



# PIANO INTEGRATO DI SALUTE 2024 - 2026

---

FEBBRAIO 2026  
SOCIETÀ DELLA SALUTE PISTOIESE  
Viale Matteotti 19 – 51100 Pistoia

## Sommario

A.	Sezione Conoscitiva.....	3
A.1	STATO DI SALUTE.....	3
A.1.1	Il profilo di salute in sintesi.....	3
A.1.2	Demografia.....	5
A.1.3	Determinanti di salute.....	6
A.1.3.1	Determinanti socioeconomici e di contesto.....	6
A.1.3.2	Stili di vita e comportamenti a rischio.....	6
A.1.3.3	Ambiente.....	7
A.1.4	Famiglie e minori.....	8
A.1.5	Stranieri.....	10
A.1.6	Stato di salute generale.....	10
A.1.6.1	Ospedalizzazioni.....	10
A.1.6.2	Mortalità.....	12
A.1.6.3	Speranza di vita alla nascita.....	12
A.1.7	Cronicità.....	13
A.1.7.1	Attività Fisica Adattata.....	15
A.1.8	Disabilità e non autosufficienza.....	15
A.1.9	Salute mentale e dipendenze.....	18
A.1.9.1	Salute Mentale.....	18
A.1.9.2	Dipendenze.....	19
A.1.10	Salute materno infantile.....	20
A.1.11	Prevenzione e promozione della salute.....	21
A.1.12	Screening oncologici.....	22
A.1.12.1	Coperture Vaccinali.....	22
A.1.13	Assistenza farmaceutica territoriale.....	22
A.1.14	Valutazione delle performance: bersaglio MeS.....	24
A.1.15	Indicatori a supporto dei profili di salute - pistoiese.....	25
A.2	PROFILO DI RICORSO AI SERVIZI.....	26
A.2.1	Quadro degli assetti organizzativi.....	26
A.2.1.1	Il supporto alla Zona Distretto.....	28
A.2.1.2	La sanità territoriale.....	29
A.2.1.3	I servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.....	33
A.2.2	Quadro dell'offerta.....	34
A.2.2.1	Cure Primarie: la Sanità Territoriale.....	34
A.2.2.2	Le Cure Palliative.....	36

A.2.2.3	Il GIROT (Gruppi di Intervento Rapido Ospedale-Territorio).....	39
A.2.2.4	– I PIR (Punti di Intervento Rapido).....	39
A.2.2.5	I processi infermieristici.....	40
A.2.2.6	Attività Fisica Adattata.....	42
A.2.2.7	La sanità territoriale: il DM 77/22 e la DGRT 1508/22.....	43
A.2.2.8	Le Attività Consultoriali Territoriali.....	47
A.2.2.9	Le vaccinazioni.....	52
A.2.2.10	Nuovi servizi di Prevenzione.....	52
A.2.2.11	La Riabilitazione territoriale.....	53
A.2.2.12	La Salute Mentale Adulti.....	56
A.2.2.13	Area Salute Mentale Infanzia Adolescenza.....	60
A.2.2.14	Area Dipendenze - Serd.....	62
A.2.3	I percorsi per la Non Autosufficienza e la Disabilità.....	66
A.2.3.1	Non Autosufficienza.....	68
A.2.3.2	Disabilità.....	79
A.2.4	Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS).....	82
A.2.5	Le attività socio-assistenziali.....	84
B.	Dispositivo di Piano.....	94
B.1	Le linee strategiche pluriennali.....	94
B.2	Gli obiettivi di salute.....	95
B.2.1	SVILUPPO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA SANITA' TERRITORIALE INTEGRATA.....	95
B.2.2	PROMUOVERE SALUTE E BENESSERE COMUNITARIO.....	96
B.2.3	RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE NELLE RISPOSTE ALLE FRAGILITA'.....	97
B.3	Ufficio di Piano.....	99
B.4	Percorso di partecipazione.....	100
C.	Allegato al PIS - Programmazione Operativa Annuale.....	101

## A. Sezione Conoscitiva

La DGRT 900/2025 prevede che il profilo di salute, che ogni SdS/ZD deve redigere come parte integrante del PIS, con lo scopo di fornire le informazioni relative alle capacità di risposta dei servizi, sia in termini di numero e di tipologie di strutture, sia in termini di accessibilità, sia composto da due parti:

1. **Una parte descrittiva (cd. Stato di Salute)** che riferisce sul quadro epidemiologico e sui fattori di rischio per la salute di un dato territorio, riportando l'analisi delle tendenze e delle caratteristiche degli stili di vita della popolazione di riferimento, la descrizione di bisogni emergenti. A corredo, riporta dati demografici, sociali, sanitari, economici e ambientali, evidenziando eventuali disuguaglianze di salute.
2. **Una parte di dettaglio (cd. Ricorso ai servizi)** che si configura come un'analisi della rete dei servizi di prevenzione, di assistenza e di cura disponibili nel territorio.

### A.1 STATO DI SALUTE

#### A.1.1 Il profilo di salute in sintesi

La zona Pistoiese presenta un profilo di salute eterogeneo: a una buona dotazione di servizi educativi per la prima infanzia, livelli elevati di inclusione scolastica delle persone con disabilità, coperture vaccinali pediatriche molto alte e una prevenzione oncologica femminile ben strutturata si affiancano fragilità socioeconomiche, criticità ambientali e un carico rilevante di patologie croniche. La mortalità totale è tra le più basse a livello aziendale e regionale e la speranza di vita è favorevole, ma il tasso complessivo di ospedalizzazione è superiore ai riferimenti e si osservano eccessi per alcune cause (apparato digerente, respiratorio, osteo-muscolare ed endocrine/metaboliche). Alcune componenti della popolazione – in particolare stranieri, anziani non autosufficienti e persone con disturbi psichici o dipendenze – presentano bisogni sanitari e sociali più intensi, che richiedono un bilanciamento attento tra servizi territoriali, ospedalieri e sociali.

#### PUNTI DI FORZA

##### Servizi educativi e condizioni dei minori

La copertura dei servizi educativi 3–36 mesi supera ampiamente il target del 33% e si colloca su livelli elevati, seppur leggermente inferiori alle medie aziendali e regionali. Gli esiti scolastici nella secondaria di II grado sono in linea con i riferimenti e gli indicatori di benessere relazionale degli adolescenti descrivono reti tra pari complessivamente stabili.

##### Disabilità e inclusione scolastica

La prevalenza di persone 0–64 anni con disabilità in carico ai servizi sociali è superiore ai valori aziendali e regionali, segno di una buona capacità di intercettare i bisogni. L'inclusione degli alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di I grado è tra le più alte dell'Azienda, a conferma di un sistema educativo complessivamente inclusivo.

## **Cronicità**

Lo scompenso cardiaco presenta una prevalenza inferiore ai riferimenti, la cardiopatia ischemica non mostra eccessi rispetto alla Regione e, nei pazienti con pregresso ictus, la copertura con terapia antitrombotica è elevata.

## **Prevenzione oncologica e screening mammografico**

L'adesione allo screening mammografico è in crescita e nettamente superiore alle medie aziendale e regionale, facendo della Pistoiese uno dei territori più performanti nella prevenzione del tumore della mammella.

## **Vaccinazioni dell'infanzia e anti-HPV**

Le coperture vaccinali pediatriche per esavalente, MPR e antipneumococcica sono molto elevate, tra le più alte del contesto aziendale e regionale. Anche la copertura anti-HPV nei dodicenni supera ampiamente le medie di AUTC e Regione.

## **Contracezione, consultori e IVG**

Il ricorso alla contraccezione gratuita tra le giovani donne 14–25 anni è sensibilmente più alto rispetto ai riferimenti, a testimonianza di una buona accessibilità dei consultori. Il tasso di IVG si colloca in fascia di valutazione ottima, con valori sostanzialmente in linea con Regione e Azienda.

## **Prevenzione negli ambienti di lavoro**

L'incidenza degli infortuni sul lavoro indennizzati è inferiore sia alla media regionale sia al dato aziendale, delineando un rischio lavorativo complessivamente contenuto.

## **CRITICITÀ**

### **Fragilità socioeconomiche e rischio di esclusione**

Il reddito imponibile medio è leggermente inferiore ai riferimenti e il tasso di pensioni sociali è tra i più alti dell'Azienda. Il tasso di disoccupazione è elevato e in aumento e il ricorso ai contributi per l'affitto è consistente, mentre la quota di famiglie con ISEE molto basso è in linea con AUTC e Regione. La spesa pro capite per gioco d'azzardo, pur inferiore alla media aziendale e regionale, è comunque rilevante e i nuovi casi di disturbo da gioco d'azzardo rappresentano una quota non trascurabile dei nuovi utenti dei servizi per le dipendenze.

### **Qualità ambientale e risorse idriche**

Per quanto riguarda la qualità dell'aria, gli inquinanti rispettano i limiti di legge ma superano i valori guida più restrittivi raccomandati da OMS e UE.

Le acque sotterranee profonde sono complessivamente in buono stato, ma le acque superficiali mostrano condizioni localmente scarse nella piana pistoiese.

### **Stranieri: fabbisogni sanitari più intensi**

La quota di residenti stranieri è tra le più basse dell'Azienda, ma questa componente presenta un tasso di disoccupazione tra i più alti e un tasso di ospedalizzazione standardizzato per età superiore ai valori aziendali e regionali per entrambi i generi.

### **Ospedalizzazioni e carico di malattia**

Il tasso complessivo di ospedalizzazione è superiore alle medie aziendale e regionale, con eccessi per ricoveri legati all'apparato digerente, respiratorio, osteo-muscolare ed endocrine/metaboliche. Il profilo restituisce un carico di malattia importante e una pressione maggiore sui servizi ospedalieri.

### Cronicità elevata e rischio cardiovascolare

La prevalenza di almeno una patologia cronica è superiore ai valori aziendali e regionali; in particolare ictus e BPCO presentano prevalenze in eccesso. La mortalità per malattie del sistema circolatorio è più alta rispetto all'Azienda (e per alcune cause anche rispetto alla Regione), confermando un rischio cardiovascolare rilevante.

### Assistenza territoriale agli anziani

L'offerta di AFA, in particolare per alta disabilità, è nettamente al di sotto dei riferimenti e la quota di ospiti di RSA con almeno un accesso a PS non seguito da ricovero è più alta delle medie aziendali e regionali.

### Salute mentale e dipendenze

La prevalenza di utenti in carico ai servizi di salute mentale, in età evolutiva e adulta, è di gran lunga inferiore alle medie aziendali e regionali, configurando una sotto-intercettazione dei bisogni. Il contatto entro 7 giorni con il DSM dopo un ricovero psichiatrico e gli indicatori di continuità annuale sono inferiori ai riferimenti.

### Prevenzione secondaria e vaccinazioni dell'adulto

L'adesione allo screening colon-retto resta inferiore alle medie aziendale e regionale, così come lo screening cervicale mantiene adesioni contenute.

Negli ultra-65enni la copertura antinfluenzale, pur in crescita, si mantiene al di sotto dell'obiettivo minimo del 75%.

## A.1.2 Demografia

Della popolazione residente nella zona Pistoiese (170.082 persone), circa la metà vive nel Comune di Pistoia e vi sono rappresentate le aree montane dei comuni Abetone-Cutigliano, Marliana, Sambuca Pistoiese e San Marcello Pistoiese-Piteglio, mentre i comuni della Piana pistoiese (Aglia, Montale, Pistoia, Quarrata, Serravalle Pistoiese) sono in continuità dell'asse metropolitano fiorentino e pratese. Nella zona, come in tutta la Regione, vi è da tempo un intenso processo di invecchiamento: **l'indice di vecchiaia** (popolazione  $\geq 65$  anni / popolazione 0-14 anni  $\times 100$ ) aggiornato al 2025, è tra i più alti dell'AUTC, pari al 242,3% (AUTC: 225,8%; RT: 241,9%); gli **ultra74enni**, 25.559 persone, sono il 15% della popolazione della zona, a fronte del 14,2% dell'AUTC e del 14,6% della RT.

La **natalità** (numero nuovi nati/popolazione residente  $\times 1.000$  abitanti) nell'area Pistoiese è da sempre bassa, peraltro come nella quasi totalità delle altre zone toscane: 5,7 per 1.000 abitanti (AUTC: 5,9; RT: 5,7). A causa delle incertezze sociali ed economiche, anche le donne straniere, tradizionalmente più prolifiche, si stanno allineando ai comportamenti riproduttivi delle autoctone, con riduzione dei tassi di fecondità. La progressiva riduzione della natalità è un fenomeno diffuso su tutto il territorio italiano e toscano. Bassa natalità e aumento dell'aspettativa di vita sono i determinanti dell'invecchiamento della popolazione.

### A.1.3 Determinanti di salute

#### A.1.3.1 Determinanti socioeconomici e di contesto

La zona Pistoiese nel 2024 conta su un reddito imponibile IRPEF medio (€ 23.158,80) lievemente inferiore a quello dell'AUTC e della RT; l'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS nella zona (€ 1.113,20) è in linea con valore medio aziendale e regionale; è alto il tasso di pensioni sociali erogate ad anziani, 4,5% (AUTC: 3,4%; RT: 3,7%). Nel 2024 sono state 890 le famiglie che hanno chiesto aiuto per pagare l'affitto di casa, pari a un tasso grezzo di 11,8 ogni 1.000 residenti, in linea con il valore aziendale (11,7) e superiore a quello regionale (9,9).

Il tasso grezzo di disoccupazione, pari al 23% (in aumento rispetto al 17,7% dell'anno precedente), espresso dal numero di residenti iscritti ai Centri per l'Impiego sul totale dei residenti in età produttiva 15-64 anni), risulta tra i più alti di tutte le zone toscane (AUTC: 20,6%; RT: 23,8%). La percentuale delle famiglie con ISEE inferiore a 6.000 euro anche nel 2024 è in linea con i dati aziendali e regionale: 5,2%, in numeri assoluti 3.969 famiglie (AUTC: 5,2%; RT: 5,4%). La presenza del terzo settore formalizzato è sostenuta da 566 enti nella zona, pari a 33,3 organizzazioni ogni 10.000 residenti, a testimonianza di una buona diffusione del capitale sociale, in linea con quanto osservato nell'AUTC (29,4 ogni 10.000 residenti) e a livello regionale (29,6 ogni 10.000).

#### A.1.3.2 Stili di vita e comportamenti a rischio

Nella Relazione Sanitaria 2024 (<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/component/attachments/download/180943>) sono riportati i dati a livello di ASL e Regione delle indagini PASSI, PASSI d'Argento, HBSC, OKkio alla Salute ed EDIT 2022.

Di seguito vengono presentati i dati più aggiornati dell'indagine EDIT 2025 ([https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintedit-risultati-VI-edizione-del-progetto-EDIT-indagine-infortunistica-stradale-e-sugli-stili-di-vita-e-i%80%93comportamenti-della-popolazione-adolescente-toscana-\(14-19-anni\)?provenienza=home\\_tasti&dettaglio=ric\\_geo\\_edit&par\\_top\\_geografia=090](https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintedit-risultati-VI-edizione-del-progetto-EDIT-indagine-infortunistica-stradale-e-sugli-stili-di-vita-e-i%80%93comportamenti-della-popolazione-adolescente-toscana-(14-19-anni)?provenienza=home_tasti&dettaglio=ric_geo_edit&par_top_geografia=090)) relativi alla popolazione adolescente, mentre per la popolazione maggiorenne è riportata esclusivamente la propensione al gioco d'azzardo.

Indagine EDIT 2025:

I dati sugli stili di vita dell'indagine periodica EDIT di ARS sul benessere e sui fattori di rischio (fumo, dieta, alcool, sostanze psicotrope illegali, attività fisica) dei ragazzi toscani di 14-19 anni, dal 2022 sono disponibili solo a livello di ASL e non di zona distretto.

Nel 2025 in AUTC, la prevalenza di giovani tra 14 e 19 anni, che ha dichiarato nell'indagine EDIT, di aver consumato almeno 3 porzioni giornaliere di frutta e verdura, è del 23,9%, dato inferiore alla media regionale del 25,3%.

In AUTC la prevalenza di ragazzi tra i 14 e i 19 anni che risulta essere obeso (ovvero ha un Indice di Massa Corporea  $\geq 30,0$  kg/m<sup>2</sup>) è 2,8% valore migliore rispetto a dato regionale di 3,5%, ma con un andamento crescente nel corso degli anni.

Per quanto riguarda l'attività fisica, i ragazzi che praticano attività fisica per almeno un'ora per 5-7 giorni alla settimana sono il 22,1%, valore superiore al dato regionale 21,1%, ma in diminuzione rispetto al 2022 (dati 2022: AUTC: 24,0; RT: 23,1%; dati 2025: AUTC: 22,1%; RT: 21,1%).

La prevalenza di ragazzi tra i 14 e i 19 anni che fuma regolarmente sigarette, in AUTC è il 15%, valore in linea con la media regionale di 14,7%, con un trend in costante diminuzione, ma è in crescita continua l'uso delle sigarette elettroniche che è passato dal 23,7% (AUTC) del 2022 al 31,5% del 2025, crescita che si registra anche a livello regionale (2022: 22,6%; 2025: 31,5%).

Il 14,3% dei ragazzi 14-19 anni ha usato sostanze psicotrope illegali almeno una volta nell'ultimo anno, dato in linea con la media regionale (13,9%) con un trend in forte diminuzione dal 2022 (dati 2022: AUTC: 24,6%; RT: 23,1%; dati 2025: AUTC: 14,3%; RT: 13,9%).

La prevalenza di ragazzi 14-19enni che ha dichiarato di aver avuto episodi di binge drinking (bere eccessivo) nell'ultimo anno è 35,3% valore migliore rispetto alla media regionale (36,9%).

Adulti:

L'indicatore propensione al gioco d'azzardo nella popolazione maggiorenne mette in relazione il totale della raccolta (quanto viene giocato, indipendentemente da vincite e perdite) della rete fisica dei giochi d'azzardo leciti (il gioco via web non è territorialmente imputabile) con la popolazione maggiorenne (escludendo il target dei minori, che legalmente non possono giocare) individuando il giocato medio annuo pro-capite in euro, proxy della propensione al gioco di azzardo presente in un territorio.

L'indicatore relativo alla spesa per gioco d'azzardo nella rete del gioco lecito del 2024 mostra una media di € 1.091,30 di spesa per soggetto maggiorenne (i minorenni legalmente non possono giocare), inferiore a quanto speso a livello aziendale (€ 1.529,2) e a livello regionale (€ 1.304,80).

### **A.1.3.3 Ambiente**

Secondo i dati ARPAT raccolti nel corso del 2024 sulla qualità dell'aria, il valore limite relativo alla media annuale di PM10 di 40 µg/m<sup>3</sup> è stato rispettato in tutte le stazioni della Rete Regionale. Come per altre zone, però, i valori risultano ancora lontani dagli standard di qualità raccomandati dall'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) e dall'Unione Europea (nuove soglie da adottare entro il 2030).

Nel 2024, le due stazioni della zona Pistoiese, PT-Montale e PT-Signorelli, hanno registrato rispettivamente una media annuale di PM10 di 25 µg/m<sup>3</sup> e 21 µg/m<sup>3</sup>. Entrambe si collocano entro i limiti di legge vigenti (40 µg/m<sup>3</sup>), ma al di sopra dei valori guida raccomandati dall'OMS (15 µg/m<sup>3</sup>) e dei nuovi limiti fissati dall'Unione Europea per il 2030 (20 µg/m<sup>3</sup>). Anche il limite di 35 superamenti della media giornaliera di 50 µg/m<sup>3</sup> di PM10 consentiti dalla normativa vigente è stato rispettato in tutte le stazioni situate nel territorio dell'AUTC.

Rispetto al particolato PM2,5, il valore limite (D. Lgs. 155/2010 riferito alla media annuale di 25 µg/m<sup>3</sup>) è stato rispettato anche nel 2024 in tutte le stazioni della Toscana. Tuttavia, la stazione PT-Montale, che monitora il PM2,5 nella zona Pistoiese, ha registrato una media annuale di PM2,5 di 16 µg/m<sup>3</sup>, restando sopra al valore consigliato dall'OMS (5 µg/m<sup>3</sup>).

Per quanto riguarda il biossido di azoto (NO<sub>2</sub>), come nel resto della Toscana anche nella zona Pistoiese nel 2024 sono stati rispettati tutti i limiti di legge previsti dal D.Lgs. 155/2010, sia per la media annuale (40 µg/m<sup>3</sup>) sia per

la media oraria (massimo 18 superamenti del valore di 200 µg/m<sup>3</sup>). Tuttavia, le concentrazioni rilevate restano superiori al valore guida raccomandato dall'OMS per la media annuale (10 µg/m<sup>3</sup>).

Si conferma la criticità dell'ozono in Toscana e nella zona Pistoiese: nel 2024 la stazione di PT-Montale ha registrato livelli elevati, in linea con il quadro regionale, indicando una persistenza delle condizioni favorevoli all'accumulo di questo inquinante durante la stagione estiva.

Le misurazioni effettuate per gli altri inquinanti misurati (CO, SO<sub>2</sub>, Benzene, metalli) risultano essere sempre nei limiti di legge.

Per quanto riguarda i bacini idrici del territorio, le criticità interessano principalmente le acque superficiali, mentre le acque sotterranee profonde sono state giudicate di buona qualità complessiva nel 2023 (stato buono, con condizioni localmente scarse nella piana pistoiese).

In generale, lo stato ecologico dei corsi d'acqua è buono nei tratti montani, ma diventa scarso procedendo verso valle, a causa delle maggiori pressioni antropiche. Questa tendenza è evidente anche per l'Ombrone Pistoiese, che, nei dati del triennio 2022–2024, mostra nei tratti di pianura uno stato ecologico scarso, con presenza di AMPA, glifosato, PFOS e mercurio, situazione analoga a quella osservata nel torrente Brana.

In sintesi, nei corsi d'acqua della provincia di Pistoia, i superamenti più frequenti riguardano i fitofarmaci (AMPA e glifosato) per lo stato ecologico, mentre per lo stato chimico i principali parametri critici sono mercurio e PFOS.

#### **A.1.4 Famiglie e minori**

I minori di 18 anni sono 23.896, pari al 14% della popolazione residente (valore medio dell'AUTC: 14,3%; RT: 13,9%).

L'indice di instabilità matrimoniale che mette in rapporto percentuale i residenti divorziati con i residenti maggiorenni, per l'anno 2023, è di 5,2%, valore in linea con quello aziendale (5,0%) e regionale (5,2%).

Sul fronte dei servizi educativi per la prima infanzia, l'indicatore di Lisbona misura la quota di bambini 3-36 mesi con un posto nei servizi educativi (nidi e servizi integrativi) rispetto alla popolazione residente della stessa età. È l'indicatore che si confronta con il cosiddetto "obiettivo di Lisbona" (33%). Rispetto ai servizi scolastici, nell'anno 2023/2024 sono stati 1.258 i bambini di 3-36 mesi che sono stati accolti in servizi educativi per l'infanzia, pari al 44,5% degli aventi diritto, valore inferiore a quello aziendale (49,7%) e regionale (47,7%). Nell'anno scolastico 2023/2024 i ragazzi della zona Pistoiese che hanno frequentato la scuola secondaria di secondo grado, e che hanno avuto un esito scolastico negativo, sono stati 768, il 10,0%, dato in linea con le medie aziendali (10,3%) e regionali (9,3%).

Il tasso di minori in affidamento familiare (al netto dei minori stranieri non accompagnati) nel 2024 nell'area Pistoiese è pari a 1,7 per 1.000 abitanti di età 0-17 anni, in numero assoluto 42 minori (62 nel 2023), valore in linea con quello aziendale (1,6 per 1.000) e regionale (1,8 per 1.000). Il tasso di minori accolti in struttura residenziale socio-educativa (al netto dei minori stranieri non accompagnati) esprime quanti 0–17enni risultano inseriti in comunità residenziali per 1.000 residenti coetanei. Nel 2024 nell'area Pistoiese sono 49 con un tasso grezzo del 2,0 per 1.000 minori, valore superiore a quello aziendale (1,2 per 1.000) e a quello regionale (1,1 per

1.000): un segnale di maggiore ricorso a collocamenti residenziali, spesso legati a bisogni complessi e a misure di tutela, che merita attenzione in chiave preventiva e di presa in carico territoriale.

In parallelo, il tasso di minori coinvolti in interventi di educativa domiciliare misura quanti 0–17enni hanno ricevuto nell'anno un supporto educativo a domicilio per 1.000 coetanei residenti. Nel 2024 la Pistoiese si attesta a 6,9 per 1.000, al di sotto della media AUTC (10,5 per 1.000) e della Toscana (10,8 per 1.000): un quadro di minore presa in carico domiciliare rispetto al contesto di riferimento, che va letto insieme al dato sui collocamenti in comunità per orientare l'equilibrio tra interventi residenziali e territoriali.

L'IBRP – Indicatore di Benessere Relazionale e Partecipazione (0–100) riassume la qualità delle relazioni e la partecipazione dei ragazzi 11–17 anni che dichiarano di essere molto soddisfatti dei rapporti relazionali con i pari età. La zona Pistoiese si colloca a 43,0%, segnale di tenuta delle reti relazionali su livelli medi nel confronto regionale (AUTC: 40,6; RT: 42,6).

Per l'inclusione e le reti sociali tra gli adolescenti, l'IBCR – Indicatore di Benessere Culturale e Ricreativo (0–100) sintetizza la frequenza di attività culturali e ricreative riferita dai ragazzi 11–17 anni. Nella Pistoiese il valore è 40,3% (2023), inferiore alla media aziendale 44,9% e regionale 43,0%, suggerendo margini per potenziare l'accesso ad attività culturali (biblioteche, cinema/teatro, sport in forma organizzata) nei contesti più fragili.

La soddisfazione complessiva nei rapporti con i genitori dei ragazzi 11-17 anni misura la qualità delle relazioni con i propri genitori percepita dai ragazzi. Nel 2023 solo il 48,2% è soddisfatto dei rapporti con i genitori, in misura comunque superiore a quanto dichiarano i coetanei dell'AUTC (45,4%) e della Regione (47,4%).

La partecipazione ad associazioni tra gli 11–17enni – quota di ragazzi che dichiarano di frequentare gruppi/associazioni (sportive, culturali, ricreative, volontariato) – nella zona Pistoiese è 18,6% (AUTC: 22,5%; RT: 22,2%), ovvero circa un/a ragazzo/a su cinque risulta inserito/a in attività associative: un patrimonio da sostenere e allargare, perché sappiamo che le reti informali e le opportunità aggregative sono fattori protettivi rispetto a isolamento, ritiro e povertà educativa.

L'indicatore ragazzi di 11-17 anni che dichiarano di commettere atti di violenza, bullismo e cyber bullismo a scuola misura la frequenza di azioni di bullismo o simili tra i ragazzi. Nel 2023 nella zona Pistoiese è stato il 18,4% (AUTC: 18,9%; RT: 19,7%).

Le donne che si sono rivolte ai centri antiviolenza per la prima volta nell'anno, nel 2022 sono state 149 (1,7 x 1.000 donne residenti), in linea a quelle dell'AUTC (1,7) e della Regione (1,7).

## **A.1.5 Stranieri**

Da molti anni la zona Pistoiese presenta un basso indice di presenza di stranieri iscritti in anagrafe, tra i più bassi dell'AUTC (9,1%; AUTC: 14,7%; RT: 12%) ed anche con un minor incremento nel tempo. Stabile la presenza di stranieri nelle scuole primarie e secondarie di I e II grado dell'anno scolastico 2023-2024 in questa zona: 14,4% (AUTC: 19,3%; RT: 16,6%). Il tasso grezzo di disoccupazione tra gli stranieri (stranieri iscritti ai Centri per l'Impiego/stranieri in età occupabile 15-64 anni) per il 2023, è tra i più alti dell'Azienda, (41,1%; AUTC: 29,1%; RT: 37,7%). La percentuale dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) accolti nel 2024 in strutture residenziali socio-educative sul totale dei minori accolti nelle strutture, nell'area Pistoiese è pari al 35,5%, in linea col valore aziendale (AUTC: 37,6%) e inferiore al dato regionale (RT: 43,9%). Il dato, riferito al tasso dei richiedenti asilo ed accolti nei Centri di Accoglienza Straordinari nel 2024 è 1,6 per 1.000 residenti, leggermente inferiore ai valori aziendale (1,9) e regionale (2,3).

Il tasso standardizzato per età di ospedalizzazione nella popolazione straniera, per il triennio 2022-2024, è 100,9, valore superiore a quello aziendale (93,9 per 1.000 abitanti) e regionale (95,6 per 1.000). Gli uomini hanno un tasso standardizzato per età di ospedalizzazione pari a 94,0 per 1.000 abitanti, valore superiore a quello aziendale (88,3) e regionale (89,8), le donne hanno un tasso standardizzato per età di 112,4 per 1.000 abitanti, valore superiore a quello aziendale 104,0 e regionale 106,7.

Nel Pistoiese la percentuale di minori stranieri presi in carico dal servizio sociale territoriale (40,8%) risulta in linea con il valore regionale (38,1%) e aziendale (43,8%), indicando un'incidenza sovrapponibile agli altri contesti del territorio.

## **A.1.6 Stato di salute generale**

### **A.1.6.1 Ospedalizzazioni**

Il tasso di ospedalizzazione descrive la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti nei confronti delle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale e si basa sulla SDO, Scheda di Dimissione Ospedaliera. Nell'assistenza ospedaliera sono comprese tutte le prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che per loro natura o complessità di esecuzione richiedono un livello di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in regime ambulatoriale o domiciliare. L'indicatore misura il ricorso ai servizi ospedalieri nella popolazione; è una misura proxy dello stato di salute, considera il numero di ricoveri in un anno della popolazione residente su 1000 abitanti, tasso standardizzato per età.

Nel 2024 il tasso standardizzato per età di ospedalizzazione per tutte le cause x 1000 abitanti (116,8) è superiore a quello dell'AUTC (114) e della Toscana (116,1).

Nella zona Pistoiese emergono eccessi statisticamente significativi rispetto all'AUTC per apparato digerente, apparato respiratorio, apparato osteo-muscolare e endocrine/metaboliche. Si osserva invece un valore inferiore della prevalenza per i traumatismi con una riduzione statisticamente significativa.

Per le altre cause principali — sistema circolatorio, tumori totali e sedi (vescica, mammella, colon-retto, polmone, prostata, stomaco), genito-urinario, disturbi del sistema nervoso, cerebrovascolari, cardiopatia ischemica, disturbi psichici e infarto miocardico non emergono differenze significative tra Pistoiese e AUTC.

Si sottolinea che l'ospedalizzazione è conseguenza della diffusione delle malattie, ma anche della disponibilità di servizi alternativi territoriali e domiciliari.

### **Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS)**

Il ricorso all'ospedalizzazione nella zona Pistoiese presenta un quadro complessivamente equilibrato, con alcune differenze che meritano attenzione rispetto ai valori regionali e aziendali.

Il tasso di ospedalizzazione totale ordinario e diurno (H01Z, tasso standardizzato per età x 1000 residenti; zona 107,2; Toscana 105,0; AUTC 105,1) si colloca in linea con i valori di riferimento regionale e aziendale, mantenendosi in fascia di valutazione ottima, che indica un utilizzo appropriato dell'ospedale.

L'ospedalizzazione in età pediatrica (C7.7R, per 100 residenti <14 anni; zona 4,5; Toscana 4,8; AUTC 4,6) risulta lievemente inferiore alla media regionale e in linea con l'AUTC. La valutazione è buona, suggerendo un uso sostanzialmente adeguato del ricovero in età pediatrica.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per patologie sensibili alle cure ambulatoriali (per 1.000 residenti) monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le linee guida e gli standard internazionali, devono essere prese in carico sul territorio. Tali patologie sono, quindi, definite come "sensibili alle cure ambulatoriali", perché un'assistenza ambulatoriale appropriata può contribuire a tenere sotto controllo la malattia, evitando riacutizzazioni che potrebbero portare a ricoveri non appropriati. Nel 2024 il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, per patologie sensibili alle cure ambulatoriali (per 1.000 residenti) nella zona Pistoiese è pari a 6,3 per 1.000, valore in linea con i valori di riferimento aziendale (6,0) e regionale (6,1); tutti e tre i valori si collocano nella fascia di valutazione ottimale.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per specialità di dimissione cod.56 (Recupero e Riabilitazione funzionale) per 1.000 residenti (C17.1.1, tasso per 1.000 residenti; zona 1,1; Toscana 1,7; AUTC 1,6), nella zona presenta un valore nettamente più basso rispetto ai valori di riferimento regionale e aziendale.

Il tasso di accesso al Pronto Soccorso (C8B.1, tasso standardizzato per età per 1.000 residenti; zona 353,5; Toscana 358,8; AUTC 323,6) risulta inferiore alla media regionale e in linea con il tasso medio aziendale. La valutazione è intermedia, segnalando l'esigenza di rafforzare ulteriormente la presa in carico territoriale per ridurre gli accessi potenzialmente evitabili.

Infine, l'utilizzo della diagnostica avanzata tramite RMN muscolo-scheletriche negli anziani (C13A.2.2.1, per 1.000 residenti ≥65 anni; zona 23,4; Toscana 22,9; AUTC 17,2) mostra un valore in linea con il dato medio regionale e più elevato rispetto a quello aziendale. La valutazione è intermedia, indicando un livello di ricorso comunque relativamente elevato, che suggerisce la necessità di monitorare l'appropriatezza prescrittiva.

### **A.1.6.2 Mortalità**

Così come in tutte le aree più sviluppate del mondo, le cause più frequenti di morte sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori, ma i miglioramenti nella prevenzione e nella cura di queste patologie hanno contribuito alla progressiva diminuzione della mortalità specifica per queste cause e quindi anche per quella generale.

Il tasso di mortalità generale standardizzato per età nell'ultimo triennio per cui sono disponibili i dati, 2020-2022, è pari a 821,4 per 100.000 abitanti, risultando tra i valori più bassi a livello aziendale (830,4) e regionale (859,1).

Per quanto riguarda la mortalità specifica per causa, nella zona Pistoiese si osservano tassi standardizzati per età in eccesso rispetto a quelli dell'AUTC per le malattie del sistema circolatorio, la cardiopatia ischemica (in eccesso anche rispetto al valore medio regionale) e l'infarto del miocardio (in eccesso anche rispetto al valore medio regionale). Risultano invece in linea o inferiori rispetto ai tassi medi delle popolazioni di riferimento i tassi di mortalità standardizzati relativi ai tumori (tutte le sedi), tumore del polmone, del colon-retto, tumore dello stomaco, tumori della mammella, della prostata e della vescica, e le patologie dell'apparato osteo-muscolare.

### **A.1.6.3 Speranza di vita alla nascita**

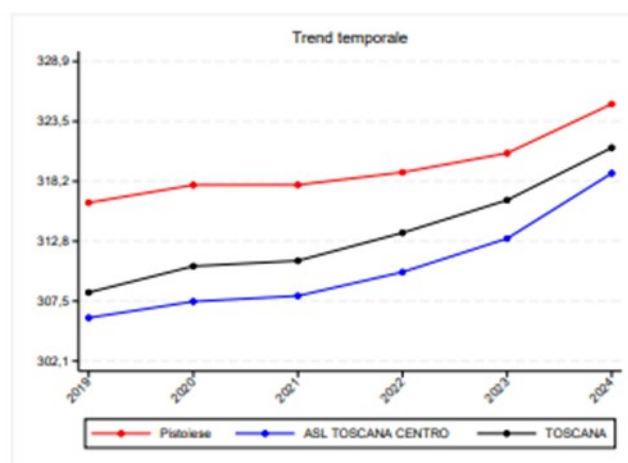
I dati ARS sulla speranza di vita alla nascita nella zona Pistoiese, aggiornati al 2022, mostrano per le femmine un valore pari a 85,6 anni, in linea con quello dell'AUTC (85,6 anni) e leggermente superiore alla media regionale (85,3 anni). Per i maschi la speranza di vita alla nascita è di 81,5 anni, dato in linea con l'AUTC (81,6 anni) e leggermente superiore alla media regionale (81,3 anni).

## A.1.7 Cronicità

### Prevalenza cronicità (almeno una patologia cronica)

L'indicatore misura la diffusione delle malattie croniche (ipertensione, dislipidemia, diabete mellito, insufficienza cardiaca, cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale, arteriopatie periferiche, pregresso ictus, insufficienza renale, BPCO, malattie reumatiche, malattie infiammatorie intestinali, demenza, malattia di Parkinson, epilessia, sclerosi multipla) nella popolazione residente > 16 anni che presenta almeno una patologia cronica (tasso per 1.000, standardizzato per età). Il numero di malati cronici non dipende solo dall'incidenza, ma anche dalla capacità di aumentare l'aspettativa di vita alla diagnosi grazie ad un'assistenza appropriata ed efficace nel prevenire eventi acuti. Il numero assoluto di cronici sul proprio territorio stima il carico assistenziale e permette di prevedere le risorse necessarie.

Nella popolazione generale (maschi+femmine) residente nella zona Pistoiese, il valore della prevalenza di malattie croniche standardizzata per età nel 2024 è 325,1 per 1.000 abitanti, superiore al valore aziendale (318,9) e al valore regionale (321,2). Le malattie croniche sono le più diffuse, con un trend in aumento, sia tra le zone-distretto sia a livello aziendale che regionale.



(b) Trend per zona, Asl e regione

Figura 1: Prevalenza di almeno una patologia cronica nella popolazione residente nella zona Pistoiese, in AUTC e in Toscana

La prevalenza per il **diabete** nell'area Pistoiese standardizzata per età è pari a 60,6 per 1.000 residenti, in linea con l'AUTC (60,9), e un inferiore rispetto al valore medio regionale (63,5). La patologia è comunque in crescita rispetto agli ultimi anni in tutta la Regione.

Lo **scompenso cardiaco** ha una prevalenza standardizzata per età pari a 15,1 per 1.000 residenti, valore inferiore rispetto al valore medio dell'AUTC (17,1), così come a quello regionale (19,1).

L'**ictus** presenta una prevalenza più elevata (18,0 per 1.000 residenti) rispetto sia all'AUTC (16,0) sia alla Regione (15,6).

La **cardiopatia ischemica** mostra invece una prevalenza standardizzata per età pari a 33,7 per 1.000 residenti, sostanzialmente in linea con il valore aziendale (33,1) e inferiore a quello regionale (34,9).

La prevalenza standardizzata per età della **BPCO** è pari a 16,4 per 1.000 residenti, collocandosi al di sopra del valore aziendale 14,1 e del valore regionale 14,0.

La prevalenza standardizzata per età della demenza (11,3 per 1.000 residenti) si allinea ai valori medi aziendale (11,4) e regionale (11,5).

### **Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS)**

La gestione delle principali patologie croniche nella zona Pistoiese mostra un quadro articolato, con alcuni indicatori in linea con i valori di riferimento e altri che presentano differenze da monitorare. L'ospedalizzazione per scompenso cardiaco (>18 anni) (tasso standardizzato per età per 100.000 residenti 50–74 anni; zona 154,8; Toscana 135,7; AUTC 126,4) risulta più elevata rispetto ai valori di confronto, evidenziando un ricorso al ricovero più frequente per lo scompenso e suggerendo la necessità di rafforzare la gestione territoriale delle riacutizzazioni. La quota di scompensati con almeno una misurazione della creatinina (C9.5.1, zona 76,7%; Toscana 73,6%; AUTC 74,5%) è in fascia di valutazione buona, indicativa di un monitoraggio adeguato della funzione renale, mentre la percentuale di scompensati con misurazione di sodio e potassio (C9.5.2, zona 66,4%; Toscana 62,0%; AUTC 61,7%) si mantiene superiore ai valori di riferimento e si colloca anch'essa in una fascia di valutazione buona, coerente con un controllo appropriato dei parametri critici nella gestione dello scompenso. Anche la quota di pazienti post-infarto in terapia con beta-bloccante (C9.2.2, zona 85,8%; Toscana 87,6%; AUTC 88,1%) è in fascia di valutazione buona, a indicare una buona aderenza terapeutica al trattamento nel medio-lungo periodo. L'ospedalizzazione per diabete (>18 anni) (tasso standardizzato per età per 100.000 residenti 35–74 anni; zona 12,1; Toscana 10,4; AUTC 8,9) risulta superiore ai valori regionali e aziendali, suggerendo una maggiore frequenza di ricoveri potenzialmente evitabili; la percentuale di diabetici con almeno una visita diabetologica annuale (C9.3.2, zona 30,9%; Toscana 30,8%; AUTC 28,5%) è in linea con la media regionale e superiore al dato medio aziendale, ma si colloca in una fascia di valutazione intermedia, indicativa di margini di ampliamento della presa in carico. Il tasso di amputazioni maggiori per diabete (C9.3.3, per 1.000.000 residenti; zona 21,5; Toscana 16,9; AUTC 15,2) è più alto rispetto ai valori di riferimento, ma rientra nella fascia di valutazione buona, evidenziando un quadro non critico, pur suggerendo attenzione ai percorsi preventivi dedicati al piede diabetico. Per la BPCO, l'ospedalizzazione (>18 anni) (tasso standardizzato per età per 100.000 residenti 50–74 anni; zona 2,8; Toscana 9,9; AUTC 12,4) risulta nettamente inferiore rispetto ai valori regionali e aziendali, suggerendo un ricorso al ricovero molto contenuto e compatibile con una gestione territoriale efficace delle riacutizzazioni. Infine, tra i residenti con pregresso ictus, la percentuale in terapia antitrombotica (C9.4.4, zona 71,8%; Toscana 73,1%; AUTC 72,4%) si mantiene su livelli elevati e sostanzialmente sovrapponibili ai valori di confronto. L'indicatore rientra in fascia di valutazione buona, a conferma di una copertura terapeutica complessivamente adeguata nella prevenzione delle recidive.

### **A.1.7.1 Attività Fisica Adattata**

Gli indicatori AFA misurano l'offerta di corsi attivi sul territorio: per la bassa disabilità sono espressi come corsi ogni 1.000 residenti  $\geq 65$  anni, mentre per l'alta disabilità come corsi ogni 15.000 residenti  $\geq 65$ . In Pistoiese l'offerta per bassa disabilità è in crescita continua: da 0,3/1.000 nel 2021 a 0,5 nel 2022, 0,6 nel 2023 e 0,7/1.000 nel 2024 (32 corsi su 43.502 residenti  $\geq 65$ ). Per l'alta disabilità l'attivazione è più tardiva: 0,0 nel 2021–2022, 0,35/15.000 nel 2023 e nel 2024 (1 corso), segnalando un primo, seppur ancora limitato, consolidamento dell'offerta per le persone più fragili. Nel confronto 2024 la zona si colloca al di sotto dei valori di riferimento regionale e aziendale: 0,7/1.000 rispetto a 1,9/1.000 dell'AUTC e 1,7/1.000 della Toscana per la bassa disabilità; 0,4/15.000 rispetto a 2,5/15.000 (AUTC) e 2,3/15.000 (Regione) per l'alta disabilità. In sintesi, il trend è favorevole sulla bassa disabilità, mentre sull'alta disabilità persiste un divario rilevante: risulta prioritario ampliare i corsi dedicati alle persone con fragilità e garantire una distribuzione più omogenea dei punti erogativi all'interno della zona.

### **A.1.8 Disabilità e non autosufficienza**

**Anziani non autosufficienti in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) permanente.** L'indicatore misura quante persone di 65 anni e oltre hanno trascorso almeno un giorno in RSA nell'anno, per 1.000 residenti (la prevalenza è standardizzata per età). Per questo indicatore non possiamo tener conto dei dati derivanti dal flusso regionale perché almeno per la zona pistoiese il flusso a tutt'oggi non registra la reale situazione dei ricoveri in RSA. Nella zona Pistoiese nel 2024 gli anziani di 65 anni e oltre hanno trascorso almeno un giorno in RSA è pari a 9,4 per 1.000 (551 persone), valore in linea con le altre zone della Azienda TC.

**Anziani non autosufficienti in assistenza domiciliare diretta.** L'indicatore stima gli ultra-64enni che hanno ricevuto almeno una prestazione domiciliare qualificata nell'anno, per 1.000 residenti (prevalenza standardizzata per età). Nella zona Pistoiese la prevalenza standardizzata per età per il 2024 è 20,9 per 1.000 (1.171 persone), inferiore alla prevalenza della Regione Toscana (28,1 per 1.000) e all'AUTC (30,9 per 1.000), verso il polo "peggiore" del range regionale (17,2–38,4). Caveat: il confronto risente anche dell'organizzazione locale. Il dato può risentire di criticità di completezza/omogeneità nella rilevazione, quindi i confronti vanno interpretati con cautela.

**Persone con disabilità 0–64 anni in carico al servizio sociale.** L'indicatore di prevalenza conta i residenti 0–64 anni con certificazione (Legge 104/1992 e/o invalidità civile), cartella sociale attiva e almeno una prestazione dell'assistente sociale nell'anno, per 1.000 residenti. Nella zona Pistoiese l'ultimo anno disponibile (2022) è 13,2 per 1.000, sopra Regione Toscana (11,7) e AUTC (11,6).

**Incidenza di disabilità 0–64 anni.** Misura i nuovi accertamenti ex Legge 104/1992 nell'anno, per 1.000 residenti 0–64 (stima dei nuovi potenziali utenti). Nella zona Pistoiese nel 2024 è 4,1 per 1.000, più basso della Regione Toscana (5,7 per 1.000) ma più alto dell'AUTC (3,3 per 1.000); nel range regionale (2,6–10,6) è in posizione intermedia-favorevole. Caveat: l'indicatore riflette anche l'attività delle Commissioni.

**Incidenza di disabilità grave 0–64 anni.** Nuovi accertamenti in gravità (ex Legge 104/1992, art. 3 c.3) nell'anno, per 1.000 residenti 0–64. Nella zona Pistoiese il 2024 è 2,0 per 1.000, simile alla Regione Toscana (2,2) e più alto dell'AUTC (1,4); nel range (1,2–5,2) è a metà. Caveat come sopra: i livelli dipendono anche dall'intensità dell'attività valutativa.

**Inclusione scolastica degli alunni con disabilità (scuola primaria e secondaria di I grado).** L'indicatore misura la quota percentuale di alunni con disabilità iscritti nelle scuole primaria e secondaria di I grado rispetto al totale degli iscritti, con lo scopo di valutare la capacità del sistema di favorirne l'inclusione scolastica, elemento basilare per accrescere l'inclusione sociale. Nella zona Pistoiese nell'a.s. 2024/25 è 4,9%, più alto della Regione Toscana (4,3%) e dell'AUTC (3,8%), verso il polo “migliore” del range regionale (3,0–6,2).

La popolazione della zona pistoiese risulta essere abbastanza anziana con un **indice di pressione dei grandi anziani sui potenziali caregiver** (che rapporta la popolazione di  $\geq 85$  anni di età a quella di 50-74 anni) per l'anno 2024 di 13,9%, valore in linea con quello aziendale (13,6%) e quello regionale (13,4%). Per il 2024 l'ampiezza media della famiglia, misura indiretta della consistenza delle reti familiari di welfare ed espressa dal numero medio di componenti, nella zona Pistoiese è 2,3 risultando in linea con i dati aziendali e regionali (AUTC: 2,2, RT: 2,2).

La prevalenza standardizzata per età di anziani assistiti dai servizi territoriali per la non autosufficienza della zona Pistoiese con una presa in carico (domiciliare o residenziale) attiva è del 24,4 per 1.000 residenti, valore tra i più bassi a livello aziendale (AUTC: 35,8; RT: 30,7); si considerano gli anziani presi in carico a seguito di valutazione multidimensionale con bisogno sociosanitario complesso (percorso per la non autosufficienza).

### **Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS)**

L'assistenza agli anziani nella zona Pistoiese presenta un quadro articolato, con alcuni ambiti allineati ai valori di riferimento e altri che richiedono attenzione. Il tasso segnalazioni su popolazione anziana  $\geq 65$  anni ai Punti Insieme (B28.4) è l'indicatore che misura il numero di segnalazioni per 1.000 residenti anziani e che esprime la capacità del sistema territoriale di intercettare bisogni assistenziali potenzialmente avviati verso percorsi domiciliari o residenziali. Le segnalazioni possono provenire dal medico di famiglia, dai servizi ospedalieri e territoriali, dagli assistenti sociali, dagli stessi assistiti o dai familiari e comprendono sia bisogni semplici sia complessi. Nella zona (zona 120,8 per 1.000; Toscana 129,1; AUTC 131,3) il tasso è inferiore ai valori regionali e aziendali, descrivendo un ricorso alle segnalazioni meno frequente rispetto agli altri territori; l'indicatore si colloca in fascia “buona” nel sistema di valutazione MeS. La quota di anziani in cure domiciliari (zona 9,3%; Toscana 10,8%; AUTC 10,4%) è leggermente inferiore ai valori di riferimento regionale e aziendale, ma si colloca in una fascia di valutazione buona, indicando un livello di accesso all'assistenza domiciliare coerente con il contesto territoriale. La quota di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e nei giorni festivi (B28.1.5, zona 11,0%; Toscana 13,0%; AUTC 12,6%) è inferiore ai valori di confronto collocandosi nella fascia di valutazione intermedia, suggerendo una copertura dei giorni festivi adeguata ma con margini di miglioramento per garantire maggiore continuità assistenziale. La percentuale di ultra 75enni con accesso domiciliare entro due giorni dal ricovero (B28.2.5A, zona 29,5%; Toscana 31,3%; AUTC 36,6%) è inferiore ai valori medi regionale e aziendale, indicando una tempestività dell'assistenza post-dimissione meno favorevole rispetto agli altri contesti e con margini di miglioramento.

Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate al domicilio e il numero di giorni intercorrenti tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 corrisponde, ad esempio, a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. L'indicatore rappresenta quindi un proxy dell'intensità dell'assistenza domiciliare erogata all'assistito. La percentuale di prese in carico degli over 65 con CIA >0,13 (zona 56,5%; Toscana 45,6%; AUTC 51,8%) è più elevata (migliore) rispetto ai valori medi regionale e aziendale. Tra gli assistiti in ADI, la quota con almeno due ricoveri durante la presa in carico (zona 4,5%; Toscana 3,2%; AUTC 3,0%) è superiore ai valori regionali e aziendali e l'indicatore si colloca in fascia di valutazione intermedia, indicando la necessità di monitorare la stabilità clinica durante l'assistenza domiciliare; anche la quota di assistiti in ADI con accesso al PS durante la presa in carico (zona 22,5%; Toscana 22,6%; AUTC 22,6%) è in fascia intermedia, in linea con i valori di riferimento. La percentuale di prese in carico residenziali a 30 giorni dalla segnalazione (per 1.000 segnalazioni; zona 35,5; Toscana 70,1; AUTC 51,1) è nettamente inferiore rispetto ai valori di riferimento regionale e aziendale, in fascia di valutazione scarsa, indicando difficoltà nel garantire una tempestiva transizione verso la presa in carico residenziale. Anche la quota di ammissioni in RSA entro 30 giorni dalla presa in carico (zona 33,3%; Toscana 43,0%; AUTC 37,7%) è inferiore ai valori di confronto e si colloca nella fascia di valutazione scarsa, suggerendo un ritardo nel percorso di inserimento residenziale dopo l'attivazione del bisogno. Il tasso di ammissioni in RSA over 65 (B28.3.10, per 1.000 residenti  $\geq 65$  anni; zona 1,0; Toscana 4,3; AUTC 3,3) è molto più basso rispetto ai valori regionale e aziendale e descrive un ricorso alla RSA particolarmente contenuto, che suggerisce una copertura residenziale più limitata rispetto agli altri contesti. La quota di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (B28.3.11, zona 22,2%; Toscana 9,4%; AUTC 7,3%) risulta più elevata dei valori di confronto e si colloca nella fascia di valutazione scarsa, segnalando maggiore instabilità clinica/potenziale inappropriata degli invii ospedalieri. Infine, la percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS (B28.3.12, zona 27,0%; Toscana 22,9%; AUTC 19,3%) misura la quota di nuovi ammessi in RSA che effettuano almeno un accesso al PS non seguito da ricovero durante la presa in carico; la fascia di valutazione è scarsa e, come tale, richiede attenzione: suggerisce di verificare l'appropriatezza degli invii al PS e la capacità di stabilizzazione clinica all'interno delle RSA.

## A.1.9 Salute mentale e dipendenze

### A.1.9.1 Salute Mentale

#### **Prevalenza pazienti in carico ai servizi di salute mentale territoriale**

L'indicatore stima i residenti che nell'anno hanno ricevuto almeno 4 prestazioni dai servizi territoriali di salute mentale (tasso per 1.000, standardizzato per età). E' una misura proxy del bisogno e dei problemi di salute mentale nella popolazione. Avvertenza. Nel triennio 2021–2023 è presente una sottostima legata a problemi tecnici di trasferimento dei dati; nel 2024 la qualità informativa risulta in larga parte ripristinata. Le letture di serie storiche vanno quindi usate con cautela, privilegiando il confronto sul 2024.

**Infanzia–adolescenza** (<20 anni) nel 2024 la Pistoiese registra 1,8 per 1.000 (standardizzato per età); occorre evidenziare che i dati relativi al 2024 risultano sottostimati rispetto a quanto registrato dagli operatori del servizio verosimilmente per una problematica legata alla trasmissione dei flussi. Dal 2025 è stata adottata un nuovo sistema informatizzato il cui flusso attualmente risulta in linea con le altre zone della AUTC.

**Adulti** (≥20 anni). Nel 2024 la prevalenza è 2,5 per 1.000, contro 6,7 per 1.000 dell'AUTC, collocando la zona Pistoiese come area con la minor intensità di presa in carico. Anche qui, la serie 2021–2023 risente della sottostima e potrebbe mascherare eventuali variazioni legate alla pandemia; il 2024 non mostra comunque un riallineamento ai livelli aziendali.

**Totale popolazione.** Sommando le due coorti, il tasso totale 2024 è 2,3 per 1.000, ben sotto la media aziendale (10,5 per 1.000) e a quella regionale (12,4 per 1.000) collocandosi come valore più basso in AUTC, confermando un divario strutturale nella presa in carico territoriale rispetto al resto dell'Azienda e alla Regione. Anche in questo caso la lettura dell'andamento lungo il periodo pandemico resta limitata dalla qualità informativa del triennio 2021–2023, tuttavia, osservando l'intera serie 2014–2024 emerge una flessione netta e persistente della prevalenza, indicativa di un calo strutturale nel lungo periodo.

#### **Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS)**

Nel complesso, gli indicatori relativi alla salute mentale nella zona Pistoiese evidenziano livelli misti, con alcuni aspetti in linea con il contesto regionale e altri che richiedono particolare attenzione. L'ospedalizzazione per patologie psichiatriche >18 anni (C15A.5A, tasso standardizzato per età per 100.000 residenti ≥18 anni; zona 217,3; Toscana 217,6; AUTC 200,1) è sovrapponibile a quello medio regionale e lievemente superiore rispetto a quello aziendale, descrivendo un ricorso al ricovero psichiatrico nei maggiorenni coerente con il contesto regionale. L'ospedalizzazione per patologie psichiatriche <18 anni (C15A.7, tasso per 100.000 residenti minorenni; zona 171,6; Toscana 196,9; AUTC 162,1) si colloca in fascia di valutazione intermedia.

La percentuale di ricoveri ripetuti entro 8–30 giorni per patologie psichiatriche (C15A.13A, zona 5,4%; Toscana 5,3%; AUTC 5,7%) è in linea con i valori di riferimento regionale e aziendale e in fascia di valutazione buona, coerente con una gestione post-ricovero efficace nel prevenire riacutizzazioni precoci. L'indicatore misura infatti la quota di dimissioni seguite da un nuovo ricovero tra l'8° e il 30° giorno: valori più bassi indicano dimissioni appropriate, buona continuità territorio–ospedale e presa in carico tempestiva. Nel quinquennio il profilo è stato variabile (≈5,2–6,5%), con un rientro nel 2024 su un valore favorevole. Più critica è la situazione del contatto

entro 7 giorni con il DSM dopo il ricovero (C15.2, zona 22,7%; Toscana 40,8%; AUTC 38,3%), che risulta nettamente inferiore ai valori regionali e aziendali e configura una situazione molto critica. L'indicatore misura la tempestività dell'aggancio tra ospedale e servizi territoriali: livelli più alti riducono il rischio di drop-out e favoriscono la continuità terapeutica. Nel 2024 la zona Pistoiese si attesta su valori molto bassi, con un calo progressivo dal 2020 e un peggioramento evidente nell'ultimo biennio, evidenziando un quadro di instabilità dell'aggancio territoriale. La continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti è un elemento cruciale nei percorsi di salute mentale, perché garantire almeno quattro contatti nell'anno ai pazienti già seguiti l'anno precedente riduce il rischio di drop-out e favorisce la stabilità clinica. Il valore dell'indicatore (C15.17) nella zona Pratese è pari al 50,6% (Toscana 63,4%; AUTC 65,8%), in flessione rispetto al 2023, e rientra nella fascia di valutazione intermedia, indicando una continuità di cura discreta ma con spazi di miglioramento nella stabilizzazione e nel mantenimento del percorso assistenziale.

**Prevalenza d'uso di antidepressivi** (maschi, femmine, totale). L'indicatore misura la quota di residenti che nell'anno hanno assunto antidepressivi in modo continuativo; pur non riuscendo a cogliere tutte le persone che soffrono di depressione (sono considerate solo quelle che hanno fatto ricorso alla prescrizione medica) da una stima del fenomeno nella propria zona, utile alla programmazione nell'ambito della cura alla depressione. I valori sono standardizzati per età e riportati in percentuale. Nella zona Pistoiese, l'uso di antidepressivi nel 2024 interessa complessivamente il 9,6% dei residenti (valore standardizzato per età): il livello più alto tra le 8 zone dell'AUTC (il valore medio aziendale coincide con quello regionale: 8,4%). Il divario di genere è marcato e in linea con il quadro toscano: tra le donne l'uso raggiunge il 12,6%, mentre tra gli uomini è pari al 6,3% (rapporto ~2:1). La serie storica 2010–2024 mostra un trend decrescente di lungo periodo, temporaneamente arrestato nella prima fase pandemica, quando la prevalenza d'uso è aumentata; negli ultimi anni, a partire dal 2021, la flessione è ripresa, seppur in maniera contenuta.

### **A.1.9.2 Dipendenze**

Dai dati forniti dall'Osservatorio Socio-Epidemiologico dell'Area delle Dipendenze dell'AUTC nel 2024 sono stati in carico al Ser.D. di Pistoia 563 persone con dipendenza da sostanze illegali (eroina, cocaina, cannabinoidi e droghe sintetiche), 180 alcolisti, 184 tabagisti, 54 soggetti con disturbo da gioco d'azzardo e 56 con altre problematiche; in tutto 1.037 persone che rappresentano l'8,9% del totale degli 11.669 utenti dell'AUTC.

I nuovi Tossicodipendenti (TD) nel 2024 sono 67, equivalenti a un'incidenza di 0,50 per 1.000 residenti di età 15-79 anni (AUTC: 0,74 per 1.000 residenti 15-79enni), mentre la prevalenza - tutti i TD in carico - è di 4,17 per 1.000 residenti di età 15-79 anni (AUTC: 4,42 per 1.000 residenti 15-79enni). I maschi sono l'82,6% delle persone in carico (AUTC: 83,5%).

I nuovi utenti dei servizi alcolologici nel 2024 sono 44, per un'incidenza di 0,33 per 1.000 residenti di età 15-79 anni (AUTC: 0,46 per 1.000 residenti 15-79enni), mentre la prevalenza - tutti gli alcolisti in carico - è di 1,33 per 1.000 residenti di età 15-79 anni (AUTC: 1,89 per 1.000 residenti 15-79enni). Il 62,8% degli utenti in carico per problemi da alcol è di sesso maschile (AUTC: 72,9%).

I nuovi casi di utenti con disturbi da gioco d'azzardo nella zona Pistoiese sono 22, il 13,5% della popolazione "nuova" dell'AUTC.

### **A.1.10 Salute materno infantile**

Il tasso di mortalità infantile, indicatore della qualità dell'assistenza sanitaria e sociale fornita alla madre e al bambino, è in calo da anni grazie al miglioramento delle condizioni di vita. Nel triennio 2020–2022 (ultimo disponibile), il tasso nella zona Pistoiese (1,9 decessi nel primo anno di vita ogni 1.000 nuovi nati) è più elevato rispetto ai valori di riferimento aziendale e regionale (entrambi pari a 1,5 per 1.000).

La percentuale di nati vivi gravemente sottopeso nel triennio 2022-2024 è pari ad 0,7 ogni 1.000 nuovi nati, ed è in linea con i valori medi di AUTC e RT (entrambi a 0,7 per 1.000).

#### **Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS)**

Nel 2024 la percentuale di primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN) è pari al 55,1%, un valore inferiore rispetto a quello aziendale (59,5%) e molto inferiore rispetto a quello regionale (63,2%). L'accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio non è disponibile.

In riferimento al percorso materno-infantile, il tasso di IVG per 1.000 donne residenti (C7.10, zona: 5,3; Toscana: 5,4; AUTC: 5,8) rientra nella fascia di valutazione ottima secondo Sistema di Valutazione MeS. Il tasso di IVG tra le donne straniere per 1.000 donne straniere residenti in età fertile, nel 2024 è pari a 11,3 per 1.000 residenti risultando superiore al valore dell'AUTC (10,7) e della RT (10,5), e collocandosi in fascia di valutazione buona.

Nella zona Pistoiese il tasso delle giovani donne residenti di 14-25 anni alle quali nel 2024 è stata effettuata una erogazione gratuita di contraccettivi in regime ambulatoriale o consultoriale è 35,5% (17,6% l'anno precedente), dato molto superiore al valore aziendale (20,3%) e a quello regionale (23,6%).

### A.1.11 Prevenzione e promozione della salute

Nel triennio 2020–2022, nella zona Pistoiese si sono registrati 772 **decessi evitabili**, ossia i decessi che avrebbero potuto essere prevenuti attraverso efficaci interventi di prevenzione primaria, condizioni igienico-sanitarie adeguate o cure tempestive e appropriate, con un tasso standardizzato per età di 145,5 per 100.000 residenti. Il valore, pur inferiore alla media regionale (147,6 per 100.000) è superiore al tasso medio dell'AUTC (137,4 per 100.000).

Come nel resto della Toscana, anche nella zona Pistoiese il fenomeno presenta una forte differenza di genere: tra gli uomini, si registrano 489 decessi evitabili, pari a un tasso standardizzato per età di 192,1 per 100.000, tra le donne, 283 decessi evitabili, con un tasso standardizzato per età pari a 102,5 per 100.000. L'incidenza tra i maschi è quindi quasi doppia rispetto alle femmine (come nel resto della Toscana: 190,7 vs 108,2 casi per 100.000), riflettendo differenze negli stili di vita, nelle abitudini alimentari e nei rischi occupazionali. Le cause di morte più rilevanti sono infatti quelle prevenibili attraverso misure di sanità pubblica e promozione della salute, che restano il principale ambito di intervento per ridurre ulteriormente il fenomeno.

Nel complesso, la zona Pistoiese mostra valori in linea con le medie regionali, ma ha ancora margini di miglioramento nelle strategie di prevenzione primaria (stili di vita, screening, fattori di rischio ambientali e occupazionali) e nella presa in carico precoce delle condizioni croniche e dei comportamenti a rischio, in particolare negli uomini.

Nell'area della prevenzione, gli infortuni sul lavoro indennizzati (tasso per 1.000 residenti 15–64 anni) mostrano un valore nella zona Pistoiese pari a 8,1, inferiore sia alla media regionale sia al dato aziendale, delineando un'incidenza degli infortuni lievemente più contenuta rispetto ai contesti di riferimento. Il rapporto di lesività degli incidenti stradali, calcolato come tasso per 1.000 incidenti, risulta pari a 1.294,4, leggermente superiore al valore regionale e a quello aziendale (zona 1.294,4; Toscana 1.279,0; AUTC 1.241,3): il dato indica un livello di gravità degli incidenti sostanzialmente in linea con il quadro toscano, pur con una lieve maggiore frequenza di infortunati per incidente.

## **A.1.12 Screening oncologici**

Nella zona Pistoiese, nel 2024 l'adesione allo screening mammografico è 75,3%, in crescita nel triennio (2022: 70,4% → 2023: 73,2% → 2024: 75,3%), superiore alle medie AUTC (68,1%)/Regione (67,4%).

Per lo screening del colon-retto l'adesione è pari al 38,7% (32,2% nel 2022; 56,8% nel 2023), un valore inferiore sia alla media aziendale (47,2%) sia a quella regionale (44,3%), che segnala la necessità di azioni mirate di recupero per incrementare la partecipazione.

Per lo screening cervicale, l'adesione nella Provincia Pistoiese nel 2024 è 46,0%; il programma di Pistoia è passato allo screening con HPV primario nel 2020, in ritardo rispetto agli altri, e come atteso la popolazione invitabile nel quinto anno dal passaggio era ridotta (passaggio da round triennale a round quinquennale per le donne dai 34 ai 64 anni).

### **A.1.12.1 Coperture Vaccinali**

Le vaccinazioni dell'infanzia mostrano stabilità su livelli molto elevati: l'esavalente (difterite, tetano, pertosse acellulare, poliomielite inattivata, Haemophilus influenzae tipo b, epatite B) si mantiene su un plateau prossimo al 98–99%, con oscillazioni minime nell'ultimo quinquennio; anche la vaccinazione MPR (morbillo–parotite–rosolia) resta alta e stabile ( $\approx$ 97–98%), confermandosi in linea con le migliori performance aziendali. L'antimeningococcica evidenzia un miglioramento rispetto al 2023, ma non raggiunge il 95% (nell'AUTC solo l'Empolese–Valdarno Inferiore supera tale valore). La copertura per l'antipneumococco è del 93,2% valore superiore alla media aziendale e regionale (AUTC: 92,5%; RT: 92,9%).

La copertura anti-HPV nelle dodicenni è in crescita e nel 2024 raggiunge l'85,2%, valore superiore alle medie aziendale (76,8%) e regionale (80,2%).

Negli ultrasessantacinquenni, la vaccinazione antinfluenzale sale ma resta al 61,8%, sotto la soglia indicata dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) del 75%.

## **A.1.13 Assistenza farmaceutica territoriale**

La DDD (Defined Daily Dose) è la dose definita giornaliera, ovvero la quantità standard di un farmaco che un adulto assume mediamente in un giorno di terapia per la sua principale indicazione clinica. È un'unità di misura internazionale che permette di confrontare il consumo di farmaci diversi — o dello stesso farmaco in dosaggi e formulazioni differenti — perché traduce tutte le confezioni e dosaggi in un'unica unità omogenea

L'assistenza farmaceutica territoriale nella zona Pistoiese presenta un quadro nel complesso articolato, con alcuni ambiti in linea e altri che richiedono attenzione. Il consumo di inibitori di pompa protonica (C9.1, DDD/1.000 abitanti; zona 22,8; Toscana 23,7; AUTC 21,3) si colloca in fascia di valutazione buona, a indicare un uso tendenzialmente appropriato di questa classe terapeutica. Il consumo di antibiotici (C9.8.1.1, DDD/1.000 abitanti; zona 13,4; Toscana 14,4; AUTC 13,2) si colloca invece in posizione scarsa, leggermente sotto la media regionale e in linea con quella aziendale. Questo dato richiede un'interpretazione attenta nel contesto dell'emergenza sanitaria legata all'antibiotico-resistenza. La resistenza agli antibiotici rappresenta oggi una vera

emergenza di salute pubblica in Italia, dove le infezioni da "superbatteri" hanno elevata mortalità e incidenza. L'impiego inappropriato di antibiotici non solo espone i singoli pazienti a rischi inutili, ma contribuisce allo sviluppo di resistenze a livello di popolazione. Anche il consumo nella zona Pistoiese segnala la necessità di rafforzare le strategie di stewardship antimicrobica e di promuovere un uso ancora più appropriato di questi farmaci essenziali.

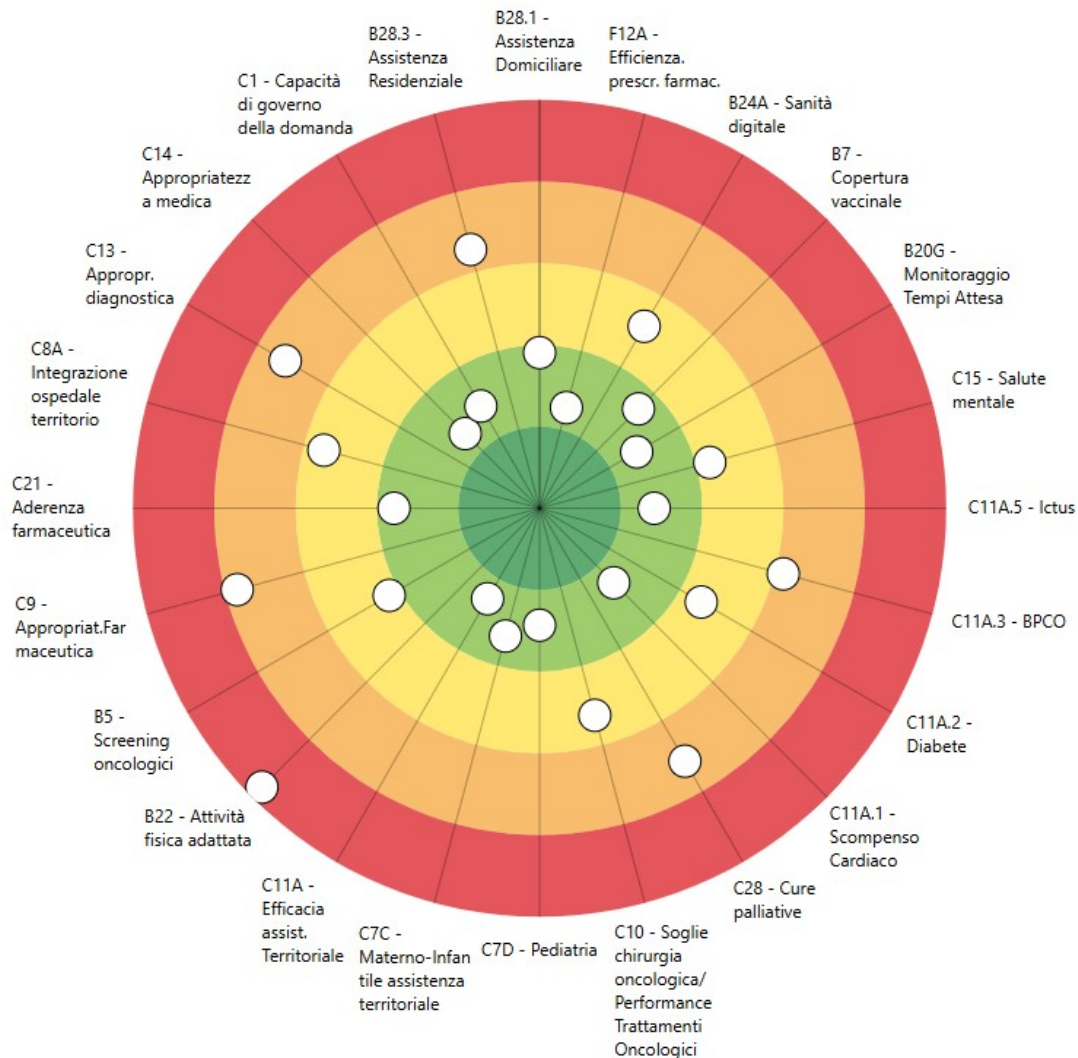
Il consumo di antidepressivi SSRI (D15C, DDD/1.000 abitanti; zona 30.977,3; Toscana 25.452,5; AUTC 26.078,3), è superiore sia alla media regionale che a quella aziendale. Questo dato merita un'analisi approfondita considerando il contesto epidemiologico e organizzativo. La depressione è una condizione invalidante in continua crescita: i dati nazionali OsMed evidenziano un trend in costante aumento (+1,9% annuo nel periodo 2014-2021, +2,4% nel 2021 rispetto al 2020). Il consumo elevato nella zona Pistoiese suggerisce potenziali fenomeni di iperprescrizione o uso inappropriato.

La percentuale di abbandono dei pazienti in terapia con antidepressivi (C9.9.1.1, zona 17,4%; Toscana 19,9%; AUTC 18,9%) è migliore rispetto ai valori di riferimento regionale e aziendale, in fascia di valutazione ottima, a indicare un'adeguata aderenza terapeutica, possibilmente sostenuta da un buon rapporto medico-paziente. L'indicatore misura gli utenti che hanno acquistato meno di 3 confezioni in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato. La terapia con antidepressivi è efficace solo se protratta nel tempo con adeguata compliance del paziente. Il valore relativamente basso di abbandoni suggerisce un'adeguata aderenza terapeutica, possibilmente sostenuta da un buon rapporto medico-paziente.

Infine, per quanto riguarda il consumo territoriale di oppioidi maggiori (indicatore B4.1.1, espresso in DDD/1.000 abitanti), che misura l'intensità d'uso di questa classe di farmaci nella popolazione e rappresenta una proxy dell'accesso alla terapia del dolore e dell'appropriatezza prescrittiva, la zona Pistoiese presenta un valore pari a 1,9, coincidente con il valore medio dell'AUTC, e più basso del 2,1 della Toscana. In base alle fasce di valutazione del Laboratorio MeS (pessima: 1,20–1,60; scarsa: 1,60–2,10; media: 2,10–2,50; buona: 2,50–2,90; ottima: 2,90–3,40), sia la zona Pistoiese che l'AUTC ricadono pertanto nella fascia di "valutazione scarsa", mentre la media regionale si colloca nella fascia "media". Questo posizionamento richiama la necessità di monitorare con attenzione l'uso degli oppioidi maggiori, garantendo un adeguato accesso alla terapia del dolore ai pazienti che ne hanno indicazione e limitando fenomeni di sottotrattamento, così come di inappropriata prescrittiva.

## A.1.14 Valutazione delle performance: bersaglio MeS

### Bersaglio 2024 - Pistoiese



Il bersaglio è una rappresentazione sintetica del sistema di monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali e dei servizi territoriali. Il bersaglio presenta cinque fasce concentriche che corrispondono alle fasce di valutazione in grado di evidenziare subito lo stato dell'arte della performance:

- fascia verde, al centro del bersaglio, corrisponde ad una performance ottima.
- fascia verde chiaro, quando la performance è buona
- fascia gialla, quando la valutazione non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- fascia arancione, quando la valutazione presenta una situazione critica. La performance può essere, anzi deve essere migliorata;
- fascia rossa la performance è molto critica.

Laddove vengono centrati gli obiettivi ed ottenuta una buona performance, i risultati saranno vicino al centro del bersaglio in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro.

### **A.1.15 Indicatori a supporto dei profili di salute - pistoiese**

Di seguito un link che permette di approfondire, con una raccolta di indicatori, alcune tematiche affrontate nel report che riguardano lo stato di salute e di benessere della popolazione.

<https://www.regione.toscana.it/-/profili-di-salute-2025#Pistoiese>

## **A.2 PROFILO DI RICORSO AI SERVIZI**

Il quadro dell'offerta di servizi è la seconda parte è dedicata alla rappresentazione delle tipologie dei servizi offerti in materia di sanità territoriale, sociosanitaria e socioassistenziale (secondo le definizioni tratte dalle griglie propedeutiche della D.G.R. 573/2017).

Questa sezione raccoglie le tipologie dei servizi offerti, attivati per i cittadini dell'ambito zonale anche all'esterno del suo territorio, con l'indicazione dei principali dati di attività (numero utenti su base annua, volumi e tipologie dell'offerta Ambulatoriale/Assistenziale; Intermedio; Domiciliare; Semiresidenziale e Residenziale).

La DGRT 900 del 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)" prevede che "il profilo di salute di zona-distretto costituisce uno dei principali documenti di accompagnamento al ciclo di programmazione e pianificazione delle politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie territoriali. In particolare, esso è sia un documento preliminare alla formazione del PIS (art. 21, comma 2, lett. a, LR 40/05) sia una parte integrante di quest'ultimo".

### **A.2.1 Quadro degli assetti organizzativi**

La normativa regionale definisce la zona – distretto come l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria viene realizzata attraverso la Società della Salute (artt. 71 bis ss) oppure mediante la convenzione socio-sanitaria (art. 70 bis).

Il territorio dell'Azienda Usl Toscana Centro è composto da **72 comuni** con 1.605.995 residenti (Fonte ARS, 2025), ed è suddiviso in **8 zone distretto**, in ognuna delle quali è istituita la **Società della Salute**.

Nell'ambito territoriale della zona distretto **Pistoiese** è stata istituita la Società della Salute Pistoiese fra l'Azienda USL Toscana centro e i Comuni di Abetone Cutigliano, Agliana, Marliana, Montale, Pistoia, Quarrata, Sambuca Pistoiese, San Marcello Piteglio, Serravalle Pistoiese.

L'assetto organizzativo della Società della Salute Pistoiese è determinato in linea con le funzioni di cui è titolare ai sensi della LRT n. 40/2005 e s.m.i., dello Statuto e della Convenzione istitutiva stipulata tra gli enti soci della stessa. 2. L'organizzazione delle strutture organizzative e del personale ha carattere strumentale rispetto al conseguimento degli scopi istituzionali e si informa a criteri di autonomia, economicità, efficacia, efficienza, pubblicità e trasparenza della gestione secondo principi di professionalità e responsabilità.

La costituzione delle strutture organizzative della SdSP deve evitare duplicazioni tra le funzioni della SdSP e quelle degli enti soci consorziati, ai sensi della legge regionale sopracitata e dello Statuto. L'organizzazione della SdSP si ispira inoltre al criterio della distinzione tra le funzioni di indirizzo e controllo proprie degli organi politici e le funzioni gestionali proprie del direttore e dei responsabili delle strutture organizzative.

La SdS Pistoiese per rispondere alle funzioni attualmente assegnate si articola nei seguenti settori, aree ed unità operative professionali:

- a) **Settore tecnico-amministrativo** con funzioni amministrative di gestione economico finanziaria, affari generali, risorse umane e di supporto agli organi; al Settore afferisce:

1. **Area della programmazione e del controllo di gestione** con funzioni di monitoraggio e governo della domanda anche attraverso l'istituzione e la conduzione dei tavoli di concertazione settoriali e controllo di gestione;
- b) **Settore dei Servizi sociali** rivolto all'erogazione dei servizi riconducibili alle funzioni previste dall'art. 71 bis, comma 3, lettere c) e d) della L.R. 40/2005 e s.m.i., con articolazione in due aree organizzative tematiche:
  1. Area Socio-sanitaria;
  2. Area Socio-assistenziale
- c) **Settore assistenziale** rivolto all'erogazione dei servizi sociosanitari di tipo assistenziale ambulatoriale e domiciliare destinati al singolo, alla comunità o alla collettività, corrispondente alla SOS Assistenza Infermieristica Area Territoriale Pistoia.

Il Direttore della SdS esercita anche le funzioni di Direttore di Zona, ed è coadiuvato dall'Ufficio di Direzione. La direzione della SdS ha il compito di coadiuvare il Direttore nell'ambito delle funzioni gestionali della SdS ed è composta dal Coordinatore sanitario e dal Coordinatore sociale.

L'Ufficio di Direzione della SdSP ha il compito di coordinare l'azione e rendere più efficace il perseguimento degli obiettivi, nonché di rendere più efficiente la struttura produttiva dei servizi ed è composto da:

- a) i responsabili delle unità funzionali della zona distretto relative ai settori di attività di cui all'articolo 66, comma 4 della L.R. 40/2005 e s.m.i.;
- b) un responsabile per le attività di assistenza infermieristica e un responsabile per le attività di assistenza riabilitativa professionale, individuati dal responsabile di zona;
- c) un medico referente unico zonale della medicina convenzionata individuato dal responsabile di zona tra i soggetti di cui al comma 1, lettera a) dell'art. 64.2;
- d) il Responsabile del Settore tecnico amministrativo della SdSP;
- e) il Responsabile dell'Area della programmazione e della promozione della salute della SdSP;
- f) il Responsabile del Settore sociale della SdSP;
- g) il Responsabile del Settore Assistenziale della SdSP;
- h) i Coordinatori delle Aree Socio-sanitaria e Socio-assistenziale della SdSP.

### A.2.1.1 Il supporto alla Zona Distretto

In considerazione dell'approvazione dell'Accordo per la gestione diretta, di cui alla Conferenza dei Sindaci Aziendale del 24/10/25, quale convenzione tra le SdS e l'Azienda Usl Toscana Centro al fine di regolare aspetti di natura tecnico amministrativa, finanziaria e di assegnazione delle risorse umane nell'ambito della gestione diretta, da parte della SdS, ai sensi dell'art. 71 bis, commi 3 bis e 3 ter, della L.R.T. 40/2005 ss.mm.ii. è stata individuata quale articolazione organizzativa coerente con la normativa e idonea a supportare la governance integrata tra articolazioni aziendali e strutture zonali, ai sensi dell'art. 64.2, commi 2, 3 e 4 della L.R.T. 40/2005 e ss.mm.ii., l'**Ufficio di Direzione Zonale**, composto come di seguito riportato:

- a) Responsabili delle Unità Funzionali afferenti ai settori previsti dall'art. 66, comma 4, L.R. 40/05;
- b) Coordinatore per l'assistenza infermieristica ed il Coordinatore per l'assistenza riabilitativa professionale, individuati dal Direttore di Zona su proposta dei rispettivi Direttori di Dipartimento;
- c) Coordinatori delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
- d) Coordinatore sociale ai sensi dell'art. 37 della L.R. 41/2005.

Alla composizione del predetto Ufficio, è invitato anche il Direttore del Presidio Ospedaliero di Zona.

L'Ufficio di Direzione Zonale è l'articolazione gestionale strategico deputato al governo, alla programmazione e all'organizzazione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari della zona. Attraverso la matrice organizzativa tra le linee professionali dei Dipartimenti e la linee gestionali territoriali dell'Ufficio di Direzione Zonale, si risponde ai principi di governance integrata, garantendo aderenza territoriale, sviluppo dell'integrazione sociosanitaria e coordinamento operativo tra le Zone Distretto/SdS e le aree dipartimentali aziendali di ambito territoriale, anche al fine di definire criteri standardizzati e univoci su personale e budget.

Tali articolazioni sono previste nell'organizzazione della SdS con personale e figure apicali a geometria variabile, in coerenza con eventuali accordi di avvalimento vigenti e con quanto indicato all'art. 7 dell'Accordo per la gestione diretta, di cui alla Conferenza dei Sindaci Aziendale del 24/10/25.

L'art. 64.2 della Lr 40/2005 ss.mm.ii. "**struttura a supporto del direttore di zona**" si prevede la costituzione inoltre delle seguenti articolazioni:

- ufficio di piano - composto da personale aziendale e personale dei comuni, deputato alla elaborazione del PIS e del PIZ. La DGRT 269/2019 individua composizione e funzioni dell'ufficio di piano zonale.
- coordinatore sanitario e coordinatore sociosanitario individuati dal direttore di Zona Distretto /SdS tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale per coadiuvarlo nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.

Con riferimento al "Coordinatore sociale", l'art. 37 della L.R. 41/2005 ss.mm.ii. stabilisce che laddove è costituita la Società della Salute, il coordinatore sociale può essere individuato anche tra il personale della stessa o degli enti consorziati.

Il coordinatore sociale:

- è responsabile dell'attuazione e della verifica delle prestazioni sociali previste negli atti di programmazione zonale;
- coordina gli interventi previsti nella rete locale dei servizi;

- fa parte dell'ufficio di direzione di cui all'articolo 64, comma 6, della L.R. 40/2005.

L'art.7, comma 10 dell'Accordo per la gestione diretta, di cui alla Conferenza dei Sindaci Aziendale del 24/10/25 prevede, preferibilmente, che le funzioni di Coordinamento Sociosanitario e Sociale coincidano.

### A.2.1.2 La sanità territoriale

LR 40/2005 ss.mm.ii. art. 71 bis, comma 4, stabilisce che “fatto salvo quanto previsto al comma 3, lett c), **la gestione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale è esercitata dall'azienda sanitaria tramite le proprie strutture organizzative**, in attuazione della programmazione operativa e attuativa annuale delle attività”.

Le strutture operative dell'Azienda per la gestione di queste attività sono, ovviamente, le zone distretto.

La Zona Distretto /SdS opera attraverso un'organizzazione matriciale con i dipartimenti aziendali territoriali che garantiscono unitarietà e coerenza sul territorio della Toscana centro attraverso le strutture organizzative di zona.



In particolare, con riferimento alla sanità territoriale e a parte dei servizi sociosanitari, la Società della Salute si articola in strutture organizzative zonali, frutto dell'incrocio matriciale tra Zone Distretto e Dipartimenti, di cui una descrizione di seguito.

Il **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale** si articola in due Aree, l'Area “Governo Servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati” e l'Area “Assistenza sanitaria territoriale e continuità” che a loro volta si articolano in strutture operative complesse o semplici (SOC e SOS) e in unità funzionali complesse e semplici (UFC, UFS) - vedi organigramma Asl TC.

Nel Dipartimento sono presenti, nella Area “Governo Servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati” le otto strutture operative complesse con funzioni di coordinamento sanitario di zona. Per la zona pistoiese è presente la SOC Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Pistoia. Il responsabile della SOC è un medico di comunità di nomina aziendale che può coincidere o meno con il Coordinatore Sanitario previsto

dall'art. 64.2 comma 4 della LR 40/2005 ss.mm. ii (coordinatore sanitario e coordinatore sociosanitario individuati dal direttore di ZD).

All'interno dell'Area Assistenza sanitaria territoriale e continuità è incardinata la struttura organizzativa relative alle cure palliative: la "UFC Coordinamento aziendale Cure Palliative" composta da due unità funzionali semplici di carattere zonale: "UFS Cure Palliative e Hospice Firenze Empoli" e "UFS Cure Palliative e Hospice Prato e Pistoia". Per quanto riconducibile al DM 77/22 e DGRT 1508/22 nel Dipartimento è presente la SOC Innovazione organizzativa per la gestione della cronicità e sanità di iniziativa.

**Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (DSMD)** è costituito dall'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale e delle dipendenze nell'ambito del territorio di competenza. Il Dipartimento si articola in tre aree: l'area Salute Mentale Adulti, l'area Salute Mentale Infanzia e Adolescenza e l'area Dipendenze. Le attività istituzionali del settore sono svolte sul territorio dalle Unità Funzionali (UF) di riferimento, complesse (UFC) o semplici (UFS): U.F. Salute Mentale Adulti territoriali specifiche per ogni zona, U.F. Salute Mentale Infanzia Adolescenza territoriali specifiche per ogni zona e UF Dipendenze territoriali specifiche per ogni zona. All'interno del DSMD sono presenti altresì le UFC Disturbi dell'Alimentazione, UFC Riabilitazione pazienti psichiatrici autori di reato, UOC Professionale Psicologia e la UFC Autismo adulti.

**Il Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione** assicura percorsi riabilitativi semplici o complessi ed integrati, sia in regime di degenza che in ambito territoriale (ambulatoriale e domiciliare). Il Dipartimento si articola in due Strutture operative complesse (SOC) e quattro strutture operative semplici (SOS): la "SOC Medicina fisica e riabilitativa I", suddivisa nella "SOS Medicina fisica e riabilitativa Firenze" e nella "SOS Medicina fisica e riabilitativa Empoli" e la "SOC Medicina fisica e riabilitativa II", suddivisa nella "SOS Medicina fisica e riabilitativa Pistoia" e nella "SOS Medicina fisica e riabilitativa Prato" (vedi organigramma Asl TC). Prevista infine la SOS Centro di coordinamento aziendale medicina integrata.

**Il Dipartimento del Servizio Sociale** si articola in una struttura operativa complessa "SOC Programmazione e governo dei servizi sociali" e in altre due strutture operative dipartimentali, la "SOS Verifica qualità delle prestazioni erogate dalle strutture" e la "SOSD Servizio Sociale Territoriale". Quest'ultima si articola a sua volta in otto unità funzionali (UF) territoriali di valenza zonale. Per la zona pistoiese è prevista la UF Zona Pistoia

Il responsabile della UF zonale è un assistente sociale con Incarico di Funzione di nomina aziendale che può coincidere o meno con il Coordinatore Socio-Sanitario previsto dall'art. 64.2 comma 4 della L.R. 40/2005 ss.mm. ii e con il coordinatore sociale previsto dall'art. 37 della L.R. 41/2005 ss.mm.ii. In afferenza alla SOSD Servizio Sociale Territoriale, anche gli incarichi trasversali inerenti i percorsi sociosanitari dipartimentali.

La Direzione del Dipartimento dei Servizi sociali è rappresentata dalla Direzione dei Servizi Sociali dell'Azienda USL Toscana Centro, alla quale afferiscono anche la Cooperazione Sanitaria Internazionale e l'Ufficio promozione Relazioni Internazionali.

**Il Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica Ostetrica** è composto da strutture organizzative semplici e complesse, ciascuna delle quali affidata alla direzione di un dirigente infermieristico:

- Strutture Operative Complesse gestionali territoriali, 118 e ostetricia professionale, Strutture Operative Semplici gestionali territoriali afferenti all'area di Programmazione e Controllo Risorse
- Strutture Operative Complesse di governo (progettazione e sviluppo, formazione e ricerca, monitoraggio qualità e accreditamento, outsourcing e appropriatezza consumi), e Strutture Operative Semplici (laboratorio innovazione organizzativa, continuità ospedale territorio, formazione universitaria dipartimentale e di accesso ai profili, bed management e processi infermieristici), afferenti al Dipartimento.

E' in corso la riorganizzazione come da Delibera ASL TC 1181 del 30/10/2025 di un'Area Governo Interdipartimentale.

L'area Programmazione e Controllo Risorse provvede alla gestione delle risorse umane attraverso percorsi di reclutamento, monitoraggio, inserimento e valutazione. Lo scopo è di garantire la continuità dei processi di lavoro, dell'assistenza infermieristica ed ostetrica nel rispetto delle norme contrattuali e degli accordi sindacali. Le altre strutture governano processi trasversali di monitoraggio e qualità, formazione, innovazione, outsourcing e ricerca ed hanno lo scopo di mantenere adeguate ed appropriate le attività svolte con la maggior omogeneità possibile sia organizzativa che di risultati in termini di qualità.

**Il Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie** si configura come una struttura delle professioni sanitarie a valenza aziendale, dotata di autonomia gestionale e titolare di funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto. Il Dipartimento opera integrando le azioni dei propri professionisti con quelle di altre figure che operano nei percorsi diagnostico-terapeutici, riabilitativi, di prevenzione, di assistenza sanitaria e tecnico assistenziali, secondo gli indirizzi e le finalità della Direzione Aziendale, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza alla cittadinanza, nel rispetto della comprensione delle reciproche responsabilità, sia in regime di lavoro routinario che in condizioni di urgenza.

Considerata la numerosità dei profili professionali afferenti e la complessità dei diversi contesti operativi che sono rappresentati dai servizi e dalle strutture ospedaliere e territoriale, in modalità trasversale, il Dipartimento si propone come momento di elaborazione e di sintesi tra le diverse specificità, promuovendo e sostenendo lo sviluppo dell'integrazione professionale nei processi operativi, nell'ottica di sinergia tra Dipartimenti e Strutture Aziendali.

**Il Dipartimento Materno Infantile** si configura come una struttura aziendale articolata in due Aree: "Area Ostetricia e Ginecologia" e "Area Pediatria e neonatologia", oltre alla "SOS Fertilità Consapevole". Le aree sono a loro volta articolate in Strutture Operative complesse, alcune anche a valenza di presidio ospedaliero e con funzioni relative alla pediatria.

**Il Dipartimento della Prevenzione** presenta una struttura composta da tre Aree (Area Igiene e della sanità pubblica e nutrizione, Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, Area sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare) e strutture complesse connesse alla propria mission quale la tutela della salute collettiva mediante azioni volte ad individuare e prevenire i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, anche attraverso attività di sorveglianza epidemiologica. Il Dipartimento persegue, quindi, obiettivi di promozione della salute, prevenzione di infortuni e malattie, miglioramento della qualità degli stili di vita, in attuazione dei LEA. Le

materie delle quali si occupa il Dipartimento di Prevenzione sono principalmente: Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, Igiene pubblica e della nutrizione, Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, Micologia e produzioni primarie, Igiene urbana, Medicina dello sport, Promozione della salute, Verifiche impianti e macchine, Vigilanza sulle strutture sociali e sanitarie, Laboratorio di sanità pubblica.

Il **Dipartimento del Farmaco** è costituito dalle Area Farmacie Ospedaliere, SOC Farmacia Territoriale I e II (articolate in SOS), dalla SOC Governance Farmaceutica e dalla SOS Farmaco dispositivo vigilanza. Il Dipartimento del Farmaco si pone come struttura organizzativa, gestionale e di coordinamento dell'assistenza farmaceutica tra ospedale e territorio e di indirizzo tecnico scientifico delle attività di pertinenza al fine di garantire livelli organizzativi omogenei in ambito aziendale.

Lo **Staff della Direzione Sanitaria** è articolato in tre Aree: Area dei percorsi di cure, al cui interno si ritrovano SOC, SOS e la UFC Programmazione Attività Consultoriali, Area della programmazione, monitoraggio e valutazione e l'Area qualità e sicurezza delle cure

Con riferimento al **supporto amministrativo** l'art. 64.1 della LR 40/2005 ss.mm. ii al comma 2 lett. b) prevede che il direttore di zona "*coordina le attività tecnico amministrative a supporto della zona avvalendosi della apposita struttura amministrativa...*". Una delle strutture amministrative dell'Azienda Usl Toscana Centro è incardinata nel

**Dipartimento dei Servizi Amministrativi Ospedale Territorio**. Il Dipartimento è costituito da strutture operative complesse (SOC) e strutture operative semplici (SOS) relative alle funzioni di CUP-Call Center, e Tutela, Accoglienza e servizi ai cittadini, Servizi alle Zone-SdS, Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione (vedi organigramma Asl TC).

Con riferimento specifico al supporto alle Società della Salute il Dipartimento prevede le specifiche

- SOC Servizi amministrativi per territorio e sociale Firenze ed Empoli
- SOC Servizi amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia

Per quanto riguarda l'elaborazione del budget integrato di programmazione, l'Ufficio di Piano Aziendale prevede la collaborazione della **SOC Controlling e CE Mensili**, incardinata nell'Area Bilancio, pianificazione e controllo del Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione.

### **A.2.1.3 I servizi socio-sanitari e socio-assistenziali**

La Società della Salute Pistoiese organizza i propri interventi socioassistenziali e sociosanitari, sulla base delle competenze gestionali attribuitegli, mediante il Settore dei Servizi Sociali, articolato in Area Socio-sanitaria e Area Socio-assistenziale.

All'Area socio-assistenziale compete di assicurare alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuovere interventi per garantire la qualità della vita, le pari opportunità, il diritto di cittadinanza, prevenire e/o ridurre le condizioni di disabilità, di bisogno e disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezza del reddito, da difficoltà sociali e da condizioni di non autonomia.

All'Area socio-sanitaria compete di assicurare alle persone ed alle famiglie interventi finalizzati alla tutela delle persone in situazioni di fragilità determinata da non autosufficienza e disabilità grave. Tali interventi sono garantiti attraverso un sistema integrato tra i servizi sociali, le cure primarie e la continuità assistenziale ospedale territorio, nel rispetto della organizzazione a matrice coi Dipartimenti territoriali dell'AUSL.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, nell'ambito del territorio della zona distretto, è un'articolazione operativa della SdSP, che opera nel rispetto della organizzazione a matrice coi Dipartimenti territoriali dell'AUSL.

Le Aree socio-assistenziale e socio-sanitaria promuovono e attuano azioni progettuali coerenti con il sistema integrato dei servizi territoriali. Le Aree socio-assistenziale e socio-sanitaria garantiscono l'unicità del percorso dell'utente in coordinamento con i servizi territoriali dell'Azienda USL Toscana centro.

Le Aree socio-assistenziale e socio-sanitaria sono diretti rispettivamente da due Coordinatori individuati nell'ambito dell'organizzazione dal Direttore della SdSP; rispondono al Responsabile del Settore Sociale. Ai coordinatori sono attribuite le seguenti specifiche funzioni:

- a. è responsabile dell'attuazione di quanto previsto dagli atti di programmazione rispettivamente in materia socio assistenziale e sociosanitaria, sulla base delle risorse allo stesso assegnate;
- b. persegue gli obiettivi, ricevuti dal direttore della SdSP, a cui sono attribuiti specifici indicatori;
- c. verifica in modo preventivo la disponibilità di risorse per le prestazione ed i servizi erogati;
- d. collabora alla raccolta ed all'inserimento dei dati per rispondere al debito informativo e di reporting dei costi e delle attività in rapporto alla funzione assegnata;
- e. coordina gli ambiti di intervento;
- f. verifica dei livelli di funzionalità e di qualità dei servizi.

## **A.2.2 Quadro dell'offerta**

La presente sezione del profilo fornisce una descrizione generale delle principali tipologie dei servizi offerti sul territorio della Società della Salute in materia di sanità territoriale, sociosanitario e socioassistenziale.

### **A.2.2.1 Cure Primarie: la Sanità Territoriale**

L'assistenza sanitaria territoriale rappresenta primo punto di riferimento per il cittadino nell'accesso ai servizi sanitari dell'Azienda, per il soddisfacimento dei bisogni di salute, la tutela della continuità e dell'integrazione assistenziale.

- **Assistenza sanitaria di base: le Cure Primarie**

L'assistenza primaria si configura come quell'insieme dei servizi sanitari erogati dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS), e costituisce la prima porta di ingresso dei cittadini al Servizio Sanitario. Per questo motivo il sistema delle Cure Primarie è da sempre oggetto di attenzione essendo uno degli snodi fondamentali del Servizio Sanitario, decisivo non soltanto per garantire l'assistenza di primo livello in modo ottimale, ma anche per regolarizzare gli accessi alle cure specialistiche e perseguire una gestione più efficace ed economica di tutto il sistema.

A questo proposito l'art.1 del Decreto Balduzzi prevede un nuovo assetto di cure primarie attraverso la costituzione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), aggregazioni mono professionali di medici di medicina generale, e le UCCP (Unità complesse di cure primarie), nuovi luoghi di cura ed assistenza a carattere multi professionale, poliambulatori territoriali nei quali convergono le competenze di più figure professionali operanti nel servizio sanitario (medici specialisti, infermieri, ostetriche, professionisti della riabilitazione, assistenti sociali, MMG e PdF), che coincidono nella nostra realtà regionale con i modelli più evoluti di Case della Salute e della Comunità. La Regione Toscana ha siglato un nuovo accordo integrativo con i medici di medicina generale (MMG) per riorganizzare l'assistenza territoriale, che include la loro partecipazione alle Case di Comunità ed il RUAP: si prevede il pieno riconoscimento del ruolo del medico di medicina generale nella rete territoriale, con articolazione su base oraria e a ciclo di scelta, la riorganizzazione delle AFT e l'impegno allo sviluppo della rete informatica regionale per raggiungere una interoperabilità entro il 2026, in modo da garantire continuità e sicurezza delle cure.

Tabella: Assistenza sanitaria di base per SdS/Zona - Dati 2024

<i>Assistenza sanitaria di base</i>	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugell o	SdS Pratese	SdS Pistoies e	SdS VdN	SdS EVV	<i>TOT.</i>
<i>Medici di Medicina Generale</i>	248	156	113	40	174	106	71	146	1054
<i>Pediatri di Famiglia</i>	39	34	29	2	33	17	17	30	201
<i>AFT</i>	10	4	6	2	8	5	3	7	45
<i>Medici di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)</i>	28	22	45	20	19	12	27	32	205
<i>Sedi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)</i>	7	7	9	6	7	4	7	7	54
<i>Sedi di Assistenza Turistica</i>	0	0	0	0	1	1	0	0	2
<i>Forme organizzate dei MMG</i>	171	121	77	24	153	96	55	136	833

(fonte Dipartimento Rete Territoriale AUSL TC)

L'assistenza domiciliare (AD) è quell'insieme di attività sanitarie o sociali o sociosanitarie fornite alla persona al proprio domicilio: la casa diventa a tutti gli effetti uno spazio di cura, con accessi di personale medico, infermieristico e della riabilitazione, di personale di assistenza.

Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, che stabilisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA), individua varie tipologie di assistenza domiciliare, che si differenziano in base ai bisogni del paziente e in base all'intensità, complessità e durata dell'intervento; sono previste cure domiciliari di livello base, che consistono nella erogazione di prestazioni professionali, mediche, infermieristiche, riabilitative, e cure domiciliari integrate (ADI), caratterizzate da un insieme di interventi multidisciplinari a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che determinano una complessità clinica e/o assistenziale stratificata su tre differenti livelli, caratterizzati da diversi coefficienti di intensità assistenziale (CIA), che qualificano l'organizzazione della presa in carico e quindi l'attivazione degli specifici interventi. Sono inoltre garantite, nell'ambito della Rete di cure palliative, le cure palliative domiciliari, sia di livello base che di livello specialistico.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale della persona è accertato tramite valutazione multidimensionale, cui segue la definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI) sociosanitario integrato, o Progetto di vita. Gli interventi domiciliari sociali e sanitari sono descritti nei paragrafi successivi.

- **Assistenza ambulatoriale**

L'assistenza specialistica ambulatoriale è costituita dall'insieme delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche (elencate nel Nomenclatore in allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017) erogate dai medici specialisti, o comunque sotto la loro responsabilità clinica, negli ambulatori e nei laboratori territoriali o ospedalieri dell'Azienda o all'interno di strutture private accreditate, autorizzate e convenzionate con l'Azienda Usl. In virtù dei dettami normativi del DM77/22 e delle indicazioni PNRR, tali attività verranno anche implementate nelle Case della Comunità e attraverso la telemedicina.

Sinteticamente, l'assistenza specialistica si articola in:

Attività diagnostica:

- strumentale: effettuata attraverso apparecchiature, con o senza uso di radiazioni (RX, TAC, RM, scintigrafia, ecografia, ECG, EEG, gastroscopia, colonscopia, artroscopia, audiometria, ecc.)
- di laboratorio: Chimica clinica; Microbiologia; Virologia; Anatomia e istologia patologica; Genetica; Immunoematologia

Attività clinica:

- Visite specialistiche: prima visita, visita a completamento della prima, visita di controllo, visita multidisciplinare
- Attività terapeutica: radioterapia, medicazione, sutura, iniezione, infiltrazione, incisione, attività chirurgica, dialisi, trattamento odontoiatrico, applicazione apparecchio gessato, psicoterapia, ecc.
- Riabilitazione: terapia educativa, training disturbi cognitivi, rieducazione motoria, rieducazione del linguaggio, rieducazione cardiorespiratoria, ecc.

#### **A.2.2.2 Le Cure Palliative**

Le cure palliative rappresentano percorsi di cura olistica di individui di ogni età con gravi sofferenze correlate alla salute, dovute alla grave malattia, in particolare di coloro che si avvicinano al fine vita, e perseguono lo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone, delle loro famiglie e dei loro caregiver.

Rientrano nei LEA fin dal 2001, ma con il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502” trovano maggior definizione negli articoli 23, 31 e 38 comma 2.

L'organizzazione aziendale garantisce l'erogazione delle cure palliative in regime di consulenza, ambulatoriale, domiciliare e residenziale, in base ai livelli di assistenza di seguito descritti.

- **Consulenze di cure palliative** - Le consulenze per il controllo dei sintomi e la gestione del fine vita, la definizione del livello di assistenza e del setting più adeguato, vengono erogate principalmente ai reparti ospedalieri in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con i Medici di Medicina Generale, ma anche al domicilio e in RSA.
- **Cure palliative ambulatoriali** - Sul territorio dell'Azienda sono previsti ambulatori dedicati a persone ancora autosufficienti, per il controllo dei sintomi e la definizione del piano assistenziale.

- **Cure Palliative Precoci e Simultanee** - erogate in collaborazione con i MMG e gli specialisti. L'intervento precoce delle cure palliative ("early palliative care"), non solo nelle patologie oncologiche, ma in tutti i malati con patologie croniche degenerative in fase avanzata, si sta sempre più affermando come un modello nuovo e più efficace di intervento: è in grado di migliorare la qualità di vita delle persone, di aumentare la loro consapevolezza rispetto alla situazione clinica e di supportarli nelle decisioni relative alle scelte terapeutiche nelle fasi avanzate di malattia e alla fine della vita, di garantire una maggiore appropriatezza delle cure, con una riduzione degli accessi in Pronto Soccorso, dei ricoveri nei reparti e della mortalità in ospedale, con un conseguente miglioramento della qualità della vita del persone.

- **Assistenza Domiciliare – Unità di cure palliative domiciliari** - Le cure palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale livello viene erogato dalle **Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari** che garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di equipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

- **Gli interventi di base** garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con la persona malata e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.

- **Gli interventi di équipe specialistiche** multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.

- **Assistenza residenziale in Hospice** - L'hospice è un'articolazione della Rete assistenziale delle Cure Palliative che si può definire come una struttura specialistica di ricovero, che può accogliere temporaneamente o stabilmente le persone che si avvalgono del servizio di Cure Palliative. Costituisce un'alternativa alla casa quando questa non è, temporaneamente o definitivamente, idonea ad accogliere il malato: l'Hospice permette di proseguire le cure in un ambiente protetto, con trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore. Il ricovero in Hospice non è effettuato d'urgenza, ma è sempre programmato. La richiesta può provenire dal Medico di Medicina Generale, da una Unità di Cure Palliative o da un reparto ospedaliero.

Le cure palliative in Hospice, nell'ambito della Rete locale di Cure Palliative, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che

a prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono erogate da equipe multidisciplinari e multiprofessionali che assicurano cure e assistenza in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette. Le cure in Hospice sono garantite in modo omogeneo: gli Hospice sono inseriti nei LEA distrettuali, anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

Le funzioni del **day-Hospice** sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno. Tra le azioni innovative previste risultano importanti i percorsi di integrazione sociosanitaria volti a rafforzare la presa in cura multidimensionale delle persone, sia dal punto di vista sanitario che sociale.

**Tabella: Posti letto Hospice e Day-Hospice al 31.12.2024**

	SdS Firenze		SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VDN	SdS EVV
Struttura	Oblate	Istituto Prosperius	Campi B.zio	S. Felice a Ema	-	Fiore di Primavera	-	La Limonai a	San Martino
Posti letto Hospice	11	18	nr	10	-	12	-	11	10
Posti letto Day Hospice	3	-	-	2	-	2	-	1	2

Dati aggiornati al 31/12/2024 S.AP <https://www611.regione.toscana.it/BOE/BI/>

**Tabella: Numero utenti e giornate di assistenza Hospice residenziale Anno 2024**

	SdS Firenze		SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VDN	SdS EVV
Struttura	Oblate	Istituto Prosperius	Campi B.zio	S. Felice a Ema	-	Fiore di Primavera	-	La Limonai a	San Martino
Nr. Utenti	286	317	150	237	-	229	-	216	225
Nr. Ammissioni	280	306	150	229	-	224	-	212	223
Nr. Dimissioni	281	309	136	232	-	221	-	212	221
gg. assistenza	3.078	5.563	2.418	2.975	-	4.021	-	3.268	2.522

Dati aggiornati al 31/12/2024 S.AP <https://www611.regione.toscana.it/BOE/BI/>

### **A.2.2.3 Il GIROT (Gruppi di Intervento Rapido Ospedale-Territorio)**

Il Girot è una equipe multiprofessionale, composta da geriatri, internisti, palliativisti, che prende in carico il paziente insieme agli infermieri di famiglia e comunità. L'attività del GIROT può iniziare già in DEA, dove è presente un geriatra per la presa in carico precoce del paziente, secondo criteri di eleggibilità. Si rivolge a persone di solito anziane con disabilità motoria e cognitiva, in corso di scompenso clinico, per i quali l'ospedalizzazione può essere addirittura dannosa. Può essere attivato dal: MMG, dal medico in dimissione ospedaliera/DEA o ospedale di comunità, COT, Medico emergenza urgenza (118). Il percorso è condiviso con il Medico di Medicina Generale della persona.

### **A.2.2.4 – I PIR (Punti di Intervento Rapido)**

I PIR territoriali si configurano come attività ambulatoriali che garantiscono l'accessibilità, la tempestività delle cure e la continuità dei percorsi assistenziali ai cittadini che necessitano di cure per urgenze differibili di bassa complessità. Operano in raccordo con il Medico di famiglia e si avvalgono della collaborazione di COT ai fini della continuità della presa in cura. Gli ambulatori PIR rappresenteranno inoltre uno strumento per, soprattutto in alcuni territori, rafforzare l'attività di assistenza primaria nel campo della gestione territoriale delle fragilità e della cronicità in linea con il DM 77/22. L'Azienda Usl Toscana Centro individua sperimentalmente 3 tipologie:

- P.I.R. tipo A (Ambulatori AFT per Urgenza Minori): mediante accesso filtrato dal Mmg / Aft dell'assistito e/o indirizzati dopo contatto con il 116/117;
- P.I.R. tipo B (Ambulatori territoriali per Urgenze Minori): accesso diretto o mediato dal MMG e 116\117;
- P.I.R. tipo H (Ambulatori Bassa Complessità) Attivi in prossimità di Pronti Soccorso ad elevata numerosità di accessi di codici minori: accesso mediante orientamento del paziente presso ambulatorio PIR da parte dell'Infermiere Triage.

Le sedi preliminarmente individuate per la sperimentazione dei 3 modelli sono le seguenti: - PIR tipo A: una per area territoriale: Empoli (CDC Gino Strada), Prato (CdC Centro Est), Pistoia (CdC Il Ceppo), Firenze (CDC Le Piagge) - PIR tipo B: Figline - PIR tipo H: Presso ospedale di Torregalli

Le finalità del progetto sperimentale sono: valorizzare il ruolo infermieristico nei setting extraospedalieri per la gestione delle urgenze minori; superare la logica dell'intervento rivolto all'erogazione della singola prestazione a favore di un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino; funzioni della COT come coordinamento della continuità nella transizione delle cure; aumentare infine il grado di soddisfazione dell'utenza, riducendo l'attesa per una risposta ambulatoriale a bisogni di minore complessità.

*Tabella: Accessi PIR*

MESE	TOTALE	PISTOIA IL CEPPO	LE PIAGGE	FIGLINE SERRISTORI	EMPOLI SOVIGLIANA	OSPEDALE SGD	PRATO EST
OTTOBRE	995	53	162	228	134	353	65
SETTEMBRE	1135	71	116	308	120	428	92
AGOSTO	1028	76	87	354	81	370	60
LUGLIO	1165	62	146	391	103	366	97
GIUGNO	1098	46	98	316	80	433	125
MAGGIO	1102	52	88	312	123	433	94
APRILE	948	47	105	268	99	368	61
MARZO	979	57	99	268	151	327	77
FEBBRAIO	871	32	112	274	129	295	29
GENNAIO	880	28	99	246	124	365	18
DICEMBRE	505	8	27	188	54	217	11
totale	10706	532	1139	3153	1198	3955	729
	10706	4,97	10,64	29,45	11,19	36,94	6,81

Dati forniti dal D.AIO – dicembre 2024/ ottobre 2025

### A.2.2.5 I processi infermieristici

#### - Infermiere di famiglia e comunità

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti sul territorio, perseguendo l'integrazione interdisciplinare e ponendo al centro la persona. Interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. Dopo la sperimentazione avviata nella nostra azienda nel 2018, il modello ha visto la completa estensione nel 2022 con la copertura completa delle 465 cellule territoriali. Il consolidamento del modello consente una migliore presa in carico, personalizzazione e continuità, favorendo anche una relazione diretta e continua di una popolazione geograficamente definita e di un professionista di prossimità per assistenza domiciliare infermieristica, ADI, percorsi domiciliari di presa in carico dei pazienti cronici/complessi (inr, gestione stomie, nad, ventilazione meccanica ecc.).

Le cellule che sono fisicamente prive di infermiere di famiglia e comunità sono funzionalmente coperte per la presa in carico dagli infermieri delle cellule adiacenti, mantenendo il riferimento della prossimità ai cittadini

Tabella: Implementazione modello IFeC – Azienda USL Toscana Centro

SOS	CELLULE PREVISTE	COPERTURA 2024
FIRENZE CENTRO	92	90%
FIRENZE NORDOVEST	66	100%
FIRENZE SUDEST	48	100%
MUGELLO	29	100%
PRATO	70	100%
PISTOIA	52	100%
VALDINIEVOLE	31	97%
EVV	77	100%
totale	<b>465</b>	

Dati forniti dal D.AIO – gennaio 2025/ settembre 2025

**Tabella Zona Pistoia - dati 2025)**

<b>PISTOIA</b>	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE
PAZIENTI IN CARICO	3701	3823	3587	0
ACCESSI DOMICILIARI	18156	17278	16657	0
ACCESSI AMBULATORIALI	5750	6276	5617	0
PRESTAZIONI DOMICILIARI	73015	70475	65153	0
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	15400	15413	14349	0

**- AIUTI (Assistenza Infermieristica Umanizzata Territoriale Integrata)**

Il modello Infermiere A.I.U.T.I. si integra e completa il modello infermiere di famiglia e comunità, è in linea con i principi del DM77, declinati successivamente dalla delibera regionale 1508/2022 che ha gettato le basi per la programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana finalizzata ad una presa in carico più continua e vicina al cittadino al fine di evitare il sovraffollamento dei presidi ospedalieri e dei pronto soccorso, oltre ad una personalizzazione dei percorsi di salute e la continuità delle cure tra i diversi livelli di assistenza ospedale e territorio, e quindi attua il rafforzamento del livello di integrazione con i servizi e offre la risposta nel contesto in cui il bisogno si presenta al fine di avvicinare i professionisti al cittadino. E' un modello assistenziale di risposta ai bisogni assistenziali urgenti che si presentano o in seguito a dimissione da ospedale o a domicili: con il servizio dell'Infermiere A.I.U.T.I. l'Azienda vuole da un lato dare una risposta in tempi adeguati ai bisogni di assistenza territoriale e dall'altro agevolare le dimissioni rapide dalle strutture ospedaliere. Inoltre si pone l'obiettivo di migliorare l'integrazione con altri servizi, offrire una risposta dove nasce il bisogno ed avvicinare i servizi e i professionisti ai pazienti. L'utilizzo della figura professionale dell'Infermiere A.I.U.T.I. è appropriato in situazioni di emergenza risolvibile con un tempestivo intervento domiciliare da parte dell'infermiere nei casi in cui si verificano una delle seguenti condizioni: dimissioni da DEA evitando un ricovero ordinario, oppure evitando un accesso inappropriato al DEA, garantendo al paziente adeguata assistenza a domicilio. Queste figure professionali hanno il compito di effettuare una presa in carico rapida (*“just in time”*) ad integrazione e supporto dell'agenda ordinaria (presa in carico ordinaria) degli Infermiere di Famiglia e di Comunità già attivi nelle varie zone. Il servizio non può essere richiesto direttamente dal cittadino, ma attraverso un'attivazione centralizzata tramite la COT, su segnalazione di: MMG, GIROT, dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, oppure tramite l'Infermiere di Famiglia e Comunità per pazienti già in carico ma che richiedono un accesso rapido e che non può attendere i tempi della programmazione.

Tabella: Dati AIUTI – Azienda USL Toscana Centro

Servizio Inviante	Totale complessivo
118	551
ALTRO	51
AOUC	88
GIROT DEA	1282
GIROT TERRITORIO	133
IFeC	1940
MEDICO DEA	51
MMG/CA	276
RSA	4
SETTING OSPEDALE	518
Totale complessivo	4894

Dati forniti dal D.AIO – gennaio 2025 / settembre 2025

Servizio Inviante	FIRENZE CENTRO	EVV	MUGELLO	FI NORDOVEST	PRATO	PISTOIA	FI SUDEST	Totale complessivo
118	156	41	16	89	134	50	65	551
ALTRO	29	1		8	3	3	7	51
AOUC	35			48			5	88
GIROT DEA	502	268		170	29		313	1282
GIROT TERRITORIO	62	24		21	10	2	14	133
IFeC	1398	31		83	224	160	44	1940
MEDICO DEA	2	10		2	11	20	6	51
MMG/CA	50	2	23	9	37	150	5	276
RSA	1					3		4
SETTING OSPEDALE	160	21	2	65	121		149	518
Totale complessivo	2395	398	41	495	569	388	608	4894

Dati forniti dal D.AIO – gennaio 2025 / settembre 2025

### A.2.2.6 Attività Fisica Adattata

I soggetti promotori dell'AFA sono l'Azienda USL Toscana Centro e le Società della Salute del relativo territorio, nel rispetto degli indirizzi della Regione Toscana (DGR 903/2017). Sono corsi che hanno lo scopo di promuovere e sostenere uno stile di vita attivo della popolazione adulta e anziana, per prevenire i danni legati alla sedentarietà. Molti studi hanno dimostrato come uno stile di vita sedentario contribuisca in modo determinante ad aggravare il processo disabilitante tipico delle malattie croniche. E' un percorso promosso da Regione Toscana in collaborazione con l'Azienda USL Toscana Centro e le Società della Salute/Zone- Distretto, che prevede degli specifici corsi in cui si eseguono specifici programmi di esercizi elaborati e verificati dall'Azienda sanitaria stessa. I corsi sono condotti da istruttori laureati in scienze motorie e/o fisioterapia e si dividono in 3 tipologie di corso a seconda del livello funzionale e motorio (**AFA A**: rivolta a persone con artrosi, osteoporosi, ovvero patologie che migliorano con il movimento; **AFA B**: per la prevenzione delle cadute. È rivolta ad anziani che presentano un alto rischio di caduta e tramite questo percorso possono migliorare l'equilibrio ed evitare fratture vertebrali, di polso o di femore; **AFA C**: rivolta a soggetti con patologie croniche con ridotta competenza funzionale. E' attivo anche un percorso AFA per la Fibromialgia, Afa Parkinson, Afa per non vedenti.

Tabella: Rilevazione attività AFA prevista dalla DGR n. 1570/2024

dati AFA	Zona Pistoiese	Zona Valdinievole	Zona Pratese	Zona Fiorentina	Zona fiorentina nordovest	Zona Fiorentina Sudest	Zona Mugello	Zona Empolese Valdarno inferiore	TOTALE AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
N.erogatori	7	15	8	26	35	12	11	38	152
di cui no profit	4	12	8	24	33	10	8	31	130
di cui for profit	3	3	0	2	2	2	3	7	22
N.punti erogazione	21	23	32	76	46	32	18	87	335
N.Comuni della Zona	9	11	7	1	7	14	8	15	72
N.Comuni in cui è attivata AFA	7	10	7	1	7	10	7	15	64
Copertura Comuni	78%	91%	100%	100%	100%	71%	88%	100%	89%
N.Corsi AFA A. *	44	42	42	205	122	94	34	185	768
N.Partecipanti AI Corsi AFA A. **	951	818	501	2914	1746	1379	579	2957	11845
N.Corsi AFA B. *	1	12	0	12	12	3	2	27	69
N.Partecipanti AI Corsi AFA B. **	8	106	0	120	107	23	8	306	678
N.Corsi AFA C. *	2	3	10	10	11	4	4	19	63
N.Partecipanti AI Corsi AFA C. **	31	20	130	91	100	20	26	160	578
POP >65 al 31-12-2024	43.502	28.995	56.405	91.367	49.766	47.984	15.806	55.331	389.156
indicatore su AFA automia funzionale conservata ***	1,03	1,86	0,74	2,38	2,69	2,02	2,28	3,83	2,15
indicatore su AFA ridotta competenza funzionale ***	0,69	1,55	2,66	1,64	3,32	1,25	3,80	5,15	2,43

Dati forniti dal DPTS – I semestre 2025

### A.2.2.7 La sanità territoriale: il DM 77/22 e la DGRT 1508/22

Di seguito si riportano attività, servizi e prestazioni che verranno implementate secondo la riforma della sanità territoriale così come previsto dal DM 77/22 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” e dalla DGRT 1508/22 “La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n.77”. La riforma implementerà innovativi modelli di governance, presa in cura e integrazione dei e tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

- **Dalla Casa della Salute al nuovo modello della Casa di Comunità**

La Casa della Salute (CdS) rappresenta un modello di Sanità territoriale mediante il quale i cittadini hanno a disposizione, nell'ambito della propria Zona distretto/SdS, una struttura polivalente in grado di rispondere ai principali bisogni di salute della popolazione attraverso una molteplicità di figure professionali (MMG, Pediatri di famiglia, medici specialisti, medici della continuità assistenziale, infermieri, assistenti sociali e personale amministrativo) che costituiscono il cardine della CdS stessa. L'integrazione professionale, infatti, rappresenta uno degli elementi fondanti della Casa della Salute e in genere prevede l'assistenza diretta alla persona (presa in carico e follow-up) la prevenzione e la promozione della Salute (Sanità d'iniziativa e progetto IDEA) e lo sviluppo di percorsi di integrazione sociosanitaria (anziani non autosufficienti e disabili).

La Casa della Salute ha anche funzioni di orientamento ed accoglienza della popolazione favorendo l'accessibilità e la continuità dell'assistenza nell'arco della giornata oltre a promuovere la conoscenza e l'accesso ai percorsi sanitari e sociosanitari territoriali all'interno della propria sede con lo scopo ultimo di garantire ai cittadini prossimità ed equità di accesso alle cure.

Il DM77/22, sulla base delle spinte della Missione 6 del PNRR, definisce la Casa della comunità (CdC) come “il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento [...] Nella Casa della comunità

*lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale*”. Con il passaggio dal modello di Casa della salute (CdS) a Casa della comunità (CdC) acquisisce valore il territorio e la comunità di riferimento facendo propri i principi della multidisciplinarietà e dell'integrazione sociosanitaria, oltre che della visione olistica della salute. La CdC diviene il luogo ove garantire ai cittadini:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- la presa in carico complessa della cronicità e della fragilità;
- la valutazione multiprofessionale del bisogno della persona.

Il DM 77/2022 la delibera regionale di recepimento DGRT 1508/22 “La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n.77” prevedono la realizzazione di CdC, HUB e Spoke, con bacini di utenza di riferimento diversi. Nel percorso di implementazione, sono stati elaborati documenti di indirizzo e governo, oltre a percorsi formativi multiprofessionali, che potranno supportare l'apertura delle case di Comunità previste da programmazione PNRR nel 2026.

Nella zona pistoiese sono soggette a programmazione PNRR le seguenti Case di Comunità:

- Ceppo di Pistoia
- Agliana
- Quarrata
- San Marcello Piteglio

Le case di comunità attestate saranno oggetto di monitoraggio per lo sviluppo di un modello organizzativo condiviso con la comunità locale di riferimento

- ***La continuità territorio-ospedale-territorio: le Centrali Operative Territoriali***

La riforma della sanità territoriale introduce le Centrali Operative Territoriali (COT) con obiettivo quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dei percorsi dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, coordinando tra di loro i servizi e i professionisti. La DGRT 1508/2022 definisce la COT come «struttura deputata al coordinamento della presa in carico unitaria socio-sanitaria della persona e all'organizzazione del raccordo tra servizi e professionisti che operano nei vari setting assistenziali territoriali, anche tramite l'attivazione delle risorse necessarie e disponibili sul territorio in risposta ai bisogni espressi dai cittadini». Come previsto dal DM77/22 e dalla DGRT 1508/22, la COT è primariamente luogo di gestione dei processi di transitional care: governa la continuità ospedale-territorio / territorio-ospedale / territorio-territorio, in raccordo con la rete ospedaliera, le Case di comunità e tutti i servizi sanitari, sociosanitari e sociali presenti a livello di Zona-distretto/SDS ed è costituita da una equipe multiprofessionale, che lavora in modalità di rete tempo-dipendente e di forte integrazione tra i setting, oggetto anche di specifici percorsi di miglioramento organizzativo. Nello specifico, è prevista l'istituzione della COT articolata su due livelli: COT aziendale e COT zonale. Nella zona pistoiese è stata attivata una COT

<i>ANNO 2024</i>			
Zona	ESITO DOMICILIARE 1	ESITO RESIDENZIALE /LD/CI 2	Totale
CDCA	1678	2874	4552
EMPOLESE VALDARNO VALDELSA	1386	406	1792
FIRENZE CENTRO	1363	300	1663
FIRENZE NORD OVEST	690	178	868
FIRENZE SUD EST	732	136	868
MUGELLO	218	28	246
PISTOIA	569	430	999
PRATO	1226	386	1612
VALDINIEVOLE	465	274	739
<b>TOT</b>	<b>8327</b>	<b>5012</b>	<b>13339</b>
<i>ANNO 2025 (8mesi)</i>			
Zona	ESITO DOMICILIARE 1	ESITO RESIDENZIALE /LD/CI 2	Totale
CDCA	227	1674	1901
EMPOLESE VALDARNO VALDELSA	1460	648	2108
FIRENZE CENTRO	984	1012	1996
FIRENZE NORD OVEST	464	498	962
FIRENZE SUD EST	535	440	975
MUGELLO	160	228	388
PISTOIA	331	540	871
PRATO	1101	376	1477
VALDINIEVOLE	367	308	675
<b>Totale complessivo</b>	<b>5629</b>	<b>5724</b>	<b>11353</b>

Valutazioni dimissioni complesse 2024/2025

- **- Gli ospedali di comunità**

Ulteriore servizio previsto dalle normative nazionali e regionali di riforma della sanità territoriale è quello dell'Ospedale di Comunità (ODC). L'OdC è una struttura residenziale di degenza post acuta a valenza territoriale zonale che riveste un ruolo complementare, di continuità e di integrazione sia rispetto al percorso di degenza ospedaliera in reparto per acuti, sia rispetto ai percorsi di presa in carico in assistenza domiciliare. A livello regionale è stabilita la presenza di almeno 1 Ospedale di comunità in ogni Zona-distretto/SDS e l'attivazione di 1 struttura ogni 50.000 abitanti. Il modello di OdC proposto dalla DGRT 1534/24 prevede un'evoluzione rispetto alla residenzialità intermedia delle cure intermedie. Gli OdC dovranno assicurare alla persona fragile o anziana, a livello di ogni zona-distretto/SdS, una appropriata risposta clinico-assistenziale che sia in continuità con il livello

di ricovero ospedaliero e garantisca l'attivazione delle risorse territoriali in maniera integrata. E' prevista a livello regionale l'attivazione di due tipologie di OdC, per garantire una presa in carico misurata sugli effettivi bisogni clinico-assistenziali delle persone accolte: l'Ospedale di Comunità ad alta complessità assistenziale e l'Ospedale di comunità a medio-bassa complessità assistenziale. La Regione Toscana trasformando le cure intermedie attraverso la creazione di Ospedali di Comunità per accogliere pazienti con degenza a bassa intensità dopo una dimissione ospedaliera, o per pazienti cronici che non possono essere curati a casa si pone tra gli obiettivi quelli di alleggerire gli ospedali, facilitare il reinserimento territoriale dei pazienti e rafforzare l'assistenza territoriale, supportando anche la riabilitazione e le cure domiciliari. L'assistenza in OdC viene erogata utilizzando posti letto sanitari territoriali, organizzati in moduli, di norma di 15 – 20 posti letto, operativa 7 giorni su 7, h24, per l'assistenza ai degenti e per l'ammissione dei pazienti, con differenziate modalità di presenza di personale medico, infermieristico, della riabilitazione e assistenziale. Le categorie principali di eleggibilità sono dedicate a: persone prevalentemente affette da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa e/o che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci; persone che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo; persone fragili e/o con patologie cronicizzate, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente o per insorgenza di un quadro imprevisto, o per eventuali terapie da somministrare in luogo protetto, nei casi in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato. Possono essere previsti posti letti specifici per persone con disturbi del comportamento o demenza successivamente alla valutazione specifica del CDCD. L'accesso della persona in OdC può avvenire su proposta del MMG, di specialista ambulatoriale ed ospedaliero pubblico o di struttura convenzionata; del pronto soccorso; del CDCD o del medico palliativista. L'ammissione del paziente nella struttura avviene a seguito di valutazione ed autorizzazione effettuata dalla COT, che assicura il monitoraggio dell'andamento del ricovero anche ai fini della attivazione di eventuali percorsi di continuità assistenziale al termine del ricovero in OdC. Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata di norma non superiore a 20 giorni. Da dicembre 2024 sono attivi i primi 3 OdC della Azienda USL Toscana Centro: l'OdC di Camerata a Firenze, l'OdC Presidio di continuità/VOP a Prato e l'OdC il Ceppo a Pistoia.

Per l'Ospedale del Ceppo è previsto l'ampliamento dell'offerta dei posti letto per il raggiungimento del livello dell'offerta di 0.20 pl x1000 abitanti

- **Lo sviluppo della telemedicina**

La telemedicina rappresenta un servizio innovativo per contribuire a ridurre i divari territoriali grazie alla tecnologia, con obiettivi di efficienza dei sistemi sanitari oltre che di promozione dell'assistenza domiciliare secondo il paradigma della domiciliarità e della *“casa come primo luogo di cura”*. Gli obiettivi legati alla telemedicina previsti dal PNRR e dal DM77/22 prevedono l'implementazione di tale tecnologia connessa alla cronicità e alla fragilità. Alcuni kit sono stati consegnati alla Regione Toscana e sono in corso sperimentazioni relativi alla messa a regime dell'attività, in particolare nelle case di comunità.

- **NEA 116117**

Sulle spinte degli indirizzi normativi nazionali e regionali, è stato implementato il Numero Europeo Armonizzato 116117, quale servizio per le cure mediche non urgenti destinato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie non

urgenti. Il NEA116117 rappresenta un servizio telefonico gratuito per la popolazione attivo 24h/24 e 7 giorni/settimana, che fornirà alle persone informazioni, interventi e servizi sia obbligatori sia facoltativi ed integrativi, che verranno previsti secondo gli indirizzi regionali. In considerazione delle evoluzioni stimulate dal PNRR, dal DM n.77/2022 e dalla riforma dei servizi territoriali, il NEA116117 si configura come un nuovo servizio per le persone per richiedere assistenza, prestazioni o consigli sanitari non urgenti e che si pone come supporto funzionale e/o operativo ad altre iniziative, quali quelle di teleconsulto, con obiettivi di miglioramento circa l'efficienza e l'efficacia del percorso assistenziale e di risposta ai bisogni.

#### **A.2.2.8 Le Attività Consultoriali Territoriali**

Il DM 77/22 conferma l'importanza del consultorio familiare per l'assistenza sanitaria territoriale. Il Consultorio è struttura aziendale ad accesso libero e gratuito, deputato alla prevenzione, alla cura ed alla promozione della salute delle donne, dei ragazzi e delle famiglie. L'equipe multidisciplinare deve garantire le prestazioni previste nei LEA, da erogare anche a livello domiciliare. Le aree principali di attività sono di prevenzione, promozione e tutela della salute sessuale e riproduttiva della donna, dei ragazzi e delle loro famiglie; dell'assistenza alla donna in stato di gravidanza e durante il puerperio; della tutela della salute del bambino nascituro e nei primi 1000 giorni di vita; del supporto psicologico e dell'assistenza necessaria alla donna durante tutto il percorso per l'interruzione volontaria della gravidanza; dell'educazione alla procreazione responsabile e dell'accesso ai programmi per la contraccezione; della procreazione medicalmente assistita (con previsione di ulteriori sviluppi nelle funzioni previste dalla DGRT 674/23); della prevenzione oncologica; del sostegno a situazioni di disagio e promozione del benessere, anche in età giovanile. Il Consultorio costituisce infine un luogo centrale per l'informazione sui percorsi.

L'equipe consultoriale lavora con un approccio multidisciplinare ed integrazione con i servizi della Zona-distretto, scolastici e della comunità: per tali motivi, il DM77/22 ne prevede l'allocazione nelle Case di comunità. Tale settore di programmazione è un ambito complesso, multiprofessionale (l'equipe base è definita dalla presenza di ginecologo, ostetrica, psicologo e assistenza sociale, cui si aggiunge la mediazione culturale ed altre figure professionali come l'assistente sanitaria, il pediatra, l'andrologo, ecc), ha funzioni territoriali e di collaborazione con il settore ospedaliero.

Con la DGRT 674/23, la Toscana ha avviato un percorso per rinnovare e armonizzare l'offerta consultoriale sui territori, garantendo specifici investimenti e progettualità tra le zone-distretto e le AUSL Toscane e implementazione del servizio, anche nella declinazione del Consultorio Giovani.

I principali percorsi organizzati e gestiti tramite i consultori territoriali sono:

- **Procreazione responsabile**

Oltre all'attività specificatamente assistenziale che si svolge all'interno del servizio consultoriale con la presenza del ginecologo su singolo utente, occupano sempre più spazio gli interventi svolti in collaborazione con il dipartimento della Promozione alla Salute per l'educazione alla salute affettiva, sessuale e riproduttiva. Gli incontri si svolgono presso le scuole secondarie di primo e secondo grado, con interventi formativi rivolti agli insegnanti, ai genitori e con i ragazzi, ma anche presso realtà aggregative di vario tipo (biblioteche, centri di accoglienza per stranieri, società sportive, ...). Oltre l'obiettivo principale di fornire informazioni corrette e

aggiornate sul tema, obiettivo secondario è far conoscere ai ragazzi la presenza dei Consulteri Giovani, con le modalità di accesso (libero, gratuito, senza accompagnatore anche per i minori), le tematiche da poter affrontare (che spaziano da quelle sanitarie a quelle sociali e psicologiche), il personale presente (prevista l'equipe completa). Grande sostegno al tema della Procreazione responsabile e impulso all'accesso presso i Consulteri Giovani, è stato fornito dalla DGRT 1251/2018, che prevede la possibilità di accedere alla contraccezione gratuita per i giovani sotto i 26 anni, per un anno dopo il parto e due anni dopo IVG.

Centralizzati presso alcuni specifici presidi sono presenti ambulatori per la Contraccezione complessa, per la presa in carico di utenti con specifiche vulnerabilità e comorbilità.

- **Percorso nascita**

Benché sia previsto anche un percorso preconcezionale, per la maggior parte delle utenti il percorso nascita aziendale inizia con l'appuntamento con l'ostetrica per la consegna del libretto di gravidanza: oltre alla consegna di questo libretto ricettario, l'incontro è anche occasione per la presentazione dei servizi dedicati al Percorso Nascita e per la prenotazione delle prime visite/esami. Inoltre a tutte le gestanti viene effettuata la valutazione del rischio ostetrico (sulla base della scheda WHO): questo permette di personalizzare l'assistenza, delineando il percorso più appropriato per ogni donna/coppia, già in fase precocissima di gravidanza.

- **I servizi consultoriali per la donna/coppia in gravidanza prevedono:**

- le visite di controllo, eseguite dal personale ostetrico per le donne con gravidanza a basso rischio o dal ginecologo per le situazioni in cui sono presenti dei fattori di rischio.
- i corsi di accompagnamento alla nascita, con incontri realizzati in piccoli gruppi della stessa epoca gestazionale, aperti in alcune sedute anche la presenza del partner; incontri teorici su tematiche prestabilite (ad es. l'allattamento); incontri con i Pediatri di Libera scelta; incontri on line per la prevenzione degli incidenti legati a cani domestici con l'Igiene Urbana Veterinaria;
- assistenza al puerperio in continuità alla dimissione dal punto nascita: visite di controllo alla donna, supporto all'allattamento e all'accudimento del neonato, incontri di sostegno alla genitorialità e alla famiglia, singoli e di gruppo.
- ambulatorio per il pavimento pelvico: a tutte le donne che hanno partorito presso i punti nascita aziendali viene eseguito uno screening per le disfunzioni del pavimento pelvico e, nel caso di risultato positivo, viene proposto un percorso di rieducazione con le ostetriche consultoriali, per la prevenzione di prolasso, incontinenza ecc.
- La cartella del Percorso Nascita era già stata completamente digitalizzata su Argos, unica e condivisa per territorio e ospedale. In questa fase di passaggio dall'applicativo Argos a CR1 la situazione risulta più problematica, con gli ospedali che utilizzano CR1 e solo il territorio pratese che è già transitato sul nuovo applicativo, mentre gli altri utilizzano ancora la cartella su Argos.

- **Gravidanza fisiologica**

Alle donne con gravidanza valutata a basso rischio al momento della consegna del libretto, viene offerta la possibilità di essere seguite per tutta la gravidanza e il puerperio dalle ostetriche territoriali. Il percorso a gestione ostetrica, attivo già dal 2018 su tutte le zone, si è completato nel 2024 con la presa in carico da parte dell'ostetrica ospedaliera e handover di ritorno dopo il parto presso l'ostetrica consultoriale che ha seguito la gravidanza.

- **Diagnosi prenatale**

Al momento della consegna del libretto a tutte le gestanti vengono fornite informazioni sulle offerte regionali di Diagnosi Prenatale; viene proposto e prenotato l'accesso alla Consulenza di gruppo, preliminare alla scelta degli screening più appropriati a ogni singola situazione; vengono prenotate le ecografie di protocollo.

L'offerta prevede l'accesso agli screening (test combinato o test allargato), al Non Invasive Prenatal Test (NIPT) o alla diagnosi invasiva per situazioni di rischio.

- **Depressione post partum**

All'interno dell'equipe consultoriale è presente lo psicologo per accompagnare le situazioni di vulnerabilità e fragilità specifiche del periodo perinatale. La presa in carico avviene su segnalazione del personale, grazie uno strumento di screening presente sull'applicativo *happymamma* (questionario proposto nel 1°, 2° e 3° trimestre di gravidanza) e su richiesta diretta dell'utente tramite la diffusione delle informazioni riguardo alla presenza del servizio dedicato.

- **Vaccinazioni in gravidanza**

L'attuazione delle linee ministeriali sulla vaccinazione in gravidanza avviene attraverso la formazione degli operatori e la diffusione delle informazioni agli utenti, valutati anche attraverso specifici indicatori. In alcuni presidi è già presente un ambulatorio dedicato alle gestanti e ai familiari (per la realizzazione dell'effetto cocoon) in concomitanza delle visite di controllo (servizio che si sta progressivamente allargando a tutte le zone).

- **Percorso IVG**

Le attività dedicate all' IVG si concretizzano in due filoni: presa in carico per il percorso dell'interruzione di gravidanza, e prevenzione delle IVG ripetute.

Per quanto riguarda il primo tema: è presente presso tutti i presidi in cui svolge attività il medico ginecologo la possibilità di realizzare la certificazione. In tutte le zone è possibile accedere sia alla procedura farmacologica che chirurgica: in alcune zone la procedura farmacologica avviene presso presidi territoriali (Palagi per Firenze, S. Miniato per l'empolese, Borgo S. Lorenzo per il Mugello), nelle altre zone presso i presidi ospedalieri. Questa modalità prevede 3 step: accettazione e somministrazione del primo farmaco – somministrazione del secondo farmaco a distanza di 48/72 ore – controllo a distanza di 15 giorni. Per la procedura chirurgica, che si svolge presso gli ospedali, è comunque previsto a livello consultoriale la presa in carico pre IVG e il sostegno post IVG, che comprende anche il counseling per la contraccezione.

Per quanto riguarda la prevenzione delle IVG, questa si esplica attraverso la proposta della contraccezione gratuita (prevista da DR per 2 anni dopo un IVG, per 1 anno dopo il parto, per le minori di 26 anni e per

reddito) oltre che attraverso incontri educativi/informativi presso le scuole (all'interno dei progetti per l'educazione affettiva/sexuale, attivi su tutto il territorio in collaborazione tra i Consultori Giovani e la Promozione alla salute) e in centri di aggregazione.

Nel 2024 le donne che nella Usl Toscana Centro hanno usufruito di interruzione volontaria della gravidanza (IVG) sono state 1646 (erano 1703 nel 2023). L'IVG farmacologica riguarda circa il 65% delle interruzioni.

- **Percorso Menopausa**

All'interno dell'attività di visite ginecologiche eseguite dai medici ginecologi sono previsti ambulatori specifici per la presa in carico del periodo menopausale, sia per quanto riguarda la menopausa fisiologica che patologica.

- **Prevenzione Oncologica**

L'attività di prevenzione del tumore della cervice si realizza attraverso la realizzazione degli Screening oncologici previsti: attualmente il Pap test dai 25 ai 34 anni da ripetere ogni 3 anni – HPV test dai 35 ai 64 anni, da ripetere ogni 5 anni. Alla fine del 2025 il timing previsto per l'inizio dell'esecuzione dell'HPV test si abbasserà a 30 anni.

Nel 2024 sono state invitate a sottoporsi al test di screening cervicale (PAP test o HPV test) 113.903 donne. Tutti le zone superano il valore accettabile ( $\geq 50\%$ ) di adesione, proposto dal Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma (GISCi), ma non quello desiderabile  $\geq 70\%$ , attestandosi su un valore medio aziendale del 59%. I valori sono complessivamente in linea con quelli dell'anno precedente, eccetto l'ottimo recupero di Firenze di quasi 10 punti percentuali (51,4% nel 2023 – 60,5% nel 2024).

- **Interventi mirati per la multiculturalità**

Servizi specifici dedicati alle utenti straniere sono presenti sui territori in cui sono più radicate alcune comunità, con la presenza di mediatrici linguistico culturali (MLC). Per facilitare l'utenza, in queste situazioni non è prevista la prenotazione su CUP delle visite, ma con accesso libero in orari dedicati o su agenda interna.

La mediazione è prevista in presenza in giorni fissi per le lingue cinese, arabo, bengalese, urdu. Per situazioni specifiche e programmabili è possibile la richiesta di presenza del MLC di altre lingue. In alternativa è sempre possibile il ricorso all'utilizzo dell'Help Voice (traduzione telefonica in diretta).

Tutte le attività consultoriali (presa in carico della gravidanza, percorso IVG ecc.), sono garantiti indipendentemente dal profilo giuridico (quindi anche se prive di permesso di soggiorno).

- **Persefone**

Il consultorio Persefone è nato nel 2018 come progetto regionale ed è diventato nel 2024 un servizio aziendale. L'obiettivo generale del servizio è quello di supportare le donne migranti vittime di grave violenza, tratta, tortura e trattamenti inumani e degradanti. L'obiettivo specifico è quello di attivare un percorso di sostegno, favorendo le utenti nell'accesso e nella presa in carico da parte del SSN, migliorandone le condizioni di salute, in particolare per quanto riguarda la salute femminile, le mutilazioni genitali femminili, la gravidanza, le violenze di genere, la diagnosi precoce e la prevenzione secondaria rispetto alle patologie psichiatriche, favorendo anche percorsi di sostegno e di protezione sociale anti tratta.

Il consultorio Persefone lavora avvalendosi di un'equipe multidisciplinare composta da tre ostetriche del personale USL Toscana Centro, da un'operatrice esperta in materia di tratta, una psicologa e mediatrici linguistico-culturali del privato sociale; la metodologia utilizzata mira ad integrare i differenti approcci professionali e le differenti competenze in un'ottica di valorizzazione e integrazione.

Negli anni si sono strutturate le collaborazioni con enti e istituzioni (centri di accoglienza, Commissione territoriale della Prefettura di Firenze, sistema regionale SATIS per le vittime di tratta, ecc)

- **Progetto Mamma Segreta**

Il progetto nasce per prevenire l'abbandono alla nascita e sostenere le gestanti e le madri in gravi difficoltà garantendo a quest'ultime tutto il sostegno possibile da parte dei servizi territoriali e ospedalieri presenti sul territorio regionale. Obiettivo primario del progetto è la costruzione di un percorso di prevenzione e di tutela che permetta alla donna in difficoltà di affrontare con consapevolezza la propria situazione e la propria scelta, garantendo la formazione specifica di operatori ed equipe multiprofessionali che lavorano in continuità tra territorio-ospedale. La condivisione di un modello di intervento multidimensionale, multiprofessionale ed integrato, contestualizzato, e di strumenti validati in applicazione della DGR n.208/2023 "Aggiornamento Linee di indirizzo "Percorso regionale integrato di sostegno e di intervento Mamma Segreta" di cui alla DGR 792/2012", hanno favorito l'elaborazione di uno specifico PDTAS in corso di redazione della Azienda UsI Toscana Centro, che permetta alla donna in gravi difficoltà psicologiche e sociali di affrontare con consapevolezza la propria situazione, sia che decida di riconoscere il neonato, sia che decida per il non riconoscimento, ricevendo il necessario supporto e la necessaria assistenza socio-sanitaria per sé stessa e per il neonato.

Il percorso presenta peculiari caratteristiche in relazione alla alta complessità e bassissima frequenza che specifica la casistica e per i numerosi aspetti in gioco di ordine sociale, psicologico, medico, giuridico, culturale.

- **Medicina di Genere**

L'attività si è rafforzata negli atti, anche attraverso attività di formazione in tutte le aziende e l'ambulatorio sperimentale multidisciplinare (diabetologia, ginecologia, cardiologia) per la presa in carico nel post-parto di donne che hanno avuto patologie della gravidanza che possono correlare con patologie croniche future, con scopo preventivo.

Infine, nell'ambito della continuità è inserita la **Rete del Codice Rosa**, quale rete tempo dipendente e percorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate. Il Codice Rosa è un percorso di protezione e cura pensato per le persone vittime di violenza. E' una rete "tempo dipendente" che si attiva rapidamente per offrire una risposta tempestiva e coordinata da parte dei servizi sanitari e sociali. È rivolto a: donne vittime di violenza di genere; minori in situazioni di abuso o maltrattamento; persone anziane o con disabilità; persone vittime di crimini d'odio o discriminazione (es. orientamento sessuale o identità di genere). Quando è rivolto a donne che subiscono violenza di genere si parla del "Percorso per le donne che subiscono violenza" cd. Percorso Donna, mentre per le vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione è il c.d. Percorso per le vittime di crimini d'odio. Il percorso è attivo qualunque sia la modalità di accesso al servizio

sanitario, sia esso in area di emergenza-urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria e prevede precise procedure di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale, da parte di un'equipe multidisciplinare per la presa in carico delle problematiche provenienti dall'ospedale e anche per quelle che si possono presentare in cronico. Dopo il primo intervento, è garantita la continuità assistenziale con una presa in carico personalizzata. Il percorso opera in sinergia con enti, istituzioni ed in primis con la rete territoriale del Centri Antiviolenza, in linea con le direttive nazionali e internazionali.

#### **A.2.2.9 Le vaccinazioni**

La **vaccinazione** costituisce uno degli interventi più efficaci per la prevenzione primaria delle malattie. Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2026–2031, in fase di approvazione, rappresenterà il quadro strategico nazionale per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. All'interno di questo contesto, il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) definisce in modo specifico gli obiettivi di copertura vaccinale da raggiungere su tutto il territorio nazionale, distinti per tipologia di vaccino e fascia di età, quali obiettivi anche del NSG. I cicli vaccinali completati entro i 24 mesi di vita per l'esavalente risultano al 31/10/2025 mostrano una copertura ottima (>96%) in tutte le Zone Distretto dell'Azienda USL Toscana Centro, tranne che nella zona del Mugello, dove è superiore al 94%. Anche per quanto riguarda la vaccinazione MPR, la copertura vaccinale risulta buona in tutte le Zone Distretto, con 6 zone (Firenze, Valdinievole, Pistoia, Pratese, Firenze Nord Ovest, Empolese Valdarno Valdelsa) che hanno superato il 95% di copertura. Si segnala che a livello di Comitato Nazionale LEA è attualmente in itinere l'introduzione di un nuovo indicatore NSG Core LEA riguardante la vaccinazione HPV.

Per quanto riguarda invece, gli screening oncologici, si riportano di seguito i valori dell'indicatore P15 del NSG relativamente all'anno 2024 per l'Azienda USL Toscana Centro:

- il valore NSG risultante per lo screening del tumore della cervice uterina in AUTC è di 56,31% (valore soglia P15Ca  $\geq$  50%);
- Il valore NSG risultante per lo screening mammografico in ASL toscana Centro è 63,43% (valore soglia P15Cb  $\geq$  60%);
- il valore NSG risultante per lo screening del tumore del colon retto in ASL toscana Centro è di 40,51% (valore soglia P15Cc  $\geq$  50%).

L'andamento degli stessi al 30 settembre 2025 è il seguente:

- P15Cb - Screening mammografico 55,14%, con obiettivo di superamento del 60%;
- P15Ca - Screening cervicale 56,84%;
- P15Cc - Screening coloretale 34,78%; In relazione a tale tipologia di screening è stato approvato a livello regionale un protocollo per il coinvolgimento delle farmacie finalizzato ad aumentare l'adesione della popolazione target.

#### **A.2.2.10 Nuovi servizi di Prevenzione**

Per l'anno 2026 è in fase di progettazione una proposta dipartimentale di erogazione di prestazioni a favore della Rete dei Servizi SocioSanitari, in materia di prevenzione e promozione della salute nei diversi ambiti di vita dei

singoli e delle comunità, per garantire la massima omogeneità delle risposte sul territorio. In linea con le indicazioni del DM 77/22, si vuole proporre all'interno delle nuove Case di Comunità l'istituzione di punti di assistenza, ascolto e informazione al pubblico in materia di:

- Prevenzione Igiene e Sicurezza nei luoghi di lavoro
- Igiene Pubblica e Nutrizione
- Sanità Pubblica Veterinaria e Sanità Animale
- Promozione della Salute
- Medicina dello Sport

Tali punti comprenderanno, ad esempio, sportelli micologici, sportelli dedicati ai lavoratori e ai datori di lavoro, punti di assistenza per le società sportive, spazi di diffusione e promozione di corretti stili di vita e buone pratiche per la salute e la sicurezza della popolazione in generale.

#### **A.2.2.11 La Riabilitazione territoriale**

La riabilitazione costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini.

La riabilitazione è un processo nel corso del quale si permette a una persona con disabilità di raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione.

Le attività sanitarie di riabilitazione: comprendono gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a superare, contenere o minimizzare la disabilità e la limitazione delle attività (muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare, lavorare, etc.).

La Riabilitazione assicura percorsi riabilitativi semplici o complessi ed integrati, sia in regime di degenza che in ambito territoriale (ambulatoriale e domiciliare).

I percorsi riabilitativi territoriali sono erogati, nel rispetto del PLNG 6/2008, rev.1 2011 e Rev.2 2015 della Regione Toscana, sia in forma ambulatoriale che domiciliare in ogni ambito del territorio aziendale dalle strutture organizzative del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione (medici fisiatristi) e del Dipartimento delle Professioni Tecniche Sanitarie (professionisti della riabilitazione: fisioterapisti, logopedisti, educatori ecc.), con la collaborazione degli altri professionisti che possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo. Tali prestazioni sono LEA da ottemperare secondo quanto previsto dal DPCM 12/1/17 ed in Regione Toscana dalla DGR 595/05.

- **Percorsi riabilitativi territoriali ambulatoriali**

Il servizio di riabilitazione ambulatoriale garantisce interventi appropriati per la patologia e la condizione funzionale dell'utente attraverso la valutazione e la presa in carico da parte dell'equipe multidisciplinare.

Tali prestazioni sono erogate sia da servizi riabilitativi territoriali aziendali a seguito dell'elaborazione di un progetto riabilitativo individuale, redatto dal team multidisciplinare, che dai servizi riabilitativi territoriali gestiti in convenzione con privati accreditati in possesso dei requisiti previsti da LR 51/09 B1.9 e B2.1.

- **Percorsi riabilitativi territoriali domiciliari**

L'intervento riabilitativo domiciliare è destinato a pazienti con prognosi funzionale modificabile che risultano intrasportabili per motivi clinici o per barriere architettoniche non superabili con i normali mezzi.

Alcuni interventi domiciliari di durata breve si configurano come counselling e risultano di grande efficacia in particolar modo nei percorsi di continuità ospedale territorio. Nell'ambito dell'intervento domiciliare è possibile anche la presa in carico medico specialistica da parte del fisiatra della Zona di riferimento.

- **Percorsi riabilitativi territoriali semiresidenziali e residenziali**

L'inserimento in strutture semiresidenziali e residenziali a modulo riabilitativo, a gestione diretta dell'azienda sanitaria o in convenzione, avviene sulla base del progetto riabilitativo individuale promosso dai medici fisiatrici del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione per pazienti in fase post acuta, anche in collaborazione con l'Agenzia Continuità Ospedale Territorio (ACOT) e con le équipe multidisciplinari che hanno in carico la persona.

- **Ausili e Presidi**

Il Servizio Sanitario Nazionale eroga alle persone disabili, riconosciute invalide o in attesa di riconoscimento dell'invalidità in specifiche situazioni (DPCM 12/01/2017), le protesi, le ortesi, i presidi e gli ausili utili per correggere o compensare menomazioni e disabilità funzionali causate da malattie o lesioni.

- Le protesi sono apparecchiature che permettono di sostituire parti del corpo o integrarne una danneggiata (es protesi oculare, protesi di arto);
- Le ortesi sono dispositivi esterno, utilizzati per supportare, correggere, immobilizzare o guidare una parte del corpo per migliorare la sua funzione (ad esempio gli apparecchi acustici, busti e corsetti, etc.);

- Gli ausili (ad esempio le carrozzelle o i girelli) sono quegli strumenti utili per compiere azioni altrimenti impossibili o difficili da eseguire;
- I presidi sono oggetti che aiutano a prevenire o curare determinate patologie (come il catetere per l'incontinenza, i pannoloni etc.).

I dispositivi e l'assistenza tecnica e sanitaria forniti dal SSN sono specificati dal [Nomenclatore dell'assistenza protesica](#), che è parte integrante dei Livelli essenziali di assistenza ed attualmente sono regolati dal DPCM 12/01/17. Il Dipartimento MFR è riferimento aziendale per la prescrizione e il collaudo di ausili complessi da inserirsi nel progetto riabilitativo individuale, che costituiscono il 30% degli ausili prescritti in azienda. Fornisce opera di sensibilizzazione verso i medici prescrittori afferenti agli altri Dipartimenti aziendali. È anche riferimento per il 100% della attività di riciclo, ricondizionamento e sanificazione. A livello aziendali sono presenti laboratori per ausili informatizzati per disabili: effettuano consulenze per la prescrizione ausili per la comunicazione e per la strutturazione di postazioni dedicate alle persone disabili in ambito lavorativo scolastico e domotico (sia hardware che software).

- **Ambulatori riabilitazione disabilità complessa**

A livello territoriale sono presenti ambulatori dedicati alla disabilità complessa, per patologie neurodegenerative ad andamento cronico (es. SLA), gestiti tramite gruppi di lavoro multidisciplinari per patologia (DGRT 1449/17). I gruppi di lavoro portano avanti azioni condivise per il governo clinico e riabilitativo a supporto dell'attività del MMG.

- **Riabilitazione extra ospedaliera semiresidenziale e residenziale**

L'inserimento nelle strutture residenziali a modulo riabilitativo estensive (2° livello) o intensivi (1° livello) e semiresidenziali estensive, in attuazione della DGRT 1449/2019 e della DGRT 1449/17, dovrà essere disposto dalle UVMD nell'ambito del progetto di vita sulla base del progetto di vita riabilitativo personalizzato (PRTI) estensivo di durata semestrale elaborato dai professionisti del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione. La Riabilitazione extra-ospedaliera residenziale e semiresidenziale aziendale ex art. 26 L.833/78 mdc 1,4,5,8 è variamente presente nelle Zone (S. Miniato e Villa Il Sorriso).

### **A.2.2.12 La Salute Mentale Adulti**

La mission del servizio della Salute Mentale Adulti è quella di attuare interventi mirati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici in età adulta. Il DSMD e le UF SMA zonali assicurano la globalità degli interventi per la popolazione in età adulta per quanto concerne i disturbi psichici individuali o familiari, le patologie psichiatriche e il disagio psicosociale, operando in modo multiprofessionale attraverso il lavoro integrato di più figure professionali quali psichiatri, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali, tecnico della riabilitazione psichiatrica e operatori sociosanitari.

Si avvale della collaborazione di altri attori istituzionali ed è in collegamento con tutte le altre agenzie presenti sul territorio, coinvolte nella prevenzione e cura della salute mentale, anche del terzo settore.

La Salute Mentale Adulti opera con azioni rivolte:

- alle persone con disagio psicopatologico, per trattare la sofferenza psichica, favorire modalità sane di relazioni e l'aderenza al trattamento, promuovere stili di vita adeguati al mantenimento della salute e prevenire il rischio di ricadute. Per alcune tipologie di disagio quali i disturbi dello spettro schizofrenico, i gravi disturbi dell'umore, i disturbi di personalità e i disturbi alimentari e della nutrizione (DAN), oltre che per i pazienti con doppia diagnosi per dipendenza da sostanze, sono attivati interventi integrati multiprofessionali e percorsi mirati;
- ai familiari, per affrontare il disagio collegato alla patologia del congiunto, per offrire percorsi terapeutici sistemici che consentano cambiamenti più efficaci e duraturi e attivare risorse inesprese affinché la famiglia da oggetto di cura possa diventare risorsa nel trattamento e per attuare strategie di collaborazione costanti e durature all'interno della Consulta aziendale della salute mentale;
- agli ambienti istituzionali quali l'ospedale, le RSA e le altre strutture sanitarie e sociosanitarie della ASL ed extra ASL, con attività di consulenza specialistica e di programmazione integrata degli interventi;
- alla rete comunitaria formale e informale quali scuole, luoghi di lavoro, cooperative sociali, associazioni di volontariato, associazioni di utenti e di familiari, con interventi di educazione sanitaria e di promozione della salute tesi a promuovere la prevenzione del disagio psichico, il superamento dello stigma e l'inserimento sociale di utenti in difficoltà.

La UF SMA ricopre un ruolo centrale rispetto alle persone con autismo in età adulta; è presente all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità zonali (UVMD) previste dalla normativa vigente e in corso di attualizzazione secondo la riforma del DLgs62, collaborando attivamente con le UFC Autismo adulti per la valutazione e la presa in carico delle persone con disturbi dello spettro autistico. Le attività cliniche della Salute Mentale Adulti (ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, territoriale ed ospedaliera) vengono svolte in stretta integrazione con la SMIA, il SER.D., il Pronto Soccorso, i reparti ospedalieri dell'Ospedale, i MMG, il Servizio Sociale e con la Salute in carcere.

Gli interventi attivati sono i seguenti:

- *trattamenti psichiatrici ambulatoriali (visita psichiatrica, colloquio psichiatrico, psicoterapia individuale e di gruppo);*
- *prestazioni infermieristiche ambulatoriali e domiciliari;*
- *attività riabilitativa e socioriabilitativa svolta nei contesti di vita o nei Centri Diurni;*
- *attività riabilitativa e socioriabilitativa residenziale nelle Strutture Residenziali;*
- *trattamenti in regime di ricovero per emergenze psicopatologiche;*
- *interventi di educazione sanitaria e promozione della salute.*
- *attivazione di risorse nella Comunità*

Di seguito si rappresenta sinteticamente l'offerta delle UF SMA..

- **Il Centro di Salute Mentale (CSM)**

È la sede in cui la UF opera attraverso la progettazione, l'attuazione e la verifica degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale. Gli operatori (medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, OSS) svolgono attività di accoglienza e di presa in carico diagnostica e terapeutica dell'utenza e di definizione e attuazione dei programmi terapeutici e riabilitativi, oltre a fornire la opportuna consulenza ai gruppi di lavoro multidisciplinari di valutazione e presa in carico della disabilità e dell'autismo adulti.

- **Servizi Semiresidenziali**

Sono i luoghi deputati a svolgere attività riabilitativa intensiva con lo scopo di promuovere l'autonomia del paziente e la sua piena integrazione sociale. L'accesso avviene su indicazione dell'équipe che ha in carico la persona e la frequenza è in relazione alla tipologia d'intervento indicata nel progetto individualizzato. Sono previste verifiche intermedie e la dimissione una volta raggiunti gli obiettivi prefissati.

- **Servizi Residenziali**

Si tratta di Strutture che forniscono interventi riabilitativi in regime di residenzialità e che sono rivolte a persone con patologie impegnative il cui progetto individualizzato preveda l'allontanamento temporaneo dal contesto familiare e/o sociale di appartenenza, secondo i livelli di assistenza previsti dalla L.R. 51/2009 e dal Regolamento di attuazione approvato con DPGR 79/R del 17/11/2016. In relazione ai servizi residenziali per le persone con percorsi anche connessi alla salute mentale, verranno avviate riflessioni condivise tra le zone-distretto e le strutture aziendali circa l'implementazione di servizi appropriati a specifici bisogni assistenziali complessi.

- **Il progetto “Abitare Supportato” Salute Mentale**

La Salute Mentale Adulti promuove e sostiene l'autonomia abitativa degli utenti in carico fornendo supporto assistenziale sia al loro domicilio che negli appartamenti supportati (abitazioni in cui convivono due o più utenti). Il progetto "Abitare Supportato" è finalizzato a permettere a persone con problemi di salute mentale di acquisire ed esercitare in normali appartamenti condominiali le necessarie abilità della vita quotidiana e di convivenza.

- **Servizi Domiciliari**

Oltre agli appartamenti supportati, l'UF SMA promuove e sostiene l'autonomia abitativa degli utenti in carico fornendo supporto assistenziale sia al loro domicilio, realizzando interventi di supporto a persone con problemi di salute mentale nello svolgimento delle azioni quotidiane legate alla gestione domestica e alla cura di sé, favorendo il superamento dell'isolamento sociale e l'integrazione nei contesti abitativi di riferimento all'interno della comunità locale di appartenenza aiutandole a uscire dalla condizione di isolamento sociale. Le prestazioni di assistenza domiciliare vengono erogate in coerenza con il progetto di cura personalizzato della persona.

- **Programmi sociosanitari finalizzati al recupero delle abilità personali e sociali della persona in carico**

Oltre a promuovere l'autonomia abitativa, la UF SMA realizza progetti di inserimento terapeutico lavorativo, di accompagnamento al lavoro e di promozione dell'autonomia. Questi interventi possono talvolta concretizzarsi anche in interventi di carattere economico, in coerenza con il progetto di cura personalizzato della persona.

- **Interventi di rete territoriale**

La UF SMA sostiene con proprie risorse l'attivazione di progetti integrati con altri partner ai fini della prevenzione, della promozione della salute e dell'inclusione sociale: polisportive per l'integrazione sociale, gruppi teatrali, attività di musico-danza terapia, eventi sociali, ecc. Questi interventi, oltre che essere offerti agli utenti, sono aperti alla partecipazione della cittadinanza con lo scopo di combattere lo stigma e contribuire a creare i presupposti per costruire una comunità inclusiva e competente e quindi meno vulnerabile al disagio psichico. Inoltre, sia a livello zonale che a livello aziendale, hanno preso avvio i lavori della Consulta Aziendale della Salute Mentale, quale progettualità che in ottica comunitaria, svolge compiti di programmazione e valutazione dei servizi con le associazioni di utenti e familiari particolarmente attive e propositive.

- **SMA in carcere**

Il Servizio Salute Mentale Adulti assicura la gestione dell'assistenza delle persone detenute con problemi di salute mentale. Si occupa della diagnosi e della cura avendo anche l'obiettivo di realizzare progetti esterni, seguendo sempre un approccio multiprofessionale.

- **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)**

Significativa è la presenza del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), il servizio deputato al trattamento delle emergenze psichiatriche in regime di ricovero, sia volontario che in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è collocato all'interno dei presidi ospedalieri. Il ricovero rappresenta solo un momento dell'intervento complessivo di presa in carico ed è attuato in modo da garantire al paziente la continuità terapeutica con tutti gli altri luoghi di cura della UF SMA. A tal fine l'équipe curante (medici psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, oss) è la stessa che opera nelle strutture territoriali. Dal 2024 è attiva una rete di monitoraggio costante dell'attività degli Spdc aziendali che ha l'obiettivo di monitorare alcuni indicatori di processo indispensabili per valutare il funzionamento dei nove (9) Spdc. Infine nell'ambito della Salute Mentale è presente l'Unità Funzionale Complessa Autismo Adulti (UFC Autismo) dedicata alle persone con diagnosi di autismo dai 16 anni in poi ed è composta da un team Multidisciplinare e multiprofessionale. La UFC Autismo ha funzioni specifiche quali:

- Valutazioni cliniche funzionali multidisciplinari e multidimensionali (solo per adulti in carico ai servizi di salute mentale).
- Valutazioni per nuove diagnosi in età adulta.
- Rivalutazione funzionale ed accompagnamento della persona nella transizione tra i servizi territoriali dedicati all'infanzia e quelli dedicati all'età adulta.
- Supervisione e monitoraggio degli esiti dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI) in collaborazione con i servizi di salute mentale.
- Fornire ai Servizi di Salute mentale un profilo funzionale aggiornato della persona autistica per la stesura e gli aggiornamenti del PTRI.
- Garantire ai Servizi di Salute mentale la supervisione e il monitoraggio dei PTRI.
- Supportare i team di transizione nella realizzazione della continuità di cura dall'adolescenza alla Salute mentale adulti.
- Presa in carico di situazioni cliniche complesse.
- **Progetti di incremento della sensibilità culturale**

Sono presenti nei vari ambiti dell'UF SMA interventi che tengono conto della appartenenza culturale delle persone che accedono ai servizi con il coinvolgimento attivo dei mediatori linguistico-culturali. Gli interventi etnopsichiatrici ed etnopsicologici sono supportati dal Progetto Prosit.

### **A.2.2.13 Area Salute Mentale Infanzia Adolescenza**

L'ambito di intervento della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza è quello relativo ai disturbi neuropsichici in età evolutiva (psichiatrici, neurologici e neuropsicologici). Le attività svolte riguardano interventi di prevenzione, diagnosi e trattamento e riabilitazione nell'ambito della patologia neurologica e psichiatrica e dei disturbi del neurosviluppo, attività di consulenza e supporto professionale istituzionale alle istituzioni scolastiche nell'ambito delle politiche di inclusione delle disabilità dell'infanzia e adolescenza, attività di formazione e di ricerca; sono definiti e attuati Percorsi Diagnostici Assistenziali Terapeutici per i Disturbi dello spettro autistico e per i Disturbi dello sviluppo Neuromotorio.

Le UFSMIA hanno il compito di attuare inoltre le azioni previste dalla DGRT 1339 per le Disabilità intellettive di origine genetica e in particolare per la Trisomia 21, e di assicurare la presa in carico e la riabilitazione precoce dei disturbi sensoriali, in particolare per quanto riguarda le sordità infantili. Le UFSMIA, anche per mezzo attività sovra zonali, assicurano, in collaborazione con il personale delle SOC di Pediatria e Neonatologia, il follow-up dei pretermine e dei bambini nati con fattori di rischio neuro evolutivo, in particolare nei punti nascita che ospitano una Terapia Intensiva Neonatale, ma anche in continuità con il Punto Nascita dell'AOU Careggi. L'approccio diagnostico e terapeutico attuato è multiprofessionale, e multidimensionale, con l'obiettivo di sviluppare azioni rivolte alla promozione della qualità di vita del bambino e all'adolescente nella sua globalità fisica, affettiva, comunicativa e sociale, secondo i principi della cura centrata sulla famiglia. Sono state attivate soluzioni organizzative che tengono conto della estrema variabilità clinica e sociale delle persone e della necessità di attuare modelli di presa in carico dinamici e modificabili, sulla base delle esigenze e bisogni emergenti. I percorsi assistenziali sono organizzati tenendo conto dell'età e delle tipologie patologiche prevalenti (prima infanzia, disturbi dello sviluppo motorio, disabilità intellettive, disturbi sensoriali, disordini neuropsicologici, disturbi psicopatologici di elevata complessità, integrando livelli di presa in carico più prossimi all'utenza e livelli di approfondimento e presa in carico più specializzati per le situazioni più complesse, sia zonali che multizonali, con la collaborazione tra le diverse UFC e in stretta integrazione con il Dipartimento Materno-Infantile, il Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie e il Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica e Ostetrica.

- **L'accesso ai servizi**

I presidi distrettuali della SMIA rappresentano i punti di accesso. In queste sedi i Neuropsichiatri Infantili e gli Psicologi effettuano le prime visite e colloqui psicologici, che seguono poi i percorsi di approfondimento, anche in integrazione con le altre professionalità operanti nell'UF.

- **I percorsi per età e tipologia patologica**

Questo livello di presa in carico prevede un primo livello di accoglienza della domanda, mono professionale, e un successivo livello di approfondimento multiprofessionale. Tutti i percorsi di seguito elencati prevedono la

Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, condivisa con la famiglia, per la predisposizione di Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati. Per ogni fascia di età vengono definiti percorsi e azioni specifiche integrati con i percorsi educativi.

- *Disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018*
- *Disturbi neuromotori*
- *Disturbi del linguaggio*
- *Disturbi dell'apprendimento*
- *Disturbi del Neurosviluppo*
- *Psicopatologia dell'Adolescenza*
- *Integrazione con le istituzioni scolastiche*

Le UFSMIA svolgono attività integrate di valutazione e consulenza e intervento diretto per le istituzioni scolastiche di tutti gli ordini e gradi, attraverso la predisposizione dei profili funzionali e l'attività di consulenza per la redazione dei PEI e per le azioni per l'inclusione nella scuola.

- **Servizi Semiresidenziali e Residenziali**

Si tratta di Strutture che forniscono interventi riabilitativi in regime di semi-residenzialità e residenzialità e che sono rivolte a pazienti con patologie impegnative il cui progetto individualizzato preveda l'allontanamento temporaneo dal contesto familiare e/o sociale di appartenenza, secondo i livelli di assistenza previsti dalla L.R. 51/2009 e dal Regolamento di attuazione approvato con DPGR 79/R del 17/11/2016. L'inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale viene disposto dall'UF SMIA con modalità e durata basate sui bisogni della persona e sul PTRI nell'ambito del progetto di vita. In alcuni casi l'inserimento in struttura residenziale viene disposto dall'autorità giudiziaria come misura alternativa alla pena detentiva; in questi casi la scelta della struttura avviene in base alla prevalenza delle problematiche del minore: educative, dipendenze o salute mentale.

- **Progetti di incremento della sensibilità culturale**

Sono presenti nei vari ambiti dell'UF SMIA interventi che tengono conto della appartenenza culturale delle persone che accedono ai servizi con il coinvolgimento attivo dei mediatori linguistico-culturali. Gli interventi etnopsichiatrici ed etnopsicologici sono supportati dal Progetto Prosit.

- **Equipe Multidimensionale per la presa in carico della disabilità**

La UFSMIA svolge un ruolo centrale nella valutazione e nella presa in carico dei minori con disabilità all'interno delle UVMD zonali ed è coinvolta a pieno titolo nella riorganizzazione della presa in carico delle persone con disabilità, anche alla luce del DLgs62.

- **Unità di Valutazione Multidimensionale Tutela (UVMT)**

La SMIA svolge un ruolo centrale anche nella costituzione delle UVMT zonali, équipe multiprofessionali di natura integrata sociosanitaria di cui alla DGRT 769/2019 per la definizione del progetto di intervento rivolto a famiglie in condizioni di vulnerabilità, fragilità o difficoltà, composta da assistente sociale, educatore professionale, psicologo/neuropsichiatra/psichiatra/Professionista del SERD (professionisti dell'area sociosanitaria) e i componenti della famiglia.

#### **A.2.2.14 Area Dipendenze - Serd**

I Servizi per le Dipendenze - Ser.D. - rispondono ai bisogni di quelle fasce di popolazione, sia giovanile che adulta, che presentano disturbi da uso di sostanze stupefacenti e psicotrope legali (alcol, tabacco e farmaci), illegali (eroina, cocaina, cannabinoidi, sostanze sintetiche, ecc.) e per le nuove forme di dipendenze comportamentali.

La rete dei servizi per le dipendenze è composta:

- *dai Ser.D. (Servizi per le dipendenze patologiche) dove vengono fornite prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione in relazione ai disturbi da uso di sostanze e alle dipendenze comportamentali.*
- *dai Servizi residenziali (comunità terapeutiche) che forniscono trattamenti in regime residenziale e si articolano in diverse tipologie a seconda del bisogno prevalente;*
- *dai Servizi semi-residenziali (centri diurni) che forniscono trattamenti riabilitativi e risocializzanti durante alcune ore della giornata.*

Nell'Azienda Usl Toscana Centro opera una rete capillare di Ser.D. che assicurano interventi e prestazioni nei singoli ambiti territoriali con accesso diretto alle cure e garanzia dell'anonimato, in un'ottica di integrazione multidisciplinare, attraverso équipe multiprofessionali composte da psichiatri, tossicologi, psicologi, educatori, infermieri, personale di riabilitazione, operatori sociosanitari, assistenti sociali ed altri operatori dell'area sociosanitaria. Le équipes operano in stretta collaborazione con i medici di medicina generale e con la rete territoriale dei servizi e sono attive relazioni funzionali con il Reparto di malattie Infettive degli Ospedali Aziendali e dell'AUO Careggi, con la Salute Mentale (SMA e SMIA), con le SPDC degli Ospedali, l'ambulatorio di Tossicologia dell'AUO di Careggi e con il Centro Alcolico della Regione Toscana (CAR) di Careggi.

*Tabella: Presa in carico Dipendenze per percorso – anno 2024*

<i>Percorso</i>	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoies e	SdS VdN	SdS EVV
<b><i>TD</i></b>	1.600	678	447	303	903	563	534	623
<i>Alcol</i>	645	239	174	181	347	180	212	435
<b><i>GAP</i></b>	114	82	24	10	163	54	38	60
<i>Tabagisti</i>	327	122	156	102	551	184	0	63
<i>Altri</i>	82	31	11	13	73	56	33	22
<b><i>TOT</i></b>	2768	1152	812	609	2037	1037	817	1203

Fonte: Bollettino Socio Epidemiologico 2024 – Asl Toscana Centro

È attivo un collegamento con i Laboratori e Servizi di diagnostica per gli esami strumentali e di laboratorio (chimico-clinici, sierologici, tossicologici).

I Ser.D. collaborano inoltre con enti ed associazioni del terzo settore operanti nel territorio provinciale, regionale e nazionale.

- **I percorsi di presa in carico del Ser.D.**

Ai cittadini vengono assicurati percorsi assistenziali differenziati per dipendenze da sostanze legali e illegali attraverso interventi medico-farmacologici/psicoterapici, socio riabilitativi e di prevenzione individuale:

- *Percorso sostanze illegali*
- *Percorso Alcol*
- *Percorso Fumo di Tabacco*
- *Percorso Disturbo Gioco d'Azzardo (DGA)*
- *Percorso dipendenze comportamentali*

La persona viene valutata in maniera diagnostica e multiprofessionale e, eventualmente, viene avviata la presa in carico, anche attraverso la formulazione di un piano di trattamento personalizzato, che può prevedere interventi di natura ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale, oltre alla partecipazione a gruppi di auto aiuto per le persone in carico e di sostegno per i familiari o all'attivazione di programmi/progetti orientati all'autonomia quali l'inserimento in appartamento supportato, l'inserimento lavorativo ecc.

- **I programmi di prevenzione**

I Ser.D. attuano programmi di prevenzione collaborando con le istituzioni pubbliche e private (scuola, cooperative sociali, volontariato, gruppi di auto-mutuo aiuto) interessate al problema. Inoltre, viene assicurata la disponibilità dei principali interventi di prevenzione e monitoraggio per malattie correlate o concomitanti, con modalità tali da garantirne il rispetto della privacy, con particolare riferimento alle seguenti attività:

1. lo screening e l'educazione sanitaria per la prevenzione dell'infezione da HIV;
2. lo screening delle epatiti virali, l'educazione sanitaria e le vaccinazioni disponibili.

- **Inserimenti socioterapeutici in ambito lavorativo**

Oltre a promuovere l'autonomia abitativa, il Ser.D. realizza progetti di inserimento terapeutico lavorativo, di accompagnamento al lavoro e di promozione dell'autonomia. Questi interventi possono talvolta prevedere interventi di carattere economico con valenza terapeutico motivazionale, in coerenza con il progetto di cura personalizzato della persona.

- **Il progetto "Abitare Supportato" Dipendenze**

Il progetto "Abitare Supportato" è finalizzato a permettere a persone con problemi di dipendenza di acquisire ed esercitare in normali appartamenti condominiali le necessarie abilità della vita quotidiana e di convivenza.

- **Ser.D. in carcere**

Ai sensi del D.L. 230/99 viene assicurata la presa in carico e la gestione dell'assistenza delle persone detenute tossico e alcolodipendenti. Nei Ser.D. Carcerari (Sollicciano, Gozzini, Minorile, La Dogaia, Santa Caterina) risultano presi in carico, nel 2024, 1.205 persone.

*Tabella: Presa in carico Dipendenze per percorso – anno 2024*

<i>UFS Dipendenze in carcere</i>	<b>TD</b>	<b>Alcolisti</b>	<b>DG A</b>	<b>TOTALE</b>
Sollicciano	490	30	3	523
Gozzini	41	4	-	45
Minorile	30	1	-	31
La Dogaia	498	7	1	506
Santa Caterina	96	4	-	100
<b>TOT</b>	<b>1.155</b>	<b>46</b>	<b>4</b>	<b>1.205</b>

*Fonte: Bollettino Socio Epidemiologico 2024 – Asl Toscana Centro)*

- **Progetti di incremento della sensibilità culturale**

Sono presenti nei vari ambiti del SERD interventi che tengono conto della appartenenza culturale delle persone che accedono ai servizi con il coinvolgimento attivo dei mediatori linguistico-culturali. Gli interventi etnopsichiatrici ed etnopsicologici sono supportati dal Progetto Prosit

### **UFC DAN (disturbi dell'alimentazione e della nutrizione)**

Con riferimento ai disturbi della Alimentazione e Nutrizione è stata costituita da anni nel Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda Usl Toscana Centro, in continuità fra SMA e SMIA, la "Unità Funzionale Complessa Disturbi dell'alimentazione" (U.F.C. DAN) di valenza dipartimentale, deputata all'attuazione dei percorsi di prevenzione e cura dei disturbi della alimentazione e della nutrizione. I principi che orientano il modello assistenziale sono l'equità di accesso, la prossimità delle cure e della presa in carico secondo il modello della sanità d'iniziativa, ed il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (i.e., appropriatezza, sicurezza, coordinamento e continuità, efficienza e tempestività). Nel modello organizzativo proposto nella rete assistenziale del Servizio si prevede un approccio multiprofessionale ed integrato declinato non solo per intensità di cura, ma anche a livello di specifiche organizzative delle strutture di cura, secondo un modello di rete declinata per hub and spoke ("mozzo e raggi"). Tale modello organizzativo fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza secondo il principio delle reti cliniche integrate, che prevede la concentrazione della casistica più complessa – o che necessita di più complessi interventi di cura – in un numero limitato di strutture (cd. hub) altamente specializzate e dotate di servizi più specifici, con gestione dei casi a minor complessità di intervento nei servizi distali (cd. spoke). Gli hub dispongono di servizi più estesi, offrono una gamma di interventi più articolati e complessi, garantendo una possibilità di centralizzazione dei casi a maggior complessità clinica. Diversamente, le strutture definite spoke rispondono a situazioni cliniche meno critiche, garantendo una presa in carico prossimale ed in continuità assistenziale. Attualmente oltre al Servizio di riferimento aziendale presso Ospedale Piero Palagi di Firenze (hub) e da quello storico di Empoli (spoke), presso la Casa di Comunità Gino Strada, sono stati recentemente aperti due nuove sedi "spoke" presso la casa di comunità di Prato e il Presidio Ospedaliero Il Ceppo di Pistoia per la prevenzione e la cura dei disturbi alimentari, dove vengono erogate attività terapeutiche di prevenzione e sensibilizzazione delle problematiche alimentari, procedure di screening diagnostico preliminare con somministrazione di test psicometrici ed interventi terapeutici. L'offerta assistenziale del Servizio prevede percorsi diagnostico-terapeutici personalizzati con l'erogazione di prestazioni specializzate evidence based caratterizzate da interventi psicofarmacologici e psicoterapeutici individuali, riabilitazione nutrizionale, gruppi terapeutici con orientamento cognitivo-comportamentale, gruppi di sostegno e psico-educazione per familiari. Vengono anche organizzati incontri con i singoli familiari e gruppi riabilitativi. Sono, inoltre, attive specifiche azioni per il rafforzamento di percorsi di presa in cura precoce e multidisciplinari. Il Servizio non ha limiti di età e si integra con diverse strutture aziendali per la garanzia di un approccio multidimensionale e di presa in carico precoce, in particolar modo con il Dipartimento del Servizio Sociale e quello della Prevenzione.

- **Gioco d'Azzardo**

Il progetto ha come obiettivo quello della promozione di interventi di sensibilizzazione, di comunicazione e di formazione sul gioco d'azzardo patologico, secondo l'approccio integrato di rete, nelle seguenti aree di intervento:

1. Prevenzione in ambito scolastico: collaborazione a progetti di formazione specifici, curati da Privato Sociale, rivolti ad insegnanti, alunni e loro familiari;
2. Prevenzione in ambito lavorativo: collaborazione a progetti di prevenzione dedicati ai lavoratori;
3. Prevenzione per la popolazione generale:
  - a) Sostegno alle attività degli sportelli d'ascolto locali da attivare sul territorio con la partecipazione del Privato Sociale anche presso le Case di Comunità;
  - b) Attività svolte da Unità di strada;
  - c) Individuazione di un'agente di rete.

Il modello organizzativo del progetto prevede un'articolazione su tre ambiti territoriali (AMBITI), ciascuno dei quali è dotato di un proprio agente di rete. A livello centrale, verrà individuato un agente di rete con funzioni di coordinamento generale, tendenzialmente afferente all'ambito A, che svolgerà il ruolo di raccordo tra i tre ambiti, le progettualità zonali e regionali, l'UFC Ser.D e la Cabina di Regia.

### **A.2.3 I percorsi per la Non Autosufficienza e la Disabilità**

La presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della persona con disabilità costituisce la parte centrale dei due macro-percorsi diagnostico terapeutico assistenziali sociali (PDTAS) che coinvolgono dipartimenti aziendali e le Società della Salute.

Il soggetto pubblico deputato alla organizzazione ed alla gestione dei servizi dedicati agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità, a detenere la responsabilità dei PDTAS in questione e ad essere destinatario delle risorse regionali dedicate è la Società della Salute.

Tali percorsi, coordinati e finanziati a livello zonale, si realizzano in modo coordinato e complesso secondo una modalità a matrice con i dipartimenti aziendali interessati (DGRT 269/2019).

Il Piano regionale non autosufficienza per il triennio 2022-2024 (PRNA) è stato approvato con la delibera n. 256/2023, in attuazione del DPCM 3 ottobre 2022 che ha adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024. Ulteriori innovazioni normative ricadono sul tema a seguito del PNRR, della legge delega sulla disabilità e della definizione di specifici LEPS che necessitano di essere integrati con i LEA. Fondamentale poi la riforma della disabilità: la valutazione, il riconoscimento e quanto attiene ai percorsi sanitari e sociosanitari in tema di disabilità sono oggetto delle modifiche normative richieste dal PNRR.

Il Governo, con la Legge Delega 227/21 ha avviato un complesso percorso di revisione concluso con il D.lgs. 62/2024. Si tratta di una riforma prevista dal PNRR - Missione 5 "Inclusione e Coesione" Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore", riguardante la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato. L'obiettivo è quello di assicurare alla persona il riconoscimento della propria condizione di disabilità, rimuovendo gli ostacoli e

attivando i sostegni utili al pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti.□

Il decreto introduce cambiamenti significativi nella valutazione e nell'assistenza delle persone con disabilità, quali:

- Importanza delle parole sostituite con: «persona con disabilità»;
- Modifica alle procedure e alle modalità di accertamento delle condizioni di disabilità con un rafforzamento di un approccio multidisciplinare e l'introduzione della cosiddetta “valutazione di base”, di competenza INPS;
- Adozione da parte delle commissioni di competenza delle classificazioni internazionali della salute e disabilità (ICD – International Classification of Diseases - Classificazione internazionale delle Malattie, e ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health – Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), quali strumenti omogenei per la valutazione di base delle condizioni di disabilità, accompagnata da una modifica complessa dei criteri di valutazione non solo medico-legale, ma anche di funzionamento personale e sociale;
- Definizione del progetto di vita della persona con disabilità, redatto sulla base delle aspirazioni, competenze, capacità e desideri della persona di concerto con le commissioni UVMD territoriali (Unità di valutazione multidimensionale disabilità), sottolineando la centralità della persona ed il rispetto del diritto di autodeterminazione. Il progetto di vita è finalizzato a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità per migliorare le condizioni personali e di salute nei diversi ambiti di vita, facilitandone l'inclusione sociale e la partecipazione nei diversi contesti di vita, su base di uguaglianza con gli altri, connesso all'elaborazione del “budget di progetto” per la sua concretizzazione e all'individuazione di un referente;
- Rafforzamento dell'approccio di integrazione sociosanitaria e di competenza delle UVMD territoriali, multidimensionali e multiprofessionali;
- Obblighi di informazione alla persona con disabilità;
- Revisione degli indirizzi e dei componenti delle UVMD.

In questo importante processo di aggiornamento normativo ed organizzativo, è stata approvata anche la Legge regionale n. 35/2025 di “Riordino del sistema della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della persona con disabilità. Modifiche alla L.R 66/2008 “che recepisce i contenuti del Dlgs 62/2024 in merito al sistema di accesso per le persone con disabilità, composizione e funzioni delle UVMD per la definizione del Progetto di Vita. Con il D.Lgs 62/2024 si prevede una fase di sperimentazione sia del procedimento di valutazione di base con decorrenza dal 1° gennaio 2025, sia del procedimento di valutazione multidimensionale e del progetto di vita individuale (personalizzato e partecipato); in particolare, tale sperimentazione riguarderà la provincia di Firenze e quindi, le zone/SdS ivi comprese.

Meritevole risulta poi la definizione dei PUA (Punti Unici di Accesso), come porta unitaria di accesso ai servizi all'interno delle Case di Comunità, così come descritto nel DM 77/22 e nella DGRT 1508/22. Il PUA diviene anche una modalità maggiormente semplice di accesso ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari oltre che di governo della domanda in backoffice, in stretta connessione con le équipe territoriali, anche delle UVM e

UVMD, come sottolineato dalla Legge regionale n. 35/2025 di “Riordino del sistema della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della persona con disabilità. Modifiche alla L.R 66/2008”.

### **A.2.3.1 Non Autosufficienza**

Con la Legge Regionale n.66/2008 "*Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza*" e con la DGRT 370/2010 "*Approvazione progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente*", la Regione Toscana aveva delineato le linee guida per l'assistenza alle persone non autosufficienti implementando nuove forme di assistenza e potenziando quelle già attive, con l'obiettivo di realizzare un sistema di assistenza di tipo universalistico che potesse consentire il pieno riconoscimento dei diritti di cittadinanza e prestazioni sociosanitarie appropriate al bisogno della persona anziana o disabile attraverso i seguenti strumenti:

- La costituzione di Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) in ogni ambito zonale;
- il piano personalizzato di assistenza (PAP), nel quale sono individuati gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni sociosanitarie da erogare, in condivisione con la persona e la famiglia.

**L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)** è l'équipe multiprofessionale deputata alla valutazione del bisogno della persona non autosufficiente, attraverso strumenti di valutazione multidimensionale delle condizioni della persona, sia dal punto di vista sanitario che sociale, ed all'elaborazione dei Piani di Assistenza Personalizzati (PAP). La UVM, costituita in ogni SdS, è composta da personale medico, infermieristico, di servizio sociale e amministrativo secondo le linee professionali e le indicazioni dei Dipartimenti aziendali di afferenza. La presa in carico, allo stesso modo, avviene sul territorio integrando le risorse degli enti locali e dell'azienda sanitaria.

L'UVM si articola in:

- a) Un nucleo di valutazione stabile costituito dalle seguenti figure professionali: Medico di Comunità della SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi di Zona di Pistoia, Assistente Sociale e Infermiere.
- b) Un team di valutazione composto da ogni altra figura professionale (Assistente Sociale, MMG, Psichiatra, Fisiatra, Neuropsichiatra Infantile, Infermiere, Terapista della Riabilitazione, etc) ritenuta necessaria per la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato e del Progetto di Vita, e che verrà di volta in volta convocata a cura del Coordinatore in accordo con i responsabili delle rispettive SOS/SOC.
- c) Un servizio di segreteria svolto da personale con profilo amministrativo, che garantisca anche il necessario raccordo con l'Ufficio Amministrativo della SdS per l'erogazione delle prestazioni oltre al monitoraggio dei relativi costi e delle liste d'attesa.

La tabella seguente riporta il volume di attività del progetto non autosufficienza nelle singole SdS/ZD, con riferimento alle richieste di valutazione da parte della UVM (segnalazione del bisogno) e le prese in carico della popolazione anziana ultra 65enne nell'anno 2024.

*Tabella: Assistenza alla persona non autosufficiente anno 2024 – numero assistiti trattati*

	<i>SdS Firenze</i>	<i>SdS F.na Nord Ovest</i>	<i>SdS F.na Sud Est</i>	<i>SdS Mugello</i>	<i>SdS Pratese</i>	<i>SdS Pistoiese</i>	<i>SdS VdN</i>	<i>SdS EVV</i>	<i>AUSL Toscana Centro</i>
<b>Totale</b>	13.319	5.650	5.789	2.224	8.255	4.975	4.274	7.476	<b>51.962</b>
<b>di cui</b>									
<b>anziani</b>	11.880	5.061	5.055	1.947	7.314	4.470	3.633	6.585	<b>45.945</b>
<b>età 65+</b>									

*(Fonte: archivio regionale AD-RSA Rfç 115 Rfç 118 – estrazione Infoview 2024, tab. 51.01)*

A seguito della riforma sanitaria toscana e della costituzione dell’Azienda Usl Toscana Centro si è reso opportuno creare sinergie e collaborazioni tra dipartimenti aziendali e le Società della Salute, attivando modalità di confronto sulle diverse realtà, frutto di storie e di contesti differenti, prevedendo da un lato profili di armonizzazione e dall’altro modalità di valorizzazione delle differenze zonali. Questo lungo processo ha portato ad un primo risultato con la deliberazione 1460 del 24/10/2019 “Profili di armonizzazione dei nove “Progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” attuati nelle SdS/ZD dell’Azienda Usl Toscana Centro- approvazione”, costruita e condivisa con le direzioni zonali e delle Società della Salute. Il percorso di armonizzazione è stato rivisto in relazione ai Regolamenti zonali con la determinazione di elementi comuni e armonizzati imprescindibili: il gruppo di lavoro condiviso tra la Direzione dei Servizi sociali, il Dipartimento del Servizio sociale e i relativi incarichi funzionali, con le 8 SdS ha elaborato delle indicazioni armonizzate, circa diversi temi affrontati, corredati da dettami normativi o deliberativi di riferimento. I temi affrontati e quindi oggetto di armonizzazione sono stati i seguenti:

*Lista di attesa per l’inserimento permanente in RSA*

*Richiesta dell’attestazione ISEE e relativo sistema di tipo continuo*

*Valutazione delle situazioni di urgenza (procedura Aziendale per deroghe ed urgenze)*

*Rivalutazione e decadenza del PAP*

*Accomodamento ragionevole*

*Non utilizzazione dello LACA ai fini della determinazione dell’importo delle prestazioni economiche domiciliari*

*Modulistica*

*Modalità di impiego indennità di accompagnamento nel calcolo/pagamento delle rette del servizio residenziale*

*Modalità operativa di valutazione e progettazione con persone prive di residenza nella zona di competenza*

*Modalità di definizione e calcolo della quota sociale in caso di servizio residenziale urgente e in attesa di attestazione ISEE*

*Riposo di sollievo - misura a sostegno della domiciliarità*

- **Area della Domiciliarità**

Gli interventi per l’area della domiciliarità sono:

- **contributi per l’assistente familiare:** sostegno alla persona e alla famiglia e la qualificazione del lavoro dell’assistente familiare

La prestazione consiste nell'erogazione di contributi economici obbligatoriamente finalizzati all'instaurazione di un rapporto di lavoro con persone terze che svolgono funzioni di assistente familiare con qualifica "C super", nel rispetto dei Contratti Collettivi di lavoro vigenti. Sono esclusi i rapporti di lavoro subordinato con il coniuge, il convivente more uxorio e le persone di cui all'art. 433 del Codice Civile.

- ***contributi per l'assistenza domiciliare indiretta***

La prestazione consiste nell'erogazione di contributi economici finalizzati a sostenere l'acquisto da parte dell'utente e/o della sua rete familiare di interventi di assistenza domiciliare. Deve essere utilizzato per l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato con persone terze che svolgono funzioni assistenziali o per l'acquisto di servizi analoghi forniti da organizzazioni ed imprese. La dimensione della prestazione e i bisogni da coprire sono definiti nel Progetto Assistenziale Personalizzato definito dall'UVM.

- ***assistenza socio-assistenziale domiciliare diretta***

Servizio di assistenza domiciliare erogato in forma "diretta" tramite convenzione con un Ente Gestore. Il servizio assicura una gamma di prestazioni assistenziali programmate mirate, volte, essenzialmente, all'igiene e cura della persona ed ha natura integrativa rispetto alle capacità e alle risorse personali e della rete familiare. Può, se necessario, assicurare anche un'azione di tutoraggio in favore di utenti con bisogni complessi.

**Zona pistoiese - Utenti ultra 65enni con prestazione attiva nell'anno 2024:**

<b>Tipo prestazione</b>	<b>N° anziani</b>
Contributo per assistente familiare o ass. dom. indiretta	316
Assistenza socio-assistenziale domiciliare diretta	84

- ***Altri interventi domiciliari sociali e sanitari forniti dal servizio pubblico in forma diretta***

L'assistenza domiciliare comprende prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali prestate direttamente a casa del paziente con l'obiettivo di evitare, per quanto possibile, il ricovero del paziente in ospedale o la sua collocazione in una struttura residenziale oltre il tempo strettamente necessario o in modo inappropriato.

Tali prestazioni non sono solo riservate alle persone anziane non autosufficienti, ma come evidenziato dai dati sotto riportati il maggior utilizzo di questa attività è dedicato alla popolazione ultrasessantacinquenne.

Le cure domiciliari che vengono erogate sul territorio sono di più tipi:

- Assistenza Domiciliare per interventi di natura sanitaria (AD solo sanitaria), dedicata a persone non autosufficienti o dimesse di recente dall'ospedale, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): riguarda le situazioni più complesse, si definisce "integrata" poiché il servizio di assistenza medica è coordinato con quello socio-assistenziale, e consiste in un insieme di servizi e interventi socio sanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione. Avviene

attraverso prestazioni fornite da diversi professionisti (medici, infermieri, operatori socio sanitari (OSS), fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.).

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): prevede la presenza periodica (settimanale, quindicinale, mensile) del medico di medicina generale al domicilio dell'assistito non ambulabile.

Sul territorio dell'Azienda Usl Toscana Centro le prestazioni di assistenza domiciliare erogate dalle SdS/ZD nel 2018 superano complessivamente i 500.000 accessi domiciliari, nelle diverse forme di assistenza domiciliare integrata (ADI), Assistenza domiciliare programmata (ADP) effettuata dal medico di medicina generale, e assistenza domiciliare solo sanitaria relativa agli accessi infermieristici e OSS.

*Tabella: Assistenza domiciliare, erogazioni per tipo di percorso, Azienda USL TC anno 2024*

Zona	AD solo sanitaria	ADI	ADP	Cure Palliative Domiciliari	UVM Standard (PAP)	Totale
SdS Firenze	106.093	34.572	15.703	19.361	243.786	419.515
SdS Valdinievole	75.389	10.018	31.925	14.490	36.987	168.809
SdS Pratese	91.636	4.595	35.705	21.747	92.775	246.458
SdS Pistoiese	74.150	1.601	13.210	4.753	41.734	135.448
SdS F.na Nord-Ovest	64.745	5.106	8.252	4.664	82.920	165.687
SdS F.na Sud-Est	62.542	5.475	8.922	3.688	73.901	154.528
SdS Mugello	34.175	3.715	3.124	3.692	43.336	88.042
SdS EVI	88.031	3.822	249	10.643	132.765	235.510
TOT.	596.761	68.904	117.090	83.038	748.204	1.613.997

Fonte: archivio regionale AD -RSA RFC115 RFC118

Tali prestazioni sono riservate per la maggior parte alle persone anziane non autosufficienti, cioè dedicate alla popolazione ultrasessantacinquenne.

Le cure domiciliari che vengono erogate sul territorio della Toscana Centro sono di più tipi:

- Assistenza Domiciliare Tutelare: assistenza rivolta a persone parzialmente non auto-sufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura della persona (fornitura dei pasti, pulizia della casa, lavaggio della biancheria, igiene personale, ..).
- Assistenza Domiciliare per interventi di natura sanitaria (AD solo sanitaria), dedicata a persone non autosufficienti o dimesse di recente dall'ospedale, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): riguarda le situazioni più complesse, si definisce "integrata" poiché il servizio di assistenza medica è coordinato con quello sociale, e consiste in un insieme di servizi e interventi sociosanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione. Avviene attraverso prestazioni fornite da diversi professionisti (medici, infermieri, operatori sociosanitari - OSS, fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.).
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): prevede la presenza periodica (settimanale, quindicinale, mensile) del medico di medicina generale al domicilio dell'assistito non ambulabile.

Il 01.01.2023 è entrato in funzione il nuovo Flusso Ministeriale SIAD che introduce un indicatore di monitoraggio della presa in carico in ADI come % di pazienti over65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni “presi in carico” per tutte le classi di CIA<sup>1</sup>). Il valore del CIA può variare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana), con 4 livelli:

1. **Cure domiciliari di livello base (CIA <0,14):** basso livello di intensità assistenziale, anche a carattere episodico; non integrate. < 1 accesso/sett
2. **Cure domiciliari integrate (ADI) di I livello (CIA 0,14-0,30):** cure domiciliari integrate, prevalentemente medico-infermieristico-assistenziali o riabilitativo-assistenziali, compresa fornitura di diagnostica, farmaci, dispositivi. Accesso su valutazione UVM, presenza di PAI/PRI. 1 accesso/sett
3. **Cure domiciliari integrate (ADI) di II livello (CIA 0,31-0,50):** fino a 2 accessi/sett
4. **Cure domiciliari integrate (ADI) di III livello (CIA >0,50):** 3 o + accessi/sett

Lo standard organizzativo è del 10% della popolazione da prendere in carico progressivamente.

Tabella: Tasso di pazienti trattati in AD (CIA 1, 2, 3) al 31.12.2024 (D22Z del NSG)

	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
Numeratore	6.279	2.912	2.563	929	3.799	2.296	2.546	3.637	24.961
Popolazione	363.837	222.016	167.447	63.337	260.972	170.487	119.555	241.196	1.608.847
Valore	17,26	13,12	15,31	14,67	14,56	13,47	21,30	15,08	15,51

(fonte Regione Toscana, PowerBI, Monitoraggio indicatori Nuovo Sistema di Garanzia)

Tabella: Tasso di pazienti trattati in AD - CIA 1- al 31.12.2024 – Punteggio massimo con indicatore superiore a 4

	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
Numeratore	2.661	1.431	962	481	1.449	1.199	1.123	1.837	11.143
Popolazione	363.837	222.016	167.447	63.337	260.972	170.487	119.555	241.196	1.608.847
Valore	7,31	6,45	5,75	7,59	5,55	7,03	9,39	7,62	6,93

(fonte Regione Toscana, PowerBI, Monitoraggio indicatori Nuovo Sistema di Garanzia)

Tabella: Tasso di pazienti trattati in AD - CIA 2- al 31.12.2024 – Punteggio massimo con indicatore superiore a 2,5

	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
Numeratore	1.741	748	628	219	1.015	646	777	975	6.749
Popolazione	363.837	222.016	167.447	63.337	260.972	170.487	119.555	241.196	1.608.847
Valore	4,79	3,37	3,75	3,46	3,89	3,79	6,50	4,04	4,19

(fonte Regione Toscana, PowerBI, Monitoraggio indicatori Nuovo Sistema di Garanzia)

CIA = numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA, giornate in cui viene eseguito almeno un accesso) / numero di Giornate di Cura (GdC, numero totale di giornate di presa in carico).

Tabella: Tasso di pazienti trattati in AD - CIA 3- al 31.12.2024 – Punteggio massimo con indicatore superiore a 2

	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
<b>Numeratore</b>	1.877	733	973	229	1.335	451	646	825	7.069
<b>Popolazione</b>	363.837	222.016	167.447	63.337	260.972	170.487	119.555	241.196	1.608.847
<b>Valore</b>	<b>5,16</b>	<b>3,30</b>	<b>5,81</b>	<b>3,62</b>	<b>5,12</b>	<b>2,65</b>	<b>5,40</b>	<b>3,42</b>	<b>4,39</b>

(fonte Regione Toscana, PowerBI, Monitoraggio indicatori Nuovo Sistema di Garanzia)

Tabella: Assistenza domiciliare anno 2024 – numero casi trattati per tipo di percorso (ADI, ADP, AD)

Tipologia		SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
ADI	nr. casi	717	114	207	77	81	36	44	445	1.721
	di cui anziani	517	87	152	58	72	30	35	384	1.335
ADP	nr. casi	316	174	113	46	610	224	404	5	1.892
	di cui anziani	304	155	104	40	531	189	382	5	1.710
AD solo sanitaria	nr. casi	7.051	3.605	3.241	1.234	5.103	3.260	2.775	4.409	30.678
	di cui anziani	6.065	3.178	2.804	1.079	4.423	2.920	2.254	3.758	26.481

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfj 115 Rfj 118 – estrazione Infoview 2024, TAB. 51.02)

Tabella: Assistenza domiciliare anno 2024 – nr. prestazioni erogate per tipo di percorso (ADI, ADP, AD)

Tipologia		SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
ADI	erogazioni	20.022	1.900	2.491	1.074	3.718	2.106	5.933	9.120	46.364
	di cui anziani	15.692	1.372	2.044	638	3.341	1.469	3.644	7.909	36.109
ADP	erogazioni	5.863	4.715	3.661	940	15.926	6.840	17.914	66	55.925
	di cui anziani	5.608	4.360	3.586	893	14.539	6.522	16.487	66	52.061
AD solo sanitaria	erogazioni	162.493	111.880	84.097	39.846	134.835	149.315	125.340	130.087	937.893
	di cui anziani	141.408	98.950	75.932	35.538	113.947	135.791	109.462	113.401	824.429

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfj 115 Rfj 118 – estrazione Infoview 2024, TAB. 51.02 – tracciato 2)

Il tema della registrazione delle attività domiciliari e dell'alimentazione del flusso assume quindi un'importanza rilevante e necessita di ancor maggiore implementazione e uniformità: allo scopo di migliorare il flusso, è stato costituito un gruppo aziendale specifico.

- **Area della semiresidenzialità**

Il Centro Diurno per persone anziane >65 anni non autosufficienti è collocato all'interno del sistema diversificato dei servizi e interventi integrati, secondo la logica della circolarità e dell'interscambio tra le diverse tipologie di prestazioni. Esso opera a sostegno dell'azione della famiglia, in particolare per le situazioni

caratterizzate da elevata intensità assistenziale per le quali sia possibile definire un programma di “cura” con l’obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell’assistito e dei suoi familiari.

Il Centro Diurno si colloca nella rete dei servizi territoriali e deve essere affiancato da altre risposte circolari e integrate, da quelle domiciliari ai ricoveri temporanei in RSA.

**Zona pistoiese – Ospiti frequentanti centri diurni per anno**

	2024
modulo base	162
modulo alzheimer	33

• **Area della residenzialità (permanente e/o temporanea e di sollievo)**

L’inserimento della persona in RSA avviene nell’ambito del percorso assistenziale, quale scelta tra le varie opzioni possibili, sulla base della valutazione multidimensionale e della definizione conseguente del Piano di Assistenza Personalizzato (PAP). La quota sociale o alberghiera della retta è a carico dell’utenza, con eventuale integrazione da parte dei Comuni determinata in base all’Isee.

L’inserimento può essere:

- **temporaneo**, finalizzato ad offrire alla persona assistita un inserimento residenziale programmato, in presenza di inadeguatezza ambientale transitoria o impossibilità temporanea della famiglia o del caregiver a garantire adeguata assistenza. E’ altresì finalizzato alla riattivazione e riabilitazione delle capacità funzionali residue con verifica a termine a cura dell’UVM.
- **di sollievo**, finalizzato ad offrire alla famiglia l’opportunità di alleggerire per un periodo determinato di tempo lo stress e l’impegno di cura, consentendo un recupero sul piano fisico e psicologico.
- **permanente** subordinato alla definizione, a cura dell’UVM, di un PAP di tipo residenziale, a seguito dell’accertamento di una condizione di elevato bisogno assistenziale e di inadeguatezza ambientale e della rete assistenziale che rende impossibile in via permanente un piano assistenziale domiciliare.

**Zona pistoiese – modulo base anno 2024**

	Ricoveri temporanei / sollievo	Ricovero a tempo indeterminato
Ospiti nell’anno	133	295

• **LaDGRT 995/2016**

In base alla DGRT 995/2016 “*Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l’erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015*”, i destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta nell’ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili come posti in modulo base, attraverso titoli di acquisto la cui erogazione è subordinata alla definizione del Piano di Assistenza Personalizzato di tipo residenziale da parte della UVM. Attraverso il cosiddetto “titolo d’acquisto” – documento rilasciato dai servizi sociosanitari territoriali competenti in cui vengono indicati il corrispettivo sanitario (quota sanitaria) e

sociale (quota sociale) destinato alla Residenza scelta dallo stesso – la persona potrà ora scegliere la struttura. I gestori delle strutture autorizzate e accreditate che hanno sottoscritto l'accordo previsto dalla DGRT 995 hanno l'obbligo di aderire al portale web regionale delle RSA e sono responsabili delle informazioni rese all'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, che si occupa della pubblicazione online delle stesse, di modo da offrire ai cittadini tutte le informazioni utili per una scelta adeguata alle proprie esigenze.

- **I moduli base e specialistici in RSA**

Il DPGR 9 gennaio 2018, n. 2/R “Regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 - Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale” prevede la declinazione dell'offerta in RSA nei seguenti moduli:

- MODULO BASE residenziale - La combinazione media intensità assistenziale/media complessità organizzativa corrisponde a strutture organizzate con modulo per la non autosufficienza stabilizzata con una durata in base al piano di assistenza.
- MODULO BIA - La combinazione bassa intensità assistenziale/bassa complessità organizzativa corrisponde a strutture organizzate con modulo BIA (Bassa Intensità Assistenziale), un modulo di residenza assistenziale per anziani destinato a rispondere al bisogno di assistenza meno complesso.
- MODULI SPECIALISTICI - Le combinazioni alta intensità assistenziale/alta complessità organizzativa corrispondono a strutture organizzate rispettivamente con i seguenti moduli specialistici:
  - disabilità di prevalente natura motoria per persone che, in fase post-acuta e/o post ospedaliera necessitano di un intervento finalizzato al recupero di un migliore livello funzionale (es. esiti di ictus, Parkinson, fratture).
  - disabilità cognitivo comportamentale residenziale per persone con caratteristiche sanitarie definite e con gravi disturbi del comportamento in fase acuta (agitazione psicomotoria, aggressività eterodiretta e insonnia). La durata è quella prevista dal piano assistenziale individuale, secondo riferimenti LEA, in cui devono essere indicate obbligatoriamente le valutazioni periodiche da effettuarsi sugli obiettivi posti dal piano stesso.
  - disabilità cognitivo comportamentale semiresidenziale Il Centro Diurno è un luogo che per sua natura assolve una duplice finalità: quella di presa in carico di anziani con disturbi cognitivi e del comportamento, sulla base dei potenziali residui espressi, e quella di accoglienza temporanea e di sollievo per la famiglia con una durata in base al piano di assistenza.
  - stati vegetativi permanenti stabilizzati – terminali per persone completamente dipendenti anche per l'alimentazione, spesso nutrite in modo artificiale, con grave e persistente compromissione dello stato di coscienza, autonome nella funzione respiratoria.
  - Cure intermedie in RSA setting 3 di cui alle DGRT n. 909/2017 e 1596 del 16/12/2019.

La DGRT 843/2021 ha disegnato un nuovo modello di programmazione e accesso ai servizi di tipo residenziale, richiedendo un lavoro sinergico tra l'azienda sanitaria e le zone, per garantire il rispetto di quanto previsto nei LEA nazionali. Tale atto ha portato all'emanazione della DGRT 1108/25 che, per la libera scelta, regola i rapporti tra Azienda Usl, SdS e gestori esclusivamente per i moduli base e lascia al governo di parte pubblica la responsabilità di orientamento e pianificazione per l'utilizzo dei posti di natura specialistica e dei posti in ambito semi-residenziale. La delibera ha previsto le seguenti novità:

- indicazioni circa il governo dell'accesso e delle dimissioni alle e dalle RSA, soprattutto circa le tempistiche dei moduli specialistici come previsto da LEA;
- definizione di procedura di dimissione dai moduli specialistici verso moduli base;
- rafforzamento e implementazione della RSA come soggetto di supporto alla domiciliarità e delle situazioni di emergenza e urgenza attraverso coprogettazioni innovative.

La finalità ultima sarà un modello di governo da parte delle UVM con PAI definiti circa tempi e valutazione ex ante, in itinere ed ex post che garantisca un governo del sistema, la temporaneità dei moduli specialistici non basati sulla libera scelta, le valutazioni sanitarie e sociali necessarie al target individuato per i moduli e l'attivazione di risposte altre e appropriate alla dimissione, tenendo anche conto della circolarità dei posti letto nei suddetti moduli e della necessaria risposta a situazioni urgenti ed emergenti di natura sociale e/o sanitaria. I moduli specialistici, con caratteristiche definite e necessarie all'autorizzazione e all'accreditamento, saranno attivati, in futuro, sulla base di manifestazioni di interesse finalizzate e governo dell'accesso e delle dimissioni da parte delle UVM con il supporto di specialisti competenti. La DGRT 843/2021, confermata dalla successiva DGRT 1108/25, ha avviato altresì un percorso di miglioramento riguardante la programmazione triennale e la governance del sistema. Sulla base di tali indirizzi regionali, la Direzione dei Servizi Sociali della Azienda USL Toscana Centro ha avviato un processo di pianificazione innovativo, basato sulle caratteristiche territoriali e della popolazione, con analisi epidemiologiche e storiche che possano fornire orientamento e programmazione. Sulla base dell'orientamento regionale, l'Azienda USL Toscana Centro, di concerto con le 8 Società della Salute, ha promosso la pianificazione dei posti letto di RSA e dei relativi moduli specialistici secondo il fabbisogno e tenendo conto di indicatori selezionati e previsti dalla normativa: l'analisi del fabbisogno è finalizzata alla promozione di una rete di servizi che possano rispondere ai bisogni delle persone non autosufficienti, definendo risorse, pianificando l'offerta assistenziale appropriata e la relativa sostenibilità finanziaria. Per procedere ad una corretta pianificazione rispondente ai bisogni, la Direzione dei Servizi Sociali, supportata dall'apparato amministrativo e epidemiologico, ha preso in esame numerosi dati oggettivi: quali indicatori sintetici relativi alla Azienda USL Toscana Centro, con specifiche territoriali adeguati all'emersione del bisogno zonale specifico, della sua evoluzione storica e della situazione di risposta da parte dei servizi, secondo anche quanto indicato dalla normativa e previsto dai LEA e dal Nuovo Sistema di garanzia (NSG). Tali indicatori hanno permesso la costruzione di un indice sintetico, denominato Indice Integrato di Bisogno Assistenziale (IBA), che offre una visione complessiva dei bisogni assistenziali, combinando aspetti demografici, socioeconomici e di risposta sanitaria a livello di zona. Questo approccio ha permesso, in parte, di allocare le risorse in modo più equo, mirando a ridurre le disparità tra le zone distretto, specialmente se alcune aree mostrano bisogni significativamente superiori, e di definire il Fabbisogno 2025/27:

Pianificazione strategica triennale 2025-2026-2027 dei posti letto di RSA, comprese le Cure Intermedie Setting 3 e moduli specialistici ai sensi della Delibera AUSL TC 1419/2024

ZONA/SDS	Setting 3 Cure Intermedie in attesa 2R/18	Modulo disabilità di natura motoria	Modulo disabilità di natura cognitivo comportamentale	Modulo Stati Vegetativi persistenti	Modulo Bassa Intensità Assistenziale	Centro Diurno base	Centro Diurno cognitivo comportamentale
Valdinievole	8	4	12	3	18	39	22
Mugello	25	1	20	0	12	22	10
Firenze	0	16	140	10	40	140	75
Fiorentina Nord Ovest	8	2	40	2	30	60	20
Pratese	0	15	20	10	20	150	20
Pistoiese	14	8	20	8	48	72	14
Empolese Valdarno Valdelsa	8	30	56	4	16	110	14
Fiorentina Sud Est	0	6	62	4	10	114	15
TOTALE	63	82	370	41	194	707	190

Tabella: Numero di anziani +75 anni non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti, per tipologia di trattamento (intensità di cura)<sup>2</sup>. Sufficiente con indicatore superiore a 24,6; punteggio massimo con indicatore superiore a 41.

R1, R2, R3	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC	
Totale assistiti	2.601	637	1.545	437	1.053	686	229	1.060	8.248	
Demografia	54.096	28.546	26.326	8.239	30.403	24.256	15.846	30.480	218.192	
Tasso / Indicatore	48,08	22,31	58,69	53,04	34,63	28,28	14,45	34,78	37,80	
R1	nr. assistiti	1.143	-	683	-	626	329	-	376	3.157
	Tasso	21,13	-	25,94	-	20,59	13,56	-	12,34	14,47
R2	nr. assistiti	127	14	59	13	1	6	2	54	276
	Tasso	2,35	0,49	2,24	1,58	0,03	0,25	0,13	1,77	1,26
R2D	nr. assistiti	2	-	1	-	1	142	84	91	321
	Tasso	0,04	-	0,04	-	0,03	5,85	5,30	2,99	1,47
R3	nr. assistiti	1.329	623	802	424	425	209	143	539	4.494
	Tasso	24,57	21,82	30,46	51,46	13,98	8,62	9,02	17,68	20,60

(fonte: archivio regionale D33Z - Anno 2024. Numero di assistiti residenziali >= 75 anni per 1.000 abitanti per intensità di cura – estrazione Inforview del 13/01/2025)

2

R1 - Trattamenti erogati a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone terminali etc.);

R2 - Trattamenti erogati a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale, lesioni da decubito profonde, etc);

R2D - Trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività'

R3 - Trattamenti erogati di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

*Tabella: Numero di anziani +75 anni non autosufficienti in trattamento sociosanitario semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti, per tipologia di trattamento (intensità di cura)<sup>3</sup>.*

	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC	
<b>Totale assistiti Semiresidenziali</b>	182	70	73	16	78	113	85	65	682	
<b>SR1</b>	<b>nr. assistiti</b>	108	52	72	16	73	88	54	65	528
	<b>Tasso</b>	1,97	1,75	2,62	1,83	2,30	3,49	3,29	2,05	2,33
<b>SR2</b>	<b>N. assistiti</b>	74	18	1	-	5	25	31	-	154
	<b>Tasso</b>	1,35	0,61	0,04	-	0,16	0,99	1,89	-	0,68

*(fonte: archivio regionale D33Zb - D33Zb Anno 2024. Numero di assistiti semiresidenziali >= 75 anni per 1.000 abitanti per intensità di cura - estrazione BI 13/01/2025)*

- **Ulteriori progettualità attivate sul territorio**

L'assistenza alla persona anziana non autosufficiente prevede, oltre a quanto sopra descritto, ulteriori progettualità, azioni e prestazioni, gestite e organizzate dalle Società della Salute / Zone Distretto. Di seguito se ne descrive brevemente i contenuti.

- **Progetto Home Care Premium**

Il progetto Home Care Premium (HCP), promosso e finanziato da INPS, viene realizzato in tutte le SdS che hanno colto in esso un'occasione per integrare i servizi "ordinari" destinati alle persone con disabilità o a quelle anziane in condizione di non autosufficienza. Ciò che viene richiesto alle SdS è di organizzare e gestire la fase di accesso e informativa al progetto (front office), di garantire la realizzazione delle attività propedeutiche alla valutazione dei casi successiva all'ammissione al contributo (di competenza dell'INPS) e di erogare i servizi concordati nel Piano Assistenziale Personalizzato (PAI).

- **Progetto regionale gravissime disabilità**

La Regione Toscana, attraverso risorse del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze dedicato alle disabilità gravissime, sostiene da molti anni i percorsi domiciliari, di assistenza e cura per le persone con disabilità grave e gravissima. Si tratta di interventi, integrativi e aggiuntivi rispetto a quanto già previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, che prevedono l'erogazione di un contributo economico mensile che va da 700 a 1.000 euro mensili per consentire alla persona con disabilità gravissima di poter assumere un assistente personale.

I beneficiari di questo progetto possono essere anziani non autosufficienti ma anche minori e adulti con grave disabilità.

- **Progetti Demenze/Alzheimer**

La demenza e l'Alzheimer sono una delle cause, a maggior rilevanza epidemiologica, di disabilità delle persone, prevalentemente anziane e rappresentano una grave condizione patologica, spesso associata alla presenza

contemporanea di disturbi cognitivi e comportamentali con importanti implicazioni sociali. Nella zona pistoiese sono attivi attualmente due Caffè Alzheimer e un'Atelier Alzheimer.

- **Centro di riferimento per i Disturbi Cognitivi e le Demenze**

Il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) è una struttura clinica focalizzata sulla prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle diverse forme di demenza. Il paziente che si rivolge al CDCD segue un iter diagnostico multidimensionale, volto ad approfondire gli aspetti anamnestici, cognitivi, comportamentali e funzionali. Questa procedura è mirata a formulare una diagnosi accurata e a pianificare un piano di trattamento adeguato per le specifiche esigenze dell'individuo.

- **Voucher domiciliari FSE**

Nell'ambito dei Programmi Operativi Regionali di utilizzo del Fondo Sociale Europeo FSE+2021-2027, Regione Toscana ha finanziato l'avviso regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" approvato con decreto regionale n. 27538 del 22/12/2023 per un totale di finanziamento pubblico assegnato alla Sds Pistoiese pari a 1.150.077,79 €.

Il progetto si pone in continuità con le attività avviate dalle precedenti edizioni per la realizzazione di interventi finalizzati ad accompagnare e sostenere la permanenza della persona a domicilio sia nella fase di dimissione ospedaliera che con progetti più a lungo termine a favore di persone con limitazione dell'autonomia e delle loro famiglie.

#### **Pronto Badante**

Il progetto garantisce, attraverso soggetti del terzo settore, un'attività di orientamento e sostegno per le famiglie che per la prima volta si trovano ad affrontare l'emergenza di gestire in famiglia un anziano fragile. I positivi risultati conseguiti della sperimentazione consentono di confermare e dare stabilità nel futuro alle azioni intraprese, con una sempre maggiore integrazione coi percorsi volti a favorire la domiciliarità degli anziani

#### **A.2.3.2 Disabilità**

Le normative hanno accolto la definizione di disabilità elaborata dall'OMS, portando a compimento il paradigma della piena partecipazione, valorizzazione e promozione dei diritti delle persone con disabilità, finalizzata a principi di autonomia e autodeterminazione. Su tali basi, si fonda la previsione normativa nazionale e regionale del progetto di vita individualizzato e personalizzato e relativo budget di salute, di cui al D.Lgs 62/24.

Anche in coerenza con le riforme della normativa nazionale, un ruolo centrale è rivestito dalle **Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD) zonale**, deputata alla valutazione ed alla predisposizione del Progetto di vita della persona disabile.

Come delineato nei paragrafi precedenti, la Azienda USL Toscana Centro assicura le attività previste dalla sperimentazione del Dlgs. n.62/2024 in collaborazione con le SDS di Firenze, Mugello, Fiorentina NordOvest e Fiorentina Sudest. Inoltre, viene assicurata la condivisione con tutte le SdS dell'andamento della sperimentazione e l'armonizzazione di procedure e strumenti tramite gli incontri mensili del Tavolo Direttori SdS, coordinato dalla Direzione dei Servizi Sociali.

Nella zona pistoiese è stata costituita un'unica UVMD, con declinazione "Minori" e "Adulti", prevedendo:

- l'individuazione di un nucleo di componenti fisso della UVMD zonale composto da un medico del distretto, un assistente sociale e un amministrativo), in modo da garantire continuità della presa in carico e alta specializzazione degli operatori;
- la nomina del Coordinatore della UVMD zonale tra i componenti il nucleo di fisso della stessa;
- l'individuazione di componenti stabili della UVMD MINORI facendo riferimento a tre micro-équipe della Neuropsichiatria per ogni ZD, previste per tipo di percorso (autismo, disabilità intellettiva, disabilità neuromotoria) e costituite da un neuropsichiatra, uno psicologo e un esercente la professione della riabilitazione. La micro équipe segue gli aspetti sanitari della presa in carico, avvalendosi dove previsto del servizio sociale competente e partecipa alla UVMD zonale con la presenza di almeno un rappresentante per micro-équipe;
- l'individuazione di componenti stabili della UVMD ADULTI composta da uno specialista in psichiatria per l'autismo e ad uno specialista in fisioterapia per disabili fisici e intellettivi e comunque in base alla comorbilità prevalente. Gli specialisti individuati per ogni zona si avvarranno dove previsto del servizio sociale competente e si occuperanno anche di fornire le consulenze necessarie nei casi di comorbilità;
- l'individuazione di componenti "a chiamata" qualora la valutazione necessiti di ulteriori competenze cliniche e assistenziali: con riferimento all'infermiere di famiglia che ha in carico la persona disabile; o esercente la professione sanitaria della riabilitazione (per la UVMD ADULTI).

In relazione alla Legge Regionale 35/2025, anche in relazione alla disabilità, avranno uno specifico impatto i livelli organizzativi previsti dal DM 77/22 e PUA, diffuso su tutto il territorio: tali percorsi saranno finalizzati all'accoglienza del cittadino che segnala un bisogno e di informazione e orientamento della domanda al livello organizzativo successivo a quello dell'accesso.

Oltre a quanto già riportato sopra e nel paragrafo 3, si sottolinea l'art. 13 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che afferma che *"l'integrazione scolastica della persona handicappata nelle sezioni e nelle classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado e nelle università si realizza, fermo restando quanto previsto dalle leggi 11 maggio 1976, n. 360, e 4 agosto 1977, n. 517, e successive modificazioni, anche attraverso: la programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socioassistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici o privati. A tale scopo gli enti locali, gli organi scolastici e le unità sanitarie locali, nell'ambito delle rispettive competenze, stipulano gli accordi di programma. Tali accordi di programma sono finalizzati alla predisposizione, attuazione e verifica congiunta di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché a forme di integrazione tra attività scolastiche e attività integrative extrascolastiche."* Sulla base della normativa, sono stati redatti e/o revisionati specifici **Accordi di Programma**, al fine di dare atto ad una programmazione coordinata degli interventi per l'integrazione scolastica e sociale delle persone con disabilità.

I principali progetti strutturali e regionali sviluppati sul territorio e dedicati alle persone con disabilità sono:

I principali progetti strutturali e regionali sviluppati sul territorio e dedicati alle persone disabili sono:

- il Progetto Non Autosufficienza < 65 anni
- il Progetto Vita Indipendente (su FSE+ 2021-2027)
- il Progetto Gravissime Disabilità
- il FNA dedicato alla SLA
- Progetto HAndyamo (legge 112/2016)

- l'Assistenza Domiciliare Integrata
- l'inserimento in struttura semiresidenziale o residenziale
- Integrazione scolastica: rapporto con le scuole e ee.ll.

Per i dettagli relativi alle caratteristiche dei diversi interventi in atto per la disabilità di rimanda all'allegato POA 2026

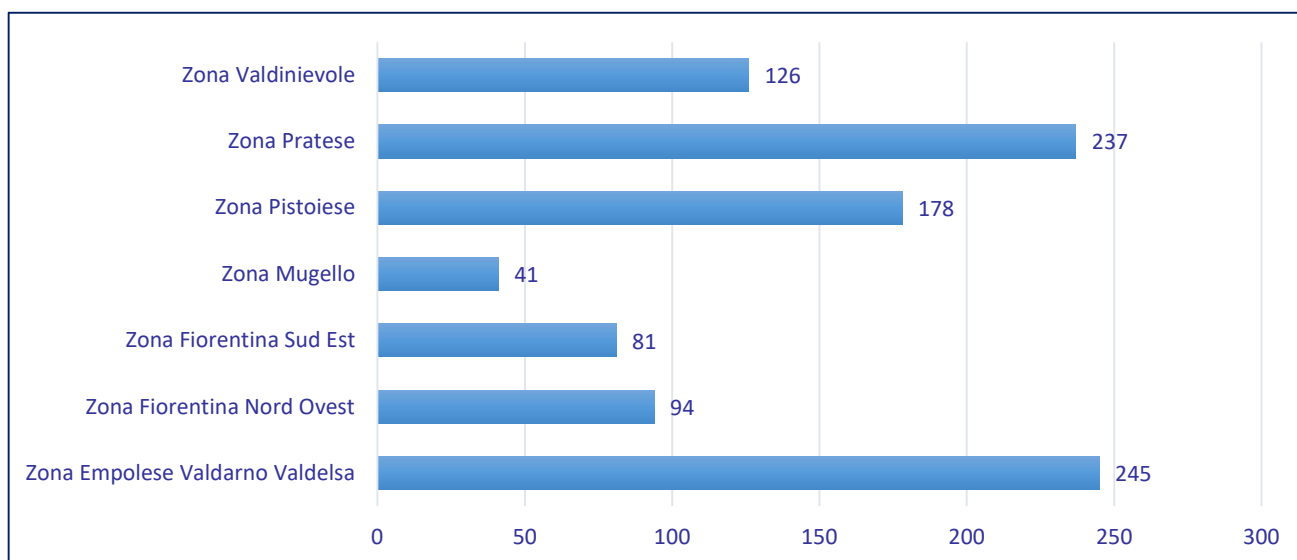
## A.2.4 Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)

Il Servizio di Pronto Intervento Sociale (SPIS) del Sistema Regionale Emergenza Urgenza (SEUS), realizza a livello esecutivo il LEPS del Pronto Intervento Sociale come stabilito dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021/2023. Prevede, in sinergia tra Zone Distretto e Dipartimenti dei Servizi Sociali, la gestione degli interventi di emergenza/urgenza sociale. Nell'anno 2015, prende avvio la sperimentazione del servizio per soddisfare quanto previsto dalla Legge 328/2000 (art. 22, c. 4, lett. b), includendo buona parte delle Zone/SdS dell'AUSL TC (Del. GRT 1322/2015). Nell'anno 2018 si sviluppa a carattere regionale (Del. GRT 838/2019) e nel 2024 vede coinvolte ben 15 zone distretto della Regione Toscana.

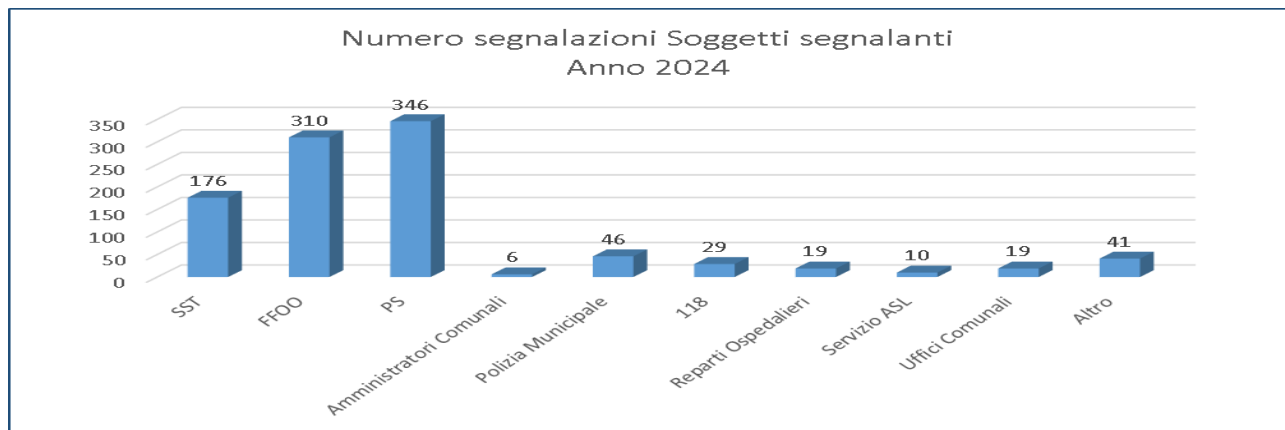
Per il governo del Sistema Regionale Emergenza Urgenza (SEUS) è stata istituita una cabina di regia regionale. In previsione anche delle linee indirizzo regionali a chiusura della sperimentazione contenute nella DGRT 1292/2025 "Sistema Emergenza Urgenza Sociale regionale (SEUS) – modello organizzativo, strutturazione e sviluppo", il modello SEUS garantisce una presa in carico immediata in situazioni ad alta complessità, contribuendo alla prevenzione della marginalità cronica e alla promozione del benessere sociale, nel rispetto dei diritti fondamentali della persona.

Il Servizio di Pronto Intervento Sociale (SPIS) ha visto la costituzione di una Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno. Servizio di secondo livello, è dotato di un numero verde dedicato ed è contattabile, come stabilito in delibera regionale, dal Servizio Sociale Professionale, dai Pronto Soccorso, dalle Forze dell'Ordine e dagli Amministratori Comunali.

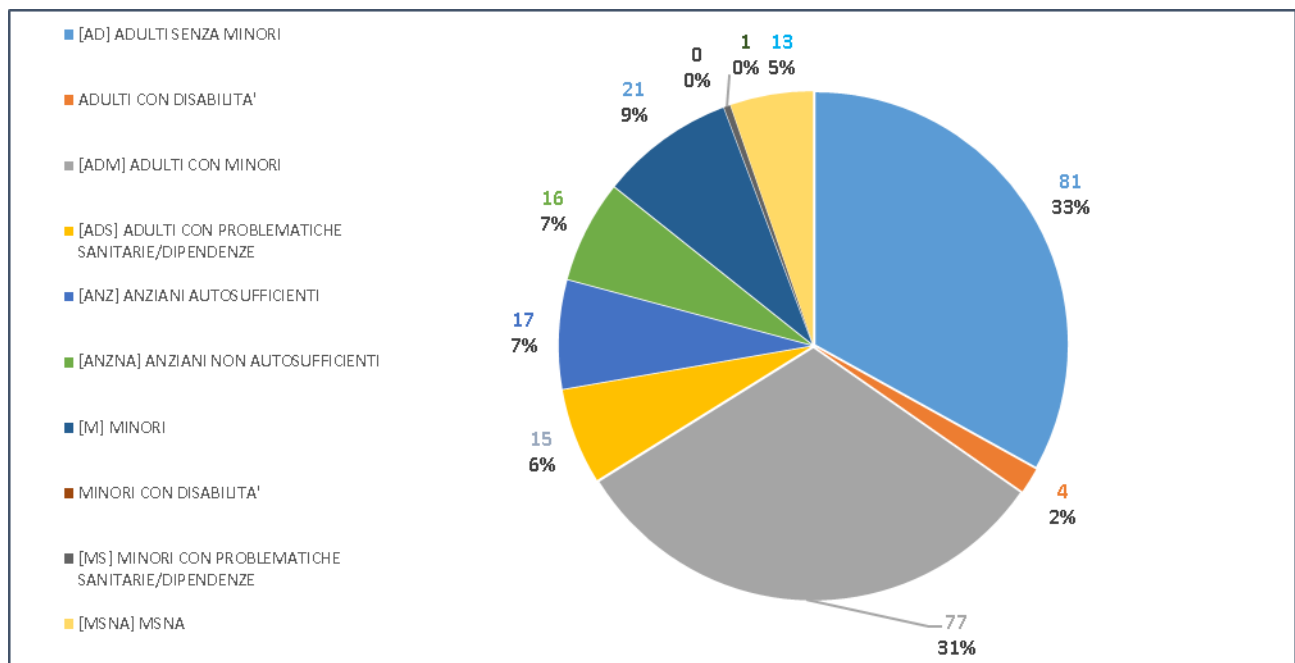
*Numero di "Segnalazioni" per Zona/SDS di residenza, AUSL TC anno 2024.*



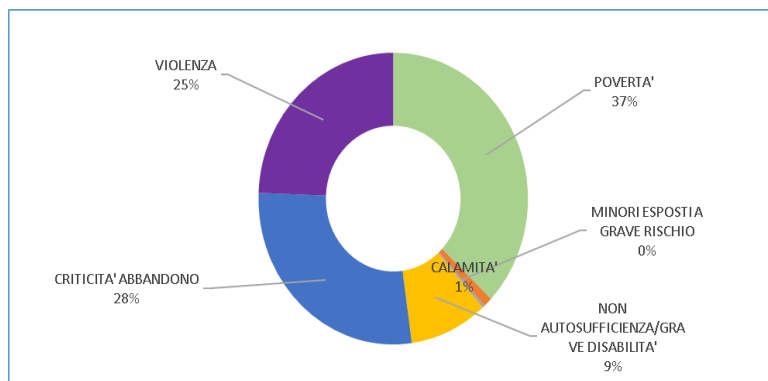
Numero di Segnalazioni per "Soggetti segnalanti", AUSL TC anno 2024.



Numero "Tipologia segnalati" e percentuali, AUSL TC anno 2024.



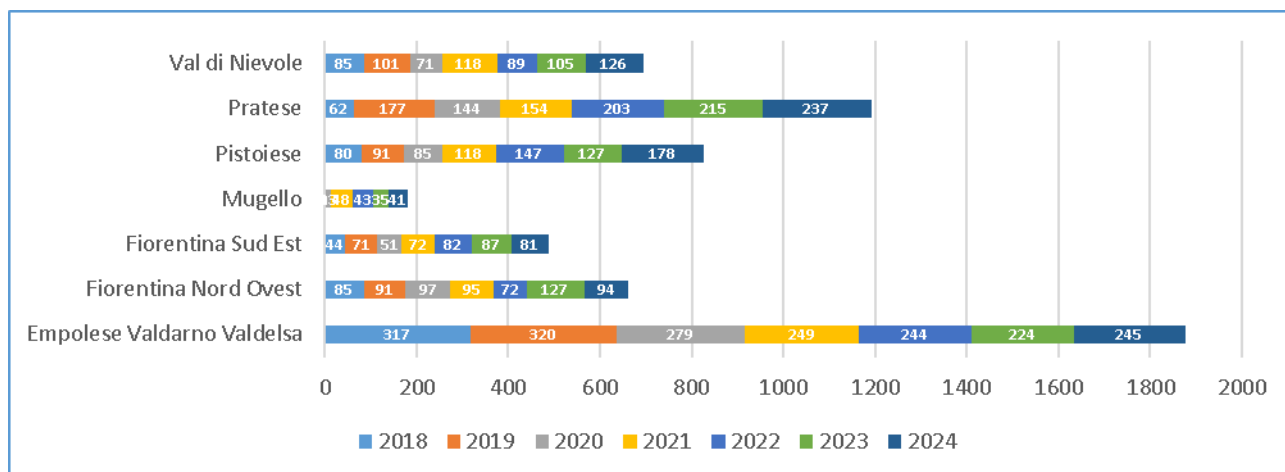
Percentuali "Problematiche segnalate in ricezione", AUSL TC anno 2024.



#### ITEM "PROBLEMATICHE SOCIALI" SCORPORATI

- POVERTA': Emergenza abitativa e Assenza mezzi di sostentamento.
- CALAMITA': Emergenza Ambientale, Emergenza climatica e Emergenza di massa.
- MINORI ESPOSTI A GRAVE RISCHIO: Bullismo e Violenza assistita.
- NON AUTOSUFFICIENZA/GRAVE DISABILITA': Mancata assistenza per inadeguatezza della rete e Mancata assistenza per evento traumatico
- CRITICITA' ABBANDONO: Maltrattamento su persone vulnerabili (no donne e uomini), Trascuratezza grave, Abbandono, Conflittualità familiare e Gravi episodi di disfunzionamento sociale
- VIOLENZA (\*no minori / no anziani): Violenza di genere, Abuso sessuale e Sfruttamento sessuale/tratta.

Numero "Schede processate" periodo dal 2018 al 2024, AUSL TC.



### A.2.5 Le attività socio-assistenziali

Le attività e i servizi in ambito socio-assistenziale sono erogati tramite i servizi sociali dei Comuni della zona pistoiese. Questi servizi hanno la finalità di promuovere e tutelare il benessere sociale delle persone attraverso l'organizzazione di una rete di servizi e di interventi di inclusione sociale.

- **Segretariato Sociale**

Prevista dalla legge n° 328 del 2000 quale livello essenziale dei servizi sociali, la funzione definita di Segretariato Sociale, risponde all'esigenza primaria dei cittadini:

- avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi;
- conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui vivono, utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi della vita.

Tale servizio, inoltre, si occupa, dove necessario, di attivare la presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale per la valutazione multidimensionale del bisogno e la progettazione individualizzata, volta a

sostenere la persona nel proprio percorso di vita, attraverso la proposta di servizi/prestazioni erogate direttamente dall'amministrazione pubblica e/o gestiti in collaborazione con le realtà del privato sociale.

- **Servizi per i minori e per le famiglie**

- **Assistenza educativa familiare**

Il servizio di Educativa Familiare domiciliare rappresenta uno strumento essenziale di sostegno alle famiglie in situazione di fragilità educativa e relazionale. Si pone l'obiettivo di attivare un processo di cambiamento nel nucleo familiare, che consenta uno sviluppo armonico e completo della personalità dei figli.

L'intervento è svolto da educatori professionali solitamente al domicilio, promuove e rafforza il ruolo della famiglia nell'educazione, sostenendola nella gestione delle dinamiche familiari ed extra familiari. E' volto a favorire processi di responsabilizzazione, migliorare l'integrazione della famiglia nel più ampio contesto sociale e ridurre i rischi di istituzionalizzazione (secondo le linee nazionali elaborate dal Programma P.I.P.P.I.).

E' un servizio a forte valenza preventiva e si caratterizza come intervento di rete in grado di: facilitare il riconoscimento dei bisogni/problemi dei minori da parte dei familiari; favorire la crescita personale del minore incentivandone le autonomie, sviluppare comunicazioni e relazioni interpersonali adeguate; promuovere le capacità genitoriali e l'assunzione delle responsabilità educative e di cura, recuperando quanto più possibile la qualità del rapporto genitore – figli anche in situazioni complesse e multi-problematiche.

I beneficiari sono famiglie con minori segnalate dai servizi sociali e socio-sanitari territoriali anche oggetto di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria a favore dei minori.

- **Accoglienza in strutture residenziali**

Nell'ambito dei suoi compiti istituzionali l'ente locale riveste, tra l'altro, il ruolo fondamentale di vigilanza, protezione e tutela dei minori, in coordinamento con l'Autorità Giudiziaria. Rientrano tra "le attività relative agli interventi in favore di minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili nell'ambito della competenza amministrativa e civile" anche gli inserimenti extra-familiari, presso strutture che offrono accoglienza residenziale e sostegno educativo, affettivo e relazionale, di bambini e ragazzi fino ai 18 anni di età, o di madri con figli, che vivono in stato di rischio, pregiudizio e/o estremo disagio.

La permanenza nella struttura (per lo più a dimensione familiare) avviene per il tempo necessario al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel progetto educativo, attraverso una valutazione condivisa tra l'equipe socio-sanitaria cui fa parte il servizio sociale professionale, l'Autorità Giudiziaria, il referente della struttura residenziale e, quando possibile, la famiglia.

- **Affidamento familiare**

L'affidamento familiare è un intervento disciplinato dalla Legge n. 184 del 1983, poi modificata dalla Legge n. 149 del 2001, finalizzato alla tutela, all'aiuto, al sostegno di uno o più minori appartenenti al medesimo nucleo familiare ed al supporto della famiglia di origine che si trova a vivere una situazione temporanea di difficoltà. E' disposto dall'Autorità Giudiziaria o dai Servizi Sociali, qualora vi sia il consenso dei genitori.

Permette a una famiglia, a una coppia o a un singolo di accogliere, per un tempo limitato, un minore la cui famiglia stia attraversando un periodo di difficoltà o di crisi, tale da impedirne l'accudimento, garantendo al minore il diritto a crescere in un ambiente che possa soddisfare le sue esigenze educative e affettive in grado di

rispettare i suoi bisogni, in riferimento alle caratteristiche personali e familiari e alla sua specifica situazione di difficoltà.

Esistono tipologie diverse di progetti affidamento in base all'intensità del bisogno e dei tempi di accoglienza (residenziale, part time, ecc.). Il Centro Affidamento promuove progetti di vicinanza solidale o supporto tra famiglie. Si occupa inoltre in collaborazione con i servizi sociali comunali di valutare gli aspiranti genitori adottivi e le cosiddette "ricerche delle origini".

Nella zona pistoiese è presente il Centro Affidi che svolge il servizio per i tutti i comuni dell'ambito pistoiese. E' composto di un'equipe psico-sociale che attua percorsi di valutazione e conoscenza di famiglie, coppie o singoli interessati all'affido. Con gli assistenti sociali del territorio che ne fanno richiesta, viene realizzato l'abbinamento bambino-famiglia affidataria e stilato un progetto di affidamento che verrà seguito e verificato periodicamente.

Inoltre, il Centro Affidi ha la funzione di organizzare momenti formativi e di sensibilizzazione sull'affido.

Il Centro Affidi si trova a Pistoia in via Giuseppe Gentile n. 479.

#### o **Incontri in Spazio Neutro**

Il servizio rientra tra quelli a disposizione dell'Area Tutela Minori e Responsabilità Familiari nell'ambito della presa in carico globale a tutela del minore e del suo nucleo familiare.

Il Servizio di Incontri o di facilitazione della relazione è rivolto ai minori residenti nei comuni della zona Pistoiese per i quali l'Autorità Giudiziaria (Tribunale Ordinario o Tribunale per i Minorenni) ha disposto specifiche misure di incontro con uno o più soggetti della rete familiare (solitamente un genitore ma non esclusivamente). Si tratta prevalentemente di situazioni di famiglie caratterizzate da elevata conflittualità che ha determinato l'interruzione dei rapporti con uno dei genitori, o grave problematicità (ad esempio bambini allontanati e ospitati in comunità educative/affidamento familiare o genitori disfunzionali).

Il servizio persegue diversi obiettivi: protezione e tutela del minore, osservazione neutra delle dinamiche familiari, mantenimento dei legami affettivi, supporto alle funzioni genitoriali in situazioni problematiche, promuovendo comportamenti proattivi per la costruzione di positive relazioni.

Ha inoltre lo scopo di salvaguardare il diritto di visita e di relazione tra figli e genitori quale diritto sostenuto dall'art.9 della Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989 (...riconoscere il bisogno del bambino di vedere salvaguardata e garantita il più possibile la sua relazione con entrambi i genitori e i legami che da essi ne derivano, salvo, ovviamente, quando ciò è contrario al suo maggiore interesse).

Gli incontri protetti avvengono in uno "spazio neutro", quale setting favorevole all'incontro tra genitori e figli. L'evoluzione positiva della relazione tra genitori e figli potrà prevedere il passaggio verso luoghi di vita maggiormente naturali sempre con la presenza dell'educatore professionale che garantisce la tutela del minore e facilita la relazione fino alla piena autonomia del rapporto tra il genitore e il minore.

#### o **Potenziamento dei servizi integrati di sostegno e alle responsabilità familiari e tutela minori**

Il servizio riguarda un sistema organico e integrato di interventi e servizi rivolti ai bambini e alle famiglie vulnerabili, fondato sui principi della Promozione, Prevenzione e Protezione e fortemente interconnesso con la rete territoriale, nella consapevolezza che il rafforzamento delle reti di protezione e di cura all'interno dei contesti di riferimento dei bambini, negli ambienti familiari, scolastici, socio-educativi e di socializzazione abbiano un

ruolo determinante nel concorrere in senso positivo al loro sviluppo socio-affettivo e cognitivo, contribuendo di conseguenza al miglioramento del benessere della società nel suo insieme.

Obiettivo centrale di tutte le azioni progettuali, in ottica di sistema, è quello di garantire l'attuazione del LEPS relativo a *“rispondere al bisogno di ogni bambino di crescere in un ambiente stabile, sicuro, protettivo e ‘nutriente’, contrastando attivamente l’insorgere di situazioni che favoriscono le disuguaglianze sociali, la dispersione scolastica, le separazioni inappropriate dei bambini dalla famiglia di origine, tramite l’individuazione delle idonee azioni, di carattere preventivo, che hanno come finalità l’accompagnamento non del solo bambino, ma dell’intero nucleo familiare in situazione di vulnerabilità, in quanto consentono l’esercizio di una genitorialità positiva e responsabile e la costruzione di una risposta sociale ai bisogni evolutivi dei bambini nel loro insieme”* (Piano Nazionale Interventi Sociali, scheda 2.7.4).

Attraverso professioni psico- sociali il servizio ha l'obiettivo di prendersi cura della famiglia come fattore chiave per la promozione di processi generativi di cambiamento e la prevenzione di situazioni di stallo o dissoluzione del sistema stesso.

Si occupa di interventi di tutela minorile e sostegno alla genitorialità anche su mandato dell'autorità giudiziaria e in particolare:

- Partecipazione Unità di Valutazione Multiprofessionale Tutela delle SdS (U.V.M.T.);
- Partecipazione ad equipe multidisciplinare presso il Servizio Sociale di Pistoia per indagini psicosociali su mandato della Procura del Tribunale dei Minori;
- Partecipazione ad equipe multidisciplinare “Area Famiglie Vulnerabili” presso il Servizio Sociale di Pistoia per interventi di pre-tutela;

Opera in sinergia con il servizio sociale professionale degli enti locali e in stretta collaborazione con i servizi specialistici che si occupano di salute mentale dell'infanzia e adolescenza nella valutazione e presa in carico delle situazioni.

o Unità di Valutazione Multiprofessionale Tutela Minori

L'U.V.M.T. si pone come organismo di raccordo nell'ambito della tutela minorile tra Servizio Sociale, UFAC (Unità Funzionale Area Consultoriale), e articolazioni Zonali del DSMD (UFSMIA, UFSMA, SERD), con l'obiettivo primario di creare un sistema di protezione sociale a garanzia dei minori in situazioni di pregiudizio o di rischio fisico e/o psichico nel loro percorso evolutivo e costruire una rete di relazioni positive con le famiglie e con il territorio che consenta percorsi di sostegno e supporto ai nuclei in situazioni di vulnerabilità e l'assolvimento delle funzioni genitoriali.

Sono state approvate Linee di indirizzo e procedure operative in materia di tutela minorile tra Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (D.S.M.D.) dell'Azienda Usl Toscana Centro, il Dipartimento dei Servizi Sociali (D.S.S.) dell'Azienda Usl Toscana Centro, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Firenze e le Società della Salute, per definire il ruolo centrale di tale organismo nel sistema integrato dei servizi e degli interventi a tutela dei minori e delle famiglie.

L'UVMT (Unità di Valutazione Multidisciplinare Tutela Minori) di Pistoia è l'organismo tecnico-operativo incaricato di gestire le situazioni più complesse che riguardano i minorenni, garantendo un'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari per l'intera SdS.

L'Unità è composta da un'equipe fissa composta dal Coordinatore Sociale della SdS e dal Referente dell'Ufsmia per l'U.O. di Psicologia integrata a seconda delle necessità e opera sotto l'egida della Società della Salute (SdS) Pistoiese e ha l'obiettivo di definire progetti di protezione e sostegno per minori in situazioni di fragilità o rischio. Le sue funzioni principali includono:

- Valutazione Multidisciplinare: Analisi del nucleo familiare attraverso diverse professionalità (assistenti sociali, psicologi, educatori, neuropsichiatri infantili).
- Presa in carico: Elaborazione di un Progetto Assistenziale Personalizzato per il minore.
- Raccordo con l'Autorità Giudiziaria: Gestione dei mandati provenienti dal Tribunale per i Minorenni (indagini sociali, monitoraggi, affidi).
- Integrazione dei Servizi: Collaborazione costante tra il Servizio Sociale Professionale e l'UFSMIA (Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza) dell'Azienda USL Toscana Centro

#### ○ **Centro anti violenza AIUTODONNA**

È un servizio completamente gratuito rivolto alle donne residenti negli undici comuni della Società della Salute Pistoiese che hanno subito o subiscono violenze, maltrattamenti fisici, psicologici, economici, sessuali e stalking. A partire da un servizio di prima accoglienza telefonica, gestito da personale appositamente formato che effettua una prima rilevazione della gravità della situazione, si occupa dell'attivazione della rete dei servizi territoriali a supporto della donna in base alla situazione di rischio valutato.

Attraverso colloqui con psicologhe/psicoterapeute specializzate offre sostegno psicologico finalizzato alla progettazione di un percorso di uscita dalla violenza.

Al percorso si potrà affiancare una consulenza legale, sociale, inserimento in casa rifugio, orientamento al lavoro e all'autonomia abitativa.

Svolge campagne di prevenzione e sensibilizzazione rivolte in particolare ai giovani e alle scuole di ogni ordine e grado.

Il CAV dispone inoltre di una "Casa di seconda Accoglienza" per le donne che fuoriescono dalle case rifugio o che una volta messe in sicurezza necessitano di un luogo per recuperare autonomia sociale ed economico abitativa.

Aiutodonna collabora attivamente con le forze dell'ordine, i servizi socio-sanitari, il Centro per l'Impiego e gli altri centri anti violenza in Toscana e in Italia.

E' parte del Protocollo zonale a tutela delle persone vulnerabili insieme alle SdS Pistoiese e Valdinievole, i Comuni, l'USL Toscana Centro, i Tribunali Minorenni e Ordinario di Pistoia, le FF.OO., gli Ordini professionali dei medici, psicologi, assistenti sociali e avvocati di riferimento per il territorio e l'Istituto scolastico Provinciale.

#### ○ **Centri socio-educativi**

Sono servizi, realizzati in spazi attrezzati, che accolgono in orario pomeridiano bambini e ragazzi. Si tratta di interventi di sostegno all'integrazione sociale e allo sviluppo psico-fisico, affettivo e relazionale dei giovani attraverso lo svolgimento di attività di socializzazione culturale e ricreative, nonché di attività educativo-assistenziali.

I centri socio educativi del territorio pistoiese si differenziano per obiettivi e per modalità di frequenza.

Le finalità principali riguardano prevalentemente il sostegno alla responsabilizzazione e all'autonomia personale, la promozione della socializzazione, delle relazioni con il gruppo dei pari, il supporto con le famiglie, la valorizzazione dell'autostima.

L'inserimento presso il centro socio educativo è proposto dall'assistente sociale e concordato con la famiglia, all'interno di un progetto condiviso.

#### ○ **MSNA (minori stranieri non accompagnati)**

Con minore non accompagnato, o anche minore straniero non accompagnato (in sigla MSNA), si definisce un soggetto minorenni privo di cittadinanza europea, il quale non avendo provveduto ad una richiesta di asilo politico, è presente per qualsiasi circostanza sul territorio di uno Stato, in assenza di soggetti terzi quali genitori o adulti che detengano per conto suo responsabilità legale, assistenza e rappresentanza.

La Legge 7 aprile 2017, n. 47 garantisce la protezione e l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati. In particolare, prevede:

- collocamento in sede protetta presso strutture idonee;
- l'istituzione, presso ogni Tribunale per i Minorenni, di una lista di tutori volontari, privati cittadini selezionati e formati;
- la creazione di un sistema informativo nazionale;
- uno specifico progetto di intervento (progetto educativo individuale);
- la possibilità di svolgere controlli sanitari volti all'accertamento della minore età laddove ci siano dubbi;
- l'opportunità di un proseguimento amministrativo fino al 21° anno di età anche per i minori stranieri non accompagnati.

#### • **Marginalità e immigrazione**

Sono interventi dedicati all'inclusione e si integrano con le misure di contrasto alla povertà istituite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dalla Regione Toscana (la gestione di quest'ultime è a carico della Società della Salute pistoiese).

#### ○ **Polo interculturale per i cittadini di paesi terzi**

Il Centro Interculturale del Comune di Pistoia è uno spazio aperto alla cittadinanza, rivolto all'accoglienza sul territorio pistoiese di cittadini extracomunitari. Presso il Centro vengono svolte attività di informazione, ascolto, consulenza legale, corsi di italiano, iniziative per la formazione interculturale e altre attività che hanno lo scopo di favorire lo sviluppo di un positivo rapporto fra cittadini extracomunitari e italiani. Opera in rete con il sistema dei servizi e del Terzo Settore. Svolge attività di ricerca sulle migrazioni e collabora con enti, uffici, scuole e associazioni che operano sul territorio.

### ○ **Sistema di accoglienza per la marginalità estrema.**

Si tratta di un sistema del Comune di Pistoia per la gestione e l'esecuzione di interventi e azioni finalizzati all'inclusione sociale delle persone in stato di grave marginalità sociale e alla prevenzione e contrasto della condizione di senza dimora. Il Comune di Pistoia e i coprogettanti hanno messo a disposizione del progetto 5 strutture di bassa soglia dedicate a diverse tipologie di ospiti (ad es. donne sole o cono figli, nuclei familiari, uomini adulti soli, ragazzi con provvedimento di ampliamento dei percorsi assistenziali fino ai 21 anni) e a diversi livelli di autonomia e di disagio socio economico.

Il progetto si propone di rispondere a numerosi obiettivi oltre al primario di fornire un riparo e un contesto sicuro per le persone evitando una deriva di esclusione sociale e di homeless, tra cui:

Prevenire l'isolamento sociale e l'emarginazione costruendo una rete di relazioni significative,

Migliorare la qualità di vita delle persone sollecitando azioni di cura del sé e dei propri spazi e il rispetto degli spazi altrui,

Sostenere la genitorialità e il ruolo di cura,

Supportare la definizione di percorsi di autonomia favorendo l'inclusione lavorativa e abitativa,

Sopperire alle situazioni emergenziali di riparo durante il periodo invernale (cosiddetta emergenza freddo).

Tra i servizi è presente storicamente l'Albergo Popolare, ospitato in un edificio di proprietà del Comune di Pistoia. La struttura è storicamente dedicata a svolgere compiti di accoglienza notturna e di ospitalità di emergenza per persone singole che presentano grave disagio sociale, emarginazione e che si trovano in totale mancanza di alloggio.

Offre un Servizio di Pronta Accoglienza per uomini e donne senza fissa dimora e un Servizio di Residenza Temporanea per i soli cittadini residenti nel Comune di Pistoia nell'ambito di progetti di autonomia personale attivati dal Servizio Sociale Professionale.

Durante il periodo invernale (novembre – marzo) i posti di pronta accoglienza vengono aumentati per soddisfare l'aumento di richieste durante il periodo più freddo.

Tutti i servizi sono in rete con i servizi dedicati alla marginalità in particolare della Caritas diocesana.

### ○ **Mensa Don Siro Butelli**

Il Comune di Pistoia collabora e contribuisce al servizio della mensa 'Don Siro Butelli' gestito dalla Caritas Diocesana. La mensa è aperta 365 giorni l'anno per tutti i pistoiesi o persone di passaggio che necessitano del bisogno primario del pasto.

### ○ **Progetti di inclusione sociale e lavorativa**

Nel territorio della SdS Pistoiese si rilevano numerose opportunità di inclusione socio-lavorativa sia a gestione diretta grazie ad appositi finanziamenti regionali o nazionali, sia organizzate dal CPI sia dai Comuni.

I percorsi di inclusione sociale e lavorativa sono progettati come un "ponte" tra la condizione di criticità sociale e l'autonomia economica. Non si tratta di semplici sussidi, ma di percorsi di attivazione definiti Patti di Inclusione strutturati in maniera personalizzata, suddivisi in.

#### 1. I Tirocini di Inclusione Sociale (T.I.S.)

È lo strumento principale utilizzato dai servizi sociali della SdS Pistoiese. A differenza dei tirocini formativi standard, il T.I.S. ha una forte valenza riabilitativa.

Destinatari sono persone in carico ai servizi sociali con fragilità (economiche, psichiche, fisiche o familiari), l'obiettivo è rieducare al ritmo lavorativo, alla socialità e all'acquisizione di competenze di base. Il tirocinante riceve un rimborso spese mensile (erogato dal Comune o tramite fondi regionali/europei).

La SdS si occupa inoltre delle incombenze e della gestione professionale dell'Assegno di Inclusione (ADI) e di tutte le azioni collegate.

La collaborazione con il CPI avviene anche sul Programma GOL per cui il Centro per l'Impiego (Arti) si occupa della profilazione lavorativa, mentre i servizi sociali gestiscono i bisogni complessi del nucleo (es. cura dei figli, salute), tale progetto prevede l'avvio di tirocini e formazione specifica per le persone profilate.

La SdS e il CPI collaborano nell'equipe sociale/lavoro per l'orientamento e la progettazione condivisa a favore dei cittadini con necessità economiche e lavorative.

- **Servizi per le persone anziane**

- **Assistenza domiciliare**

Si tratta di un servizio alla persona finalizzato a garantire supporto ai nuclei o ai singoli in difficoltà attraverso un miglioramento della loro qualità di vita al proprio domicilio. Si pone come obiettivo principale quello di contrastare l'istituzionalizzazione e l'emarginazione delle persone (in particolar modo anziani e disabili) e, per le famiglie con minori ed adulti in situazioni di disagio sociale, di favorire il ripristino di ruoli sociali significativi.

L'intervento, predisposto in seguito ad una valutazione professionale, ha l'obiettivo di contrastare situazioni di isolamento, di limitata autonomia, di insufficienti risorse e/o carenze di contesto familiare e sociale. Le azioni mirano al recupero delle potenzialità delle persone e al mantenimento dell'unità familiare, anche in presenza temporanea di particolari problematiche.

- **Trasporto sociale**

È un servizio rivolto prioritariamente a persone anziane sole non autosufficienti o con limitata autonomia per l'accompagnamento prevalentemente presso strutture di tipo sanitario o sociale.

- **Telesoccorso**

Si tratta di un servizio di pronto intervento che garantisce un rapido soccorso alle persone anziane sole che si trovano in gravi situazioni di rischio sanitario e sociale.

- **Accoglienza in strutture residenziali per anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti**

Si tratta di una forma di contribuzione economica per la copertura parziale o totale della retta per le persone anziane ospitate in strutture residenziali.

Il servizio viene attivato rivolgendosi al Servizio Sociale Professionale e in presenza dei requisiti previsti nel Regolamento di ambito.

- **Servizi per cittadini con disabilità**

I servizi a sostegno delle persone con disabilità attivati su questo settore, sono molteplici e i cittadini con disabilità hanno parità di accesso a tutti i servizi, in particolare la Società della Salute Pistoiese organizza e gestisce

a favore dei cittadini adulti e minori con disabilità, in collaborazione con il terzo settore: attività laboratoriali e di socializzazione, volti a incrementare le autonomie e a sviluppare le relazioni con i pari.

Organizza occasioni ricreative sempre con l'obiettivo di sviluppare e implementare l'autonomia. Alle persone con disabilità sono inoltre dedicati i progetti Dopo di Noi e il progetto finanziato con il PNRR di cohousing e supporto all'autonomia lavorativa.

Sono presenti inoltre servizi di accoglienza in strutture semiresidenziali e residenziali.

- **Assistenza scolastica specialistica**

Il Servizio di assistenza scolastica specialistica è finalizzato al raggiungimento di una maggiore autonomia psico-fisica e relazionale degli studenti, in modo da realizzare un'efficace integrazione scolastica e garantire l'effettivo diritto allo studio.

In via prioritaria, sono destinatari del servizio gli alunni frequentanti scuole di ogni ordine e grado in condizioni di disabilità ex art. 3, co.3 della Legge 104/1992, accertata ai sensi dell'art. 4 della stessa Legge. Il Servizio è garantito da personale qualificato secondo quanto previsto dall'art.13 della Legge 104/92.

- **Servizi per l'abitare**

- **Contributi economici erogati ad inquilini morosi incolpevoli**

Per morosità incolpevole si intende la situazione di sopravvenuta impossibilità a provvedere al pagamento del canone locativo per la perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare. Si tratta di contributi economici erogati con fondi pubblici extracomunali finalizzati alla risoluzione di condizioni di sfratto per morosità non colpevole.

- **Bonus integrativi sul servizio idrico**

L'Autorità Idrica per la Toscana mette a disposizione di PubliAcqua SpA un fondo economico per l'erogazione di bonus integrativi sul servizio idrico.

Il Comune di Pistoia si occupa dell'individuazione dei requisiti per l'accesso dei richiedenti, delle fasce di reddito ed è responsabile dell'iter amministrativo per l'attribuzione del bonus.

- **Contributi affitti a sostegno del pagamento del canone di locazione**

Si tratta di contributi economici annuali, a parziale rimborso delle spese sostenute per il canone di locazione, in rapporto alle risorse messe a disposizione dal Comune di Pistoia e dalla regione Toscana.

La differenza degli importi è determinata dalla variabilità delle fonti di finanziamento (regionale, comunale, donazione di privati). La domanda può essere presentata nei tempi e con le stesse modalità disposte dall'avviso pubblico, che ogni anno viene emesso dall'amministrazione comunale

- **Alloggi di edilizia residenziale pubblica**

La Legge regionale n° 2/2019 disciplina l'assegnazione, la gestione e la determinazione dei canoni di locazione degli alloggi destinati ad edilizia residenziale pubblica. All'interno del Servizio Politiche di Inclusione Sociale è incardinato l'Ufficio Casa che ha la competenza delle assegnazioni ai nuclei aventi diritto, presenti nelle graduatorie pubbliche.

Le assegnazioni riguardano anche il cambio di alloggio per chi è già assegnatario ed il conferimento in utilizzo autorizzato per chi si trova in situazioni emergenziali.

La normativa prevede la redazione di 3 graduatorie speciali per una riserva di alloggi, destinate a nuclei familiari di anziani, di giovani coppie e di disabili.

## **B. Dispositivo di Piano**

### ***B.1 Le linee strategiche pluriennali***

Ai sensi della LRT 40/2005, articolo 21, comma 4, l'Assemblea della SdS Pistoiese esprime parere favorevole affinché il ciclo di programmazione del Piano Integrato di Salute assorba interamente l'elaborazione del Piano d'Inclusione Zonale di cui alla LRT 41/2005, articolo 29.

L'obiettivo generale delle linee pluriennali di programmazione vuole essere quello di promuovere azioni che migliorino la qualità della vita e consentano alle persone di ridurre rischi e disagi per il benessere fisico, psichico e sociale.

In coerenza con quanto definito negli obiettivi generali del Piano Sociale Sanitario Integrato Regionale 2024-2026, il Piano Integrato di Salute della Società della Salute Pistoiese si proporrà di:

- **Implementare le attività di promozione della salute**

Programmare azioni per la promozione di stili di vita salutari che migliorino la qualità della vita e consentano alle persone di ridurre rischi e disagi per il benessere fisico, psichico e sociale.

Azioni di questo tipo richiedono la presenza di una sinergia fra azioni di promozione della salute, che coinvolgano le strutture ed i professionisti sanitari, e interventi del contesto comunitario, attivati in primo luogo dagli EELL, che mirino alla responsabilizzazione dei cittadini e facilitino l'adozione di stili di vita corretti.

- **Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali per l'inclusione e la coesione**

Garantire accesso consapevole e fruizione responsabile dei servizi in modo equo e appropriato a tutti gli individui per contrastare le situazioni di vulnerabilità e marginalità.

Offrire percorsi di cura e d'assistenza adeguati in ogni luogo, minimizzando ogni possibile condizione di variabilità in termini di tempestività, appropriatezza e qualità.

- **Potenziare la rete territoriale**

Riprogettare la sanità territoriale "forte" e ben organizzata, in grado non solo di gestire al meglio i problemi acuti quotidiani ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività in relazione ai bisogni della popolazione assistita e in grado di verificare, in modo continuo e sistematico, l'appropriatezza e la qualità delle cure erogate.

Promuovere la capacità del sistema sanitario di intercettare il reale bisogno di salute superando la difficoltà nella risposta alla domanda espressa e del conseguente mancato coordinamento nella fase erogativa delle prestazioni specialistiche.

Affrontare la cronicità superando approcci settoriali, adottando adeguati modelli di prevenzione e cura, attuando politiche integrate coi settori sociali, educativi, della formazione e dell'ambiente.

- **Rafforzare l'integrazione delle risposte ai bisogni delle persone fragili**

Raggiungere una maggiore integrazione tra risposte sanitarie e sociali, avviando un'azione di rafforzamento dell'intervento integrato dei servizi coinvolti nei percorsi di cura e assistenza della persona e favorendo spazi d'intervento ispirati a un modello di welfare generativo.

## ***B.2 Gli obiettivi di salute***

### **B.2.1 SVILUPPO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA SANITA' TERRITORIALE INTEGRATA**

#### **COLLEGAMENTO PSSIR**

Il PSSIR 2024-2026 della Regione Toscana considera il nuovo modello organizzativo della sanità territoriale integrata come uno dei cardini strategici del sistema sanitario regionale. Secondo il Piano, l'obiettivo è riorganizzare i servizi territoriali per affrontare i bisogni emergenti della popolazione, promuovendo un approccio che mette al centro la persona, l'equità di accesso, l'efficienza e l'integrazione delle cure con la partecipazione di professionisti, comunità e istituzioni locali nel disegno e nell'erogazione dei servizi

#### **DESCRIZIONE**

L'obiettivo si riferisce alla ridefinizione e alla modernizzazione dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria sul territorio, con un forte orientamento all'integrazione tra servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, alla presa in carico continua della persona e alla prossimità ai bisogni dei cittadini. In pratica, non si tratta solo di potenziare i servizi, ma di ripensare come essi sono strutturati e collegati per offrire una risposta più efficace, coordinata e sostenibile ai bisogni di salute nelle comunità locali.

In questo contesto, sanità territoriale integrata comprende:

servizi sanitari di base (medicina generale, continuità assistenziale, pediatria di libera scelta);

servizi di prevenzione attiva e promozione della salute;

punti di riferimento territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità;

una governance organizzativa che coordina professionalità diverse e reti di servizi

#### **METODOLOGIA**

L'architettura organizzativa si fonda sulle Case della Comunità, che devono diventare il punto di riferimento identitario per la salute dei pistoiesi. All'interno di questa rete, la COT (Centrale Operativa Territoriale) agisce come un'intelligenza logistica che monitora i percorsi dei pazienti, garantendo che nessuno "si perda" nel passaggio tra un servizio e l'altro. La prossimità viene interpretata anche come potenziamento della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, che diventa il ponte tra la sanità e la vita quotidiana delle persone fragili..

#### **RISULTATI ATTESI**

- Rispondere ai cambiamenti demografici con un sistema più vicino alla quotidianità delle persone;
- Ridurre la frammentazione dei servizi, migliorando continuità e coordinamento delle cure;
- aumentare la sostenibilità complessiva del sistema sanitario mediante un migliore utilizzo delle risorse e maggiore efficacia delle prestazioni territoriali;
- favorire l'accesso equo ai servizi in tutte le aree della Regione Toscana, con particolare attenzione ai più vulnerabili.

#### **EVIDENZE PROFILO SALUTE**

Il Profilo di Salute fornisce indicatori di performance dei servizi territoriali, utili a valutare le risposte attuali e le lacune da colmare

## **EVIDENZE PROFILO SERVIZI**

Le evidenze sui modelli territoriali forniscono elementi conoscitivi sull'evoluzione dell'organizzazione sanitaria:

- implementazione e diffusione delle Case della Comunità (presidi territoriali integrati) e delle centrali operative territoriali che producono un maggior numero di prestazioni erogate a livello territoriale, contribuendo a ridurre accessi impropri in ospedale;
- la presa in carico domiciliare degli over 65 in aumento evidenzia un rafforzamento della rete territoriale.

Questi elementi forniscono evidenza empirica che la transizione verso un modello di sanità territoriale integrata è in corso, e che i servizi stanno evolvendo in risposta ai bisogni rilevati

## **B.2.2 PROMUOVERE SALUTE E BENESSERE COMUNITARIO**

### **COLLEGAMENTO PSSIR**

Il PSSIR pone forte attenzione alla promozione di corretti stili di vita, alla prevenzione delle malattie e alla riduzione dei rischi per la salute. Queste attività vanno dalla prevenzione primaria (es. attività fisica, educazione alla salute) alla prevenzione secondaria (screening e interventi precoci), passando per azioni di promozione di ambienti favorevoli alla salute

### **DESCRIZIONE**

L'obiettivo "One Health" nasce dalla consapevolezza che la salute non è solo assenza di malattia, ma il risultato di un equilibrio tra individuo, comunità e ambiente. Nella Zona Pistoiese, questo si traduce nel superamento di un modello puramente "curativo" a favore di uno "preventivo". La salute diventa un tema trasversale che non riguarda solo la SdS, ma chiama in causa l'urbanistica (aree verdi), la scuola (stili di vita) e lo sviluppo economico (contrasto alle povertà)

### **METODOLOGIA**

E' necessario favorire il benessere e i corretti stili di vita con azioni specifiche in diversi setting, tra cui la scuola, la comunità, il lavoro, il servizio sanitario.

Occorre sviluppare la consapevolezza e la responsabilità degli individui nei confronti della propria salute con un approccio integrato, continuativo, sostenibile, multifattoriale e multidisciplinare.

Agire sui determinanti di salute significa ridurre nel lungo periodo il carico di malattie croniche che oggi grava sul sistema ospedaliero. Promuovere il benessere significa costruire una comunità resiliente, dove la prevenzione (screening, vaccinazioni) è percepita come un bene comune. In un territorio come quello pistoiese, con una forte densità abitativa nella piana e borghi isolati in montagna, la promozione della salute deve essere declinata in modo equo, portando l'informazione e la prevenzione direttamente nei luoghi di vita e di lavoro

### **RISULTATI ATTESI**

- ✓ ridurre le disuguaglianze di salute;
- ✓ costruire servizi vicini ai bisogni reali delle persone;
- ✓ coinvolgere i cittadini nel prendersi cura della propria salute;

- ✓ prevenire problemi prima che si aggravino;
- ✓ migliorare la qualità complessiva della vita della popolazione

#### **EVIDENZE PROFILO SALUTE**

- ✓ cronicità elevata
- ✓ scarsa adesione alla prevenzione secondaria e alle vaccinazioni dell'adulto
- ✓ situazione ambientale non favorevole

#### **EVIDENZE PROFILO SERVIZI**

E' in fase di progettazione una proposta di erogazione di prestazioni in materia di prevenzione e promozione della salute nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità, per garantire la massima omogeneità delle risposte sul territorio

### **B.2.3 RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE NELLE RISPOSTE ALLE FRAGILITA' COLLEGAMENTO PSSIR**

Nel PSSIR 2024-2026, la Regione Toscana individua come obiettivo strategico quello del rafforzamento dell'integrazione sociale e sociosanitaria: non solo assistenza curativa, ma un sistema integrato di servizi che risponda ai bisogni complessi delle persone, soprattutto nelle fasce più vulnerabili (anziani, persone con disabilità, fragilità sociali etc.). Questo sforzo di integrazione sostiene una presa in carico globale e centrata sulle persone e sulle comunità, favorendo il benessere complessivo.

Occorrerà costruire azioni orientate alla promozione e al coordinamento della rete dei servizi sociali e sociosanitari territoriali, puntando sulla programmazione integrata e coordinata delle fonti di finanziamento complessivamente disponibili e razionalizzare e coordinare le diverse unità di offerta presenti sul territorio (nonché quelle in corso di attivazione nell'ambito degli investimenti del PNRR), garantendo modalità di presa in carico e di accesso unitarie ai percorsi attraverso strutture e sportelli dedicati.

#### **DESCRIZIONE**

Questo obiettivo riguarda la capacità del sistema sanitario e sociale di sviluppare risposte coordinate, sistemiche e multidimensionali per le persone in condizioni di vulnerabilità o con bisogni complessi. Si tratta di superare risposte frammentate basate su singole prestazioni, promuovendo invece percorsi di presa in carico integrata, dove servizi sanitari, socio-sanitari e sociali collaborano per dare risposte più efficaci, continue e personalizzate.

Le "fragilità" non si riducono alla sola componente clinica: riguardano condizioni che possono derivare dall'invecchiamento, dalla non autosufficienza, dai disturbi della salute mentale, da disabilità, situazioni di povertà o isolamento sociale, famiglie in difficoltà e altre condizioni che richiedono un approccio complesso e integrato.

In questa visione, il PUA (Punto Unico di Accesso) deve essere la garanzia di una risposta globale in cui il cittadino trova un'equipe capace di leggere il bisogno in tutte le sue dimensioni: clinica, assistenziale, economica e familiare.

Lo scopo è potenziare e qualificare la continuità assistenziale tra i ser vizi sociali, sanitari e sociosanitari nei diversi contesti e ambiti di relazione: residenzialità e domiciliarità, ospedali e territorio, reti formali e informali, enti pubblici e enti del Terzo Settore

## **METODOLOGIA**

Il rafforzamento dell'integrazione richiede alcuni elementi specifici:

- Co-programmazione tra ser vizi sanitari e sociali a livello distrettuale e zonale, che include ASL , Comuni e terzo settore, allo scopo di definire percorsi di presa in carico integrata per persone fragili.
- Punti unici di accesso e coordinamento dei ser vizi (ad es. PUA – Punto Unico di Accesso) per evitare frammentazioni e dirigere le persone verso percorsi coerenti.
- Integrazione delle strutture territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, che costituiscono presidi dove professionisti sanitari e sociali cooperano per gestire casi complessi con continuità assistenziale.

Coinvolgimento del terzo settore e delle comunità locali, per valorizzare risorse di supporto sociale, reti informali e sostegno nel contesto di vita quotidiana delle persone fragili.

La sfida è gestire la multidimensionalità del bisogno, specialmente per le persone non autosufficienti e con disabilità. Attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il PUA trasforma una domanda di aiuto in un Progetto di Vita. L'integrazione diventa operativa nel momento in cui il PUA dialoga costantemente con la COT: mentre la COT gestisce la logistica clinica, il PUA gestisce la protezione sociale. Questo garantisce che la presa in carico sia "totale" e non frammentata in prestazioni isolate.

## **RISULTATI ATTESI**

- favorire una presa in carico globale delle persone con bisogni complessi, evitando interventi isolati e disconnessi, riducendo la duplicazione dei servizi e ottimizzando risorse e tempi di intervento
- migliorare l'efficacia e l'appropriatezza delle risposte assistenziali, garantendo continuità e personalizzazione del percorso di cura;
- promuovere modelli di assistenza che considerano i determinanti sociali della salute, favorendo inclusione, partecipazione sociale e miglior qualità di vita;

## **EVIDENZE PROFILO SALUTE**

- basso tasso di segnalazioni per la popolazione anziana
- presa in carico non tempestiva rispetto alla segnalazione
- basso tasso di presa in carico per pazienti con problemi di salute mentale

## **EVIDENZE PROFILO SERVIZI**

L'indicatore "Anziani in cure domiciliari" mostra quanto frequentemente le persone con fragilità (es. anziani non autosufficienti) ricorrono a ser vizi di assistenza domiciliare, sia sanitaria sia socio-sanitaria. Questi dati aiutano a monitorare i percorsi di presa in carico nel contesto territoriale, confrontando aree e trend temporali.

Questo tipo di indicatore è molto significativo per l'obiettivo di integrazione, perché esprime non solo il numero di persone servite, ma anche quanto rapidamente i ser vizi rispondono a bisogni complessi, indicando quindi l'efficacia dell'integrazione socio-sanitaria nel territorio

### ***B.3 Ufficio di Piano***

L'Ufficio di Piano, come previsto nel regolamento di organizzazione della Sds Pistoiese approvato con delibera di Giunta esecutiva n.8 del 22/10/2018, è istituito all'interno dell'Area programmazione e controllo di gestione per la redazione dell'articolazione zonale del Piano Integrato di Salute (PIS), del Piano di inclusione zonale (PIZ) e di tutti gli eventuali atti di programmazione e di indirizzo deliberati dagli organi di governo della SdS Pistoiese.

All'Ufficio di Piano sono attribuite le seguenti competenze:

- Supporto al direttore per la predisposizione atti a contenuto generale e di programmazione, tenuto conto della dotazione economico – finanziaria;
- Svolgimento funzioni di valutazione, monitoraggio e controllo mediante analisi dati e reporting;
- Predisposizione rendiconti annuali delle attività;
- Supporto al Direttore, alle strutture delle SdSP, ai responsabili di progetto per la predisposizione di progetti e programmi;
- Rapporti con gli organismi di partecipazione;

L'Ufficio di Piano si avvale di un gruppo di lavoro a carattere interorganizzativo tra SdSP, Azienda USL e Comuni. I componenti dell'Ufficio di Piano sono nominati dalla Giunta Esecutiva su proposta del Direttore.

I suoi componenti rispondono al Direttore e sono coordinati dal responsabile dell'Ufficio di Piano, nominato dal Direttore, in stretto rapporto con il responsabile dell'area programmazione e promozione della salute qualora le due figure non coincidano.

L'Ufficio di Piano della SdS Pistoiese è stato nominato con la delibera della Giunta esecutiva n.12 del 30/12/2014 e poi successivamente aggiornato con la determinazione n. 371 del 28/10/2019.

Ai luce dei principi di programmazione integrata, sviluppo dell'integrazione sociosanitaria e coordinamento operativo tra le Zone Distretto/SdS e le aree dipartimentali aziendali di ambito territoriale, nella Azienda UsI Toscana Centro è stato rafforzato il gruppo di lavoro "Ufficio di piano aziendale", costituito dall'Azienda per supportare gli uffici di piano delle SdS della Toscana Centro nella predisposizione dei Piani Integrati di salute (PIS) e dei Piani Operativi Annuali (POA), con particolare riferimento agli ambiti di programmazione per i quali è necessario rapportarsi con i Dipartimenti aziendali (Dipartimento Servizio Sociale, Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione, Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica, Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitari, Dipartimento dei Servizi Amministrativi Ospedale Territorio, Dipartimento della Prevenzione, Dipartimento Emergenza e Area Critica, Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione, Dipartimento del Farmaco, ecc.).

L'Ufficio di Piano Aziendale, oltre a garantire il "Coordinamento a livello di Azienda UsI per il supporto alla conferenza aziendale dei sindaci e per la predisposizione del Piano Attuativo Locale (PAL)", come previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 269/19, esercita una forte integrazione fra Società della Salute e le strutture aziendali interessate dalla programmazione territoriale, sostiene la collaborazione, la trasversalità e la coerenza fra territori della Toscana Centro, lavora alla redazione di documenti comuni e garantisce il supporto dell'epidemiologia per la redazione dei profili di salute e la presenza di un unico esperto di budget e contabilità

dell'Azienda Sanitaria. L'ufficio di Piano Aziendale, con le proprie funzioni, garantisce il supporto agli Uffici di Piano zonali, ai fini della programmazione territoriale nella:

- elaborazione di Schede POA di natura trasversale, comuni a tutte le SdS della TC
- elaborazione di dati economici forniti dal CDG in base a criteri comuni e condivisi (utili per il budget integrato di zona e valorizzazione delle singole schede POA)
- confronto con Dipartimenti, Aree, UUFF aziendali

e garantisce integrazione e coerenza tra la programmazione territoriale e gli obiettivi di budget annuali (qualitativi ed economici) dei Dipartimenti e delle SdS: attraverso la collaborazione con lo Staff della Direzione Sanitaria, l'integrazione e la coerenza è andata via via aumentando, rafforzando la trasversalità e la determinazione di obiettivi comuni, anche nella previsione di specifici indicatori NSG.

L'ufficio di Piano aziendale è stato aggiornato con la Delibera del Dg della AUSL TC 536/2024 ed è costituito da rappresentanti di diverse strutture aziendali:

- Staff Direzione Sanitaria
- Staff Direzione Amministrativa
- Direzione dei Servizi Sociali
- UFC Epidemiologia
- Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione - SOC Controlling e CE mensili
- Dipartimento servizi amministrativi ospedale territorio

La programmazione trasversale e multiprofessionale risponde anche a principi di equità di accesso e trattamento per le persone che si rivolgono ai servizi sociosanitari territoriali. A tali principi e obiettivi, l'Ufficio di Piano Aziendale risponde, quindi, con le seguenti funzioni: rapporti con le diverse strutture organizzative aziendali e locali coinvolte nell'attività di programmazione trasversale, aggiornamento e gestione delle banche dati, azione facilitanti l'armonizzazione tra la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, la definizione e supporto ai contenuti tecnici del POA in collaborazione con le Società della Salute e i Dipartimenti aziendali, condivisione dei contenuti tecnici del POA, monitoraggio POA e obiettivi condivisi con tutte le Società della Salute.

#### ***B.4 Percorso di partecipazione***

Il PIS è lo spazio privilegiato della partecipazione individuale e collettiva, dei cittadini e dei soggetti pubblici e privati che operano sul territorio per condividere le linee dell'azione pubblica in campo sociosanitario e integrare la programmazione pubblica con le esperienze e le progettualità di attori del terzo settore.

Alcuni incontri preliminari sono stati dedicati alla presentazione del percorso di costruzione del PIS sia agli amministratori che ai componenti del comitato di partecipazione.

Per ciascuno degli obiettivi individuati si è predisposto un'elaborazione di una prima bozza dei contenuti da sviluppare per l'individuazione delle azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati tenendo conto delle risultanze del Profilo di Salute.

Ai fini del coordinamento delle politiche socio-sanitarie con le altre politiche una volta individuati i bisogni e la percezione di salute della zona si è proceduto alla scelta delle priorità sulla base di linee di indirizzo condivise ed approvate dall'Assemblea dei Soci della Sds Pistoiese con delibera n. 19 del 22 dicembre 2025.

La scelta è stata di impostare il PIS su 3 macro obiettivi strategici consentendo l'avvio della progettazione della nostra zona, che dovrà mantenere la giusta flessibilità nel periodo di validità in modo da poter eventualmente orientare le scelte, al fine di garantire la maggior appropriatezza delle risposte ai bisogni di salute.

A tal fine si dovrà prevedere momenti di co-programmazione finalizzati all'individuazione dei bisogni della comunità di riferimento da soddisfare, degli interventi necessari a tal fine, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili, attraverso il coinvolgimento diretto degli enti del Terzo settore.

Continuerà il processo partecipativo con modalità strutturate di consultazione finalizzate a individuare i settori assistenziali o le aree tematiche che saranno oggetto nel corso dell'anno di procedimenti di co-programmazione

## **C. Allegato al PIS - Programmazione Operativa Annuale**