



## Piano integrato di Salute

2024-2026

-Elementi essenziali-





## **SOMMARIO**

### **1. Sezione Conoscitiva**

**Profilo di Salute**

**Profilo dei Servizi**

- **Quadro degli assetti organizzativi**
- **Quadro dell'offerta di servizi**

### **2. Dispositivo di Piano**

- **Linee strategiche pluriennali**
- **Obiettivi di salute**
- **Budget integrato di programmazione**
- **Ufficio di Piano**
- **Percorso di partecipazione**

### **3. Albero della Programmazione**

- **Programmi Operativi**
- **Schede di Attività**

# SCHEMA PROFILO DI SALUTE IN SINTESI

## Società della Salute Valdinievole

ANNO 2025



### Stesura del profilo di Salute a cura di:

1. UFC Epidemiologia, Staff della Direzione Sanitaria, Azienda USL Toscana Centro  
\* Medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva in tirocinio presso UFC Epidemiologia, Azienda USL Toscana Centro
2. Ufficio di Piano Aziendale, Azienda USL Toscana Centro

# Sommario

<b>SINTESI DEL PROFILO DI SALUTE</b> .....	
<b>1. DEMOGRAFIA</b> .....	
<b>2. DETERMINANTI DI SALUTE</b> .....	
2.1 Determinanti socioeconomici e di contesto .....	
2.2 Stili di vita e comportamenti a rischio .....	
2.3 Ambiente .....	
<b>3. FAMIGLIE E MINORI</b> .....	
<b>4. STRANIERI</b> .....	
<b>5. LO STATO DI SALUTE GENERALE</b> .....	
5.1 Ospedalizzazioni .....	
- Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS) .....	
5.2 Mortalità .....	
5.3 Speranza di vita alla nascita .....	
<b>6. CRONICITÀ</b> .....	
- Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS) .....	
6.1 Attività Fisica Adattata (AFA) .....	
<b>7. DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA</b> .....	
- Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS) .....	
<b>8. SALUTE MENTALE</b> .....	
8.1 Salute Mentale .....	
- Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS) .....	
8.2 Dipendenze .....	
<b>9. SALUTE MATERNO INFANTILE</b> .....	
- Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS) .....	
<b>10. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE</b> .....	
10.1 Screening oncologici .....	
10.2 Coperture Vaccinali .....	
<b>11. ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE</b> .....	
<b>12. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE: BERSAGLIO MeS</b> .....	
<b>13. INDICATORI A SUPPORTO DEI PROFILI DI SALUTE - Valdinievole</b> .....	

# SINTESI DEL PROFILO DI SALUTE

La Valdinievole presenta un profilo di salute in linea col contesto aziendale e regionale: popolazione numerosa, forte presenza di anziani e carico di patologie croniche elevato, inseriti in un contesto socio-economico più fragile rispetto ad altre aree. La prevenzione pediatrica (vaccinazioni dell'infanzia) e alcuni percorsi materno-infantili sono ben strutturati, mentre risultano più critici la mortalità evitabile, diversi esiti clinici legati alle patologie croniche, la domanda di dipendenze e alcuni passaggi chiave nella salute mentale adulta.

## PUNTI DI FORZA

### **Struttura demografica e reti familiari**

Pur in presenza di un forte invecchiamento (indice di vecchiaia elevato), l'indice di pressione dei grandi anziani sui caregiver è leggermente più basso rispetto ai valori di riferimento aziendale e regionale. L'ampiezza media della famiglia è in linea con il contesto toscano, suggerendo reti familiari ancora presenti.

### **Inclusione scolastica e disabilità**

L'inclusione degli alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di I grado è tra le più alte, superiore ai valori di riferimento aziendale e regionale. La prevalenza di persone con disabilità 0-64 anni in carico al servizio sociale è in linea con i valori di confronto, con incidenza di nuove certificazioni inferiore alla media regionale.

### **Non autosufficienza orientata al territorio**

Il tasso di anziani non autosufficienti accolti in RSA permanente risulta molto inferiore ai valori di riferimento aziendale e regionale. L'assistenza domiciliare per over-64 è in miglioramento, con buona capacità di risposta nei casi più complessi: i Percorsi Integrati di Cura (PIC) sono attivati tempestivamente e una quota adeguata di accessi domiciliari avviene anche nei giorni festivi.

I ricoveri ospedalieri tra gli ospiti di RSA risultano meno frequenti rispetto a Regione e AUTC e si associano a buoni livelli di continuità dei percorsi domiciliari, delineando una gestione relativamente stabile degli anziani più fragili.

### **Salute mentale e dipendenze**

Il tasso di ospedalizzazione psichiatrica in età adulta è inferiore ai valori di riferimento aziendale e regionale. Anche la continuità del servizio e la presa in carico raggiungono livelli valutati ottimi, indicando percorsi territoriali stabili.

L'incidenza dei nuovi utenti dei servizi alcolici è inferiore alla media aziendale, pur in un contesto di prevalenze elevate, segnalando un flusso di nuovi casi relativamente contenuto sul fronte dell'alcol.

### **Consultori, contraccezione e materno- infantile**

Oltre ai buoni esiti del percorso nascita, la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita per le primipare è leggermente superiore alla media aziendale. La copertura contraccettiva gratuita tra le giovani donne 14-25 anni è nettamente più alta rispetto ad AUTC e Regione, a indicare una buona accessibilità e utilizzo dei servizi consultoriali.

### **Screening oncologici e vaccinazioni pediatriche**

Le adesioni agli screening mammografico e colon- retto si collocano in posizione favorevole rispetto ai valori di riferimento aziendale e regionale, con buona stabilità nel tempo. Le coperture vaccinali dell'infanzia per esavalente e MPR superano il 98%, tra le migliori a livello regionale.

### **Assistenza farmaceutica.**

Il consumo di inibitori di pompa protonica è leggermente inferiore alla media regionale e vicino al valore aziendale, suggerendo un uso tendenzialmente appropriato.

## **CRITICITÀ**

### **Contesto socio- economico più fragile**

Reddito imponibile medio e importo delle pensioni sono inferiori ai valori di riferimento aziendale e regionale; il tasso di pensioni sociali/assegni sociali è tra i più alti della Toscana. Le famiglie con ISEE <6.000 € sono più numerose rispetto a AUTC e Regione, con molte richieste di sostegno per l'affitto. Il tasso di disoccupazione è più elevato dei valori di confronto e la densità del terzo settore è inferiore, delineando un capitale sociale meno strutturato.

### **Invecchiamento demografico e cronicità in eccesso**

L'indice di vecchiaia è molto alto e la quota di ultra- 74enni rilevante, con conseguente aumento del carico assistenziale. La prevalenza di almeno una patologia cronica è superiore ai valori di riferimento aziendale e regionale, con valori in eccesso per diabete, BPCO, ictus e cardiopatia ischemica.

### **Ospedalizzazioni ed esiti clinici**

Il tasso di ospedalizzazione per tutte le cause è lievemente superiore al dato aziendale e di poco inferiore a quello regionale, con eccessi per malattie del sistema circolatorio, apparato respiratorio, traumatismi e patologie cerebrovascolari. La mortalità evitabile è più alta rispetto a AUTC e Regione, con un marcato divario di genere: il tasso maschile è quasi il doppio di quello femminile.

### **Offerta AFA e presa in carico degli anziani**

Nonostante un trend in crescita, l'offerta di corsi AFA per bassa e alta disabilità rimane al di sotto dei valori di riferimento aziendale e regionale. La prevalenza di anziani non autosufficienti in

assistenza domiciliare diretta è sensibilmente più bassa rispetto a Regione e AUTC, e la presa in carico complessiva (domiciliare o residenziale) è la più bassa dell'Azienda.

#### **Stranieri: bisogni socio- sanitari più intensi**

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età della popolazione straniera è più alto rispetto ai valori di riferimento aziendale e regionale, con eccessi sia negli uomini sia nelle donne. Nel complesso emerge una presenza straniera non elevata ma con bisogni sanitari più intensi.

#### **Salute mentale: bassa intercettazione e criticità nei passaggi ospedale- territorio (problema sistema informativo)**

Il dato di analisi della Salute Mentale fa riferimento al flusso RFC 160 che fino a febbraio 2025, a causa del sistema informativo in uso, non era completo. A partire da marzo 2025 il dato risulta più completo e corretto.

Le prevalenze di utenti in carico ai servizi di salute mentale, sia in età evolutiva sia adulta, sono nettamente inferiori ai valori di riferimento, suggerendo una bassa intercettazione dei bisogni. Il tasso di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche e la bassa percentuale di contatti entro 7 giorni con il DSM dopo dimissione psichiatrica segnalano difficoltà nella continuità precoce delle cure.

#### **Dipendenze: carico elevato di tossicodipendenze**

Incidenza e prevalenza di tossicodipendenti in carico al Ser.D sono più alte del valore di riferimento aziendale, con un peso rilevante di problematiche legate a eroina, cocaina e altri stupefacenti. La prevalenza di utenti con problemi alcol- correlati è superiore alla media aziendale e i nuovi casi di disturbo da gioco d'azzardo rappresentano una quota non trascurabile dei nuovi utenti.

#### **Prevenzione, salute riproduttiva e vaccinazioni dell'adulto**

Il tasso di IVG per 1.000 donne in età fertile è più alto rispetto ai valori di riferimento aziendali e regionali, con valori elevati anche tra le donne straniere. Le coperture vaccinali per antipneumococcica pediatrica si collocano sui livelli più bassi regionali. Negli ultra- 65enni la copertura antinfluenzale è la più bassa dell'Azienda e sotto la soglia minima del 75%; la copertura anti- HPV nelle dodicenni sotto la media regionale.

#### **Assistenza farmaceutica: antibiotici e carico terapeutico**

Il consumo di antibiotici sul territorio, pur leggermente inferiore alla media regionale, è considerato comunque troppo elevato rispetto agli standard attesi, indicando una pressione prescrittiva elevata. Il profilo complessivo evidenzia inoltre un carico farmacologico importante nei pazienti cronici, in un contesto di forte invecchiamento e alta multimorbilità.

# 1. DEMOGRAFIA

Il territorio della Val di Nievole fa parte del bacino del fiume Arno, valle laterale al Valdarno Inferiore, con una densità abitativa superiore rispetto alla media delle zone della AUTC (446 ab./km<sup>2</sup>). I residenti al 31.12.2024 sono 119.954, il 7,5% della popolazione della AUTC, di cui la metà vive nei tre principali comuni della zona: Monsummano Terme, Montecatini Terme e Pescia. Il rimanente è distribuito negli altri otto comuni: Buggiano, Chiesina Uzzanese, Lamporecchio, Larciano, Massa e Cozzile, Pieve a Nievole, Ponte Buggianese e Uzzano. La Val di Nievole è tradizionale centro di attività agricole tradizionali e vivaistiche (queste ultime principalmente a Pescia), imprese artigianali e turismo (principalmente a Montecatini Terme).

La **natalità** (nuovi nati/popolazione residente x 1.000 abitanti) nella zona Val di Nievole è 5,8 per 1.000, in linea con i valori aziendali (5,9) e regionali (5,7).

I dati demografici indicano la presenza di un'elevata quota di popolazione anziana, con un **indice di vecchiaia** (popolazione ≥65 anni / popolazione 0-14 anni × 100) aggiornato al 2024, di 229,6%, più elevato rispetto alla media della AUTC (225,8%), ma inferiore a quello regionale (241,9%).

Complessivamente il 13,8% di tutti i residenti hanno **più di 74 anni**, si tratta di 16.556 persone.

## 2. DETERMINANTI DI SALUTE

### 2.1 Determinanti socioeconomici e di contesto

La zona Val di Nievole conta su un **reddito imponibile IRPEF** medio (€ 21.758,80), in aumento, ma comunque inferiore a quello della AUTC e della Regione. L'**importo medio mensile delle pensioni** erogate dall'INPS nel 2024 (€ 1.051,50) risulta il più basso della AUTC e inferiore al valore medio regionale. Il **tasso di pensioni sociali** e assegni sociali erogati è di 5,1, il valore più alto della Toscana.

Nel 2024 sono 654 le famiglie che hanno chiesto **aiuto per pagare l'affitto** della casa (12,4 ogni 1.000 famiglie), tasso superiore rispetto alle medie della Regione (9,9) e dell'azienda (11,7). Il **tasso grezzo di disoccupazione** (25,9%), che è espresso dal numero di residenti iscritti ai Centri per l'Impiego sul totale dei residenti in età produttiva 15-64 anni, è più elevato di quello aziendale (20,6%) e regionale (23,8%). Le 3.818 famiglie con **ISEE inferiore a 6.000 euro** sono in leggera flessione, dopo che dal 2017 erano in costante aumento ogni anno rispetto a quello precedente; attualmente il valore rapportato alla popolazione residente è pari a 7,2%, comunque superiore a quello aziendale (5,2%) e regionale (5,4%). Il **terzo settore formalizzato** è sostenuto da 261 organizzazioni in tutta la Val di Nievole (21,8 ogni 10.000 abitanti), inferiore al valore aziendale e



regionale (rispettivamente 29,4 e 29,6 ogni 10.000 abitanti).

## 2.2 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-E2%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-E2%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 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 al 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.

La zona Val di Nievole nel 2024 ha uno degli indicatori regionali tra i più alti per spesa per **gioco d'azzardo** nella rete del gioco lecito, con una media di € 1.717,00 di spesa per soggetto maggiorenne (i minorenni legalmente non possono giocare), molto più alto della spesa a livello aziendale (€ 1.529,20) e regionale (€ 1.304,80).

## 2.3 Ambiente

Secondo i dati ARPAT relativi al 2024, la qualità dell'aria nella provincia di Pistoia, rappresentata dalle stazioni di PT-Montale e PT-Signorelli, è nel complesso in linea con quella dell'area metropolitana fiorentina, con concentrazioni di NO<sub>2</sub>, PM<sub>10</sub>, PM<sub>2,5</sub>, CO, SO<sub>2</sub>, benzene e metalli nei limiti di legge, ma superiori ai valori guida dell'OMS e ai nuovi limiti europei fissati per il 2030. I livelli di ozono si confermano critici, con superamenti del valore obiettivo per la protezione della salute e della vegetazione, in continuità con quanto osservato negli anni precedenti e in gran parte del territorio toscano.

Nel 2023, la qualità delle acque sotterranee nella piana di Firenze, Prato e Pistoia - zona Pistoia è

classificata come buona, con criticità locali per ferro, ammonio e cloruro di vinile, a differenza del corpo idrico sotterraneo della piana in zona Prato, che presenta uno stato chimico peggiore. Dai dati del triennio 2022–2024 sullo stato delle acque superficiali emerge che molti bacini fluviali della Val di Nievole presentano uno stato ecologico scarso e uno stato chimico non buono, a causa della presenza di AMPA, glifosato, PFOS e mercurio (in particolare nei torrenti Pescia e Cessana). Risultano invece migliori le condizioni ecologiche e chimiche del fiume Nievole, che mostra valori più favorevoli rispetto agli altri corsi d'acqua dell'area.

### 3. FAMIGLIE E MINORI

I **minori** di 18 anni sono 16.961 e rappresentano il 14,1% della popolazione residente (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 5,7%, valore superiore a quello aziendale (5,0%) e a quello 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 793 i bambini di 3-36 mesi che sono stati accolti in **servizi educativi per l'infanzia**, pari al 39,1% degli aventi diritto, valore superiore all'obiettivo target del 33% previsto dall'Indicatore di Lisbona, ma inferiore al valore aziendale (49,7%) e regionale (47,7%). Nell'anno scolastico 2023/2024 i ragazzi della zona VdN che hanno frequentato la scuola secondaria di secondo grado, con un **esito scolastico negativo** sono stati 594, l'11,1%, dato superiore rispetto alle medie aziendali (10,3%) e al valore regionale (9,3%).

Il **tasso di minori in affidamento familiare** (al netto dei minori stranieri non accompagnati) nel 2024 nella zona Val di Nievole è pari a 2.0 ogni 1.000 abitanti di età 0-17 anni, valore più elevato di quello aziendale (1,6) e regionale (1,8). 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 nella zona Val di Nievole sono 27 con un tasso grezzo del 1,6 per 1.000 minori, valore superiore a quello aziendale (1,2) e regionale (1,1). 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. Il dato per l'anno 2024 non è disponibile, elemento che suggerisce cautela nelle letture comparative più recenti.

L'indicatore **IBCR - Indicatore di Benessere Culturale e Ricreativo** (0-100), per l'inclusione e le reti sociali tra gli adolescenti, sintetizza la frequenza di attività culturali e ricreative riferita dai ragazzi 11-17 anni. Nella zona VdN il valore è 39,3%, collocandosi al di sotto della media aziendale (44,9%) e della media regionale (43,0%). Le opportunità culturali e ricreative appaiono più limitate rispetto al contesto aziendale, ambito su cui potenziare l'offerta per favorire la socialità e l'accesso alle attività.

La **partecipazione a gruppi e associazioni tra 11-17 anni**, quota di ragazzi che dichiarano di frequentare gruppi/associazioni (sportive, culturali, ricreative, volontariato), è sotto la media aziendale, segno di reti aggregative meno diffuse (19,6% vs 22,5% AUTC).

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. Nella zona VdN è pari al 47,6% superiore al dato medio aziendale (40,6%) e a quello regionale (42,6%).

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 il 48,5% risulta soddisfatto del rapporto con i genitori, valore superiore al dato aziendale (45,4%) e regionale (47,4%).

Gli indici di benessere nelle relazioni – con i pari (IBRP) e con i genitori – risultano relativamente buoni, indicano legami affettivi e di sostegno familiare solidi .

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 VdN è stato il 23,8% (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 75 (1,2 x 1.000 donne residenti), in misura minore a quelle della AUTC (1,7) e della Regione (1,7).

## 4. STRANIERI

Gli **stranieri iscritti all'anagrafe** nel 2025 sono il 12,7% della popolazione residente (AUTC: 14,7%; RT: 12%); la presenza di **stranieri nelle scuole** primarie e secondarie di I e II grado dell'anno scolastico 2023-2024 è del 17,2% (AUTC: 19,3%; RT: 16,6%). Nella zona Val di Nievole il **tasso di disoccupazione tra gli stranieri** (stranieri iscritti ai Centri per l'Impiego/stranieri in età occupabile 15-64 anni) per il 2023, è abbastanza elevato: 42,2% (AUTC: 29,1%; RT: 37,7%).

La percentuale di **MSNA** accolti in struttura residenziale socio educativa sul totale dei minori

accolti in struttura, per l'anno 2024 è del 20,6% (AUTC: 37,6%; RT: 43,9%). Il tasso dei **richiedenti asilo** ed accolti nei Centri di Accoglienza Straordinaria è 1,6 per 1.000 residenti, leggermente inferiore ai valori medi aziendali e regionali (rispettivamente 1,9 e 2,0 per 1.000 residenti).

Il tasso standardizzato di **ospedalizzazione nella popolazione straniera**, per il triennio 2022-2024, è 99,1 per 1.000 abitanti, dato superiore a livello aziendale (93,9 per 1.000) e regionale (95,6 per 1.000). Gli uomini hanno un tasso standardizzato di ospedalizzazione di 96,0 per 1.000 abitanti, valore superiore a quello aziendale (88,3) e regionale (89,8), le donne hanno un tasso di 108,4 per 1.000 abitanti valore superiore rispetto a quello aziendale (104,0) e regionale (106,7).

La **percentuale di minori stranieri tra i minori presi in carico dal servizio sociale territoriale** è pari al 29,4%, un valore inferiore sia alla media regionale (38,1%) sia a quella aziendale (43,8%), indicando una presenza relativamente più contenuta di minori stranieri nel sistema locale di presa in carico.

## 5. LO STATO DI SALUTE GENERALE

### 5.1 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 1.000 abitanti, tasso standardizzato per età.

Nel 2024 il tasso standardizzato per età, di **ospedalizzazione per tutte le cause, x 1.000 abitanti** (115,8) è in eccesso rispetto a quello della AUTC (114,4 per 1.000 abitanti) e lievemente inferiore a quello regionale (116,1 per 1.000 abitanti).

Nella Val di Nievole si osservano aumenti della prevalenza statisticamente significativi di ricoveri rispetto alla AUTC per sistema circolatorio, apparato respiratorio, traumatismi e patologie cerebrovascolari.

Si registra invece un valore inferiore per i disturbi psichici, quindi la riduzione della prevalenza di queste patologie è statisticamente significativa. Per le altre cause principali (tumori totali e sedi maggiori, apparato digerente, osteo-muscolare, genito-urinario, disturbi del sistema nervoso, cardiopatia ischemica/IMA, endocrine-metaboliche) non emergono differenze significative con 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)**

Passando all'analisi del ricorso all'ospedalizzazione, la Val di Nievole mostra un quadro nel complesso coerente con i valori di riferimento. Il **tasso di ospedalizzazione totale ordinario e diurno per 1.000 residenti standardizzato per età** (H01Z, zona: 107,9; Toscana: 105,0; AUTC: 105,1) risulta lievemente superiore alla media regionale, ma allineato al dato aziendale, in fascia di valutazione ottima nel sistema di valutazione MeS, indicativa di un utilizzo appropriato dei ricoveri. L'**ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti <14 anni** (C7.7R, zona: 4,8; Toscana: 4,8; AUTC: 4,6) è in linea con i valori di riferimento regionale e aziendale, in fascia di valutazione intermedia.

Il **tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti** (zona: 5,9; Toscana: 6,1; AUTC: 6,0) è più basso dei valori di riferimento aziendale e regionale, coerente con un'assistenza ambulatoriale che tiene sotto controllo la malattia ed evita riacutizzazioni che potrebbero portare a ricoveri non appropriati.

Il **tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per specialità di dimissione cod.56 (Recupero e Riabilitazione funzionale)** per 1.000 residenti (C17.1.1, zona: 1,3; Toscana: 1,7; AUTC: 1,6) risulta inferiore rispetto ai valori di riferimento aziendale e regionale.

Per quanto riguarda il **ricorso al Pronto Soccorso**, il tasso standardizzato per età per 1.000 residenti (C8B.1, zona: 352,0; Toscana: 358,8; AUTC: 323,6) è inferiore alla media regionale, ma più elevato rispetto al valore aziendale; la fascia di valutazione è intermedia e suggerisce un utilizzo del PS ancora migliorabile. Infine, l'utilizzo delle **risonanze magnetiche muscolo-scheletriche** negli anziani ≥65 anni (C13A.2.2.1, zona: 22,7 per 1.000 residenti; Toscana: 22,9; AUTC: 17,2) è in linea con il valore medio regionale, ma più elevato di quello aziendale, in fascia di valutazione intermedia.

## 5.2 Mortalità

Così come in tutte le aree più sviluppate del mondo, circa due terzi della mortalità generale sono dovuti a malattie del sistema circolatorio e 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 nella popolazione nell'ultimo triennio per cui sono disponibili i dati, 2020-2022, è pari a 880,7 per 100.000 abitanti, risultando il valore più alto a livello aziendale (830,4) e superiore al valore regionale (859,1).

Riguardo alla **mortalità specifica per causa**, standardizzato per età, nella zona della Val di Nievole si osservano tassi superiori rispetto a quelli della AUTC e della Regione Toscana per le malattie del sistema circolatorio, per la cardiopatia ischemica, l'infarto del miocardio, il tumore del colon-retto, il tumore della mammella, il tumore della vescica e i tumori considerati complessivamente solo rispetto ai valori della AUTC. Sono in linea i tassi di mortalità per tutte le cause, standardizzati per età e quelli del tumore della prostata e del polmone rispetto ai valori di riferimento di Regione e AUTC. Non si osservano tassi in difetto.

## 5.3 Speranza di vita alla nascita

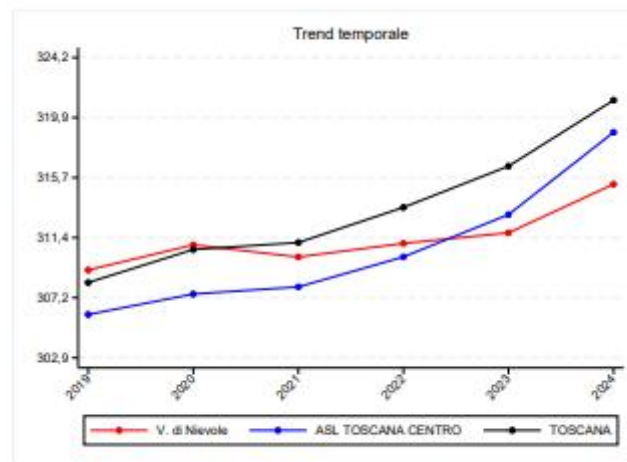
I dati ARS sulla **speranza di vita alla nascita** nella zona Val di Nievole, aggiornati al 2022, mostrano per le femmine un valore di 85,7 anni, valore in linea con la media aziendale (85,6 anni) e con la media regionale (85,7 anni); per i maschi mostrano un valore di 80,8 anni, valore leggermente inferiore alla media aziendale (81,6 anni) e alla media regionale (81,3 anni).

## 6. 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 in Val di Nievole, il valore della **prevalenza di malattie croniche** standardizzata per età nel 2024 è di 315,2 per 1.000 abitanti, inferiore rispetto ai valori medi aziendali (318,9) e regionali (321,2). Il trend delle malattie croniche è in aumento in tutte le zone, ma nella zona Vdn sono meno diffuse rispetto alla AUTC e alla RT.



(b) Trend per zona, Asl e regione

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

Si segnala un aumento della prevalenza della **patologia diabetica** nell'area VdN, (tasso standardizzato per età 63,8 per 1.000 residenti) rispetto alla AUTC (60,9), ma in linea con il tasso della RT (63,5). Il diabete è comunque in crescita rispetto agli ultimi anni in tutta la Regione.

Lo **scompenso cardiaco** ha una prevalenza standardizzata di 16,4 per 1.000 residenti, valore inferiore rispetto alla AUTC (17,1) e molto al di sotto del valore della Regione (19,1)..

L'**ictus** mostra una prevalenza maggiore (20,6 per 1.000 residenti) rispetto alla media della AUTC (16,0) e al valore medio della Regione (15,6).

La **cardiopatía ischemica** ha una prevalenza standardizzata di 35,4 per 1.000 residenti, valore superiore al 33,1 della AUTC e a quello regionale (34,9).

La prevalenza di **BPCO** per il 2024, nella zona VdN, è del 15,3 per 1.000 residenti, collocandosi al di sopra del valore aziendale 14,1 e del valore regionale 14,0.

La prevalenza della **demenza** (9,8 per 1.000 residenti) risulta inferiore ai valori aziendali (11,4) e della Toscana (11,5).

La prevalenza del diabete risulta in eccesso, con un aumento rispetto al 2023, così come la prevalenza di BPCO è maggiore rispetto alla AUTC. La prevalenza di ictus e cardiopatía ischemica sono più elevate rispetto alla AUTC, ma i valori in AUTC e RT scendono rispetto al 2023. Lo scompenso cardiaco e la demenza hanno entrambi una prevalenza in difetto.



## - Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS)

Passando alla gestione delle principali patologie croniche, la Val di Nievole mostra un quadro generalmente favorevole sul fronte dei ricoveri evitabili, ma con alcuni elementi che richiedono attenzione nella presa in carico specialistica. L'**ospedalizzazione per scompenso cardiaco** per 100.000 residenti  $\geq 18$  anni (D03CC, zona: 157,9; Toscana: 135,7; AUTC: 126,4) si colloca su valori superiori ai valori di riferimento regionale e aziendale.

Anche la qualità del monitoraggio clinico appare adeguata: la percentuale di **scompensati con almeno una misurazione di creatinina** (C11A.1.2A, zona: 77,7%; Toscana: 73,6%; AUTC: 74,5%) è in fascia di valutazione buona nel sistema di valutazione MeS, così come anche la percentuale di scompensati con **misurazione di sodio e potassio** (C11A.1.2B, zona: 63,6%; Toscana: 62,0%; AUTC: 61,7%).

Il territorio mostra performance positive anche nella gestione della cardiopatia ischemica: la percentuale di **pazienti post-infarto in terapia con betabloccanti** (C21.3.1, zona: 88,7%; Toscana: 87,6%; AUTC: 88,1%) è in fascia di valutazione buona, indicando una buona aderenza terapeutica al trattamento nel medio-lungo periodo.

Il **tasso di ospedalizzazione per diabete** per 100.000 residenti  $\geq 18$  anni (D03CA, zona: 5,8; Toscana: 10,4; AUTC: 8,9) risulta molto contenuto rispetto ai valori di riferimento regionale e aziendale. Tuttavia la percentuale di **pazienti diabetici che effettuano almeno una visita diabetologica annuale** (C11A.2.9, zona: 37,1%; Toscana: 30,8%; AUTC: 28,5%) pur risultando superiore ai valori regionali e aziendali, si colloca nella fascia di valutazione intermedia, indicando la necessità di rafforzare ulteriormente la presa in carico specialistica e di promuovere una maggiore continuità dei controlli annuali. Il **tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti** (C11A.2.4, zona: 5,6; Toscana: 16,9; AUTC: 15,2) è sensibilmente inferiore ai valori di confronto regionale e aziendale, in fascia di valutazione ottima.

La Val di Nievole si posiziona inoltre in modo adeguato sull'**ospedalizzazione per BPCO** per 100.000 residenti  $\geq 18$  anni (D03CB, zona: 5,8; Toscana: 9,9; AUTC: 12,4), con valori vicini al riferimento regionale e inferiori a quello aziendale. Infine, la gestione dell'ictus risulta rafforzata dalla percentuale di pazienti in **terapia antitrombotica** (C11A.5.1, zona: 67,8%; Toscana: 73,1%; AUTC: 72,4%), è in fascia di valutazione buona, a conferma di una presa in carico appropriata.

Nel complesso la zona evidenzia un buon controllo delle principali patologie croniche, con risultati particolarmente positivi per follow-up dello scompenso, terapia post-IMA, amputazioni per diabete e trattamento antitrombotico. Rimane invece da consolidare la regolarità delle visite diabetologiche, che rappresentano il principale ambito di miglioramento nella presa in carico specialistica.

## 6.1 Attività Fisica Adattata (AFA)

Gli indicatori AFA misurano l'offerta di corsi attivi sul territorio: per la bassa disabilità sono espressi come **corsi ogni 1.000 residenti ≥65 anni**, per l'alta disabilità come **corsi ogni 15.000 residenti ≥65**. In Val di Nievole l'offerta per bassa disabilità è cresciuta con continuità da 0,94 (2021) a 1,07 (2022), 1,19 (2023) fino a 1,41 per 1.000 nel 2024 (41 corsi su 28.995 over-65); per l'alta disabilità i valori sono rimasti pressoché stabili e nel 2024 risultano 1,55 per 15.000 (3 corsi). Nel 2024 la zona si colloca al di sotto dei valori di riferimento regionale e aziendale: 1,4/1.000 rispetto a 1,9/1.000 (AUTC) e 1,7/1.000 (Toscana) per la bassa disabilità; 1,6/15.000 rispetto a 2,5/15.000 (AUTC) e 2,3/15.000 (Toscana) per l'alta disabilità. In sintesi, il trend è favorevole, ma permane un divario più marcato sull'alta disabilità, che richiede un ulteriore rafforzamento dell'offerta.

## 7. DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

**Anziani non autosufficienti in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) permanente.** Misura quante persone di 65 anni e oltre hanno trascorso almeno un giorno in RSA nell'anno, per 1.000 residenti (prevalenza standardizzata per età). Nella zona Val di Nievole il dato 2024 è 2,0 per 1.000 (sono solo 74 le persone anziane non autosufficienti residenti in RSA permanente), molto inferiore alla media AUTC (8,0 per 1.000) e regionale (8,6 per 1.000) e coincidente con l'estremo basso del range regionale (min 2,0; max 12,6). Il profilo è quindi di ricorso residenziale molto contenuto e va letto insieme ai livelli di assistenza domiciliare e di presa in carico sociale.

**Anziani non autosufficienti in assistenza domiciliare diretta.** Stima gli ultra-64enni che hanno ricevuto almeno una prestazione domiciliare qualificata nell'anno, per 1.000 residenti (standardizzato per età). La zona Val di Nievole registra una prevalenza standardizzata per età di 20,9 per 1.000 nel 2024, inferiore sia alla prevalenza media della Toscana (28,1), che a quella aziendale (30,9) e vicino all'estremo basso del range regionale (17,2-38,4). Caveat importante: a livello regionale il dato può risentire di criticità di completezza/omogeneità nella rilevazione, quindi i confronti vanno interpretati con cautela.

**Personne con disabilità 0-64 anni in carico al servizio sociale.** L'indicatore di prevalenza conta le persone 0-64 anni con certificazione (Legge 104/1992 e/o invalidità civile) con cartella sociale attiva che hanno ricevuto almeno una prestazione dell'assistente sociale nell'anno, per 1.000 residenti. Nel 2022 la zona Val di Nievole è a 11,2 per 1.000 (1.001 persone), in linea con AUTC (11,6 per 1.000) e Toscana (11,7 per 1.000); il range regionale va da 8,1 a 18,9.

**Incidenza di disabilità (0-64 anni).** Misura i nuovi accertamenti ex Legge 104/1992 nell'anno per 1.000 residenti 0-64 (stima del flusso potenziale di nuovi utenti). Nel 2024 la zona Val di Nievole è a 3,5 per 1.000, inferiore alla Toscana (5,7) e prossima al valore migliore del range regionale (2,6-10,6). Nota di lettura: l'indicatore riflette anche l'attività delle Commissioni e la capacità territoriale di intercettare e certificare i casi.

**Incidenza di disabilità grave (0-64 anni).** Conta i nuovi accertamenti in gravità ex Legge 104/1992 nell'anno per 1.000 residenti 0-64. Nel 2024 la zona Val di Nievole è a 1,8 per 1.000, sotto la Toscana (2,2) e sopra la media AUTC (1,4); il range regionale è 1,2-5,2. Anche qui vale il caveat sull'influenza dei processi di accertamento.

**Indice di inserimento di alunni con disabilità (scuola primaria e secondaria di I grado).** L'indicatore misura la 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. Nell'a.s. 2024/2025 la zona Val di Nievole è al 5,7%, più alta della media AUTC (4,1%) e della Toscana (4,6%), vicina all'estremo alto del range regionale.

**L'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) nella zona Val di Nievole per l'anno 2024 è di 12,6%, valore inferiore a 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 Val di Nievole è 2,3 valore in linea con i dati aziendali e regionali (AUTC: 2,2, RT: 2,2).

La prevalenza di anziani assistiti dai servizi territoriali per la non autosufficienza della zona Val di Nievole con una presa in carico (domiciliare o residenziale) attiva è del 21,3 per 1.000 residenti, è il valore più basso 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)

Il tasso **segnalazioni su popolazione anziana >= 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: 133,6 per 1.000; Toscana: 129,1; AUTC: 131,3) l'indicatore è leggermente superiore rispetto ai valori di riferimento e in fascia di valutazione ottima nel sistema di valutazione MeS, indicando una capacità adeguata di intercettare i bisogni. Anche la **quota di anziani in Cure Domiciliari** (11,1%; Toscana: 10,8%; AUTC: 10,4%) si colloca al di sopra dei valori di confronto, in fascia di valutazione ottima, indicando una copertura domiciliare adeguata. Positivo è anche il dato sugli **accessi domiciliari nei giorni festivi** (B28.1.5, 16,0%; Toscana: 13,0%; AUTC: 12,6%), anch'esso in fascia di valutazione ottima, a riflettere una continuità assistenziale garantita il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

Il dato sui **75enni dimessi dall'ospedale con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni** (B28.2.5A, 44,3%; Toscana: 31,3%; AUTC: 36,6%) è superiore sia al valore regionale sia a quello aziendale, a conferma di una buona tempestività nell'attivazione dell'assistenza domiciliare post-dimissione.

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 over 65 con CIA >0,13** (Indicatore B28.2.9) è migliore rispetto ai valori medi aziendale e regionale (zona: 66,2%; Toscana: 45,6%; AUTC: 51,8%).

La **percentuale di assistiti in ADI con due ricoveri durante la presa in carico** (tasso per 1.000 assistiti ADI; 4,4%; Toscana: 3,2%; AUTC: 3,0%) si colloca in fascia di valutazione intermedia, indicando margini di miglioramento nella stabilità clinica durante l'assistenza domiciliare. Al contrario, la quota di **assistiti in ADI che presentano almeno un accesso al Pronto Soccorso durante la presa in carico** (21,6%; Toscana: 22,6%; AUTC: 22,6%) è allineata ai valori medi regionale e aziendale e rientra in fascia di valutazione buona.

Molto positiva risulta la percentuale **di prese in carico attivate entro 30 giorni dalla segnalazione** (zona: 91,2%; Toscana: 70,1%; AUTC: 51,1%), in fascia di valutazione ottima, a testimoniare un'attivazione rapida dei percorsi integrati. Diversamente, **la percentuale di ammissioni in RSA entro 30 giorni dalla segnalazione per 1.000 residenti ≥65 anni** (zona: 50,0; Toscana: 43,0; AUTC: 37,7) si colloca in fascia di valutazione intermedia, indicando tempi di ingresso meno tempestivi del livello atteso e quindi margini di miglioramento. Le **ammissioni in RSA per over 65** (B28.3.10, zona: 3,9 per 1000 residenti; Toscana: 4,3; AUTC: 4,3) risultano lievemente inferiori ai valori regionale e aziendale. Il dato suggerisce una capacità di accoglienza leggermente più contenuta rispetto al contesto. La **percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero** (B28.3.11, zona: 7,7%; Toscana: 9,4%; AUTC: 7,3%) si colloca in fascia di valutazione buona, mentre la **percentuale di assistiti con almeno un accesso al PS** (≥65 anni; zona: 25,6%; Toscana: 22,9%; AUTC: 19,3%) è in fascia scarsa: emerge un ricorso al PS più alto tra i nuovi assistiti in RSA, che merita un approfondimento sull'organizzazione della gestione degli acuti minori.

## 8. SALUTE MENTALE

### 8.1 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 prevalenza è 1,4 per 1.000 residenti, valore nettamente inferiore alla media della AUTC (24,4 per 1.000) e della Regione (30,4 per 1.000), risultando il valore più basso in Toscana. L'andamento del triennio 2021-2023 risente della sottostima; il livello 2024 segnala una bassa presa in carico in età evolutiva.

**Adulti (≥20 anni)**. Nel 2024 la prevalenza è 2,9 per 1.000 residenti, più bassa della media AUTC (6,7) e regionale (7,5) collocandosi tra i più bassi a livello aziendale. Anche qui, il profilo 2021-2023 è condizionato dalla qualità del dato; il 2024 conferma una bassa presa in carico territoriale in età adulta.

**Totale popolazione.** Complessivamente, nel 2024 la zona VdN, registra una prevalenza di 2,6 per 1.000 residenti, ben al di sotto della media AUTC (10,5 per 1.000) e di RT (12,4 per 1.000) ed è il secondo valore più basso del contesto aziendale.

**Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti.** La continuità della presa in carico 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. Nel quadriennio 2021–2024 la zona VdN mostra un trend in progressivo miglioramento e nel 2024 raggiunge il 62,0%, valore in fascia ottima secondo il sistema MeS.

**Prevalenza d'uso di antidepressivi (maschi, femmine, totale).** L'indicatore misura la quota di residenti che nell'anno hanno assunto antidepressivi in modo continuativo; i valori sono standardizzati per età e riportati in percentuale. Nel 2024 la Val di Nievole registra una prevalenza standardizzata per età del 9,2%, superiore sia alla media della AUTC (8,4%) sia al dato regionale (8,4%); nell'ambito AUTC si colloca nel gruppo più alto insieme a Pistoiese (9,6%) e Mugello (8,9%). La serie storica 2010–2024 segue l'andamento regionale: graduale riduzione nel lungo periodo e assestamento negli anni più recenti; persistono differenze di genere con valori più elevati nelle donne.

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

Il **tasso standardizzato di ospedalizzazione per patologie psichiatriche tra i maggiorenni** (C15A.5A, zona: 188,9 per 100.000 residenti  $\geq 18$  anni; Toscana: 217,6; AUTC: 200,1) è inferiore rispetto ai valori di riferimento regionale e aziendale, indicando un ricorso all'ospedale in età adulta complessivamente più contenuto.

Il **tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in età minorile** (C15A.7, zona: 192,1 per 100.000 residenti  $< 18$  anni; Toscana: 196,9; AUTC: 162,1) si colloca in fascia di valutazione intermedia nel sistema di valutazione MeS, evidenziando un ricorso al ricovero superiore rispetto alla media aziendale.

C15A.13A - **Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8-30 giorni per patologie psichiatriche** (adulti, ricoveri ordinari). L'indicatore misura la quota di dimissioni che viene seguita da un nuovo ricovero tra l'8° e il 30° giorno: valori più bassi sono migliori perché suggeriscono dimissioni appropriate, buona continuità territorio-ospedale e presa in carico tempestiva post-dimissione. La Val di Nievole registra 7,8% (fascia pessima), sebbene il valore sia in miglioramento rispetto al triennio 2021–2023, resta su un livello critico che richiede attenzione ai passaggi ospedale-territorio.

**C15.2 - Contatto entro 7 giorni con il DSM dopo dimissione da ricovero psichiatrico (utenti maggiorenni residenti).** L'indicatore misura la tempestività della continuità di cura tra Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e servizi territoriali: più alta è la percentuale, migliore è l'aggancio post-dimissione e minore il rischio di drop-out. Nel 2024 la Val di Nievole si colloca al 22,1%, molto al di sotto sia della media AUTC (38,3%) sia della Toscana (40,8%), in fascia di valutazione pessima, con persistente criticità anche nel confronto storico recente (livelli bassi e senza recupero nell'ultimo anno). Il quadro suggerisce difficoltà strutturali nell'aggancio precoce post-dimissione. Infine, l'indicatore **continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti** (C15.17, zona: 62,0%; Toscana: 63,4%; AUTC: 65,8%) è in fascia di valutazione ottima, indicando una capacità complessivamente adeguata di mantenere gli utenti stabilmente coinvolti nei percorsi assistenziali.

## 8.2 Dipendenze

Dai dati forniti dall'Osservatorio Socio-Epidemiologico dell'Area delle **Dipendenze** della AUTC nel 2024 nella zona Val di Nievole sono state in carico al Ser.D di Montecatini 534 persone prese in carico per dipendenza da sostanze illegali (eroina, cocaina, cannabinoidi e droghe sintetiche), 212 alcolisti, 39 soggetti con disturbo da gioco d'azzardo e 33 con altre problematiche; in tutto 818 persone che rappresentano il 7 % del totale degli 11.669 utenti della AUTC.

I nuovi Tossicodipendenti (TD) nel 2024 sono 83, equivalenti ad un'incidenza di 0,87 per 1.000 residenti di età 15-79 anni (AUTC: 0,74 per 1.000 residenti di età 15-79 anni), mentre la prevalenza - tutti i TD in carico - è di 5,59 per 1.000 residenti di età 15-79 anni (AUTC: 4,42 per 1.000 residenti di età 15-79 anni). I maschi sono l'80,9% dei casi in carico (AUTC: 83,5%).

I nuovi utenti dei servizi alcolologici nel 2024 sono 32, per un'incidenza di 0,33 per 1.000 residenti di età 15-79 anni (AUTC: 0,46 per 1.000 residenti di età 15-79 anni), mentre la prevalenza - tutti gli alcolisti in carico - è di 2,22 per 1.000 residenti di età 15-79 anni (AUTC: 1,89 per 1.000 residenti di età 15-79 anni). Il 75,5% 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 Valdinievole sono 14, l'8,6% della popolazione "nuova" della AUTC.

## 9. 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), nella zona Valdinievole non si sono registrati decessi nel primo anno di vita, a fronte di un tasso aziendale e regionale di 1,5 morti infantili per 1.000 nati.

La **percentuale di nati vivi gravemente sottopeso** nel triennio 2022-2024, è pari ad 0,5 ogni 1.000 nuovi nati, lievemente più basso rispetto ai valori della AUTC e della RT (entrambi 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 60,5%, un dato leggermente superiore a quello aziendale (59,5%), ma inferiore 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 in età fertile** (C7.10, zona: 6,3; Toscana: 5,4; AUTC: 5,8) è lievemente superiore ai valori medi aziendale e regionale, ma in fascia di valutazione buona.

Anche il tasso di **IVG tra le donne straniere per 1.000 donne straniere residenti in età fertile**, nel 2024 è pari a 11,7 per 1.000 residenti, valore lievemente superiore ai valori medi aziendale (10,7) e regionale (10,5), ma in fascia di valutazione buona.

Nella zona VdN 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 29,6% (25,5% l'anno precedente), dato superiore a quello aziendale (20,3%) e a quello regionale (23,6%).

## **10. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**

Nel triennio 2020–2022, nella Val di Nievole si sono registrati 564 **decessi evitabili**, ossia decessi che avrebbero potuto essere prevenuti mediante interventi efficaci di prevenzione primaria, condizioni igienico-sanitarie adeguate o cure tempestive e appropriate, con un tasso standardizzato di mortalità evitabile pari a 153,8 per 100.000 residenti. Il valore risulta superiore sia alla media regionale (147,6 per 100.000) sia al tasso medio della AUTC (141,6 per 100.000).

Come nel resto della Toscana, anche nella Val di Nievole la mortalità evitabile presenta una marcata differenza di genere:

- tra gli **uomini**, si registrano 359 decessi evitabili, con un tasso standardizzato di 205,3 per 100.000;
- tra le **donne**, 205 decessi, con un tasso standardizzato di 105,8 per 100.000.



Il tasso maschile risulta quindi quasi doppio di quello femminile, in linea con il quadro regionale (190,7 vs 108,2 casi per 100.000).

Le differenze osservate sono riconducibili in parte a stili di vita e abitudini comportamentali differenti tra i due generi, nonché a diversi profili di esposizione ai rischi occupazionali. Le cause di morte più rilevanti rientrano tra quelle prevenibili mediante azioni di sanità pubblica e promozione della salute, che rappresentano il principale ambito di intervento per ridurre ulteriormente il fenomeno.

Il **tasso di infortuni sul lavoro indennizzati** (zona: 6,5 per 1.000 occupati; Toscana: 10,4; AUTC: 8,8) è sensibilmente inferiore ai valori regionali e aziendali, indicando un numero di eventi denunciati e riconosciuti più contenuto rispetto ai territori di confronto.

Il **rapporto di lesività degli incidenti stradali** (zona: 1.367,1; Toscana: 1.279,0; AUTC: 1.241,3) risulta invece più elevato rispetto ai valori di riferimento regionale e aziendale, suggerendo una maggiore quota di incidenti con esito lesivo.

## 10.1 Screening oncologici

Nel 2024 l'**adesione allo screening mammografico** è 72,2%, superiore sia alla media della AUTC (68,1%) sia a quella regionale (67,4%); il trend dell'ultimo triennio mostra una flessione nel 2023 seguita da ripresa nel 2024 (2022: 75,8% → 2023: 70,0% → 2024: 72,2%).

Per lo **screening del colon-retto**, l'adesione 2024 è 47,2%, in crescita rispetto al 2022-2023 (2022: 44,7% → 2023: 46,9% → 2024: 47,2%), in linea con la media aziendale (47,2%) e superiore a quella regionale (44,3%).

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 target nel quinto anno dal passaggio era ridotta (passaggio da round triennale a round quinquennale per le donne dai 34 ai 64 anni).

## 10.2 Coperture Vaccinali

Nella zona Val di Nievole, le coperture dell'infanzia sono su livelli ottimali nel 2024: l'**esavalente** (difterite, tetano, pertosse acellulare, poliomielite inattivata, Haemophilus influenzae b, epatite B) risulta  $\geq 98\%$  come nella gran parte delle zone AUTC e la migliore a livello regionale, mentre la **MPR** (morbillo-parotite-rosolia) supera il 98%, tra le quattro zone migliori insieme a Mugello, Pratese ed Empolese-Valdarno Inferiore.

La copertura **anti-HPV** nelle dodicenni è in crescita a livello aziendale, ma ferma all'80,9% nel 2024; per questo indicatore la Val di Nievole rientra nel gruppo di zone con valutazione media.

Per l'**antimeningococcica** a 24 mesi la zona rimane ben al di sotto della soglia raccomandata del 95% (nel 2024 solo l'Empolese-Valdarno Inferiore la supera) e figura tra le aree con criticità da presidiare. Per l'**antipneumococco** la copertura risulta la più bassa a livello regionale (VdN: 87,2%; AUTC: 92,5%; RT: 92,9%).

Negli **ultrasessantacinquenni**, la copertura **antinfluenzale** è la più bassa dell'Azienda nel 2024 (57,1%), inferiore sia al valore aziendale (63,7%) sia alla soglia minima del 75% indicata dal PNPV; il trend di zona, come quello aziendale, mostra un picco nel 2020, una flessione negli anni successivi e una lieve ripresa nel 2024. Nel complesso, i dati confermano stabilità su livelli alti per le vaccinazioni pediatriche (esavalente e MPR) e margini di miglioramento per HPV, antimeningococco e antinfluenzale; prioritario rafforzare recall attivi, co-somministrazioni e l'integrazione organizzativa con MMG/PLS per incrementare l'adesione delle fasce target.

## 11. 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

Nel complesso, il ricorso ai farmaci nella Val di Nievole mostra un profilo articolato, con alcuni elementi favorevoli e altre aree da monitorare. Il **consumo di inibitori di pompa protonica (IPP)** (C9.1, zona: 22,7 DDD/1.000 ab; Toscana: 23,7; AUTC: 21,3) risulta leggermente inferiore alla media regionale e vicino al valore aziendale, in fascia di valutazione buona nel sistema di valutazione MeS. Questo dato è positivo considerando che per gli IPP la letteratura evidenzia problematiche di iperprescrizione e potenziali effetti avversi per uso prolungato. Il consumo contenuto suggerisce un'attenzione appropriata nella prescrizione di questi farmaci.

Il **consumo di antibiotici sul territorio** (C9.8.1.1, zona: 13,6 DDD/1.000 ab; 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 della Val di Nievole segnala la necessità di rafforzare le strategie di stewardship antimicrobica e di promuovere un uso ancora più appropriato di questi farmaci essenziali.

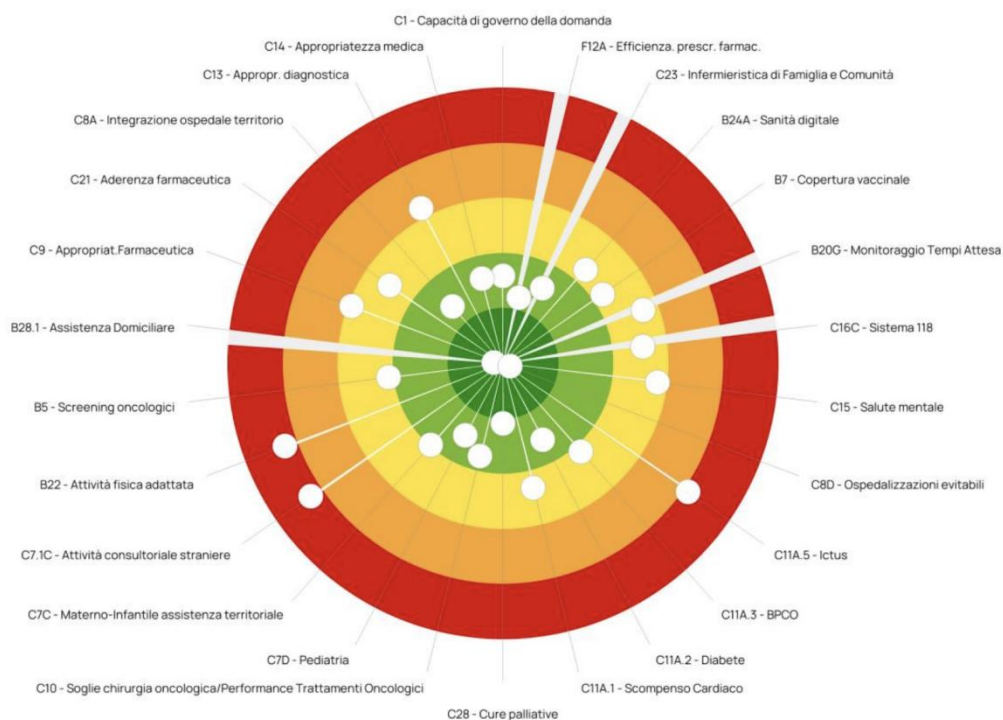
Il **consumo di farmaci antidepressivi** (farmaci sentinella/traccianti) (D15C) nella Val di Nievole, pari a 27.210,5 DDD/1.000 residenti, risulta sensibilmente superiore sia alla media regionale (25.452,5) che aziendale (26.078,3), collocandosi nella fascia di valutazione critica. Questo dato merita 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 Val di Nievole suggerisce potenziali fenomeni di iperprescrizione o uso inappropriato.

La **percentuale di abbandono dei pazienti in terapia antidepressiva** (C9.9.1.1, zona: 19,8%; Toscana: 19,9%; AUTC: 18,9%) è leggermente migliore del dato regionale e in linea a quello aziendale, collocandosi nella fascia di valutazione buona. 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 VdN presenta un valore pari a 2,6, superiore sia al valore medio della AUTC sia a quello della Toscana (2,1). 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), la VdN ricade pertanto nella fascia di valutazione buona, risultando l'unica fra le 8 zone della AUTC a collocarsi su questo livello di valutazione, mentre Toscana e AUTC si collocano, rispettivamente, nelle fasce di valutazione media e scarsa.

## 12. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE: BERSAGLIO MeS

### Bersaglio 2023 Val di Nievole



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.

## 13. INDICATORI A SUPPORTO DEI PROFILI DI SALUTE - Valdinievole

Di seguito link che permettono 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-2024#Valdinievole>

- Scheda propedeutica per il profilo di salute (pdf) ►►
- Come sta la popolazione:
  - Scheda di dettaglio degli indicatori (pdf) ►►
  - Dati numerici e grafici (zip) ►►
- Come i servizi rispondono ai bisogni:
  - Scheda di dettaglio degli indicatori (pdf) ►►
  - Dati numerici (xlsx) ►►
- Istruzioni per la lettura (pdf) ►►
- Annuario dei dati ambientali ARPAT 2023 - provincia Pistoia ►►

# PROFILO DEI SERVIZI

## 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, sociosanitarie e sociali integrate. Nell'ambito territoriale della Valdinievole l'integrazione sociosanitaria viene realizzata attraverso la Società della Salute (artt. 71 bis ss).

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 “Valdinievole”, le attività socio sanitarie vengono svolte per il tramite della Società della Salute: Consorzio pubblico senza scopo di lucro costituito ai sensi dell'art. 31 del decreto legislativo n. 267 del 18 agosto del 2000 fra gli undici Comuni della Valdinievole e l'Azienda Usl Toscana Centro. In data 14.01.2010, con atto ai rogiti del Segretario Comunale del Comune di Montecatini Terme registrati in data 02.02.10 N° Rep. 4877 i Comuni di Buggiano, Chiesina Uzzanese, Lamporecchio, Larciano, Massa e Cozzile, Monsummano Terme, Montecatini Terme, Pieve a Nievole, Pescia, Ponte Buggianese, Uzzano e l'Azienda USL 3 di Pistoia (ora Azienda USL Toscana Centro) hanno sottoscritto gli atti costitutivi (Statuto e Convenzione) del Consorzio Società della Salute della Valdinievole ai sensi della L.R.T. 40/2005 e s.m.i.

Il Consorzio si è rinnovato per ulteriore 10 anni a seguito dell'adozione della deliberazione dell'Assemblea dei Soci n. 13 del 02.12.2019 avente per oggetto: “Statuto e Convenzione della SdS Valdinievole: rinnovo per il periodo 14.01.2020 – 13.01.2030”. Successivamente, è seguita la ratifica da parte dei Consigli Comunali dei Comuni e la deliberazione conclusiva dell'Assemblea SdS di presa d'atto (nr. 2 del 20.02.2020).

Come da previsione normativa, di cui alla LR 40/2005, il Direttore SdS coincide con il Direttore di Zona, con funzioni parzialmente diverse: sanità territoriale come direttore ZD, servizi sociosanitari e socioassistenziali come direttore SdS.

### ***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 la 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:

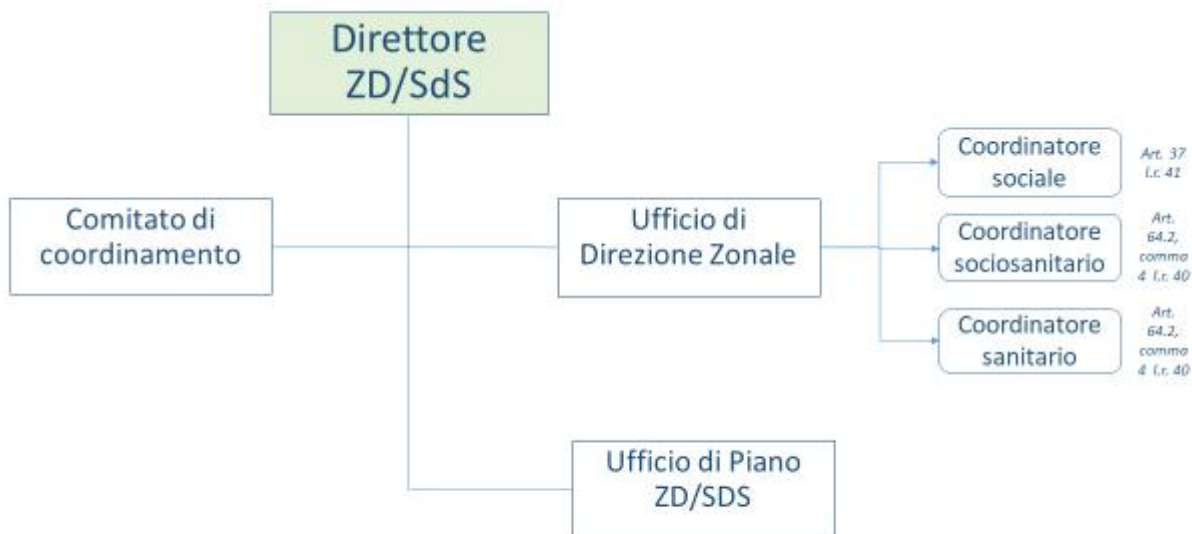
- ufficio di piano - composto da personale della Sds, personale aziendale e personale dei comuni, deputato alla elaborazione del PIS e del PIZ. La DGRT 269/2019.
- coordinatore sanitario e coordinatore sociosanitario individuati dal direttore di Zona Distretto /SdS tra i componenti dell'ufficio di direzione 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:

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



7

La SdS Valdinievole con delibera dell'Assemblea dei Soci nr. 7 del 25.05.2011 avente per oggetto: "Regolamento di Organizzazione della Società della Salute della Valdinievole. Approvazione", ha costituito l'Ufficio di Direzione e previsto l'Ufficio di Piano, quest'ultimo aggiornato con la delibera della Giunta Esecutiva n. 5 del 03.02.2020.

L'Ufficio di Direzione è disciplinato dall'art. 12 del Regolamento di Organizzazione secondo cui:

1. La direzione della SdS ha il compito di coadiuvare il Direttore nell'ambito delle funzioni gestionali della SdS ed è composta, dal coordinatore sanitario, dal coordinatore delle attività sociali e dal coordinatore amministrativo;
2. In relazione a quanto disposto dall'art. 64 comma 6 e comma 7 della L.R. 40/2005 e smi e, dall'art. 21 dello Statuto è costituito dal Direttore l'Ufficio di Direzione, con il compito di coordinare l'azione e rendere più efficace il perseguimento degli obiettivi, nonché di rendere più efficiente la struttura produttiva dei servizi;
3. L'ufficio di direzione della SdS è composto da:
  - a) Coordinatore Sanitario
  - b) Coordinatore Amministrativo
  - c) Coordinatore delle Attività Sociali
  - d) Responsabile Area funzionale socio-assistenziale
  - e) Medico di medicina generale
  - f) Responsabile dell' unità funzionale dell'integrazione socio-sanitaria
  - g) Responsabile U.O. Infermieristica
  - h) Responsabile U.O. Assistenza sociale
  - i) Titolare dell' Ufficio gestione economico finanziaria
  - l) Responsabile Area funzionale della programmazione e della promozione della salute
4. Il Direttore può integrare con altri componenti l'ufficio di direzione per specifiche tematiche;



5. L'ufficio di direzione viene convocato dal Direttore con cadenza funzionale allo svolgimento delle proprie funzioni;
6. Ogni responsabile può proporre al Direttore di inserire specifici punti all'odg o richiedere la convocazione di una specifica riunione per affrontare particolari problemi che comportano il coordinamento di più strutture organizzative;
7. Il Presidente e la Giunta incontrano almeno due volte l'anno l'ufficio di direzione, per discutere i programmi di attività ed il loro stato di avanzamento e per monitorare l'andamento della valutazione dei responsabili e dei coordinatori;
8. L'ufficio di direzione, quando integrato dalle figure previste all'art. 64 comma 6 della L.R. 40/2005 e smi, costituisce l'ufficio di direzione zonale previsto dallo stesso articolo.

### ***1.1.1 Ufficio di Piano***

L'ufficio di Piano previsto dall'art. 8 del Regolamento di Organizzazione della SdS Vdn è stato declinato nelle sua composizione con la delibera della Giunta Esecutiva n. 5 del 03.02.2020: fanno parte dell'Ufficio di Piano, oltre al Direttore della SDS Valdinievole, un responsabile dell'ufficio, e 7 unità della SdS.

Con

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 Usl 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 Usl 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 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

## 1.2 La sanità territoriale

La 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 SdS Valdinievole è prevista la SOC Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Valdinievole. 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 SdS Valdinievole è prevista la UF Zona Valdinievole .

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.

### ***1.3 I servizi sociosanitari e socioassistenziali***

L'organizzazione della Società della Salute risulta essere così composta:

Strutture di Direzione

Direzione:

Direttore SdS

Coordinatore Sanitario

Coordinatore delle Attività Sociali

Coordinatore Amministrativo

Ufficio di Direzione: coadiuva il Direttore nell'espletamento delle sue funzioni ed è composto da:

- a) Coordinatore Sanitario
- b) Coordinatore delle Attività Sociali
- c) Coordinatore Amministrativo
- b) Responsabile Area funzionale socio-assistenziale
- c) Medico di Medicina Generale
- d) Responsabile U.O. Infermieristica
- e) Responsabile U.O. Assistenza sociale
- f) Responsabile Area funzionale dell'integrazione socio-sanitaria
- g) Coordinatore Ufficio gestione economico finanziaria
- h) Responsabile area funzionale della programmazione e della promozione della salute

L'Ufficio di Direzione è ulteriormente integrato dal Direttore delle professioni infermieristiche e ostetriche e dal Direttore delle professioni tecnico-sanitarie della USL3 (ora UsI Toscana Centro), così come previsto dal vigente regolamento di organizzazione dell'Azienda Sanitaria approvato d'intesa con la SDS.

Struttura semplice: Area funzionale della programmazione e della promozione della salute

1. Ufficio di Piano (struttura di progetto di cui all'art. 9 del presente regolamento)
2. Ufficio URP e della Comunicazione

Struttura semplice: Area funzionale tecnico amministrativa

LIVELLO DELLA ORGANIZZAZIONE GESTIONALE TECNICO-AMMINISTRATIVA

1. Ufficio di Supporto agli organi di governo, di direzione e segreteria generale
2. Ufficio Gestione economico-finanziaria
3. Ufficio Gestione affari generali e risorse umane

Struttura semplice: Unità Funzionale integrazione socio-sanitaria

LIVELLO DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM), DELLA DIREZIONE, DELLA ORGANIZZAZIONE E DELLA PRODUZIONE DI SERVIZI RIVOLTI ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ

1. Settore: Servizi residenziali e semi-residenziali in favore della popolazione anziana e delle persone disabili
2. Settore: Interventi, servizi e progetti tutelari domiciliari in favore della popolazione anziana e delle persone disabili
3. Settore: Assistenza domiciliare e ambulatoriale socio-sanitaria
4. Settore: Continuità assistenziale ospedale-territorio
5. Settore : Cure intermedie

Struttura semplice: Area funzionale socio-assistenziale

LIVELLO DELLA ORGANIZZAZIONE , DELLA DIREZIONE E DELLA PRODUZIONE ATTIVITÀ SOCIO ASSISTENZIALI:

1. Settore: Responsabilità familiari e tutela minorile
2. Settore : Interventi a favore dei diritti di cittadinanza
3. Settore: Interventi di inclusione sociale e sostegno alle fragilità

Struttura semplice: Unità Operativa assistenza sociale

Livello dell'organizzazione professionale di assistenza sociale

Le funzioni operative riconducibili in maniera diretta alla gestione della SdS sono: assistenza sociale professionale in ambito della tutela dei minori, delle responsabilità familiari, delle persone disabili e delle persone anziane autosufficienti e non autosufficienti e delle persone che vivono in



situazione di disagio e povertà. Oltre alla supervisione professionale rivolta alle persone con dipendenza e con problematiche di salute mentale.

Inoltre l'Unità Operativa:

- promuove programmi di aggiornamento professionale degli operatori assegnati alla U.O.
- garantisce sul piano professionale la correttezza dei singoli apporti
- supervisiona l'appropriatezza e correttezza delle azioni professionali
- assegna alle Aree Funzionali il personale necessario a garantire i percorsi assistenziali
- collabora al percorso di formazione universitaria degli Assistenti Sociali attraverso il coordinamento dei tirocini professionali degli Assistenti Sociali e attraverso la gestione delle relative convenzioni

Struttura semplice: Unità Operativa assistenza infermieristica

Livello dell'organizzazione professionale infermieristica

Le funzioni operative riconducibili in maniera diretta alla gestione della SdS sono:

- assistenza infermieristica e di supporto erogata a livello ambulatoriale/domiciliare e rivolta alla popolazione disabile ed anziana;
- assistenza infermieristica e di supporto erogata all'interno di strutture residenziali e semiresidenziali, quali le "Cure Intermedie" ed i "moduli" afferenti alle aree cognitive-motorie-comportamentali;
- assistenza infermieristica e di supporto volta a garantire "continuità assistenziale" all'interno della rete dei servizi afferenti alla SdS.

Le funzioni operative riconducibili alla gestione diretta dell'Azienda sanitaria per le quali la titolarità delle funzioni viene mantenuta, ai fini dell'unitarietà degli interventi, alla UOP sono:

- assistenza infermieristica e di supporto alle attività ambulatoriali erogate presso i presidi territoriali ed afferenti all' "area specialistica";
- assistenza infermieristica e di supporto alle attività connesse alla gestione dei "Centri Prelievo";
- assistenza infermieristica e di supporto alla "Sanità d'iniziativa", finalizzata alla presa in carico del cittadino secondo il Chronic Care Model;
- assistenza infermieristica e di supporto rivolta ad utenti in carico ai servizi di Salute Mentale, erogate in ambito ambulatoriale, domiciliare ed all'interno di strutture di degenza, residenziali e semiresidenziali;

- assistenza infermieristica e di supporto rivolta ad utenti in carico alla rete dei servizi per le Cure Palliative Integrate, erogate in ambito ambulatoriale, domiciliare ed all'interno di strutture di degenza – Hospice;
- assistenza infermieristica e di supporto rivolta a cittadini presi in carico dai servizi per la diagnosi, cura ed il trattamento delle cosiddette “dipendenze”;
- assistenza infermieristica e di supporto riconducibile agli ambiti di pertinenza della UF Consultoriale;
- assistenza infermieristica e di supporto riconducibile agli ambiti di pertinenza del Dipartimento della Prevenzione;
- assistenza infermieristica e di supporto riconducibile agli ambiti di pertinenza del Dipartimento Emergenza ed Urgenza.

A far data dall'01.04.2017 la SdS Valdinievole svolge direttamente le attività della Salute Mentale Adulti, delle Dipendenze e della Salute Mentale Infanzia ed Adolescenza attraverso le strutture organizzative proprie delle Unità Funzionali Complesse per la Salute Mentale Adulti e Dipendenze e, dell'Unità Funzionale Semplice per la Salute Mentale Infanzia ed Adolescenza.

# 1 QUADRO DELL'OFFERTA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

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.

## 1.1 Cure Primarie: la Sanità Territoriale

L'assistenza sanitaria territoriale rappresenta il 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

Assistenza sanitaria di base	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	TOT.
<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</i>	28	22	45	20	19	12	27	32	205

<i>(ex guardia medica)</i>									
<b><i>Sedi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)</i></b>	7	7	9	6	7	4	7	7	54
<b><i>Sedi di Assistenza Turistica</i></b>	0	0	0	0	1	1	0	0	2
<b><i>Forme organizzate dei MMG</i></b>	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.

## 1.2 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 192 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 équipe 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 équipe 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 E V V
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 E V V
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/>

### 1.3 Il Girot

Il Girot è una équipe 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 elegibilità. 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.

## 1.4 – I PIR

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 necessitino 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



## 1.5 I processi infermieristici

### - INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA'

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%
<b>totale</b>	<b>465</b>	

Dati forniti dal DAIO – gennaio 2025/ settembre 2025

VALDINIEVOLE	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE
PAZIENTI IN CARICO	2145	2174	2133	0
ACCESSI DOMICILIARI	18675	18496	17817	0
ACCESSI AMBULATORIALI	1375	1618	68428	0
PRESTAZIONI DOMICILIARI	72468	71876	1690	0
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2825	3332	3283	0

## - AIUTI

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
<b>Totale complessivo</b>	<b>2395</b>	<b>398</b>	<b>41</b>	<b>495</b>	<b>569</b>	<b>388</b>	<b>608</b>	<b>4894</b>

Dati forniti dal DAIO – gennaio 2025/ settembre 2025

## 1.6 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 Al 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 Al 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 Al 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 autonomia 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

In Valdinievole è stata svolta una coprogettazione per l'attivazione su tutto il territorio della Valdinievole di interventi/progetti che riescano a coinvolgere la cittadinanza più anziana e fragile nella acquisizione di stili di vita sani e comportamenti salutari e contribuiscano così a prevenire le condizioni di rischio e la progressione verso le malattie, ad ottimizzare le opportunità per la salute, la partecipazione sociale e la sicurezza.

### **1.7 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.

In Valdinievole le CDC completate o in previsione di avvio nel 2026 sono:

- Casa di comunità di Montecatini Terme
- Casa di Comunità della Valdinievole
- Casa di comunità di Pieve a Nievole
- Casa di comunità di Monsummano Terme
- Casa di comunità di Larciano
- Casa di comunità di Lamporecchio
- Casa di comunità di Buggiano
- Casa di comunità di Pescia
- Casa di comunità di Ponte Buggianese

**- La continuità territorio-ospedale-territorio: COT**

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 socio-sanitaria, 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, socio-sanitari 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.

In Valdinievole sono presenti due COT con sede a Montecatini Terme.

<b>ANNO 2024</b>			
<b>Zona</b>	<b>ESITO DOMICILIARE 1</b>	<b>ESITO RESIDENZIALE /LD/CI 2</b>	<b>Totale</b>
VALDINIEVOLE	465	274	739
<b>TOT</b>	<b>8327</b>	<b>5012</b>	<b>13339</b>
<b>ANNO 2025 (8mesi)</b>			

<b>Zona</b>	<b>ESITO DOMICILIARE 1</b>	<b>ESITO RESIDENZIALE /LD/CI 2</b>	<b>Totale</b>
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 multimorbidity, 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.

In Valdinievole è in corso di realizzazione l'Ospedale di Comunità a Monsummano Terme che avrà 20 posti disponibili.

- **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.

## ***1.8 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 Consultori 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 Consultori 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 linguistiche 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'équipe 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 anni, 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.

## 1.9 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.

## ***1.10 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.

## ***1.11 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 fisiatristi 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 équipes 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).

## ***1.12 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.

- **SPDC**

Significativa è la presenza del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), il servizio deputato al trattamento delle emergenze psicopatologiche 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.

### **1.13 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*
- *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.

## 1.14 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 UsI 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 Alcolologico della Regione Toscana (CAR) di Careggi.

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

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

Fonte: Bollettino Socio Epidemiologico 2024 – Ansl 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 alcoldipendenti. 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>	<i>TD</i>	<i>Alcolisti</i>	<i>DG A</i>	<i>TOTALE</i>
<b>Sollicciano</b>	<b>490</b>	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>523</b>
<b>Gozzini</b>	<b>41</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>45</b>
<b>Minorile</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>31</b>
<b>La Dogaia</b>	<b>498</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>506</b>
<b>Santa Caterina</b>	<b>96</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>100</b>
<b>TOT</b>	<b>1.155</b>	<b>46</b>	<b>4</b>	<b>1.205</b>

*Fonte: Bollettino Socio Epidemiologico 2024 – Ausl 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**

In Valdinievole è stato attivato un servizio per la realizzazione di interventi di prevenzione sulle specificità dei rischi correlati al gioco d'azzardo i cui obiettivi sono la promozione di interventi di sensibilizzazione, di comunicazione e di formazione sul gioco d'azzardo patologico.

## ***2. 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".

Nel territorio a partire da luglio 2025 è stata avviata una coprogettazione per lo sviluppare di attività sperimentali di front office per l'accesso unitario alla rete dei Servizi sociali, sanitari e delle altre risorse presenti nelle comunità locali. La realizzazione dei punti informativi diffusi si è mossa secondo una logica di cura dell'infrastruttura relazionale e sociale dei territori, valorizzando l'attivazione di reti informali e di comunità, al fine di promuovere tutte le risorse presenti.

### ***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 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 è integrata dalle figure professionali necessarie, tra cui il medico di medicina generale. In particolare, è prevista una stretta collaborazione con la U.O. Geriatria per la definizione dei percorsi assistenziali della persona anziana non autosufficiente.

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 anziani età 65+</b>	11.880	5.061	5.055	1.947	7.314	4.470	3.633	6.585	<b>45.945</b>

(Fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 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 il care giver e per l’assistente familiare:** contributi economici erogati a favore di anziani non autosufficienti di età uguale o superiore ai 65 anni, finalizzati a garantire sostegno alla persona e alla famiglia nell’assistenza necessaria per il mantenimento al proprio domicilio, attraverso l’instaurazione di un rapporto di lavoro che preveda la presenza di un’assistente familiare. I contributi economici erogati per la zona Valdinievole sono erogati, in base al vigente regolamento, per contratti attivati di lavoro subordinato che coprono un numero di ore non inferiore a 25 settimanali. Nel corso del 2018 i progetti elaborati dall’UVM che hanno previsto l’erogazione di un contributo economico per l’assistenza domiciliare indiretta sono stati 117.
- **Gli 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 della Toscana Centro sono di più tipi:

- Assistenza Domiciliare 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, aiuto per pagare le bollette).
- 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 aziendale le giornate di assistenza domiciliare (Giornate di cura) erogate dalle SdS/ZD nel 2024 sono state 1.613.997.

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

### - Pronto badante

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
<b>Numeratore</b>	6.279	2.912	2.563	929	3.799	2.296	2.546	3.637	24.961
<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>17,26</b>	<b>13,12</b>	<b>15,31</b>	<b>14,67</b>	<b>14,56</b>	<b>13,47</b>	<b>21,30</b>	<b>15,08</b>	<b>15,51</b>

(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
<b>Numeratore</b>	2.661	1.431	962	481	1.449	1.199	1.123	1.837	11.143
<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>7,31</b>	<b>6,45</b>	<b>5,75</b>	<b>7,59</b>	<b>5,55</b>	<b>7,03</b>	<b>9,39</b>	<b>7,62</b>	<b>6,93</b>

(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
<b>Numeratore</b>	1.741	748	628	219	1.015	646	777	975	6.749
<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>4,79</b>	<b>3,37</b>	<b>3,75</b>	<b>3,46</b>	<b>3,89</b>	<b>3,79</b>	<b>6,50</b>	<b>4,04</b>	<b>4,19</b>

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

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

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).

	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
<b>ADI</b>	<b>nr. casi</b>	717	114	207	77	81	36	44	445	<b>1.721</b>
	<i>di cui anziani</i>	517	87	152	58	72	30	35	384	<b>1.335</b>
<b>ADP</b>	<b>nr. casi</b>	316	174	113	46	610	224	404	5	<b>1.892</b>
	<i>di cui anziani</i>	304	155	104	40	531	189	382	5	<b>1.710</b>
<b>AD solo sanitaria</b>	<b>nr. casi</b>	7.051	3.605	3.241	1.234	5.103	3.260	2.775	4.409	<b>30.678</b>
	<i>di cui anziani</i>	6.065	3.178	2.804	1.079	4.423	2.920	2.254	3.758	<b>26.481</b>

(fonte: archivio regionale AD-RS.A Rfj 115 Rfj 118 – estrazione Inforiem 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
<b>ADI</b>	<b>erogazioni</b>	20.022	1.900	2.491	1.074	3.718	2.106	5.933	9.120	<b>46.364</b>
	<i>di cui anziani</i>	15.692	1.372	2.044	638	3.341	1.469	3.644	7.909	<b>36.109</b>
<b>ADP</b>	<b>erogazioni</b>	5.863	4.715	3.661	940	15.926	6.840	17.914	66	<b>55.925</b>
	<i>di cui anziani</i>	5.608	4.360	3.586	893	14.539	6.522	16.487	66	<b>52.061</b>
<b>AD solo sanitaria</b>	<b>erogazioni</b>	162.493	111.880	84.097	39.846	134.835	149.315	125.340	130.087	<b>937.893</b>
	<i>di cui anziani</i>	141.408	98.950	75.932	35.538	113.947	135.791	109.462	113.401	<b>824.429</b>

(fonte: archivio regionale AD-RS.A Rfj 115 Rfj 118 – estrazione Inforiem 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 di età superiore ai 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.

*Numero di assistiti semiresidenziali per intensità di cura, AUTC anno 2024.*

	SdS Firenze	SdS Valdinievole	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS F.na Nord- Ovest	SdS F.na Sud- Est	SdS Mugello	SdS EVI	AUTC
CD base	129	68	84	95	84	86	19	111	676
CDA	80	37	12	30	24	5	3	1	192
TOT.	209	105	96	125	108	91	22	112	868

Fonte: archivio regionale AD-RSA RFC115 RFC118

**- 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 della persona, con eventuale compartecipazione 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.

L'indicatore D33Z (NSG– Nuovo Sistema di Garanzia) misura il "numero di assistiti residenti di età >75 aa presenti nelle strutture residenziali, distinte per tipologia di trattamento (R1, R2, R3,) ogni 1.000 abitanti".

*Per l'anno 2024 il valore dell'indicatore è 36,75 (punteggio sufficiente >24,6-punteggio massimo >41 - fonte: archivio regionale AD-RSARFC115 RFC118)*

- **La DGRT 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 specialistiche 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

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 enterale, 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.

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 Inforiem del 13/01/2025)

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

tenuta dei Albi professionali relativi alle professioni sanitarie, al supporto ai beneficiari e al monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni professionali ai beneficiari.

### **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 800 a 1.200 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. Oltre alla rete dei servizi semiresidenziali e residenziali già attivi a livello locale le SdS, e laddove assenti le Zone Distretto, hanno aderito al progetto regionale per la sperimentazione di Caffè Alzheimer e l'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 alle specifiche esigenze dell'individuo.

- **Voucher domiciliari FSE**

Tali prestazioni ricadono nell'ambito dei Progetti Organizzativi Regionali di utilizzo del Fondo Sociale Europeo, finanziamento del POR FSE.

- **Pronto Badante**

Il progetto regionale sperimentale "Pronto Badante" 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

### 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.

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:

- *il Progetto Non Autosufficienza < 65 anni*
- *il Progetto Vita Indipendente (fondo sociale europeo)*
- *il Progetto Gravissime Disabilità*
- *il FNA dedicato alla SLA*
- *Dopo di Noi (legge 112/2016)*

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

## QUADRO DELL'OFFERTA DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALE

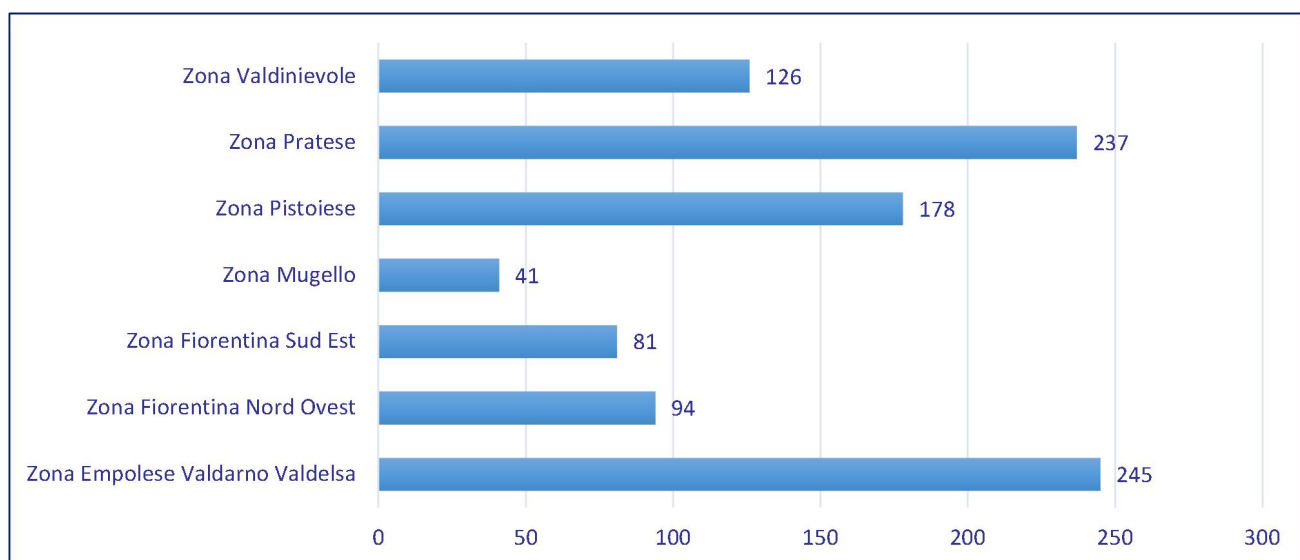
### 2.8 Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)

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.

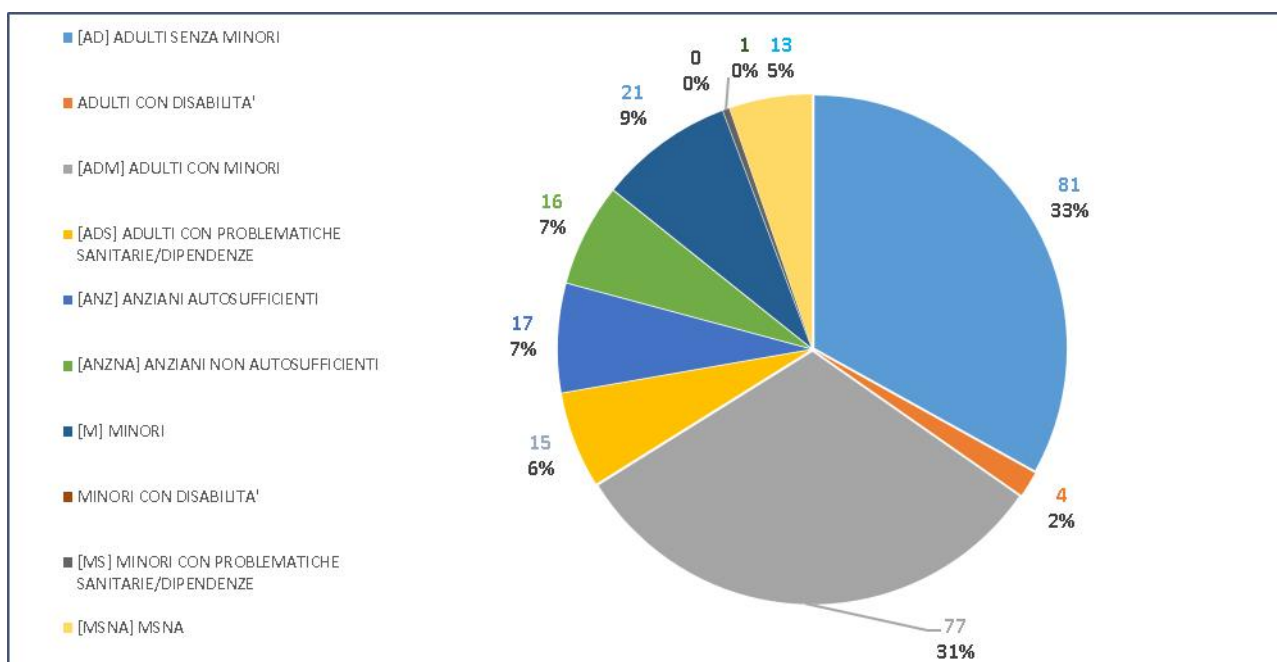
*Numero di "Segnalazioni" per Zona/SDS di residenza, AUSL TC anno 2024.*



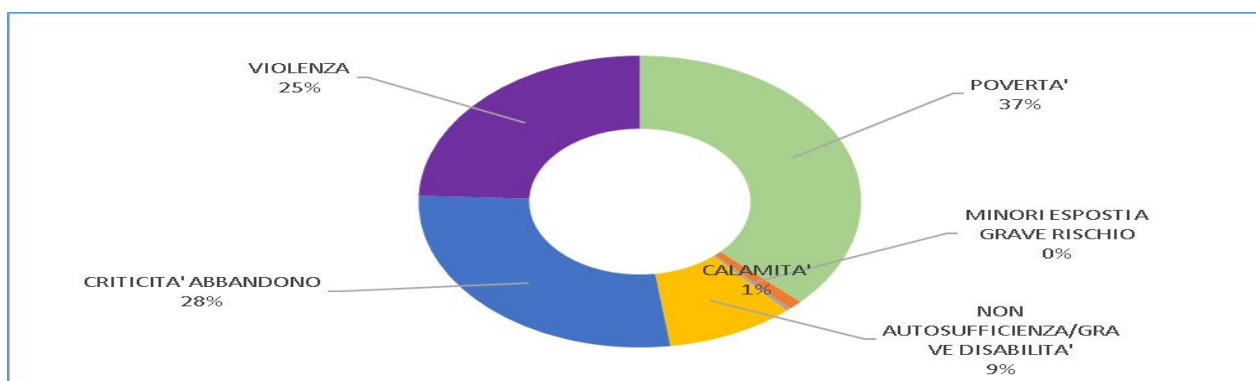
Numero di Segnalazioni per "Soggetti segnalanti", AUSL TC anno 2024.



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.



## **2.8 INTERVENTI ECONOMICI PER SOSTEGNO AL REDDITO: contributi economici per sostegno all'abitare e buoni spesa**

E' un intervento economico diretto a singoli e nuclei familiari di carattere economico finalizzato a far fronte ai bisogni di base (utenze luce, acqua, gas e aiuti per spesa alimentare).

I familiari non conviventi sono coinvolti, ove possibile e su esplicito consenso del cittadino richiedente, anche al fine di un'assunzione diretta di responsabilità nel far fronte alla condizione di disagio socio-economico manifestata dal richiedente l'intervento economico.

Al riguardo il servizio sociale territoriale provvede a informare il richiedente circa il suo diritto a ottenere un sostegno economico da parte dei parenti tenuti all'obbligo alimentare, ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile.

Ogni spesa effettuata deve essere debitamente documentata e rendicontata.

L'intervento di cui al presente articolo può essere anche erogato, qualora fosse verificato che sussistano le condizioni di particolare gravità, sotto forma di cassa economica urgente.

Nel 2018 i nuclei familiari percettori di interventi economici per il sostegno al reddito sono stati 847.

## **2.9 INTERVENTI ECONOMICI FINALIZZATI**

Gli interventi economici finalizzati, si articolano in:

a. Contributo economico per progetto di inclusione sociale: prevede un intervento economico per le persone sole o per i nuclei familiari in cui sono presenti uno o più potenziali percettori di reddito abili al lavoro che, a causa di avvenimenti temporanei e/o imprevisti, si trovino temporaneamente in assenza di redditi da lavoro o con redditi insufficienti al soddisfacimento dei bisogni primari secondo i valori del fabbisogno economico. Nel 2018 sono stati coinvolti 93 cittadini residenti nella zona della Valdinievole.

b. Contributo economico per progetto autonomia giovani: Giovani è rivolto ai ragazzi tra 18 e 25 anni, già in affidamento eterofamiliare o inseriti in comunità educative, che al compimento del diciottesimo anno di età non sono in grado di rientrare nella famiglia di origine o di iniziare una vita autonoma.

Il ragazzo che usufruisce di un affidamento etero-familiare potrà proseguire la sua permanenza nella famiglia che lo ospita, previo consenso di tutti gli interessati.

Il ragazzo ospite di una casa famiglia o comunità educativa può essere avviato ad una esperienza di convivenza alternativa insieme a coetanei.

c. Contributo economico per affidamento familiare di minori: è un contributo rivolto a coloro che accolgono quei minori la cui famiglia naturale si trovi temporaneamente in una situazione di difficoltà tale da non soddisfare i bisogni fondamentali di crescita e di sviluppo del bambino. L'affidamento consiste nell'inserimento di un minore in altro nucleo (famiglia o persona singola) ritenuto idoneo e inserito nella banca dati del Centro Affidi.

d. Contributo economico per spese funerarie: può essere previsto un contributo per far fronte alle spese occorrenti per la cremazione o inumazione della salma nel caso di salma di persona indigente o appartenente a famiglia bisognosa

e. Contributo economico per progetto famiglia d'appoggio: può essere riconosciuto un rimborso spese mensile alle famiglie che danno un aiuto nella quotidianità per le famiglie con uno o più bambini che vivono una situazione di temporanea fragilità o difficoltà organizzative.

## **2.10 ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE**

Il servizio è rivolto:

- a) Adulti e Anziani autosufficienti con fragilità di tipo socio-sanitario o con inabilità temporanea;
- b) Famiglie multiproblematiche con la presenza di minori per le quali è necessario predisporre un progetto a carattere tutelare.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) assicura una gamma di prestazioni assistenziali programmate mirate alla:

- cura della persona nelle sue funzioni quotidiane; nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana;
- cura dell'ambiente domestico;
- supporto alla persona (disbrigo di pratiche, acquisto di generi alimentari, accompagnamento assistito, ecc.);
- aiuto alla persona per il mantenimento e miglioramento delle autonomie personali e sociali.

## **2.11 TRASPORTO SOCIALE**

Si tratta di un servizio rivolto alle persone anziane sole o con inadeguate risorse familiari, alle persone disabili tratta di un servizio rivolto alle persone anziane sole o con inadeguate risorse familiari, alle persone disabili prioritariamente riconosciute familiari. Il servizio è finalizzato al sostegno della frequenza verso i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, compatibilmente con le disponibilità di bilancio della SDS.

In Valdinievole è attiva una coprogettazione per l'attivazione di interventi diretti alla realizzazione di un sistema di tipo integrato di trasporto sociale e di trasporto a favore di persone che presentano una fragilità socio-economica.

## **2.12 INCONTRI PROTETTI/FACILITATI FRA BAMBINI E FAMILIARI**

Il servizio offre uno spazio protetto che si propone come luogo terzo nel quale l'adulto, usufruendo di uno spazio qualificato e con la presenza di operatore, può incontrare il proprio figlio/nipote.

Il servizio si basa sul riconoscimento del bambino nel veder salvaguardata, il più possibile, la sua relazione con entrambi i genitori, ed i legami che ne derivano; il servizio è finalizzato a garantire al minore il proprio diritto ad essere figlio, alla sua identità, e a non smarrire il senso e la continuità della sua storia.

Nel 2018 sono stati coinvolti 46 minori.

### **2.13 ACCOGLIENZA TEMPORANEA IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER MINORI**

La conduzione della comunità con una modalità di tipo familiare favorisce la creazione di un clima di benessere all'interno del quale i ragazzi hanno la possibilità di crescere in modo sereno. In Valdinievole è presente una comunità educativa che può accogliere fino a 7 bambini ed è ubicata nelle colline della Valdinievole, è una villetta completamente ristrutturata organizzata su due piani con un ampio giardino esterno. Laddove vi sia necessità gli inserimenti possono essere effettuati fuori dal territorio della Valdinievole.

Nel 2018:

- a. 18 bambini sono stati inseriti in strutture di accoglienza madre+bambino
- b. 23 minori sono stati accolti in comunità educative diverse

### **2.14 ACCOGLIENZA TEMPORANEA IN STRUTTURE CASE RIFUGIO**

Le case rifugio sono strutture protette pensate per offrire accoglienza sicura e temporanea a persone che stanno vivendo situazioni di violenza domestica, maltrattamenti o grave pericolo.

La finalità dell'accoglienza è volta a proteggere e sostenere le persone vittime di violenza, aiutandole a ricostruire una vita autonoma e sicura.

### **2.15 ACCOGLIENZA TEMPORANEA IN STRUTTURE MADRE BAMBINO**

Le strutture madre-bambino sono servizi residenziali pensati per accogliere madri (o future madri) insieme ai loro figli, quando vivono situazioni di difficoltà sociale e hanno bisogno di sostegno temporaneo. Sono comunità dove madre e bambino possono vivere insieme, ricevendo supporto educativo e sociale per sviluppare autonomia e capacità genitoriali

### **2.16 ACCOGLIENZA TEMPORANEA IN STRUTTURE A BASSA SOGLIA**

Sono strutture o appartamenti pensati per offrire accesso immediato e semplice a persone in situazione di forte marginalità, senza richiedere particolari requisiti o procedure complesse.

### **2.17 ACCOGLIENZA TEMPORANEA**

Il Servizio di accoglienza temporaneo o definitivo in Gruppi Appartamento, diversamente dislocati sul territorio della Valdinievole prevede la possibilità di garantire una buona qualità della vita e anche un certo livello di autonomia e autodeterminazione per persone che per motivi diversificati hanno perso l'alloggio nel quale vivevano, o si trovano permanentemente senza una diversa soluzione abitativa. Sono centri/servizi

variamente denominati finalizzate a fornire alloggio a soggetti fragili o in situazione di limitazione dell'autonomia, donne sole e/o con figli minori, anziani soli in situazione di progressiva perdita dell'autonomia, giovani maggiorenni in uscita da servizi tutelari. Il Servizio è rivolto a persone con le seguenti caratteristiche:

- assenza di reddito da lavoro/pensione tale da poter permettere di sostenere un affitto anche minimo sul libero mercato;
- assenza di rete familiare/parentale/amicale tale da poter garantire una accoglienza;
- grave fragilità sociale.

E' stata avviata una coprogettazione che intende intervenire sulla diffusa emergenza relativa al disagio abitativo nel territorio della Valdinievole. L'obiettivo è quello di favorire l'emergere di progettualità, anche di carattere sperimentale e innovativo, pensate appositamente per rispondere ai vuoti riscontrabili nell'attuale, seppur ricco, paniere di opportunità, anche al fine di lavorare in ottica preventiva e di intervenire per interrompere le spirali dello scivolamento verso forme di marginalità sempre più estreme. Tale procedura muove anche nell'ottica di ridimensionare il ricorso a strutture alberghiere di persone in difficoltà quali forme di accoglienza prive di forme di tutoraggio, supporto psicologico e promozione dell'empowerment, generando anche una diversa destinazione delle risorse economiche a questo destinate

## **2.18 GESTIONE INTEGRATA DI PROGETTI PERSONALIZZATI E DI UTILITA' COLLETTIVA**

Obiettivo dell'attività è la realizzazione di un servizio multidisciplinare per la gestione integrata di progetti personalizzati e di utilità collettiva. Si prevede la realizzazioni di due azioni:

- 1-Misure di contrasto alla povertà, di attivazione sociale e partecipazione alla vita della comunità locale
- 2-Percorsi per l'Empowerment psico-sociale, l'inclusione e l'occupabilità di persone in condizione di fragilità

## **2.19 PROGETTO SAI**

Servizi di accoglienza, mediazione sociale e accompagnamento delle persone beneficiarie in percorsi verso l'autonomia e l'integrazione sociale che si devono sostanziare in orientamento e sostegno per l'inserimento lavorativo, in consulenza e orientamento legale e in sostegno per il raggiungimento dell'autonomia abitativa nell'ambito del Sistema di Accoglienza ed Integrazione (SAI, ex Siproimi).

## **2.20 STAZIONI DI POSTA**

Le stazioni di posta sono centri multifunzionali di accoglienza e supporto sociale dove le persone vulnerabili possono trovare servizi essenziali e di accompagnamento verso l'inclusione. Sono punti di accesso ai servizi sociali.

## Allegato A - Atto d'indirizzo PIS 2026

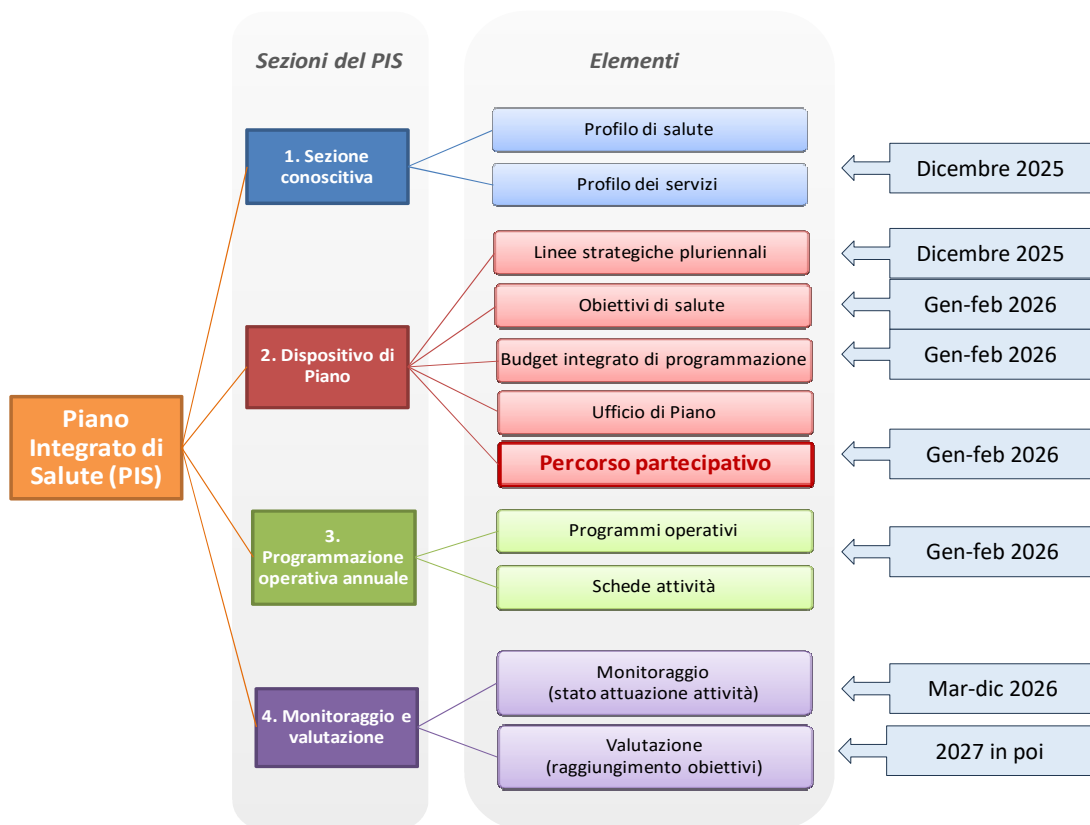
1	Introduzione.....	2
2	Elementi fondamentali del Piano Integrato di Salute .....	2
3	Roadmap per il PIS .....	4
4	Indirizzi strategici .....	5
4.1	Assorbimento del PIZ nel PIS.....	5
4.2	Linee strategiche regionali.....	5
4.3	Linee strategiche e priorità per la Valdinievole .....	6
5	Percorso partecipativo del PIS.....	6
6	Processo operativo e decisionale per la costruzione del PIS.....	8

## 1 Introduzione

Il Piano Integrato di Salute (PIS), in coerenza con le disposizioni del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali di livello zonale. Il PIS, tenendo conto del profilo di salute della popolazione di riferimento, delle risorse a disposizione e degli indirizzi emanati dalla Assemblea della Società della Salute, è orientato al miglioramento della salute e del benessere delle comunità locali e definisce: gli obiettivi di salute, i programmi e le attività da realizzare in maniera integrata e condivisa, le risorse a disposizione. All'interno del percorso di costruzione del PIS è previsto un percorso partecipativo di condivisione con la comunità, finalizzato ad individuare gli obiettivi di salute e le priorità di intervento.

## 2 Elementi fondamentali del Piano Integrato di Salute

In accordo con quanto previsto dalle DGRT 900/2025 ("Linee guida per la predisposizione del PIS e per la sua integrazione con il PIZ") la figura seguente sintetizza la struttura e il percorso di costruzione del PIS della Valdinievole.



Il processo di elaborazione del PIS prende avvio con un **atto d'indirizzo** (il presente documento) degli organi decisionali della SdS, contenente:

- le linee generali per la sua predisposizione;
- la definizione del percorso partecipativo;
- il processo operativo-decisionale

Come previsto dalle linee guida regionali, il PIS **2026** sarà composto da quattro sezioni:

1. Sezione conoscitiva;

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

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

- Il **Profilo di Salute** rappresenta la base conoscitiva dei bisogni e dei processi di salute che investono l'ambito territoriale zonale.
- Il **Profilo dei Servizi** descrive la rete dei servizi e degli interventi attivati dall'ambito territoriale, con indicazione delle loro capacità in termini di prestazioni e attività erogate e ne evidenzia i relativi fabbisogni.

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

- Le **Linee strategiche** esplicitano gli indirizzi generali di politica sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale territoriale definiti dall'Assemblea della Società della Salute.
- Gli **Obiettivi di salute** rappresentano l'elemento centrale della programmazione pluriennale e si riferiscono agli orientamenti delle politiche locali sulla salute, in coerenza con gli obiettivi del PSSIR e in relazione al quadro conoscitivo composto dal Profilo di salute e dal Profilo dei servizi.
- Il **Budget integrato di programmazione** riporta le risorse di parte sanitaria, di parte sociale, di altra provenienza e le compartecipazioni, a disposizione per la programmazione integrata zonale.
- L'**Ufficio di Piano** è la struttura che supporta la direzione della Società della salute nell'esercizio delle funzioni connesse al ciclo di programmazione unitaria per la salute e all'integrazione socio-sanitaria. Costituisce l'organismo tecnico preposto alla elaborazione delle programmazioni territoriali.
- Il **Percorso partecipativo** è funzionale all'attivazione di un dialogo strutturato con le organizzazioni della cittadinanza attiva e del terzo settore e, più in generale, con la comunità locale. In questa parte, inoltre, trovano evidenza le attività che riguardano il ruolo e le prerogative degli istituti di partecipazione previsti dalla normativa vigente (Comitato di partecipazione).

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

- I **Programmi operativi** individuano dei gruppi coerenti di azioni operative, possono essere trasversali alle aree o ai settori di programmazione. Ogni programma operativo riporta anche la sua estensione temporale rispetto alle annualità di vigenza del PIS.
- Le **Schede di attività** identificano le attività oggetto della programmazione e le mettono in relazione con la programmazione regionale e di area, definendo azioni, tempi, risorse, responsabilità.

4. Il **Monitoraggio e valutazione** costituiscono la sezione del PIS dedicata alla verifica delle azioni programmate, composta da due parti:

- Il **Monitoraggio** riguarda lo stato di attuazione delle Schede di attività relative all'annualità precedente. Le modalità con cui viene esplicitata questa funzione sono le stesse già utilizzate nella precedente programmazione, tramite apposito sistema informativo PROWEB.
- La **Valutazione** riguarda il grado di raggiungimento degli obiettivi di pianificazione individuati su base pluriennale dal PIS e sarà sviluppata a partire dagli anni successivi al 2026.



Il termine previsto per l'approvazione del PIS è il **28 febbraio 2026**.

### 3 Roadmap per il PIS

Il cronoprogramma per l'elaborazione del PIS 2026 (e del POA 2026), si articola in diverse fasi, riflettendo un approccio partecipativo, in linea con le normative regionali e gli orientamenti del PSSIR 2024-2026.

Il percorso prenderà ufficialmente avvio con l'approvazione del presente documento e sarà realizzato dall'Ufficio di Piano, con il coinvolgimento delle Unità funzionali e dei Uffici.

Le fasi principali del cronoprogramma per il PIS 2026 e il POA 2026 sono le seguenti:

#### 1. Fase Preliminare: organizzativa e metodologica

- **Dicembre 2025:**
  - Approvazione da parte dell'Assemblea dei Soci delle linee strategiche pluriennali, con atto formale di avvio del PIS (questo documento);
  - Definizione del percorso partecipativo del PIS

#### 2. Fase partecipativa e di redazione e approvazione del PIS:

- **Gennaio-Febbraio: 2026:**
  - Realizzazione del percorso partecipativo del PIS (coinvolgimento della comunità, degli attori istituzionali e del Terzo settore): n. 2 incontri, il primo di definizione dei bisogni di salute zonali e degli obiettivi di salute, il secondo di definizione delle priorità da affrontare nel periodo di vigenza del PIS (anche attraverso future e specifiche co-programmazioni e co-proiezioni)
  - Costruzione del PIS:
    - Redazione del profilo di salute
    - Definizione degli obiettivi di salute (anche attraverso il percorso partecipativo)
    - Redazione del profilo dei servizi
    - Redazione del budget integrato di programmazione
    - Strutturazione della Programmazione operativa annuale (POA)
      - Programmi operativi
      - Schede attività
      - Relazione del percorso partecipativo
      - Relazione di accompagnamento (a cura della Direzione SdS)
  - Approvazione del PIS da parte dell'Assemblea SdS

#### 3. Fase di restituzione

- **Marzo 2026:**
  - incontro pubblico di restituzione alla comunità degli esiti del percorso partecipativo e di presentazione del PIS;
  - passaggio nei consigli comunali

## 4 Indirizzi strategici

### 4.1 Assorbimento del PIZ nel PIS

Ai sensi della LRT 40/2005, articolo 21, comma 4, il ciclo di programmazione del Piano Integrato di Salute assorbe interamente l'elaborazione del Piano d'Inclusione Zonale di cui alla LR 41/2005, articolo 29.

### 4.2 Linee strategiche regionali

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

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

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

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

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

- **OG 1: Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies"**. Questo obiettivo mira a favorire il benessere e i corretti stili di vita con azioni specifiche in diversi contesti (scuola, comunità, lavoro, servizio sanitario), sviluppando la consapevolezza e la responsabilità individuale con un approccio integrato, continuativo, sostenibile, multifattoriale e multidisciplinare. Un'ulteriore evoluzione del concetto di salute è l'approccio
- **OG 2: L'assistenza territoriale**. Questo obiettivo mira a realizzare un sistema integrato sanitario, sociosanitario e sociale più resiliente, completando le riforme e potenziando la rete territoriale, anche grazie alle opportunità del PNRR Missione 6 e del DM 77/2022.
- **OG 3: Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione**. Questo obiettivo impone di agire su più fronti (programmazione, modelli gestionali, processi, comunicazione) per costruire risposte appropriate, ridurre le disuguaglianze e promuovere l'empowerment individuale e comunitario.
- **OG 4: Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche**. Questo obiettivo risponde all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle malattie cronic-

degenerative, richiedendo una riorganizzazione dei processi di cura centrata sull'integrazione tra ospedali (modello "a rete") e tra rete ospedaliera e servizi territoriali.

- **OG 5: Appropriatelyzza delle cure e governo della domanda.** Questo obiettivo è centrale nella gestione della sanità pubblica, riferendosi alla corretta erogazione di servizi e trattamenti sanitari in base alle esigenze dei pazienti. Le azioni includono l'appropriatelyzza prescrittiva delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche, il **governo delle liste di attesa** attraverso un sistema innovativo e informatizzato dell'intero ciclo di vita della prestazione, la gestione dei percorsi chirurgici, e l'accesso sicuro ed efficace alle terapie innovative.
- **OG 6: La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale.** Questo obiettivo mira a continuare e completare la trasformazione digitale del sistema sanitario regionale, in linea con gli investimenti del PNRR Missione Salute (M6), che prevedono il ridisegno della rete di assistenza territoriale e l'innovazione del parco tecnologico ospedaliero. Si punta a implementare un **ecosistema digitale unico regionale**.
- **OG 7: Transizione ecologica e politiche territoriali.** Questo obiettivo affronta le sfide legate al clima e all'ambiente, promuovendo azioni per ridurre le emissioni climalteranti e l'adattamento ai cambiamenti climatici, già evidenti in Toscana. Si tratta di attivare politiche per sostenere l'abitabilità dei territori, l'offerta di servizi socio-sanitari e commerciali, la connettività, e incoraggiare la permanenza delle giovani generazioni.

#### 4.3 Linee strategiche e priorità per la Valdinievole

Il PIS della SdS Valdinievole fa quindi proprie le linee strategiche regionali, assumendole anche come linee strategiche zonali, e l'approccio One Health del PSSIR 2024-2026, proponendosi inoltre di:

- Essere coerente con gli indirizzi e gli obiettivi del PSSIR 2024-2026 sopra descritti;
- Improntare la programmazione sul principio della partecipazione della cittadinanza e dell'amministrazione condivisa;
- Basare la programmazione sui principi della conoscenza (programmazione data driven e evidence based), del monitoraggio e della valutazione;
- Recepire e rielaborare gli obiettivi di salute definiti nel PIS 2020-2022 e nei vari POA attuativi, collegandoli con le linee di programmazione e intervento già attivate;
- Aggiornare il quadro logico della programmazione, tenendo conto dell'evoluzione dei bisogni emersi negli ultimi cinque anni e delle prospettive evolutive a breve, medio e lungo periodo, alla luce di quanto emerge dal profilo di salute, tenendo conto dei servizi esistenti, del budget integrato disponibile, delle istanze e delle proposte che emergeranno durante il percorso partecipativo del PIS.

### 5 Percorso partecipativo del PIS

Coerentemente con gli indirizzi della Regione Toscana (PSSIR 2024-2026 e DGR 900/2025) e con la nuova normativa sulla amministrazione condivisa (LR 65/2020), sarà attivato un percorso partecipativo finalizzato a:

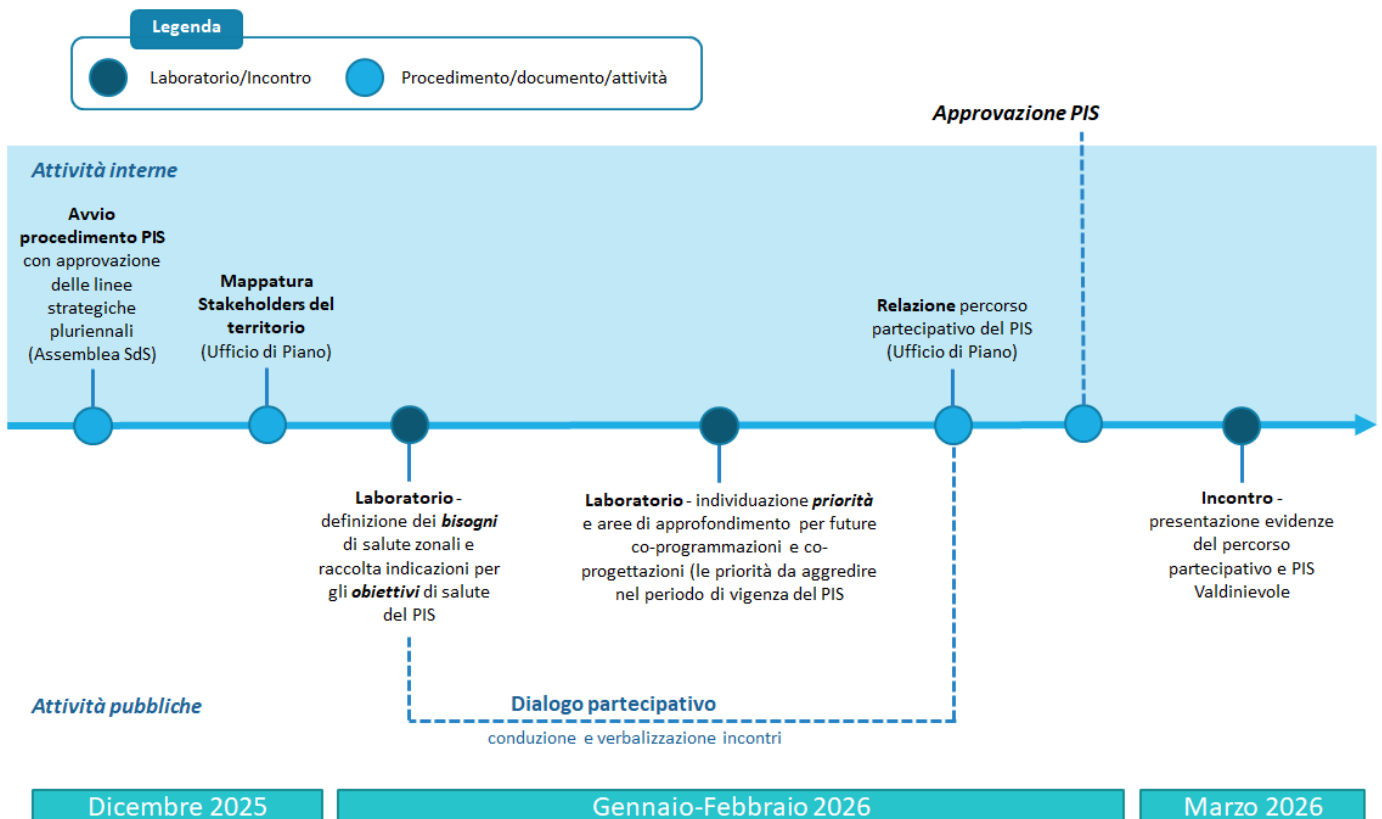
- Condividere il percorso di costruzione del PIS;
- Condividere la conoscenza sui bisogni di salute del territorio e sulla risposta dei servizi;
- Recepire indicazioni su eventuali approfondimenti della parte conoscitiva relativa ai bisogni del territorio;
- Valorizzare gli elementi conoscitivi emergenti dagli stakeholders pubblici e privati;
- Recepire indicazioni per la programmazione;

- Condivisione e discussione degli obiettivi di salute;
- Attivazione di collaborazioni e sinergie con il Terzo Settore fondate sul principio di sussidiarietà nella prospettiva dell'amministrazione condivisa.

Il percorso partecipativo sarà realizzato attraverso 3 incontri, da tenersi nel periodo gennaio-marzo 2026:

- 1 incontro di definizione dei bisogni di salute zonal (circa 3-4 ore) e di raccolta indicazioni per gli obiettivi di salute del PIS, articolato come segue:
  - introduzione su programmazione zonale e percorso del PIS
  - a partire dal Profilo di salute zonale e dalle criticità da esso rilevate, saranno discussi i principali bisogni di salute della zona, interagendo con i partecipanti per integrare gli eventuali bisogni di salute che sfuggono alla lettura dei dati
  - in armonia con gli obiettivi di salute regionali definiti dal PSSIR 2024-2026 e con le linee strategiche del PIS definite dalla Assemblea SdS, saranno raccolte le indicazioni per la definizione degli obiettivi di salute zonal;
- 1 incontro di individuazione delle aree di priorità e di approfondimento per future co-programmazioni e co-progettazioni (circa 3-4 ore), articolato come segue:
  - rifocalizzazione sul quadro bisogni di salute-obiettivi di salute;
  - raccolta di indicazioni circa le priorità da aggredire e migliorare nel periodo di valenza del PIS anche attraverso co-programmazioni e co-progettazioni;
- 1 incontro di restituzione pubblica: restituzione dei risultati del percorso partecipativa e presentazione del nuovo PIS della Valdinievole

La figura seguente sintetizza il percorso partecipativo e le relative tempistiche.



## 6 Processo operativo e decisionale per la costruzione del PIS

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

AZIONI	ATTORI	Data/scadenza
<b>Atto di avvio del PIS</b>	Assemblea SdS	Dicembre 2025
<b>Redazione Profilo di Salute</b>	Ufficio di piano	Dicembre 2025
<b>Redazione Profilo dei servizi</b>	Ufficio di piano	Dicembre 2025
<b>Definizione Obiettivi di Salute</b>	Giunta SdS con supporto tecnico dell'Ufficio di Piano e evidenze del percorso partecipativo	Febbraio 2026
<b>Definizione Budget Integrato di programmazione</b>	Direzione Aziendale, Direzione SDS, Ufficio di Piano	Febbraio 2026
<b>Percorso partecipativo del PIS</b>	Direzione SDS, Ufficio di Piano, Unità funzionali	Febbraio 2026
<b>Definizione Albero della programmazione: obiettivi e Programmi operativi</b>	Giunta SdS con supporto tecnico dell'Ufficio di Piano	Febbraio 2026
<b>POA 2026</b>	Ufficio di Piano, Azienda USL Toscana Centro, Unità Funzionali	Febbraio 2026
<b>Coordinamento schede POA delle diverse aree</b>	Ufficio di Piano	Febbraio 2026
<b>Documento PIS</b>	Ufficio di Piano	Febbraio 2026
<b>Adozione e approvazione PIS</b>	Assemblea SDS	Febbraio 2026
<b>Presentazione PIS Consigli comunali</b>	Assemblea SDS, Direzione SDS, Ufficio di Piano, Unità funzionali	Marzo 2026

# Obiettivi di salute

## Elenco obiettivi di salute

1	Promozione del benessere e dell'autonomia delle persone fragili, non auto e disabilità
2	Contrasto alle disuguaglianze e promozione dell'equità nell'accesso ai servizi
3	Promozione dell'Inclusione sociale e prevenzione per il contrasto delle condizioni di povertà e vulnerabilità sociale
4	Promozione di modelli innovativi di accesso ai servizi per migliorare l'equità, la prossimità e accessibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie
5	Migliorare l'appropriatezza delle cure attraverso il potenziamento del sistema delle cure primarie e il rafforzamento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e nel territorio stesso

## Val di Nievole

N°	Titolo obiettivo di salute
1	Promozione del benessere e dell'autonomia delle persone fragili, non auto e disabilità

**Collegamento con lo PSSIR**

L'obiettivo intende favorire un modello organizzativo strategico per l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, operando corrispondenza del livello zonale del sistema di governance multilivello. L'integrazione sociale e sociosanitaria permette di garantire una risposta qualificata ai bisogni complessi dei cittadini nell'ottica di costruire una pluralità di risposte appropriate volte anche alla riduzione delle disuguaglianze nell'accesso agli interventi e alle prestazioni.

**Obiettivi generali**

OG3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche per l'inclusione

**Fattore di crescita**

FT5. L'amministrazione condivisa e la co-programmazione

**Descrizione**

Rafforzamento e potenziamento di un modello organizzativo unitario dei servizi territoriali socio-sanitari che, attraverso percorsi assistenziali definiti, consente una presa in carico globale del cittadino

**Evidenze dal profilo di salute**

Una conseguenza diretta dell'invecchiamento della popolazione e della maggior prevalenza delle patologie croniche è il numero di cittadini non auto

**Evidenze dal profilo dei servizi**

Supporti per l'autonomia e per la conservazione delle autonomie residuali

**Metodologia**

Il principio fondamentale è considerare la persona come paziente o utente ma come individuo con i propri bisogni, desideri, capacità residue, storia personale, valori e identità. La valutazione della persona deve essere globale e in grado di individuare abilità residue e bisogni reali.

**Risultati attesi**

- \*Miglioramento del benessere psicofisico del cittadino
- \*Mantenimento e sviluppo dell'autonomia personale
- \*Rafforzamento delle competenze relazionali e sociali
- \*Incremento dell'autostima e della dignità personale
- \*Prevenzione del decadimento funzionale
- \*Miglioramento della qualità della vita globale

N°	Programmi associati all'obiettivo
1	Supporto per l'autonomia (2026)
2	Residenzialità (2026)
3	Favorire la conservazione delle autonomie residuali (2026)
4	Domiciliarità (2026)

## Val di Nievole

<b>N°</b>	<b>Titolo obiettivo di salute</b>
2	Contrasto alle disuguaglianze e promozione dell'equità nell'accesso ai servizi
<b>Collegamento con lo PSSIR</b>	
Equità e universalità dei servizi contribuendo alla riduzioni delle disuguaglianze sociali e territoriali.	
<b>Obiettivi generali</b>	
OG3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche per l'inclusione, OG1. Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies"	
<b>Fattore di crescita</b>	
FT4. La partecipazione e orientamento ai servizi	
<b>Descrizione</b>	
Potenziamento della rete di servizi per la tutela e la cura di persone in condizioni di svantaggio sociale ed economico affinché tutte le persone possano usufruire delle stesse opportunità, e degli stessi diritti indipendentemente dalla propria condizione economica, sociale, culturale o territoriale	
<b>Evidenze dal profilo di salute</b>	
In Valdinievole il reddito medio è una tra i più bassi dell'intera Regione mentre il tasso di pensioni e assegni sociali più elevato tra le zone distretto della USL Toscana Centro. La popolazione straniera esprime stili di vita e modalità di accesso ai servizi diverse rispetto alla popolazione autoctona. Gli stranieri residenti sono aumentati costantemente con un rallentamento nel ritmo di crescita negli ultimi anni	
<b>Evidenze dal profilo dei servizi</b>	
Equipe Multidisciplinari sociali e socio-sanitarie Progettazione personalizzate degli interventi Collaborazione con i servizi per il lavoro e il terzo settore	
<b>Metodologia</b>	
A seguito di un'analisi dei bisogni e del contesto e attraverso una progettazione partecipata degli interventi anche attraverso percorsi di coprogettazione si prevede il rafforzamento delle autonomie di soggetti fragili attraverso progetti d'inserimento lavorativo e abitativo, attuazione e implementazione di progetti dedicati all'accoglienza.	
<b>Risultati attesi</b>	
*Maggiore conoscenza dei servizi disponibili da parte della popolazione *Miglioramento dell'orientamento e dell'accompagnamento ai servizi territoriali *Rafforzamento della rete territoriale tra enti pubblici e terzo settore *Rafforzamento della fiducia dei cittadini nelle istituzioni	
<b>N°</b>	<b>Programmi associati all'obiettivo</b>
1	Accoglienza e segnalazione dei bisogni delle fasce deboli (2026)
2	Percorsi inclusione persone fragili (2026)



## Val di Nievole

N°	Titolo obiettivo di salute
3	Promozione dell'Inclusione sociale e prevenzione per il contrasto delle condizioni di povertà e vulnerabilità sociale

**Collegamento con lo PSSIR**

Prevenzione della marginalità e sostegno alla coesione sociale prevedendo inclusione sociale delle persone e famiglie vulnerabili

**Obiettivi generali**

OG3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche per l'inclusione, OG1. Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies"

**Fattore di crescita**

FT4. La partecipazione e orientamento ai servizi

**Descrizione**

L'obiettivo mira a sviluppare interventi mirati a ridurre situazioni di esclusione sociale, fragilità economica e vulnerabilità, favorendo l'inclusione attiva di persone e famiglie in condizioni di svantaggio.

**Evidenze dal profilo di salute**

Dai dati evidenziati nel profilo di salute la Valdinievole è un territorio storicamente con reddito medi imponibili molto bassi ed inferiori alle medie regionali e aziendali. Si evidenzia altresì un tasso grezzo di disoccupazione elevato.

**Evidenze dal profilo dei servizi**

La Valdinievole si caratterizza per un forte policentrismo territoriale pertanto è necessario che i Punti di accesso ai servizi non siano centralizzati ma siano diffusi nei territori.

**Metodologia**

Si rende fondamentale il ruolo svolto dai punti unici di accesso e dal consolidamento di una presa in carico integrata.

**Risultati attesi**

- \*Miglioramento delle condizioni di vita e riduzione della povertà
- \*incremento dell'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari
- \*rafforzamento della rete di supporto territoriale e comunitaria
- \*aumento della partecipazione e del protagonismo dei cittadini fragili

N°	Titolo obiettivo di salute
4	Promozione di modelli innovativi di accesso ai servizi per migliorare l'equità, la prossimità e accessibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie

**Collegamento con lo PSSIR**

Il DM77/2022 ha definito la Riforma di settore dell'assistenza territoriale che anche attraverso le Centrali Operative Territoriali prevede un ruolo di coordinamento e interfaccia tra i vari servizi territoriali con quelli domiciliari, con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza permettendo continuità ed appropriatezza dei servizi con l'obiettivo di assicurare migliori esiti di salute

**Obiettivi generali**

OG3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche per l'inclusione, OG2. L'Assistenza Territoriale

**Fattore di crescita**

FT5. L'amministrazione condivisa e la co-programmazione

**Descrizione**

L'obiettivo mira a sviluppare e rafforzare modalità innovative di organizzazione e fruizione dei servizi sanitari e sociosanitari.  
L'innovazione riguarda sia gli strumenti operativi sia i modelli organizzativi, promuovendo servizi territoriali integrati, digitalizzazione inclusiva e interventi di prossimità capaci di ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure

**Evidenze dal profilo di salute**

La zona delle Valdinievole è caratterizzata da un forte policentrismo territoriale, amministrativo ed economico. L'eterogeneità dei bisogni della popolazione e dei servizi ad essa dedicata rende necessaria una maggiore semplificazione dei percorsi di accesso dei cittadini e la costruzione di percorsi dedicati ai bisogni emergenti.

## Val di Nievole

### Evidenze dal profilo dei servizi

Equipe multidimensionali di valutazione e attivazione di percorsi innovativi per il miglioramento ed il rafforzamento dei servizi

### Metodologia

Approccio integrato, territoriale, e centrato sulla persona, finalizzato a sviluppare modalità innovative di accesso ai servizi attraverso collaborazione interistituzionale, innovazione organizzativa e partecipazione attiva della comunità.

### Risultati attesi

- \* Sistema di servizi più inclusivo, vicino ai cittadini e sostenibile
- \* Riduzione delle esclusioni sociali e delle fragilità non supportate
- \* Consolidamento di modelli innovativi
- \* Rafforzamento della fiducia dei cittadini nel sistema socio-sanitario locale

### N° Programmi associati all'obiettivo

1	Miglioramento e rafforzamento dei servizi (2026)
2	Percorsi di presa in carico e valutazione multidimensionali (2026)

## Val di Nievole

N°	Titolo obiettivo di salute
5	Migliorare l'appropriatezza delle cure attraverso il potenziamento del sistema delle cure primarie e il rafforzamento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e nel territorio stesso

**Collegamento con lo PSSIR**

Il rafforzamento delle cure primarie e territoriali garantiscono risposte più vicine e tempestive ai bisogni dei cittadini. L'utilizzo di strumenti innovativi e digitali permettono un supporto al monitoraggio e alla presa in carico con comunicazioni tra livelli di cura.

**Obiettivi generali**

OG2. L'Assistenza Territoriale, OG1. Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies"

**Fattore di crescita**

FT7. Controllo di gestione e misure di efficienza energetica

**Descrizione**

L'obiettivo mira a garantire cure più efficaci, tempestive e centrate sulla persona focalizzandosi sull'appropriatezza clinica, riduzione dei ricoveri evitabili, miglioramento della qualità percepita e maggiore coordinamento tra livelli di cura

**Evidenze dal profilo di salute**

Il numero dei malati cronici in costante aumento richiede un peso maggiore sia sui servizi territoriali che ospedalieri. L'incidenza delle patologie croniche non dipende solo dall'incidenza delle patologie ma anche dalla capacità di aumentare la sopravvivenza grazie a cure appropriate e efficaci.

**Evidenze dal profilo dei servizi**

Presa in carico globale del paziente, assistenza territoriale fornita da MMG, PLS, Infermieristica e percorsi di continuità ospedale-territorio

**Metodologia**

Un sistema integrato di cure primarie e continuità ospedale-territorio che garantisca percorsi appropriati, tempestivi e centrati sul paziente. Combinazione di innovazione organizzativa, coordinamento interprofessionale e strumenti digitali per ottimizzare i percorsi di cura

**Risultati attesi**

- \*miglioramento dell'appropriatezza clinica e dei percorsi di cura
- \*riduzione dei ricoveri evitabili e degli accessi impropri al pronto soccorso
- \*incremento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio
- \*rafforzamento della rete territoriale e dei servizi di prossimità

N°	Programmi associati all'obiettivo
1	Assistenza territoriale (2026)
2	Implementazione percorsi ospedale-territorio e territorio-territorio (2026)
3	Prevenzione e Promozione della salute (2026)

## Val di Nievole

## BUDGET INTEGRATO DI SALUTE

Settore	Fondi Sanitari	Fondi Sociali	Altri Fondi	Compartecipazioni	Totale
Dipendenze da sostanze	1.736.029,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.736.029,00 €
Dipendenze senza sostanze	47.789,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	47.789,00 €
Disabilità	2.044.660,00 €	2.142.268,00 €	2.055.435,00 €	32.088,00 €	6.274.451,00 €
Non autosufficienza	4.297.966,00 €	1.249.291,00 €	1.848.756,00 €	226.368,00 €	7.622.381,00 €
Salute Mentale - Adulti	2.080.389,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.080.389,00 €
Salute Mentale - Infanzia-Adolescenza	277.076,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	277.076,00 €
TOTALE	10.483.909,00 €	3.391.559,00 €	3.904.191,00 €	258.456,00 €	18.038.115,00 €

# Ufficio di piano

## Funzioni

- Monitoraggio del caricamento dei dati sul sistema informativo Astercloud anche ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi locali, regionali e ministeriali. - Interfaccia con l'area amministrativa per garantire il necessario collegamento e integrazione tra aspetti amministrativi e dimensioni professionali nel lavoro sociale - interfaccia col Direttore, col Dirigente amministrativo, con l'UF Zona Valdinevole e con gli altri livelli di responsabilità per la programmazione e monitoraggio delle attività, e per l'applicazione di norme e regolamenti riferiti a pratiche e quadri normativi, per il supporto al Comitato di Partecipazione e alla Consulta del Terzo Settore - -coordinamento delle attività UVM - Ufficio Stampa, comunicazione e gestione sito web

## Composizione

L'Ufficio di Piano è composto da 8 unità di personale di cui 1 responsabile, 1 assistente sociale e 6 unità nel ruolo amministrativo.

## Dotazione

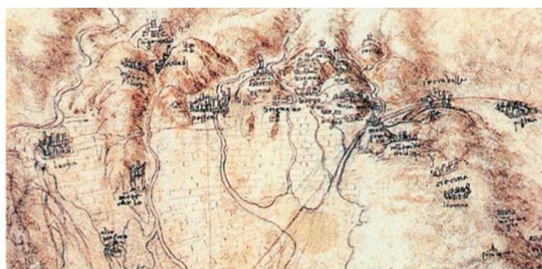
null

## Responsabile

Silvia Spadoni

## Val di Nievole

Società della Salute della Valdinievole



Regione Toscana



## PERCORSO PARTECIPATIVO DEL PIANO INTEGRATO DI SALUTE ZONALE

# REPORT DEGLI INCONTRI E DEGLI ESITI



## INTRODUZIONE

Il percorso partecipativo sul Piano Integrato di Salute della SDS della Valdinievole si è svolto nel corso del mese di **febbraio 2026**, attraverso le seguenti fasi:

- > **Mappatura degli stakeholders del territorio**
- > **Costruzione dei quattro Tavoli di lavoro** sui seguenti temi:
  - # Abitare sociale e povertà
  - # Non autosufficienza, domiciliarità e interventi sanitari
  - # Salute e benessere delle giovani generazioni
  - # Disabilità – Salute mentale
- > **Laboratori partecipativi** (entrambi presso la Dogana del Capannone a Ponte Buggianese in orario 14.00-18.00):
  - # 5 febbraio 2026 - Definizione dei BISOGNI DI SALUTE, degli OBIETTIVI di salute per migliorare le criticità e delle AZIONI per perseguire il raggiungimento di tali obiettivi: a partire dalle criticità di salute individuate attraverso il Profilo di salute zonale, i partecipanti al laboratorio (Istituzioni ed Enti del Terzo settore) sono stati invitati a contribuire ad una definizione dei bisogni di salute zonali, validando quelli desunti dal Profilo di salute, ridefinendoli con approfondimenti/modifiche, proponendone di nuovi sulla base delle esperienze delle loro attività sul territorio. Dopodichè, sulla base dei bisogni di salute definiti nel laboratorio precedente, i partecipanti sono stati invitati a costruire uno o più obiettivi di salute per ciascun bisogno (il cambiamento concreto e auspicabile per migliorare le criticità), a collegarli ai macro-obiettivi del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale e ad immaginare azioni e programmi per il raggiungimento di tali obiettivi.
  - # 19 febbraio 2026 – definizione delle PRIORITÀ: per chiudere il percorso logico, i partecipanti al laboratorio hanno ripercorso e validato la filiera bisogni di salute-obiettivi di salute-azioni e hanno indicato tramite votazione, tra le azioni proposte, quelle ritenute prioritarie. A questa sezione è seguito un intervento del professor Andrea Salvini dell'Università di Pisa che ha rielaborato i risultati emersi attraverso chiavi di lettura legate ai concetti di Comunità e di Reti sociali.

## GLI INCONTRI PARTECIPATIVI

---

### Laboratorio del 5 febbraio 2026

---

Il primo pomeriggio si è articolato in due momenti: plenaria introduttiva e lavoro di gruppo per tavoli tematici.

La plenaria introduttiva ha visto gli interventi di Stefano Lomi, Direttore della Società della Salute della Valdinievole, di Simona De Caro, Sindaca del Comune di Monsummano e Presidente della SdS, e di Nicola Tesi, Sindaco di Ponte Buggianese; a seguire, Massimiliano Faraoni di Simurg Ricerche ha introdotto alcuni elementi conoscitivi riguardo ai bisogni di salute emergenti dal profilo di salute in relazione ai temi di approfondimento scelti:

- Abitare sociale e povertà
- Non autosufficienza, domiciliarità e interventi sanitari
- Salute e benessere delle giovani generazioni
- Disabilità – Salute mentale

I partecipanti si sono quindi suddivisi nei quattro tavoli di lavoro tematici e sono stati condotti dai facilitatori nell'analisi dei bisogni di salute, nell'individuazione degli obiettivi e di ulteriori spunti di approfondimento relativi a interventi e programmi. L'analisi si è svolta prima attraverso la compilazione di una scheda individuale e poi con una riflessione di gruppo.

Tutto il materiale raccolto durante il primo incontro è stato rielaborato e sintetizzato nel corso delle settimane che hanno preceduto il secondo incontro.



*La registrazione dei partecipanti*



*I saluti istituzionali iniziali*



*La sala gremita durante la plenaria iniziale*



*Il tavolo di lavoro su disabilità e salute mentale*



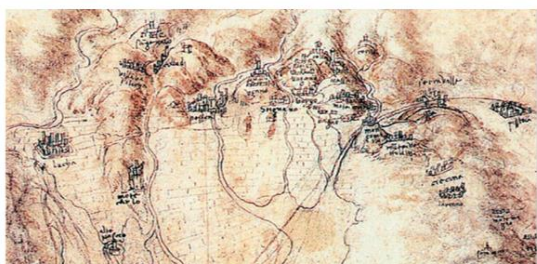
*Il tavolo di lavoro sull'abitare sociale*



*Il tavolo di lavoro sulla salute delle giovani generazioni*

Di seguito la presentazione che ha preceduto il lavoro ai tavoli

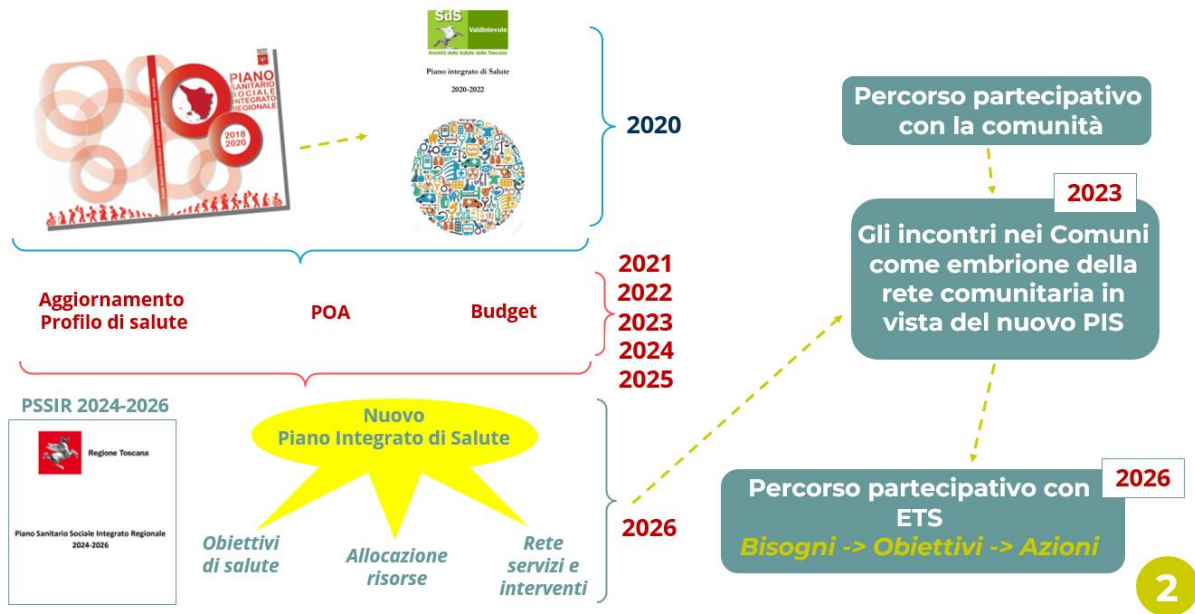
## Società della Salute della Valdinievole



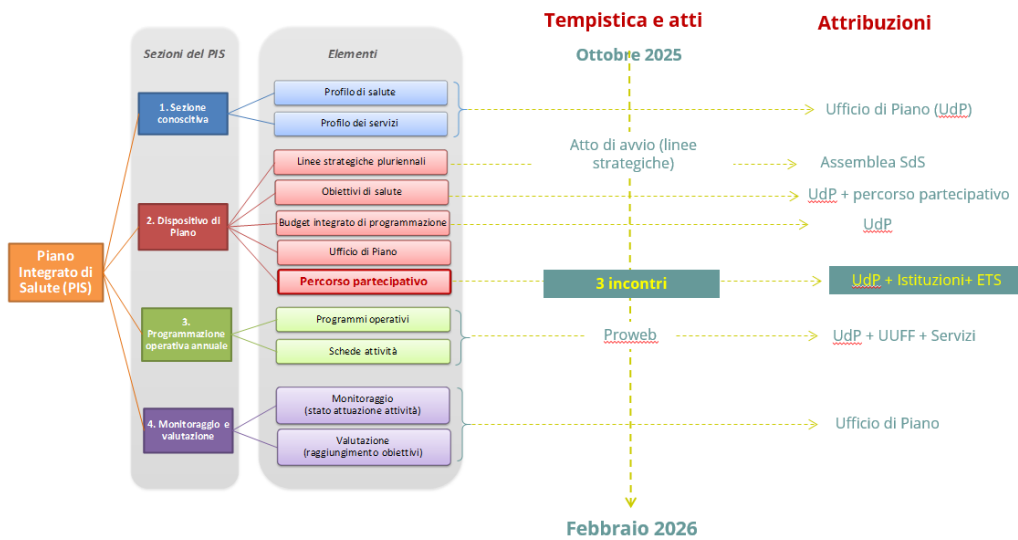
# PERCORSO PARTECIPATIVO DEL PIANO INTEGRATO DI SALUTE ZONALE

Primo Laboratorio – 05/02/2026

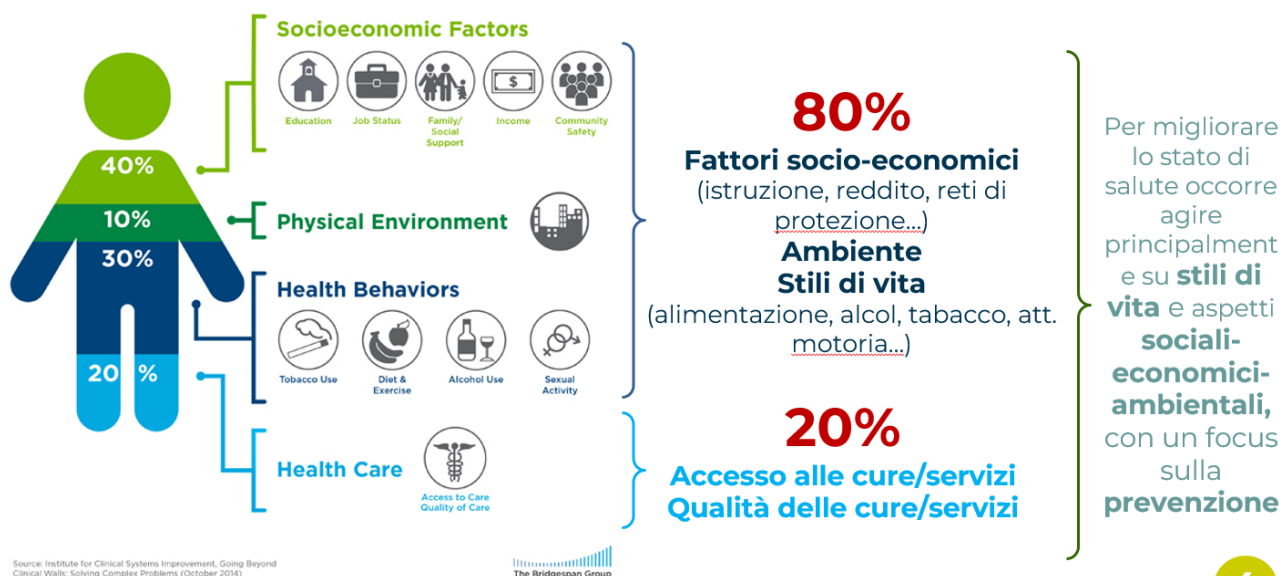
## IL PROCESSO DI INTERAZIONE CON LA COMUNITA' NEL PERCORSO DELLA PROGRAMMAZIONE



## IL PERCORSO DEL PIS: TEMPISTICA, ATTI, ATTRIBUZIONI



## I DETERMINANTI DELLA SALUTE

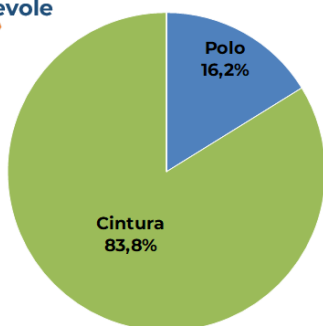


4

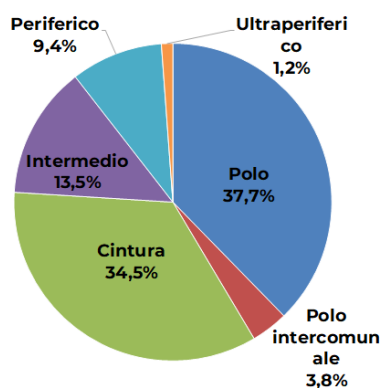
## EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

Popolazione residente secondo la classificazione del Sistema delle Aree Interne

Val di Nievole



Toscana



5

## EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

### Demografia e Stato di salute generale

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di natalità	5,8	5,7	5,9	4,5		6,4
Indice di vecchiaia	229,6	241,9	225,8	355,1		196,5
Percentuale di over74enni	13,8	14,6	14,2	17,6		12,4
Tasso di ospedalizzazione generale	115,8	116,1	114,4	126,4		109,0
Tasso di mortalità generale	880,7	859,1	830,4	946,0		785,9
Speranza di vita alla nascita	85,7	85,3	85,6	84,4		86,2



Struttura demografica sbilanciata e prossima all'insostenibilità  
**QUALE RICAMBIO GENERAZIONALE?**

Stato di salute generale mediamente in linea con i valori regionali e leggermente peggiore della media aziendale



6

## EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

### Determinanti di salute

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di pensioni sociali e assegni sociali	5,1	3,7	3,4	5,1		2,4
Reddito imponibile medio	21.758,8	24.279,8	24.886,0	21.415,4		28.967,7
Importo medio mensile pensioni INPS	1.051,5	1.155,5	1.193,5	1.030,4		1.296,5
Famiglie con integrazione canoni locazione	12,4	9,9	11,7	15,8		1,0
Tasso grezzo di disoccupazione	25,9	23,8	20,6	39,2		17,7
Percentuale famiglie con ISEE inferiore a 6.000 Euro	7,2	5,4	5,2	7,2		3,6
Percentuale di 14-19enni fumatori regolari	10,2	19,2	17,5	31,0		10,2
Percentuale di 14-19enni bevitori eccedentari (binge drinkers)	28,2	33,4	31,3	47,8		26,5
Percentuale di 14-19enni che hanno consumato sostanze psicotrope	23,0	30,1	28,9	47,5		22,2
Propensione al gioco d'azzardo nella popolazione maggiorenne	1.717,0	1.304,8	1.529,2	3.129,5		551,9

Totale: 3.718 € per maggiorenne

Bassa dotazione ERP  
(che copre cmq 2/3 del bisogno conosciuto)



**CONTESTO SOCIO-ECONOMICO CON ALCUNE FRAGILITÀ**



I giovani della Val di Nievole sembrano leggermente più virtuosi dei loro coetanei toscani...ma suona il **CAMPANELLO D'ALLARME PER L'AZZARDO**

7

## EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

### Famiglie e minori

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Percentuale di minori residenti	14,1	13,9	14,3	11,3		15,0
Indice di instabilità matrimoniale	5,7	5,2	5,0	6,8		4,2
Indicatore di Lisbona servizi educativi	39,1	47,7	49,7	33,4		59,8
Esiti negativi scuola secondaria II grado	11,1	9,3	10,3	12,5		4,3
Tasso minori in affidamento familiare	2,0	1,8	1,6	0,5		4,0
Tasso minori in struttura residenziale	1,6	1,1	1,2	2,3		0,0
Indice di benessere culturale e ricreativo (IBCR)	39,3	43,0	44,9	34,9		52,2
Ragazzi 11-17 anni che frequentano ass. o gruppi	19,6	22,2	22,5	14,7		30,0
Ragazzi 11-17 anni che subiscono violenza/bullismo	23,8	19,7	18,9	27,7		13,6



Bassa presenza di giovani, alta instabilità familiare e famiglie sempre più assottigliate  
**QUALI POSSIBILITÀ' DI TENUTA PER IL SISTEMA DI WELFARE?**

Fenomeno povertà educativa da monitorare

Alcune sacche di forte disagio di famiglie e minori (**GENITORIALITÀ**)

Buona relazionalità con i pari e con i genitori, ma emerge un **BISOGNO CULTURALE-RICREATIVO E DI PARTECIPAZIONE** e un necessario focus sui **COMPORTEMENTI VIOLENTI**

8

## EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

### Stranieri

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Percentuale stranieri iscritti in anagrafe	12,7	12,0	14,7	6,8		22,9
Percentuale stranieri nelle scuole	17,2	16,6	19,3	7,9		30,1
Tasso grezzo di disoccupazione stranieri	42,2	37,7	29,1	68,6		16,0
Percentuale MSNA accolti in struttura su minori in struttura	20,6	43,9	37,6	100,0		0,0
Tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera	99,1	95,6	93,9	117,7		71,1
Tasso richiedenti asilo	1,6	2,3	1,9	1,5		4,3
Percentuale minori stranieri tra i minori presi in carico dal servizio sociale territoriale (al netto dei MSNA)	29,4	38,1	43,8	56,9		10,5



Inserimento nella realtà locale (scuola, lavoro, accesso ai servizi)  
**QUALE LIVELLO DI INCLUSIONE?**

Focus su minorenni stranieri non accompagnati

Ospedalizzazione straniera alta  
**ACCESSO AI SERVIZI E APPROPRIATEZZA**

Focus su minorenni presi in carico dal servizio sociale

9

## EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE



### Cronicità

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Prevalenza cronicità	315,2	321,2	318,9	355,0		308,9
Prevalenza diabete	63,8	63,5	60,9	71,9		55,6
Prevalenza scompenso cardiaco	16,4	19,0	17,1	24,4		15,1
Prevalenza ictus	20,6	15,6	16,0	20,8		13,0
Prevalenza cardiopatia ischemica	35,4	34,9	33,1	44,2		31,4
Prevalenza BPCO	15,3	14,0	14,1	16,4		9,8
Prevalenza demenza	9,8	11,5	11,4	15,0		8,3

La gestione delle cronicità e fattore prevenzione  
**ALTA CRONICITÀ PER DIABETE, ICTUS, CARDIOPATIA ISCHEMICA E BPCO**

10

## EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

### Disabilità e Non autosufficienza

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Prevalenza anziani residenti in RSA permanente	2,0	8,6	8,0	2,0		12,6
Prevalenza anziani in assistenza domiciliare diretta	20,9	28,1	30,9	17,2		38,4
Prevalenza persone con disabilità in carico al servizio sociale	11,2	11,7	11,6	8,1		18,9
Incidenza di disabilità	3,5	5,7	3,3	10,6		2,6
Incidenza di disabilità grave	1,8	2,2	1,4	5,2		1,2
Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di I grado	5,3	4,3	3,8	3,0		6,2

Residenzialità vs Domiciliarità  
**COME POTENZIARE/BILANCIARE GLI INTERVENTI?**

Presenza di disabilità in linea con regione e USL  
**INSERIMENTO SCOLASTICO E LAVORATIVO DA MONITORARE**

11



## EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

### Salute mentale

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Prevalenza uso di antidepressivi	9,2	8,4	8,4	11,5		5,2
Ospedalizzazione patologie psichiatriche >18	188,9	217,6	200,1	311,0		97,9
Ospedalizzazione patologie psichiatriche <18	192,1	196,9	162,1	450,3		30,4
Ricoveri ripetuti 8 e 30 gg patologie psichiatriche	7,8	5,3	5,7	11,4		0,0
Contatto entro 7 gg con il DSM dal ricovero	22,1	40,8	38,3	14,3		84,2
Continuità presa in carico pz assistiti salute mentale	62,0	63,4	65,8	31,4		76,9



**ALTO CONSUMO DI ANTIDEPRESSIVI**

**Il tasso std di OSPEDALIZZAZIONE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE TRA I MINORENNI è superiore rispetto alla media aziendale**

**La % RICOVERI RIPETUTI FRA 8-30 GIORNI per patologie psichiatriche (adulti, ricoveri ordinari), pur in miglioramento, è alta**

12

## EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

### Prevenzione

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di mortalità evitabile	153,8	147,7	141,6	183,5		132,7
Infortunati sul lavoro indennizzati	6,5	10,4	8,8	6,5		16,1
Rapporto di lesività degli incidenti stradali	1.367,1	1.279,0	1.241,3	1.669,5		1.169,8
Copertura vaccino antinfluenzale	57,1	58,0	63,7	45,5		65,7
Copertura vaccino antimeningococcico	88,5	91,7	92,9	83,4		95,1



**MORTALITÀ EVITABILE DA MIGLIORARE**

**INCIDENTISTICA STRADALE DA SORVEGLIARE (GAP INFRASTRUTTURALE)?**

**Buona adesione generale agli screening ma VACCINAZIONI ANTINFLUENZALE E ANTI MENINGOCOCCO DA POTENZIARE**

13



## EVIDENZE DAI SERVIZI – POVERTÀ EDUCATIVA

### La Comunità educante

- A.S. 2025/2026 (1° quadrimestre): 503 bambini iscritti
- A.S. 2024/2025: 394 bambini iscritti
- A.S. 2023/2024: 483 bambini iscritti

### L'educativa domiciliare

- 162 bambini hanno ricevuto un servizio di educativa domiciliare

### L'assistenza scolastica

- 256 i bambini con un servizio di assistenza scolastica nel 2024

16

## EVIDENZE DAI SERVIZI – CITTADINI IN STRUTTURE RESIDENZIALI

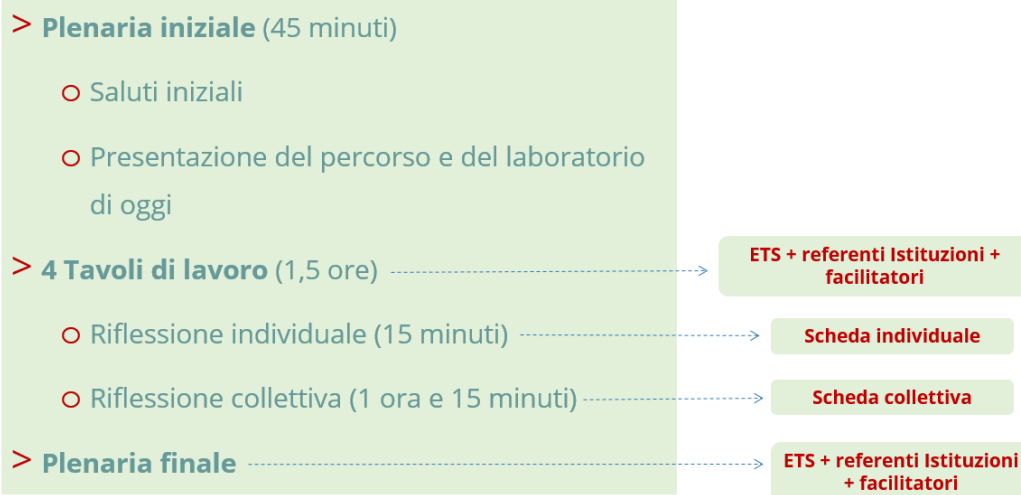
- 266 i cittadini transitati in RSA (anno 2024)
- 20 i cittadini transitati in strutture per disabili (anno 2024)
- 42 i bambini transitati in comunità per minori (anno 2025)
- 15 le donne vittime di violenza in struttura (anno 2025)
- 23 cittadini transitati in strutture per l'autonomia(anno 2025)

17

## IL PERCORSO PARTECIPATIVO



## IL LABORATORIO DI OGGI



## IL LABORATORIO DI OGGI

### Alcuni bisogni di salute che conosciamo



### Quali bisogni di salute non conosciamo?

20

## IL LABORATORIO DI OGGI – SCHEDA INDIVIDUALE

TAVOLO "ABITARE SOCIALE E POVERTÀ" – SCHEDA INDIVIDUALE

Tema/Bisogno	Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	Spunti DI approfondimento
ABITARE SUPPORTATO		
DIFFICOLTÀ DELLE FAMIGLIE IN «FASCIA GRIGIA»		
INDIVIDUAZIONE TARGET A RISCHIO (ALTA MARGINALITÀ, FAMIGLIE MONOGENITORE/ MONOREDDITO, ETC)		

1 per ogni partecipante

21

## IL LABORATORIO DI OGGI – SCHEDA COLLETTIVA

TAVOLO “ABITARE SOCIALE E POVERTÀ” – SCHEDA COLLETTIVA

Tema/Bisogno	Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	Spunti Di approfondimento
ABITARE SUPPORTATO		

1 per ogni tema/bisogno

22

Di seguito le schede che sintetizzano i risultati dei lavori di ciascun tavolo.

### TAVOLO “ABITARE SOCIALE E POVERTÀ”

Bisogno
<b>ABITARE SUPPORTATO</b>
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendere strutturale l’accompagnamento all’abitare (prima, durante e dopo l’ingresso in casa), con un modello stabile e non “a progetto”.</li> <li>• Aumentare l’autonomia abitativa delle persone/nuclei fragili, riducendo ricadute, sfratti, rientri in emergenza.</li> <li>• Ridurre conflitti e isolamento attraverso mediazione di comunità e sostegno alla convivenza (vicinato, condominio, coabitazioni).</li> <li>• Integrare dimensione sociale e sociosanitaria (quando serve) per anziani soli e persone con fragilità complesse.</li> </ul> <p><b>Schede individuali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potale web dove offerta e domanda si incontrano: dedicato al cohousing o ad altre forme innovative di abitare</li> <li>• Progetti di supporto alle persone per la prevenzione del rischio di perdita di un alloggio e potenziamento rete sociale (definizione e conoscenza del ruolo del S.S. attraverso programmi di sensibilizzazione)</li> <li>• Individuare e parametrare con aggiornamenti continui: beneficiari, abbinamenti eventuali, percorsi (verso cosa?)</li> </ul>

- Per aiutare le famiglie tramite affiancamento di educatori a basso carico per riuscire a individuare percorsi ad hoc (adulti in difficoltà di gestione della vita e dell'abitare in generale)
- Creare una finestra di progetti che rappresenti una garanzia per l'appropriatezza dell'intervento
- Maggiori risorse economiche che supportino le spese abitative (affitto, bollette, ecc) per le persone con disagio economico
- Aiutare le persone in difficoltà a trovare casa e seguirle nel trovarla e nella gestione
- Facilitare/mediare la ricerca abitativa
- Politica abitativa volta ad incentivare i privati a mettere sul mercato abitazioni vuote
- Favorire la presenza di educatori, operatori, OSS, ADB
- Marginalità – educazione; Anziani – infermiere + OSS/ADB; Donne e minori – che accompagni i bambini a scuola + educatore per madri e psicologo
- -Continuità nel tempo; -No approccio emergenziale; -Nuove forze di abitare(coabitazioni); -Accompagnamento alla qualità dell'abitare anche per chi ha la casa
- Esperienze di co-housing; -Attivazione percorsi per cittadini a rischio perdita diritti di cittadinanza (salute mentale)

### Spunti di approfondimento

- Modello operativo: quali "livelli" di supporto (leggero/medio/intensivo), durata, criteri di ingresso/uscita, indicatori di autonomia.
- Figure e ruoli: tutor abitativo/educatore, mediazione sociale, OSS/ADB/infermiere di comunità; chi fa cosa e con quali responsabilità.
- Strumenti concreti: patto di abitare, accompagnamento alla gestione economica/domestica, supporto burocratico (utenze, residenza, ISEE, contributi).
- Soluzioni abitative: co-housing/coabitazioni come "ponte" o come soluzione stabile; condizioni minime perché funzionino.
- Governance: come si coordina il servizio con comuni, servizi sociali, terzo settore, ASL e proprietari/amministratori di condominio.

### Schede individuali

- In termini di educazione, agire prima dell'emergenza abitativa
- Supporto a 360° nella vita quotidiana
- Valutare la sostenibilità di un'offerta dove vi sia una garanzia di accompagnamento educativo
- Maggiori fondi
- Far conoscere più da realtà dell'abitare supportato
- Figure di appoggio: tutor, educatori, ecc
- Fondi a garanzia comunali per affitto privato
- -Stimolare rapporti di vicinanza; -Attenzione particolare ai contesti ERP; -Situazioni cuscinetto per transizione; -Tutorabitare
- Progetti a sostegno della convivenza; -Mediazione tra inquilini e affittuario

## Bisogno

### DIFFICOLTÀ DELLE FAMIGLIE IN “FASCIA GRIGIA”

#### Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

- Intercettare e sostenere chi non rientra nei canali tradizionali (ERP/emergenza) ma non regge i costi del mercato.
- Prevenire lo scivolamento verso la marginalità (morosità, sfratto, sovraffollamento, sistemazioni improprie).
- Rendere accessibile l'affitto privato con strumenti di garanzia e accompagnamento, riducendo la diffidenza dei proprietari.
- Rafforzare la stabilità economica abitativa (canoni sostenibili, sostegni mirati, supporto al bilancio familiare).

#### Schede individuali

- Rafforzare la stabilità economica abitativa (canoni sostenibili, sostegni mirati, supporto al bilancio familiare).
- Stanziare risorse in favore dei cittadini appartenenti alla “fascia grigia” (agevolazioni)
- Accompagnarli a medio-lungo termine (con decrescente presenza) nei rapporti con libero mercato e più in generale alla comunità
- Trovare alloggi a canone calmierato che garantiscono il sostentamento delle famiglie (social housing)
- Essere credibili nel presentarsi sul libero mercato è sempre più difficile: creare un sistema di garanzie che possa sciogliere le riserve dei proprietari anche sul piano educativo
- Supporto e prevenzione ai disagi maggiori
- Educativa familiare nel gestirsi
- Promuovere e riattivare le risorse dei cittadini
- Fondi a garanzia sostenibilità nelle colazioni

#### Spunti di approfondimento

- Definizione e criteri di “fascia grigia”: soglie economiche, composizione familiare, fragilità sociali “non certificate”, indicatori di rischio.
- Misure economiche: contributi affitto, canoni calmierati, microfondi per spese iniziali (caparra, arredi minimi), sostegno utenze.
- Garanzie per i proprietari: fondo di garanzia, assicurazioni/misure anti-morosità, mediazione e accompagnamento come garanzia “educativa”.
- Agenzia sociale per la casa: funzioni (matching domanda/offerta, contrattualistica, mediazione, garanzie), scala territoriale e sostenibilità.



- Percorsi di transizione: soluzioni “ponte” (coabitazioni, alloggi temporanei) con tempi certi e accompagnamento verso stabilità.

#### Schede individuali

- Molte famiglie straniere, spesso numerose, hanno difficoltà nel reperire alloggi
- Si rischia senso di isolamento da parte del cittadino nei confronti delle istituzioni. Ogni fascia di reddito necessita di un supporto anche in modo diverso
- La competenza dovrebbe essere tecnica ed esperta, con l’obiettivo chiaro di autonomia (monitorata)
- L’amministrazione di sostegno, spesso, non è la soluzione a tutti i mali (educatore specifico/tutor)
- Creare un servizio strutturato di accompagnamento (agenzia sociale per la casa può essere la porta di accesso)
- Ho letto che c’è un ampio consumo di psicofarmaci in tale fascia: supporto sistematico in questo senso?
- Censimento case a disposizione in Valdinievole un comune progetto di aiuto (non 11 diversi)
- Condivisione abitativa (es: coabitazione tra coloro che hanno una casa e coloro che invece non l’hanno, ma possiedono un’entrata economica)
- Tavoli con tutti i soggetti coinvolti, studenti, inquilini, proprietari ed enti locali

### Bisogno

#### INDIVIDUAZIONE TARGET A RISCHIO

#### Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

- Rafforzare l’individuazione precoce dei nuclei a rischio abitativo prima che esploda l’emergenza.
- Costruire prese in carico integrate (sociale, salute mentale, dipendenze, lavoro, scuola) quando la fragilità è multidimensionale.
- Ridurre le barriere di accesso ai servizi (informative, burocratiche, linguistiche, digitali) e aumentare l’aggancio.

#### Schede individuali

- Cittadini non residenti stranieri e di passaggio devono essere riconosciuti come target con interventi specifici diversi dai dormitori/Passaggio dai SAI di stranieri con protezione internazionale all’autonomia
- IMMIGRAZIONE: elaborare progetti di accompagnamento, orientamento e supporto delle persone straniere
- Individuare e strutturare equipe educativa di presenza a fianco nelle varie fasi di assestamento-supporto-quotidianità.
- Anziani soli, ma in particolare psichiatrici o dipendenti da sostanze varie

- Valutare le nuove vulnerabilità anche in reazione alla precarietà del lavoro. Difficoltà anche legate al venir meno delle risorse statali sul sostegno alle locazioni.
- Soggetti privi di rete familiare
- Persone anziane (malattie conosciute)
- Prevedere risposte a target di fragilità dei soggetti “fragili”
- Soggetti in uscita dai CAS che non vengono inseriti nei SAI, sprovvisti di documenti e quindi difficoltà a lavorare nel mercato regolare (stranieri con tanti figli)
- -Prevenzione nella perdita di alloggio (non solo economico); -Reperimento di alloggi e costruzione di un sistema di relazione per il supporto nel reperimento casa (es: fondo di garanzia, agenzia sociale casa)
- -Anziani soli; -Nuove povertà

### Spunti di approfondimento

- Mappa target e profili: anziani soli, persone con disagio psichico/dipendenze, nuclei senza rete, monogenitori/monoreddito, migranti in transizione, giovani precari.
- Antenne territoriali: MMG/pediatrati, scuola, sportelli sociali, servizi per l’impiego, associazioni, parrocchie, amministratori di condominio: come renderli parte della rete.
- Indicatori di rischio: morosità, precarietà lavorativa, sovraffollamento, transizioni (separazioni, lutti, uscita da comunità/CAS), segnali di disagio.
- Percorsi dedicati: per ciascun target, quali risposte “minime” e quali integrate (es. anziani: casa+cura; monogenitori: casa+servizi infanzia; alta marginalità: housing first/step).
- Accessibilità e fiducia: strumenti linguistici/culturali, comunicazione semplice, sportelli mobili o di prossimità, presa in carico non stigmatizzante.

### Schede individuali

- La presenza della ferrovia crea il transito di persone diverse, spesso stranieri senza permesso/irregolari
- Difficoltà a reperire un alloggio anche se hanno un impiego e quindi una garanzia
- Strutturare, con il supporto degli amministratori di condominio, progettualità di presenza e accompagnamento come prevenzione e coesione (stretto legame con il punto precedente)
- Maggior integrazione sociale e culturale
- Riconosciuti invalidi, adulti, senza rete familiare, quasi analfabeti;
- -Servizi di prossimità (trovare chi non arriva ai servizi); - Welfare di comunità; - Persone con dipendenze attive; -Anziani soli
- -Pro attività degli enti; -No servizi di attesa; -Maggior capacità di individuare in tempo le situazioni fragili

## TAVOLO “NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ, INTERVENTI SALITARI”

Bisogno
<b>BILANCIAMENTO TRA RESIDENZIALITÀ E DOMICILIARITÀ</b>
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
<b>Schede individuali</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Maggiore domiciliarità e minore residenzialità</li><li>• Potenziare servizi domiciliari</li><li>• Prevenire isolamento sociale</li><li>• Potenziare centri di aggregazione</li><li>• Miglioramento condizioni di vita RSA</li><li>• Incrementare centri di socializzazione coinvolgendo terzo settore</li><li>• Prevenzione isolamento sociale e potenziamento servizi per mantenimento capacità residue (SAD)</li><li>• Monitoraggio rischi acuzie</li><li>• Scorrimento liste di attesa e aumentare l'accesso a servizi semiresidenziali</li><li>• Avvicinare servizi al cittadino</li><li>• Rimuovere gli ostacoli che non consentono la domiciliarità</li><li>• Supporto agli anziani fragili per le attività più complesse</li><li>• Servizi corrispondenti ai diversi bisogni e gradazione differente sia per domiciliarità che per residenzialità</li><li>• Supporto a parenti e familiari (care givers)</li><li>• Valutazione care givers</li><li>• Semplificare percorsi per residenzialità</li><li>• Realizzazione interventi di maggiore supporto domiciliare ai care giver (spesso anziani)</li><li>• Creazione di condomini solidali con più persone non autosufficienti e vari servizi di supporto a tutela di tutti</li><li>• Supportare le necessità delle famiglie ed anziani soli</li><li>• Servizi e formazione per corretta terapia farmacologica (somministrazione e auto somministrazione farmaci)</li><li>• Semplificare le procedure di accesso di servizi e alle prestazioni</li><li>• Vicinato solidale</li><li>• RSA aperte che possono offrire servizi sia nella loro organizzazione che fuori</li><li>• Raccordo e reale innovazione dell'attuazione della riforma dei servizi territoriali DM77</li><li>• Aumentare disponibilità di setting di cure intermedie (++3) per completare recupero ed evitare reingressi in ospedale, permettere miglioramento a domicilio</li><li>• Appropriatazza dei care-giver</li></ul>
<b>Scheda collettiva</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rimodulazione intensità di cura</li><li>• Accrescere la preparazione dei care givers</li></ul>

## Spunti di approfondimento

### Schede individuali

- Pasti a domicilio
- Aumento degli OSS a domicilio
- Investire sulla formazione dell'operatore domiciliare
- Investire su strumentazione per migliorare la qualità di vita a domicilio dell'anziano
- Coinvolgimento enti del terzo settore in servizi di socializzazione per anziani
- Promuovere centri diurni
- Ampliare disponibilità del numero di posti in Centri diurni
- Punti di accesso multidisciplinari
- Formazione e supporto al care giver
- Maggiori flessibilità tra residenzialità e domiciliarità
- Creazione percorsi di terapia farmacologica della persona non autosufficiente in assenza di care-giver
- Sviluppo delle nuove tecnologie: telemedicina/teleassistenza

### Scheda collettiva

- Rimodulazione intensità di cura
  - Strutture/soluzioni intermedie tra i due estremi, con una graduazione più ampia e flessibile di soluzioni (intercettazione precoce di situazioni di fragilità che potrebbero esitare in NA)
  - Governare e gestire la questione dei costi crescenti (RSA e collaboratori familiari)
  - Implementare le innovazioni su alcuni segmenti di interventi (es. telemedicina/teleassistenza)
  - Potenziale la "Non autosufficienza sociale": soluzioni abitative con compresenza di anziani formalmente autosufficienti ma a rischio (monitorare bisogni per calibrare gli interventi)
  - Potenziamento dei processi di adeguata individuazione del bisogno per evitare interventi inappropriati
- Accrescere la preparazione dei care givers
  - Percorsi formativi per i care givers (empowerment per contrastare il processo allungamento dei tempi di cura/assistenza vs capacità dei care givers di reggere il carico)
  - Sistema di gestione dei collaboratori familiari (contrastare difficoltà/disorientamento delle famiglie, favorire una gestione economica adeguata, costruire care givers eruditi, gestire situazioni border line in assenza di normativa -> es. badanti che ospitano anziani in case)
  - Potenziare la gestione e la capacità di somministrazione/autosomministrazione farmaci ad anziani
  - Potenziare le capacità di gestione di pazienti oncologici (con abbattimento di accessi ambulatoriali/ospedalieri e trasporti sanitari)

Bisogno
<b>RAPPORTO SERVIZI-UTENZA: INFORMAZIONE E APPROPRIATEZZA</b>
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
<p><b>Schede individuali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Migliorare l'informazione verso la cittadinanza</li> <li>• Migliorare la cultura della salute della cittadinanza</li> </ul> <p><b>Scheda collettiva</b></p> <p>Avvicinamento reciproco tra servizi e cittadini</p>
Spunti di approfondimento
<p><b>Scheda collettiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorire l'unicità del processo amministrativo e di cura</li> <li>• Sistema informativo per le famiglie</li> <li>• Percorsi di coaching/accompagnamento per le famiglie sul sistema dei servizi NA e di welfare complessivo</li> </ul>

## TAVOLO "SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI"

Bisogno
<b>POVERTÀ EDUCATIVA</b>
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
<p><b>Schede individuali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creare/aumentare la rete, la coesione nella comunità</li> <li>• Integrazione tra enti diversi che hanno lo stesso obiettivo di intervenire nei confronti della povertà educativa</li> <li>• Consolidamento/rafforzamento del percorso della comunità educante (scuola aperta)</li> <li>• Ampliare il progetto della comunità educata per includere tutte le scuole e raggiungere più bambini e famiglie</li> <li>• Aumento del benessere attraverso una comunità che ci sostiene a vicenda</li> </ul> <p><b>Scheda collettiva</b></p> <p>Rafforzamento e consolidamento della comunità educante (CE), progetto che dal 2023 ad oggi ha creato una rete di scuole aperte sul territorio, proprio per contrastare la povertà educativa (sempre meno associata alla povertà socio-economica) e aumentare il benessere attraverso una comunità che si sostiene a vicenda.</p>
Spunti di approfondimento
<p><b>Schede individuali</b></p>

- Promuovere incontri tematici con genitori (vari specialisti)
- Aumentare nei genitori le competenze per lo svolgimento del ruolo di genitore
- Incontri con bambini e adolescenti al fine di stimolare le life skills
- Lavoro mirato su coinvolgimento famiglia nei percorsi educativi di crescita dei minori
- Miglioramento approcci educativi e pedagogici
- Integrazione ed inclusione sociale
- Azioni di supporto al disagio economico verso l'autonomia e indipendenza economica
- Aumentare le opportunità per fascia d'età
- Interventi specialistici
- Ampliare progetto con unità educative con particolare riferimento ad attività legate all'arte, bellezza, teatro, cinema.
- Maggiore consapevolezza sui temi di affettività e contraccezione
- Fornire adeguata educazione civica alle famiglie, anche con corsi periodici [...]
- Avvicinare all'aiuto reciproco/reti familiari
- Open day
- protagonismo famiglie nel sistema "scuola aperta"
- Conferenze e seminari con esperti di settore legati all'arte sociale per la formazione di docenti e operatori scolastici.
- Offrire attività gratuite di tipo artistico e culturale, indirizzato a tutte quelle fasce fragili anche fuori dall'attività curricolari
- Spazi di approfondimento e accompagnamento
- Sostegno e supporto nella quotidianità a figure di riferimento
- Assenza di figure di riferimento?
- Facilitare accessi (modi, tempi) mobilità
- Aiutare gli accessi
- Coinvolgendo maggiormente dirigenti scolastici
- Progetti di promozione della salute
- Incontri educativi sul territorio
- Open day
- Strumenti più efficaci di governance della rete
- Strumenti più efficaci di valutazione bisogni
- Strumenti più efficaci di valutazione impatto o risultati
- Centri per la famiglia da potenziare

### Scheda collettiva

- C'è bisogno di impostare una riflessione con dirigenti e docenti sulla condivisione del concetto di povertà educativa e di come la comunità educante può e deve agire per limitarla, per arrivare ad un maggiore allineamento anche sulle attività da svolgere. Oggi c'è una evidente dicotomia tra
  - chi intende le attività della comunità educante come "dopo-scuola" (alcuni genitori e alcuni docenti e dirigenti scolastici),
  - chi tenta di proporre spazi esperienziali che si allontanino dalla didattica tradizionale, aumentino la conoscenza di sé, aprano delle "finestre" verso altri mondi e amplino le opportunità di contatto con l'arte e con il "bello".

- Oggi sono coinvolti 513 ragazzi, i servizi possono comunque migliorare sempre e ampliarsi, ad esempio attraverso:
  - il coinvolgimento di un numero maggiore di plessi;
  - l'ampliamento della tipologia di attività (i ragazzi hanno chiesto di ampliare l'offerta di attività sportive ma ci si scontra con la carenza di spazi);
  - una maggiore accessibilità per i ragazzi provenienti dall'area tutela e disabilità, affrontando il tema della necessità di accompagnatori;
  - l'ampliamento dei soggetti con cui si dialoga.
- L'offerta della CE deve essere meglio integrata all'interno del sistema scolastico.
- Spesso le scuole non hanno (o non mettono a disposizione) spazi adatti a svolgere attività non tradizionali (es. teatro).
- Serve un maggiore coinvolgimento delle famiglie come partner, non solo come fruitori di un servizio,
- È necessario rafforzare la rete sociale e familiare intorno alle famiglie coinvolte e da coinvolgere perché davvero in povertà educativa, anche per superare alcune barriere all'accesso (trasporti, logistica, iscrizioni...).
- Bisogna dialogare con i pediatri di libera scelta (e con i MMG) che ad oggi non sono stati coinvolti
- Dialogo della comunità educante locale con altre realtà attive a livello nazionale, che lavorano anche in realtà difficili (es. Napoli) e che lavorano con ragazzi verso i ragazzi.
- Serve maggiore integrazione dei progetti della comunità educante con quelli del *Dipartimento Promozione della Salute e Prevenzione*. I progetti sulle dipendenze e del consultorio infatti non consistono solo in incontri informativi, ma incidono sulle life skills dei ragazzi (scuole medie e superiori) e sull'aumento delle competenze in ambito ostetrico di docenti. Inoltre esiste lo Spazio Giovani rivolto a ragazzi dai 14 ai 24 anni. Il coordinamento porterebbe a raggiungere meglio i ragazzi, essere più visibili ai loro occhi.
- Si potrebbe valutare se individuare dei plessi che sono in fase più avanzata di realizzazione del progetto per sperimentare in modo ancora più spinto delle innovazioni ulteriori.

## Bisogno

### STILI DI VITA A RISCHIO

## Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

#### Schede individuali

- Promozione stili di vita sani
- aumentare le competenze di vita indicate dall'OMS
- fornire ai genitori, educatori, insegnanti e adolescenti le informazioni alle tematiche di dipendenza e comportamenti a rischio per la salute.
- Stimolare ad aumentare la competenza.

#### Scheda collettiva

**Comunicare in modo coinvolgente ai ragazzi (e alle loro famiglie e insegnanti) l'importanza della promozione della salute, che si costruisce giorno dopo giorno attraverso le scelte personali sul proprio stile di vita.**

## Spunti di approfondimento

### Schede individuali

- Passeggiate della salute
- Punti di aggregazione ragazzi
- Promozione attività coetanei
- Incontri tematici con attività per giovani
- Promozione laboratori tematici
- Creare occasioni di incontro e confronto sia nelle scuole che sul territorio per aumentare le competenze di vita indicate dall'OMS
- Centri di aggregazione diffusi su tutto il territorio, con compiti di presidio e animazione nelle aree interne
- Accrescere le azioni atte a sensibilizzare le nuove generazioni sui suddetti stili di vita a rischio attraverso attività trasversali (arte, cultura, volontariato)
- Attività programmate e continuative di prevenzione nelle scuole dell'obbligo
- Attività alternative
- Centri di aggregazione
- Maggiore accesso attività sportive
- Informazione--> sessualità e connessione
- Ridurre isolamento
- Lavorare con le scuole in progetti che abbiano come obiettivo la valorizzazione della salute a 360°
- Aumento uso di alcool
- Aumento uso di antidepressivi
- Individuazione degli stili di vita a rischio (classificazione)
- Percorsi integrati di prevenzione/presa in carico
- Responsabilizzare le famiglie sull'uso responsabile di strumenti elettronici
- Responsabilizzare su dolci e bevande zuccherate
- Rendere disponibili spazi o strutture pubblici per attività
- Punti di incontro per adolescenti
- Prevenzione
- Intercettazione precoce
- Inclusione/sperimentazione di realtà positive
- Diffondere tutte le attività realizzate a livello nazionale per quelle realtà nate e sviluppate dalle nuove generazioni
- Attraverso il coinvolgimento attivo e formazione (sotto monitoraggio specialistico)
- Scarsa conoscenza delle conseguenze di certi argomenti?
- Proviamo delle sperimentazioni normative
- Avvicinarci a loro
- Incontri dedicati al team per i giovani
- Migliorare i sistemi di accesso
- Coinvolgendo dei giovani in interventi di sicurezza pubblica.



- Lavorare di più dentro le scuole, rendendo più strutturata la presenza di professionisti dei servizi e percorsi di partecipazione dei ragazzi
- Gruppi
- Promozione della salute
- Spazi di protagonismo--> progetti proposti dai giovani
- Progettualità congiunta genitori/figli
- Propositività e protagonismo
- Occasioni per sperimentare talenti e passioni

#### Scheda collettiva

- È utile ricorrere alla peer education, in sostanza coinvolgere i giovani per parlare ai giovani.
- Bisogna portare questi progetti dove serve, non solo dove vengono richiesti. Può essere utile immaginare delle giornate a tema, iniziative in piazza o durante le feste paesane
- Bisogna individuare o creare luoghi di ascolto dei ragazzi (spazi di aggregazione e di ritrovo socializzanti, che sono sempre meno), arredarli con teche o supporti adatti alla libera espressione, farli frequentare da educatori anche nelle ore serali; i ragazzi possono essere coinvolti in specifiche co-progettazioni.
- Un meta-obiettivo istituzionale è l'aumento della multidisciplinarietà e della comunicazione tra settori (*non si deve più poter dire "non lo sapevo"*).

## Bisogno

### MINORENNI E FAMIGLIE IN FORTE DISAGIO (GENITORIALITÀ)

#### Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

##### Schede individuali

- Aumentare accesso alle famiglie bisognose di servizi
- Offrire opportunità sociali, ricreative, espressioni culturali da costruire per la fruizione congiunta genitori/figli.
- Opportunità di supporto della genitorialità
- Rafforzare la rete scuola-servizi-famiglie
- Sviluppare la relazione familiare e generazionale attraverso attività collaterali
- Coinvolgimento "attivo" delle famiglie nei percorsi educativi
- Rendere disponibili servizi facilmente accessibili per ridurre il disagio.

#### Spunti di approfondimento

##### Schede individuali

- Inserire le famiglie e minori in forte bisogno nei gruppi sportivi, culturali
- Minori certificati--> sperimentazione nuovi modelli di inclusione scolastica--> economie di scala da investire in ""sportelli con le ruote"
- Lavoro in equipe, accessibile, con equipe composta da professionalità necessarie per affrontare le fragilità emerse

- Prevenzione/supporto strategie educative: centri per le famiglie
- Equipe multidisciplinari
- Maggiore sostegno familiare
- Inserire delle teche dove i ragazzi possono inserire anche anonimamente i loro disagi e bisogni
- Famiglie allargate
- Corsi periodici dedicati alle famiglie riguardanti i più"
- Più interventi domiciliari di assistenza e valutazione del disagio
- Famiglie che accolgono e sostengono
- Esperienze dei C.D. educatori scolastici
- Attraverso progetti pratici e di scambio capaci di metterli in relazione
- Difficoltà nella costruzione di equipe, non presente sin da subito (?)
- Come raggiungere le famiglie fragili
- Situazioni estreme
- Trovare i motori di interesse
- Scarsa efficacia degli eventi "frontali" a spot
- Non rispondere solo alle emergenze/fare prevenzione
- Migliorare gli strumenti di ascolto di ragazzi
- Le famiglie hanno bisogno di risposte pratiche, le indicazioni che mi trovo a dare non sempre lo sono
- Visite domiciliari personali
- Lavorare di più dentro le scuole, rendendo più strutturata la presenza di professionisti dei servizi e percorsi di partecipazione dei ragazzi
- Equipe multiprofessionali
- Centro AFF
- Centro per le RM

#### Scheda collettiva

- Sono aumentati tantissimo gli accessi allo sportello di ascolto della comunità educante, è un servizio di cui c'è moltissimo bisogno. Nelle scuole servirebbe non solo lo psicologo scolastico ma anche l'assistente sociale scolastico. Si dovrebbe proporre alle scuole che l'accesso possa avvenire con una autorizzazione generale all'inizio dell'anno da parte dei genitori.
- Bisogna coinvolgere di più chi ha bisogno ma non lo percepisce: la terapia è accettata abbastanza bene ma le proposte in prevenzione no. Bisogna entrare nei nidi, nei centri per le famiglie, nelle scuole.
- Bisogna ripensare il modello di assistenza scolastica per i minori certificati, perché uno-a-uno non funziona più, servono figure per l'inclusione.
- Bisogna proporre incontri tematici sulla genitorialità.

## TAVOLO "DISABILITÀ – SALUTE MENTALE"

Bisogno

## DISABILITA': DOPO DI NOI

### Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

#### Schede individuali

##### Obiettivi segnalati nella scheda individuale:

1. Soluzioni collaborative fondate sulla **condivisione delle proprie risorse supportate da azioni e soggetti pubblici e privati**
2. Se le famiglie vengono accompagnate e se le persone con disabilità sono inserite (hanno un lavoro, hanno un'abitazione) il dopo di noi è in parte strutturato
3. Sensibilizzazione della cura verso l'altro. **Progetto di vita: comunità, scuola, famiglia e sport.**
4. Incrementare tutte le socialità sportive
5. Creare un percorso di supporto per le famiglie e l'utente spesso nel momento in cui i caregiver non saranno più in grado di supportare il loro caro per motivi di salute, anzianità, ecc...
6. Creare dei percorsi di cura e assistenza in modo che alla morte dei genitori, la persona disabile possa vivere con la dovuta assistenza e autonomia
7. **Progetto di vita personalizzato** e attivato con facilitatori e rete sociale
8. Rete di servizi-disponibilità di budget: sviluppo rete sociale, ipotesi di **cohousing** (dipende dal livello di autonomia)
9. Possibilità per il disabile di avere un supporto abitativo adeguato al proprio livello di autosufficienza anche in assenza del nucleo familiare
10. Modelli di abitare diversificati e diffusi sul territorio in base alle caratteristiche, bisogni, possibilità e desideri delle persone con disabilità
11. Progetti per supportare le famiglie quando i genitori familiari arrivano ad un'età che non permette più di assistere adeguatamente la persona oppure quando vengono a mancare (esempio: appartamenti supportati)
12. Inizio di relazioni e conoscenze informative, inizio di impieghi (ludopatici, agricoli, musicali...) quotidiani: evitare impatti repentini e fornire informazioni alle famiglie
13. Autonomia Progetto di vita
14. Avere il progetto di vita di ogni disabile. **Preparazione al dopo di noi con percorsi di autonomia di gruppo**
15. Sostenibilità del percorso residenziale
16. Riuscire a creare varie strutture aperte anche alla comunità ed al volontariato
17. Fare in modo che tutti abbiano un lavoro ed una abitazione e chi li prende in carico dopo che non ci saranno più i genitori (o chi ne fa le veci)
18. Mantenere per quanto possibile punti di riferimento e continuità con il percorso di vita pre-inserimento
19. Progetto di vita come documento non ancora conosciuto ed utilizzato
20. Maggiore affiancamento alla famiglia fin da subito in modo da costruire un percorso
21. Supporto nel progetto di vita della singola persona, in assenza del caregiver

**Sintesi:** L'obiettivo principale è la creazione di **soluzioni collaborative** tra soggetti pubblici e privati per garantire un futuro dignitoso alle persone con disabilità quando i caregiver non potranno più assisterle. Si punta a sviluppare **progetti di vita personalizzati** che includano l'inserimento lavorativo, sociale e sportivo, oltre a **modelli**

**abitativi diversificati** (co-housing, residenzialità temporanea o definitiva) basati sul livello di autonomia e sui desideri della persona. È fondamentale garantire la **sostenibilità dei percorsi residenziali** e il mantenimento dei punti di riferimento e della continuità affettiva dell'utente.

### Scheda collettiva

Il tema del "**Dopo di noi**" viene presentato innanzitutto come una sfida trasversale che richiede un profondo cambiamento terminologico e culturale: è necessario abbandonare la parola "residenza" (legata all'ambito sanitario) per parlare di "**futuro dell'abitare**", dove la persona fragile non è un peso ma una risorsa per la comunità e il terzo settore. In questo contesto, lo **sport e la socialità** non sono solo svago, ma vere e proprie "palestre di vita" e strumenti di aggregazione che superano la logica della produttività commerciale.

L'esperienza toscana delle **polisportive sociali** dimostra che i progetti di maggior successo sono quelli nati non dal sistema sanitario, che oggi appare in sofferenza, ma dagli **stakeholders (familiari e portatori d'interesse)** che si auto-organizzano per creare socialità quotidiana. Il percorso suggerito è quello della "**desanitarizzazione**", superando la frammentazione delle agenzie sociali per favorire movimenti unici in cui, ad esempio, persone con disabilità o disagio psichico possano diventare esse stesse istruttori per le scuole.

Perché questo avvenga, è fondamentale che la **comunità intera si attrezzi** per gestire la fragilità come un fatto ordinario e non come un problema specialistico, poiché le risorse per interventi di nicchia non saranno mai sufficienti. Sebbene esistano già realtà d'eccellenza (come squadre di bocce, calcio e nuoto integrato in Valdinievole), la sfida resta la **comunicazione** e la capacità dei territori di passare dalla sperimentazione ministeriale alla pratica quotidiana.

I modelli che "resistono" nel tempo sono quelli che hanno saputo costruire un senso di **appartenenza e quotidianità** (come il caso della Bellaria Cappuccini), dove le persone non si limitano a praticare un'attività sportiva, ma abitano e vivono gli spazi sociali per l'intero pomeriggio.

Infine, l'obiettivo principale per il "Dopo di noi" deve essere la creazione di **modelli di abitare diversificati e diffusi**, graduati in base ai bisogni assistenziali del singolo (supporto maggiore o minore). Questo percorso non può essere lasciato al caso: le **famiglie devono essere orientate e accompagnate** in un tragitto complesso che include "palestre di autonomia" e la costruzione di una **rete comunitaria solidale**, per evitare che le nuove soluzioni abitative si trasformino in nuove forme di isolamento o istituzionalizzazione sanitaria.

## Spunti di approfondimento

### Schede individuali

#### Proposte e suggerimenti segnalati nelle schede individuali:

1. Aggregazione che si crea nel mondo dello sport anche promozionale con il merito di durare molto a lungo. Dovrebbe quindi essere durato più a lungo
2. Creare maggiori strutture differenziate in base all'gravità della persona

3. Ruolo della rete sociale: relazione tra pubblico e privato ETS
4. Strutture per residenzialità temporanea definitiva differenziate in base al livello di autonomia e bisogni clinici-assistenziali
5. Ruolo connessioni del pubblico privato: responsabilità
6. I genitori familiari dei disabili sono molto preoccupati per il "dopo", quando non ci saranno più: creare una rete intorno alle famiglie e strutture adeguate
7. Maggiore raccordo dei percorsi di vita (collocamento mirato inserimento lavorativo trasporti): maggiore programmazione tra i servizi del territorio e sport
8. La redazione del progetto di vita, che ad oggi sembra un percorso molto complesso da affrontare per le famiglie
9. Risorse pubblicoprivato terzo settore
10. Spesso il disabile invecchia con i propri genitori ed entra le "categorie" si intrecciano nella criticità e fragilità
11. Percorsi di avvicinamento progressivo alla struttura, coinvolgimento attivo dei familiari e rete amicale
12. Chi fa cosa -Come divulgare -Relazione tra pubblico e privato
13. Costruire il rapporto con l'altro che aiuterà nel percorso
14. Valutazione durante percorso di presa in carico dei possibili servizi attivabili per il dopo di noi per cercare di arginare situazioni di emergenza

**Sintesi:**

- a) **Supporto alle famiglie:** Accompagnare i nuclei familiari fin da subito per costruire un percorso graduale, evitando impatti repentini al momento dell'emergenza.
- b) **Rete sociale e risorse:** Attivare una rete che coinvolga il terzo settore (ETS) e il privato sociale, utilizzando il "budget di salute" per lo sviluppo di percorsi di autonomia.
- c) **Divulgazione:** Promuovere la conoscenza del documento "Progetto di vita", spesso ancora poco noto o percepito come troppo complesso dalle famiglie.
- d) **Infrastrutture:** Creare strutture differenziate in base all'isogratività e aperte alla comunità e al volontariato.

**Scheda collettiva**

1. **Modelli diversificati e diffusi:** Creare soluzioni abitative differenziate (co-housing, appartamenti supportati, residenzialità temporanea o definitiva) basate sul livello di autonomia e sui desideri della persona.
2. **Patti con l'edilizia popolare:** Attuare collaborazioni con l'edilizia pubblica per integrare le persone fragili nel tessuto sociale urbano.
3. **Redazione del "Progetto di Vita":** Implementare per ogni persona con disabilità questo documento (ancora poco conosciuto), che deve coinvolgere scuola, famiglia, comunità e sport.
4. **Palestre di autonomia:** Avviare percorsi di preparazione al distacco dalla famiglia tramite "palestre di autonomia" di gruppo e percorsi di avvicinamento progressivo alle strutture.
5. **Comunicazione e informazione:** Attuare una "comunicazione educante" per far conoscere le risorse del territorio e i diritti esigibili, superando la complessità burocratica percepita dalle famiglie.
6. **Sport come strumento di inclusione:** Valorizzare le **polisportive sociali** e lo sport integrato non solo come svago, ma come palestra di vita e quotidiano strumento di aggregazione.

7. **Coinvolgimento della comunità:** Sensibilizzare l'intera comunità affinché si "attrezzi" a gestire la fragilità come fatto ordinario, evitando che i progetti diventino forme di neo-istituzionalizzazione.

## Bisogno

### DISABILITA': PERCORSI DI AUTONOMIA

#### Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

##### Schede individuali

1. Utilizzare l'agricoltura sociale come nuovo modello per l'inserimento lavoratori soggetti disabili
2. Creare condizioni affinché vengano raggiunti livelli di autonomia individuali attraverso percorsi personalizzati, sviluppati all'interno delle comunità territori centrati sul protagonismo della persona con disabilità
3. Inserimento scolastico più ascolto famiglia, inserimento lavorativo (veritiero) ed autonomia abitativa: aiuto, ascolto, accompagnamento, creazione di gruppi
4. Migliorare i tempi di diagnosi allineandoli con quelli del sistema scolastico
5. Eliminare l'esclusione nei ragazzi disabili attraverso lo sport
6. Fornire delle basi lavorative, formative, ecc per favorire autonomia personale e un'indipendenza
7. Portare a conoscenza i percorsi che le associazioni (fondazioni) già esistenti insieme alla SDS hanno iniziato per poterli ..
8. Valorizzare ogni percorso di autonomia (anche quella supportata)
9. Progetto di vita: integrazione servizi, agenzie educative, agenzia del lavoro e fornire tutoraggio
10. Possibilità per il disabile di usufruire di percorsi di formazione professionale, avviamento al lavoro e autonomia in ambito domiciliare, ludico-sportivo e sociale
11. Effettiva esigibilità di tali diritti Cambiamento culturale
12. Importante, soprattutto dopo il percorso scolastico: avviare percorsi di autonomia, progetti formativi, inserimenti lavorativi, cohousing, progetti inclusivi
13. Abitazioni condivise, ma soprattutto costruire e arredare per le residue autonomie. No ad un continuo cambio di persona per i bisogni psicologici, si ad un alternarsi per lo svolgimento della quotidianità (creare riferimenti, creare società)
14. Autonomia economica: combatte l'isolamento e rinforza le competenze
15. In base alle risultanze del progetto di vita, strutturare i percorsi appropriati e ben definiti nel tempo
16. Accompagnamento del progetto di vita in base alle proprie autonomie ed impressioni
17. Istruire e formare molti più insegnanti. Creare percorsi di accoglienza protetta che partano dalla capacità individuale del disabile e creare alloggi protetti
18. Di essere presi da piccoli e accompagnati fino al dopo di noi e non lasciati come fin'ora che dopo step di età venogno meno le cure

19. Incremento dei percorsi di inserimento lavorativo protettotirocini professionalizzanti
20. Terapie specialistiche (criticità di fondi e personale) -Tempi lunghi per le diagnosi -Formazione del personale impiegato
21. Maggiore sostegno per creare l'occasione: aiutare nei percorsi lavorativi con maggiore possibilità di spostamento
22. Supporto percorso evolutivo con figure professionali che possano accompagnare e supervisionare nella prima fase i vari percorsi di autonomia

**Sintesi:** Raggiungere livelli di **autonomia individuale** attraverso percorsi personalizzati e inclusivi che partano dall'età scolare e proseguano per tutta la vita. Gli obiettivi specifici includono il miglioramento dei **tempi di diagnosi**, l'eliminazione dell'esclusione attraverso lo sport, e la fornitura di basi lavorative e formative per l'indipendenza economica. Si mira a creare **alloggi protetti e arredati** per le autonomie residue, garantendo il diritto a un'autonomia abitativa guidata e adattata.

### Scheda collettiva

L'incontro mette in luce come il raggiungimento dell'autonomia richieda innanzitutto un **supporto tecnico-specialistico nel passaggio dall'ospedale al domicilio**. Viene suggerito che figure come fisioterapisti, infermieri e OSS svolgano un vero e proprio **addestramento dei caregiver** all'interno del nucleo familiare, insegnando manovre di mobilizzazione, igiene e alimentazione per gestire le nuove necessità emerse dopo la fase acuta.

Questo intervento è ritenuto essenziale poiché il rientro a casa con una disabilità è spesso un **evento traumatico** e le attuali risorse familiari sono frequentemente insufficienti o del tutto assenti, data la frammentazione dei nuclei moderni.

In questo contesto di fragilità, le **associazioni di pazienti** e il volontariato emergono come attori fondamentali per rompere l'isolamento. Queste realtà possono offrire non solo sensibilizzazione e informazione "tra pari", ma anche **momenti conviviali meno strutturati** che permettono alle famiglie di condividere il carico assistenziale e affrontarlo con la prospettiva di non essere sole. Tuttavia, viene segnalata una criticità significativa: la **difficoltà di dialogo tra le diverse associazioni**, che spesso faticano a collaborare tra loro pur operando nello stesso ambito.

Nonostante queste difficoltà relazionali, esistono esempi positivi di **partecipazione attiva nel territorio**, come gli incontri domenicali in parchi accessibili dove le famiglie si confrontano con figure sociali, culturali, ecc.. Tali iniziative dimostrano che l'autonomia passa anche attraverso la conoscenza dei propri diritti e la creazione di una **rete sociale informale** che supporti la persona disabile e la sua famiglia nella vita quotidiana.

## Spunti di approfondimento

### Schede individuali

1. Valorizzare la funzione del servizio offerta del settore agricolo ai fini dell'inserimento lavorativo e non solo di soggetti disabili
2. Da esperienza l'inserimento lavorativo deve essere continuativo: è difficile una volta finita l'esperienza rinsertire la persona nella routine di prima. L'autonomia

abitativa varia da persona a persona, deve essere guidata, ma non devono essere messi all'inizio dei vincoli (es contratto case popolari) perché dopo diversi anni provoca ansia. Per chi poi può muoversi con mezzi pubblici e tener conto che la sera non sono presenti

3. Sarebbe opportuno curare percorsi di formazione per docenti, anche se disabili, per creare insegnanti disabili per alunni disabili (anche partendo dallo sport)
4. Maggiore collaborazione tra la rete scuola centro d'impiego famiglie. Creazione di un progetto di vita con la partecipazione dei soggetti coinvolti
5. Come far emergere i progetti e desideri di ciascuna persona; accompagnamento al lavoro- metodo e pratiche dialogiche
6. Possibilità di frequentare strutture per avviamento professionale sperimentare autonomia abitativa adattata. Progetti di domotica personalizzati, progetti di coincidenza dopo fase acuta con supporto terapia occupazionale (caregiver)
7. Maggiore collaborazione tra la rete sul territorio (scuola, CPI, servizi specialistici) tra pubblico e privato
8. Collocamento rimasto in maggior raccordo con le aziende: stage di orientamento, trasporto
9. Monitorare costantemente i percorsi
10. Sportelli orientativi informativi e trasporti
11. Individuazione di aziende territoriali idee e perfezionamento dell'impossibilità di supporto e monitoraggio del progetto
12. Diversificazione delle offerte
13. Sensibilizzazione della rete dei trasporti
14. Valutazione aree di maggiore necessità e supporto della singola persona.

#### Scheda collettiva

Fisioterapisti, infermieri e OSS dovrebbero svolgere un vero e proprio **addestramento dei familiari** all'interno del nucleo familiare, insegnando manovre di mobilitazione, igiene e alimentazione per gestire le nuove necessità emerse dopo la fase acuta.

**Associazioni di pazienti** e mondo del volontariato possono **momenti conviviali meno strutturati** che permettono alle famiglie di condividere il carico assistenziale e affrontarlo con la prospettiva di non essere sole.

## Bisogno

**SALUTE MENTALE: Servizi alle prese con nuove complessità**

**Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)**

#### Schede individuali

1. Valorizzare il servizio offerto dalle aziende agricole in termini di presa in carico delle persone
2. Consapevolezza della comunità, delle complessità e attivazione delle loro risorse secondo criteri di appropriatezza e competenza
3. Collaborazione stretta tra istituzioni e famiglie



4. Sport e formazione di tecnici sportivi in collaborazione con il CIP (Comitato Paralimpico)
5. Diversificare l'offerta: educazione dell'organizzazione dei servizi
6. Valorizzazione delle diverse personalità e dei diversi progettpercorsi, ma all'interno di un'integrazione
7. Primo obiettivo: avere un numero adeguato di specialisti in modo da prendere in carico e seguire il più possibile di pazienti nel servizio pubblico. Avere un progetto terapeutico personalizzato e condiviso per ogni paziente.
8. Raggiungimento di tutta l'autonomia possibile; rafforzare la stima verso le potenzialità "nascoste"
9. Criteri differenziati anche in base all'età, presa in carico mirata a seconda dei bisogni emersi (più servizi) e differenziare le risposte a prevalenza sociale e non solo psichiatriche
10. Formazione del personale: trovare nuove e diverse risorse
11. Educatori, psicologi sportivi insieme in dialogo con le famiglie
12. Lavorare sulla prevenzione e famiglie (scuola, interculturalità). Lavorare sulla familiarità (uso di sostanze, gioco)
13. Conoscenze specifiche delle varie patologie per dare risposte appropriate
14. Creare nuovi punti di ascolto con più personale sui territori
15. Depressione, perdita di lavoro e perdita degli affetti formano tali criticità che spesso vengono celate dalle famiglie o nascoste per vergogna: occorre mantenere una rete più fitta di relazioni ed informazioni
16. Diversi giovani che per motivi vari (relazione con la famiglia) esprimono il bisogno di uscire dal proprio nucleo familiare: maggiore raccordo con il terzo settore, in quanto talvolta le risorse proprie della salute mentale non sono la risposta a quel bisogno specifico (esempio comunità appartamenti)
17. Formazione specifica dei professionisti in modo interprofessionale e integrato
18. Maggiore sensibilizzazione nelle scuole e nei punti di incontro
19. Presa in carico multiprofessionale per valutazione bisogno ed individuazione risorse attivabili
20. Potenziamento dell'approccio individualizzato

#### Scheda collettiva

1. **Obiettivi di salute:** L'obiettivo centrale è l'adeguamento dei servizi a bisogni sempre più diversificati e complessi. Si punta a una presa in carico multiprofessionale e personalizzata che integri aspetti sanitari e sociali. **Gli obiettivi includono:**
  - a) Potenziamento del personale specialistico nel pubblico per ridurre le liste d'attesa e garantire progetti terapeutici condivisi.
  - b) Sviluppo di percorsi per le nuove fragilità, come giovani con fragilità cognitiva, disturbi legati all'uso di sostanze o al gioco d'azzardo.
  - c) Promozione dell'autonomia e dell'autostima attraverso l'inserimento in contesti lavorativi (agricoltura sociale) e sportivi.
  - d) Creazione di punti di ascolto territoriali e reti di informazione per intercettare precocemente il disagio (es. depressione o perdita del lavoro) e combattere lo stigma.

## Spunti di approfondimento

### Schede individuali

1. La ricerca della massima autonomia possibile, si soddisfa nell'accompagnare la persona disabile verso lo sport. Il CIP collabora con molte università (incluso Firenze) per formare dei facilitatori sportivi. Questi giovani professionisti sono pronti a scendere in campo anche nella disabilità sportiva
2. Flusso di dati affidabile, multiprofessionalità con parametri aggiornati, diverso da recovery risposta ad aspetti assistenziali di gruppo (cohosting, casa famiglia 2.0)
3. Procedere per gestire l'interfaccia tra diversi servizi, ma anche tra le diverse figure professionali
4. Avere un supporto psicologico adeguato, sia per il paziente che per la famiglia. Aumentare gli inserimenti lavorativi per le persone con disturbi psichiatrici, in quanto fa parte della cura. Più attività sociali per la lotta allo stigma. Avere più abitazioni per poter incrementare l'abitare supportato. Programmare le visite delle persone con patologie complesse, in modo da evitare scompensi ed evitare ricoveri ripetuti. Abbattere le liste di attesa per le prime visite, in modo che la persona con disturbo sia subito valutata ed inserita nel piano di cura
5. Evitare l'abbandono nella struttura sanitaria
6. Assicurarsi che i passaggi cardine (casa propria, struttura, casa) siano accompagnanti e governati dai servizi
7. Realizzare vera ed efficace continuità che ad oggi è ancora difficile (la persona al centro purtroppo resta solo uno slogan)
8. Dialogare fra le varie figure societarie
9. Percorsi di accompagnamento dal mondo dei minori a quello degli adulti
10. Soluzione di un passaggio più snello tra minori ed adulti
11. Evitare l'abbandono dei percorsi terapeutici attraverso la formazione dei caregiver
12. L'esperienza insegna che molto spesso gli utenti, dopo il periodo di presa in carico, palesano la necessità di ulteriori interventi
13. Equipe di transizione UFSMA-USFMIA alla presenza di tutti gli operatori coinvolti per garantirne la continuità della presa in carico
14. Superata la fase acuta, strutturare un equilibrato monitoraggio con follow up, medici e sociali periodici con coinvolgimento (se possibile) di familiari
15. Formare le persone che sono vicine
16. Supportare reti di servizi che possano seguire/accompagnare la persona in continuità nei vari bisogni socio-sanitari favorendo una maggiore fluidità nel passaggio di informazioni
17. Creazione di nuove forme di abitare temporanee

### Scheda collettiva

- a) **Agricoltura Sociale:** Sfruttare le aziende agricole per inserimenti lavorativi in contesti "familiari".
- b) **Sport:** Collaborare con il Comitato Paralimpico (CIP) per formare tecnici sportivi e psicologi dello sport che dialoghino con le famiglie.

- c) **Inclusione e Lavoro:** Investire risorse per creare posti di lavoro adatti e sensibilizzare le scuole.
- d) **Raccordo con il Terzo Settore:** Supportare i giovani che necessitano di uscire dal nucleo familiare tramite comunità o appartamenti, laddove i servizi psichiatrici tradizionali non siano sufficienti.

La sfida delle "nuove complessità" richiede una trasformazione dei servizi da rigidi apparati sanitari a **reti flessibili e integrate nel territorio**. L'enfasi non è solo sulla cura della patologia, ma sulla **prevenzione** e sul benessere globale, utilizzando lo sport e l'agricoltura come strumenti di dignità e cittadinanza. Emerge chiaramente la necessità di "umanizzare" l'assistenza attraverso equipe multidisciplinari che sappiano leggere i contesti di vita e supportare le famiglie, spesso impreparate di fronte a nuove forme di disagio sociale e psicologico.

---

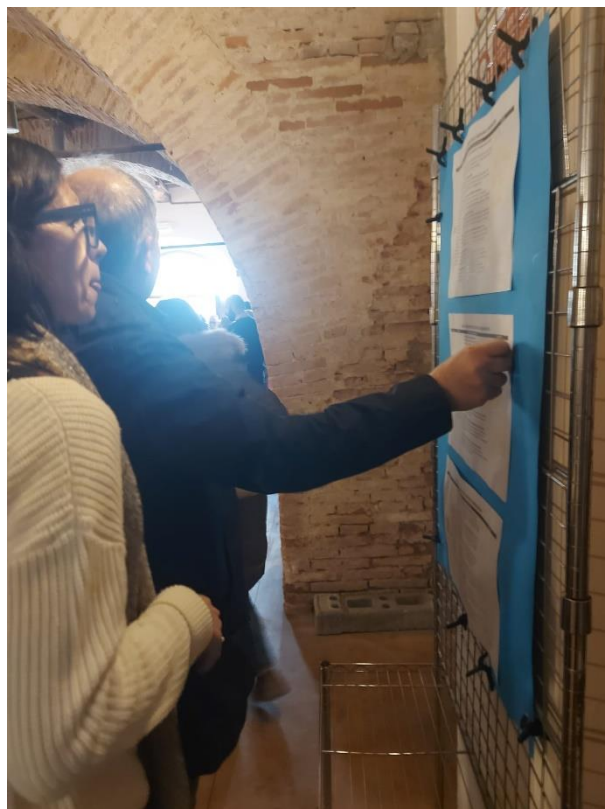
### Laboratorio del 19 febbraio 2026

---

Il pomeriggio del 19 febbraio si è svolto secondo una scaletta composta da alcuni momenti distinti: dopo i saluti istituzionali di Stefano Lomi e Simona De Caro, è stato il momento della restituzione dei lavori dei tavoli da parte dei facilitatori e la seguente individuazione delle priorità da parte dei partecipanti attraverso il dot voting. I risultati sono stati commentati da un intervento di Andrea Salvini - Professore Ordinario di Sociologia Generale presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Pisa e, infine, si è dato spazio ad un un momento di dibattito finale.



*I saluti iniziali in plenaria*



***La restituzione dei risultati e la votazione delle priorità***



***L'intervento del prof. Salvini e il dibattito successivo***

Di seguito la presentazione che ha preceduto la votazione delle priorità

## Società della Salute della Valdinievole



Regione Toscana



# PERCORSO PARTECIPATIVO DEL PIANO INTEGRATO DI SALUTE ZONALE

## Secondo Laboratorio – 19/02/2026

## IL LABORATORIO DI OGGI

### > Plenaria

- Saluti iniziali
- Presentazione risultati Laboratorio 5/2/2026
- Votazione delle priorità
- Intervento Prof. Andrea Salvini
- Discussione interattiva con i partecipanti

## NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ E INTERVENTI SANITARI



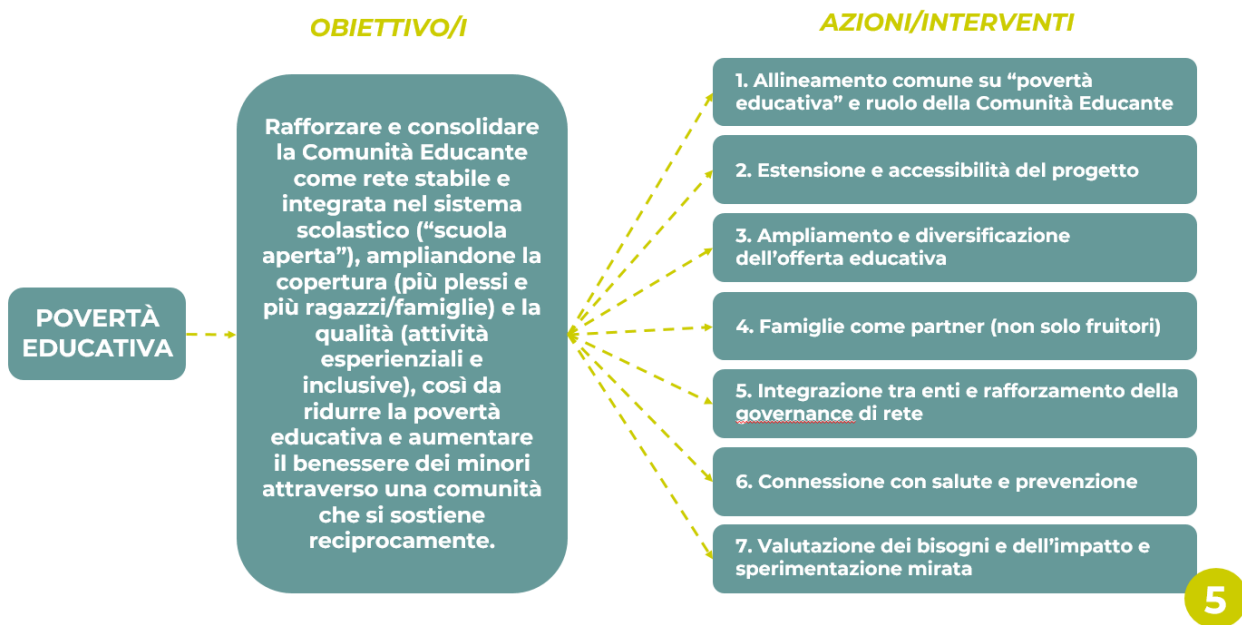
## NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ E INTERVENTI SANITARI



## NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ E INTERVENTI SANITARI



## SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI



## SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI

### OBIETTIVO/I

STILI DI VITA GIOVANILI A RISCHIO

Promuovere stili di vita sani e ridurre i comportamenti a rischio tra adolescenti e giovani, aumentando le life skills (OMS) e la consapevolezza di ragazzi, famiglie e scuola sui temi di dipendenze e salute (anche digitale e affettiva), attraverso una comunicazione coinvolgente e percorsi continuativi, multidisciplinari e presenti "dove serve", non solo dove vengono richiesti.

### AZIONI/INTERVENTI

1. Peer education e protagonismo giovanile
2. Presenza continuativa e qualificata nelle scuole
3. Luoghi di ascolto e aggregazione sul territorio (anche serali)
4. Iniziative "dove serve": giornate a tema e azioni di prossimità
5. Facilitare l'accesso a sport e attività alternative
6. Coinvolgimento attivo delle famiglie (genitori/figli) su rischi specifici
7. Percorsi integrati e multidisciplinari e intercettazione precoce

8

## SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI

### OBIETTIVO/I

DISAGIO DI MINORENNI E FAMIGLIE (FATTORE GENITORIALITÀ)

Aumentare l'accessibilità e l'aggancio precoce delle famiglie e dei minori in forte disagio, rafforzando l'alleanza scuola-servizi-famiglie e offrendo supporti di genitorialità pratici e continuativi (non solo in emergenza), con équipe multiprofessionali e opportunità condivise genitori/figli che migliorino relazioni familiari, inclusione e benessere.

### AZIONI/INTERVENTI

1. Aggancio e accesso facilitato ai servizi (anche proattivo)
2. Presidio stabile nelle scuole e rete scuola-servizi-famiglie
3. Équipe multiprofessionali e interventi di prossimità
4. Supporto alla genitorialità pratico e continuativo (non a spot)
5. Opportunità condivise genitori/figli e inclusione sociale
6. Ripensare l'inclusione scolastica per minori certificati

9

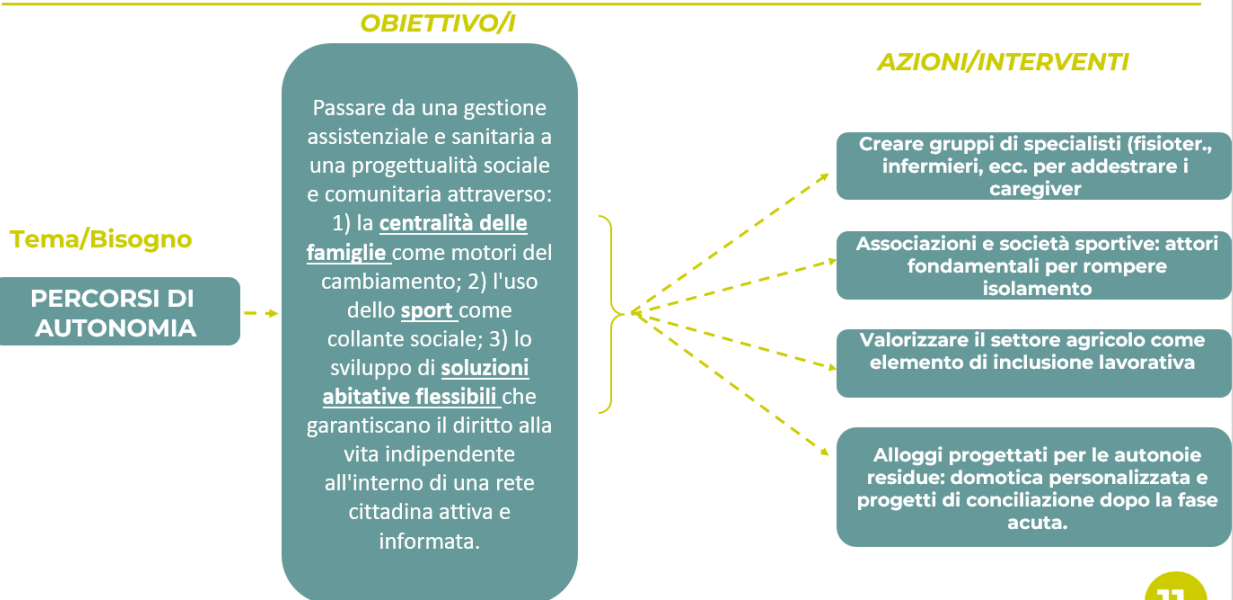


## DISABILITÀ



10

## DISABILITÀ



11

## SALUTE MENTALE

Tema/Bisogno

**SALUTE MENTALE E MARGINALITÀ-SERVIZI ALLE PRESE CON NUOVE COMPLESITA'**

### OBIETTIVO/I

La risposta alle nuove complessità della salute mentale **non può essere solo di tipo medico-sanitario**, ma deve passare per un **sistema di comunità**. Occorre creare **percorsi di cura personalizzati e inclusivi**, capaci di integrare le nuove fragilità sociali e culturali, **supportando al contempo le famiglie e le associazioni attraverso una rete di informazione costante** e competenze professionali diffuse.

### AZIONI/INTERVENTI

Accogliere tutte le fragilità della comunità, non limitandosi solo alle patologie gravi

Presenza in carico multidisciplinare che integri l'aspetto sanitario con inserimenti socio-terapeutici

Progetto personalizzato e condiviso, programmando visite regolari per le patologie complesse

Potenziare i gruppi di sostegno sia per gli utenti che per le famiglie, per alleviare il pesante carico assistenziale di queste ultime

Dotarsi di figure esperte con competenze in grado di seguire il tema dei minori non accompagnati (Disagio legato a percorsi migratori e culturali).

12

## ABITARE SOCIALE E POVERTÀ

**ABITARE SUPPORTATO**

### OBIETTIVO/I

Aumentare l'autonomia abitativa delle persone/nuclei fragili, riducendo ricadute, sfratti, rientri in emergenza, attraverso un modello stabile di accompagnamento all'abitare supportato (prima, durante e dopo l'ingresso in casa) che riduca l'isolamento e i conflitti attraverso mediazione di comunità e sostegno alla convivenza (vicinato, condominio, coabitazioni);

### AZIONI/INTERVENTI

Creare un modello operativo delineando quali "livelli" di supporto (leggero/medio/intensivo), durata, criteri di ingresso/uscita, indicatori di autonomia.

Istituire il tutor abitativo/educatore, mediazione sociale, OSS/ADB/infermiere di comunità; chi fa cosa e con quali responsabilità. Social Rental Agency

Varare strumenti concreti come un patto abitativo, accompagnamento alla gestione economica/domestica, supporto burocratico (utenze, residenza, ISEE, contributi).

Identificare soluzioni abitative come co-housing/coabitazioni come "ponte" o come soluzione stabile; condizioni minime purché funzionino.

Attuare una governance che decida come si coordina il servizio con i Comuni, servizi sociali, terzo settore, ASL e proprietari/amministratori di condominio.

13

## ABITARE SOCIALE E POVERTÀ

**DIFFICOLTÀ DELLE FAMIGLIE IN «FASCIA GRIGIA»**

### OBIETTIVO/I

Per prima cosa è necessario intercettare e sostenere chi non rientra nei canali tradizionali (ERP/emergenza) ma non regge i costi del mercato, prevenendo lo scivolamento verso la marginalità (morosità, sfratto, sovraffollamento, sistemazioni improprie), rafforzando la stabilità economica abitativa (canoni sostenibili, sostegni mirati, supporto al bilancio familiare) e cercando di rendere accessibile l'affitto privato con strumenti di garanzia e accompagnamento, riducendo la diffidenza dei proprietari, ecc..

### AZIONI/INTERVENTI

Definire criteri per meglio individuare la "fascia grigia" soglie economiche, composizione familiare, fragilità sociali "non certificate", indicatori di rischio.

Varare misure economiche: contributi affitto, canoni calmierati, **microfondi** per spese iniziali (caparra, arred minimi), sostegno utenze, supporto trasporti.

Prevedere garanzie per i proprietari come fondi di garanzia, assicurazioni/misure anti-morosità, mediazione e accompagnamento come garanzia "educativa".

Prevedere una agenzia locale per la casa con funzioni di **matching** domanda/offerta, contrattualistica, mediazione, garanzie; definire la scala territoriale e sostenibilità.

Percorsi di transizione per soluzioni "ponte" (coabitazioni, alloggi temporanei, alberghi sociali) con tempi certi e accompagnamento verso stabilità.

14

## ABITARE SOCIALE E POVERTÀ

**INDIVIDUAZIONE TARGET A RISCHIO**

### OBIETTIVO/I

Rafforzare l'individuazione precoce dei nuclei a rischio abitativo prima che esploda l'emergenza e ridurre le barriere di accesso ai servizi (informativi, burocratiche, linguistiche, digitali), aumentare l'aggancio attivando per esempio reti di prossimità per contrastare isolamento e fragilità invisibili e costruire prese in carico integrate (sociale, salute mentale, dipendenze, lavoro, scuola) quando la fragilità è multidimensionale.

### AZIONI/INTERVENTI

Individuare e mappare target e profili come anziani soli, persone con disagio psichico/dipendenze, nuclei senza rete, **monogenitori/monoreddito**, migranti in transizione, giovani precari

Coinvolgere alcune "Antenne territoriali" MMG/pediatri, scuola, sportelli sociali, servizi per l'impiego, associazioni, parrocchie, amministratori di condominio: come renderli parte della rete.

Definire Indicatori di rischio: morosità, precarietà lavorativa, sovraffollamento, transizioni (separazioni, lutti, uscita da comunità/CAS), segnali di disagio.

Creare percorsi dedicati per ciascun target, quali risposte "minime" e quali integrate (es. anziani: **casa+cura**; **monogenitori: casa+servizi** infanzia; alta marginalità: **housing first/step**).

Migliorare accessibilità e fiducia con strumenti linguistici/culturali, comunicazione semplice, sportelli mobili o di prossimità, presa in carico non stigmatizzante.

15

Di seguito il resoconto delle votazioni e dei risultati delle priorità. Per ogni tavolo viene riportata la filiera del ragionamento logico BISOGNI-OBIETTIVI-AZIONI-PRIORITÀ

**SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI - POVERTA' EDUCATIVA**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
<p>Rafforzare e consolidare la Comunità Educante come rete stabile e integrata nel sistema scolastico ("scuola aperta"), ampliandone la copertura (più plessi e più ragazzi/famiglie) e la qualità (attività esperienziali e inclusive), così da ridurre la povertà educativa e aumentare il benessere dei minori attraverso una comunità che si sostiene reciprocamente.</p>	<p><b>1. Allineamento comune su "povertà educativa" e ruolo della Comunità Educante</b>                      Percorso di confronto strutturato con dirigenti e docenti (e rappresentanze genitori) per superare la dicotomia "doposcuola" vs "spazi esperienziali" e arrivare a una cornice condivisa di obiettivi e attività.</p>	<p><b>2</b></p>
	<p><b>2. Estensione e accessibilità del progetto</b>                      Coinvolgere più plessi e aumentare la partecipazione, lavorando sulle barriere di accesso (trasporti, logistica, iscrizioni, orari) e su supporti per minori dell'area tutela/disabilità (tema accompagnatori).</p>	<p><b>6</b></p>
	<p><b>3. Ampliamento e diversificazione dell'offerta educativa</b>                      Potenziare attività sportive (risolvendo il nodo spazi) e sviluppare unità/percorsi artistico-culturali (arte, teatro, cinema, "bello") e laboratori orientati alle life skills, con iniziative gratuite dedicate alle fasce più fragili.</p>	<p><b>2</b></p>
	<p><b>4. Famiglie come partner (non solo fruitori)</b>                      Attivare cicli di incontri tematici con specialisti e spazi di accompagnamento alla genitorialità; promuovere protagonismo e aiuto reciproco (reti familiari), anche attraverso momenti pubblici tipo open day e iniziative di comunità.</p>	<p><b>3</b></p>
	<p><b>5. Integrazione tra enti e rafforzamento della governance di rete</b>                      Strumenti più efficaci di coordinamento tra soggetti con lo stesso obiettivo (scuola, servizi, terzo settore...), inclusa una maggiore integrazione operativa dei percorsi della CE nel sistema scolastico e nei suoi calendari/spazi.</p>	<p><b>1</b></p>
	<p><b>6. Connessione con salute e prevenzione</b>                      Costruire un raccordo stabile con Promozione della Salute/Prevenzione, consultorio e Spazio Giovani (14-24), e aprire un canale con pediatri di libera scelta/MMG per intercettazione precoce, invii e maggiore visibilità ai ragazzi.</p>	<p><b>1</b></p>
	<p><b>7. Valutazione dei bisogni e dell'impatto e sperimentazione mirata</b>                      Definire strumenti condivisi di lettura bisogni e risultati (indicatori essenziali) e scegliere alcuni plessi "più maturi" per sperimentare innovazioni più spinte (modelli, attività, alleanze) da scalare.</p>	<p><b>1</b></p>

**SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI –STILI DI VITA GIOVANILI A RISCHIO**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
<p>Promuovere stili di vita sani e ridurre i comportamenti a rischio tra adolescenti e giovani, aumentando le life skills (OMS) e la consapevolezza di ragazzi, famiglie e scuola sui temi di dipendenze e salute (anche digitale e affettiva), attraverso una comunicazione coinvolgente e percorsi continuativi, multidisciplinari e presenti “dove serve”, non solo dove vengono richiesti.</p>	<p><b>1. Peer education e protagonismo giovanile</b> Attivare percorsi strutturati di educazione tra pari (giovani che parlano ai giovani), con spazi di proposta e micro-progetti ideati dai ragazzi (talenti, passioni, volontariato, arte/cultura) come leva preventiva.</p>	5
	<p><b>2. Presenza continuativa e qualificata nelle scuole</b> Programmare azioni di prevenzione continuative nella scuola dell’obbligo, con professionisti dei servizi (non solo incontri spot), laboratori esperienziali orientati alle life skills e percorsi di partecipazione dei ragazzi.</p>	2
	<p><b>3. Luoghi di ascolto e aggregazione sul territorio (anche serali)</b> Individuare/creare spazi socializzanti di ritrovo e ascolto, attrezzati per l’espressione libera, presidiati da educatori anche nelle ore serali; avviare co-progettazioni con i giovani sulla gestione degli spazi.</p>	8
	<p><b>4. Iniziative “dove serve”: giornate a tema e azioni di prossimità</b> Portare i progetti nei contesti meno raggiunti con eventi di strada (piazze, feste paesane), punti informativi e attività leggere ma ripetute (es. camminate/passeggiate della salute, iniziative pubbliche).</p>	3
	<p><b>5. Facilitare l’accesso a sport e attività alternative</b> Aumentare opportunità concrete e accessibili (costi, trasporti, spazi pubblici disponibili) per sport, attività culturali e laboratori tematici, con particolare attenzione alla riduzione dell’isolamento.</p>	0
	<p><b>6. Coinvolgimento attivo delle famiglie (genitori/figli) su rischi specifici</b> Percorsi dedicati su uso consapevole di strumenti elettronici, alimentazione (dolci/bevande zuccherate), alcol e benessere psicologico (anche uso di antidepressivi), con progettualità congiunta genitori–figli e strumenti pratici di gestione quotidiana.</p>	6
	<p><b>7. Percorsi integrati e multidisciplinari e intercettazione precoce</b> Costruire filiere chiare tra scuola–servizi–territorio per prevenzione, segnalazione precoce e presa in carico, rafforzando la comunicazione tra settori (obiettivo: non poter più dire “non lo sapevo”).</p>	0

**SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI – DISAGIO DI MINORENNI E FAMIGLIE  
(FATTORE GENITORIALITÀ)**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
<p>Aumentare l'accessibilità e l'aggancio precoce delle famiglie e dei minori in forte disagio, rafforzando l'alleanza scuola-servizi-famiglie e offrendo supporti di genitorialità pratici e continuativi (non solo in emergenza), con équipe multiprofessionali e opportunità condivise genitori/figli che migliorino relazioni familiari, inclusione e benessere.</p>	<p><b>1. Aggancio e accesso facilitato ai servizi (anche proattivo):</b> portare il supporto dove le famiglie già sono (nidi, scuole, centri per le famiglie), semplificare le modalità di accesso (ad esempio con autorizzazioni generali a inizio anno per gli sportelli scolastici) e attivare strumenti di ascolto a bassa soglia per ragazzi, anche con canali anonimi.</p>	2
	<p><b>2. Presidio stabile nelle scuole e rete scuola-servizi-famiglie:</b> rafforzare lo sportello di ascolto e rendere strutturata la presenza di professionisti (non solo psicologo, anche assistente sociale scolastico), promuovendo percorsi di partecipazione dei ragazzi e un coinvolgimento attivo delle famiglie nei percorsi educativi.</p>	3
	<p><b>3. Équipe multiprofessionali e interventi di prossimità:</b> attivare équipe con le professionalità necessarie per valutazione e accompagnamento in tempi rapidi e potenziare interventi domiciliari di assistenza, osservazione e sostegno educativo nel quotidiano, così da non intervenire solo in emergenza.</p>	0
	<p><b>4. Supporto alla genitorialità pratico e continuativo (non a spot):</b> realizzare cicli periodici di incontri tematici con taglio operativo (strategie educative, gestione dei conflitti, routine, limiti) e prevedere spazi di accompagnamento nei centri per le famiglie, con attenzione anche a chi non percepisce il bisogno di prevenzione.</p>	2
	<p><b>5. Opportunità condivise genitori/figli e inclusione sociale:</b> costruire e rendere accessibili esperienze sociali, sportive e culturali da vivere insieme (genitori e figli) e favorire l'inserimento di minori e famiglie fragili in gruppi e attività territoriali, attraverso progetti pratici di scambio che generino relazioni e reti di sostegno.</p>	2
	<p><b>6. Ripensare l'inclusione scolastica per minori certificati:</b> superare dove non funziona più il modello uno-a-uno introducendo figure e assetti per l'inclusione e sperimentando modelli nuovi, valutando anche soluzioni mobili di prossimità (es. "sportelli con le ruote") reinvestendo le risorse liberate da approcci più efficaci.</p>	5

**ABITARE SOCIALE E POVERTÀ - ABITARE SUPPORTATO**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
<p>Aumentare l'autonomia abitativa delle persone/nuclei fragili, riducendo ricadute, sfratti, rientri in emergenza, attraverso un modello stabile di accompagnamento all'abitare supportato (prima, durante e dopo l'ingresso in casa) che riduca l'isolamento e i conflitti attraverso mediazione di comunità e sostegno alla convivenza (vicinato, condominio, coabitazioni);</p>	<p>Creare un modello operativo delineando quali "livelli" di supporto (leggero/medio/intensivo), durata, criteri di ingresso/uscita, indicatori di autonomia.</p>	<p><b>1</b></p>
	<p>Istituire il tutor abitativo/educatore, mediazione sociale, OSS/ADB/infermiere di comunità; chi fa cosa e con quali responsabilità. Social Rental Agency</p>	<p><b>3</b></p>
	<p>Varare strumenti concreti come un patto abitativo, accompagnamento alla gestione economica/domestica, supporto burocratico (utenze, residenza, ISEE, contributi).</p>	<p><b>4</b></p>
	<p>Identificare soluzioni abitative come co-housing/coabitazioni come "ponte" o come soluzione stabile; condizioni minime purché funzionino.</p>	<p><b>3</b></p>
	<p>Attuare una governance che decida come si coordina il servizio con i Comuni, servizi sociali, terzo settore, ASL e proprietari/amministratori di condominio.</p>	<p><b>4</b></p>

**ABITARE SOCIALE E POVERTÀ - DIFFICOLTÀ DELLE FAMIGLIE IN «FASCIA GRIGIA»**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
<p>Per prima cosa è necessario intercettare e sostenere chi non rientra nei canali tradizionali (ERP/emergenza) ma non regge i costi del mercato, prevenendo lo scivolamento verso la marginalità (morosità, sfratto, sovraffollamento, sistemazioni improprie), rafforzando la stabilità economica abitativa (canoni sostenibili, sostegni mirati, supporto al bilancio familiare) e cercando di rendere accessibile l'affitto privato con strumenti di garanzia e accompagnamento, riducendo la diffidenza dei proprietari, ecc..</p>	<p>Definire criteri per meglio individuare la “fascia grigia”: soglie economiche, composizione familiare, fragilità sociali “non certificate”, indicatori di rischio.</p>	<p><b>0</b></p>
	<p>Varare misure economiche: contributi affitto, canoni calmierati, microfondi per spese iniziali (caparra, arredi minimi), sostegno utenze, supporto trasporti.</p>	<p><b>6</b></p>
	<p>Prevedere garanzie per i proprietari come fondi di garanzia, assicurazioni/misure anti-morosità, mediazione e accompagnamento come garanzia “educativa”.</p>	<p><b>5</b></p>
	<p>Prevedere una agenzia locale per la casa con funzioni di matching domanda/offerta, contrattualistica, mediazione, garanzie; definire la scala territoriale e sostenibilità.</p>	<p><b>3</b></p>
	<p>Percorsi di transizione per soluzioni “ponte” (coabitazioni, alloggi temporanei, alberghi sociali) con tempi certi e accompagnamento verso stabilità.</p>	<p><b>2</b></p>



**ABITARE SOCIALE E POVERTÀ - INDIVIDUAZIONE TARGET A RISCHIO**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
<p>Rafforzare l'individuazione precoce dei nuclei a rischio abitativo prima che esploda l'emergenza e ridurre le barriere di accesso ai servizi (informative, burocratiche, linguistiche, digitali), aumentare l'aggancio attivando per esempio reti di prossimità per contrastare isolamento e fragilità invisibili e costruire prese in carico integrate (sociale, salute mentale, dipendenze, lavoro, scuola) quando la fragilità è multidimensionale.</p>	<p>Individuare e mappare target e profili come anziani soli, persone con disagio psichico/dipendenze, nuclei senza rete, monogenitori/monoreddito, migranti in transizione, giovani precari</p>	<p><b>2</b></p>
	<p>Coinvolgere alcune "Antenne territoriali" MMG/pediatri, scuola, sportelli sociali, servizi per l'impiego, associazioni, parrocchie, amministratori di condominio: come renderli parte della rete.</p>	<p><b>5</b></p>
	<p>Definire Indicatori di rischio: morosità, precarietà lavorativa, sovraffollamento, transizioni (separazioni, lutti, uscita da comunità/CAS), segnali di disagio.</p>	<p><b>2</b></p>
	<p>Creare percorsi dedicati per ciascun target, quali risposte "minime" e quali integrate (es. anziani: casa+cura; monogenitori: casa+servizi infanzia; alta marginalità: housing first/step).</p>	<p><b>2</b></p>
	<p>Migliorare accessibilità e fiducia con strumenti linguistici/culturali, comunicazione semplice, sportelli mobili o di prossimità, presa in carico non stigmatizzante.</p>	<p><b>1</b></p>

**DISABILITÀ - DOPO DI NOI**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
<p>Per affrontare il tema del "Dopo di noi" in termini efficaci per il territorio occorre compiere un salto culturale: passare da una gestione assistenziale e sanitaria a una progettualità sociale e comunitaria. I pilastri di questa trasformazione sono la centralità delle famiglie come motori del cambiamento, l'uso dello sport come collante sociale e lo sviluppo di soluzioni abitative flessibili che garantiscano il diritto alla vita indipendente all'interno di una rete cittadina attiva e informata.</p>	<p><b>1. Sport come strumento di inclusione:</b> Valorizzare le <b>polisportive sociali</b> e lo sport (in particolare quelle Paralimpiche) integrato non solo come svago, ma come strumento di aggregazione quotidiano.</p>	<p><b>10</b></p>
	<p><b>2. Patti con l'edilizia popolare:</b> Attuare collaborazioni con l'edilizia pubblica per integrare le persone fragili nel tessuto sociale urbano.</p>	<p><b>0</b></p>
	<p><b>3. Redazione del "Progetto di Vita":</b> Implementare per ogni persona con disabilità questo documento (ancora poco conosciuto), che deve coinvolgere scuola, famiglia, comunità e sport.</p>	<p><b>1</b></p>
	<p><b>4. Palestre di autonomia:</b> Avviare percorsi di preparazione al distacco dalla famiglia tramite "<b>palestre di autonomia</b>" di gruppo e percorsi di avvicinamento progressivo alle strutture.</p>	<p><b>3</b></p>
	<p><b>4. Comunicazione e informazione:</b> Attuare una "<b>comunicazione educante</b>" per far conoscere le risorse del territorio e i diritti esigibili, superando la complessità burocratica percepita dalle famiglie.</p>	<p><b>2</b></p>
	<p><b>5. Modelli diversificati e diffusi:</b> Creare soluzioni abitative differenziate (co-housing, appartamenti supportati, residenzialità temporanea o definitiva) basate sul livello di autonomia e sui desideri della persona.</p>	<p><b>5</b></p>
<p><b>6. Coinvolgimento della comunità:</b> Sensibilizzare l'intera comunità affinché si "attrezzi" a gestire la fragilità come fatto ordinario, evitando che i progetti diventino forme di neo-istituzionalizzazione.</p>	<p><b>2</b></p>	

**DISABILITÀ - PERCORSI DI AUTONOMIA**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
<p>Passare da una gestione assistenziale e sanitaria a una progettualità sociale e comunitaria attraverso:</p> <p>1) la centralità delle famiglie come motori del cambiamento;</p> <p>2) l'uso dello sport come collante sociale;</p> <p>3) lo sviluppo di soluzioni abitative flessibili che garantiscano il diritto alla vita indipendente all'interno di una rete cittadina attiva e informata.</p>	<p>1. Viene suggerito che figure come <b>fisioterapisti, infermieri e OSS svolgano un vero e proprio addestramento dei caregiver all'interno del nucleo familiare</b>, insegnando manovre di mobilizzazione, igiene e alimentazione per gestire le nuove necessità emerse dopo la fase acuta.</p>	<p><b>3</b></p>
	<p>2. Le <b>associazioni di pazienti, le società sportive e le altre associazioni di volontariato</b> emergono come <b>attori fondamentali per rompere l'isolamento</b>. Queste realtà possono offrire non solo sensibilizzazione e informazione "tra pari", ma anche momenti conviviali meno strutturati che permettono alle famiglie di condividere il carico assistenziale e affrontarlo con la prospettiva di non essere sole.</p>	<p><b>4</b></p>
	<p>3. Valorizzare la funzione del <b>settore agricolo ai fini dell'inserimento lavorativo</b> dei soggetti con disabilità.</p>	<p><b>4</b></p>
	<p>4. Creare <b>alloggi protetti e arredati per le autonomie residue</b>, garantendo il diritto a un'autonomia abitativa guidata e adattata. Progetti di domotica personalizzata, progetti di conciliazione dopo la fase acuta.</p>	<p><b>1</b></p>

**SALUTE MENTALE - SALUTE MENTALE E MARGINALITÀ - SERVIZI ALLE PRESE CON NUOVE COMPLESSITA'**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
<p>La risposta alle nuove complessità della salute mentale non può essere solo di tipo medico-sanitario, ma deve passare per un sistema di comunità.</p> <p>Occorre creare percorsi di cura personalizzati e inclusivi, capaci di integrare le nuove fragilità sociali e culturali, supportando al contempo le famiglie e le associazioni attraverso una rete di informazione costante e competenze professionali diffuse.</p>	<p>1. Le nuove complessità richiedano un'<b>evoluzione dell'organizzazione dei servizi che deve saper accogliere tutte le fragilità</b> della comunità, non limitandosi solo alle patologie gravi.</p>	3
	<p>2. <b>Presa in carico multidisciplinare</b> che integri l'aspetto sanitario con inserimenti socio-terapeutici, il supporto all'abitare attraverso attività condivise sul territorio.</p>	2
	<p>3. <b>Carenza di personale</b>, che genera liste d'attesa e spinge l'utenza verso il settore privato quando il pubblico non riesce a dare risposte tempestive. Per ovviare a ciò, viene proposto di <b>garantire a ogni utente un progetto personalizzato e condiviso, programmando visite regolari per le patologie complesse</b> al fine di prevenire scompensi e ridurre i ricoveri in SPDC.</p>	7
	<p>4. Si suggerisce inoltre di <b>potenziare i gruppi di sostegno sia per gli utenti che per le famiglie</b>, per alleviare il pesante carico assistenziale di queste ultime.</p>	1
	<p>5. Dotarsi di figure esperte con competenze in grado di seguire il tema dei <b>minori non accompagnati e delle nuove manifestazioni di disagio legate a percorsi migratori e culturali</b>. La continuità della presa in carico deve quindi essere "elastica" e non puramente sanitaria, poiché la visita medica rappresenta solo un piccolo tassello nella vita di una persona. Si mette in guardia dal rischio di un ritorno a una visione "custodialistica" o di controllo, che porterebbe all'esclusione anziché all'inclusione.</p>	1
	<p>6. Ruolo fondamentale dell'informazione e della formazione per le associazioni e le famiglie, che spesso tendono a chiudersi e auto-escludersi.</p>	4

**NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ E INTERVENTI SANITARI - BILANCIAMENTO TRA RESIDENZIALITÀ E DOMICILIARITÀ**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Accrescere la preparazione dei care givers	1. Percorsi formativi per i care givers (empowerment per contrastare il processo allungamento dei tempi di cura/assistenza vs capacità dei care givers di reggere il carico)	<b>11</b>
	Sistema di gestione dei collaboratori familiari (contrastare difficoltà/disorientamento delle famiglie, favorire una gestione economica adeguata, costruire care givers eruditi, gestire situazioni border line in assenza di normativa -> es. badanti che ospitano anziani in case)	<b>7</b>
	Potenziare la gestione e la capacità di somministrazione/autosomministrazione farmaci ad anziani	<b>5</b>
	Potenziare le capacità di gestione di pazienti oncologici (con abbattimento di accessi ambulatoriali/ospedalieri e trasporti sanitari) gestione e la capacità di somministrazione/autosomministrazione farmaci ad anziani	<b>0</b>
Rimodulazione intensità di cura	Strutture/soluzioni intermedie tra i due estremi, con una graduazione più ampia e flessibile di soluzioni (intercettazione precoce di situazioni di fragilità che potrebbero esitare in NA)	<b>5</b>
	Governare e gestire la questione dei costi crescenti (RSA e collaboratori familiari)	<b>1</b>
	Implementare le innovazioni su alcuni segmenti di interventi (es. telemedicina/teleassistenza)	<b>2</b>
	Potenziare la "Non autosufficienza sociale": soluzioni abitative con compresenza di anziani formalmente autosufficienti ma a rischio (monitorare bisogni per calibrare gli interventi)	<b>1</b>
	Potenziamento dei processi di adeguata individuazione del bisogno per evitare interventi inappropriati	<b>22</b>

**NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ E INTERVENTI SANITARI - RAPPORTO SERVIZI-UTENZA:  
INFORMAZIONE E APPROPRIATEZZA**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Avvicinamento reciproco tra servizi e cittadini	Favorire l'unicità del processo amministrativo e di cura	4
	Sistema informativo per le famiglie	0
	Percorsi di coaching/accompagnamento per le famiglie sul sistema dei servizi NA e di welfare complessivo	2

Val di Nievole

# Albero della programmazione operativa

Val di Nievole - 2026

Val di Nievole

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti	
Promozione del benessere e dell'autonomia delle persone fragili, non auto e disabilità	Supporto per l'autonomia	Mantenimento autonomia anziani autosufficienti e persone vulnerabili	SA	Interventi volti a favorire la domiciliarità	SdS gestione diretta	262.605,00 €	PNRR	
		Implementazione dei servizi a favore dei minori disabili	SA	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	SdS gestione diretta	1.100.000,00 €	-	
		Indipendenza e Autonomia - InAut	SS	Disabilità	SdS gestione diretta	100.000,00 €	-	
	Residenzialità	Residenzialità	Potenziamento dei percorsi di autonomia delle persone disabili	SS	Disabilità	SdS gestione diretta	460.000,00 €	PNRR
			Progetto V.I.VA "Vita Indipendente in Valdinievole"	SS	Disabilità	SdS gestione diretta	1.330.790,00 €	FSE +
			D8 Sviluppo del progetto Abitare supportato Dipendenze	SS	Dipendenze con Sostanze	SdS gestione diretta	-	-
			SMA6 Progetto Abitare Supportato della Salute Mentale Adulti	SS	Salute mentale - Adulti	SdS gestione diretta	-	-
			Strutture residenziali per disabili	SS	Disabilità	SdS gestione mista	1.000.000,00 €	-
			SMA8 Servizi Residenziali della Salute Mentale Adulti	SS	Salute mentale - Adulti	SdS gestione diretta	-	-
	Favorire la conservazione delle autonomie residuali	Domiciliarità	SMA10 Servizi Residenziali della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	-	-
			DSS1_NA1 Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta)	SS	Non Autosufficienza	SdS gestione diretta	-	-
			SMA11 Servizi Semiresidenziali della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	-	-
			Progettualità relative al Dopo di Noi	SS	Disabilità	SdS gestione diretta	100.000,00 €	Budget di salute
		Servizio Sociale di sollievo - Pronto	SS	Non Autosufficienza	SdS	65.372,00 €	-	



## Val di Nievole

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
Contrasto alle disuguaglianze e promozione dell'equità nell'accesso ai servizi	Accoglienza e segnalazione dei bisogni delle fasce deboli	badante			gestione diretta		
		Progetti a favore del mantenimento delle persone disabili nel proprio ambiente di vita	SS	Disabilità	SdS gestione diretta	400.000,00 €	-
		Progetti a supporto della domiciliarità di Anziani Non Autosufficienti	SS	Non Autosufficienza	SdS gestione diretta	734.000,00 €	-
		D6 Visite domiciliari e somministrazione a domicilio della terapia farmacologica	SS	Dipendenze con Sostanze	SdS gestione diretta	-	-
		SMA4 Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale	SS	Salute mentale - Adulti	SdS gestione diretta	-	-
		Progetto SAI-Sistema Accoglienza Integrazione migranti	SA	Integrazione sociale	SdS gestione diretta	594.000,00 €	Immigrazione
		Rete Codice Rosa: Team territoriale multidisciplinare Valdinievole	VG	Accoglienza e ascolto	SdS gestione mista	0,00 €	Violenza di genere
		SMA9 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)	SS	Salute mentale - Adulti	SdS gestione diretta	-	-
		AS4 Servizio Sociale in Emergenza - SEUS	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	Altro tipo di gestione	-	-
		Progetti di housing sociale	SA	Integrazione sociale	SdS gestione diretta	0,00 €	PNRR, Abitare
		Contrasto alla povertà' educativa	SA	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	SdS gestione mista	0,00 €	Stile di vita, Povertà
		Rafforzamento servizi marginalità'	SA	Integrazione sociale	SdS gestione mista	145.000,00 €	Povertà
		Progetto autonomia giovani	SA	Strutture comunitarie residenziali	SdS gestione diretta	92.000,00 €	PNRR, Abitare
		D7 Inserimenti lavorativi socio terapeutici Dipendenze	SS	Dipendenze con Sostanze	SdS gestione diretta	-	-

Val di Nievole

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
Promozione di modelli innovativi di accesso ai servizi per migliorare l'equità, la prossimità e accessibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	Miglioramento e rafforzamento dei servizi	SMA5 Inserimenti lavorativi socio terapeutici della Salute Mentale Adulti	SS	Salute mentale - Adulti	SdS gestione diretta	-	-
		Progetti di Inclusione sociale e lavorativa	SA	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	SdS gestione diretta	143.685,00 €	Povertà, Stile di vita
		Insieme a Casa	SS	Non Autosufficienza	SdS gestione diretta	10.000,00 €	-
		Contrasto forme di violenza	VG	Accoglienza e ascolto	SdS gestione diretta	82.000,00 €	Violenza di genere
		PNRR - Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali	SA	Azioni di sistema Socio-assistenziale	SdS gestione diretta	94.000,00 €	PNRR
		SMA3 Salute Mentale - Continuità della cura durante la detenzione in carcere e nel reinserimento	SS	Salute mentale - Adulti	SdS gestione diretta	-	-
		SMA7 Servizi Semiresidenziali della Salute Mentale Adulti	SS	Salute mentale - Adulti	SdS gestione diretta	-	-
		SMA12 Attività innovative in salute mentale partecipata (Consulta Salute Mentale)	SS	Salute mentale - Adulti	SdS gestione diretta	0,00 €	-
		SMA18 Percorsi di presa in carico delle emergenze urgenze psicopatologiche nell'infanzia e nell'adolescenza, continuità THT	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	-	-
		SMA19 Percorso di Inclusione scolastica	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	-	-
		AS1 Gestione Diretta SdS	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	Altro tipo di gestione	0,00 €	-
		AS2 Promozione dei confronti internazionali sulle buone pratiche di ambito di integrazione socio-sanitaria	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	0,00 €	-
		AS3 Progetto Amministratore di Sostegno	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	Altro tipo di gestione	-	-
AS13 NSG Non Autosufficienza	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	Altro tipo di gestione	-	-		

## Val di Nievole

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		AS16 Attività innovative al collocamento mirato (Legge 68/99)	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	-	-
		AS17 Attività di programmazione socio-sanitaria: implementazione Ufficio di Piano aziendale	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	-	-
		AS19 Collaborazione alle azioni necessarie all'attuazione di quanto previsto dal PNRR (DM/77), DGRT 1508/22 , LEA e LEPS	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	-	-
		AS20 Sviluppo professionale: strumenti valutativi, formazione e integrazione	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	-	-
		AS17-DA3 Azioni di integrazione interdepartimentale e socio-sanitaria nel percorso disturbi dell'alimentazione e della nutrizione	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	0,00 €	-
		AS18-D4 PDTA Regione Toscana DGRT 155/25	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	-	-
		SMIA16 Monitoraggio attività SMIA con il nuovo sistema informativo AsterCloud	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	0,00 €	-
		DSS3_NA3 Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA - attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021 e 1108/25	SS	Non Autosufficienza	Altro tipo di gestione	0,00 €	-
		DSS5_DIS2 Riforma della Disabilità D.Lgs. 62/2024	SS	Disabilità	Altro tipo di gestione	-	-
		DSS6_DIS3 Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili	SS	Disabilità	Altro tipo di gestione	-	-
		RLCP1 Attuazione della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) come previsto dal DM 77/22	CP	Cure palliative	AUSL gestione diretta	-	-
		RLCP2 Implementazione dell'attività di cure palliative in Ospedale (come previsto dal DM 77/22)	CP	Cure palliative	AUSL gestione diretta	-	-
		RLCP4 Implementazione Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)	CP	Cure palliative	AUSL gestione diretta	-	-
		VG1 Percorso della Toscana Centro per le donne che subiscono violenza ex DPCM 24/11/2017	VG	Azioni di sistema Violenza di genere	AUSL gestione diretta	0,00 €	Violenza di genere

## Val di Nievole

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
	Percorsi di presa in carico e valutazione multidimensionali	Commissione Integrata di Valutazione della Valdinievole	SA	Integrazioni al reddito	SdS gestione diretta	556.000,00 €	-
		Attività dell' Unità di Valutazione Multidisciplinare per progetti relativi ad Anziani non Autosufficienti	SS	Non Autosufficienza	SdS gestione diretta	0,00 €	-
		D10 SerD in carcere	SS	Dipendenze con Sostanze	SdS gestione diretta	-	-
		SMA2 UFC AUTISMO	SS	Salute mentale - Adulti	SdS gestione diretta	-	-
		SMIA1 Percorso Autismo	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	-	-
		SMIA2 Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	-	-
		SMIA3 Percorso disturbi neuromotori	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	-	-
		SMIA4 Percorso disturbi del linguaggio	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	-	-
		SMIA5 Percorso disturbo da deficit di attenzione e iperattività	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	-	-
		SMIA13 Percorso Epilessia	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	0,00 €	-
		AS8-DA1 Percorsi di prevenzione e cura dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	-	-
		AS16-DA2 Disagnosi precoce dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	0,00 €	-
		SMIA14 Percorso disturbi neurosensoriali	SS	Salute mentale - Minori	SdS gestione diretta	0,00 €	-
		Migliorare l'appropriatezza delle cure attraverso il potenziamento del sistema delle cure primarie e il rafforzamento della continuità	Assistenza territoriale	AFA e Prevenzione della Salute per i cittadini della Valdinievole	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	SdS gestione diretta

## Val di Nievole

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
assistenziale tra ospedale e territorio e nel territorio stesso		Offerta infermieristica	SS	Non Autosufficienza	SdS gestione diretta	570.000,00 €	-
		MI1 Attuazione della riorganizzazione dei Consultori territoriali	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	578.084,00 €	-
		MI2 Contraccezione gratuita	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	-	-
		MI3 Diagnosi prenatale	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	-	-
		MI4 Percorso nascita	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	-	-
		MI5 Depressione post partum	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	-	-
		MI6 Gravidanza fisiologica	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	-	-
		MI7 Vaccinazioni in gravidanza	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	-	-
		MI8 Percorso IVG	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	-	-
		MI11 Percorso Menopausa	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	-	-
		MI12 Prevenzione oncologica	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	-	-
		MI13 Ginecologia pediatrica	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	-	-
		MI14 Percorso Mamma Segreta	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	0,00 €	-
		MI9 Interventi mirati per la multiculturalità	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	-	-

## Val di Nievole

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		CP3 Supporto in ambito scolastico per somministrazione farmaci	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP14 Modello Idea	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP13 Continuità assistenziale - 116117	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP15 Specialistica ambulatoriale	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP33 Ambulatorio STP	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	0,00 €	-
		CP34 Monitoraggio delle attività di cure primarie all'interno delle strutture socio-sanitarie territoriali	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	0,00 €	-
		CP35 Screening Oncologici (cervice, colon retto, mammografici)	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	0,00 €	-
		CP18_DAI0 Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP29_F Appropriata Prescrizione farmaceutica MMG, PdF e CA	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP19_DAI0 Modello Infermiere A.I.U.T.I.	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP30_F Assistenza farmaceutica	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP31_F Appropriata prescrizione nei pazienti cronici poltrattati con farmaci ospiti nelle RSA	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	0,00 €	-
		CP42_F Armonizzazione e gestione farmaci in collaborazione con le UFC Cure Palliative	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP47 F Uso consapevole dei farmaci	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-

## Val di Nievole

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		CP43_R Attività Fisica Adattata (AFA) Prevenzione Cadute - Corsi Afa per alta disabilità	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP46_R Integrazione con i servizi di cure palliative	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP23_R Indirizzi comuni per Ausili e Presidi con modalità distributive omogenee (DPCM 17/01/12)	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP24_R Ausili informatizzati per disabili	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP44_R Corsi AFA per bassa disabilità	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP45_R Corsi AFA per target fragili	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		CP42_R Codifica Servizi	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
	Implementazione percorsi ospedale-territorio e territorio-territorio	CP12 Cure Intermedie	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
	Prevenzione e Promozione della salute	P1 Controllo degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche	PR	Sicurezza e salute sul lavoro	AUSL gestione diretta	-	-
		P2 Assistenza per aziende e lavoratori in materia di prevenzione e promozione sicurezza sui luoghi di lavoro	PR	Sicurezza e salute sul lavoro	AUSL gestione diretta	-	-
		P3 Prevenzione patologie e malattie professionali	PR	Sicurezza e salute sul lavoro	AUSL gestione diretta	-	-
		P4 Prevenzione infortuni sui luoghi di lavoro	PR	Sicurezza e salute sul lavoro	AUSL gestione diretta	-	-
		P8 Emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica	PR	Malattie infettive e vaccini	AUSL gestione diretta	-	-
		P5 Impianti e macchine	PR	Sicurezza e salute sul lavoro	AUSL gestione diretta	-	-

## Val di Nievole

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		P9 Salute ed Igiene pubblica	PR	Salute ambienti aperti e confinati	AUSL gestione diretta	-	-
		P12 Sostanze chimiche	PR	Salute ambienti aperti e confinati	AUSL gestione diretta	-	-
		P13 Strutture sanitarie e socio-sanitarie	PR	Salute ambienti aperti e confinati	AUSL gestione diretta	-	-
		P14 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali e farmacosorveglianza	PR	Salute e igiene veterinaria	AUSL gestione diretta	-	-
		P15 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	PR	Sicurezza alimentare e salute dei consumatori	AUSL gestione diretta	-	-
		P16 Registrazione stabilimenti settore alimentare ai sensi del Reg CE 852/04	PR	Sicurezza alimentare e salute dei consumatori	AUSL gestione diretta	-	-
		P17 Sorveglianza acque potabili	PR	Sicurezza alimentare e salute dei consumatori	AUSL gestione diretta	-	-
		P18 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti	PR	Sicurezza alimentare e salute dei consumatori	AUSL gestione diretta	-	-
		P19 Educazione/counseling nutrizionale sui gruppi a rischio	PR	Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale	AUSL gestione diretta	-	-
		P20 Qualità nutrizionale negli esercizi di somministrazione di alimenti e nelle mense	PR	Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale	AUSL gestione diretta	-	-
		P21 Medicina dello Sport	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	-	Stile di vita
		P22 Promozione della salute nelle scuole	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	-	Stile di vita
		P24 Progetto WHP - Luoghi di lavoro che promuovono salute	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	-	Stile di vita
		P25 Promozione della salute nelle comunità - COMUNITÀ ATTIVE	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	-	Stile di vita



## Val di Nievole

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		P26 Promozione della salute nelle comunità - Sicurezza negli ambienti di vita	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	-	Stile di vita
		P27 Promozione della salute nelle comunità, nelle scuole e nei luoghi di lavoro - Dipendenze	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	-	-
		AS_P7 Vaccinazioni e malattie infettive	PR	Malattie infettive e vaccini	AUSL gestione diretta	-	-

# Programmi Operativi

## Elenco programmi operativi

1	<u>Accoglienza e segnalazione dei bisogni delle fasce deboli</u>
2	<u>Miglioramento e rafforzamento dei servizi</u>
3	<u>Percorsi di presa in carico e valutazione multidimensionali</u>
4	<u>Assistenza territoriale</u>
5	<u>Supporto per l'autonomia</u>
6	<u>Residenzialità</u>
7	<u>Favorire la conservazione delle autonomie residuali</u>
8	<u>Percorsi inclusione persone fragili</u>
9	<u>Domiciliarità</u>
10	<u>Implementazione percorsi ospedale-territorio e territorio-territorio</u>
11	<u>Prevenzione e Promozione della salute</u>

## Val di Nievole

<b>Titolo del programma operativo</b>	
Accoglienza e segnalazione dei bisogni delle fasce deboli	
<b>Descrizione</b>	
Raccolta di segnalazioni relative a situazioni di bisogni sociali e socio-sanitari e attivazione e raccordo con i servizi ed i percorsi necessari alla eventuale presa in carico	
<b>Obiettivo di salute collegato</b>	
Contrasto alle disuguaglianze e promozione dell'equità nell'accesso ai servizi	
<b>Collegamento con obiettivo di salute</b>	
Riduzione delle disuguaglianze	
<b>Logica progettuale</b>	
Comprendere le disuguaglianze esistenti nell'accesso ai servizi e si definiscono le modalità che permettono un accesso equo e inclusivo ai servizi essenziali	
<b>Connessioni con la programmazione regionale e nazionale</b>	
<b>Piani regionali</b>	<b>Piani nazionali</b>
Piano regionale per il contrasto alla povertà	Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali
<b>Annualità</b>	
2026	
<b>Responsabile Programma</b>	
<b>Nome</b>	Stefano Lomi
<b>Note</b>	
-	

## Val di Nievole

<b>Titolo del programma operativo</b>	
<b>Miglioramento e rafforzamento dei servizi</b>	
<b>Descrizione</b>	
Implementazione dei processi di accesso ai servizi e sviluppo di nuove modalità di erogazione degli stessi con finalità di garantire equità e accessibilità a tutti i cittadini.	
<b>Obiettivo di salute collegato</b>	
Promozione di modelli innovativi di accesso ai servizi per migliorare l'equità, la prossimità e accessibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	
<b>Collegamento con obiettivo di salute</b>	
Nuovi modelli di accesso ai servizi per una maggiore equità ed accessibilità ai servizi	
<b>Logica progettuale</b>	
Le prestazioni sono solo la fase finale di lunghi processi di programmazione. L'analisi del territorio e la definizione di priorità, obiettivi e linee d'intervento svolti anche con strumenti di amministrazione condivisa come la coprogrammazione rappresentano lo strumento per la costruzione di politiche più efficaci e inclusive.	
<b>Connessioni con la programmazione regionale e nazionale</b>	
<b>Piani regionali</b>	<b>Piani nazionali</b>
Piano Regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo e per la prevenzione, cura e presa in carico dei DGA	PNRR – Missione 5, Programma P.I.P.P.I.
<b>Annualità</b>	
2026	
<b>Responsabile Programma</b>	
<b>Nome</b>	Stefano Lomi
<b>Note</b>	
-	

## Val di Nievole

<b>Titolo del programma operativo</b>	
Percorsi di presa in carico e valutazione multidimensionali	
<b>Descrizione</b>	
Le unità valutative multidimensionali che operano all'interno dei vari servizi territoriali formulano progetti assistenziali personalizzati che offrono ai cittadini una risposta effettiva al bisogno esaminato sulla base di strumenti condivisi ed in considerazione delle risorse disponibili.	
<b>Obiettivo di salute collegato</b>	
Promozione di modelli innovativi di accesso ai servizi per migliorare l'equità, la prossimità e accessibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	
<b>Collegamento con obiettivo di salute</b>	
Nuovi modelli di accesso ai servizi per una maggiore equità ed accessibilità ai servizi	
<b>Logica progettuale</b>	
La valutazione multiprofessionale rappresenta lo strumento che permette di analizzare i bisogni in tutte le sue dimensioni garantendo progetti individualizzati personalizzati che rispondano ai bisogni dei cittadini	
<b>Connessioni con la programmazione regionale e nazionale</b>	
Piani regionali	Piani nazionali
-	-
<b>Annualità</b>	
2026	
<b>Responsabile Programma</b>	
Nome	Stefano Lomi
<b>Note</b>	
-	

## Val di Nievole

<b>Titolo del programma operativo</b>	
Assistenza territoriale	
<b>Descrizione</b>	
Individuare i bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione e gestire le risorse disponibili ai fini di un miglioramento assistenziale complessivo che consenta il mantenimento dei LEA e il miglioramento della qualità dei servizi erogati.	
<b>Obiettivo di salute collegato</b>	
Migliorare l'appropriatezza delle cure attraverso il potenziamento del sistema delle cure primarie e il rafforzamento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e nel territorio stesso	
<b>Collegamento con obiettivo di salute</b>	
Il rafforzamento delle cure primarie e territoriali garantiscono risposte più vicine e tempestive ai bisogni dei cittadini. L'utilizzo di strumenti innovativi e digitali permettono un supporto al monitoraggio e alla presa in carico con comunicazioni tra livelli di cura.	
<b>Logica progettuale</b>	
Il sistema sanitario centrato sull'ospedale non risponde adeguatamente ai bisogni continuativi, preventivi e multidimensionali della popolazione, in particolare delle persone fragili e croniche. Risposte integrate sanitarie e socio-sanitarie di prossimità e prossime ai cittadini permettono un maggiore benessere psicologico ed emotivo e favoriscono la permanenza nel contesto familiare e sociale abituale dei cittadini	
<b>Connessioni con la programmazione regionale e nazionale</b>	
Piani regionali	Piani nazionali
-	PNRR – Missione 6 “Salute”
<b>Annualità</b>	
2026	
<b>Responsabile Programma</b>	
Nome	Claudia Pili
<b>Note</b>	
-	

## Val di Nievole

<b>Titolo del programma operativo</b>	
<b>Supporto per l'autonomia</b>	
<b>Descrizione</b>	
Si intendono attivare azioni che permettano la possibilità di ogni persona in situazione di difficoltà di autodeterminarsi ed avere le possibilità di vita di un qualsiasi cittadino cercando di superare le difficoltà legate alla sfera abitativa, lavorativa e scolastica.	
<b>Obiettivo di salute collegato</b>	
Promozione del benessere e dell'autonomia delle persone fragili, non auto e disabilità	
<b>Collegamento con obiettivo di salute</b>	
Miglioramento delle condizioni di vita delle persone fragili, non autosufficienti e disabili	
<b>Logica progettuale</b>	
Alcune persone non riescono a sviluppare o mantenere un adeguato livello di autonomia a causa di limitazioni personali, sociali e ambientali e della mancanza di supporti personalizzati. Obiettivo indispensabile è la promozione dell'autonomia personale, sociale e abitativa delle persone, favorendo l'inclusione, l'autodeterminazione e la partecipazione alla vita comunitaria.	
<b>Connessioni con la programmazione regionale e nazionale</b>	
<b>Piani regionali</b>	<b>Piani nazionali</b>
Piano Regionale Non Autosufficienza, Programma Regionale FSE+	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza
<b>Annualità</b>	
2026	
<b>Responsabile Programma</b>	
<b>Nome</b>	Stefano Lomi
<b>Note</b>	
-	

## Val di Nievole

<b>Titolo del programma operativo</b>	
Residenzialità	
<b>Descrizione</b>	
Nei casi in cui non sia possibile realizzare un progetto di assistenza che preveda il mantenimento della persona al proprio domicilio sono attuati progetti residenziali a tutela della salute del cittadino e per garantire il soddisfacimento dei bisogni assistenziali valutati dai gruppi di valutazione multidimensionali.	
<b>Obiettivo di salute collegato</b>	
Promozione del benessere e dell'autonomia delle persone fragili, non auto e disabilità	
<b>Collegamento con obiettivo di salute</b>	
Miglioramento delle condizioni di vita delle persone fragili, non autosufficienti e disabili	
<b>Logica progettuale</b>	
La residenzialità rimane la risposta ai bisogni complessi delle persone solo quando non sono gestibili a domicilio. Il monitoraggio e le verifiche periodiche garantiscono un rientro a domicilio o un passaggio a servizi meno intensivi.	
<b>Connessioni con la programmazione regionale e nazionale</b>	
Piani regionali	Piani nazionali
Piano Regionale Non Autosufficienza	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza
<b>Annualità</b>	
2026	
<b>Responsabile Programma</b>	
Nome	Stefano Lomi
<b>Note</b>	
-	



## Val di Nievole

**Titolo del programma operativo**

Favorire la conservazione delle autonomie residuali

**Descrizione**

Interventi finalizzati a mantenere e sviluppare funzioni ed abilità di vita quotidiana e di integrazione sociale soddisfacendo bisogni di attività socializzanti, sportive, ricreative e di tipo occupazionale

**Obiettivo di salute collegato**

Promozione del benessere e dell'autonomia delle persone fragili, non auto e disabilità

**Collegamento con obiettivo di salute**

Miglioramento delle condizioni di vita delle persone fragili, non autosufficienti e disabili

**Logica progettuale**

I centri semiresidenziali operano secondo un approccio preventivo e riabilitativo con una stimolazione continua, con il mantenimento delle capacità e il rallentamento del declino funzionale.

**Connessioni con la programmazione regionale e nazionale**

Piani regionali

Piani nazionali

Piano Regionale Non Autosufficienza

Piano Nazionale per la Non Autosufficienza

**Annualità**

2026

**Responsabile Programma**

Nome

Stefano Lomi

**Note**

-

## Val di Nievole

<b>Titolo del programma operativo</b>	
Percorsi inclusione persone fragili	
<b>Descrizione</b>	
Interventi ed attività finalizzate a sostenere il percorso di integrazione sociale e di accompagnamento al mondo del lavoro anche attraverso lo sviluppo di specifiche intese fra soggetti Pubblici (Provincia, Azienda USL, Comuni) e del Privato Sociale (Cooperative Sociali di tipo B), anche con l'individuazione degli oneri a carico di ogni Ente.	
<b>Obiettivo di salute collegato</b>	
Contrasto alle disuguaglianze e promozione dell'equità nell'accesso ai servizi	
<b>Collegamento con obiettivo di salute</b>	
Riduzione delle disuguaglianze	
<b>Logica progettuale</b>	
I percorsi di inclusione sociale e lavorativa sono finalizzati alla partecipazione attiva della persona alla vita sociale e l'accesso o il reinserimento nel mondo del lavoro, soprattutto per persone in condizioni di di vulnerabilità o svantaggio. Il percorso non riguarda solo il lavoro ma l'intero processo di autonomia e integrazione sociale. Si prevede l'utilizzo di strumenti di amministrazione condivisa per la costruzione di risposte ai bisogni legati all'abitare e per il contrasto alle povertà educative.	
<b>Connessioni con la programmazione regionale e nazionale</b>	
<b>Piani regionali</b>	<b>Piani nazionali</b>
Programma Regionale FSE+	PNRR – Missione 5, Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali , Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali
<b>Annualità</b>	
2026	
<b>Responsabile Programma</b>	
<b>Nome</b>	Stefano Lomi
<b>Note</b>	
-	

## Val di Nievole

<b>Titolo del programma operativo</b>	
<b>Domiciliarità</b>	
<b>Descrizione</b>	
<p>La finalità principale del sistema di prestazioni per la domiciliarità consiste nel prevenire, rimuovere o contenere le cause che limitano l'autonomia della persona, mirando a mantenerla nel proprio ambiente di vita, con l'obiettivo di limitare/ritardare processi di istituzionalizzazione o emarginazione e di sostenere l'azione di cura della famiglia anche nei confronti dei minori. In tale contesto, assume un ruolo centrale la famiglia, la quale, quando presente, non va considerata in modo passivo, come mera percettrice di prestazioni, ma come fulcro stesso di una risposta articolata e responsabile rispetto ad una situazione complessa di bisogno individuale e familiare.</p>	
<b>Obiettivo di salute collegato</b>	
Promozione del benessere e dell'autonomia delle persone fragili, non auto e disabilità	
<b>Collegamento con obiettivo di salute</b>	
Miglioramento delle condizioni di vita delle persone fragili, non autosufficienti e disabili	
<b>Logica progettuale</b>	
<p>Molte persone fragili non riescono a permanere nel proprio domicilio in condizioni di sicurezza e con una qualità di vita adeguata a causa di carenze di supporti assistenziali integrati. Attraverso una rete di servizi domiciliari è possibile garantire la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita e pensando alla casa come luogo di cura.</p> <p>Si prevede l'utilizzo di strumenti di amministrazione condivisa per il rafforzamento dell'attività domiciliari attualmente presenti sul territorio, per le progettualità relative alla disabilità ed in particolare il dopo di noi e la attività legate alla salute mentale.</p>	
<b>Connessioni con la programmazione regionale e nazionale</b>	
<b>Piani regionali</b>	<b>Piani nazionali</b>
Piano Regionale Non Autosufficienza, Programma Regionale FSE+	PNRR – Missione 5, Piano Nazionale per la Non Autosufficienza
<b>Annualità</b>	
2026	
<b>Responsabile Programma</b>	
<b>Nome</b>	Stefano Lomi
<b>Note</b>	
-	

## Val di Nievole

**Titolo del programma operativo****Implementazione percorsi ospedale-territorio e territorio-territorio****Descrizione**

Rafforzamento del nucleo degli operatori socio-sanitari (agenzia di continuità ospedale-territorio) che si occupano dei processi di "handover" ospedale-territorio nei casi di dimissioni che presentano complessità utilizzando strumenti di valutazione omogenei e condivisi e attivando percorsi appropriati per le necessità del caso con attivazione di piani assistenziali personalizzati.

**Obiettivo di salute collegato**

Migliorare l'appropriatezza delle cure attraverso il potenziamento del sistema delle cure primarie e il rafforzamento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e nel territorio stesso

**Collegamento con obiettivo di salute**

Il rafforzamento delle cure primarie e territoriali garantiscono risposte più vicine e tempestive ai bisogni dei cittadini. L'utilizzo di strumenti innovativi e digitali permettono un supporto al monitoraggio e alla presa in carico con comunicazioni tra livelli di cura.

**Logica progettuale**

La mancata integrazione ospedale-territorio e tra i vari servizi del territorio (territorio-territorio) determina ritardi nella presa in carico, nella qualità delle cure e aumento dei ricoveri evitabili

**Connessioni con la programmazione regionale e nazionale**

Piani regionali	Piani nazionali
Programma Regionale FSE+	PNRR – Missione 6 "Salute"

**Annualità**

2026

**Responsabile Programma**

Nome
Claudia Pili

**Note**

-

## Val di Nievole

<b>Titolo del programma operativo</b>	
Prevenzione e Promozione della salute	
<b>Descrizione</b>	
Insieme di interventi e progettualità condivise con l'azienda ed il dipartimento di Prevenzione volte al raggiungimento degli obiettivi del piano regionale di prevenzione ( stili di vita, adesione ai programmi di vita, coperture vaccinali).	
<b>Obiettivo di salute collegato</b>	
Migliorare l'appropriatezza delle cure attraverso il potenziamento del sistema delle cure primarie e il rafforzamento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e nel territorio stesso	
<b>Collegamento con obiettivo di salute</b>	
Il rafforzamento delle cure primarie e territoriali garantiscono risposte più vicine e tempestive ai bisogni dei cittadini. L'utilizzo di strumenti innovativi e digitali permettono un supporto al monitoraggio e alla presa in carico con comunicazioni tra livelli di cura.	
<b>Logica progettuale</b>	
Migliorare la salute della popolazione attraverso interventi di prevenzione, promozione di stili di vita salutari e riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi	
<b>Connessioni con la programmazione regionale e nazionale</b>	
<b>Piani regionali</b>	<b>Piani nazionali</b>
Piano Regionale della Prevenzione (PRP)	Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)
<b>Annualità</b>	
2026	
<b>Responsabile Programma</b>	
<b>Nome</b>	Claudia Pili
<b>Note</b>	
-	

## Val di Nievole