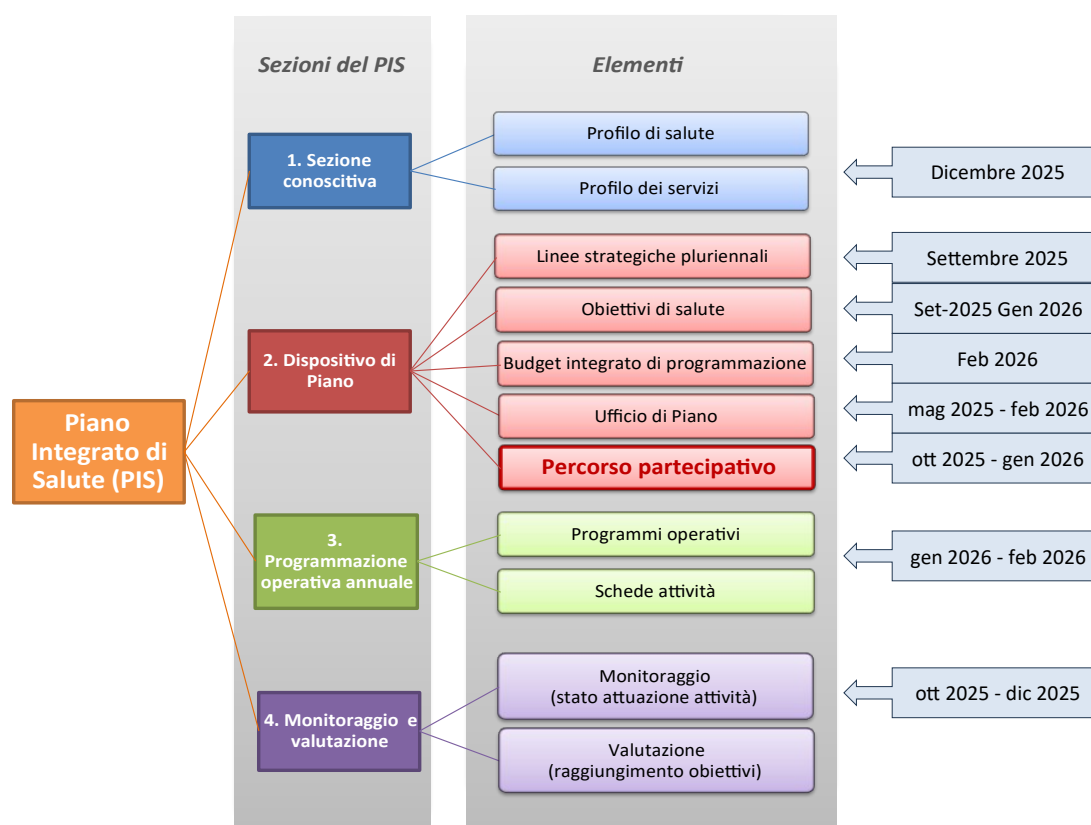
Il Piano Integrato di Salute è lo strumento unitario e partecipato attraverso il quale le comunità locali governano la salute collettiva e interagiscono col sistema dei servizi, È lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale con il quale si prevedono gli obiettivi di salute e benessere, se ne determinano standard quantitativi e qualitativi e si attivano strumenti per valutarne il raggiungimento.

Con l'approvazione del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2024-2026, avvenuta il 31/8/2025, e la DGRT 900/2025 "Linee guida per la predisposizione del PIS e per la sua integrazione con il PIZ (art. 21, comma 7, LR 40/05)" è iniziato il periodo di programmazione aziendale e zonale e le Società della salute/Zone distretto sono chiamate ad approvare il Piano Integrato di Salute (PIS) – entro il termine del 28 Febbraio 2026.

Questo documento, in coerenza con l'atto di indirizzo approvato dall'Assemblea dei Sindaci della SDS in data 30/9/2025, contiene i risultati del percorso di programmazione integrata avviato a maggio 2025, percorso che ha portato alla formulazione degli obiettivi, dei programmi e delle azioni che la SdS, la ASL Sud-Est e tutto il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali integrati si impegnano a realizzare nel periodo di vigenza del PSSIR sul territorio dell'Area Grossetana.

1.1 Elementi fondamentali del Piano Integrato di Salute

In accordo con quanto previsto dalle DGRT 900/2025 la figura seguente sintetizza la struttura e il percorso seguito per la costruzione del Piano Integrato di Salute (PIS) di Coeso SdS Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana.



Il processo di elaborazione del PIS ha preso avvio con l'**atto d'indirizzo** approvato con la delibera n° 5-2025 del 30/09/2025 dell'Assemblea dei soci che ha indicato le linee generali per la predisposizione del PIS e le tempistiche del percorso partecipativo.

Il Piano Integrato di Salute 2026 è composto da quattro sezioni:

1. Sezione conoscitiva;
2. Dispositivo di piano;
3. Programmazione operativa annuale;
4. Monitoraggio e valutazione.

1. La **Sezione conoscitiva** è composta da due elementi:

- 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 di prestazioni e attività erogate (Ambulatoriale/Assistenziale; Intermedio; Domiciliare; Semiresidenziale e Residenziale) e ne evidenzia i relativi fabbisogni.

2. Il **Dispositivo di Piano** costituisce la sezione in cui vengono esposti, in modo sistematico, gli elementi della programmazione strategica del PIS, composta da cinque parti specifiche:

- Le **Linee strategiche pluriennali** esplicitano gli indirizzi generali di politica sanitaria territoriale, sociosanitaria e socioassistenziale definiti dall'Assemblea della Società della Salute.
- Gli **Obiettivi di salute** rappresentano l'elemento centrale della programmazione strategica pluriennale e si riferiscono agli orientamenti delle politiche locali sulla salute, in relazione al quadro conoscitivo composto dal Profilo di salute e dal Profilo dei servizi. L'oggetto della programmazione è il sistema integrato dei servizi zonali, indipendentemente dalle forme di gestione attive nell'ambito zonale.
- Il **Budget integrato di programmazione** riporta le risorse di parte sanitaria, di parte sociale, di altra provenienza e le compartecipazioni, a disposizione per la programmazione integrata zonale.
- L'**Ufficio di Piano** costituisce l'organismo tecnico preposto alla elaborazione delle programmazioni territoriali, è costituito dal Direttore di Società della Salute/zona distretto e da personale messo a disposizione dalla SdS ed eventualmente dai comuni e dall'Azienda Sanitaria Sud-Est.
- Il **Percorso di partecipazione e di co-programmazione** raccoglie tutte 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 (Comitato di partecipazione). Si svolge in conformità a quanto previsto in materia di co-programmazione dalla l.r. 60/2025.

3. La **Programmazione Operativa Annuale (POA)** costituisce la sezione attuativa del PIS che viene aggiornata con cadenza annuale ed è composta da due parti:

- I **Programmi operativi** individuano dei gruppi coerenti di azioni operative, possono essere trasversali alle aree o ai settori di programmazione. Ogni programma operativo

riporta anche la sua estensione temporale rispetto alle annualità di vigenza del PIS (2024-2026).

- Le **Schede di attività** identificano le attività oggetto della programmazione e le mettono in relazione con la programmazione regionale e di area, definendo azioni, tempi, risorse, responsabilità.
4. Il **Monitoraggio e valutazione** costituiscono la sezione del PIS dedicata alla verifica delle azioni programmate, composta da due parti:
- Il **Monitoraggio** riguarda lo stato di attuazione delle Schede di attività relative all'annualità precedente. Le modalità con cui viene esplicata questa funzione sono le stesse già utilizzate nella precedente programmazione, tramite apposito sistema informativo PROWEB.
 - La **Valutazione** riguarda il grado di raggiungimento degli obiettivi di pianificazione individuati su base pluriennale dal PIS e sarà sviluppata a partire dagli anni successivi al 2026.

Come previsto dalle indicazioni della Regione **il PIS è stato approvato dall'Assemblea della Società della Salute** entro il termine del **28 febbraio 2026**.

1.2 Roadmap per il PIS

Il cronoprogramma per l'elaborazione del Piano Integrato di Salute (PIS) 2026 (e del POA 2026), si è articolato in diverse fasi, riflettendo un approccio partecipativo e basato sulla co-programmazione, in linea con le normative regionali e gli orientamenti del PSSIR 2024-2026.

Il percorso ha preso avvio ufficialmente con la **Determina Direttoriale n. 436 del 06/06/2025**, che ha dato il via agli atti propedeutici alla stesura del nuovo Piano Integrato di Salute e alla costituzione del **Gruppo di Lavoro PIS**. Tale Gruppo, coordinato dal Responsabile dell'Ufficio di Piano e supportato da consulenti esterni, ha avuto il compito fondamentale di effettuare una mappatura dei bisogni presenti sul territorio grossetano. Aveva inoltre l'incarico di produrre un documento con le azioni, contenuti, modalità e tempi di costruzione del percorso PIS, coinvolgendo attivamente le amministrazioni comunali e i competenti livelli direzionali aziendali. Le fasi principali per la costruzione del PIS 2026 e del POA sono state:

1. Fase Preliminare: organizzativa e metodologica

- **Giugno-Agosto 2025:** Costituzione del **Gruppo operativo PIS**, come stabilito dalla Determina n. 436/2025, revisione degli obiettivi di salute, elaborazione delle linee strategiche pluriennali, mappatura degli stakeholders e preparazione della consultazione tramite un questionario online, finalizzata a rilevare bisogni, proposte e la motivazione a partecipare.
- **Settembre 2025:** Approvazione da parte dell'Assemblea dei Soci delle linee strategiche pluriennali, con atto formale di avvio del PIS.

2. Fase partecipativa preparatoria (Settembre-Ottobre 2025)

- **Settembre-Ottobre 2025:** Incontri dell'Ufficio di Piano allargato, attività di informazione e consultazione, con il coinvolgimento del **Comitato di Partecipazione**. È stata promossa la discussione dei bisogni di salute del territorio anche sulla base dei risultati del questionario preliminare e alla revisione degli obiettivi di salute, partendo da quelli del PIS 2020 e tenendo conto del nuovo PSSIR regionale.
- **Percorso di ascolto territoriale** per la raccolta dei bisogni e delle proposte, concentrandosi sulle tematiche di maggiore interesse emerse dalle consultazioni pubbliche. Parallelamente, è stata approfondita l'analisi dei bisogni del territorio attraverso l'aggiornamento del profilo di salute.

3. Fase di Co-programmazione ufficiale (Ottobre 2025 - Gennaio 2026)

- **Ottobre 2025:** presentazione delle Linee Strategiche e del percorso di co-programmazione.
- **Novembre 2025:** presentazione pubblica e l'adozione dell'**Atto di avvio del procedimento di co-programmazione a cura della Giunta esecutiva della Sds**, con la pubblicazione del relativo Avviso pubblico
- **Dicembre 2025-Gennaio 2026:** svolgimento delle sedute interessando le 3 ex aree della Zona e redazione di un documento finale come risultato del procedimento.

4. Fase di redazione e approvazione del PIS (Dicembre 2025-Febbraio 2026)

- **Dicembre-Febbraio 2026:** definizione del Piano Integrato di Salute in tutte le sue componenti: Profilo di salute, Profilo dei servizi, Budget Integrato di Salute, Descrizione del processo partecipativo di co-programmazione, Linee strategiche pluriennali, Obiettivi di Salute e Programmazione operativa annuale 2026.
- **28 Febbraio 2026:** Approvazione del PIS da parte dell'Assemblea SdS, previo eventuale passaggio in Giunta SdS.

2 Sezione conoscitiva

2.1 Profilo di salute

2.1.1 Premessa

Il profilo di salute 2025 della zona Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana (da ora in poi Amiata-Metallifere-Grossetana), di cui in questo paragrafo si presenta una sintesi (la versione integrale è riportata in allegato al PIS), è costruito attraverso la lettura del set di indicatori predisposto dal gruppo di lavoro tematico regionale - costituito da Regione Toscana (Osservatorio Sociale Regionale e Centro Regionale di documentazione per l'Infanzia e Adolescenza), Agenzia Regionale di Sanità e Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa – e che si articola in due filoni tematici:

- ▶ Stato di salute della popolazione: rielaborazione e razionalizzazione del corpuso “Set di indicatori per il profilo di salute”, sintetizzato in 62 indicatori con il fine di facilitare la lettura dei bisogni di salute della comunità. I criteri che hanno guidato la scelta degli indicatori sono la solidità metodologica (qualità del dato affidabile e uso consolidato), la sinteticità (per evitare di produrre un documento troppo dispersivo) e la confrontabilità (per permettere alle singole zone di contestualizzare il proprio dato all'interno del territorio nel quale si trovano).
- ▶ La risposta dei servizi territoriali (e il ricorso agli stessi): una selezione di indicatori del sistema di valutazione della performance delle zone distretto per l'anno 2023.

L'analisi puntuale dei singoli indicatori con un inquadramento del fenomeno misurato a livello regionale ed un focus specifico sulla zona Amiata-Metallifere-Grossetana e, dove i dati lo rendono possibile, sulle diverse gradazioni del fenomeno presenti nelle articolazioni territoriali Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana.

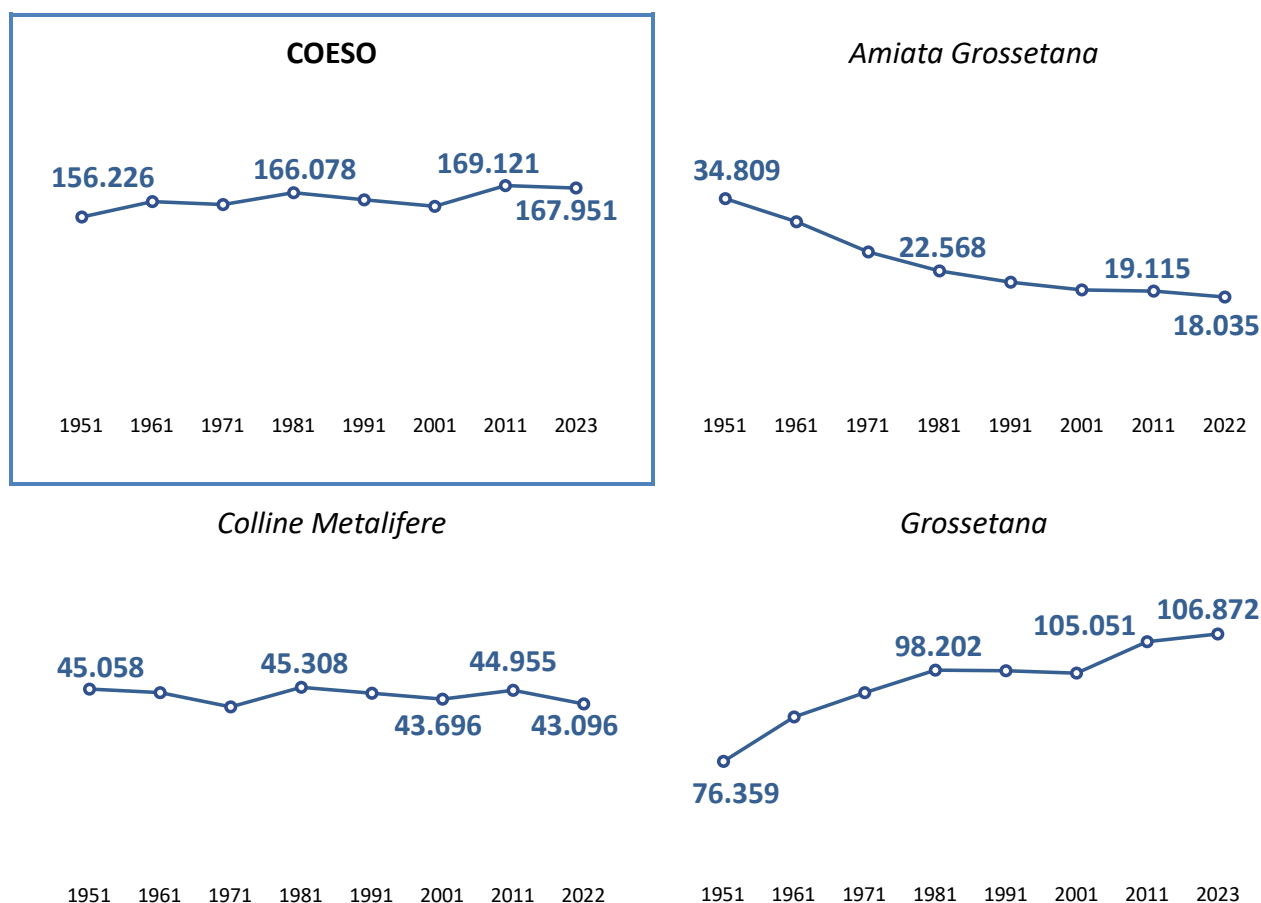
La SdS, attraverso il gruppo tecnico costituito presso l'Ufficio di Piano, partendo dalla lettura dei dati regionali, ha elaborato il profilo di salute per l'Area Amiata-Metallifere-Grossetana che viene allegato ed è parte integrante del PIS.

2.1.2 Una visione sintetica del profilo di salute dell'area

La popolazione della zona Amiata-Metallifere-Grossetana è di circa **168mila** residenti, di cui circa 18.600 sono stranieri (11% del totale). Dal dopoguerra ad oggi i residenti sono cresciuti complessivamente del 7,5% (erano poco più di 156.000 nel 1951) e mentre nel primo periodo hanno giocato un ruolo fondamentale la fecondità autoctona e lo spopolamento delle aree montane e agricole, dal 2001 in poi la crescita demografica è stata assicurata quasi esclusivamente dalla immigrazione straniera, che ha compensato il basso tasso di fecondità ed il conseguente saldo naturale negativo (morti superiori alle nascite) dei residenti autoctoni.

L'apporto demografico della componente straniera è ulteriormente confermato dal fatto che dal 2016 la popolazione zonale è leggermente calata proprio in corrispondenza del rallentamento dei flussi migratori.

L'articolazione territoriale della Grossetana, che rappresenta circa 2/3 della popolazione zonale, ha visto un incremento del 40% rispetto al dopoguerra e del 2% rispetto al 2011; l'Amiata ha perso circa la metà della popolazione nel lungo periodo e il 5% dal 2011; le Metallifere hanno un gap di quasi il 5% rispetto al 1951, quasi esclusivamente maturato nel breve periodo (dal 2011).

Figura 1: Andamento della popolazione. Anni 1951-2021

Fonte: elaborazione su dati Istat

L'area ha avuto dinamiche demografiche molto differenziate nel dopoguerra: mentre le zone interne dell'Amiata e delle Colline Metallifere si sono progressivamente spopolate la costa e la pianura (Grosseto, Follonica, Castiglione) sono cresciute a tassi molto elevati, alimentate fino agli anni '70 soprattutto dall'immigrazione dalle aree più periferiche della provincia e dall'immigrazione dal Sud; in tempi più recenti, da un'immigrazione straniera che si è intensificata soprattutto negli ultimi 20 anni.

Il comune di Grosseto, in particolare, continua ad assorbire popolazione anche dai comuni limitrofi, dall'Amiata e dall'Albegna e si caratterizza per essere una delle aree demograficamente più dinamiche dell'intera Toscana.

Al contrario, l'area dell'Amiata Grossetana si caratterizza per un continuo processo di spopolamento che prosegue ininterrotto dal secondo dopoguerra. Benché a partire dalla metà degli anni '90, grazie alla crescente immigrazione straniera, l'emorragia demografica sembra essersi quasi arrestata, l'area continua a perdere ogni anno residenti (-3% dal 2006).

Le Colline Metallifere hanno invece una dinamica demografica più stabile, sebbene, soprattutto negli ultimi anni, abbia registrato una lieve perdita di popolazione (-1% dal 2006), che nasconde tuttavia un andamento assai differenziato tra i diversi territori che la compongono.

A partire dagli anni '80 l'intera area ha subito un **processo di invecchiamento e di diminuzione della natalità**, superiore alla media regionale, particolarmente intenso nei territori interni. In questi ultimi anni, tuttavia, si assiste a un cambiamento delle dinamiche

demografiche di fondo, determinato dalla progressiva crescita dell'immigrazione straniera. La popolazione, soprattutto nelle aree costiere, ha ripreso a crescere con decisione e il numero di nascite è in aumento. Il saldo tra nascite e decessi continua a rimanere negativo, ma la forbice si è ristretta nel primo decennio del nuovo secolo grazie alla crescita del tasso di natalità, dovuta sia alla leggera crescita della fecondità degli italiani, sia all'arrivo di un'immigrazione costituita prevalentemente da persone giovani e in età feconda. Si tratta senza dubbio di fatti positivi che contribuiscono al ringiovanimento della società grossetana, ma che pongono nuove sfide ai servizi sociali e sanitari; nuovi bisogni e nuove domande di una società più articolata e complessa, che si aggiungono a quelle ormai consolidate legate al problema della non autosufficienza, che mettono sotto pressione i servizi sociali e sanitari e richiedono un loro ripensamento.

Dopo il 2011, tuttavia, la diminuzione dei flussi migratori, dovuto alla crisi economica e alle restrizioni agli ingressi, associata all'ulteriore calo della fecondità, ha determinato un drastico calo della popolazione residente ed una nuova accelerazione del processo di invecchiamento.

La grave crisi economica tra il 2008 e il 2014 ha determinato una crescita della povertà e un peggioramento della situazione sociale che già si presentava più critica rispetto al resto della Toscana. Storicamente, infatti, l'area grossetana sconta i ritardi di sviluppo che hanno caratterizzato da sempre la Maremma. Nel dopoguerra e, soprattutto negli ultimi anni, la forbice con il resto della regione si è assottigliata, tanto che la Maremma da qualche tempo non è la zona più povera della Toscana. Tuttavia, rimangono molte criticità rispetto alla salute della popolazione e alle condizioni di disagio sociale. La pandemia di COVID del 2020-2021 ha avuto un impatto aggravato da una situazione già fragile, determinando l'emergere di nuove povertà e una crescita della pressione sui servizi sociali e sanitari.

La principale preoccupazione che grava sui servizi è costituita dal problema della **non autosufficienza e delle cronicità** connesse al processo di invecchiamento della popolazione. Nonostante la forte immigrazione, l'area si caratterizza, infatti, per il progressivo intenso invecchiamento della popolazione, con i connessi bisogni di assistenza. Attualmente gli ultrasessantacinquenni sono il 29% della popolazione e si stima che i non autosufficienti siano 3-5 mila persone. Negli ultimi anni a questa problematica strutturale se ne è aggiunta un'altra, per certi versi speculari, quella del **disagio giovanile**: abuso di sostanze, dispersione scolastica e disoccupazione sono i tratti di un fenomeno che vede nei cosiddetti **giovani Neet** (ormai più del 15% dei giovani grossetani, quasi 6 mila persone) un problema contingente che rischia di diventare un'emergenza strutturale nel medio periodo, quando diventeranno anziani. Le altre criticità possono sintetizzarsi nei seguenti punti:

- speranza di vita alla nascita più bassa rispetto alla media regionale;
- alto tasso di mortalità per incidenti stradali;
- diffusione dell'alcolismo;
- diffusione sopra la media regionale di patologie correlate agli stili di vita inadeguati (obesità, dipendenze, fumo);
- livelli di istruzione più bassi della media regionale;
- bassi livelli di reddito e maggior diffusione della povertà relative e assoluta.

Il compito della programmazione sociale e sociosanitaria, dunque, non è dei più semplici e si trova ad affrontare tutta questa serie di criticità in un momento di progressiva contrazione di risorse e di profonda crisi economica. Proprio in questa situazione, però, assume ancor più

importanza strategica la pianificazione e l'esigenza di conoscere il territorio per programmare in maniera adeguata.

2.2 Le percezioni degli stakeholders (l'immagine di salute)

In aggiunta al Profilo di salute, la SdS ha realizzato un'indagine su un campione di stakeholders finalizzata a ricostruire l'immagine di salute, ovvero la percezione che gli operatori qualificati hanno sullo stato di salute e sui bisogni socio-economici e sulla capacità dei servizi sanitari e socio-assistenziali di farvi fronte. L'indagine era propedeutica all'avvio del percorso di definizione del PIS ed è servita come base per l'individuazione delle tematiche del percorso di co-programmazione. Questi in sintesi i risultati:

- Periodo di svolgimento: settembre – ottobre 2025
- 270 risposte
- 65 persone interessate alla co-programmazione
- 147 hanno lasciato i contatti email/telefonici
- Maggiore partecipazione nell'Area Grossetana (52%)
- **Principali problemi percepiti:**
 - Invecchiamento della popolazione
 - Mancanza di opportunità per i giovani
 - Popolazione in aree isolate e senza servizi
 - Spopolamento e carenza di infrastrutture
 - Povertà ed esclusione sociale
- **Priorità espresse:**
 - 1. Potenziare i servizi sanitari territoriali e la medicina di base
 - 2. Ridurre le liste d'attesa
 - 3. Rafforzare la prevenzione sanitaria e sociale
 - 4. Promuovere stili di vita sani
 - 5. Potenziare assistenza domiciliare e RSA

Il documento con tutti i risultati dell'indagine è allegato al PIS.

2.3 Il profilo dei servizi

In base alle linee guida regionali, il Profilo dei Servizi **descrive la rete dei servizi e degli interventi attivati dall'ambito territoriale** con indicazione delle loro capacità in termini di prestazioni e attività erogate (Ambulatoriale/Assistenziale; Intermedio; Domiciliare; Semiresidenziale e Residenziale) e ne evidenzia i relativi fabbisogni. Rappresenta, quindi, la base conoscitiva del sistema di offerta attivo nell'ambito zonale.

Il quadro conoscitivo, riportato integralmente in allegato, è composto da due parti:

- La prima parte è dedicata alla rappresentazione dell'assetto organizzativo dell'ambito territoriale, articolata in Sanità territoriale (organizzata attraverso la zona-distretto), Sociosanitario (organizzato attraverso la Società della Salute), Socioassistenziale (organizzata attraverso la Società della Salute).
- La seconda parte è dedicata alla rappresentazione delle tipologie dei servizi offerti in materia di sanità territoriale, sociosanitario e socioassistenziale.

3 Dispositivo di piano

3.1 Linee strategiche pluriennali

3.1.1 Premessa

Il Piano Integrato di Salute nasce da una profonda riflessione sulle esperienze di programmazione e gestione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari condotte negli ultimi 20 anni. La Zona, pur essendo una realtà per molti aspetti limitata e periferica, si configura come un caso emblematico e un laboratorio di sperimentazione, poiché sta attraversando le medesime trasformazioni, per alcuni aspetti accentuante, che caratterizzano le società e i sistemi di welfare dei paesi più sviluppati, quali l'invecchiamento demografico, l'immigrazione, la disoccupazione giovanile, ma anche la nascita di nuove forme di partecipazione e cittadinanza attiva.

Occorre, quindi, definire nuove modalità per gestire la vita delle nostre comunità, puntando ad aumentare il benessere delle persone su una base di equità (dare a chi ha più bisogno), uguaglianza (non discriminare) e promuovendo la solidarietà tra le persone e la coesione della comunità.

Negli ultimi anni, in questa zona, sono state cercate soluzioni che superassero i limiti e i vincoli imposti dalla normativa e dalla scarsità di risorse. Molte sperimentazioni sono nate dal quotidiano, spesso in modo spontaneo e informale, con esiti sorprendentemente positivi. È sempre più importante cercare di capitalizzare queste "buone prassi" per definire un modello di azione generalizzabile all'intero sistema dei servizi alla persona attivi sul territorio, nel quadro della programmazione regionale e di area. La "rivoluzione" è destinata a partire dal settore sociale, considerato la "trincea" nella battaglia per la coesione della comunità.

3.1.2 Contesto storico e sfide attuali

Gli eventi degli ultimi anni, inclusa la pandemia da COVID-19, hanno profondamente segnato la vita e la quotidianità dei cittadini, stravolgendo priorità e mettendo a dura prova singoli e collettività. Dopo gli anni caratterizzati dall'emergenza, i dati più recenti indicano un netto miglioramento degli indicatori di salute e un superamento della fase pandemica sul piano demografico e sanitario.

Sebbene l'impatto del COVID-19 si sia progressivamente ridotto già a partire dal 2023, le lezioni apprese in termini di resilienza del sistema sanitario e di necessità di rafforzare l'assistenza territoriale rimangono importanti, sottolineando l'eccellenza delle cure quando l'assistenza è coordinata tra i diversi livelli e integrata con quella primaria, garantendo servizi di prossimità al domicilio del paziente.

Un'ulteriore e pressante sfida è rappresentata dall'**aggravarsi del declino demografico**, o "inverno demografico", e dai suoi molteplici impatti sulla salute e sull'inclusione sociale. Le più recenti proiezioni demografiche elaborate dall'Osservatorio Sociale Regionale prevedono per la Toscana al 2070 un ritorno ai livelli di popolazione del 1951, con una popolazione sempre più anziana. Questo comporta un'intensificazione dei bisogni legati alle patologie croniche, con evidenti ricadute sulla domanda di salute e sulle politiche di protezione sociale.

L'aumento dell'aspettativa di vita, associato a un indice di vecchiaia e di dipendenza in crescita, pone sotto pressione il sistema di welfare formale (programmazione, tipologie di servizi, allocazione delle risorse) e informale (reti familiari). Si osserva uno sbilanciamento tra "care-receiver" e "care-giver", con conseguenti difficoltà di accesso ai servizi e di cura familiare, in particolare nelle aree interne e più periferiche a bassa densità sociale. La sostenibilità del sistema previdenziale e di welfare è preoccupante, e il rischio di una "pericolosa residualità" per le giovani generazioni è concreto, con il possibile indebolimento del capitale umano del

territorio e della capacità di innovazione sociale.

È fondamentale, quindi, mettere in atto un approccio integrato che associ politiche per la natalità a politiche ambiziose in ambito occupazionale e abitativo, per offrire prospettive certe ai giovani.

In questo scenario, il nuovo PIS si impegna a rispondere alle nuove e vecchie sfide di salute, bilanciando e ottimizzando in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi, in linea con l'approccio "**One Health**", che riconosce l'interconnessione tra queste dimensioni.

3.1.3 Linee strategiche regionali

Il sistema sanitario e sociale deve garantire la tutela e la promozione della salute seguendo i principi di universalità, uguaglianza ed equità di accesso, nonché criteri di efficacia, efficienza ed economicità. Un ruolo sempre più centrale è assegnato alla partecipazione della cittadinanza attiva e al coinvolgimento del Terzo Settore, anche attraverso la co-programmazione e la co-progettazione.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2024-2026, che trae origine dal Programma Regionale di Sviluppo (PRS), richiede un impegno crescente nel considerare la salute come elemento centrale di tutte le politiche (approccio "Health in all policies"), con particolare attenzione alla promozione e sensibilizzazione verso la salute secondo un approccio culturale orientato alla comunità, all'ambiente e allo sviluppo delle capacità individuali.

La salute è un elemento basilare per la crescita economica e sostenibile di un territorio; gli investimenti in salute, attraverso un approccio intersettoriale, non solo offrono nuove risorse per la salute ma anche benefici importanti per tutta la comunità, contribuendo allo sviluppo sociale ed economico complessivo nel medio periodo. Le politiche devono essere integrate per agire sia sui determinanti cosiddetti distali (istruzione, occupazione, reddito, caratteristiche sociali dell'area) sia su quelli prossimali (stili di vita, condizioni ambientali, fattori igienici o biologici), con una stretta connessione tra politiche sanitarie e sociali. Indispensabile sarà favorire modalità organizzative che ricomprendano l'intero percorso del paziente, garantendo una presa in carico complessiva e creando percorsi assistenziali integrati con gli interventi della sfera sociale.

Il PIS, quindi, funge da ponte tra le risposte sanitarie dell'Azienda USL e le risorse sociali dei Comuni, valorizzando l'integrazione istituzionale delle funzioni sanitarie e sociali perseguita dalle Società della Salute.

Il PSSIR 2024-2026 promuove una serie di **Obiettivi Generali (OG)** che dovranno orientare la programmazione locale:

- **OG 1: Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies".** Questo obiettivo mira a favorire il benessere e i corretti stili di vita con azioni specifiche in diversi contesti (scuola, comunità, lavoro, servizio sanitario), sviluppando la consapevolezza e la responsabilità individuale con un approccio integrato, continuativo, sostenibile, multifattoriale e multidisciplinare. Un'ulteriore evoluzione del concetto di salute è l'approccio **One Health**, che riconosce l'interconnessione fra persone, animali e ambiente. Le azioni chiave includono la **prevenzione**, la promozione di stili di vita sani (es. attraverso lo sport e l'attività motoria), la tutela della salute in tutti i settori (inclusi ambiente e salute, sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro), la sensibilizzazione e l'empowerment del cittadino, nonché la riduzione dei rischi derivanti da malattie degli animali e da arbovirus.
- **OG 2: L'assistenza territoriale.** Questo obiettivo mira a realizzare un sistema integrato sanitario, sociosanitario e sociale più resiliente, completando le riforme e potenziando la rete territoriale, anche grazie alle opportunità del PNRR Missione 6 e del DM 77/2022. La **riqualificazione delle cure territoriali**, inclusa la telemedicina, e la costruzione di un

welfare di comunità sono fondamentali per favorire l'accesso ai servizi. I principali strumenti sono le **Reti Territoriali Integrate** (organizzate su tre livelli: zonale, aziendale/area vasta, regionale), le **Società della Salute** (leverage operativo per uno sviluppo equo, partecipato e resiliente, fungendo da piattaforma di connessione tra il disegno nazionale e la specificità locale), e le **Case della Comunità (CdC)** (fulcro della nuova sanità territoriale, con un modello di intervento integrato e multidisciplinare, sede privilegiata per la gestione dei bisogni complessi di cronicità e multi-cronicità e per l'assistenza sociosanitaria). Le azioni includono il potenziamento delle cure domiciliari, la riorganizzazione e potenziamento dei consultori familiari, l'implementazione dei Team di famiglia e comunità (con infermieri di famiglia e comunità, psicologi di base), la promozione e sostegno all'allattamento, lo sviluppo del "Progetto di salute" nella cura dei pazienti cronici, l'empowerment e l'autogestione del piano di cura da parte dei pazienti, il contrasto alle dipendenze (incluse le nuove dipendenze e il gioco d'azzardo patologico), il rafforzamento dei Servizi di Salute Mentale, la sanità penitenziaria, le cure palliative e la terapia del dolore, la farmacia dei servizi, i percorsi di riabilitazione territoriale e l'assistenza protesica.

- **OG 3: Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione.** Questo obiettivo impone di agire su più fronti (programmazione, modelli gestionali, processi, comunicazione) per costruire risposte appropriate, ridurre le disuguaglianze e promuovere l'empowerment individuale e comunitario. Le azioni si concentrano sul sostegno a persone e famiglie vulnerabili e marginali, sul potenziamento dei percorsi di integrazione socio-sanitaria attraverso le Società della Salute e le convenzioni, sulla riorganizzazione dei servizi non ospedalieri per gli anziani, sull'attuazione della riforma in materia di disabilità (incentrata sulla partecipazione della persona e sul progetto di vita), sul potenziamento della sinergia sociale-lavoro, e sullo sviluppo del capitale sociale attraverso l'amministrazione condivisa (co-programmazione e co-progettazione). Particolare attenzione è dedicata alla lotta alle povertà, alle politiche per l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari e alla presa in carico multidisciplinare dei bisogni, nonché all'empowerment delle persone e delle comunità, al welfare culturale e alla qualità dei servizi. Include anche l'inclusione della popolazione straniera e dei richiedenti asilo.
- **OG 4: Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche.** Questo obiettivo risponde all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle malattie cronico-degenerative, richiedendo una riorganizzazione dei processi di cura centrata sull'integrazione tra ospedali (modello "a rete") e tra rete ospedaliera e servizi territoriali. È fondamentale l'adozione di Linee Guida per la gestione integrata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e dei Protocolli di Dimissione protetta. La rete delle Case della Comunità diventerà il luogo principale per l'erogazione dell'assistenza primaria in modo integrato e multidisciplinare. L'obiettivo è ridefinire i livelli di cura superando la frammentazione, con una trasformazione delle strutture ospedaliere per adattarsi ai cambiamenti della domanda di salute e alla necessità di forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociosanitaria. Le reti cliniche regionali sono cruciali per il funzionamento di questo modello. Questo include anche la rete di emergenza-urgenza e pronto soccorso.
- **OG 5: Appropriatelyzza delle cure e governo della domanda.** Questo obiettivo è centrale nella gestione della sanità pubblica, riferendosi alla corretta erogazione di servizi e trattamenti sanitari in base alle esigenze dei pazienti. Le azioni includono l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche, il **governo delle liste di attesa** attraverso un sistema innovativo e informatizzato dell'intero ciclo di vita della prestazione, la gestione dei percorsi chirurgici, e l'accesso sicuro ed efficace alle terapie innovative. La

Regione Toscana si impegna a fornire una comunicazione chiara e trasparente sui tempi di attesa. Rientra in questo obiettivo anche l'appropriatezza sull'uso degli antibiotici.

- **OG 6: La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale.** La pandemia ha accelerato lo sviluppo e l'innovazione tecnologica del sistema informativo unico integrato. Questo obiettivo mira a continuare e completare la trasformazione digitale del sistema sanitario regionale, in linea con gli investimenti del PNRR Missione Salute (M6), che prevedono il ridisegno della rete di assistenza territoriale e l'innovazione del parco tecnologico ospedaliero. Si punta a implementare un **ecosistema digitale unico regionale** con moduli e piattaforme interconnesse per servizi sanitari digitali avanzati (es. telemedicina, teleconsulto, fascicolo sanitario elettronico), facilitando l'accesso ai cittadini anche tramite farmacie e Botteghe della salute. Si riconosce che la trasformazione digitale è un determinante di salute e che una governance debole delle tecnologie può causare iniquità. La Regione si impegna a promuovere lo sviluppo "sostenibile" dell'Intelligenza Artificiale (IA) nel settore sanitario e sociale, garantendo equità di accesso e sicurezza.
- **OG 7: Transizione ecologica e politiche territoriali.** Questo obiettivo affronta le sfide legate al clima e all'ambiente, promuovendo azioni per ridurre le emissioni climalteranti e l'adattamento ai cambiamenti climatici, già evidenti in Toscana. Si tratta di attivare politiche per sostenere l'abitabilità dei territori, l'offerta di servizi socio-sanitari e commerciali, la connettività, e incoraggiare la permanenza delle giovani generazioni. Le politiche saranno orientate agli obiettivi dell'European Green Deal in Toscana, con un'idea di sviluppo nella comunità toscana della capacità di adattamento e gestione degli eventi emergenziali in collaborazione con gli enti locali. È essenziale il tema della sostenibilità ambientale per garantire la stabilità dell'ecosistema della sanità, promuovendo interventi di efficientamento energetico nelle strutture sanitarie.

3.1.4 Linee strategiche e priorità per l'Area Grossetana, Amiata, Metallifere

a) Indirizzi generali

Il nuovo PIS 2026 parte da queste linee strategiche pluriennali e tiene conto inoltre:

- degli indirizzi e gli obiettivi del PSSIR 2024-2026 sopra descritti;
- degli obiettivi di salute definiti nel PIS 2020-2022 e nei vari POA attuativi, collegandoli con le linee di programmazione e intervento già attivate;
- dell'evoluzione dei bisogni emersi negli ultimi cinque anni e delle prospettive evolutive a breve, medio e lungo periodo, alla luce di quanto emerge dal profilo di salute, considerando la situazione dei servizi esistenti, del budget integrato disponibile, dei bisogni, delle istanze e delle proposte che sono emerse durante il percorso di co-programmazione, in coerenza con le finalità delineate nello Statuto della SdS e negli altri atti di programmazione locali.

b) Quadro preliminare dei bisogni di salute emergenti e prioritari

Il declino demografico, che si è ulteriormente intensificato negli ultimi anni, rappresenta la sfida più rilevante: la combinazione di bassa natalità, progressivo invecchiamento della popolazione e riduzione della componente giovanile e attiva sta producendo effetti a catena sull'intero sistema socio-sanitario e sui servizi pubblici. Non si tratta soltanto di un incremento della domanda di assistenza per gli anziani, ma di un fenomeno trasversale che mette in discussione la tenuta delle reti familiari e comunitarie, la disponibilità di caregiver, la sostenibilità dei servizi educativi e scolastici, il funzionamento del mercato del lavoro e la coesione sociale complessiva.

Questo processo è particolarmente accentuato nei comuni più periferici e nelle aree interne, caratterizzati da bassa densità insediativa, progressivo spopolamento e criticità

infrastrutturali, secondo le dinamiche ormai riconducibili alla cosiddetta “Toscana diffusa”. In questi territori la fragilità sociale si intreccia con le difficoltà di accesso ai servizi sanitari e socio-assistenziali, amplificando le disuguaglianze e i rischi di esclusione. L’aggiornamento del Profilo di salute dovrà quindi dettagliare con attenzione l’andamento del declino demografico comune per comune, cogliendo le peculiarità e le tendenze locali, al fine di definire strategie e risposte differenziate e aderenti alle specificità dei contesti.

La pandemia da COVID-19, che nel triennio 2020–2022 ha costituito il fattore emergente principale, oggi si colloca sullo sfondo, ma continua a produrre conseguenze sul piano sociale e sanitario: ha accentuato disuguaglianze, solitudini e fragilità psichiche, soprattutto tra i giovani e gli anziani, e ha reso ancora più urgente una riorganizzazione dei servizi orientata alla prossimità, all’integrazione e alla resilienza.

In parallelo, si osserva un aumento delle nuove vulnerabilità: dipendenze da sostanze e da gioco d’azzardo, disagio psicosociale diffuso, rischi di povertà abitativa e digitale. Tali fenomeni richiedono politiche coordinate di prevenzione e presa in carico, che mettano al centro la persona e la comunità.

Un altro elemento cruciale è rappresentato dai flussi migratori, che nell’immediato costituiscono l’unico possibile fattore in grado di mitigare gli effetti più critici del declino demografico, soprattutto in termini di forza lavoro disponibile, sostenibilità dei sistemi economici locali e ripopolamento delle aree periferiche. Ciò rende necessario un deciso potenziamento delle politiche per l’integrazione, capaci di favorire inclusione sociale, accesso ai servizi, percorsi educativi e lavorativi, e al contempo di rafforzare la coesione della comunità.

Infine, la transizione digitale ed ecologica rappresenta una sfida e al tempo stesso un’opportunità: da un lato il rischio di nuove forme di esclusione per chi non ha competenze o accesso alle tecnologie, dall’altro la possibilità di sviluppare servizi più vicini, più rapidi e più sostenibili. Sul piano ambientale, i cambiamenti climatici e la gestione delle risorse naturali incidono sempre di più sulla salute collettiva, richiedendo una forte integrazione tra politiche sanitarie, ambientali e territoriali.

In sintesi, la Zona deve oggi affrontare bisogni complessi e interconnessi: il declino demografico e le sue ricadute, l’aumento delle fragilità sociali e psichiche, le criticità delle aree interne, la necessità di percorsi di inclusione per i migranti, e le transizioni digitale ed ecologica. Le risposte dovranno essere costruite in modo partecipato e multilivello, valorizzando le risorse del territorio e rafforzando l’integrazione tra politiche sociali, sanitarie ed economiche.

3.1.5 Obiettivi di salute

a) Premessa

I nuovi obiettivi di salute sono il risultato di un percorso istruttorio condotto dall’Ufficio di Piano tra giugno e settembre 2025, avviato in attuazione della Determinazione n. 436/2025 della Direttrice della SdS. Il lavoro ha avuto lo scopo di impostare la redazione del nuovo Piano Integrato di Salute, razionalizzando la precedente cornice del PIS 2020–2022 e garantendo la piena coerenza con il PSSIR approvato (DCR 67/2025 – Allegato A) e con le Linee guida regionali per il PIS (DGRT 900/2025).

La metodologia adottata ha previsto: (i) la ricognizione degli obiettivi storici e delle linee strategiche zonali; (ii) la lettura dell’Albero della programmazione del POA 2025 (obiettivi-programmi-attività) per salvaguardare la continuità operativa dei programmi già consolidati; (iii) l’allineamento ai nuovi obiettivi generali del PSSIR e agli indirizzi regionali su prevenzione, prossimità/integrazione socio-sanitaria, appropriatezza, partecipazione, trasformazione digitale e transizione ecologica; (iv) l’integrazione con l’analisi di contesto aggiornata (declino demografico, specificità dei comuni periferici/aree interne – “Toscana diffusa”, nuove

vulnerabilità sociali e psicosociali, necessità di politiche efficaci di integrazione dei migranti). Da questo processo discende una proposta semplificata e aggregata degli obiettivi, che elimina ridondanze e sovrapposizioni, e introduce, per coerenza con il PSSIR, due obiettivi di sistema – digitalizzazione e transizione ecologica – oggi non pienamente coperti dal POA 2025, ma da includere nella nuova programmazione con attività specifiche. In ottica di razionalizzazione, il tema “Salute della donna e contrasto alla violenza di genere” è ricondotto alla promozione della salute e prevenzione come programma dedicato, preservandone priorità e continuità operativa. I nuovi obiettivi di salute sono stati discussi nel percorso co-programmazione e la versione definitiva tiene conto di quanto emerso dal confronto con gli stakeholders pubblici e privati che hanno partecipato agli incontri.

b) 01. Promozione della salute, prevenzione ed equità lungo il corso di vita

- **Descrizione:** Persegue il rafforzamento sistematico della prevenzione primaria e secondaria e la riduzione dei divari di accesso, con interventi intersettoriali nei luoghi di vita e di lavoro. In questo ambito rientrano, come programmi dedicati, la tutela della salute della donna e il contrasto alla violenza di genere, integrati nella cornice della promozione della salute.
- **Logica progettuale, bisogni di salute.** Ridurre le disuguaglianze agendo sulle determinanti (stili di vita, condizioni ambientali e sociali), rafforzare prevenzione e empowerment, integrare consultori, scuole, comunità e lavoro.
- **Collegamento con PSSIR e programmazione regionale.** Allinea l'azione locale a **OG1 – “Promuovere la salute in tutte le politiche”** e al PRP 2020-2025 come infrastruttura di programmi e indicatori; approccio intersettoriale e multilivello, con target di copertura PRP e focus su equità/appropriatezza.
- **Collegamento con vecchi obiettivi PIS.** “Migliorare gli stili di vita”; “Tutelare la salute”; “Promuovere il welfare generativo e la partecipazione”.

c) 02. Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità

- **Descrizione:** Punta alla presa in carico unitaria e multiprofessionale e alla piena operatività della rete territoriale (Case e Ospedali di Comunità, COT), assicurando continuità ospedale-territorio e applicazione effettiva dei PDTA. La prossimità dell'offerta è calibrata sulle caratteristiche dei comuni periferici e delle aree interne.
- **Logica progettuale, bisogni di salute.** Spostare il baricentro sui servizi di prossimità (DM 77), integrare cure primarie, COT, CdC, Ospedali di Comunità, PDTA, cure palliative; ridurre attese e inappropriatezze.
- **Collegamento con PSSIR e programmazione regionale.** Coerente con gli indirizzi su **nuovi modelli di cura**, gestione cronicità, appropriatezza e continuità ospedale-territorio.
- **Collegamento con vecchi obiettivi PIS.** “Definire e adottare PDTA”; “Qualità del fine vita/cure palliative”; “Semplificare l'accesso ai servizi”.

d) 03. Sistema di protezione sociale per soggetti fragili (non autosufficienza, disabilità, anziani, salute mentale minori e adulti, persone con dipendenze patologiche)

- **Descrizione:** Include tutti gli interventi che puntano a fornire assistenza a persone con fragilità derivanti da condizioni fisiche e/o mentali. Mira a consolidare un sistema integrato di interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, con valutazione multidimensionale e sostegni ai caregiver. Potenzia l'intercettazione precoce e l'accesso ai percorsi di cura, integrando i servizi. Si privilegiano continuità terapeutica e interventi di prossimità, con attenzione specifica al disagio giovanile e alle fragilità degli anziani soli. La finalità è mantenere o recuperare autonomia e qualità di vita, riducendo i ricoveri evitabili e le

discontinuità assistenziali. Per quanto riguarda le dipendenze, integra prevenzione mirata, riduzione del danno, trattamento e reinclusione sociale, in coordinamento con i SerD, i Dipartimenti di Salute Mentale e le reti territoriali. L'obiettivo è contenere i consumi a rischio e le ricadute personali e sociali, con azioni puntuali nei contesti maggiormente esposti. La cura non deve fermarsi alla disintossicazione, ma include opportunità di studio, lavoro e relazioni che favoriscano la stabilità.

- **Logica progettuale, bisogni di salute.** Rafforzare rete domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sollievo caregiver, progetti "Dopo di noi", sostegni all'abitare e autonomie. Potenziare prevenzione, intercettazione precoce, continuità terapeutico-riabilitativa; azioni comunitarie e scolastiche; sostegni a famiglie/caregiver. Prevenzione selettiva/indicata; presa in carico multiprofessionale; riduzione dei danni; contrasto al gioco d'azzardo.
- **Collegamento con PSSIR e programmazione regionale.** Integrazione socio-sanitaria e **Piani regionali Non Autosufficienza 2025-2027**; Equità e appropriatezza nell'accesso, integrazione socio-sanitaria, centralità del territorio/partecipazione. Coerenza con PRP e con la strategia di appropriatezza/prevenzione; integrazione con reti sociali e comunitarie.
- **Collegamento con vecchi obiettivi PIS.** "Sistema di protezione per non autosufficienti"; "Promuovere domiciliarità e autonomia"; "Rafforzare tutela minori e famiglie"; "Salute mentale adulti e infanzia/adolescenza"; "Contrastare le dipendenze, inclusi GAP/alcol".

e) 04. Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti)

- **Descrizione:** Organizza prese in carico multidimensionali che raccordano servizi sociali, lavoro, abitare e istruzione, con priorità ai territori più esposti. L'integrazione dei cittadini stranieri è considerata leva strutturale per mitigare gli impatti del declino demografico e sostenere la coesione locale.
- **Logica progettuale, bisogni di salute.** Contrasto a povertà materiale/educativa, homelessness, isolamento; presa in carico multidimensionale (SIA, PrInS), inclusione lavorativa/abitativa, accoglienza e integrazione migranti.
- **Collegamento con PSSIR e programmazione regionale.** Centralità della **sussidiarietà orizzontale** e dell'**amministrazione condivisa** (LRT 65/2020; protocolli regionali).
- **Collegamento con vecchi obiettivi PIS.** "Inclusione sociale delle persone fragili e dei cittadini stranieri"; "Pronto intervento sociale".

f) 05. Obiettivi trasversali: 05a. Digitalizzazione del sistema sanitario, sociosanitario e sociale (obiettivo trasversale)

- **Descrizione:** Persegue l'interoperabilità dei sistemi (FSE, telemedicina, piattaforme socio-sanitarie, cartelle digitali) per semplificare l'accesso, sostenere la continuità dei percorsi e migliorare il governo per dati. L'adozione è accompagnata da azioni di alfabetizzazione per utenti e operatori.
- **Logica progettuale, bisogni di salute.** Integrare i processi clinico-assistenziali e sociali tramite ecosistemi digitali interoperabili (CUP 2.0, cartelle, piattaforme socio-sanitarie, servizi online), per accesso equo e continuità di cura.
- **Collegamento con PSSIR e programmazione regionale.** Coerente con la linea regionale **"La digitalizzazione del sistema sanitario – La salute a portata di click"** e con lo sviluppo dell'ecosistema **Toscana Salute**.
- **Collegamento con vecchi obiettivi PIS.** "Semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi".

g) 05. Obiettivi trasversali: 05b. Transizione ecologica, ambiente e salute nelle politiche territoriali

- **Descrizione:** Integra salute e politiche ambientali, con misure di prevenzione e adattamento locale (ondate di calore, qualità dell'aria e degli spazi, mobilità attiva, verde fruibile). Le priorità sono definite in base alla vulnerabilità dei diversi contesti comunali, con particolare riguardo alle aree interne.
- **Logica progettuale, bisogni di salute.** Integrare salute-ambiente-territorio (One Health), con azioni su qualità dell'aria/acqua, edilizia e **efficientamento energetico** di strutture, mobilità attiva, verde, adattamento climatico, attenzioni alle **aree interne**.
- **Collegamento con PSSIR e programmazione regionale.** Rientra negli **obiettivi generali** su sostenibilità e politiche territoriali (OG7) e nel richiamo a sostenibilità/economia circolare.
- **Collegamento con vecchi obiettivi PIS.** Riferimento trasversale ai driver ambientali già richiamati nelle linee strategiche.

h) 05. Obiettivi trasversali: 05c. Partecipazione della cittadinanza e amministrazione condivisa

- **Descrizione:** Stabilizza procedure e sedi di confronto (co-programmazione e co-progettazione) per orientare la programmazione e verificarne gli esiti. La partecipazione diventa componente ordinaria del ciclo PIS-POA, con impegni di trasparenza e rendicontazione pubblica.
- **Logica progettuale, bisogni di salute.** Strutturare la partecipazione (Comitato di Partecipazione, ~~Consulta~~ TS), percorsi di **co-programmazione/co-progettazione** territoriali, welfare generativo, trasparenza e accountability.
- **Collegamento con PSSIR e programmazione regionale.** Attua l'orientamento regionale su **LRT 65/2020** e i protocolli per la promozione degli istituti dell'amministrazione condivisa.
- **Collegamento con vecchi obiettivi PIS.** "Promuovere il welfare generativo e la partecipazione attiva".

i) 05. Obiettivi trasversali: 05d. Programmazione basata su conoscenza, monitoraggio e valutazione

- **Descrizione:** Rafforza la capacità di monitoraggio e valutazione dell'Ufficio di Piano e contribuisce alla crescita evidence based del sistema di welfare locale; produce il profilo di salute e di servizi e dispone strumenti di monitoraggio su equità, appropriatezza e risultati. La valutazione periodica orienta gli adeguamenti del POA, assicurando coerenza tra obiettivi, risorse e risultati attesi.
- **Logica progettuale, bisogni di salute.** Osservatorio zonale (profilo di salute e di servizi), ciclo di valutazione PIS-POA, audit e controllo di gestione; uso esteso di dati per governare liste d'attesa, appropriatezza, outcome.
- **Collegamento con PSSIR e programmazione regionale.** Coerenza con il dispositivo PIS e con il POA, e con il rafforzamento delle competenze per un sistema "basato sul valore".
- **Collegamento con vecchi obiettivi PIS.** "Costruire un sistema di programmazione basato sulla conoscenza".

Per la descrizione dettagliata degli obiettivi di salute si rimanda all'appendice 3.

3.2 Il budget integrato per la programmazione zonale

Il PIS mette in relazione gli obiettivi le attività programmate e le risorse. A questo scopo Il PIS integra tutta la programmazione zonale e la mette in relazione con il budget zonale di programmazione. Il budget integrato per la programmazione zonale è articolato su tre esercizi finanziari ed è composto da:

- risorse di competenza della Az. USL determinate per la Zona Distretto, formalizzate così come previsto al comma 5 e al comma 5-bis dell'art. 120 della l.r. 40/2005;
- risorse di competenza dei singoli Comuni afferenti all'ambito territoriale della SDS Coeso, recate dai documenti di programmazione economico-finanziaria che riguardano le materie socio-assistenziali e le materie sociali a rilevanza sanitaria;
- 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;
- ogni altro fondo derivante da stanziamenti di soggetti Terzi (come Fondazioni, Onlus etc.) ed erogazioni liberali di privati cittadini.

La tabella seguente illustra il quadro generale per il periodo 2026 del budget integrato di salute articolato per area e settore di programmazione.

Settore	Fondi sanitari	Fondi sociali	Altri fondi	Compartecipazioni	Totale
Cure primarie - Sanità territoriale	121.729.580	0	0	12.119.601	133.849.181
Anziano fragile	0	0	0	0	0
Assistenza di base	18.576.213	0	0	0	18.576.213
Assistenza domiciliare infermieristica	49.560	0	0	0	49.560
Assistenza farmaceutica convenzionata	23.200.073	0	0	0	23.200.073
Consumi sanitari e non sanitari dei presidi territoriali	29.333.662	0	0	0	29.333.662
Cure intermedie	0	0	0	0	0
Cure palliative e Hospice	11.000	0	0	0	11.000
Invecchiamento attivo (AFA)	0	0	0	0	0
Materno infantile	0	0	0	0	0
Riabilitazione (fisico-motoria)	2.597.275	0	0	12.211	2.609.486
Sanità d'iniziativa	555.172	0	0	0	555.172
Self management	0	0	0	0	0
Specialistica ambulatoriale	47.406.625	0	0	12.107.390	59.514.015
Socio-Sanitario	21.416.085	2.941.795	534.003	2.042.193	26.934.076
Dipendenze da sostanze	1.627.059	0	0	0	1.627.059
Dipendenze senza sostanze	0	50.000	0	0	50.000
Disabilità	2.812.710	0	0	0	2.812.710
Non autosufficienza	12.206.359	2.891.795	534.003	2.042.193	17.674.350
Salute Mentale - Adulti	4.464.751	0	0	0	4.464.751
Salute Mentale - Infanzia-Adolescenza	305.206	0	0	0	305.206
Socio-assistenziale	0	2.087.500	8.580.670	897.963	11.566.133
Anziani	0	450.000	1.535.750	398.000	2.383.750
Disabili	0	913.000	2.775.420	499.963	4.188.383
Immigrazione	0	457.000	0	0	457.000
Inclusione	0	162.500	1.560.000	0	1.722.500
Materno-Infantile	0	105.000	2.514.000	0	2.619.000
Multiutenza	0	0	195.500	0	195.500
Prevenzione e promozione	...	...	...	...	...
Violenza di genere	...	...	...	...	...
TOTALE GENERALE	143.145.665	5.029.295	9.114.673	15.059.757	172.349.390

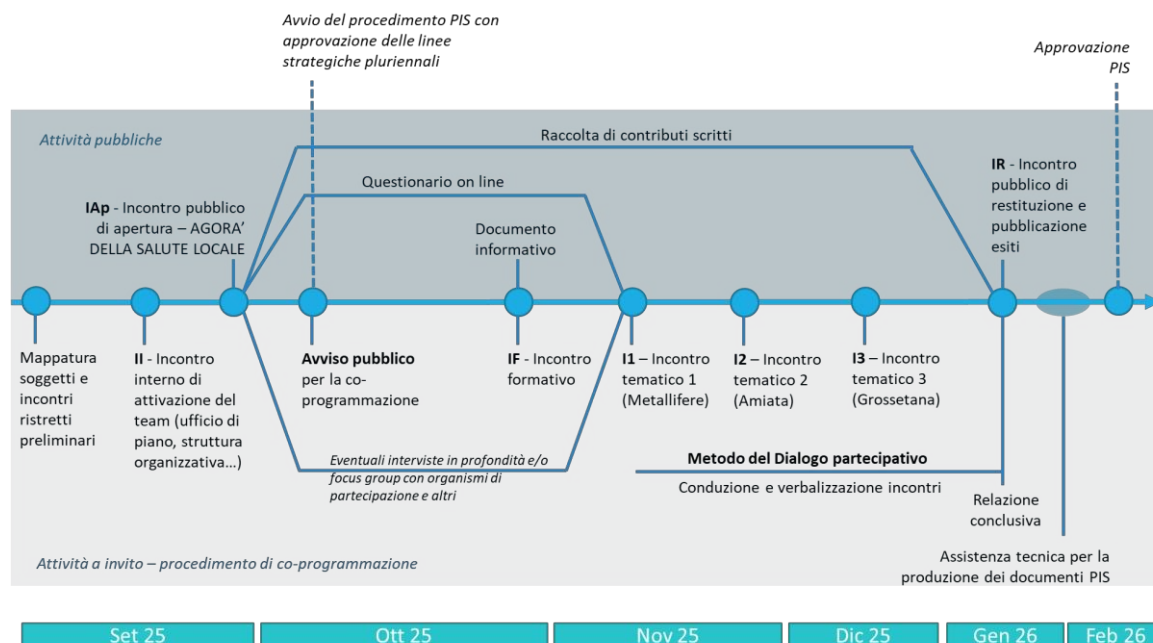
3.3 Percorso di partecipazione e co-programmazione

3.3.1 Premesse e struttura del percorso di co-programmazione

Alla luce della normativa vigente – in primo luogo dal D.lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) che prevede all'art. 55, comma 2 che le amministrazioni pubbliche nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale assicurino il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e dalla Legge Regionale Toscana 65/2020 “Norme di sostegno e promozione degli enti del terzo settore” – e delle positive esperienze realizzate in occasione dei PIS 2007, PIS 2011 e PIS 2020-2022, delle esperienze innovative nel corso degli ultimi 15 anni (progetto “Programmiamo Insieme la Salute”, progetto “In gioco contro l'azzardo”, progetto “Alcol, giovani e stili di vita”) la Sds, con la Delibera Assemblea dei Soci Sds 5/2025, ha previsto un percorso partecipativo di co-programmazione articolato su tre co-programmazioni, da svolgersi operativamente una per ogni ex zona, finalizzato a:

- Condividere la conoscenza sui bisogni del territorio e sulla risposta dei servizi;
- Valutare necessità di approfondimento della parte conoscitiva relativa ai bisogni del territorio;
- Condividere e validare gli obiettivi di salute definiti nell'atto di avvio del PIS;
- Valorizzare degli elementi conoscitivi emergenti dagli stakeholders pubblici e privati;
- Recepire eventuali indicazioni emergenti dalla consultazione utili per migliorare il PIS;
- Attivare collaborazioni e sinergie con il Terzo Settore fondate sul principio di sussidiarietà nella prospettiva dell'amministrazione condivisa dei beni comuni.

La figura seguente sintetizza il percorso di co-programmazione e le relative tempistiche.



Sono stati previsti due momenti pubblici aperti a tutti i cittadini, prima dell'avvio e dopo la chiusura del percorso di co-programmazione, che, come prevede la normativa regionale, può coinvolgere solo Enti del terzo settore ed eventuali organizzazioni non ETS, ma particolarmente competenti in materia. Il percorso di co-programmazione ha preso avvio con un avviso pubblico che ha disciplinato le finalità, l'oggetto, i requisiti, i termini e le modalità di partecipazione al procedimento da parte degli enti di Terzo settore, nonché il calendario degli incontri.

3.3.2 Tematiche affrontate

Considerate le risultanze del Profilo di salute della Zona Distretto, dal questionario somministrato ad hoc agli Enti del terzo settore, stakeholders sociali e sanitari, Enti soci, delle caratteristiche e degli interessi emergenti dalle tre zone, sono emerse particolari questioni in termini di bisogni della popolazione, problematiche dei servizi, priorità degli interventi a cui chiamare il Terzo settore a collaborare con la Pubblica Amministrazione, sintetizzabili nei seguenti item:

- **Area Amiata grossetana - “Abitare un territorio che invecchia: comunità e servizi di fronte al declino demografico”:**
 - *Lo spopolamento e l'invecchiamento della popolazione modificano profondamente la struttura sociale e la domanda di salute e welfare. Il tema invita a riflettere su come garantire qualità della vita e la coesione comunitaria in territori sempre più fragili dal punto di vista demografico.*
 - Sede di svolgimento delle sedute in CASTEL DEL PIANO; prima seduta: 8 gennaio 2026.
- **Area Colline Metallifere - “Il modello Casa della Salute: realtà e prospettive in un territorio complesso comprendente comuni montani e marittimi”:**
 - *La Casa della Salute è un modello innovativo che prevede la presa in carico globale della persona, sanitaria e sociale. A partire dalla situazione odierna, il tema invita a riflettere sulle modalità del servizio che sarà erogato ai cittadini.*
 - SEDE di svolgimento delle sedute MASSA MARITTIMA, Palazzo Abbondanza; prima seduta: 16 dicembre, ore 15
- **Area Grossetana - “Giovani: educazione, prevenzione, opportunità”**
 - *La crisi economica e l'emergenza Covid hanno lasciato conseguenze pesanti soprattutto sulla popolazione giovanile, in termini psicologici, di fragilità relazionale e di socialità, favorendo fenomeni di devianza e minore attitudine all'impegno e alla responsabilità. Il tema invita a pensare interventi psicologici, educativi, di prevenzione e di socialità, di opportunità lavorativa per la fascia di popolazione giovanile.*
 - SEDE GROSSETO, Biblioteca Chelliana; prima seduta: 16 dicembre, ore 10

3.3.3 Sintesi dei risultati del percorso di co-programmazione

a) Giovani: educazione, prevenzione, opportunità (zona Grossetana)

Dalle schede elaborate in co-programmazione emerge un quadro piuttosto coerente: il disagio giovanile viene letto come il risultato di più fattori che si rinforzano a vicenda—fragilità familiari, indebolimento delle reti sociali e degli spazi di aggregazione, difficoltà di orientamento e di costruzione del futuro, uso problematico del digitale, fino a comportamenti a rischio e forme di violenza o ritiro. In filigrana, torna spesso l'idea che la risposta non possa essere solo “riparativa” o emergenziale, ma debba combinare prevenzione, presidio territoriale e presa in carico integrata.

- Un primo nucleo forte riguarda la genitorialità fragile, soprattutto nella fascia 14–19 anni. I tavoli descrivono famiglie che vivono precarietà economica e lavorativa e faticano ad accompagnare i figli: in alcuni casi con un controllo “calato dall'alto” (decisioni imposte), in altri con un vuoto educativo (mancanza di regole, scarsa capacità di leggere i segnali di disagio). Ne deriva un bisogno di sostegno non solo per i ragazzi ma anche per gli adulti di riferimento. Tra le proposte ricorrono strumenti di prossimità e continuativi: gruppi di supporto alla genitorialità, sportelli e momenti di ascolto (anche in ambito scolastico), e l'idea - molto concreta - di uno psicologo di famiglia nelle Case della Comunità, come punto stabile e accessibile.

- Accanto alla dimensione familiare, emerge con forza il tema della socialità: molti contributi insistono sulla carenza di spazi e occasioni di aggregazione “non mediata”, cioè non necessariamente organizzata da scuola o associazioni, e sulla progressiva privatizzazione dello spazio pubblico. A questo si somma la componente territoriale: una provincia estesa e frammentata, con collegamenti non sempre adeguati e scuole spesso concentrate in pochi poli. La mobilità diventa quindi un fattore che incide direttamente sulla possibilità di costruire relazioni e fare esperienze fuori dalla scuola. Le indicazioni vanno verso luoghi polifunzionali, arredo urbano e iniziative culturali/sportive, ma anche verso misure apparentemente semplici e molto operative, come il rafforzamento delle corse degli autobus negli orari critici (uscita da scuola, rientri serali).
- Molti tavoli mettono poi a fuoco la questione delle prospettive: la fatica dei giovani a immaginare il futuro e a investire in percorsi lunghi. Si osserva una tensione tra il desiderio di autonomia e la ricerca di gratificazioni rapide, alimentata anche da modelli mediali (successo immediato, influencer, guadagni facili). In questa cornice, l’orientamento non viene inteso solo come scelta scolastica, ma come accompagnamento alla costruzione di un progetto di vita—anche se nelle schede, più che interventi già definiti, emergono soprattutto bisogni e direzioni di lavoro.
- Sul versante più critico, compaiono con preoccupazione stili di vita a rischio, devianza e violenza: abbassamento dell’età di alcuni comportamenti problematici, episodi di aggressività anche in contesti scolastici, fenomeni di gruppo (in alcuni contributi definiti come “bande”), consumo di alcol e sostanze, bullismo, abuso delle tecnologie e abbandono scolastico. I tavoli sottolineano che spesso le situazioni più difficili non appartengono necessariamente a famiglie già intercettate dai servizi. Per questo, tra le proposte più ricorrenti c’è l’esigenza di “andare verso” i ragazzi: educativa di strada, presidi itineranti, informagiovani, reti e tavoli permanenti capaci di tenere insieme scuola, sociale e sanitario. Il messaggio, qui, è che la prevenzione deve essere visibile sul territorio e la presa in carico deve includere anche la famiglia.
- In ambito scolastico si segnala inoltre la crescita di bisogni educativi speciali (BES/DSA/104) e la difficoltà, non sempre colmabile con le risorse attuali, di costruire un’inclusione reale nel gruppo classe. Non è tanto una critica alla scuola, quanto la percezione di un sistema che richiede competenze più diffuse, strumenti condivisi e maggiore continuità tra didattica, educazione e supporto psico-sociale.
- Un capitolo trasversale, presente in molte schede, è quello del digitale. Le tecnologie sono descritte come un ambiente quotidiano che incide su autostima, aspettative, relazioni, gestione delle emozioni e perfino sulle dinamiche familiari. Si evidenzia una doppia difficoltà: da un lato i ragazzi, esposti a stress e confronti sociali continui; dall’altro gli adulti, spesso impreparati o a loro volta dipendenti dagli strumenti digitali. La scuola viene rappresentata talvolta come oscillante tra divieto e gestione faticosa. Le proposte puntano su educazione e competenze (life skills, regole sociali, consapevolezza), ma con un’attenzione importante: partire presto, anche dalla fascia 0–6 (informazione e formazione ai genitori già in gravidanza o nei servizi per l’infanzia), e rendere stabile la “cura” (sportelli psicologici e percorsi non legati solo a progetti temporanei).

b) Il modello Casa della Comunità: realtà e prospettive in un territorio complesso comprendente comuni montani e marittimi (zona Colline Metallifere)

Dalle schede elaborate in co-programmazione si delinea un’idea molto chiara: il modello “Casa della Comunità” funziona davvero solo se viene adattato a un territorio complesso e disperso, come quello delle Colline Metallifere e dell’area costiero-montana, dove la popolazione non è concentrata in un unico polo e dove incidono fortemente distanze, collegamenti e disomogeneità di accesso. La preoccupazione di fondo è che il diritto alla salute e alla presa in

carico socio-sanitaria sia uguale per tutti, indipendentemente dal comune di residenza, e che quindi la CdC non diventi un servizio “per chi abita vicino”, ma un’infrastruttura di prossimità capace di servire anche i luoghi più periferici.

- Un primo tema ricorrente riguarda la piena accessibilità: non basta aprire una sede, serve rendere i servizi comprensibili e raggiungibili. I partecipanti evidenziano che oggi il quadro informativo è confuso e che, senza un’azione esplicita di comunicazione, si rischia di alimentare aspettative irrealistiche: la Casa della Comunità può diventare una “scatola dei desideri” in cui i cittadini proiettano ciò che manca (ospedale, pronto soccorso, servizi h24), per poi restare delusi. Per questo viene proposto un lavoro strutturato di informazione istituzionale: chiarire che l’attivazione dei servizi sarà graduale, come sono organizzati gli spazi, quali prestazioni saranno disponibili e con quali modalità, e soprattutto come si integra la CdC con il resto della rete (servizi territoriali, ospedale, continuità assistenziale, trasporti).
- In parallelo emerge il bisogno di “accompagnare” le persone nell’accesso, riducendo barriere pratiche e cognitive. Le schede suggeriscono di costruire un sistema più solido di punti di contatto: un network informativo unico (portale/sito/pagina con informazioni coerenti), ma anche presidi “fisici” distribuiti sul territorio, ispirati ai punti di facilitazione digitale, per alleggerire la pressione sui PUA e aiutare concretamente le persone a orientarsi, presentare pratiche amministrative (voucher, richieste di trasporto sociale) e trovare il canale giusto. In questo quadro, il Terzo Settore non è visto come semplice “supporto”, ma come attore che può mettere a disposizione sedi, competenze e presenza territoriale, contribuendo a rendere stabile e riconoscibile la rete.
- Un secondo nodo riguarda la tenuta professionale della CdC, in particolare la presenza degli operatori sanitari. La carenza di medici di medicina generale viene indicata come un problema cruciale (nel report è citata esplicitamente la situazione di Follonica): senza personale sufficiente, la CdC rischia di restare un contenitore, mentre dovrebbe essere un luogo vivo di confronto e integrazione tra professionalità e servizi. La richiesta è duplice: da un lato un’allocazione di risorse adeguata per incrementare il numero di MMG e garantire la presenza; dall’altro una regia che consenta, dove possibile, di usare la co-progettazione con ETS anche per costruire co-finanziamenti su alcuni servizi “di contorno” (accoglienza, orientamento, prossimità), alleggerendo parte del carico organizzativo e finanziario della PA—senza sostituire però le funzioni sanitarie essenziali.
- Il terzo grande tema è la prossimità fuori dalla Casa, particolarmente importante in un territorio disperso. Le schede sottolineano che la CdC deve diventare il primo riferimento per evitare ospedalizzazioni improprie, soprattutto per i soggetti fragili, ma questo obiettivo non si raggiunge solo “dentro” la struttura. Serve una rete di presidi e figure capaci di portare la cura e l’informazione “fuori”, nelle frazioni e nei comuni più isolati: infermiere di famiglia e comunità, OSS con funzione di prossimità, telemedicina e telemonitoraggio, e persino strutture “satellite” (RSA, biblioteche, musei o altri spazi accessibili e sicuri) che possano ospitare punti di contatto o servizi in modo stabile, con personale competente e riconoscimento economico. In questa logica viene ripreso anche lo strumento del camper/PUA itinerante, ricordato come esperienza già sperimentata con successo, capace di costruire fiducia con le comunità e di ridurre la distanza percepita tra servizi e cittadini.
- Infine, un aspetto interessante è la dimensione culturale: a Massa Marittima viene citata una vera e propria “barriera mentale” per cui il riferimento storico della popolazione è l’ospedale. Il passaggio al modello CdC richiede quindi anche un lavoro di cambiamento di percezione, oltre che di riorganizzazione dei servizi. In sintesi, le schede non chiedono solo “più servizi”, ma un modello più leggibile, più vicino e più integrato, dove comunicazione, accesso, personale e prossimità territoriale sono elementi inseparabili.

c) Abitare un territorio che invecchia: comunità e servizi di fronte al declino demografico

Dalle schede emerge un quadro molto nitido: l'Amiata grossetana (e più in generale il territorio "ultraperiferico" descritto) sta vivendo insieme declino demografico, invecchiamento e una trasformazione sociale che richiede servizi più vicini, più integrati e più stabili nel tempo. Il punto non è solo "avere più interventi", ma costruire un sistema capace di tenere insieme salute, inclusione e qualità della vita, riducendo le distanze – fisiche e "informative" – tra cittadini e opportunità.

- Un primo tema trasversale riguarda l'integrazione degli stranieri in un territorio che cambia. La presenza di residenti con background migratorio viene letta come una risorsa potenziale per contrastare lo spopolamento, ma oggi si scontra con barriere concrete: difficoltà linguistiche a scuola, rischio di abbandono scolastico, scarsa relazione tra famiglie straniere e istituzioni educative, anche perché spesso mancano reti parentali di supporto (i "nonni" che per molte famiglie italiane sono un ammortizzatore quotidiano). L'integrazione viene collegata anche ai bisogni di salute, che possono essere diversi e richiedere mediazione culturale e servizi accessibili. Le proposte puntano su mediatori meglio formati, docenti supportati nell'accoglienza linguistica, percorsi di avvicinamento alle famiglie (a partire dalle donne), e soprattutto su luoghi di incontro diffusi e polivalenti dove costruire socialità tra "noi" e "loro" e anche scambio intergenerazionale, utile pure per il passaggio dei saperi nei mestieri.
- Accanto a questo, le schede insistono molto sulla necessità di mettere ordine e continuità in ciò che già esiste. Il territorio è descritto come ricco di associazioni e progettualità del Terzo Settore, spesso efficaci, ma frammentate e discontinue: finiscono quando finisce il finanziamento, e spesso la cittadinanza nemmeno sa che esistono. Da qui la proposta di sistematizzare tavoli di co-progettazione e confronto, creare un canale informativo unico (digitale e cartaceo) che funzioni come "carta dei servizi", e persino strutturare un tavolo permanente di fundraising o un budget dedicato per stabilizzare le sperimentazioni che funzionano. In altre parole: fare in modo che le buone pratiche non restino episodi.
- Sul versante sanitario e assistenziale emerge un'urgenza molto concreta: la carenza di medici di medicina generale e la difficoltà di accesso alle cure. In un contesto con alta anzianità, la mancanza di MMG (fino a un terzo dei residenti senza medico assegnato, secondo una scheda) produce effetti immediati: anziani che non riescono a farsi seguire, ambulatori dove chi è senza medico rischia costi aggiuntivi, criticità perfino nelle RSA. Qui il tema è doppio: da un lato la necessità di un rafforzamento strutturale (più MMG), dall'altro l'esigenza di soluzioni ponte nel breve periodo.
- Per alleggerire il sistema e prevenire l'aggravarsi dei problemi, le schede introducono poi una linea di lavoro sulla promozione della salute e prevenzione, intesa come empowerment delle persone e delle famiglie: educazione alimentare, cucina "naturale", attività olistiche come integrazione (non sostituzione) delle cure, e soprattutto sostegno ai caregiver. Questo si collega a un'altra carenza segnalata: mancano assistenti familiari/badanti, perché per ragioni logistiche tendono a concentrarsi nei poli maggiori. Da qui proposte come matching domanda-offerta, incentivi alla residenzialità di queste figure vicino ai territori più fragili, e servizi diffusi di assistenza tecnologica per accedere ai servizi.
- Un altro blocco forte riguarda l'abitare. La difficoltà di reperire alloggi per fragili e stranieri viene vista come un freno diretto al ripopolamento: se non si trova casa, giovani e famiglie non si insediano. Le soluzioni ipotizzate vanno da tavoli tematici stabili a interventi di co-housing (anche valorizzando immobili disponibili), fino a strumenti di garanzia per proprietari di case vuote, ispirati a modelli già sperimentati altrove (accordi tra istituzioni e Terzo Settore per rendere più "sicuro" affittare).
- Parallelamente c'è un tema generazionale: mancano occasioni di socialità e servizi per i

giovani, che spesso si sentono “di troppo” quando cercano spazi di aggregazione e finiscono per desiderare di andare via, alimentando l’invecchiamento del territorio. Le schede suggeriscono di ripensare offerta culturale e ricreativa in modo più aderente ai linguaggi giovanili e di potenziare/creare centri di aggregazione.

- Infine, quasi tutte le criticità si intrecciano con un problema abilitante: la mobilità. Senza trasporti, i servizi restano teoricamente presenti ma praticamente irraggiungibili per anziani, ragazzi, stranieri senza auto. L’esempio del banco alimentare è indicativo: il diritto c’è, ma manca il mezzo per esercitarlo. Le proposte vanno dal rafforzamento del TPL a trasporto sociale più ampio, fino a mezzi condivisi (pulmini/camper) per portare servizi sul territorio. Interessante la nota di cautela: trovare soluzioni che non scarichino tutto sul volontariato sostituendo lavoro, valorizzando invece modelli come la cooperativa di comunità in collaborazione con le istituzioni.
- In sintesi, le schede raccontano un territorio che chiede soprattutto tre cose: accesso (servizi raggiungibili e comprensibili), continuità (progetti che diventano strutture e non episodi) e integrazione (tra generazioni, culture, servizi sanitari e sociali). Su questi tre pilastri si gioca la possibilità di “abitare un territorio che invecchia” senza trasformare l’invecchiamento in un destino di isolamento e rarefazione.

3.4 Processo operativo e decisionale per la costruzione del PIS

Il processo operativo e decisionale per la costruzione del Piano Integrato di Salute può essere rappresentato secondo la cronologia delle azioni elencate nella tabella, che evidenzia, nelle diverse fasi, gli organismi e i soggetti coinvolti:

AZIONI	ATTORI	Data/scadenza
Atto propedeutico alla stesura del PIS	Direttrice SdS – Determina 436/2025	Maggio 2025
Costituzione gruppo di lavoro PIS	Ufficio di Piano SdS	Giugno 2025
Atto di avvio e discussione profilo di salute e immagine di salute	Assemblea SdS	Settembre 2025
Definizione Profilo di Salute	Ufficio di piano	Novembre 2025
Definizione Profilo dei servizi	Ufficio di piano	Novembre 2025
Definizione Obiettivi di Salute	Giunta SdS con supporto tecnico dell’Ufficio di Piano	Febbraio 2026
Definizione Budget Integrato di programmazione	Giunta della SDS e Direzione Aziendale con supporto Direzione SDS e Po	Marzo 2026
Partecipazione: avviso per la co-programmazione	Cfr. <i>Percorso partecipativo per la programmazione</i>	Ottobre-Dicembre 2025
Definizione Albero della programmazione: obiettivi e Programmi operativi	Giunta SdS con supporto tecnico dell’Ufficio di Piano	Gennaio 2026
Schede di attività POA 2026	Ufficio di Piano con collaborazione Unità Funzionali competenti	Gennaio 2026
Coordinamento schede POA delle diverse aree	Ufficio di Piano	Gennaio 2026
Elaborazione e presentazione prima bozza PIS 2026 e POA 2026	Ufficio di Piano	Febbraio 2026
Adozione PIS/PIZ 2026 e POA 2026 e trasmissione ai consigli comunali	Giunta SDS, Consigli Comunali	Febbraio 2026
Approvazione definitiva PIS/PIZ 2026-2028 e POA 2028	Assemblea SDS	Febbraio 2026

3.5 L'Ufficio di Piano

3.5.1 Funzioni

L'Ufficio di Piano dell'Area Grossetana svolge le seguenti funzioni:

- la produzione di dati utili alla scrittura del PIS, profilo di salute e della relazione annuale sullo stato di salute;
- la raccolta dei dati utili al governo della domanda di cui all'art. 71 ter della LRT 40 2005 e smi;
- la produzione di dati utili alla programmazione e al controllo;
- la produzione di dati per la programmazione operativa annuale (POA);
- la progettazione del sistema di controllo, monitoraggio e valutazione delle performance della SdS in rapporto agli obiettivi programmati e

Ai fini della redazione del PIS e dei POA:

- la costruzione di specifici laboratori e tavoli tematici con le associazioni del terzo settore, della cooperazione sociale, le associazioni di tutela e rappresentanza nonché agenzie territoriali, anche mediante specifiche convenzioni di collaborazione non onerose, finalizzati alla elaborazione di strategie d'intervento;
- il sostegno all'attività dei laboratori;
- l'alimentazione del processo di condivisione con gli stakeholder affiancando il lavoro degli organismi della partecipazione;
- il sostegno al processo di modifica della immagine di salute.

L'Ufficio di Piano si organizza, nell'operatività, in:

A) un gruppo di progetto, con il compito di:

- concepire e sostenere lo sviluppo del sistema informativo della SdS, assolvendo inoltre a tutti gli obblighi informativi verso l'esterno
- produrre, in collaborazione con le agenzie del territorio, i dati utili alla scrittura del PIS, profilo di salute e della relazione annuale sullo stato di salute.
- raccogliere i dati utili al governo della domanda di cui all'art. 71 ter della LR 40 2005 e smi.
- produrre i dati utili alla programmazione e al controllo.
- produrre i dati per la programmazione operativa
- progettare il sistema di controllo, monitoraggio e valutazione delle performance della SdS in rapporto agli obiettivi programmati

B) un gruppo operativo allargato che, ai fini della redazione del PIS e dei POA, può:

- Costituire specifici laboratori e tavoli tematici con le associazioni del terzo settore, della cooperazione sociale, le associazioni di tutela e rappresentanza nonché agenzie territoriali, anche mediante specifiche convenzioni di collaborazione non onerose, finalizzati alla elaborazione di strategie d'intervento;
- Sostenere l'attività dei laboratori;
- Alimentare il processo di condivisione con gli stakeholder affiancando il lavoro degli organismi della partecipazione;
- Sostenere il processo di modifica della immagine di salute.

3.5.2 *Composizione dell'Ufficio di Piano*

L'Ufficio di Piano è composto da:

- Il Direttore della SdS, responsabile del lavoro svolto e dei risultati;
- i responsabili delle UF della SdS con compiti di collaborazione e sostegno;
- il personale messo a disposizione dagli Enti soci e dalla ASL;
- eventuali professionisti esterni di comprovata professionalità e specializzazione.

Il Direttore nomina un responsabile che si occupa di coordinare le attività dell'Ufficio di Piano, individuato in un funzionario o dirigente della SdS.

La composizione attuale è la seguente:

- Responsabile: Dott. Massimiliano Marcucci (COeSO SdS)

Componenti:

- dr.ssa Elisabetta Mori, COeSO - SdS Grosseto,
- dr.ssa Sandra Conti, COeSO - SdS Grosseto,
- dr.ssa Angela Verzichelli, ASL Toscana sudest,
- dr.ssa Maria Teresa Albiani, ASL Toscana sudest,
- dr.ssa Arianna Arezzini, Comune Castel del Piano,
- dr.ssa Paola Biagiotti, Comune di Scansano,
- dr.ssa Giorgia Giannini, Comune di Castiglione della Pescaia,
- dr.ssa Laura Rapezzi, Comune di Massa Marittima.

4 La programmazione operativa annuale (POA 2026)

4.1 Premessa

La Regione Toscana con la DGRT 900/2025 ha fornito alle zone distretto e alle SdS anche le indicazioni operative per la programmazione annuale per l'anno 2026.

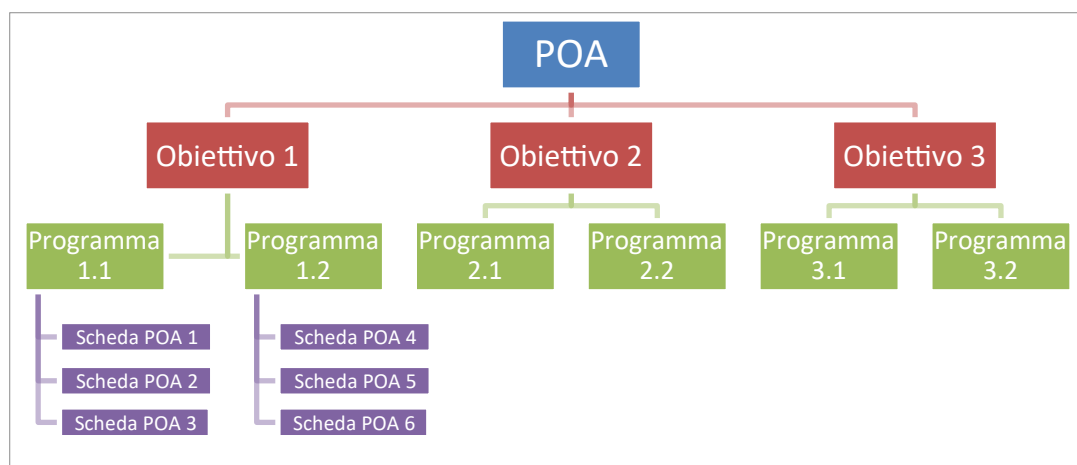
Secondo queste linee guida, il Piano Integrato di Salute (PIS), in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e del piano attuativo locale dell'Ausl di riferimento, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello di zona distretto e si attua attraverso i Programmi Operativi Annuali, che includono tutte le attività realizzate sul territorio dalla SdS e dalle articolazioni territoriali della ASL.

Per l'Area Grossetana, Colline Metallifere e Amiata Grossetana, è previsto a partire dal 2019 un unico Programma Operativo Annuale (POA) e un unico Profilo di Salute, che valorizza le identità territoriali delle zone preesistenti, evidenziando a livello sub-zonale dati, indicatori e criticità.

Questo documento riporta l'elenco delle schede operative che descrivono l'attività in ambito sociale e socio-sanitario, sia a carattere continuativo, sia a carattere progettuale in corso e programmate nel 2020 nel territorio della nuova Area Grossetana.

4.2 La struttura del POA

Il POA si articola secondo una struttura ad albero (vedi figura seguente) che parte dalla determinazione a monte degli **obiettivi** di programmazione zonali, i quali vengono realizzati attraverso **programmi** che integrano in modo organico e coordinato **attività e progetti** (schede POA) realizzati sul territorio nei diversi ambiti e settori del sociale, sanitario e socio-sanitario.

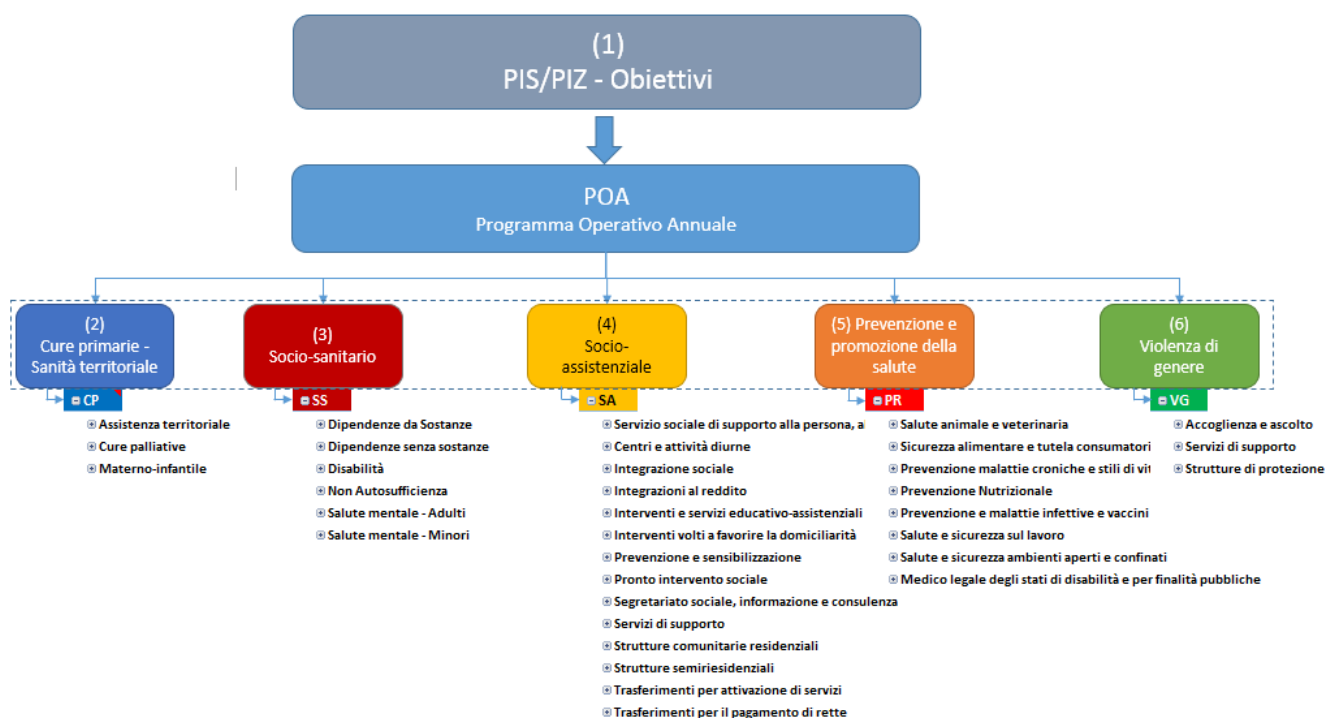


Le attività e i progetti rappresentano l'elemento di base del sistema dei servizi sul territorio regionale. Sono illustrati attraverso schede operative (le schede POA) che ne descrivono gli obiettivi, le attività, le risorse e alcune altre caratteristiche.

Le schede POA sono classificate, sulla base delle indicazioni regionali, in 5 aree di programmazione:

1. Cure primarie e assistenza sanitaria di base;
2. Socio-sanitario;
3. Socio-assistenziale;
4. Prevenzione e promozione della salute;
5. Contrasto alla violenza di genere.

Ogni area di programmazione si articola in settori specifici di attività, secondo un nomenclatore standardizzato definito nelle linee guida regionali. Nella figura seguente riportiamo l'articolazione sintetizzata delle aree di programmazione definite nella DGRT 573/2017 con i principali settori di attività.



4.3 La programmazione operativa 2026: obiettivi e programmi

La programmazione operativa annuale attua gli obiettivi di salute definiti nelle linee strategiche. Di seguito riportiamo quindi la struttura della programmazione già definita in occasione dei POA precedenti, ma allineata alle nuove linee strategiche e agli obiettivi di salute definiti nel PIS 2026. I programmi operativi integrati, che raggruppano schede POA omogenee, definiti nel POA 2026 sono 17, quattro in meno rispetto al POA 2025. I programmi operativi sono:

1. Programma cure palliative
2. Programma Cure primarie e assistenza territoriale
3. Programma povertà e inclusione sociale
4. Programma Pronto intervento sociale
5. Programma salute mentale adulti
6. Programma dipendenze da sostanze
7. PNRR - Missione 6 Salute
8. Programma Consultori e materno-infantile
9. Programma disabilità
10. Programma salute mentale infanzia e adolescenza
11. Programma anziani e non autosufficienti
12. Programma stranieri e migranti
13. Programma famiglie, bambini, adolescenti e giovani
14. Programma DGA - disturbo da gioco d'azzardo
15. Programma salute e tutela delle donne
16. Programma stili di vita e promozione della salute
17. Programmazione e riorganizzazione dei servizi

Complessivamente sono state inserite dai servizi **103 schede di attività** collegate ai programmi e ai nuovi obiettivi di salute. Anche in questo caso si registra una semplificazione rispetto al POA precedente, che segue gli indirizzi regionali e della Giunta della SdS, che ha determinato l'aggregazione e la diminuzione del numero di schede di attività (nel 2018 erano più di 500, nel 2025 144). La tabella seguente mostra il numero di schede inserite per ognuno degli obiettivi del PIS 2026.

Tabella 1: Quadro riassuntivo del POA 2026

Obiettivi/Programmi	N° Schede POA
O1 Promozione della salute, prevenzione ed equità lungo il corso di vita	10
Programma stili di vita e promozione della salute	10
O2 Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità	33
PNRR - Missione 6 Salute	1
Programma Consultori e materno-infantile	5
Programma cure palliative	5
Programma Cure primarie e assistenza territoriale	2
Programma DGA - disturbo da gioco d'azzardo	2
Programma dipendenze da sostanze	3
Programma salute e tutela delle donne	2
Programma salute mentale adulti	10
Programma salute mentale infanzia e adolescenza	3
O3 Sistema di protezione sociale per soggetti fragili (non autosufficienza, disabilità, anziani, salute mentale minori e adulti, persone con dipendenze patologiche)	40
Programma anziani e non autosufficienti	15
Programma disabilità	10
Programma famiglie, bambini, adolescenti e giovani	14
Programma Pronto intervento sociale	1
O4 Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti)	16
Programma povertà e inclusione sociale	14
Programma stranieri e migranti	2
O5 Obiettivi trasversali	4
Programmazione e riorganizzazione dei servizi	4
Totale complessivo	103

Di seguito il dettaglio dell'articolazione obiettivi, programmi e attività contenuti nel POA 2026 (albero della programmazione) con le risorse specifiche disponibili per il 2026, aggiuntive rispetto a quelle ordinarie che finanziano il funzionamento delle strutture (stipendi personale).

Le schede degli obiettivi di salute, dei programmi operativi e delle schede di attività analitiche sono fornite in allegato.