

Allegato A.2



Profilo di Ricorso ai Servizi  
della Zona Pratese

Società della Salute Area Pratese  
e  
Azienda USL Toscana Centro

PIS 2024/2026

## Premessa

### Il Profilo di ricorso ai servizi

1. QUADRO DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI
  - 1.1 Il supporto alla Zona Distretto
    - 1.1.1 Ufficio di Piano
  - 1.2 La sanità territoriale
  - 1.3 I servizi sociosanitari e socioassistenziali
2. IL QUADRO DELL'OFFERTA
  - 2.1 Cure Primarie: la Sanità Territoriale
  - 2.2 Le Cure Palliative
  - 2.3 Il Girot
  - 2.4 I PIR
  - 2.5 I processi infermieristici
  - 2.6 Attività Fisica Adattata
  - 2.7 La sanità territoriale: il DM 77/22 e la DGRT 1508/22
  - 2.8 Le Attività Consultoriali Territoriali
  - 2.9 Le vaccinazioni
  - 2.10 Nuovi servizi di Prevenzione
  - 2.11 La riabilitazione territoriale
  - 2.12 La Salute Mentale Adulti
  - 2.13 La Salute Mentale Infanzia Adolescenza
  - 2.14 Le Dipendenze
3. I PERCORSI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA DISABILITA'
  - 3.1 Non Autosufficienza
  - 3.2 Disabilità
4. IL SERVIZIO EMERGENZA URGENZA SOCIALE (SEUS)
5. I SERVIZI E LE ATTIVITA' REALIZZATE DALLA SOCIETA' DELLA SALUTE

## **Premessa**

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

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

## **IL PROFILO DI RICORSO AI SERVIZI**

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

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

*La DGRT 900 del 2025* "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato Sociale e per la sua integrazione con il Piano Integrato Zonale (art. 21 comma 7 L.R. n. 40/05)" prevede che "il profilo di salute di zona-distretto costituisce uno dei principali documenti di accompagnamento al ciclo di programmazione e pianificazione delle politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie territoriali. In particolare, esso è sia un documento preliminare alla formazione del PIS (art. 21, comma 2, lett. a, LR 40/05) sia una parte integrante di quest'ultimo".

## **1 QUADRO DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI**

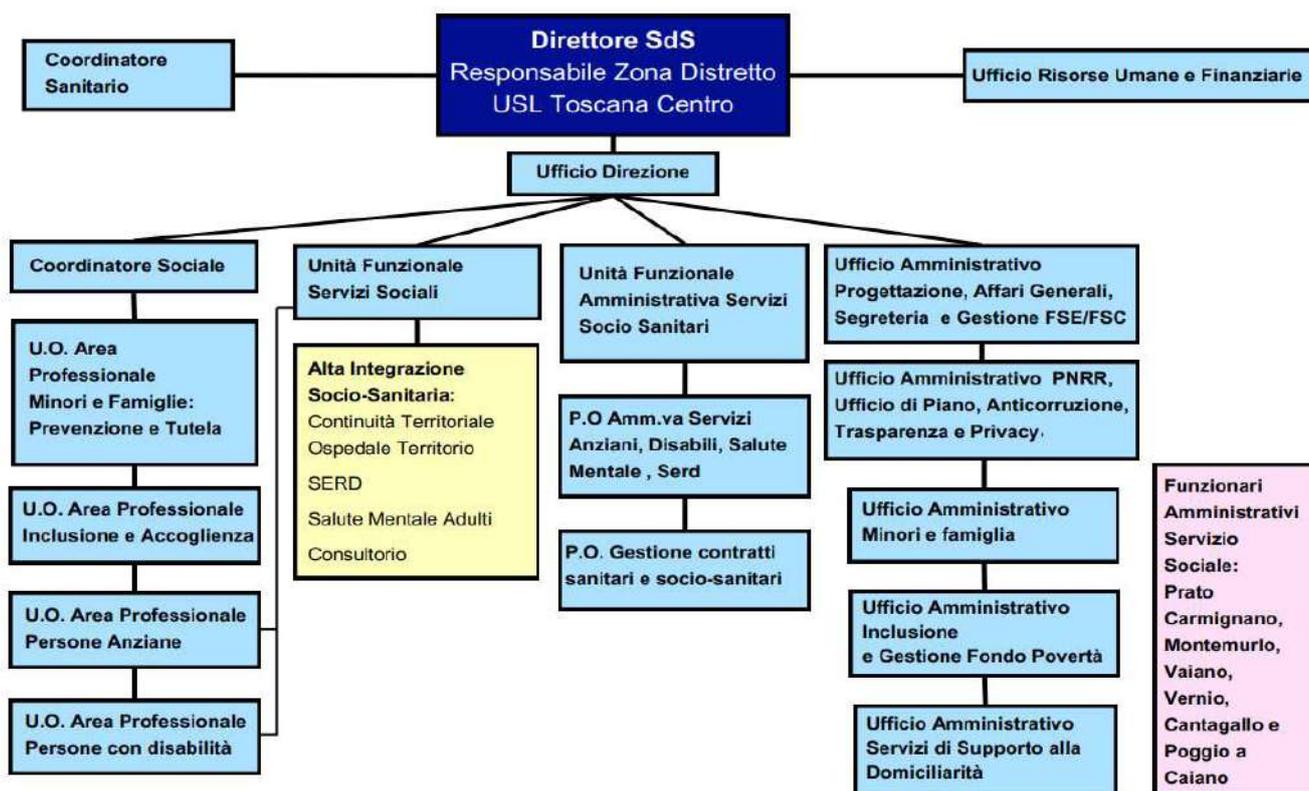
La normativa regionale definisce la zona – distretto come l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione

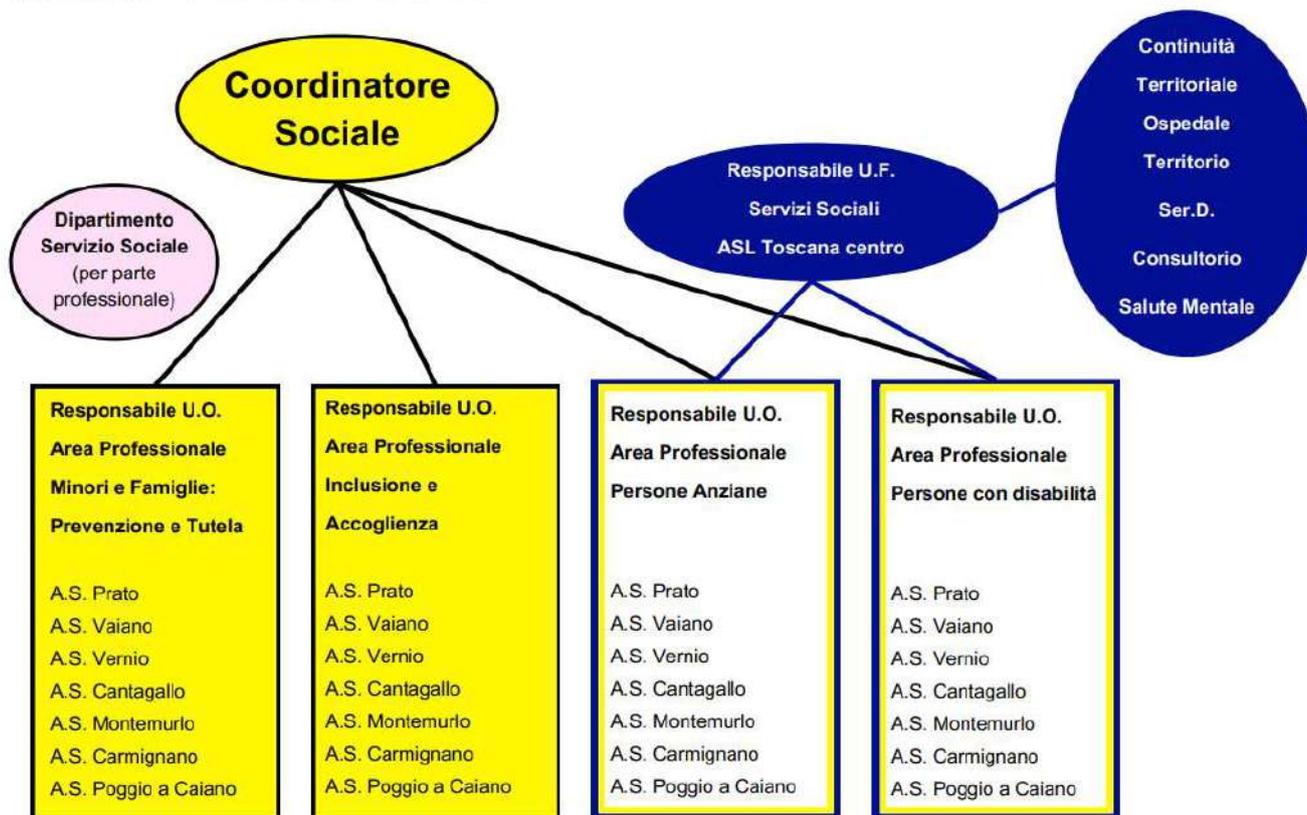
dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione sociosanitaria viene realizzata attraverso la Società della Salute (artt. 71 bis ss) oppure mediante la convenzione sociosanitaria (art. 70 bis).

Il territorio dell'Azienda UsI 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**.

L'ambito territoriale della Zona Distretto/Società della Salute Area Pratese ha un proprio assetto organizzativo disciplinato dalla Delibera di G.E.SdS n. 33 del 18.12.2024.

Allegato B Organigramma S.d.S. Area Pratese Del. G.E. n. 33 del 18/12/2024





L'assetto organizzativo dell'Ente è oggetto di periodiche revisioni, dovute all'attuazione della gestione diretta dei servizi socio assistenziali e socio sanitari, avviata nel 2021. Ad oggi l'assetto

organizzativo interno della SdS è disciplinato con Regolamento di organizzazione, aggiornato da ultimo con Deliberazione di Giunta esecutiva n. 33 del 18/12/2024.

La SdS, come previsto dalla L.R. n. 40/2025, ha personale comandato/distaccato e assegnato funzionalmente dagli Enti consorziati (Comuni e Azienda USL), oltre a personale assunto direttamente dalla SdS.

Come da previsione normativa, 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.

La situazione del personale della operante nell'ambito della SdS Area Pratese è la seguente:

<b>PERSONALE ASSISTENTE SOCIALE al 31.12.2024</b>	
<b>Personale dipendente dei Comuni e distaccato alla SdS</b>	<b>50</b>
<b>Personale dipendente della Azienda USL Tc</b>	<b>18</b>

<b>PERSONALE DIPENDENTE DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE</b>						
<b>PROFILO</b>	<b>Personale Dipendente della SdS</b>	<b>Personale Comandato da Comune di Prato</b>	<b>Personale Assegnato Funzionalmente da Azienda USL Tc</b>	<b>Personale in Somministrazione</b>	<b>NOTA</b>	<b>TOTALE</b>
Direttore Tecnico	1					1
Dirigente Amministrativo	1					1
Dirigente Professionale	1					1
Assistente Amministrativo Cat. C	6	4	3	3,5	Di cui 1 al 50% i quanto Segreteria di Zona	16,50
Funzionario Amministrativo	1	3	1			5

o Cat. D						
Assistente Sociale	3					3
<b>TOTALE</b>	13	7	4	3,50		<b>27,5</b>

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

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

Il coordinatore sociale:

- 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.

La Società della Salute Pratese ha un organigramma e un funzionigramma disciplinato dalla Delibera di G.E. n. 33 del 18.12.2024. Il Regolamento di Organizzazione prevede

- **Ufficio Risorse Umane e Finanziarie**
- **Ufficio del Coordinatore Sociale**
  
- **cinque Uffici di tipo Amministrativo:**
  - Ufficio Amm.vo Minori e Famiglia
  - Ufficio Amm.vo Inclusione e Gestione Fondo Povertà
  - Ufficio Amm.vo Servizi di Supporto alla Domiciliarità

- Ufficio Amm.vo PNRR, Ufficio di Piano, Anticorruzione, Trasparenza e Privacy
- Ufficio Amm.vo Progettazione, Affari generali, Segreteria e Gestione FSE/FSC e ulteriori Progetti

• **quattro Unità Operative Professionali:**

- Unità Operativa Area Professionale “Minori e Famiglie: Tutela e Prevenzione”,
- Unità Operativa Area Professionale “Inclusione e Accoglienza”,
- Unità Operativa Area Professionale “Persone Anziane”,
- Unità Operativa Area Professionale “Persone con Disabilità”.

Anche nella Società della Salute Pratese, così come previsto dalla normativa è previsto un Ufficio di Piano Zonale, purtroppo, tale ufficio soffre da ormai due anni di criticità legate alla presenza di personale. L'impegno dell'anno 2026 sarà quello di meglio strutturare e implementare l'attività dell'Ufficio di Piano Zonale.

**Di seguito il Funzionigramma** di tali Uffici, di cui all'Allegato C della Deliberazione di G.E. SdS n. 33 del 18/12/2024:

<b>Funzionigramma della Società della Salute Area Pratese</b>	
<b>Uffici e Unità Funzionali</b>	<b>Funzionigramma</b>
<b>Ufficio Risorse Umane e Finanziarie</b>	Gestione della Convenzione per la gestione diretta e predisposizioni rendicontazioni per Enti consorziati
	Atti recepimento/destinazione fondi ministeriali e regionali e supporto predisposizione atti
	Gestione dei rapporti contabili e finanziari con gli Enti Consorziati (Comuni e Azienda USL)
	Rapporti con consulente fiscale
	Predisposizione Bilancio e gestione contabilità
	Supporto alle Unità Funzionali per le Rendicontazioni e certificazioni
	Rapporti con Tesoreria
	Servizio economale
	Rapporti con Collegio Sindacale
	Controllo di gestione, monitoraggio dei conti e budget zona

	Gestione contabilità, fatture, liquidazioni e tutti gli adempimenti conseguenti
	Gestione delle attività relative al personale – assunzioni e gestione assenze presenze
	Piano delle performance e valutazione obiettivi del personale
	Gestione delle buste paghe e della parte contributiva
	Gestione F24 ed invii telematici
	Predisposizione del Conto annuale del personale
	Rendicontazione generale delle attività e reportistica
	Relazioni sindacali e costituzione Fondi
	Predisposizione delle rendicontazioni relativamente a progetti e fondi assegnati
<b>Ufficio Amm.vo PNRR, Ufficio di Piano, Anticorruzione, Trasparenze e Privacy</b>	Funzioni trasversali di progettazione, monitoraggio e rendicontazione Progetti PNRR M5C2 e coordinamento degli interventi
	Privacy, Anticorruzione e Trasparenza
	Assistenza al contenzioso
	Supporto nelle attività di programmazione locale annuale e pluriennale: profilo di salute, POA-PIS/PIZ
	Ufficio di Piano
	Conservazione documenti e sulle procedure di scarto di archivio
<b>Ufficio Amm.vo Minori e Famiglie</b>	Centro per le Famiglie, Centro Affidi, Centro Adozioni e Contributo Affido
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana.
	Rendicontazione e supporto alla progettazione e al monitoraggio di progetti e fondi assegnati
	Interventi socio educativi per minori
	Inserimenti in strutture residenziali e gruppi appartamento per adolescenti e giovani dai 0 ai 21 anni
	Inserimenti in strutture semiresidenziali e attività di socializzazione
	Inserimenti residenziali di donne con minori in carico alla tutela e donne sole o con minori vittime di violenza
	Inserimenti residenziali di minori stranieri non accompagnati
	Monitoraggio budget assegnato per i servizi
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana
<b>Ufficio Servizi Supporto Amm.vo di alla</b>	Assistenza domiciliare socio assistenziale (non autosufficienza, disabilità e altre fragilità sociali)
	Procedimenti di riscossione e recupero morosità relativo alle compartecipazioni dei

<b>Domiciliarità</b>	servizi
	Assegno di cura (over e under 65 solo per popolazione anziana) e accomodamento ragionevole
	Progetti e servizi di supporto rivolti ad persone con fragilità (pasti caldi, ecc).
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana e altri Enti pubblici
	Monitoraggio budget assegnato per i servizi
	Progetto Pronto Badante
	Inserimenti in strutture residenziali persone con fragilità
	Procedimenti accesso agli atti e istruttorie relative alle istanze di revisione e ricorsi gerarchici
	Procedimenti accertamento estraneità affettiva
	Trasporto sociale e Trasporto scolastico
	Trasporto persone con fragilità socio-economica
Rendicontazione e supporto alla progettazione e al monitoraggio di progetti e fondi assegnati	
<b>Ufficio Amm.vo Inclusion e Gestione Fondo Povertà</b>	Interventi economici di integrazione al reddito
	Gestione del Fondo Povertà
	Gestione del Servizio Segretariato Sociale
	Gestione del Progetto Social Board
	Accoglienza Notturna e Mensa Sociale
	Interventi e servizi di contrasto a situazioni di grave emarginazione sociale
	Monitoraggio budget assegnato per i servizi
	Partecipazione Progetto SEUS - Pronto intervento sociale
	Gestione Programma ADI
	Gestione Centro Diurno per Adulti
Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana e altri Enti pubblici	
<b>Ufficio Amm.vo Progettazione, Affari Generali, Segreteria e gestione FSC/FSE e Progettualità</b>	Gestione Ufficio per le attività a supporto della procedura relativa all'Amministrazione di Sostegno
	Supervisione Progetto Home Care Premium
	Progettazione, monitoraggio, rendicontazione progetti finanziati di competenza dell'Ufficio (con particolare riferimento a Regione Toscana, FSE, Fondo Sviluppo e Coesione, Aree interne ecc..)
	Ufficio Stampa, comunicazione e gestione sito web
	Funzioni trasversali sui progetti finanziati, informazione e comunicazione sui progetti,

	gestione di specifiche progettualità assegnate all'Ufficio e supporto progettuale agli altri Uffici SdS
	Attività Amministrativa e di Supporto agli organi (convocazioni, verbalizzazioni sedute, raccolta e pubblicazione atti deliberativi Giunta e Assemblea SdS).
	Segreteria Direttore SdS (gestione agenda, rubriche e contatti)
	Supporto al Comitato di Partecipazione e alla Consulta del Terzo Settore
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana e altri Enti pubblici
<b>Coordinatore Sociale</b>	Attività di coordinamento e di integrazione del Servizio Sociale Professionale per garantire unitarietà e coerenza delle azioni alla programmazione in ambito sociale e socio-sanitario nella zona Pratese
	Collaborazione con il Direttore nella gestione delle attività della SdS, partecipazione al processo di pianificazione strategica e concorso alla formulazione di proposte e pareri e alla gestione complessiva della SdS
	Formulazione di indirizzi sulle attività di assistenza sociale per garantire i livelli omogenei ed uniformi delle stesse su tutto l'Ambito
	Coordinamento del personale professionale Assistenti Sociali della SdS
	Monitoraggio Progetto Seus - Pronto intervento sociale
	Formulazione di proposte al Direttore e all'Ufficio di Direzione per le parti di competenza, ai fini dell'elaborazione dei Bilancio annuale e pluriennale, dei progetti e delle attività
	Collaborazione con il personale dei Comuni e della Azienda alla programmazione, predisposizione, attuazione e rendicontazione dei progetti e gare/avvisi in ambito sociale e socio-sanitario di livello locale, regionale, ministeriale ed europeo
<b>Unità Operativa Area Professionale Persone Anziane</b>	<b>Destinatari: persone anziane (oltre 65 anni) non autosufficienti e autosufficienti in situazione di fragilità.</b>
	Attività di coordinamento del Servizio Sociale Professionale nella per la propria Area Prof.le
	Progetti personalizzati per l'integrazione sociale delle persone in carico alla propria Area Prof
	Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area di competenza
	Coordinamento Equipe Multidisciplinari per i percorsi dell'Area di competenza
	Coordinamento della UVM per la competenza sociale
	Interventi a sostegno di donne anziane vittime di violenza, maltrattamento e abuso (anche a carattere di emergenza/urgenza)

	Integrazioni funzionali con COT
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la RT
	Gestione e coordinamento, dal punto di vista professionale, dei servizi e prestazioni inerenti la propria Area di riferimento, in sinergia con gli Uffici Amministrativi e contabili
	Gestione e coordinamento, dal punto di vista professionale, del Servizio Domiciliare di tutte le Aree Professionali, in sinergia con gli Uffici Amministrativi e contabili
	Monitoraggio le strutture di accoglienza rivolte a persone in carico alla propria Area Professionale
	Coordinamento Tavoli interistituzionali e coordinamento e partecipazione a Protocolli d'Intesa per l'Area di competenza
	Predisposizione e gestione di eventuali liste di attesa per i servizi dell'Area di competenza
	Approvazione contributi economici di integrazione al reddito per persone in carico alla propria Area Professionale e monitoraggio budget virtuale
	Partecipazione Progetto Pronto Intervento Sociale PIS ( ex SEUS)
	Collaborazione alla progettazione e alla stesura e di capitolati, progetti comunitari, nazionali e regionali relativi all'Area di riferimento
	Monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti fondi assegnati
	Gestione di specifici progetti dell'area persone anziane (es. Progetto Caffè ed Atelier Alzheimer, progetto Demenze, PNRR, ecc..)
	Approvazione sul programma informatico ASTER CLOUD SINSS degli interventi e servizi attivati dall'Area di competenza
<b>Unità Operativa Area</b>	<b>Destinatari: famiglie con problematiche relative alle responsabilità familiari ed alla tutela minorile anche in un'ottica di prevenzione; minori in stato di abbandono, di pregiudizio o di grave trascuratezza; minori con condotte devianti o a rischio di devianza; minori stranieri non accompagnati (MSNA) di età inferiore ai 15 anni e di età superiore che presentano disturbi nel processo evolutivo; donne vittime di violenza, maltrattamento e abuso con figli; minori con certificazione ai sensi della Legge 104/92 non in situazione di gravità sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria; minori con problematiche legate a psicopatologie; minori sottoposti a procedimenti penali.</b>
	Coordinamento, gestione e monitoraggio professionale del Centro per le Famiglie del Centro Adozioni e del Centro Affidi di Area Pratese

<b>Professionale Minori Famiglie: Prevenzione Tutela</b>	e	Attività di coordinamento del Servizio Sociale Professionale nell'Area Pratese per la propria Area Professionale
	e	Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area di riferimento
		Progetti personalizzati per l'integrazione sociale delle persone in carico alla propria Area
		Interventi a sostegno di donne vittime di violenza, maltrattamento e abuso con figli (anche a carattere di emergenza/urgenza)
		Collaborazione alla costruzione dei dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana
		Coordinamento dell' Unità di Valutazione Multidisciplinare Tutela Minori UVMT per competenza sociale
		Coordinamento Tavoli interistituzionali e coordinamento e partecipazione a Protocolli d'Intesa per l'Area di competenza
		Interventi di sostegno alla genitorialità e interventi di prevenzione a f
		Approvazione sul programma informatico ASTER CLOUD SINSS degli interventi e servizi attivati dall'Area di competenza
		Gestione e coordinamento, dal punto di vista professionale, dei servizi e prestazioni inerenti la propria Area di riferimento, in sinergia con gli Uffici Amministrativi e contabili
		Monitoraggio delle strutture di accoglienza rivolte a persone in carico alla propria Area Professionale e cura degli inserimenti
		Partecipazione Progetto PIS Pronto Intervento Sociale ( EX SEUS)
		Predisposizione e gestione di eventuali liste di attesa per i servizi dell'Area
		Approvazione contributi economici di integrazione al reddito per persone in carico alla propria Area Professionale e monitoraggio budget virtuale
		Collaborazione alla progettazione e alla stesura e di capitolati, progetti comunitari, nazionali e regionali relativi all'Area di riferimento
		Monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti e fondi assegnati
		Coordinamento Equipe Multidisciplinari per i percorsi dell'Area di competenza
		Approvazione contributi economici per l'affidamento familiare di minori
	Gestione di specifici progetti dell'area di competenza (Arianta, PIPPI, PNRR,ecc...)	

	Approvazione sul programma informatico ASTER CLOUD SINSS degli interventi e servizi attivati dall'Area di competenza
	Collaborazione alla progettazione e realizzazione di progetti di prevenzione, promozione dei diritti, protezione e tutela dei minori
<b>Unità Operativa Area Professionale Persone con Disabilità</b>	<b>Destinatari: persone con disabilità che abbiano una certificazione rilasciata ai sensi della L.104/92 compresi i minori con certificazione di disabilità in situazione di gravità seguiti su mandato dell'Autorità Giudiziaria e in collaborazione, se necessario con l'Area Professionale Minori e Famiglie: prevenzione e Tutela.</b>
	Attività di coordinamento del Servizio Sociale Professionale nell'Area Pratese per la propria Area Professionale
	Progetti personalizzati per l'integrazione sociale delle persone in carico alla propria Area
	Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area di riferimento
	Componente UVMD e sviluppo progetto di vita con budget di salute
	Coordinamento Equipe Multidisciplinari per i percorsi dell'Area di competenza
	Monitoraggio delle strutture di accoglienza rivolte a persone in carico alla propria Area Professionale e cura degli inserimenti
	Interventi a sostegno di donne vittime di violenza, maltrattamento e abuso sole o con figli (anche a carattere di emergenza/urgenza) con certificazione ai sensi della Legge 104/92
	Gestione e coordinamento, dal punto di vista professionale, dei servizi e prestazioni inerenti la propria Area di riferimento, in sinergia con gli Uffici Amministrativi e contabili
	Inserimenti socio-lavorativi/socio-terapeutici di persone con disabilità
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana
	Monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti e fondi assegnati
	Approvazione contributi economici di integrazione al reddito per persone in carico alla propria Area Professionale e monitoraggio budget virtuale
	Collaborazione alla progettazione e alla stesura e di capitolati, progetti comunitari, nazionali e regionali relativi all'Area di riferimento
	Gestione di specifici progetti dell'area di competenza (Dopo di Noi, Vita Indipendente, PNRR, ecc..)
	Coordinamento Tavoli interistituzionali e coordinamento e partecipazione a Protocolli d'Intesa per l'Area di competenza

	Predisposizione e gestione di eventuali liste di attesa per i servizi dell'Area
	Partecipazione Progetto Pronto Intervento Sociale PIS ( ex SEUS)
	Approvazione sul programma informatico ASTER CLOUD SINSS degli interventi e servizi attivati dall'Area di competenza
<b>Unità Operativa Area Professionale Inclusion e Accoglienza</b>	<b>Destinatari: persone di età da 18 anni a 65 anni; nuclei familiari con figli minori in condizione di svantaggio sociale non sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria; persone che hanno fatto richiesta di permesso di soggiorno ai sensi dell'articolo 31 del D.LGS N. 286/98, Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) di età superiore a 15 anni con percorsi evolutivi nella norma che necessitano di progetti e percorsi formativi e personali volti all'autonomia; persone in situazioni di grave emarginazione sociale e persone senza dimora.</b>
	Attività di coordinamento di Servizio Sociale Professionale nell'Area Pratese per la propria Area Professionale
	Progetti personalizzati per l'integrazione sociale delle persone in carico alla propria Area
	Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area di riferimento, in particolare indagini per articolo 31 D.LGS N. 286/98
	Interventi a sostegno di donne sole vittime di violenza, maltrattamento e abuso (anche a carattere di emergenza/urgenza)
	Coordinamento e gestione del Segretariato sociale/Punto unico di accesso
	Collaborazione alla costruzione dei dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana
	Interventi e servizi di contrasto a situazioni di grave emarginazione sociale e progetti legati alle persone senza fissa dimora
	Gestione e coordinamento, dal punto di vista professionale, dei servizi e prestazioni inerenti la propria Area di riferimento, in sinergia con gli Uffici Amministrativi e contabili
	Coordinamento Tavoli interistituzionali e coordinamento e partecipazione a Protocolli d'Intesa per l'Area di competenza
	Predisposizione e gestione di eventuali liste di attesa per i servizi dell'Area
	Coordinamento Equipe Multidisciplinari per i percorsi di inclusione sociale
	Partecipazione Progetto PIS Pronto Intervento Sociale ( ex SEUS)
	Gestione di specifici progetti dell'Area di competenza (PNRR, Social Board, ecc)
	Monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti e fondi assegnati
	Gestione e monitoraggio del Programma Assegno di Inclusion e/o strumenti similari
	Approvazione contributi economici di integrazione al reddito per persone in carico alla propria Area Professionale e monitoraggio budget virtuale

	Monitoraggio delle strutture di accoglienza rivolte a persone in carico alla propria Area Professionale e cura degli inserimenti (compresa Accoglienza notturna/dormitorio)
	Monitoraggio dei percorsi di inserimento lavorativo
	Collaborazione con Ufficio Casa del Comune di Prato e partecipazione a commissioni specifiche sul tema dell'emergenza alloggiativa
	Approvazione sul programma informatico ASTER CLOUD SINSS degli interventi e servizi attivati dall'Area di competenza

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

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

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

- elaborazione di Schede POA di natura trasversale, comuni a tutte le SdS della TC

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

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

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

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

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

## 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/ZD Pratese è prevista una SOC Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona. 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

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/ZD Pratese è prevista la UF Zona Prato che coordina le attività socio-sanitarie della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale, delle dipendenze e della COT (continuità ospedale e territorio).

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 UsI 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**

Nell'ambito del territorio della Zona Distretto Area Pratese vengono garantiti servizi sociali e socio sanitari che vengono erogati alle persone sulla base di un Regolamento approvato con Deliberazione di Assemblea SdS n. 14 del 28/02/2024. Tale Regolamento denominato *“Regolamento dei servizi, prestazioni e interventi socio- assistenziali, socio sanitari e di promozione sociale della Società della Salute Area Pratese”* disciplina i principi generali e le finalità cui si conforma il sistema integrato dei servizi della Società della Salute Area Pratese, di seguito denominata Ente SdS. Disciplina inoltre i requisiti generali di accesso e di ammissione alle prestazioni socio-assistenziali, socio-sanitarie e di promozione sociale nel rispetto della normativa nazionale e regionale di riferimento, in conformità con i principi fondamentali della Costituzione, della L. 328/00, della L.R. 41/05 e s.m.i., degli altri atti successivi e collegati, tenendo presente che le prestazioni sono erogate nei limiti delle risorse disponibili degli Enti. Per prestazioni si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed alla erogazione di servizi, gratuiti e/o parzialmente o completamente a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della vita, escluse quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello esclusivamente sanitario, nonché le funzioni assicurate in sede di Amministrazione della Giustizia.

#### **La Tipologia di Servizi erogati è la seguente:**

**a) Interventi economici di integrazione al reddito:** Interventi economici di autonomia, Interventi economici finalizzati una tantum, Interventi economici per giovani 18-25 anni

#### **b) Servizi per la domiciliarità:**

- Servizio di assistenza domiciliare per minori, persone adulte, persone con disabilità' e persone anziane (SAD)
- Servizio di pasti a domicilio per persone adulte in situazione di fragilità, persone con disabilità' e persone anziane
- Trasporto sociale
- Trasporto scolastico per studentesse e studenti con disabilità'

#### **c) Servizi e interventi per persone anziane non autosufficienti**

- Progetto di assistenza personalizzato per persone anziane non autosufficienti (PAP)
- Pronto badante
- Assegno di cura per persone anziane
- Servizi semiresidenziali per persone anziane non autosufficienti e per persone anziane malate di alzheimer

#### **d) Servizi e interventi per persone con disabilità'**

- Servizi semiresidenziali per persone con disabilità'
- Progetto regionale Vita Indipendente per persone con disabilità'
- Progetto regionale Gravissime Disabilità'
- Sostegno socio-educativo territoriale domiciliare per minori e giovani adulte/i con disabilità'

- Servizio socio educativo in ambito scolastico per alunne/i con disabilità'
- Inserimenti socio-terapeutici
- Attività' in acqua per il recupero dell'autonomia di persone con disabilità'
- Progetto regionale di adattamento domestico (ADA) per persone con disabilità

**e) Servizi e interventi per famiglie e minori**

- Centro per le famiglie Ohana
- Servizio di educativa domiciliare territoriale e servizio educativo in gruppo per minori
- Servizi semi residenziali per minori
- Incontri per garantire diritto di visita fra genitore e figlio

**f) Servizi e interventi per persone adulte in situazione di vulnerabilità, svantaggio ed emarginazione sociale**

- Tirocini di inclusione sociale
- Percorsi di accoglienza a favore di vittime di violenza, maltrattamento e abuso e sviluppo di una rete integrata per assistenza generale alle vittime di ogni tipologia di reato e promozione di percorsi di giustizia riparativa
- Centro diurno per persone in condizione di svantaggio sociale
- Programma sistema antitratto toscano interventi sociali (SATIS)
- Servizio distribuzione beni di prima necessità
- Servizio di mediazione di strada
- Mensa

**g) Servizi e interventi residenziali per persone anziane**

- Inserimenti in strutture residenziali di persone anziane
- Gruppi appartamento per persone anziane

**h) Servizi e interventi residenziali per persone adulte con disabilità**

- Inserimenti residenziali di persone adulte con disabilità
- Progetto Dopo di noi

**i) Servizi e interventi a carattere residenziale per minori e famiglie**

- Affidamento familiare
- Inserimenti di minori in strutture residenziali

**l) Servizi e interventi a carattere residenziale per persone adulte in situazione di vulnerabilità', svantaggio ed emarginazione sociale**

- Percorsi di accoglienza a favore di donne vittime di violenza, sole o con figlie/i

- Accoglienza per persone adulte in situazione di vulnerabilità e emergenza alloggiativa
- Accoglienza notturna (Dormitorio)

## **2 IL QUADRO DELL'OFFERTA**

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

### ***2.1 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**

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

(fonte Dipartimento Rete Territoriale AUSL TC)

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

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

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

## **Assistenza ambulatoriale**

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

Sinteticamente, l'assistenza specialistica si articola in:

### Attività diagnostica:

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

### Attività clinica:

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

## **2.2 Le Cure Palliative**

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

Rientrano nei LEA fin dal 2001, ma con il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 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 equipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l’avvicinarsi della fine della vita nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

- **Gli interventi di base** garantiscono un approccio palliativo attraverso l’ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con la persona malata e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.
- **Gli interventi di équipe specialistiche** multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all’instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.

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

Le cure palliative in Hospice, nell’ambito della Rete locale di Cure Palliative, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che a prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono erogate da 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 EVV
<b>Struttura</b>	<b>Oblate</b>	<b>Istituto Prosperius</b>	<b>Campi B.zio</b>	<b>S. Felice a Ema</b>	-	<b>Fiore di Primavera</b>	-	<b>La Limonaia</b>	<b>San Martino</b>
<b>Posti letto Hospice</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>nr</b>	<b>10</b>	-	<b>12</b>	-	<b>11</b>	<b>10</b>
<b>Posti letto Day Hospice</b>	<b>3</b>	-	-	<b>2</b>	-	<b>2</b>	-	<b>1</b>	<b>2</b>

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

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

	SdS Firenze		SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VDN	SdS EVV
<b>Struttura</b>	<b>Oblate</b>	<b>Istituto Prosperius</b>	<b>Campi B.zio</b>	<b>S. Felice a Ema</b>	-	<b>Fiore di Primavera</b>	-	<b>La Limonaia</b>	<b>San Martino</b>
<b>Nr. Utenti</b>	<b>286</b>	<b>317</b>	<b>150</b>	<b>237</b>	-	<b>229</b>	-	<b>216</b>	<b>225</b>
<b>Nr. Ammissioni</b>	<b>280</b>	<b>306</b>	<b>150</b>	<b>229</b>	-	<b>224</b>	-	<b>212</b>	<b>223</b>
<b>Nr. Dimissioni</b>	<b>281</b>	<b>309</b>	<b>136</b>	<b>232</b>	-	<b>221</b>	-	<b>212</b>	<b>221</b>
<b>gg.</b>	<b>3.07</b>	<b>5.563</b>	<b>2.418</b>	<b>2.975</b>	-	<b>4.021</b>	-	<b>3.268</b>	<b>2.522</b>

<b>assistenza</b>	<b>8</b>								
-------------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--

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

### **2.3 Il Girot**

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

### **2.4 – 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

*Dati forniti dal DAIO – dicembre 2024/ottobre2025*

**2.5 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%
totale	<b>465</b>	

*Dati forniti dal DAIO – gennaio 2025/settembre 2025*

<b>PRATO</b>	1 TRI-MESTRE	2 TRI-MESTRE	3 TRI-MESTRE	4 TRIME-STRE
PAZIENTI IN CARICO	4358	4670	4396	0
ACCESSI DOMICILIARI	32672	34238	31487	0
ACCESSI AMBULATORIALI	3800	3817	3657	0
PRESTAZIONI DOMICILIARI	69760	74017	66421	0
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	6185	6313	5991	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 DAIO – 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*

## **2.6 Attività Fisica Adattata**

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

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

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

## **2.7 La sanità territoriale: il DM 77/22 e la DGRT 1508/22**

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

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

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

La Casa della Salute ha anche funzioni di orientamento ed accoglienza della popolazione favorendo l’accessibilità e la continuità dell’assistenza nell’arco della giornata oltre a promuovere la

conoscenza e l'accesso ai percorsi sanitari e sociosanitari territoriali all'interno della propria sede con lo scopo ultimo di garantire ai cittadini prossimità ed equità di accesso alle cure.

Il DM77/22, sulla base delle spinte della Missione 6 del PNRR, definisce la Casa della comunità (CdC) come *“il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento [...] Nella Casa della comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale”*. Con il passaggio dal modello di Casa della salute (CdS) a Casa della comunità (CdC) acquisisce valore il territorio e la comunità di riferimento facendo propri i principi della multidisciplinarietà e dell'integrazione sociosanitaria, oltre che della visione olistica della salute. La CdC diviene il luogo ove garantire ai cittadini:

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

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

Per la Zona Pratese sono previste la realizzazione di n. 5 Nuove Case di Comunità: Vaiano, Montemurlo, Poggio a Caiano, Prato (MeD e San Paolo)

### **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 sociosanitaria, coordinando tra di loro i servizi e i professionisti. La DGRT 1508/2022 definisce la COT come «struttura deputata al coordinamento della presa in carico unitaria socio-sanitaria della persona e all'organizzazione del raccordo tra servizi e professionisti che operano nei vari setting assistenziali territoriali, anche tramite l'attivazione delle risorse necessarie e disponibili sul territorio in risposta ai bisogni espressi dai cittadini». Come previsto dal DM77/22 e dalla DGRT 1508/22, la COT è primariamente luogo di gestione dei processi di transitional care: governa la continuità ospedale-territorio / territorio-ospedale / territorio-territorio, in raccordo con la rete ospedaliera, le Case di comunità e tutti i servizi sanitari, sociosanitari e sociali presenti a livello di

Zona-distretto/SDS ed è costituita da una equipe multiprofessionale, che lavora in modalità di rete tempo-dipendente e di forte integrazione tra i setting, oggetto anche di specifici percorsi di miglioramento organizzativo. Nello specifico, è prevista l'istituzione della COT articolata su due livelli: COT aziendale e COT zonale. La COT della Zona Pratese è ubicata nella Palazzina di Porta Leone a Prato.

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

VALDINIEVOLE	367	308	675
<b>Totale complessivo</b>	<b>5629</b>	<b>5724</b>	<b>11353</b>

Valutazioni dimissioni complesse 2024/2025

### **- Gli ospedali di comunità**

Ulteriore servizio previsto dalle normative nazionali e regionali di riforma della sanità territoriale è quello dell'Ospedale di Comunità (ODC). L'OdC è una struttura residenziale di degenza post acuta a valenza territoriale zonale che riveste un ruolo complementare, di continuità e di integrazione sia rispetto al percorso di degenza ospedaliera in reparto per acuti, sia rispetto ai percorsi di presa in carico in assistenza domiciliare. A livello regionale è stabilita la presenza di almeno 1 Ospedale di comunità in ogni Zona-distretto/SDS e l'attivazione di 1 struttura ogni 50.000 abitanti. Il modello di OdC proposto dalla DGRT 1534/24 prevede un'evoluzione rispetto alla residenzialità intermedia delle cure intermedie. Gli OdC dovranno assicurare alla persona fragile o anziana, a livello di ogni zona-distretto/SdS, una appropriata risposta clinico-assistenziale che sia in continuità con il livello di ricovero ospedaliero e garantisca l'attivazione delle risorse territoriali in maniera integrata. E' prevista a livello regionale l'attivazione di due tipologie di OdC, per garantire una presa in carico misurata sugli effettivi bisogni clinico-assistenziali delle persone accolte: l'Ospedale di Comunità ad alta complessità assistenziale e l'Ospedale di comunità a medio-bassa complessità assistenziale. La Regione Toscana trasformando le cure intermedie attraverso la creazione di Ospedali di Comunità per accogliere pazienti con degenza a bassa intensità dopo una dimissione ospedaliera, o per pazienti cronici che non possono essere curati a casa si pone tra gli obiettivi quelli di alleggerire gli ospedali, facilitare il reinserimento territoriale dei pazienti e rafforzare l'assistenza territoriale, supportando anche la riabilitazione e le cure domiciliari. L'assistenza in OdC viene erogata utilizzando posti letto sanitari territoriali, organizzati in moduli, di norma di 15 – 20 posti letto, operativa 7 giorni su 7, h24, per l'assistenza ai degenti e per l'ammissione dei pazienti, con differenziate modalità di presenza di personale medico, infermieristico, della riabilitazione e assistenziale. Le categorie principali di eligibilità sono dedicate a: persone prevalentemente affette da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa e/o che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci; persone che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo; persone fragili e/o con patologie cronicizzate, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di

condizione clinica preesistente o per insorgenza di un quadro imprevisto, o per eventuali terapie da somministrare in luogo protetto, nei casi in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato. Possono essere previsti posti letti specifici per persone con disturbi del comportamento o demenza successivamente alla valutazione specifica del CDCD. L'accesso della persona in OdC può avvenire su proposta del MMG, di specialista ambulatoriale ed ospedaliero pubblico o di struttura convenzionata; del pronto soccorso; del CDCD o del medico palliativista. L'ammissione del paziente nella struttura avviene a seguito di valutazione ed autorizzazione effettuata dalla COT, che assicura il monitoraggio dell'andamento del ricovero anche ai fini della attivazione di eventuali percorsi di continuità assistenziale al termine del ricovero in OdC. Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata di norma non superiore a 20 giorni. Da dicembre 2024 sono attivi i primi 3 OdC della Azienda USL Toscana Centro: l'OdC di Camerata a Firenze, l'OdC Presidio di continuità/VOP a Prato e l'OdC il Ceppo a Pistoia.

Per la Zona Pratese sono previsti n. 2 OdC: La Melagrana (20 posti letto ) e il VOP (20 posti letto)

### **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.

## **2.8 Le Attività Consultoriali Territoriali**

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

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

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

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

- **Procreazione responsabile**

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

obiettivo secondario è far conoscere ai ragazzi la presenza dei 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 alla presenza del partner; incontri teorici su tematiche prestabilite (ad es. l'allattamento); incontri con i Pediatri di Libera scelta; incontri on line per la prevenzione degli incidenti legati a cani domestici con l'Igiene Urbana Veterinaria;
- assistenza al puerperio in continuità alla dimissione dal punto nascita: visite di controllo alla donna, supporto all'allattamento e all'accudimento del neonato, incontri di sostegno alla genitorialità e alla famiglia, singoli e di gruppo.

- ambulatorio per il pavimento pelvico: a tutte le donne che hanno partorito presso i punti nascita aziendali viene eseguito uno screening per le disfunzioni del pavimento pelvico e, nel caso di risultato positivo, viene proposto un percorso di rieducazione con le ostetriche consultoriali, per la prevenzione di prolasso, incontinenza ecc.
- La cartella del Percorso Nascita era già stata completamente digitalizzata su Argos, unica e condivisa per territorio e ospedale. In questa fase di passaggio dall'applicativo Argos a CR1 la situazione risulta più problematica, con gli ospedali che utilizzano CR1 e solo il territorio pratese che è già transitato sul nuovo applicativo, mentre gli altri utilizzano ancora la cartella su Argos.

- **Gravidanza fisiologica**

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

- **Diagnosi prenatale**

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

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

- **Depressione post partum**

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

- **Vaccinazioni in gravidanza**

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

- **Percorso IVG**

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

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

Per quanto riguarda la prevenzione delle IVG, questa si esplica attraverso la proposta della contraccezione gratuita (prevista da DR per 2 anni dopo un IVG, per 1 anno dopo il parto, per le minori di 26 anni e per reddito) oltre che attraverso incontri educativi/informativi presso le scuole (all'interno dei progetti per l'educazione affettiva/sexuale, attivi su tutto il territorio in collaborazione tra i Consultori Giovani e la Promozione alla salute) e in centri di aggregazione.

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

- **Percorso Menopausa**

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

- **Prevenzione Oncologica**

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

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

- **Interventi mirati per la multiculturalità**

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

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

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

- **Persefone**

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

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

Infine, nell'ambito della continuità è inserita la **Rete del Codice Rosa**, quale rete tempo dipendente e percorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate. Il Codice Rosa è un percorso di protezione e cura pensato per le persone vittime di violenza. E' una rete "tempo dipendente" che si attiva rapidamente per offrire una risposta tempestiva e coordinata da parte dei servizi sanitari e sociali. È rivolto a: donne vittime di violenza di genere; minori in situazioni di abuso o maltrattamento; persone anziane o con disabilità; persone vittime di crimini d'odio o discriminazione (es. orientamento sessuale o identità di genere). Quando è rivolto a donne che subiscono violenza di genere si parla del "Percorso per le donne che subiscono violenza" cd. Percorso Donna, mentre per le vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione è il c.d. Percorso per le vittime di crimini d'odio. Il percorso è attivo qualunque sia la modalità di accesso al servizio sanitario, sia esso in area di emergenza-urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria e prevede precise procedure di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale, da parte di un'equipe multidisciplinare per la presa in carico delle problematiche provenienti dall'ospedale e anche per quelle che si possono presentare in cronico. Dopo il primo intervento, è garantita la continuità assistenziale con una presa in carico personalizzata. Il percorso opera in sinergia con enti, istituzioni ed in primis con la rete territoriale del Centri Antiviolenza, in linea con le direttive nazionali e internazionali.

## **2.9 Le vaccinazioni**

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

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

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

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

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

## ***2.10 Nuovi servizi di Prevenzione***

Per l'anno 2026 è in fase di progettazione una proposta dipartimentale di erogazione di prestazioni a favore della Rete dei Servizi SocioSanitari, in materia di prevenzione e promozione della salute nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità, per garantire la massima omogeneità delle risposte sul territorio. In linea con le indicazioni del DM 77/22, si vuole proporre all'interno delle nuove Case di Comunità l'istituzione di punti di assistenza, ascolto e informazione al pubblico in materia di:

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

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

## ***2.11 La Riabilitazione territoriale***

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

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

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

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

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

- **Percorsi riabilitativi territoriali ambulatoriali**

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

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

- **Percorsi riabilitativi territoriali domiciliari**

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

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

- **Percorsi riabilitativi territoriali semiresidenziali e residenziali**

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

### **Ausili e Presidi**

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

- Le protesi sono apparecchiature che permettono di sostituire parti del corpo o integrarne una danneggiata (es protesi oculare, protesi di arto);
- Le ortesi sono dispositivi esterno, utilizzati per supportare, correggere, immobilizzare o guidare una parte del corpo per migliorare la sua funzione (ad esempio gli apparecchi acustici, busti e corsetti, etc.);
- Gli ausili (ad esempio le carrozzelle o i girelli) sono quegli strumenti utili per compiere azioni altrimenti impossibili o difficili da eseguire;
- I presidi sono oggetti che aiutano a prevenire o curare determinate patologie (come il catetere per l'incontinenza, i pannoloni etc.).

I dispositivi e l'assistenza tecnica e sanitaria forniti dal SSN sono specificati dal Nomenclatore dell'assistenza protesica, che è parte integrante dei Livelli essenziali di assistenza ed attualmente sono regolati dal DPCM 12/01/17. Il Dipartimento MFR è riferimento aziendale per la prescrizione e il collaudo di ausili complessi da inserirsi nel progetto riabilitativo individuale, che costituiscono il 30% degli ausili prescritti in azienda. Fornisce opera di sensibilizzazione verso i medici prescrittori afferenti agli altri Dipartimenti aziendali. È anche riferimento per il 100% della attività

di riciclo, ricondizionamento e sanificazione. A livello aziendali sono presenti laboratori per ausili informatizzati per disabili: effettuano consulenze per la prescrizione ausili per la comunicazione e per la strutturazione di postazioni dedicate alle persone disabili in ambito lavorativo scolastico e domestico (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).

## ***2.12 La Salute Mentale Adulti***

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

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

La Salute Mentale Adulti opera con azioni rivolte:

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

educazione sanitaria e di promozione della salute tesi a promuovere la prevenzione del disagio psichico, il superamento dello stigma e l'inserimento sociale di utenti in difficoltà.

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

Gli interventi attivati sono i seguenti:

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

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

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

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

opportuna consulenza ai gruppi di lavoro multidisciplinari di valutazione e presa in carico della disabilità e dell'autismo adulti.

- **Servizi Semiresidenziali**

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

- **Servizi Residenziali**

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

- **Il progetto "Abitare Supportato" Salute Mentale**

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

- **Servizi Domiciliari**

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

aiutandole a uscire dalla condizione di isolamento sociale. Le prestazioni di assistenza domiciliare vengono erogate in coerenza con il progetto di cura personalizzato della persona.

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

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

- **Interventi di rete territoriale**

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

- **SMA in carcere**

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

- **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.

## ***2.13 Area Salute Mentale Infanzia Adolescenza***

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

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

- **L'accesso ai servizi**

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

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

Questo livello di presa in carico prevede un primo livello di accoglienza della domanda, mono professionale, e un successivo livello di approfondimento multiprofessionale. Tutti i percorsi di seguito elencati prevedono la Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, condivisa con la famiglia, per la predisposizione di Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati. Per ogni fascia di età vengono definiti percorsi e azioni specifiche integrati con i percorsi educativi.

- *Disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018*
- *Disturbi neuromotori*
- *Disturbi del linguaggio*
- *Disturbi dell'apprendimento*
- *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.

## **2.14 Area Dipendenze - Serd**

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

La rete dei servizi per le dipendenze è composta:

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

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

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

<i>Percorso</i>	<b>SdS Firenze</b>	<b>SdS F.na Nord Ovest</b>	<b>SdS F.na Sud Est</b>	<b>SdS Mugello</b>	<b>SdS Pratese</b>	<b>SdS Pistoiese</b>	<b>SdS VdN</b>	<b>SdS EVV</b>
<b>TD</b>	<b>1.600</b>	<b>678</b>	<b>447</b>	<b>303</b>	<b>903</b>	<b>563</b>	<b>534</b>	<b>623</b>

<i>Alcol</i>	<b>645</b>	<b>239</b>	<b>174</b>	<b>181</b>	<b>347</b>	<b>180</b>	<b>212</b>	<b>435</b>
<i>GAP</i>	<b>114</b>	<b>82</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>163</b>	<b>54</b>	<b>38</b>	<b>60</b>
<i>Tabagisti</i>	<b>327</b>	<b>122</b>	<b>156</b>	<b>102</b>	<b>551</b>	<b>184</b>	<b>0</b>	<b>63</b>
<i>Altri</i>	<b>82</b>	<b>31</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>73</b>	<b>56</b>	<b>33</b>	<b>22</b>
<i>TOT</i>	2768	1152	812	609	2037	1037	817	120 3

*Fonte: Bollettino Socio Epidemiologico 2024 – Ausl Toscana Centro*

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

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

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

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

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

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

- **I programmi di prevenzione**

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

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

- **Inserimenti socioterapeutici in ambito lavorativo**

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

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

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

- **Ser.D. in carcere**

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

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

<b>UFS Dipendenze in carcere</b>	<b>TD</b>	<b>Alcolisti</b>	<b>DGA</b>	<b>TOTALE</b>
<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>49 8</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>1.1 55</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.

### **3 I PERCORSI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA DISABILITÀ**

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

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

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

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

Il Governo, con la Legge Delega 227/21 ha avviato un complesso percorso di revisione concluso con il D.lgs. 62/2024. Si tratta di una riforma prevista dal PNRR - Missione 5 "Inclusione e Coesione" Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore", riguardante la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato. L'obiettivo è quello di assicurare alla persona il riconoscimento della propria condizione di disabilità, rimuovendo gli ostacoli e attivando i sostegni utili al pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti.

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

- Importanza delle parole sostituite con: «persona con disabilità»;

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

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

Meritevole risulta poi la definizione dei PUA (Punti Unici di Accesso), come porta unitaria di accesso ai servizi all'interno delle Case di Comunità, così come descritto nel DM 77/22 e nella DGRT 1508/22. Il PUA diviene anche una modalità maggiormente semplice di accesso ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari oltre che di governo della domanda in backoffice, in stretta connessione con le équipe territoriali, anche delle UVM e UVMD, come sottolineato dalla Legge regionale n. 35/2025 di "Riordino del sistema della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della persona con disabilità. Modifiche alla L.R 66/2008".

### ***3.1 Non Autosufficienza***

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

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

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

**Ogni SdS/ZD descriva la propria organizzazione.**

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

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

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

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

### Ogni SdS/ZD può integrare

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 IACA 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:

- *sostegno domiciliare*, anche con adattamento domestico
- *contributi per il care giver e l'assistente familiare*: interventi di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia che si assume in proprio il carico assistenziale verso persone non autosufficienti.

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

---

1

? 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).

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>Numero</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>Numero</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>Numero</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**

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

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

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

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

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

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

Tipologia	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
-----------	-------------	---------------------	------------------	-------------	-------------	---------------	---------	---------	----------------

<b>ADI</b>	<b>erogazioni</b>	20.02 2	1.900	2.491	1.074	3.718	2.106	5.933	9.120	<b>46.364</b>
	<b>di cui anziani</b>	15.69 2	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	15.92 6	6.840	17.91 4	66	<b>55.925</b>
	<b>di cui anziani</b>	5.608	4.360	3.586	893	14.53 9	6.522	16.48 7	66	<b>52.061</b>
<b>AD solo</b>	<b>erogazioni</b>	162.4 93	111.880	84.097	39.846	134.8 35	149.31 5	125.3 40	130.0 87	<b>937.893</b>
<b>sanitaria</b>	<b>di cui anziani</b>	141.4 08	98.950	75.932	35.538	113.9 47	135.79 1	109.4 62	113.4 01	<b>824.429</b>

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

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

- **Area della semiresidenzialità**

Il Centro Diurno per persone anziane 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.**

	<b>SdS Firenze</b>	<b>SdS Valdinievole</b>	<b>SdS Pratese</b>	<b>SdS Pistoiese</b>	<b>SdS F.na Nord-Ovest</b>	<b>SdS F.na Sud-Est</b>	<b>SdS Mugello</b>	<b>SdS EVI</b>	<b>AUTC</b>
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)***

Zona /SdS	Numeratore	Denominatore	Valore
SdS Firenze	2.605	54.877	47,47
SdS Valdinievole	232	16.404	14,14
SdS Pratese	1.051	31.694	33,16
SdS Pistoiese	685	25.251	27,13
SdS F.na Nord-Ovest	637	32.064	19,87
SdS F.na Sud-Est	1.551	25.160	61,65
SdS Mugello	438	8.734	50,15
SdS EVI	1.101	31.694	34,74
<b>AUTC</b>	<b>8.300</b>	<b>225.878</b>	<b>36,75</b>

**Ogni SdS/ZD può integrare con propri dati e/o descrivendo previsioni specifiche del progetto zonale**

- **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***

***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.***

<b>R1, R2, R3</b>	<b>SdS Firenze</b>	<b>SdS F.na Nord Ovest</b>	<b>SdS F.na Sud Est</b>	<b>SdS Mugello</b>	<b>SdS Pratese</b>	<b>SdS Pistoiese</b>	<b>SdS VdN</b>	<b>SdS EVV</b>	<b>Totale AUSL TC</b>
<b>Totale assistiti</b>	<b>2.601</b>	<b>637</b>	<b>1.545</b>	<b>437</b>	<b>1.053</b>	<b>686</b>	<b>229</b>	<b>1.060</b>	<b>8.248</b>
<b>Demografia</b>	<b>54.09</b>	<b>28.546</b>	<b>26.326</b>	<b>8.239</b>	<b>30.40</b>	<b>24.256</b>	<b>15.8</b>	<b>30.4</b>	<b>218.192</b>

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'attività

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

		<b>6</b>				<b>3</b>		<b>46</b>	<b>80</b>	
<b>Tasso / Indicatore</b>		<b>48,08</b>	<b>22,31</b>	<b>58,69</b>	<b>53,04</b>	<b>34,63</b>	<b>28,28</b>	<b>14,45</b>	<b>34,78</b>	<b>37,80</b>
<b>R1</b>	<b>nr. assistiti</b>	<b>1.143</b>	<b>-</b>	<b>683</b>	<b>-</b>	<b>626</b>	<b>329</b>	<b>-</b>	<b>376</b>	<b>3.157</b>
	<b>Tasso</b>	<b>21,13</b>	<b>-</b>	<b>25,94</b>	<b>-</b>	<b>20,59</b>	<b>13,56</b>	<b>-</b>	<b>12,34</b>	<b>14,47</b>
<b>R2</b>	<b>nr. assistiti</b>	<b>127</b>	<b>14</b>	<b>59</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>54</b>	<b>276</b>
	<b>Tasso</b>	<b>2,35</b>	<b>0,49</b>	<b>2,24</b>	<b>1,58</b>	<b>0,03</b>	<b>0,25</b>	<b>0,13</b>	<b>1,77</b>	<b>1,26</b>
<b>R2D</b>	<b>nr. assistiti</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>142</b>	<b>84</b>	<b>91</b>	<b>321</b>
	<b>Tasso</b>	<b>0,04</b>	<b>-</b>	<b>0,04</b>	<b>-</b>	<b>0,03</b>	<b>5,85</b>	<b>5,30</b>	<b>2,99</b>	<b>1,47</b>
<b>R3</b>	<b>nr. assistiti</b>	<b>1.329</b>	<b>623</b>	<b>802</b>	<b>424</b>	<b>425</b>	<b>209</b>	<b>143</b>	<b>539</b>	<b>4.494</b>
	<b>Tasso</b>	<b>24,57</b>	<b>21,82</b>	<b>30,46</b>	<b>51,46</b>	<b>13,98</b>	<b>8,62</b>	<b>9,02</b>	<b>17,68</b>	<b>20,60</b>

(fonte: archivio regionale D33Z - Anno 2024. Numero di assistiti residenziali >= 75 anni per 1.000 abitanti per intensità di cura – estrazione Infoview 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 Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	<b>Totale AUSL TC</b>	
<b>Totale assistiti Semiresidenziali</b>	<b>182</b>	<b>70</b>	<b>73</b>	<b>16</b>	<b>78</b>	<b>113</b>	<b>85</b>	<b>65</b>	<b>682</b>	
<b>SR1</b>	<b>nr. assistiti</b>	<b>108</b>	<b>52</b>	<b>72</b>	<b>16</b>	<b>73</b>	<b>88</b>	<b>54</b>	<b>65</b>	<b>528</b>

3

? SR1 - Trattamenti Semiresidenziali e trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati;

SR2 - Trattamenti Semiresidenziali Demenze e trattamenti di cure estensive per persone con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale erogate.

	<b>Tasso</b>	1,97	1,75	2,62	1,83	2,30	3,49	3,29	2,05	2,33
<b>SR2</b>	<b>N. assistiti</b>	74	18	1	-	5	25	31	-	154
	<b>Tasso</b>	1,35	0,61	0,04	-	0,16	0,99	1,89	-	0,68

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

### **3.1 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 (regionale e ministeriale)*
- *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.*

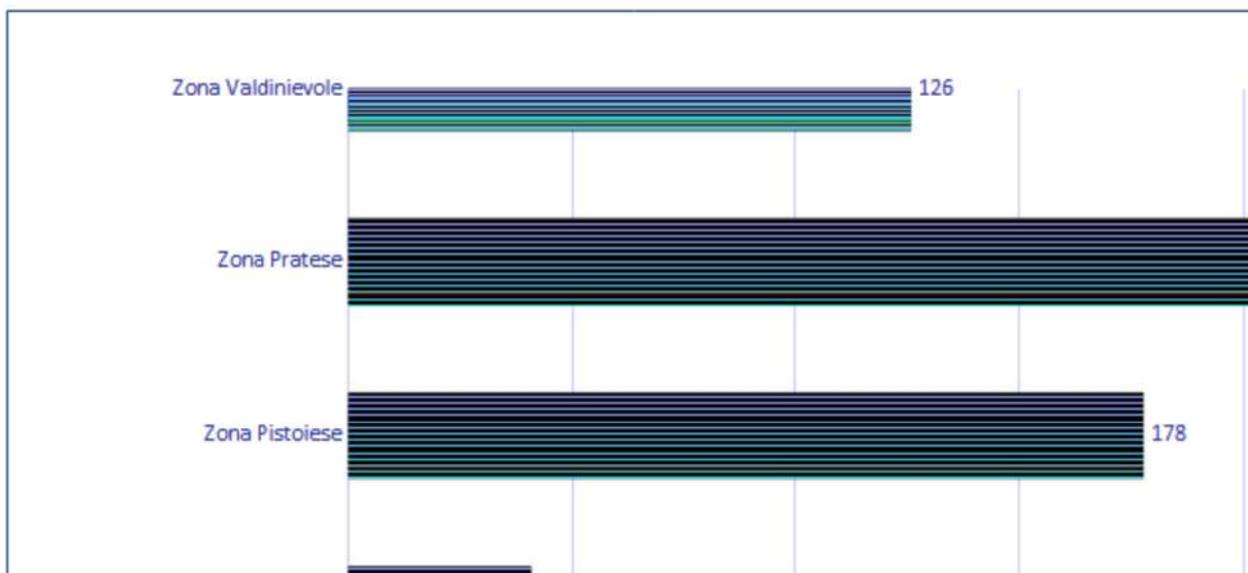
#### 4 IL SERVIZIO EMERGENZA URGENZA SOCIALE (SEUS)

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

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

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

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

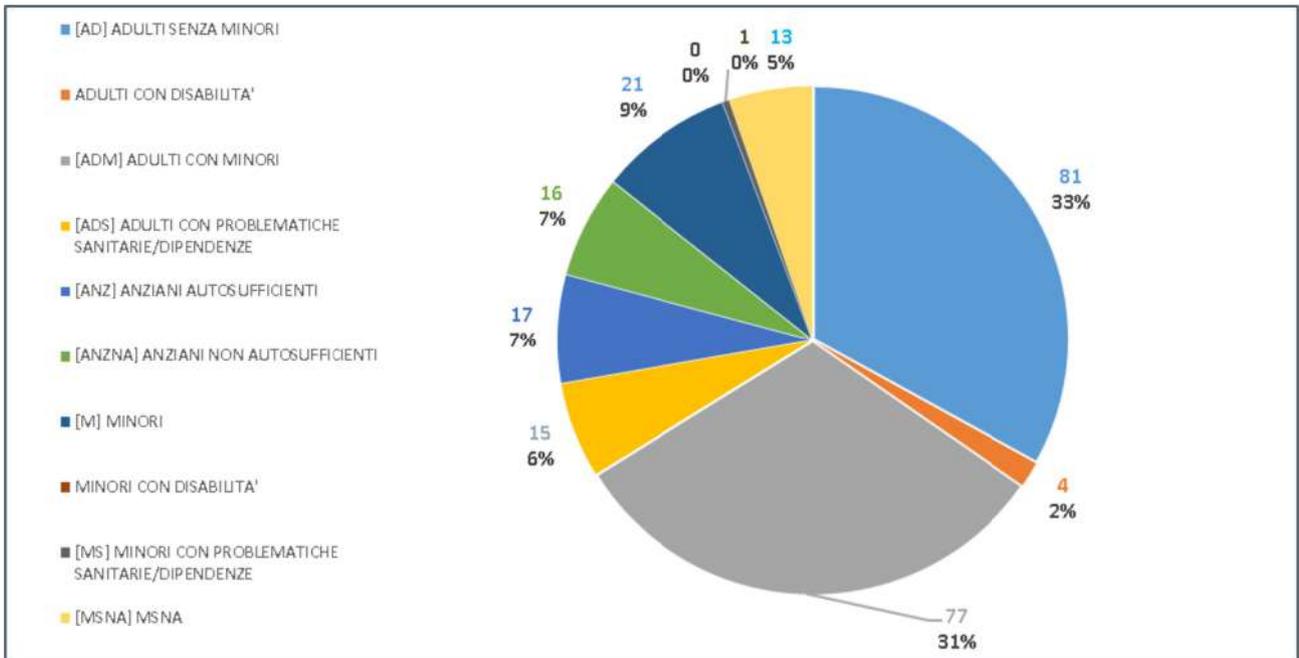




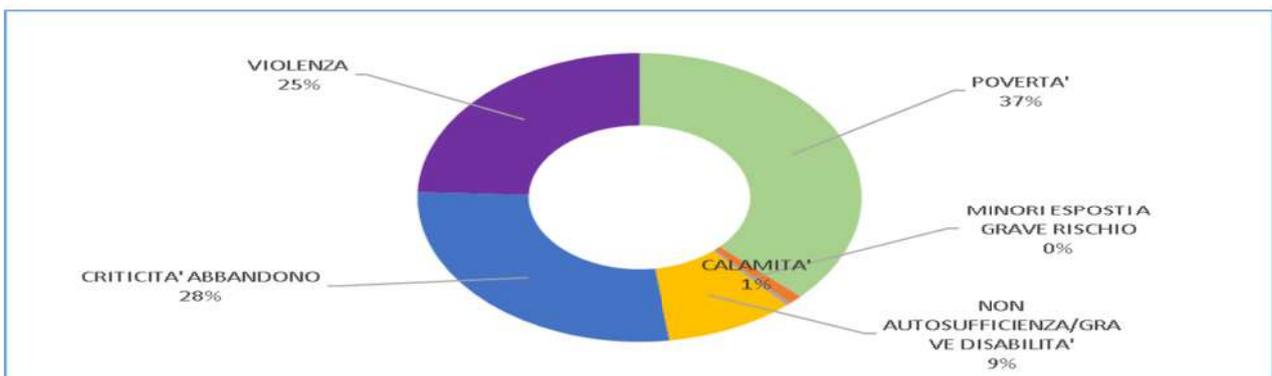
**Numero di Segnalazioni per “Soggetti segnalanti”, AUSL TC anno 2024.**



**Numero “Tipologia segnalati” e percentuali, AUSL TC anno 2024.**



**Percentuali “Problematiche segnalate in ricezione”, AUSL TC anno 2024.**



## ITEM “PROBLEMATICHE SOCIALI” SCORPORATI

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

*Numero “Schede processate” periodo dal 2018 al 2024, AUSL TC.*



## 5. I SERVIZI REALIZZATI DALLA SOCIETA' DELLA SALUTE

A seguito dell'approvazione del Bilancio Consuntivo della SdS anno 2024 è stato possibile rendicontare le attività e i servizi reealizzati a favore dei cittadini della zona Pratese. I dati economici e di attività sono organizzate per le 4 Aree di Intervento (Minori – Anziani – Disabilità- Inclusion Sociale/Povertà) e suddivisi per i Singoli Comuni facenti parte del Consorzio in base alla residenza del Cittadino.

### Area minori e famiglia

**Tab.1 Società della Salute Area Pratese. Anno 2024.**

Tipo Intervento	Beneficiari	Spesa
Struttura residenziale per Minori (Minori accolti)	49	€ 1.602.581,65
Struttura semi-residenziale per Minori (Minori accolti)	138	€ 888.915,91
Attività pomeridiana di socializzazione per bambini e ragazzi	81	€ 119.635,25
Affidamenti Familiari (con contributo economico)	84	€ 488.843,3
Sostegno Educativo per bambini e ragazzi	523	€ 953.826,38
Incontri protetti per diritto di visita genitori/figlio	110	€ 98.935,85
Struttura residenziale per Madri con Minori	185	€ 1.915.439,29
Minori Stranieri Non Accompagnati (0-18 anni e con prosieguo amministrativo 18-21 anni) <i>* questo dato non è suddiviso fra i singoli Comuni</i>	75 (di cui 43 18-21 anni)	€ 1.690.734,28
<b>Totale</b>	<b>1245</b>	<b>€ 7.849.890,72</b>

### DETTAGLIO SINGOLI COMUNI

**Tab.1a. Comune di Cantagallo. Area Minori e famiglia. Anno 2024.**

Tipo Intervento	Beneficiari	Spesa
Sostegno Educativo per bambini e ragazzi	13	€ 19.608,31
Incontri protetti per diritto di visita genitori/figlio	5	€ 3.988,67
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>€ 23.596,98</b>

**Tab.1b. Comune di Carmignano. Area Minori e famiglia. Anno 2024.**

Tipo Intervento	Beneficiari	Spesa
-----------------	-------------	-------

Struttura residenziale per Minori (Minori accolti)	4	€ 153.020,22
Struttura semi-residenziale per Minori (Minori accolti)	2	€ 8.823,99
Affidamenti Familiari (con contributo economico)	4	€ 20.704,78
Sostegno Educativo per bambini e ragazzi	40	€ 79.102,62
Incontri protetti per diritto di visita genitori/figlio	6	€ 7.719,08
Struttura residenziale per Madri con Minori	3	€ 5.302,24
<b>Totale</b>	<b>59</b>	<b>€ 274.672,93</b>

**Tab.1c. Comune di Montemurlo. Area Minori e famiglia. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Struttura semi-residenziale per Minori (Minori accolti)	10	€ 69.417,82
Affidamenti Familiari (con contributo economico)	5	€ 22.958,11
Sostegno Educativo per bambini e ragazzi	37	€ 56.634,10
Struttura residenziale per Madri con Minori	15	€ 154.267,78
Incontri protetti per diritto di visita genitori/figlio	5	€ 3.617,91
Attività pomeridiana di socializzazione per bambini e ragazzi	1	€ 4.088,41
<b>Totale</b>	<b>73</b>	<b>€ 310.984,13</b>

**Tab.1d. Comune di Poggio a Caiano. Area Minori e famiglia. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Struttura semi-residenziale per Minori (Minori accolti)	3	€ 15.567,12
Affidamenti Familiari (con contributo economico)	1	€ 4.171,79
Sostegno Educativo per bambini e ragazzi	28	€ 52.404,96
Struttura residenziale per Madri con Minori	4	€ 36.372,12
Incontri protetti per diritto di visita genitori/figlio	3	€ 3.034,81

<b>Totale</b>	<b>39</b>	<b>€ 111.550,80</b>

**Tab.1e. Comune di Prato. Numero utenti Area Minori e famiglia. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Struttura residenziale per Minori (Minori accolti)	40	€ 1.261.913,38
Struttura semi-residenziale per Minori (Minori accolti)	119	€ 790.879,55
Attività pomeridiana di socializzazione per bambini e ragazzi	80	€ 115.546,84
Affidamenti Familiari (con contributo)	72	€ 433.676,86
Sostegno Educativo per bambini e ragazzi	353	€ 693.553,21
Incontri protetti per diritto di visita genitori/figlio	90	€ 76.740,54
Struttura residenziale per Madri con Minori	160	€ 1.697.287,08
<b>Totale</b>	<b>914</b>	<b>€ 5.069.597,46</b>

**Tab.1f. Comune di Vaiano. Area Minori e famiglia. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Struttura residenziale per Minori (Minori accolti)	3	€ 113.130,68
Sostegno Educativo per bambini e ragazzi	26	€ 21.812,17
Struttura semi-residenziale per Minori (Minori accolti)	3	€ 90.978,81
Struttura residenziale per Madri con Minori	3	€ 22.210,07
Affidamenti Familiari (con contributo)	1	€ 5.095,35
<b>Totale</b>	<b>136</b>	<b>€ 253.227,08</b>

**Tab.1g. Comune di Vernio. Area Minori e famiglia. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Struttura residenziale per Minori (Minori accolti)	2	€ 74.517,37

Struttura semi-residenziale per Minori (Minori accolti)	1	€ 4.227,43
Affidamenti Familiari (con contributo economico)	1	€ 2.236,41
Sostegno Educativo per bambini e ragazzi	26	€ 30.711,01
Incontri protetti per diritto di visita genitori/figlio	6	€ 3.834,84
<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>€ 115.527,06</b>

### Area persone anziane

**Tab.2 Società della Salute Area Pratese. Area Persone anziane. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Strutture residenziali (RSA) quota sociale	1.094	€ 3.652.531,61
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	170	€ 569.433,79
Assegni di cura (contributo per contratto badante)	238	€ 499.437,90
Assistenza Domiciliare	855	€ 3.301.839,68
Pasti a domicilio	152	€ 334.390,66
Addendum – fondo di integrazione retta RSA	28	€ 37.056,50
Progetto FSC - A Dopo bis Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare (azione 1-2-3)	110	€ 284.239,88
Progetto FSE+ 2021/2027 Igea Sostegno alle persone con limitazione dell'autonomia e ai loro familiari per l'accesso ai servizi di cura socio-sanitari (azione 1 e 2)	18	€ 22.274,00
PROGETTO INPS Home Care Premium – Ass. Domiciliare	238	€ 328.429,55
Progetto CircolaMente (Caffe' e Atelier Alzheimer)	20	€ 51.978,10
Progetto PNRR 1.1.3	1	€ 2.592,00
Progetto "Dopo ospedale è meglio a casa" (per le dimissioni complesse da Ospedale)	8.333 ore	€ 200.000,00
<b>Totale</b>	<b>2924 Beneficiari + 8.333 ore di</b>	<b>€ 9.284.203,17</b>

	<b>assistenza</b>	
--	-------------------	--

## DETTAGLIO SINGOLI COMUNI

**Tab.2a Comune di Cantagallo. Area Persone anziane. Anno 2024.**

Tipo Intervento	Beneficiari	Spesa
Strutture residenziali (RSA) quota sociale	14	€ 10.735,51
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	1	€ 6.088,33
Assegni di cura (contributo per contratto badante)	2	€ 8.941,80
Assistenza Domiciliare	22	€ 42.806,82
Progetto FSC - A DOPO bis -Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare (azione 1)	1	€ 1.648,00
Progetto FSE + IGEA Sostegno alle persone con limitazione autonomia per servizi di cura socio-sanitaria (azione 2)	1	€ 288,00
PROGETTO INPS Home Care Premium – Ass. Domiciliare	5	€ 6.675,40
Progetto "Dopo ospedale è meglio a casa" (per le dimissioni complesse da Ospedale)	63 (ore)	€ 1.513,90
<b>Totale</b>	<b>46 Beneficiari + 63 ore di assistenza</b>	<b>€. 78.697,76</b>

**Tab. 2b Comune di Carmignano. Area Persone anziane. Anno 2024.**

Tipo Intervento	Beneficiari	Spesa
Strutture residenziali (RSA) quota sociale	49	€ 161.771,29
Strutture semi-residenziali	12	€ 41.141,20
Assegni di cura (contributo per contratto badante)	5	€ 12.334,57
Assistenza Domiciliare	34	€ 137.186,01
Addendum – fondo di integrazione retta RSA	1	€ 870,50

Progetto FSC - A DOPO bis -Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare (azione 1)	9	€ 19.943,47
Progetto FSE+IGEA Sostegno alle persone con limitazione autonomia per servizi di cura socio-sanitaria (azione 2)	1	€ 144,00
PROGETTO INPS Home Care Premium – Ass. Domiciliare	8	€ 10.680,64
Progetto "Dopo ospedale è meglio a casa" (per le dimissioni complesse da Ospedale)	331(ore)	€ 7.947,99
<b>Totale</b>	<b>119 Beneficiari</b> + <b>331 ore di assistenza</b>	<b>€ 392.019,67</b>

**Tab. 2c Comune di Montemurlo. Area Persone anziane. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Strutture residenziali (RSA) quota sociale	68	€ 201.016,27
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	5	€ 14.896,79
Assegni di cura (contributo per contratto badante)	13	€ 29.212,32
Assistenza Domiciliare	49	€ 257.696,19
Pasti a domicilio	14	€ 29.735,97
Addendum – fondo di integrazione retta RSA	3	€ 4.858,00
Progetto FSC - A DOPO bis -Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare (azione 1)	4	€ 14.480,00
Progetto FSE + IGEA Sostegno alle persone con limitazione autonomia per servizi di cura socio-sanitaria (azione 1-2)	2	€ 1.873,00
PROGETTO INPS Home Care Premium – Ass. Domiciliare	9	€ 12.015,72
Progetto CircolaMente (Caffe' e Atelier Alzheimer)	1	€ 2.600,00
Progetto "Dopo ospedale è meglio a casa" (per le dimissioni complesse da Ospedale)	447(ore)	€ 10.723,48
<b>Totale</b>	<b>168 Beneficiari</b>	<b>€ 579.107,74</b>

	+	
	<b>447 ore di assistenza</b>	

**Tab. 2d Comune di Poggio a Caiano. Area Persone anziane. Anno 2024.**

Tipo Intervento	Beneficiari	Spesa
Strutture residenziali (RSA) quota sociale	20	€ 50.651,65
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	8	€ 22.774,97
Assegni di cura (contributo per contratto badante)	5	€ 12.362,08
Assistenza Domiciliare	23	€ 77.038,73
Progetto FSC - A DOPO bis -Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare (azione 1)	3	€ 10.496,00
Progetto FSE + IGEA Sostegno alle persone con limitazione autonomia per servizi di cura socio-sanitaria	0	o
PROGETTO INPS Home Care Premium – Ass. Domiciliare	5	€ 6.675,40
Progetto CircolaMente (Caffe' e Atelier Alzheimer)	2	€ 5.197,81
Progetto "Dopo ospedale è meglio a casa" (per le dimissioni complesse da Ospedale)	323 (ore)	€ 7.751,18
<b>Totale</b>	<b>66 Beneficiari</b> + <b>323 ore di assistenza</b>	<b>€. 192.947,82</b>

**Tab. 2e Comune di Prato. Area Persone anziane. Anno 2024.**

Tipo Intervento	Beneficiari	Spesa
Strutture residenziali (RSA) quota sociale	874	€ 3.007.901,49
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	135	€ 454.169,17
Assegni di cura (contributo per contratto badante)	196	€ 391.352,18

Assistenza Domiciliare	678	€ 2.616.549,31
Pasti a domicilio	138	€ 304.654,69
Addendum – fondo di integrazione retta RSA	24	€ 31.328,00
Progetto FSC - A DOPO bis -Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare (azione 1)	81	€ 207.504,91
Progetto FSE + IGEA Sostegno alle persone con limitazione autonomia per servizi di cura socio-sanitaria (azione 1 - 2)	12	€ 16.569,00
PROGETTO INPS Home Care Premium – Ass. Domiciliare	199	€ 265.680,79
Progetto CircolaMente (Caffe' e Atelier Alzheimer)	17	€ 44.180,29
Progetto PNRR 1.1.3 Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità	1	€ 2.592,00
Progetto "Dopo ospedale è meglio a casa" (per le dimissioni complesse da Ospedale)	6.762 (ore)	€ 162.286,16
<b>Totale</b>	<b>2355 Beneficiari + 6.762 ore di assistenza</b>	<b>€. 7.504.767,99</b>

**Tab. 2f Comune di Vaiano. Area Persone anziane. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Strutture residenziali (RSA) quota sociale	33	€ 136.077,84
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	7	€ 23.216,28
Assegni di cura (contributo per contratto badante)	8	€ 22.848,51
Assistenza Domiciliare	28	€ 117.930,00
Progetto FSC - A DOPO bis -Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare (azione 1)	2	€ 4.072,00
Progetto FSE + IGEA Sostegno alle persone con limitazione	1	€ 2.500,00

autonomia per servizi di cura socio-sanitaria (azione 1)		
PROGETTO INPS Home Care Premium – Ass. Domiciliare	10	€ 13.350,80
Progetto "Dopo ospedale è meglio a casa" (per le dimissioni complesse da Ospedale)	231 (ore)	€ 5.550,98
<b>Totale</b>	<b>89 Beneficiari + 231 ore di assistenza</b>	<b>€ 325.546,41</b>

**Tab. 2g Comune di Vernio. Area Persone anziane. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Strutture residenziali (RSA) quota sociale	36	€ 84.377,56
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	2	€ 7.147,05
Assegni di cura (contributo per contratto badante)	9	€ 22.386,44
Assistenza Domiciliare	21	€ 52.632,62
Progetto FSC - A DOPO bis -Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare (azione 1)	9	€ 26.095,00
Progetto FSE + IGEA Sostegno alle persone con limitazione autonomia per servizi di cura socio-sanitaria (azione 1)	1	€ 900,00
PROGETTO INPS Home Care Premium – Ass. Domiciliare	10	€ 13.350,80
Progetto "Dopo ospedale è meglio a casa" (per le dimissioni complesse da Ospedale)	176 (ore)	€ 4.226,31
<b>Totale</b>	<b>88 Beneficiari + 176 ore di assistenza</b>	<b>€ 211.115,78</b>

**Area persone con disabilità**

**Tab. 3 Società della Salute Area Pratese. Area persone con disabilità. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
------------------------	--------------------	--------------

Strutture residenziali (CAP e RSD) quota sociale	138	€ 1.361.782,95
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	210	€ 2.064.349,22
Inserimenti socio-terapeutici	244	€ 309.116,50
Attività ludico motoria in acqua	230	€ 208.456,43
Sostegno educativo domiciliare	108	€ 88.395,62
Assistenza scolastica per alunni con disabilità (materna, elementare, media e superiore)	297	€ 1.085.466,76
Trasporto Sociale	396	€ 1.170.307,05
Percorsi trasversali scuola lavoro alunni con disabilità (PCTO)	116	€ 93.800,00
SOS-TENGO Interventi educativi e psicologici	2	€ 2.076,00
Progetto Dopo di Noi	21	€ 376.909,90
Vita indipendente	73	€ 895.635,15
Progetto Indipendenza e autonomia InAut	14	€ 83.761,92
Progetto Disabilità gravissime	159	€ 1.668.949,29
Progetto Care Giver	47	€ 137.410,00
<b>Totale</b>	<b>2055</b>	<b>€ 9.533.417,79</b>

## DETTAGLIO SINGOLI COMUNI

**Tab. 3a Comune di Cantagallo. Area persone con disabilità. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Strutture residenziali (CAP e RSD) quota sociale	4	€ 29.870,34
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	5	€ 36.145,89
Inserimenti socio-terapeutici	3	€ 3.404,00
Attività ludico motoria in acqua	5	€ 4.733,35
Sostegno Educativo Domiciliare	1	€ 1.422,33

Assistenza scolastica per alunni con disabilità	6	€ 17.520,53
Trasporto sociale	8	€ 11.928,81
Vita indipendente	1	€ 10.200,00
Progetto Indipendenza e autonomia InAut	1	€ 8.400,00
<b>Totale</b>	<b>34</b>	<b>€ 123.625,25</b>

**Tab. 3b Comune di Carmignano. Area persone con disabilità. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Strutture residenziali (CAP e RSD) quota sociale	5	€ 53.244,10
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	12	€ 116.668,74
Inserimenti socio-terapeutici	10	€ 14.823
Attività ludico motoria in acqua	8	€ 6.496,50
Sostegno Educativo Domiciliare	1	€ 318,05
Assistenza scolastica per alunni con disabilità	8	€ 23.310,72
Percorsi trasversali scuola lavoro alunni con disabilità (PCTO)	3	€ 252,00
Trasporto sociale	26	€ 97.477,82
Vita indipendente	3	€ 25.546,84
Progetto Disabilità gravissime	10	€ 108.671,76
Progetto Care Giver	3	€ 7.600,00
<b>Totale</b>	<b>89</b>	<b>€ 454.409,53</b>

**Tab. 3c Comune di Montemurlo. Area persone con disabilità. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Strutture residenziali (CAP e RSD) quota sociale	8	€ 78.763,75
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	23	€ 252.985,20

Inserimenti socio-terapeutici	25	€ 34.786,00
Attività ludico motoria in acqua	14	€ 8.657,09
Sostegno educativo domiciliare	11	€ 6.252,65
Assistenza scolastica per alunni con disabilità	3	€ 11.580,39
Percorsi trasversali scuola lavoro alunni con disabilità (PCTO)	5	€ 4.200,00
Trasporto sociale	34	€ 117.748,30
SOS-TENGO interventi educativi e psicologici	1	€ 1.127,00
Progetto Dopo di Noi	2	€ 35.896,18
Vita indipendente	8	€ 81.134,04
Progetto Indipendenza e autonomia InAut	1	€ 6.000,00
Progetto Disabilità gravissime	8	€ 94.290,85
Progetto Care Giver	3	9.600,00
<b>Totale</b>	<b>146</b>	<b>€ 743.021,45</b>

**Tab. 3d Comune di Poggio a Caiano. Area persone con disabilità. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Strutture residenziali (CAP e RSD) quota sociale	4	€ 27.055,42
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	12	€ 125.053,53
Inserimenti socio-terapeutici	4	€ 8.283,00
Attività ludico motoria in acqua	1	€ 368,13
Sostegno educativo domiciliare	1	€ 907,34
Assistenza scolastica per alunni con disabilità	12	€ 43.634,07
Trasporto sociale	20	€ 50.269,01
Progetto Dopo di Noi	3	€ 53.844,27
Vita indipendente	1	€ 10.597,84

Percorsi trasversali scuola lavoro alunni con disabilità (PCTO)	4	€ 1.176,00
Progetto Indipendenza e autonomia InAut	2	€ 19.200,00
Progetto Disabilità gravissime	6	€ 31.996,60
Progetto Care Giver	3	€ 9.200,00
<b>Totale</b>	<b>73</b>	<b>€ 381.585,21</b>

**Tab. 3e Comune di Prato. Area persone con disabilità. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Strutture residenziali (CAP e RSD) quota sociale	104	€ 1.069.177,99
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	144	€ 1.466.308,69
Inserimenti socio-terapeutici	177	€ 212.085,50
Attività ludico motoria in acqua	185	€ 141.430,34
Sostegno educativo domiciliare	87	€ 72.986,62
Assistenza scolastica per alunni con disabilità	255	€ 931.286,88
Percorsi trasversali scuola lavoro alunni con disabilità (PCTO)	99	€ 83.020,00
Trasporto sociale	292	€ 810.868,62
SOS-TENGO interventi educativi e psicologici	1	€ 949,00
Progetto Dopo di Noi	14	€ 251.273,27
Vita indipendente	53	€ 677.071,37

Progetto Indipendenza e autonomia InAut	8	€ 39.381,34
Progetto Disabilità gravissime	129	€ 1.381.016,56
Progetto Care Giver	34	€ 98.610,00
<b>Totale</b>	<b>1582</b>	<b>€ 7.235.466,18</b>

**Tab. 3f Comune di Vaiano. Area persone con disabilità. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Strutture residenziali (CAP e RSD) quota sociale	10	€ 84.711,42
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	9	€ 42.540,90
Inserimenti socio-terapeutici	18	€ 25.605,00
Attività ludico motoria in acqua	12	€ 42.540,90
Sostegno educativo domiciliare	3	€ 2.449,35
Assistenza scolastica per alunni con disabilità	5	€ 17.970,36
Percorsi trasversali scuola lavoro alunni con disabilità (PCTO)	4	€ 3.416,00
Trasporto sociale	13	€ 62.977,81
Progetto Dopo di Noi	2	€ 35.896,18
Vita indipendente	6	€ 76.685,06
Progetto Indipendenza e autonomia InAut	1	€ 4.780,58
Progetto Disabilità gravissime	2	€ 21.773,52
Progetto Care Giver	2	€ 6.400,00
<b>Totale</b>	<b>85</b>	<b>€ 427.747,08</b>

**Tab. 3g Comune di Vernio. Area persone con disabilità. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Strutture residenziali (CAP e RSD) quota sociale	3	€ 18.959,93

Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	5	€ 24.646,27
Inserimenti socio-terapeutici	7	€ 10.131,00
Attività ludico motoria in acqua	5	€ 4.230,12
Sostegno educativo domiciliare	4	€ 4.059,28
Assistenza scolastica per alunni con disabilità	8	€ 40.163,81
Percorsi trasversali scuola lavoro alunni con disabilità (PCTO)	1	€ 1.736,00
Trasporto sociale	3	€ 19.036,68
Vita indipendente	1	€ 14.400,00
Progetto Indipendenza e autonomia InAut	1	€ 6.000,00
Progetto Disabilità gravissime	4	€ 31.200,00
Progetto Care Giver	2	€ 6.000,00
<b>Totale</b>	<b>44</b>	<b>€ 180.563,09</b>

#### Area cittadinanza, povertà ed inclusione sociale

**Tab. 4 Società della Salute Area Pratese. Area cittadinanza, povertà ed inclusione sociale. Anno 2024.**

Tipo Intervento	Beneficiari	Spesa
Contributi economici	550	€ 360.141,67
Inserimenti in strutture residenziali a bassa soglia (Casa Betania e Villa Egle)	21	€ 170.516,14
Sportello Segretariato Sociale – Nuovi Accessi	2.580	
Servizio Mensa La Pira	642	€ 96.822,03
Centro Diurno/Servizi Via Borgo Valsugana	1.282	€ 202.530,35
Accoglienza Notturna (Via Borgo Valsugana)	88	€ 174.214,00
Accoglienza Notturna Via del Carmine	120	€ 110.233,53

Progetto FSE - SALPO Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate seconda edizione	211	€ 109.974,57
Centro Antiviolenza * dato della spesa non suddiviso fra i Comuni	508	€ 120.000,00
Progetto FSE Bridges – Servizi di inclusione sociale a favore di persone detenute Carcere La Dogaia * dato non suddiviso fra i Comuni	150	€ 53.078,49
<b>Totale</b>	<b>6.152</b>	<b>€ 1.226.994,64</b>

## DETTAGLIO SINGOLI COMUNI

**Tab. 4a Comune di Cantagallo. Area cittadinanza, povertà ed inclusione sociale. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Contributi economici	16	€ 8.638,14
Progetto FSE - SALPO Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate seconda edizione	12	€ 6.254,48
Segretariato Sociale – Nuovi Accessi	28	
Centro Antiviolenza	5	
<b>Totale</b>	<b>61</b>	<b>€ 14.892,62</b>

**Tab. 4 b Comune di Carmignano. Area cittadinanza, povertà ed inclusione sociale. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Contributi economici	15	€ 14.166,24
Progetto FSE - SALPO Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate seconda edizione	1	€ 521,21
Segretariato Sociale – Nuovi Accessi	85	
Centro Antiviolenza	20	
<b>Totale</b>	<b>136</b>	<b>€ 14.687,45</b>

**Tab. 4c Comune di Montemurlo. Area cittadinanza, povertà ed inclusione sociale. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
------------------------	--------------------	--------------

Contributi economici	23	€ 23.863,06
Inserimenti in strutture residenziali a bassa soglia (Casa Betania e Villa Egle)	2	€ 24.808,86
Progetto FSE - SALPO Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate seconda edizione	6	€ 3.127,24
Segretariato Sociale – Nuovi Accessi	186	
Centro Antiviolenza	19	
<b>Totale</b>	<b>236</b>	<b>€ 51.799,16</b>

**Tab. 4d Comune di Poggio a Caiano. Area cittadinanza, povertà ed inclusione sociale. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Contributi economici	20	€ 16.170,00
Inserimenti in strutture residenziali a bassa soglia (Casa Betania e Villa Egle)	1	€ 15.215,22
Progetto FSE - SALPO Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate seconda edizione	8	€ 4.169,65
Segretariato Sociale – Nuovi Accessi	93	
Centro Antiviolenza	10	
<b>Totale</b>	<b>132</b>	<b>€ 35.554,87</b>

**Tab. 4e Comune di Prato. Area cittadinanza, povertà ed inclusione sociale. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Contributi economici	448	€ 277.592,04
Inserimenti in strutture residenziali a bassa soglia (Casa Betania e Villa Egle)	16	€ 103.872,04
Progetto FSE - SALPO Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate seconda edizione	171	€ 89.126,31

Segretariato Sociale – Nuovi Accessi	2.077	
Centro Antiviolenza	343	
<b>Totale</b>	<b>3.055</b>	<b>€ 470.590,39</b>

**Tab. 4f Comune di Vaiano. Area cittadinanza, povertà ed inclusione sociale. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Contributi economici	14	€ 10.554,06
Inserimenti in strutture residenziali a bassa soglia (Casa Betania e Villa Egle)	1	€ 12.336,55
Progetto FSE - SALPO Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate seconda edizione	10	€ 5.212,06
Segretariato Sociale – Nuovi Accessi	111	
Centro Antiviolenza	12	
<b>Totale</b>	<b>148</b>	<b>€ 28.102,67</b>

**Tab. 4g Comune di Vernio. Area cittadinanza, povertà ed inclusione sociale. Anno 2024.**

<b>Tipo Intervento</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Spesa</b>
Contributi economici	9	€ 9.158,13
Inserimenti in strutture residenziali a bassa soglia (Casa Betania e Villa Egle)	1	€ 14.283,47
Progetto FSE - SALPO Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate seconda edizione	3	€ 1.563,62
Segretariato Sociale – Nuovi Accessi	94	
Centro Antiviolenza	20	
<b>Totale</b>	<b>127</b>	<b>€ 25.005,22</b>

**IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE IN NUMERI**

**LE AREE PROFESSIONALI E IL NUMERO DEI CITTADINI IN CARICO ANNO 2024**

<b>Area Professionale Minori e famiglie</b>	<b>TOTALE SdS Area Pratese</b>	Di cui: Comune di Prato	Di cui: Comune di Montemurlo	Di cui: Comune di Carmignano	Di cui: Comune di Vaiano	Di cui: Comune di Poggio a Caiano	Di cui: Comune di Vernio	Di cui: Comune di Cantagallo
Numero Assistenti Sociali	22	18 (di cui 1 in attesa e 1 a tempo determinato)	1	1 AS dipendente del Comune di Carmignano che opera per Carmignano e Poggio a Caiano	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo	1 AS dipendente del Comune di Carmignano a tempo determinato che opera per Carmignano e Poggio a Caiano	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo
Persone in carico	1809	1462	128	71	47	39	45	17

Affidamenti al Servizio Sociale	SdS Area Pratese	Comune di Prato	Comune di Montemurlo	Comune di Carmignano	Comune di Vaiano	Comune di Poggio a Caiano	Comune di Vernio	Comune di Cantagallo
Numero minori affidati al 31/12/2024	193	150	10	11	7	7	8	0

<b>Area cittadina, povertà ed</b>	<b>TOTALE SdS Area Pratese</b>	Di cui: Comune di Prato	Di cui: Comune di Montemurlo	Di cui: Comune di Carmignano	Di cui: Comune di Vaiano	Di cui: Comune di Poggio a Caiano	Di cui: Comune di Vernio	Di cui: Comune di Cantagallo
-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	------------------------------

<b>inclusion e sociale</b>								
Numero Assistenti Sociali	19	16 (di cui 1 a tempo determinato e 1 in maternità)	1	0,50 A.S. che opera per Carmignano e Poggio a Caiano	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo	0,50 A.S. che opera per Carmignano e Poggio a Caiano	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo
Persone in carico	1810	1410	127	46	67	55	57	48

<b>Area Professionale Persone Anziane</b>	<b>TOTALE SdS Area Pratese</b>	Di cui: Comune di Prato	Di cui: Comune di Montemurlo	Di cui: Comune di Carmignano	Di cui: Comune di Vaiano	Di cui: Comune di Poggio a Caiano	Di cui: Comune di Vernio	Di cui: Comune di Cantagallo
Numero Assistenti Sociali	13 (di cui 6 dip. Comune Prato, 1 di Comune Montemurlo, 5 dip. AUSL, 1 SdS)	10 (di cui 6 del Comune di Prato, 1 SdS, 3 della AUSL)	1	0,50 A.S. che opera per Carmignano e Poggio a Caiano dipendenti AUSL	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo Dipendenti AUSL	0,50 A.S. che opera per Carmignano e Poggio a Caiano Dipendenti AUSL	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo Dipendenti AUSL	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo Dipendente AUSL
Persone in carico	3088	2356	207	162	121	114	89	39

<b>Area Professionale Disabilità</b>	<b>TOTALE SdS Area Pratese/ Azienda ULSS Toscana</b>	Comune di Prato	Comune di Montemurlo	Comune di Carmignano	Comune di Vaiano	Comune di Poggio a Caiano	Comune di Vernio	Comune di Cantagallo

	<b>Centro</b>							
Numero Assistenti Sociali	12 (1 dipendente Comune Prato, 1 dipendente Comune Poggia Caiano; 2 dipendenti SdS di cui 1 in maternità, 8 dip. USL)	9 (7 dipendenti AUSL, 1 dipendente Comune PO, 1 dipendente SdS in maternità)	1(dipendente AUSL)	0,50 A.S. che opera per Carmignano e Poggio a Caiano (dipendente Comune Poggio a Caiano)	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo (dipendente SdS)	0,50 A.S. che opera per Carmignano e Poggio a Caiano dipendente Comune Poggio a Caiano)	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo (diendente SdS)	0,33 A.S. che opera per Vaiano, Vernio e Cantagallo (dipendente SdS)
Persone in carico	1784	1388	157	52	54	59	42	32

<b>Area Professionale Salute Mentale</b>	<b>TOTALE SdS Area Pratese/Azienda ULSL Toscana Centro</b>	Comune di Prato	Comune di Montemurlo	Comune di Carmignano	Comune di Vaiano	Comune di Poggio a Caiano	Comune di Vernio	Comune di Cantagallo
Numero Assistenti Sociali	5 (4 dipendenti AUSL che operano per i Comuni di Prato, Montemurlo, Vaiano, Vernio e Cantagallo)	4 che operano per i Comuni di Prato, Montemurlo, Vaiano, Vernio e Cantagallo	4 che operano per i Comuni di Prato, Montemurlo, Vaiano, Vernio e Cantagallo	1 AS dipendente del Comune di Poggio a Caiano che si occupa di Salute Mentale e di disabilità	4 che operano per i Comuni di Prato, Montemurlo, Vaiano, Vernio e Cantagallo	1 AS dipendente del Comune di Poggio a Caiano che si occupa di Salute Mentale e di disabilità	4 che operano per i Comuni di Prato, Montemurlo, Vaiano, Vernio e Cantagallo	4 che operano per i Comuni di Prato, Montemurlo, Vaiano, Vernio e Cantagallo

	o e 1 A.S dipendent e del Comune di Poggio a Caiano per Salute Mentale e Diisabilit à per Carmigna no e Poggio a Caiano.							
Persone in carico	636	495	36	36	29	19	10	11

### Centro per le Famiglie “Ohana”

L'Area Pratese dal 2020 ha il suo Centro per le Famiglie al cui interno trovano collocazione il Centro Affidi e il Centro Adozioni e dove vengono effettuati percorsi di mediazione familiare, gruppi di sostegno alla genitorialità, gruppi per minori e varie attività rivolte alle famiglie di tutti i Comuni consorziati. Dati attività anno 2024.

<b>Centro Adozioni</b>	SdS Area Pratese	Comune di Prato	Comune di Montemurlo	Comune di Carmignano	Comune di Vaiano	Comune di Poggio a Caiano	Comune di Vernio	Comune di Cantagallo
Numero valutazioni effettuate	16	13	0	2	0	1	0	0
Numero minori adottati in carico	8	6	1	1	0	0	0	0
<b>Centro Affidi</b>	SdS Area Pratese	Comune di Prato	Comune di Montemurlo	Comune di Carmignano	Comune di Vaiano	Comune di Poggio a Caiano	Comune di Vernio	Comune di Cantagallo
Numero	129 (16)	90	6	4	7	3	0	3

famiglie affidatarie in banca dati	famiglie extra compreso rio)							
Numero famiglie che hanno o hanno avuto minori in affido nel 2023  (compresi anche quelli a parenti che non hanno contribuito economico )	90	68	8	3	6	4	0	1
Numero famiglie in attesa di minori in affido	13	11	0	0	2	0	0	0
Numero minori in affido a part-time a famiglie al 31/12	28	22	2	3	1	0	0	0
Numero minori in affido residenzial e a famiglie al 31/12	67 (8 minori extracomp renatorio)	50	1	4	0	2	1	1

**I SERVIZI SOCIO-SANITARI A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E PERSONE CON DISABILITA' PREVEDONO ANCHE UNA QUOTA SANITARIA. TALE QUOTA E' EROGATA DALLA REGIONE TOSCANA ATTRAVERSO L'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO**

<b>TIPOLOGIA SERVIZIO</b>	<b>QUOTE SANITARIE EROGATE ANNO 2024</b>
---------------------------	--

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	€ 11.618.756,96
Centri Diurni Anziani	€ 615.274,77
Strutture Residenziali per Persone con disabilità (CAP, DPS,RSD)	€ 3.180.164,81
Centri Diurni per Persone Disabili	€ 682.728,62
Progetto Autonomia in Acqua	€ 170.114,75
<b>TOTALE</b>	<b>€ 16.267.039,91</b>

**I SERVIZI SANITARI A FAVORE DI PERSONE CON GRAVI FRAGILITA' PREVEDONO UNA QUOTA SANITARIA. TALE QUOTA E' EROGATA DALLA REGIONE TOSCANA ATTRAVERSO L'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO**

<b>TIPOLOGIA SERVIZIO</b>	<b>Beneficiari</b>	<b>Quote sanitarie erogate anno 2024</b>
Inserimenti socio-terapeutici	63 (50 i carico a SMA e 13 in carico a Serd)	€ 59.406,00
Servizio Educativo Domiciliare per Persone con Disabilità	108	€ 88.395,61
Struttura Residenziale Casa Tobia	20	€ 145.470,00
Ambulatorio Caritas	219 (387 visite)	
<b>TOTALE</b>		<b>€ 293.271,61</b>

### **Le Unità di Valutazioni**

Il Regolamento dei Servizi Sociali e Socio Sanitari della SdS prevede, così come disciplinato dalla normativa, delle Commissioni di Valutazione per l'accesso ai Servizi erogati dalla Società della Salute; e queste sono:

- **U.V.M. : Unità di Valutazione Multidisciplinare**, quale gruppo di lavoro stabile, composto dal Medico di Comunità, l'Infermiera/e e l'Assistente Sociale Titolare, una figura amministrativa di supporto per la valutazione, presa in carico e elaborazione di un progetto assistenziale a carattere domiciliare o residenziale rivolto a persone anziane non-autosufficienti e/o di età inferiore ai 65 anni.

- **U.V.M.D. : Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità**, quale gruppo di lavoro stabile, composto dal Medico di Comunità, e Assistente Sociale e una figura amministrativa di supporto, al quale possono aggiungersi ulteriori figure professionali quali Psicologa/o, Psichiatra, Educatrice/Educatore Professionale, Fisiatra, Fisioterapista, Assistente Sociale titolare del caso per la valutazione multidimensionale del bisogno e definisce il profilo di funzionamento della persona che delinea il Progetto di Vita secondo le procedure definite e approvate a livello regionale.

- **U.V.M.T.: Unità di Valutazione Multidisciplinare Tutela per Minori**, quale gruppo di lavoro stabile, composto dal Servizio Sociale Professionale e dall'UFSMIA dell'Azienda USL Toscana Centro (Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza) per la valutazione e presa in carico delle/i minori con problematiche riferibili agli ambiti della "tutela minorile" che necessitano di interventi di tutela e sostegno, con particolare attenzione a quelle/i per le/i quali l'Autorità Giudiziaria ha conferito un mandato di indagine e/o di presa in carico.

- **L.I.V.: Livelli Integrati di Valutazione Sociale**, che, ai sensi del Regolamento, esercitano funzioni di controllo e validazione dei progetti legati al beneficio economico richiesto, definizione di importo e durata del contributo concesso in base alla proposta dell'Assistente Sociale Titolare.

- **Equipe Inclusione:** gruppo di lavoro stabile composto da una/un assistente sociale con funzioni di guida e direzione della attività, da una/un operatrice/operatore con funzioni educative e di tutoraggio e da un/una assistente sociale titolare con funzioni di casemanager. Compiti dell'Equipe sono: la valutazione dei bisogni, la presa in carico e l'elaborazione di un Progetto Personalizzato con specifici impegni per la persona e sostegni da parte dei servizi territoriali. Si rivolge a persone singoli e famiglie, anche con figlie/i, partendo dai bisogni specifici delle persone e condividendo con tutte/i componenti interessati il Patto di Inclusione Sociale.

- **Equipe Sociale -Lavoro:** gruppo di lavoro stabile composto da una/un assistente sociale con funzioni di guida e direzione dell'attività, da operatrici/operatori del centro impiego e dagli assistenti sociali titolari, per la valutazione dei percorsi di occupabilità per le fasce deboli della popolazione; offre il supporto e l'accompagnamento per l'inclusione lavorativa delle persone in situazione di povertà.

- **Equipe Housing:** gruppo di lavoro stabile composto da una/un assistente sociale con funzioni di guida e direzione dell'attività, da assistenti sociali, da operatrici/operatori del terzo settore e da professioniste/i dei servizi specialistici (salute mentale e dipendenze) per riflettere e predisporre interventi, integrati e interdisciplinari, per la presa in carico e l'accompagnamento a favore di persone che vivono condizioni di alta vulnerabilità sociale e grave marginalità. L'Equipe garantisce la presa in carico orientata all'inserimento abitativo come bisogno necessario, ai percorsi di formazione e inserimento lavorativo, all'integrazione socio sanitaria.

### **U.V.M.T. Unità di Valutazione Multidimensionale Tutela**

Nel corso dell'anno 2024 le valutazioni/discussioni professionali fra Neuropsichiatri, Psicologi, Assistenti Sociali e Educatori su Minori in situazione di fragilità e problematicità sono state valutate complessivamente n. 160, con il dettaglio riportato nella tabella sottostante:

<b>Esito</b>	<b>Numero minori di cui si è discusso</b>
Gennaio	9
Febbraio	19
Marzo	16
Aprile	13
Maggio	13
Giugno	10
Luglio	22
Settembre	16
Ottobre	18
Novembre	13
Dicembre	11
<b>Totale complessivo</b>	<b>160</b>

### **U.V.M.D. Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità**

Nel corso dell'anno 2024 le sedute UVMD rivolte alla valutazione di persone con disabilità adulte e persone con disabilità minori sono state n. 107 e sono state valutate complessivamente n. 643 persone,

con il dettaglio riportato nella tabella sottostante:

<b>Esito</b>	<b>Totale</b>
Numero sedute UVMD adulti e minori	107
Numero totale persone valutate in UVMD	643
Progetti effettuati:	
Servizi Semi-residenziali (Centri Diurni)	47
RSA	33
Struttura residenziale (CAP/RSD/DPS)	64
Gravissime Disabilità	173
Contributo Care Giver	46
Progetto ADA (Adattamento Domestico)	5
Progetto Vita Indipendente	100
Progetto Dopo di Noi	40
Progetto in Aut	14
Servizio Educativo Domiciliare (rivolto a minori)	77
Attività autonomia in acqua	13
Progetti di Vita	12
Discussione situazioni personali/familiari complesse	15

### **U.V.M. Unità di Valutazione Multidimensionale - Area Anziani**

Nel corso dell'anno 2024 le 1° istanze, per anziani non autosufficienti, ricevute alla casella

di posta valutazioneautosufficienza.prato@uslcentro.toscana.it sono state n. 604, delle quali n. 534 sono esitate in valutazioni UVM.

I PAP definiti in UVM (1° istanze, segnalazioni provenienti da dimissioni ospedaliere o da altri servizi e rivalutazioni successive) sono stati complessivamente n. 1375, il cui dettaglio

<b>Esito</b>	<b>Totale</b>
Assegno di cura	158
Assegno di cura + RSA permanente	45
Assegno di cura + RSA temporaneo sollievo	20
Assegno di cura/Centro Diurno/Servizio Assistenza Domiciliare	34
Bassa Intensità Assistenziale	15
Centro Diurno	93
Centro Diurno + RSA permanente	2
Centro Diurno + RSA temporaneo sollievo	8
Centro Diurno + Servizio Assistenza Domiciliare	56
Centro Diurno Alzheimer	24
RSA permanente	272
RSA permanente + RSA temporaneo (sollievo/urgente)	34
RSA permanente+ Servizio Assistenza Domiciliare	26
RSA temporaneo (proroga/sollievo/urgente)	261*
Servizio Assistenza Domiciliare	302
NESSUN PAP	25
<b>Totale complessivo</b>	<b>1375</b>

è riportato nella tabella sottostante:

\* di cui n. 54 inserimenti temporanei con carattere di urgenza da dimissione ospedaliera