

PROFILO DI SALUTE

Società della Salute di Firenze

Anno 2025



Aggiornamento al 5 dicembre 2025 a cura di:

Miriam Levi¹, Simona Verdi¹, Alisa Barash*, Chiara Capanni*, Erica Mencucci*, Laura Ulivieri².

1. UFC Epidemiologia, Staff della Direzione Sanitaria, Azienda USL Toscana Centro

** Medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva in tirocinio presso UFC Epidemiologia, Azienda USL Toscana Centro*

2. Ufficio di Piano Aziendale, Azienda USL Toscana Centro

Fonti

- Regione Toscana <https://www.regione.toscana.it/-/profili-di-salute-2025>
 - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana-ARS <https://www.ars.toscana.it/banche-dati/>
 - Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>
 - ARPAT <https://www.arpat.toscana.it/annuario>
 - Dipartimento di salute mentale e dipendenze dell'AUTC (comunicazione personale)
 - IRPET <http://www.irpet.it/>
-

UFC Epidemiologia - e-mail: miriam.levi@uslcentro.toscana.it

Ufficio di Piano: sara.bensi@uslcentro.toscana.it; azzurra.staderi@uslcentro.toscana.it; laura.ulivieri@uslcentro.toscana.it

Sommario

SINTESI DEL PROFILO DI SALUTE

3

1. DEMOGRAFIA.....	5
2. DETERMINANTI DI SALUTE.....	6
2.1. Determinanti socioeconomici e di contesto	6
2.2 Stili di vita e comportamenti a rischio	6
2.3 Ambiente	8
3. FAMIGLIE E MINORI.....	9
4. STRANIERI	10
5. LO STATO DI SALUTE GENERALE.....	11
5.1 Ospedalizzazioni.....	11
- Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS).....	11
5.2 Mortalità.....	12
5.3 Speranza di vita alla nascita	12
6. CRONICITÀ	13
- Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS).....	14
6.1 Attività Fisica Adattata	15
7. DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA	15
- Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS).....	16
8. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE.....	19
8.1 Salute Mentale	19
- Ricorso a i Servizi (MeS).....	20
8.2 Dipendenze	20
9. SALUTE MATERNO INFANTILE.....	21
- Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS).....	21
10. PREVENZIONE.....	21
10.1 Screening oncologici	22
10.2 Coperture Vaccinali	22
11. ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE.....	22
12. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE: BERSAGLIO MeS	24
13. INDICATORI A SUPPORTO DEI PROFILI DI SALUTE – FIRENZE.....	25

SINTESI DEL PROFILO DI SALUTE

La zona fiorentina presenta un profilo di salute complessivamente favorevole, inserito in un contesto urbano con elevata dotazione di risorse economiche, servizi e capitale sociale organizzato. A una buona offerta di servizi educativi per la prima infanzia, livelli vaccinali infantili elevati, una presa in carico ampia della non autosufficienza e percorsi assistenziali strutturati si affiancano però importanti elementi di fragilità: invecchiamento marcato della popolazione, disuguaglianze socioeconomiche, pressione ambientale elevata, carico rilevante di disturbi psichici e dipendenze e criticità in alcuni ambiti di prevenzione e salute riproduttiva. Questo insieme di fattori richiede un bilanciamento attento tra servizi territoriali, ospedalieri e sociali, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili.

PUNTI DI FORZA

Contesto socioeconomico e capitale sociale strutturato

Firenze dispone di una base economica solida, con reddito imponibile medio e importo delle pensioni tra i più alti della Toscana. La densità di organizzazioni del terzo settore è tra le più elevate della Regione, a indicare un capitale sociale formalizzato ampio e potenzialmente mobilitabile a supporto dei percorsi socio-sanitari.

Servizi educativi e percorsi scolastici dei minori

La copertura dei servizi educativi 3–36 mesi supera ampiamente il target del 33% e si colloca fra i livelli più alti regionali. Gli esiti scolastici nella secondaria di secondo grado sono complessivamente favorevoli, con una quota di studenti con esito negativo inferiore ai riferimenti aziendali e regionali.

Presa in carico della non autosufficienza

La prevalenza di anziani inseriti nei percorsi per la non autosufficienza (domiciliare o residenziale) è tra le più alte a livello aziendale e regionale. L'assistenza domiciliare agli anziani è più estesa rispetto ad AUTC e Toscana, con una copertura che comprende anche i giorni festivi.

RSA e stabilità clinica degli anziani fragili

Pur con un utilizzo consistente delle RSA, la gestione clinica interna appare relativamente stabile: la quota di ospiti con almeno un ricovero ospedaliero è inferiore ai valori aziendali e regionali e il ricorso al Pronto Soccorso non seguito da ricovero si mantiene su livelli contenuti, suggerendo buona capacità di gestione delle riacutizzazioni in struttura.

Attività fisica adattata e promozione dell'autonomia

L'offerta di corsi AFA a bassa disabilità per gli over 65 si colloca su livelli buoni nel contesto aziendale e contribuisce al mantenimento di mobilità ed equilibrio nella popolazione anziana ancora autonoma.

Salute mentale: continuità della presa in carico

Nei servizi di salute mentale la continuità assistenziale raggiunge livelli elevati: una quota ampia di utenti già seguiti riceve almeno quattro contatti annui, indicando percorsi territoriali stabili per chi è in carico.

Prevenzione, sicurezza stradale e vaccinazioni

La mortalità evitabile si colloca su livelli lievemente inferiori alle medie aziendale e regionale e l'indice di lesività degli incidenti stradali è tra i più favorevoli del contesto toscano. Le coperture vaccinali dell'infanzia sono molto elevate e la vaccinazione antinfluenzale negli over 65 supera i valori medi aziendali e regionali.

Appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

Il consumo di inibitori di pompa protonica è inferiore ai valori aziendali e regionali e si colloca in fascia di valutazione ottimale, indicando un uso tendenzialmente appropriato di una classe spesso soggetta a sovra-prescrizione.

CRITICITÀ

Contesto socio economico con sacche di vulnerabilità

Accanto a reddito medio e pensioni elevati, una quota rilevante di famiglie presenta ISEE molto bassi e ricorre ai contributi per l'affitto, segnalando aree di disagio economico strutturale. Il tasso di disoccupazione è superiore ai livelli di riferimento, è in crescita rispetto all'anno precedente e colpisce in misura particolare i gruppi più fragili.

Invecchiamento demografico e carico di cura familiare

Indice di vecchiaia e quota di ultra 74enni sono tra i più alti dell'Azienda e della Regione, con un forte aumento del potenziale bisogno assistenziale. L'ampiezza media delle famiglie è tra le più basse, delineando un carico di cura elevato su reti familiari più ridotte.

Qualità ambientale e pressione urbana

La qualità dell'aria, pur entro i limiti di legge, presenta livelli di inquinanti superiori alle raccomandazioni OMS e ai nuovi standard europei. Le acque superficiali mostrano condizioni ecologiche non ottimali e criticità chimiche, con presenza di contaminanti che richiedono monitoraggio continuativo.

Stranieri: bisogni socio-sanitari più intensi

La quota di residenti stranieri è tra le più alte della Toscana, con forte presenza anche nel sistema scolastico. La percentuale di minori stranieri presi in carico dai servizi sociali e il tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera, per entrambi i generi, sono superiori ai riferimenti, delineando fabbisogni socio-sanitari più intensi.

Salute mentale: ospedalizzazione e passaggi ospedale-territorio

Il tasso di ricovero per patologie psichiatriche in età adulta è superiore ai valori aziendali e regionali, indicando una maggiore dipendenza dal ricovero per la gestione delle fasi acute. Il contatto entro 7 giorni con il Dipartimento di Salute Mentale dopo la dimissione psichiatrica si colloca su livelli nettamente inferiori ai riferimenti, segnalando criticità nei passaggi ospedale-territorio.

Dipendenze e gioco d'azzardo

La zona concentra una quota elevata degli utenti dei servizi per le dipendenze, con incidenze e prevalenze di tossicodipendenti e nuovi utenti alcolologici superiori alle medie aziendali. I nuovi casi di disturbo da gioco d'azzardo rappresentano una quota significativa dei nuovi utenti, con impatto sanitario e sociale rilevante.

Salute materno-infantile e salute riproduttiva

I tassi di IVG sono più elevati rispetto ad Azienda e Regione, specie tra le donne straniere, e la copertura contraccettiva gratuita tra le giovani donne è inferiore ai riferimenti.

Prevenzione oncologica e vaccinazioni dell'adulto

L'adesione agli screening mammografico e colon-retto è inferiore alle medie aziendale e regionale e mostra una lieve flessione recente. Le vaccinazioni antipneumococcica e antimeningococcica nei bambini non raggiungono le soglie raccomandate e la copertura anti-HPV nei dodicenni, pur in crescita, rimane tra le più basse a livello regionale.

Assistenza farmaceutica e carico antidepressivo

Il consumo complessivo di antibiotici in assistenza territoriale, pur inferiore ai valori di confronto, riceve una valutazione intermedia e lascia margini di miglioramento nell'appropriatezza prescrittiva. Il consumo di antidepressivi SSRI è elevato, ciò sta ad indicare un forte ricorso alla terapia farmacologica per i disturbi depressivi e l'esigenza di integrare interventi psicologici e sociali.

1. DEMOGRAFIA

Firenze, città metropolitana e capoluogo della Toscana, è la zona più antropizzata della Regione, con i suoi 362.353 abitanti. La città presenta le caratteristiche dei grandi centri urbani per abitudini di vita, relazioni sociali, inquinamento, mobilità, residenzialità, sicurezza, disponibilità ed accessibilità ai servizi.

La città di Firenze si estende su una superficie di 102 km² e registra la più alta densità abitativa della Toscana (3.555,0 abitanti/km²; media regionale 159,2 abitanti/km²). La città è suddivisa in cinque quartieri (Q1 – Q5).

Il saldo naturale mostra una riduzione di 2.040 unità; il saldo migratorio è stato invece positivo, con un aumento di 2.981 unità .

La struttura per età risulta sbilanciata, la popolazione è sottoposta ad un progressivo invecchiamento, aumentando la domanda di assistenza per malattie croniche, disabilità e non autosufficienza.

La **natalità** (numero nuovi nati/popolazione residente x 1.000 abitanti) nella zona Fiorentina è leggermente superiore al dato aziendale e regionale: 6,2 per 1.000 (AUTC: 5,9; RT: 5,7). A causa delle incertezze sociali ed economiche, anche le donne straniere, tradizionalmente più prolifiche, si stanno allineando ai comportamenti riproduttivi delle autoctone, con riduzione dei tassi di fecondità, ma con un proporzione maggiore di quella aziendale e regionale. La progressiva riduzione della natalità è un fenomeno diffuso su

tutto il territorio italiano e toscano. Bassa natalità ed aumento dell'aspettativa di vita sono i determinanti dell'invecchiamento della popolazione.

Dal punto di vista demografico la zona si caratterizza per essere piuttosto anziana, con l'**indice di vecchiaia** (popolazione ≥65 anni / popolazione 0–14 anni × 100), aggiornato al 2025, tra i più elevati dell'AUTC (FI: 242,7%; AUTC: 225,8%; RT: 241,9%); gli **ultra74enni** (55.210 abitanti) sono il 15,2% a fronte del 14,2% dell'AUTC e del 14,6% della RT.

2. DETERMINANTI DI SALUTE

2.1. Determinanti socioeconomici e di contesto

La zona Fiorentina conta sul **reddito imponibile IRPEF** medio (€ 28.967,70) più alto di tutta la RT; l'**importo medio mensile delle pensioni** erogate dall'INPS nella zona (€ 1.289,70) è il più alto tra i valori aziendali e il secondo di quelli regionali, e il **tasso di pensioni sociali** erogate ad anziani è 3,4% (AUTC: 3,4%; RT: 3,7%).

Nel 2024 sono state 2.471 le famiglie che hanno chiesto **aiuto per pagare l'affitto** della casa, pari a un tasso grezzo di 13,2 ogni 1.000 residenti, superiore a quello aziendale (11,7) e regionale (9,9).

Il **tasso grezzo di disoccupazione** (18,7%, in aumento rispetto al 17,9% dell'anno precedente), espresso dal numero di residenti iscritti ai Centri per l'Impiego sul totale dei residenti in età produttiva 15-64 anni), è più basso del valore medio della AUTC (AUTC: 20,6%; RT: 23,8%). A conferma di un discreto disagio occupazionale ed economico di questa zona, la percentuale delle famiglie con **ISEE inferiore a 6.000 euro** anche nel 2024 è ancora elevato anche se in calo rispetto al 2023 (6,5%, in numeri assoluti 12.177 famiglie; AUTC: 5,2%; RT: 5,4%).

Firenze ha la più elevata **presenza del terzo settore formalizzato** della Toscana. Il capitale sociale, in aumento, è infatti diffuso sul territorio comunale con 1.566 organizzazioni iscritte ai registri regionali per 10.000 residenti (43,2 ogni 10.000 residenti; AUTC: 29,4; RT: 29,6).

2.2 Stili di vita e comportamenti a rischio

Nella Relazione Sanitaria 2024

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

Di seguito vengono presentati i dati più aggiornati dell'indagine EDIT 2025 ([https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintedit-risultati-VI-edizione-del-progetto-EDIT-indagine-infortunistica-stradale-e-sugli-stili-di-vita-e-i%E2%80%933comportamenti-della-popolazione-adolescente-toscana-\(14-19-](https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintedit-risultati-VI-edizione-del-progetto-EDIT-indagine-infortunistica-stradale-e-sugli-stili-di-vita-e-i%E2%80%933comportamenti-della-popolazione-adolescente-toscana-(14-19-)

[anni\)?provenienza=home_tasti&dettaglio=ric_geo_edit&par_top_geografia=090](#)) relativi alla popolazione adolescente, mentre per la popolazione maggiorenne è riportata esclusivamente la propensione al gioco d'azzardo.

Indagine EDIT 2025:

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

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

In AUTC la prevalenza di ragazzi tra i 14 e i 19 anni che risulta essere **obeso** (ovvero ha un Indice di Massa Corporea $\geq 30,0$ kg/m²) è 2,8% valore migliore rispetto a dato regionale di 3,5%, ma con un andamento crescente nel corso degli anni.

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

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

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

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

Adulti:

L'indicatore **propensione al gioco d'azzardo nella popolazione maggiorenne** mette in relazione il totale della raccolta (quanto viene giocato, indipendentemente da vincite e perdite) della rete fisica dei giochi d'azzardo leciti (il gioco via web non è territorialmente imputabile) con la popolazione maggiorenne

(escludendo il target dei minori, che legalmente non possono giocare) individuando il giocato medio annuo pro-capite in euro, proxy della propensione al gioco di azzardo presente in un territorio.

La zona Fiorentina nel 2024 ha un indicatore regionale per spesa per **gioco d'azzardo** nella rete del gioco lecito, pari a € 1.347,40 di spesa per soggetto maggiorenne (i minorenni legalmente non possono giocare), minore di quanto speso a livello aziendale (€ 1.529,20) e in linea con quello regionale (€ 1.304,80).

2.3 Ambiente

La qualità dell'aria a Firenze rispetta complessivamente i limiti normativi vigenti, ma resta distante dagli standard di qualità raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalla normativa europea (nuove soglie previste entro il 2030). Secondo i dati ARPAT riferiti al 2024, il valore limite annuale per il PM₁₀ (40 µg/m³) è stato rispettato in tutte le stazioni della rete regionale. Nel 2024 la media annuale regionale del PM₁₀ è risultata pari a 21 µg/m³. Nelle stazioni di traffico, i valori medi sono stati pari a 24 µg/m³; fra queste, nell'agglomerato fiorentino, si distinguono FI-Gramsci (29 µg/m³) e FI-Mosse (27 µg/m³), entrambe al di sopra della media. Tutte le stazioni del territorio della AUTC presentano comunque valori superiori al valore guida OMS per la media annuale (15 µg/m³) e ai nuovi limiti fissati dall'Unione Europea per il 2030 (20 µg/m³). Nel 2024 anche il limite di 35 superamenti della media giornaliera di 50 µg/m³ di PM₁₀ consentiti dalla normativa vigente è stato rispettato in tutte le stazioni situate nel territorio dell'AUTC. Il valore limite indicato dalla normativa vigente per il PM_{2,5}, pari alla media annuale di 25 µg/m³, è stato rispettato anche nel 2024 in tutto il territorio regionale. Tuttavia, tutte le stazioni hanno registrato medie annuali di PM_{2,5} maggiori del valore consigliato dall'OMS per la protezione della salute umana (5 µg/m³).

Rispetto al biossido di azoto, nel 2023 il limite di 40 µg/m³ è stato rispettato in tutto il territorio.

Si conferma invece la criticità dell'ozono in Toscana: nell'ultimo decennio, i valori dell'ozono, seppur diminuiti, si sono mantenuti elevati e critici in quasi tutte le stazioni regionali (massimo 25 superamenti, come media triennale, della media mobile su 8 ore superiore a 120 µg/m³). Nel 2024, nell'agglomerato di Firenze, FI Signa ha registrato il valore peggiore, con 27 superamenti. Da notare che anche in questo caso il superamento è più marcato se il confronto è fatto con i limiti più conservativi dell'OMS, (nessun superamento/anno della massima media mobile giornaliera sulle 8 ore pari a 100 µg/m³). Le misurazioni effettuate per gli inquinanti misurati (CO, SO₂, benzene, metalli) risultano essere sempre nei limiti di legge.

Le acque superficiali presentano complessivamente condizioni ecologiche scarse, legate alla forte pressione antropica. Lo stato chimico risulta generalmente buono, ma si segnala la presenza del metabolita AMPA (derivato del glifosato) nell'Arno fiorentino, come parametro di attenzione. In generale, l'analisi complessiva dello stato ecologico e chimico dei corpi idrici della provincia di Firenze evidenzia la necessità di un monitoraggio continuo e di interventi mirati per ridurre l'impatto degli inquinanti e migliorare la qualità delle acque.

3. FAMIGLIE E MINORI

Le basse proporzioni di popolazione nelle classi di età della prima infanzia riflettono il calo delle nascite registrato negli ultimi anni: i **minori** di 18 anni (49.225) sono il 13,6% della popolazione residente (valore medio dell'AUTC: 14,3%; RT: 13,9%). L'**indice di instabilità matrimoniale** che mette in rapporto percentuale i residenti divorziati con i residenti maggiorenni, per l'anno 2023, è di 5,5%, valore superiore a quello aziendale (5,0%) e a quello regionale (5,2%).

Sul fronte dei **servizi educativi per la prima infanzia**, l'indicatore di Lisbona misura la quota di bambini 3-36 mesi con un posto nei servizi educativi (nidi e servizi integrativi) rispetto alla popolazione residente della stessa età. È l'indicatore che si confronta con il cosiddetto "obiettivo di Lisbona" (33%). Rispetto ai servizi scolastici, nell'anno 2023/2024 sono stati 3.828 i bambini di 3-36 mesi che sono stati accolti in **servizi educativi per l'infanzia**, pari al 59,8% degli aventi diritto, valore superiore all'obiettivo target del 33% previsto dall'Indicatore di Lisbona, e il più alto della Regione (AUTC: 49,7%; RT: 47,7%). Nell'anno scolastico 2023/2024 i ragazzi della zona Fiorentina che hanno frequentato la scuola secondaria di secondo grado con un **esito scolastico negativo** sono stati 1.263, l'8,6%, dato migliore rispetto alle medie aziendali (10,3%) e al valore regionale (9,3%).

Il **tasso di minori in affidamento familiare** (al netto dei minori stranieri non accompagnati), nella zona Fiorentina sono in aumento rispetto alla tendenza degli ultimi anni: nel 2024 sono 95, pari ad un tasso di 1,9 ogni 1.000 abitanti di età 0-17 anni, valore di poco superiore a quello aziendale (1,6) e regionale (1,8). Il **tasso di minori accolti in struttura residenziale socio-educativa** (al netto dei minori stranieri non accompagnati) esprime quanti 0-17enni risultano inseriti in comunità residenziali per 1.000 residenti coetanei. Nel 2024, nella zona Fiorentina, è pari a un tasso grezzo del 1,9 per 1.000 minori, valore superiore a quello aziendale (1,2 per 1.000) e a quello regionale (1,1 per 1.000). Il **tasso di minori coinvolti in interventi di educativa domiciliare** misura quanti 0-17enni hanno ricevuto nell'anno un supporto educativo a domicilio per 1.000 coetanei residenti, è pari ad un tasso di 11,4 per 1.000 minori (in valore assoluto: 571 minori), valore in linea con quello aziendale (10,5 per 1.000) e regionale (10,8 per 1.000).

L'IBRP – Indicatore di Benessere Relazionale e Partecipazione (0-100) riassume la qualità delle relazioni e la partecipazione dei ragazzi 11-17 anni che dichiarano, nel 2023, di essere molto soddisfatti dei rapporti relazionali con i pari età (FI: 42,8%; AUTC: 40,6; RT:42,6).

L'IBCR –Indicatore di Benessere Culturale e Ricreativo (0-100) è l'indicatore per l'inclusione e le reti sociali tra gli adolescenti, e sintetizza la frequenza di attività culturali e ricreative riferita dai ragazzi 11-17 anni. Nel 2023 è il più alto di tutta la Regione (FI: 52,2%; AUTC: 44,9%; RT: 43,0%),

La **soddisfazione complessiva nei rapporti con i genitori** dei ragazzi 11-17 anni misura la qualità delle relazioni con i propri genitori percepita dai ragazzi è, nel 2023, il 48,7%, valore superiore a quanto dichiarano i coetanei dell'AUTC (45,4%) e della Regione (47,4%).

La **partecipazione ad associazioni tra gli 11–17enni** – quota di ragazzi che dichiarano di frequentare gruppi/associazioni (sportive, culturali, ricreative, volontariato) – nel 2023, è più elevata della media aziendale e regionale col 25,2% (AUTC: 22,5%; RT: 22,2%).

L'indicatore **ragazzi di 11-17 anni che dichiarano di commettere atti di violenza, bullismo e cyber bullismo a scuola** misura la frequenza di azioni di bullismo o simili tra i ragazzi. Nel 2023, nella zona Fiorentina, il valore è superiore ai dati aziendali e regionali: 20,2% (AUTC: 18,9%; RT: 19,7%).

Le **donne che si sono rivolte ai centri antiviolenza** per la prima volta nell'anno, nel 2022 sono state 412 (2,2 x 1.000 donne residenti), in misura maggiore di quelle dell'AUTC (1,7) e della Regione (1,7).

4. STRANIERI

Da molti anni la zona ha un alto indice di presenza di **stranieri iscritti in anagrafe**, sopra alle medie aziendali e regionali (FI: 15,9%; AUTC: 14,7%; RT: 12%) ed anche con un elevato incremento nel tempo. Stabile la presenza di **stranieri nelle scuole** primarie e secondarie di I e II grado dell'anno scolastico 2023-2024 nella zona: 18,5% (AUTC: 19,3%; RT: 16,6%) risultando tra le zone con le quote di alunni stranieri tra le più alte. Il **tasso grezzo di disoccupazione tra gli stranieri** (stranieri iscritti ai Centri per l'Impiego/stranieri in età occupabile 15-64 anni), per il 2023 è del 32,7% (AUTC: 29,1%; RT: 37,7%). La percentuale dei minori stranieri non accompagnati (**MSNA**) accolti nel 2024 in strutture residenziali socio educative sul totale dei minori accolti nelle strutture, nella zona Fiorentina è tra le più alte a livello regionale con un tasso grezzo del 52,8% (AUTC: 37,6%; RT: 43,9%). Il dato riferito al tasso grezzo dei **richiedenti asilo** ed accolti nei Centri di Accoglienza Straordinari nel 2024 è 2,1 per 1.000 residenti (AUTC: 1,9; RT 2,3).

Il tasso standardizzato per età di **ospedalizzazione nella popolazione straniera**, per il triennio 2022-2024; è 100,0 per 1.000 residenti, più alto del valore aziendale (93,9 per 1.000) e regionale (95,6 per 1.000). Gli uomini hanno un tasso standardizzato per età di ospedalizzazione di 96,2 per 1.000, valore superiore rispetto a quello aziendale (88,3) e regionale (89,8), anche le donne hanno un tasso standardizzato per età di 107,8 per 1.000 valore superiore rispetto sia a quello aziendale 104,0, che a quello regionale 106,7.

La **percentuale di minori stranieri tra i minori presi in carico dal servizio sociale** (al netto dei MSNA) è pari al 56,9% nella zona, a fronte del 38,1% regionale e 43,8% aziendale (zona: 56,9; AUTC: 43,8; Toscana: 38,1), indicando una quota significativamente più elevata rispetto ai valori di riferimento aziendale e regionale di minori presi in carico.

5. LO STATO DI SALUTE GENERALE

5.1 Ospedalizzazioni

Il **tasso di ospedalizzazione** descrive la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti nei confronti delle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale e si basa sulla SDO, Scheda di Dimissione Ospedaliera. Nell'assistenza ospedaliera sono comprese tutte le prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che per loro natura o complessità di esecuzione richiedono un livello di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in regime ambulatoriale o domiciliare. L'indicatore misura il ricorso ai servizi ospedalieri nella popolazione; è una misura proxy dello stato di salute, considera il numero di ricoveri in un anno della popolazione residente su 1.000 abitanti, tasso standardizzato per età.

Nel 2024 il tasso standardizzato per età di **ospedalizzazione per tutte le cause, x 1.000 abitanti** (114,7 per 1.000 abitanti) è in linea con quello dell'AUTC (114,4) e al di sotto della Toscana (116,1), ma in aumento rispetto al 2023.

Nella zona Fiorentina, rispetto all'AUTC, spiccano eccessi di ricoveri per disturbi psichici (zona: 4,8 per 1.000; AUTC: 4,0), traumatismi (11,2 per 1.000; AUTC: 10,3) e disturbi del sistema nervoso (zona: 6,4 per 1.000; AUTC: 5,3), con differenze statisticamente significative. Al contrario, la zona Fiorentina mostra livelli inferiori, statisticamente significativi, per malattie del sistema circolatorio, apparato digerente, apparato respiratorio, patologie cerebrovascolari e apparato osteo-muscolare.

Per le restanti cause principali (tumori totali e sedi maggiori, genito-urinario, endocrine/metaboliche, cardiopatia ischemica/IMA, ecc.) non emergono differenze significative.

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

Il **tasso di ospedalizzazione totale ordinario e diurno** (per 1.000 residenti) (H01Z; zona: 104,5; AUTC: 105,1; Toscana: 105,0) risulta sostanzialmente allineato ai valori aziendale e regionale e si colloca in fascia di ottima performance, indicando un ricorso all'ospedale coerente con gli standard attesi. L'**ospedalizzazione in età pediatrica** (tasso per 100 residenti <14 anni) (C7.7R; zona: 5,0; AUTC: 4,6; Toscana: 4,8) presenta valori lievemente superiori ai valori aziendale e regionale e si colloca in fascia intermedia, evidenziando un margine di miglioramento nella gestione territoriale dei bisogni pediatrici.

Il **tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per patologie sensibili alle cure ambulatoriali (per 1.000 residenti)** monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le

linee guida e gli standard internazionali, devono essere prese in carico sul territorio. Tali patologie sono, quindi, definite come "sensibili alle cure ambulatoriali", perché un'assistenza ambulatoriale appropriata può contribuire a tenere sotto controllo la malattia, evitando riacutizzazioni che potrebbero portare a ricoveri non appropriati. Nel 2024 il valore dell'indicatore nella zona Fiorentina è pari a 5,8 per 1.000. Il valore aziendale è coerente con i valori medi aziendale (6,0) e regionale (6,1): tutti e tre i valori si collocano nella fascia di ottima performance del sistema di valutazione MeS.

Il **tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per specialità di dimissione cod.56 (Recupero e Riabilitazione funzionale)** per 1.000 residenti (C17.1.1 zona: 1,9; AUTC: 1,6; Toscana: 1,7) è coerente con il quadro aziendale e regionale.

Gli **accessi al Pronto Soccorso** (tasso standardizzato per età per 1.000 residenti) (C8B.1; zona: 314,4; AUTC: 323,6; Toscana: 358,8) risultano inferiori sia al dato aziendale sia a quello regionale e si collocano in fascia di buona performance, indicando una pressione sul PS relativamente contenuta. Le **RMN muscolo-scheletriche negli anziani ≥65 anni** (C13A.2.2.1; zona: 14,9; AUTC: 17,2; Toscana: 22,9) mostrano un utilizzo più contenuto rispetto agli standard di riferimento e sono associate ad una valutazione in fascia ottima.

5.2 Mortalità

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

Il tasso di **mortalità generale** standardizzato per età, nella popolazione della zona Fiorentina nell'ultimo triennio per cui sono disponibili i dati, 2020-2022, è pari a 785,9 per 100.000 abitanti, risultando il valore più basso a livello aziendale (830,4) e regionale (859,1).

A riguardo della **mortalità specifica per causa**, standardizzato per età, nella zona Fiorentina, si osserva un tasso in eccesso, seppure non statisticamente significativo, rispetto a quello regionale solo per il tumore della prostata; per tutte le altre cause (patologie del sistema circolatorio, cardiopatia ischemica, tumore del polmone, infarto miocardico, tumore del colon-retto, tumore dello stomaco, tumore della mammella, tumore della vescica, patologie dell'apparato osteo-muscolare) i tassi di mortalità per causa, standardizzati per età, sono in linea o inferiori a quelli aziendali e regionali.

5.3 Speranza di vita alla nascita

I dati ARS sulla **speranza di vita alla nascita** per la zona Fiorentina, aggiornati al 2022, mostrano per le femmine un valore pari a 85,9 anni, valore leggermente superiore a quello aziendale (85,6 anni) e regionale

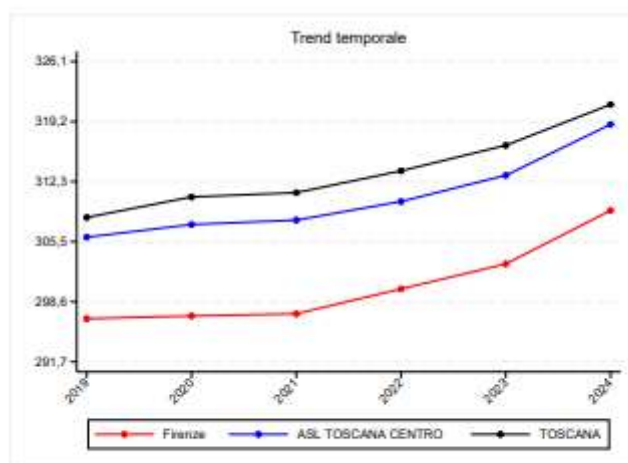
(85,3 anni). Per i maschi il valore è pari a 81,8 anni, collocandosi leggermente al di sopra del valore aziendale (81,6 anni) e regionale (81,3 anni).

6. CRONICITÀ

Prevalenza cronicità (almeno una patologia cronica)

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

Nella popolazione generale (maschi+femmine) residente nella zona Fiorentina, il valore della **prevalenza di malattie croniche** standardizzata per età nel 2024 è 309,0 per 1.000 abitanti, rimane più basso rispetto al valore dell'AUTC (318,9) e il secondo minor valore in Regione (321,2). Il trend della prevalenza di malattie croniche risulta in aumento in tutte le aree considerate.



(b) Trend per zona, Asl e regione

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

La prevalenza del **diabete** nell'area Fiorentina ha un tasso standardizzato per età di 55,6 per 1.000 residenti, valore inferiore rispetto all'AUTC (60,9), e alla RT (63,5), ma in crescita negli ultimi anni.

Lo **scompenso cardiaco** ha una prevalenza di 15,8 per 1.000 residenti, standardizzato per età, valore inferiore all'AUTC (17,1) e molto al di sotto del valore della Regione (19,1), con un trend in discesa negli ultimi anni.

L'**ictus** ha una prevalenza standardizzata per età, per 1000 residenti, inferiore (13,5 per 1.000 residenti) rispetto alla media dell'AUTC (16,0) e alla media della Regione (15,6) con un trend che dal 2019 è in progressiva diminuzione.

La **cardiopatía ischemica** ha una prevalenza standardizzata per età di 31,4 per 1.000 residenti, valore più basso del 33,1 dell'AUTC e del 34,9 della RT.

La prevalenza di **BPCO standardizzata per età** per il 2024 nella zona Fiorentina, è del 13,6 per 1.000 residenti, collocandosi al di sotto del valore aziendale 14,1 e del valore regionale 14,0.

La prevalenza della **demenza** (11,3 per 1.000 residenti) si allinea, rispetto agli anni precedenti, ai valori medi aziendali (11,4) e della Toscana (11,5).

Il dato si conferma più basso nella zona Fiorentina rispetto alla AUTC relativamente a tutte le malattie più comuni e allo stesso tempo a maggior rischio di acuzie (diabete, scompenso cardiaco, ictus, cardiopatía ischemica, BPCO e demenza), anche se il trend del diabete è in aumento in tutte le zone, mentre scompenso cardiaco, ictus e cardiopatía ischemica sono in discesa rispetto agli anni precedenti.

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

Nella zona Fiorentina il **tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco** (D03CC, per 100.000 residenti ≥ 18 anni; zona: 102,2; AUTC: 126,4; Toscana: 135,7) è inferiore ai valori di confronto, descrivendo un ricorso più contenuto al ricovero per questa condizione. La quota di **residenti con scompenso cardiaco con almeno una misurazione della creatinina** (C11A.1.2A, zona: 71,8%; AUTC: 74,5%; Toscana: 73,6%) è lievemente inferiore rispetto ai valori medi aziendale e regionale, tuttavia l'indicatore si colloca in fascia di buona performance nel sistema MeS. Anche per la **misurazione di sodio e potassio nei pazienti con scompenso cardiaco** (C11A.1.2B, zona: 60,1%; AUTC: 61,7%; Toscana: 62,0%) i valori risultano leggermente più bassi, pur mantenendosi in fascia di buona performance. La **proporzione di pazienti dimessi per IMA che, avendo assunto beta-bloccanti a 30 giorni dalla dimissione, effettuano almeno un ritiro del farmaco tra il 90° e il 180° giorno dalla dimissione** (C21.3.1, zona: 84,1%; AUTC: 88,1%; Toscana: 87,6%) è anch'essa lievemente inferiore ai dati aziendale e regionale, ma rientra in fascia di valutazione buona, indicando un livello di aderenza terapeutica complessivamente adeguato.

Il **tasso di ospedalizzazione per diabete** (D03CA, per 100.000 residenti ≥ 18 anni; zona: 8,0; AUTC: 8,9; Toscana: 10,4) è inferiore ai valori medi di RT e AUTC, indicando un ricorso ospedaliero contenuto per questa patologia. La quota di **diabetici con almeno una visita diabetologica** (C11A.2.9, zona: 27,4%; AUTC: 28,5%; Toscana: 30,8%) è tuttavia inferiore sia alla media aziendale sia a quella regionale e si colloca in

fascia di performance scarsa, indicando un significativo margine di miglioramento nell'accesso all'assistenza specialistica. Il **tasso di amputazioni maggiori per diabete** (C11A.2.4, per milione di residenti; zona: 10,1; AUTC: 15,2; Toscana: 16,9) è più basso dei valori medi regionali e aziendali e si colloca in fascia di valutazione ottima, indicando un efficace contenimento delle complicanze più severe della patologia. Per quanto riguarda la **BPCO**, il **tasso di ospedalizzazione** (D03CB, per 100.000 residenti ≥ 18 anni; zona: 21,0; AUTC: 12,4; Toscana: 9,9) risulta più elevato dei confronti, indicando una pressione ospedaliera maggiore. Infine, la quota di **residenti con ictus in terapia antitrombotica** (C11A.5.1, zona: 72,6%; AUTC: 72,4%; Toscana: 73,1%) è sostanzialmente allineata ai valori aziendale e regionale e si colloca in fascia di buona performance, indicando livelli adeguati di appropriatezza terapeutica nel follow-up dei pazienti che hanno avuto un ictus non emorragico o TIA (Transient Ischemic Attack).

6.1 Attività Fisica Adattata

Per la zona Fiorentina, l'offerta di Attività Fisica Adattata (AFA) mostra un quadro articolato. I corsi **AFA a bassa disabilità** - rivolti a persone ≥ 65 anni con autonomia funzionale conservata, finalizzati a mantenere mobilità, forza ed equilibrio - sono stati nel 2024, 2,21 per 1.000 residenti ≥ 65 , un livello che colloca l'area nella fascia buona aziendale e suggerisce una buona capillarità sul territorio. Viceversa, i corsi **AFA ad alta disabilità**, destinati a over-65 con ridotta competenza funzionale, spesso con fragilità/multimorbilità, per il mantenimento delle abilità residue e la prevenzione delle cadute, si attestano a 1,64 per 15.000 residenti ≥ 65 , valore che indica margini di potenziamento rispetto ad altre zone. In chiave operativa, appare prioritario consolidare la rete dei corsi a bassa disabilità e, in parallelo, ampliare l'offerta ad alta disabilità (più sedi e orari, raccordo con MMG/UVMD, attivazioni in RSA e in setting di prossimità), così da intercettare meglio il bisogno dei soggetti più fragili e allineare l'accesso in tutta la zona.

7. DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

Anziani non autosufficienti in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) permanente. Misura quante persone di 65 anni e oltre hanno trascorso almeno un giorno in RSA nell'anno, per 1.000 residenti (valore standardizzato per età). Nel 2024 la zona Firenze è a 12,5 per 1.000 (1.653 persone; valore grezzo 17,2), più alta sia della media AUTC: 8,0 sia della media RT: 8,6; il dato è 9,1 tra i maschi e 14,0 tra le femmine. Graduatorie che mettano in risalto zone a maggior o minor prevalenza rispetto alla media regionale, risultano forse meno utili in questo caso, trattandosi di un indicatore che risente, oltre che delle condizioni di salute della popolazione, dell'organizzazione zonale dell'assistenza territoriale, la quale ovviamente incide sulla politica di governo della risposta (domiciliare o residenziale).

Anziani non autosufficienti in assistenza domiciliare (AD) diretta. Stima gli ultra-64enni che hanno ricevuto almeno una prestazione domiciliare qualificata nell'anno, per 1.000 residenti (standardizzato per

età). Nel 2024 la zona Firenze registra una prevalenza standardizzata per età di 37,7 per 1.000 (4.923 persone), superiore alla prevalenza media dell'AUTC (30,9) e della media RT (28,1). Caveat: il numero può rappresentare una sottostima del reale numero di assistiti al domicilio, a causa di criticità informative e criteri di selezione (solo anziani valutati da unità di valutazione multidimensionale e considerati in condizione di bisogno sociosanitario complesso). Gli uomini hanno una prevalenza standardizzata per età di assistenza domiciliare diretta di 33,1 per 1.000 residenti, valore superiore a quello aziendale (25,4) e regionale (22,8). Le donne hanno una prevalenza standardizzata per età di 39,7 per 1.000 residenti, valore superiore a quello aziendali (33,8) e regionale (31,0).

Persone con disabilità 0–64 anni in carico al servizio sociale. L'indicatore di prevalenza conta i residenti 0–64 anni con certificazione (Legge 104/1992 e/o invalidità civile) e cartella sociale attiva che hanno ricevuto almeno una prestazione dell'assistente sociale nell'anno, per 1.000 residenti. Nel 2022 la zona Firenze è a 9,1 per 1.000, sotto la media AUTC (11,6) e RT (11,7). Il dato riflette la domanda di presa in carico sociale e anche aspetti organizzativi (accessi, modalità di erogazione e registrazione degli interventi).

Incidenza di disabilità 0–64 anni. Misura i nuovi accertamenti ex L.104/1992 nell'anno, per 1.000 residenti 0–64; è utile per stimare i potenziali nuovi utenti dei servizi. Nel 2024 la zona Firenze è a 3,2 per 1.000, in linea con AUTC 3,3 e ben sotto RT 5,7.

Incidenza di disabilità grave 0–64 anni. Conta i nuovi accertamenti ex L.104/1992 in gravità nell'anno, per 1.000 residenti 0–64. Nel 2024 la zona Firenze è 1,2 per 1.000 (AUTC: 1,4; RT circa 2,2).

Inclusione scolastica degli alunni con disabilità (primaria e secondaria di I grado). L'indice misura la quota percentuale di alunni con disabilità sul totale degli iscritti nell'a.s. di riferimento. Nell'a.s. 2024/2025 la zona Firenze è a 3,7% (814 su 22.144), sotto la media AUTC 4,1% e RT 4,6%.

Per il 2024 l'**indice di pressione dei grandi anziani sui potenziali caregiver** (che rapporta la popolazione di \geq 85 anni di età a quella di 50-74 anni) nella zona Fiorentina è di 15,8%, valore superiore al dato aziendale (13,6%) e al dato regionale (13,4%). L'**ampiezza media della famiglia**, misura indiretta della consistenza delle reti familiari di welfare ed espressa dal numero medio di componenti, nella zona Fiorentina (1,9) è inferiore rispetto ai dati aziendali e regionali (AUTC: 2,2, RT: 2,2).

La prevalenza standardizzata per età di anziani assistiti dai servizi territoriali per la non autosufficienza della zona Fiorentina con una presa in carico (domiciliare o residenziale) attiva è del 46,2 per 1.000 residenti, la più alta a livello aziendale e regionale (AUTC: 35,8; RT: 30,7); si considerano gli **anziani presi in carico a seguito di valutazione multidimensionale con bisogno sociosanitario complesso** (percorso per la non autosufficienza).

- Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS)

Il **tasso segnalazioni su popolazione \geq 65 anni ai Punti Insieme** (B28.4) è l'indicatore che misura il numero di segnalazioni per 1.000 residenti anziani e che esprime la capacità del sistema territoriale di intercettare

bisogni assistenziali potenzialmente avviati verso percorsi domiciliari o residenziali. Le segnalazioni possono provenire dal medico di famiglia, dai servizi ospedalieri e territoriali, dagli assistenti sociali, dagli stessi assistiti o dai familiari e comprendono sia bisogni semplici sia complessi. Nella zona Fiorentina il tasso è pari a 125,1 segnalazioni per 1.000 residenti ≥ 65 anni, risultando leggermente inferiore ai valori aziendale e regionale (AUTC: 131,3; Toscana: 129,1) collocandosi in fascia di valutazione buona, indicando un'identificazione adeguata dei potenziali bisogni.

L'indicatore B28.1.2 **Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari** misura la percentuale di persone che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare con valutazione multidimensionale, ossia a seguito di UVM o di definizione di PAI sociosanitario integrato, escludendo quindi le prestazioni occasionali non sottoposte a valutazione. Nella zona Fiorentina, nel 2024, la quota di anziani presi in carico con almeno un accesso domiciliare valutato è pari a 11,7%, valore superiore rispetto al dato aziendale e regionale (AUTC: 10,4; Toscana: 10,8), risultando nella fascia di valutazione ottima, coerente con una copertura domiciliare capace di intercettare la domanda.

Gli **accessi domiciliari eseguiti il sabato, la domenica e nei festivi** (B28.1.5, zona: 13,0%; AUTC: 12,6%; Toscana: 13,0%) sono sostanzialmente in linea con gli altri territori e presentano una fascia di valutazione buona, tipica di un'organizzazione che garantisce continuità nei giorni non lavorativi.

La **percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni** (B28.2.5A, zona: 43,4%; AUTC: 36,6%; Toscana: 31,3%) è nettamente superiore al valore aziendale e regionale, mostrando una buona capacità di attivare rapidamente il supporto domiciliare dopo la dimissione ospedaliera.

Il CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, un proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito. La percentuale di **prese in carico degli over65 con complessità CIA > 0,13** (B28.2.9 zona: 50,1%; AUTC: 51,8%; Toscana: 45,6%) risulta in linea con il valore aziendale e superiore a quello regionale.

Relativamente all'indicatore **assistiti in ADI con almeno due ricoveri durante la presa in carico** (tasso per 1.000 assistiti ADI; B28.2.11, zona: 1,9; AUTC: 3,0; Toscana: 3,2), la zona Fiorentina presenta un tasso inferiore rispetto ai valori aziendale e regionale e si colloca in fascia di ottima performance, in coerenza con una gestione clinica efficace e una buona stabilizzazione dei pazienti presi in carico.

Gli **accessi al PS durante l'assistenza domiciliare** (B28.2.12, zona: 24,8%; AUTC: 22,6%; Toscana: 22,6%) risultano lievemente superiori ai valori aziendale e regionale e si collocano in fascia di performance intermedia, indicando un ricorso al Pronto Soccorso da monitorare.

La **percentuale di persone con presa in carico residenziale a 30 giorni dalla segnalazione** (B28.3.1, zona: 21,4%; AUTC: 51,1%; Toscana: 70,1%) è marcatamente inferiore rispetto ai valori aziendali e regionali. La zona Fiorentina si colloca come la peggiore a livello regionale con una valutazione in fascia scarsa, indicando difficoltà nella transizione tempestiva verso la residenzialità.

L'indicatore **B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico** misura la quota di prime ammissioni in RSA effettuate entro 30 giorni dalla presa in carico, come previsto dalla normativa regionale (LR 66/2008). Rappresenta un parametro chiave dell'efficienza del percorso assistenziale per la non autosufficienza, poiché valori elevati indicano una maggiore tempestività nella risposta ai bisogni complessi dell'anziano. Nella zona Fiorentina per il 2024 la percentuale è il 49,0%, risultando superiore alla AUTC (37,7%) e alla Toscana (43,0%), e collocandosi in fascia di performance intermedia, a indicare una tempestività discreta ma con margini di miglioramento nella rapidità di accesso alle strutture residenziali.

Il **tasso di ammissioni in RSA per over 65** (B28.3.10, per 1.000 residenti ≥65 anni; zona: 9,3; AUTC: 4,3; Toscana: 4,3) è più elevato rispetto ai valori aziendale e regionale, indicando una maggiore capacità del territorio di garantire accesso alle strutture residenziali e una risposta più ampia ai bisogni assistenziali delle persone anziane.

La **percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero** (B28.3.11, zona: 6,5%; AUTC: 7,3%; Toscana: 9,4%) è inferiore ai valori aziendale e regionale e si colloca in fascia di ottima performance, in coerenza con una gestione clinica interna che limita il ricorso ai ricoveri ospedalieri.

La **percentuale di assistiti ≥65 anni in RSA con almeno un accesso al PS** (indicatore B28.3.12) misura, tra i nuovi ammessi in RSA nell'anno, la quota (%) con almeno un accesso al PS non seguito da ricovero durante la presa in carico residenziale. Nella zona Fiorentina, nel 2024 il valore è 18,5% (fascia intermedia), in miglioramento rispetto al 2023 (21,0%), e più basso (migliore) rispetto sia al valore medio regionale (22,9%) che a quello aziendale (19,3%).

8. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

8.1 Salute Mentale

Prevalenza pazienti in carico ai servizi di salute mentale territoriale

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

Infanzia–adolescenza (<20 anni) – Nel 2024 la zona Fiorentina registra 31,1 per 1.000 (IC95% 29,6–32,5): un valore leggermente sopra la media regionale (Toscana: 30,4 per 1.000) e superiore alla media di AUTC (24,4 per 1.000).

Adulti (≥20 anni) – Nel 2024 la prevalenza è stata 6,5 per 1.000, in linea con la AUTC (6,7 per 1.000 per 1.000), ma leggermente inferiore alla Toscana (7,5 per 1.000). All'interno dell'area fiorentina si osservano differenze significative, con la zona F.na NO (9,9 per 1.000), Mugello (10,0), EVI (9,1) e F.na SE (8,2) che mostrano livelli più elevati di presa in carico rispetto a Firenze. Al contrario, Pratese (4,8; 4,5–5,1), Pistoiese (2,5; 2,2–2,8) e Valdinievole (2,9; 2,6–3,3) risultano marcatamente più bassi, quadro che potrebbe riflettere residui di sottostima.

Totale (infanzia-adolescenza + adulti). Nel 2024 nella zona Fiorentina il tasso standardizzato per età è 11,8 per 1.000 residenti, valore lievemente sotto la media regionale (Toscana 12,4 per 1.000) e superiore alla media dell'AUTC (10,5), differenza che appare consistente.

Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti. La continuità della presa in carico è un elemento cruciale nei percorsi di salute mentale, perché garantisce almeno quattro contatti nell'anno ai pazienti già seguiti l'anno precedente, riducendo il rischio di drop-out e favorendo la stabilità clinica. Nel triennio 2022–2024 la zona Fiorentina mostra un miglioramento progressivo nella continuità della presa in carico. Nel 2024 l'indicatore raggiunge un valore pari al 65,2%, collocando la zona in fascia ottima secondo il sistema di valutazione MeS e in linea con i valori medi dell'AUTC e della Regione Toscana.

Prevalenza d'uso di antidepressivi (maschi, femmine, totale). L'indicatore misura la quota di residenti che nell'anno hanno assunto antidepressivi in modo continuativo; i valori sono standardizzati per età e riportati in percentuale. Nella zona Fiorentina l'uso di antidepressivi nel 2024 è pari all'8,2% (prevalenza standardizzata per età): un livello sostanzialmente in linea, ma lievemente inferiore sia alla media dell'AUTC (8,4%) sia alla media regionale (8,4%). La forbice di genere è marcata, con prevalenza stimata al 10,2% tra

le donne e al 5,9% tra gli uomini. Nel confronto intra-aziendale Firenze si colloca nell'area intermedia-bassa: valori più contenuti rispetto a Pistoiese, Mugello, Val di Nievole e Fiorentina Nord-Ovest, e prossimi/superiori a Fiorentina Sud-Est, Pratese ed Empolese-Valdarno Inferiore. Il trend 2010-2024 ricalca quello aziendale e regionale: calo progressivo dalla prima parte del decennio, fase di stabilità/leggera flessione dal 2016 al 2020 e lieve risalita nell'ultimo periodo. In sintesi i livelli d'uso continuativo dei farmaci antidepressivi sono prossimi ai benchmark dell'AUTC e della Toscana, con differenze di genere rilevanti e un posizionamento di Firenze non tra le aree più esposte dell'Azienda.

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

Il **tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche negli adulti** (C15A.5A, per 100.000 residenti ≥18 anni; zona: 230,6; AUTC: 200,1; Toscana: 217,6) risulta superiore ai valori regionale e aziendale. L'**ospedalizzazione per patologie psichiatriche in età <18 anni** (C15A.7, per 100.000 residenti minorenni; zona: 189,5; AUTC: 162,1; Toscana: 196,9) si colloca su livelli intermedi rispetto alla AUTC e alla Regione e presenta una fascia di valutazione intermedia nel sistema di valutazione MeS, segnalando un ricorso ospedaliero non critico, ma monitorabile. La **percentuale di ricoveri ripetuti tra l'8° e il 30° giorno** (C15A.13A, zona: 5,5%; AUTC: 5,7%; Toscana: 5,3%;) misura la quota di dimissioni seguite da un nuovo ricovero nello stesso intervallo temporale: valori più bassi indicano dimissioni appropriate, continuità ospedale-territorio e presa in carico tempestiva post-dimissione. Nel 2024 la zona Fiorentina si attesta sul 5,5%, in fascia buona, con un miglioramento rispetto al quadriennio 2020-2023 (≈6,4-6,8%). Il **contatto entro 7 giorni con il DSM dopo la dimissione da ricovero psichiatrico** (C15.2, zona: 26,7%; AUTC: 38,3%; Toscana: 40,8%) rappresenta un indicatore chiave della tempestività della presa in carico territoriale: valori più alti indicano un aggancio più efficace e minori rischi di drop-out. Nel 2024 la zona si colloca nettamente sotto la media regionale e aziendale, con una valutazione in fascia pessima; il trend mostra una riduzione progressiva dal 2020 (49,9%), con solo un lieve recupero rispetto al 2023 (25,9%). Infine, la **continuità della presa in carico dei pazienti assistiti** (C15.17, zona: 65,2%; AUTC: 65,8%; Toscana: 63,4%) risulta sovrapponibile ai confronti e presenta un'ottima fascia di valutazione, indice di una gestione consolidata degli utenti già inseriti nei percorsi di cura.

8.2 Dipendenze

Dai dati forniti dall'Osservatorio Socio-Epidemiologico dell'Area delle **Dipendenze** dell'AUTC nel 2024 nella zona Fiorentina sono stati in carico ai tre servizi fiorentini 1.600 persone per dipendenza da sostanze illegali (eroina, cocaina, cannabinoidi e droghe sintetiche), 645 alcolisti, 327 tabagisti, 128 soggetti con disturbo da gioco d'azzardo e 82 con altre problematiche; in tutto 2.782 persone che rappresentano il 23,8% del totale degli 11.669 utenti dell'AUTC.

I nuovi Tossicodipendenti (TD) nel 2024 sono 290, equivalenti ad un'incidenza di 1,01 per 1.000 residenti di

età 15-79 anni (AUTC: 0,74 per 1.000 residenti 15-79enni), mentre la prevalenza - tutti i TD in carico - è di 5,58 per 1.000 residenti di età 15-79 anni (AUTC: 4,42 per 1.000 residenti 15-79enni). I maschi sono l'81,5% dei casi in carico (AUTC: 83,5%).

I nuovi utenti dei servizi alcolologici nel 2024 sono 170, per un'incidenza di 0,59 per 1.000 residenti di età 15-79 anni (AUTC: 0,46 per 1.000 residenti 15-79enni), mentre la prevalenza - tutti gli alcolisti in carico - è di 2,25 per 1.000 residenti di età 15-79 anni (AUTC: 1,89 per 1.000 residenti 15-79enni). Il 67,9% degli utenti in carico per problemi da alcol è di sesso maschile (AUTC: 72,9%).

I nuovi casi di utenti con disturbi da gioco d'azzardo nella zona Fiorentina sono 39, il 24% della popolazione "nuova" dell'AUTC.

9. SALUTE MATERNO INFANTILE

Il **tasso di mortalità infantile**, indicatore della qualità dell'assistenza sanitaria e sociale fornita alla madre e al bambino, è in calo da anni grazie al miglioramento delle condizioni di vita. Nel triennio 2020-2022 (ultimo disponibile), per la zona Fiorentina il tasso (1,9 decessi nel primo anno di vita ogni 1.000 nati) supera il valore aziendale (1,5) e regionale (1,5).

La **percentuale di nati vivi gravemente sottopeso** nel triennio 2022-2024, è pari a 0,6 ogni 1.000 nuovi nati, un valore allineato ai valori di AUTC e RT (entrambi 0,7 per 1.000).

- Ricorso a i Servizi (Indicatori MeS)

Nel 2024 la percentuale di **primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN)** è 61,0% dato superiore a quello aziendale (59,5%), ma inferiore a quello regionale (63,2%). L'**accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio** non è disponibile.

In riferimento al percorso materno-infantile, il **tasso di IVG per 1.000 residenti in età fertile** (C7.10, zona: 6,9; AUTC: 5,8; Toscana: 5,4) è superiore ai valori di AUTC e RT, quindi non soddisfacente.

Il **tasso di IVG tra le donne straniere per 1.000 donne straniere residenti in età fertile** (C7.25), nel 2024 è pari a 11,9 per 1.000 residenti, ed è superiore ai valori aziendale e regionale (AUTC: 10,7; RT: 10,5).

Nella zona Fiorentina il tasso delle **giovani donne residenti di 14-25 anni** alle quali nel 2024 è stata effettuata una **erogazione gratuita di contraccettivi** in regime ambulatoriale o consultoriale è pari al 18,2% (17,6% l'anno precedente), dato inferiore a quello aziendale (20,3%) e a quello regionale (23,6%).

10. PREVENZIONE

Nel triennio 2020-2022 la zona Fiorentina registra livelli di **mortalità evitabile** inferiori alle medie aziendale

e regionale: 1.529 decessi evitabili complessivi (conteggio assoluto nel triennio), corrispondenti a tassi standardizzati per età di 140,1 per 100.000 residenti/anno, in linea con i tassi standardizzati per età osservati in AUTC (141,5 per 100.000) e in Toscana (145,4 per 100.000).

Gli **infortuni sul lavoro indennizzati** mostrano un valore di 12,3 per 1.000 lavoratori (zona: 12,3; AUTC: 8,8; Toscana: 10,4), superiore sia alla media regionale sia a quella aziendale. Al contrario, il **rapporto di lesività degli incidenti stradali** è pari a 1.169,8 per 10.000 residenti, inferiore a sia al valore medio di AUTC (1.241,3) che a quello regionale (1.279,0), collocandosi nella fascia più favorevole del range regionale.

10.1 Screening oncologici

Nella zona Fiorentina, nel 2024 l'**adesione allo screening mammografico** è 62,5%, inferiore sia alla media dell'AUTC (68,1%) sia alla media regionale (67,4%).

Per lo **screening del colon-retto**, l'adesione 2024 è 43,2%, sotto la media aziendale (47,2%) e lievemente sotto la media regionale (44,3%); si osserva una ripresa nel 2023 seguita da una leggera flessione nel 2024.

Per lo **screening cervicale**, l'adesione corretta nel 2024 è 54,6%.

10.2 Coperture Vaccinali

Il tasso di copertura vaccinale per il vaccino **MPR** (morbillo, parotite, rosolia) nel 2024 è stato 97,5%, buono e in linea col dato aziendale (97,7%) e regionale (97,3%). Buono il dato della vaccinazione **esavalente** (FI: 98,4%; AUTC: 98,3%; RT: 97,9%).

Per quanto riguarda il tasso di vaccinazione **antipneumococcica** (91,5%) e **antimeningococcico** (92,1%) i tassi sono inferiori sia alle soglie raccomandate dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-25 che alle medie aziendali e regionali; la vaccinazione **antinfluenzale degli ultra 65enni** (65,4%) ha uno dei valori migliori della AUTC (63,7%) e della Toscana (58,0%), mentre il dato relativo alla copertura per il vaccino **anti-HPV**, seppure in netto rialzo rispetto all'anno precedente (71,4% nel 2024 vs 62,1% nel 2023) continua ad essere il più basso dell'intera Regione (AUTC: 76,8%; RT: 80,2%).

11. ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

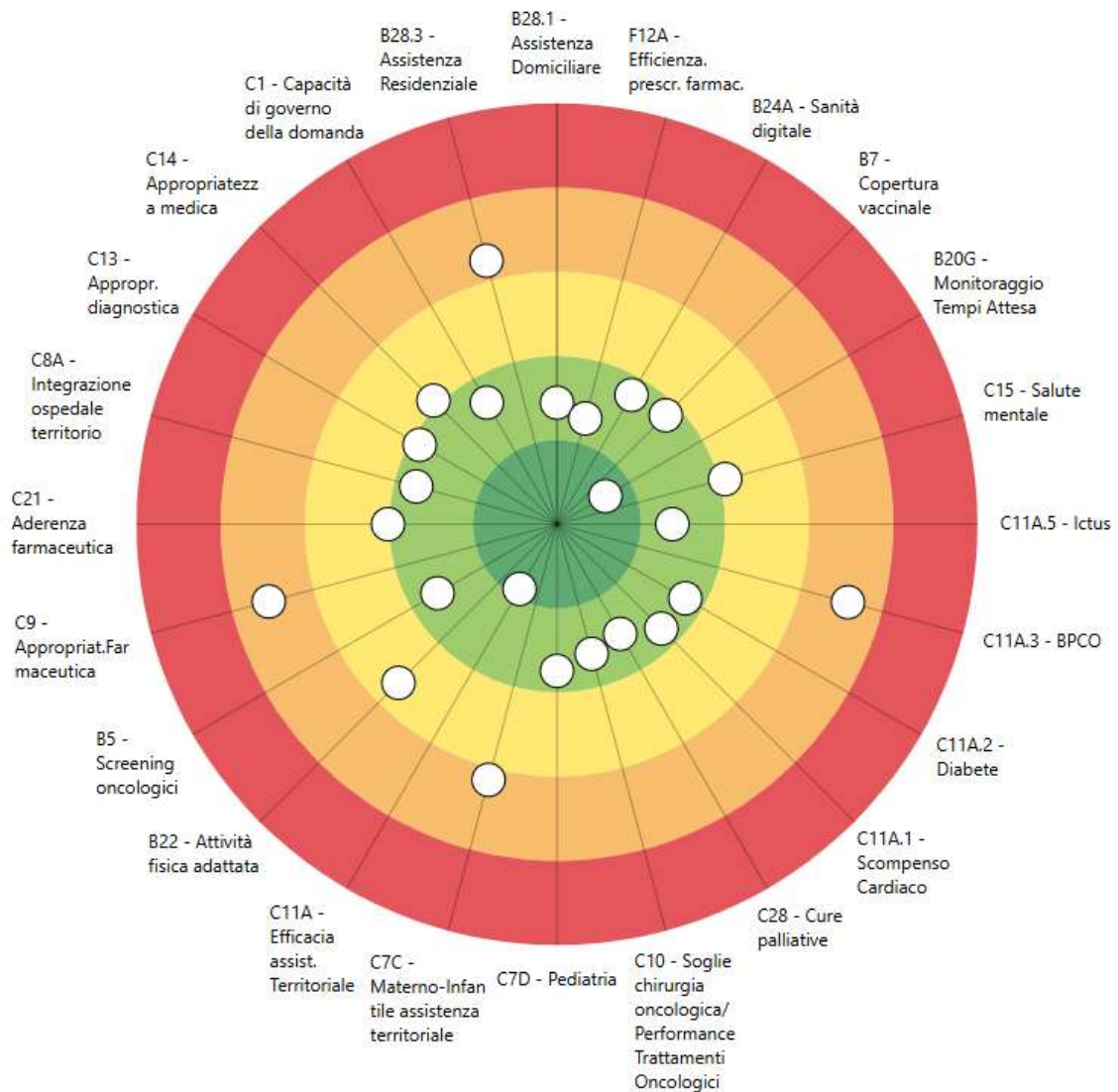
La DDD (Defined Daily Dose) è la *dose definita giornaliera*, ovvero la quantità standard di un farmaco che un adulto assume mediamente in un giorno di terapia per la sua principale indicazione clinica. È un'unità di misura internazionale che permette di confrontare il consumo di farmaci diversi — o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

Il **consumo di inibitori di pompa protonica** (C9.1, DDD/1.000 ab. ; zona: 19,5; AUTC: 21,3; Toscana: 23,7) è inferiore sia al valore aziendale sia a quello regionale e in fascia di valutazione ottima, indicando un utilizzo appropriato secondo le raccomandazioni cliniche. Il **consumo di antibiotici** (C9.8.1.1, DDD/1.000 ab. ; zona: 12,5; AUTC: 13,2; Toscana: 14,4) è inferiore sia al valore aziendale sia a quello regionale ed è associato a una fascia di valutazione intermedia nel sistema MeS, con margini di ottimizzazione. Il **consumo di antidepressivi SSRI** (D15C, DDD/1.000 ab. ; zona: 25.962,5; AUTC: 26.078,3; Toscana: 25.452,5) è sostanzialmente allineato ai valori aziendale e regionale; tutti e tre i contesti si collocano in fascia di pessima performance, configurando un rilevante elemento di attenzione da monitorare nel tempo. L'**abbandono del trattamento antidepressivo** (C9.9.1.1, zona: 19,4%; AUTC: 18,9%; Toscana: 19,9%) è sovrapponibile ai valori di confronto. Questo risultato si colloca nella fascia di valutazione buona, indicando un'adeguata aderenza terapeutica da parte dei pazienti in trattamento.

Infine, per quanto riguarda il **consumo territoriale di oppioidi maggiori** (indicatore B4.1.1, espresso in DDD/1.000 abitanti), che misura l'intensità d'uso di questa classe di farmaci nella popolazione e rappresenta una proxy dell'accesso alla terapia del dolore e dell'appropriatezza prescrittiva, la zona Fiorentina presenta un valore pari a 1,8, in linea con il valore medio dell'AUTC (1,9) e più basso del 2,1 della Toscana (2,1). In base alle fasce di valutazione del Laboratorio MeS (pessima: 1,20–1,60; scarsa: 1,60–2,10; media: 2,10–2,50; buona: 2,50–2,90; ottima: 2,90–3,40), sia la zona Fiorentina, sia l'AUTC ricadono pertanto nella fascia di valutazione scarsa, mentre la media regionale si colloca nella fascia media. Questo posizionamento richiama la necessità di monitorare con attenzione l'uso degli oppioidi maggiori, garantendo un adeguato accesso alla terapia del dolore ai pazienti che ne hanno indicazione e, al contempo, limitando fenomeni di sottotrattamento e di inapproprietezza prescrittiva.

12. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE: BERSAGLIO MeS

Bersaglio 2024 - Firenze



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

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

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

13. INDICATORI A SUPPORTO DEI PROFILI DI SALUTE – FIRENZE

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

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

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



Profilo di Ricorso ai Servizi
AUSL Toscana Centro
Zona Distretto/SdS Firenze
Anno 2025

Indice

Premessa	pag. 3
Il Profilo di ricorso ai servizi	pag. 3
1. QUADRO DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI	pag. 4
1.1 Il supporto alla Zona Distretto	pag. 4
1.1.1 Ufficio di Piano Aziendale	pag. 7
1.2 La sanità territoriale	pag. 9
1.3 I servizi sociosanitari e socioassistenziali	pag. 13
2. IL QUADRO DELL'OFFERTA	pag. 19
2.1 Cure Primarie: la Sanità Territoriale	pag. 19
2.2 Le Cure Palliative	pag. 21
2.3 Il Girot	pag. 24
2.4 I PIR	pag. 24
2.5 I processi infermieristici	pag. 25
2.6 Attività Fisica Adattata	pag.27
2.7 La sanità territoriale: il DM 77/22 e la DGRT 1508/22	pag.28
2.8 Le Attività Consultoriali Territoriali	pag.33
2.9 Le vaccinazioni	pag. 39
2.10 Nuovi servizi di Prevenzione	pag. 40
2.11 La riabilitazione territoriale	pag. 41
2.12 La Salute Mentale Adulti	pag. 44
2.13 La Salute Mentale Infanzia Adolescenza	pag. 48
2.14 Le Dipendenze	pag. 51
3. I PERCORSI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA DISABILITA'	pag.54
3.1 Non Autosufficienza	pag.56
3.2 Disabilità	pag. 69

Premessa

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

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

IL PROFILO DI RICORSO AI SERVIZI

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

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

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

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

L'ambito territoriale della Zona Distretto/Società della Salute di Firenze coincide con quello del Comune di Firenze.

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

1.1 Il supporto alla Zona Distretto

In relazione all'Accordo per la gestione diretta approvato dalla Conferenza dei Sindaci Aziendale del 24/10/2025, volto a definire il quadro tecnico-amministrativo, finanziario e organizzativo previsto dall'art. 71-bis della L.R.T. 40/2005 e ss.mm.ii., si precisa che la disciplina convenzionale tra l'Azienda USL Toscana Centro e la SdS Firenze è attualmente in fase di definizione.

Nel contesto delineato dalla normativa regionale, è stata individuata un'articolazione organizzativa coerente con i principi di integrazione tra strutture aziendali e zonali di cui all'art. 64.2 della L.R.T. 40/2005 e ss.mm.ii. Tale articolazione, configurata secondo le previsioni di legge e suscettibile di adeguamenti in sede attuativa, è rappresentata dall'Ufficio di Direzione Zonale, composto da:

- 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 agisce a supporto del Direttore di Zona in raccordo con gli Uffici di Piano aziendale e zonale per la programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria integrata territoriale.

La programmazione zonale, a cura dell'Ufficio di Piano Zonale, in collaborazione con il Direttore di Zona e l'Ufficio di Direzione Zonale, tiene conto delle specificità territoriali e assicura l'impiego mirato dei fondi dedicati.

Il Direttore della Società della Salute di Firenze, nell'esplicitare funzione di governo, programmazione e organizzazione dei servizi e delle funzioni di competenza e titolarità della Società della Salute, opera in raccordo con l'Ufficio di Direzione Zonale per le materie sanitarie e socio sanitarie e con la Direzione dei Servizi Sociali del Comune di Firenze per le materie sociali e sociosanitarie, avvalendosi del supporto del Coordinatore Sanitario, del Coordinatore Sociosanitario e Sociale e del Coordinatore Amministrativo, oltre che della collaborazione dell'Ufficio di Piano e dello Staff di Direzione.

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:

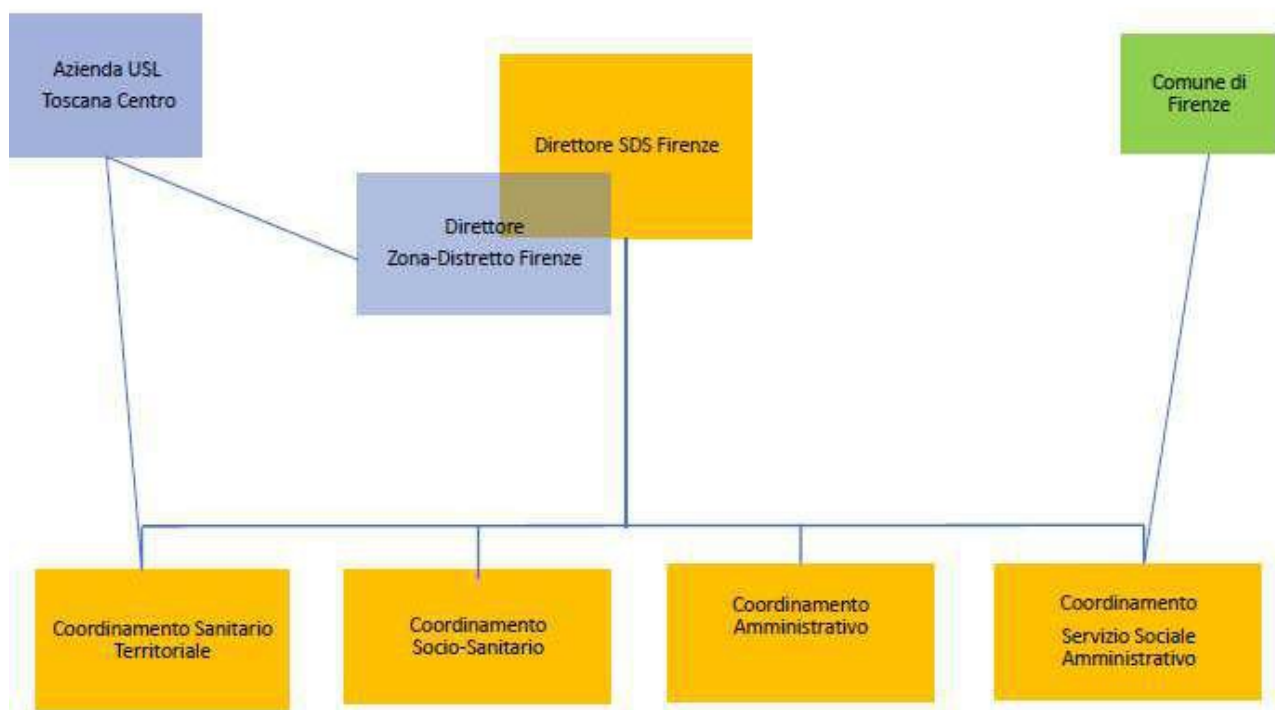
- a) è responsabile dell'attuazione e della verifica delle prestazioni sociali previste negli atti di programmazione zonale;
- b) coordina gli interventi previsti nella rete locale dei servizi;
- c) fa parte dell'ufficio di direzione di cui all'articolo 64, comma 6, della L.R. 40/2005.

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.

Di seguito l'Organigramma della SdS Firenze vigente e in fase di revisione:

ORGANIGRAMMA SdS FIRENZE

(Delibera di Giunta Esecutiva n.
17/2022)



La composizione dell'Ufficio di Piano della Società della Salute di Firenze è la seguente:

- Giuditta Giunti – Direttrice di Zona Distretto/SdS Firenze;
- Annagilda Gigliofiorito – Dirigente Coordinatore amministrativo SdS Firenze;
- Silvia Sforzi – Coordinatore socio-sanitario e sociale SdS Firenze e Resp. UF Servizio Assistenza Sociale Zona Firenze AUSLTC;
- Raffaele Uccello – Dirigente Servizio Sociale Amministrativo Comune di Firenze;
- Lorenzo Baggiani – Coordinatore sanitario SdS Firenze e dei Servizi Territoriali Zona Firenze AUSLTC;
- Grazia Raffa – I.F. Ufficio di Piano e Attività Generali SdS Firenze.

1.1.1 Ufficio di Piano Aziendale

Alla 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 Firenze è prevista la SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Firenze. Il responsabile della SOC è un medico di comunità di nomina aziendale.

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 costituisce l'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 territoriale specifiche per ogni zona, U.F. Salute Mentale Infanzia Adolescenza territoriale specifiche per ogni zona e UF Dipendenze territoriale specifiche per ogni zona (vedi organigramma Azienda USL TC). All'interno del Dipartimento SMD sono presenti altresì le UFC Disturbi dell'Alimentazione, UFC Riabilitazione pazienti psichiatrici autori di reato, UOC Professionale Psicologia e la UFC Autismo.

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 Firenze è prevista la UF Zona Firenze.

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 AsI 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 socio assistenziali

La Società della Salute di Firenze, costituita tra l'Azienda USL Toscana Centro e il Comune di Firenze, ha approvato con deliberazione n. 9 dell'Assemblea dei Soci del 30 dicembre 2021 lo schema di convenzione per la gestione diretta e unitaria delle materie individuate dal PSSSIR 2018-2020, in attuazione dell'art. 71-bis della L.R.T. n. 40/2005 e successive modifiche e integrazioni. Tale convenzione ha definito l'assetto organizzativo e gestionale delle funzioni attribuite alla SDS, garantendo un modello integrato di governance socio-sanitaria.

È attualmente in corso la definizione della nuova convenzione, a seguito dell'approvazione della deliberazione n. 3/2025 della Conferenza Aziendale dei Sindaci dell'Azienda USL Toscana Centro, con la quale è stato adottato lo schema di accordo per la gestione diretta e unitaria tra la stessa Azienda e le Società della Salute, ai sensi dell'art. 71-bis della L.R.T. n. 40/2005 e ss.mm.ii. Il nuovo schema aggiorna e consolida il

quadro regolativo, rafforzando il ruolo delle SDS nella programmazione locale e nella gestione coordinata dei servizi.

Le materie affidate alla gestione diretta della Società della Salute di Firenze sono definite dall'art. 71-bis della L.R.T. 40/2005 e dal PSSSIR 2018-2020. Si tratta, in sintesi, delle attività sociosanitarie ad alta integrazione, delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle attività di assistenza sociale che richiedono un coordinamento unitario tra Azienda USL Toscana Centro e Comune di Firenze.

Rientrano tra le competenze della SDS le attività sociosanitarie e sanitarie a rilevanza sociale rivolte alle persone anziane e alle persone con disabilità, erogate in forma residenziale, semiresidenziale e domiciliare. A queste si aggiungono tutte le attività amministrative e professionali connesse ai percorsi di accesso, alla valutazione multidimensionale e alla definizione dei progetti personalizzati.

Sono inoltre comprese le attività sanitarie a rilevanza sociale afferenti ai settori della salute mentale e delle dipendenze patologiche, anch'esse nelle diverse modalità residenziali, semiresidenziali e domiciliari. In questo ambito rientrano anche gli interventi di sostegno psicologico e socio-educativo, i servizi di mediazione interculturale e le prestazioni finalizzate al sostegno lavorativo.

Per quanto riguarda le funzioni di competenza comunale, la SDS gestisce direttamente le attività di servizio sociale professionale e le attività gestionali relative ai servizi e agli interventi rivolti alle aree anziani e disabilità, in coerenza con gli obiettivi del PIAO e con le funzioni attribuite alla gestione diretta.

La SDS esercita inoltre la gestione diretta dei progetti e delle attività – anche riferiti ad altre aree di intervento – per i quali riceve finanziamenti europei, statali o regionali in qualità di ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale Firenze. Per l'attuazione di tali progetti può essere prevista la definizione di specifici accordi di collaborazione con il Comune di Firenze.

La Società della Salute si avvale, per l'esercizio delle proprie funzioni, di personale messo a disposizione dagli enti consorziati, salvo esigenze di particolari professionalità non presenti o non disponibili negli stessi enti.

Gli enti consorziati individuano il personale da mettere a disposizione tra quello che svolge prevalentemente le attività e funzioni di competenza della gestione diretta della SdS alla data della attivazione dei passaggi di funzione. L'Azienda USL Toscana Centro mette a disposizione il proprio personale alla SdS mediante lo strumento dell'assegnazione funzionale. Il Comune di Firenze mette a disposizione il proprio personale alla SdS mediante l'istituto del distacco o comando.

L'assegnazione funzionale e il distacco comportano per il dipendente il mantenimento del rapporto giuridico di lavoro con l'Azienda Sanitaria o con il Comune, in riferimento allo status giuridico inteso come

assegnazione, classificazione, inquadramento economico e sistema di valutazione e percorsi di carriera e dell'assegnazione gerarchica al Dipartimento aziendale o alla Direzione comunale di appartenenza. Il servizio svolto in assegnazione funzionale o distacco viene considerato a tutti gli effetti come servizio prestato presso l'Ente di provenienza. Al personale assegnato funzionalmente o in distacco viene garantito il trattamento economico e normativo previsto dal CCNL Comparto Sanità per il personale assegnato dall'Azienda Sanitaria e dal CCNL Funzioni Locali per il personale assegnato dal Comune, nonché dalle relative contrattazioni integrative. I Dipartimenti e le Direzioni, attraverso le proprie articolazioni interne e, se del caso, in collaborazione con il Direttore SdS, provvedono alla organizzazione delle attività del personale loro afferente e non assegnato funzionalmente o distaccato presso quest'ultima, ma che svolge attività collegate a quelle assegnate alla gestione della SdS.

Per gli altri servizi di supporto tecnico, amministrativo e contabile (v. delibera Assemblea dei Soci n. 9 del 30/12/2021) la Società della Salute di Firenze può avvalersi delle strutture organizzative e del personale già operante nei rispettivi Enti di appartenenza attraverso specifici accordi di avvalimento, come già a suo tempo era stato previsto dalla Delibera di Giunta della Regione Toscana n. 243/2011 in tema di disposizioni operative per il funzionamento delle Società della Salute in Toscana. Si segnala che il passaggio alle funzioni dirette da parte della SdS Firenze decorre dal mese di gennaio 2022.

Il Regolamento di organizzazione della Società della Salute di Firenze è stato approvato con deliberazione della Giunta Esecutiva n. 17 del 18 ottobre 2022. Il documento definisce i criteri per la costituzione delle strutture organizzative operative e delle strutture di supporto tecnico-amministrativo, stabilisce la composizione dell'Ufficio di Direzione Zonale previsto dalla normativa regionale, disciplina le modalità di integrazione tra le strutture della SDS, del Comune di Firenze e dell'Azienda USL Toscana Centro, e individua i criteri per la costituzione dell'Ufficio di Piano.

Sulla base del Regolamento è prevista, come macro-organizzazione, la seguente articolazione della struttura organizzativa in Coordinamenti e Organismi collegiali:

1. Coordinamenti:

- 1.A) Coordinamento Sanitario Territoriale;
- 1.B) Coordinamento Socio-Sanitario;
- 1.C) Coordinamento Amministrativo;
- 1.D) Coordinamento Servizio Sociale Amministrativo.

2. Organismi collegiali:

2. A) Ufficio di Direzione Zonale, composto ai sensi dell'art. 64.2, comma 2, della L. R. T. n. 40/2005, coadiuva il Direttore SdS nell'espletamento delle funzioni gestionali di Responsabile di Zona;
2. B) Ufficio di Piano, organismo di supporto alla Direzione della SdS per la redazione dell'articolazione zonale del Piano Integrato di Salute (PIS) e di tutti gli altri atti di programmazione di indirizzo deliberati dagli organi di governo della SdS, è costituito dal Direttore SdS e da personale messo a disposizione dagli enti consorziati;
2. C) Staff di Direzione, coadiuva il Direttore nello svolgimento delle sue funzioni ed è composto dai Coordinatori suddetti e dalle posizioni di responsabilità di volta in volta interessate.

Il Direttore SdS, tramite i Coordinamenti, sovrintende ad una micro-organizzazione, definita con atto del Direttore stesso, con cui si assicura:

- la gestione di sistemi autonomi di funzioni, sia di carattere interno all'ente che rivolte all'utenza esterna;
- l'elaborazione e la gestione dei programmi operativi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi assegnati al Consorzio e condivisi con il Direttore SdS;
- la verifica e la valutazione dei risultati conseguiti.

La micro-organizzazione si articola in unità organizzative e strutture di progetto, le cui responsabilità possono essere ricondotte a incarichi di funzione, di posizione organizzativa o ad altra tipologia di incarichi di responsabilità. Le strutture di progetto sono strutture temporaneamente istituite per il raggiungimento di obiettivi per cui è necessario svolgere in modo coordinato attività che richiedono il contributo di personale appartenente alle diverse strutture organizzative o unità funzionali della SdS. La struttura deve essere costituita formalmente con atto del Direttore SdS, sentito l'Ufficio di Direzione. L'atto del Direttore deve indicare:

- L'obiettivo da raggiungere;
- Le risorse finanziarie, umane e strumentali necessarie;
- Le scadenze e di tempi di realizzazione dell'iniziativa;
- I componenti del gruppo di lavoro e le rispettive responsabilità.

La responsabilità della struttura di progetto è assegnata dal Direttore ad un dirigente o posizione organizzativa già esistente nella SdS o, qualora la natura del progetto lo richieda, ad un'équipe multidisciplinare, costituita da un rappresentante per ciascuna filiera professionale sotto il coordinamento dello Staff di Direzione.

Con Provvedimento del Direttore SdS n.80 del 12 dicembre 2022 è stato adottato l'assetto organizzativo della SdS Firenze, in cui si specificano, all'interno della microstruttura, le seguenti posizioni di responsabilità:

1. Coordinamento Sanitario Territoriale, diretto dal Coordinatore Sanitario, cui afferiscono le strutture e servizi aziendali inerenti la Riabilitazione funzionale, SMIA, SMA, SERD, Consulteri, Medicina Generale, Cure palliative, coordinamento ACOT, UVM e UVMD rientranti nelle attività di gestione diretta della SdS;
2. Coordinamento Socio-sanitario, diretto dal Coordinatore Socio-sanitario, si occupa dell'erogazione dei servizi riconducibili alle funzioni previste dall'art. 71-bis, c. 3, lett. c) e d) della L. R. T. n. 40/2005 e ss.mm.ii. Ad esso afferiscono le posizioni di responsabilità costituite di concerto con gli enti consorziati e correlate all'Unità Funzionale del Servizio Sociale, nonché le unità organizzative e le posizioni di responsabilità correlate alle aree della gestione diretta della SdS, cioè la Non Autosufficienza, la Disabilità, l'Housing, la Domiciliarità, il Lavoro e l'Assistenza socio- sanitaria complessa;
3. Coordinamento Amministrativo, diretto dal Coordinatore Amministrativo, esercita, tramite articolazioni amministrative semplici caratterizzate da responsabilità e autonomia nella gestione di risorse umane e tecniche, funzioni amministrative di gestione economico-finanziaria, affari generali, risorse umane e di supporto agli organi del Consorzio. A questo coordinamento afferiscono le unità organizzative competenti per le attività di Bilancio, Contabilità, Controllo di gestione, Partecipazione, Affari generali e legali, Ufficio di piano, Amministrazione trasparente, Pianificazione e Gestione delle Risorse umane, Coordinamento amministrativo delle prestazioni socio-sanitarie e Stili di Vita;
4. Coordinamento Servizio Sociale Amministrativo, diretto dal Coordinatore del Servizio Sociale Amministrativo, opera in stretta integrazione con il Comune di Firenze rispetto alle attività adesso attribuite, con responsabilità e autonomia nella gestione di risorse umane e tecniche. Al Coordinamento afferiscono le unità organizzative, costituite di concerto con il Comune, correlate alla Gestione amministrativa delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e dei progetti e interventi socio-assistenziali per anziani e disabili di diretta competenza della SdS.

Con Provvedimento del Direttore SdS n. 3 del 24 gennaio 2023 sono stati nominati il Coordinatore Sanitario, il Coordinatore Socio-Sanitario e Sociale e il Coordinatore Amministrativo della SdS Firenze, mentre risulta ancora vacante la posizione di Coordinamento del Servizio Sociale Amministrativo.

Con Provvedimento del Direttore n.14 del 17 aprile 2023 sono stati assegnati gli Incarichi di Funzione della SdS Firenze per il triennio 2023-2025 riguardanti le seguenti aree di responsabilità:

- **Affari generali e legali, Segreteria, Ufficio di Piano, Amministrazione trasparente e Gestione Risorse Umane;**

- Bilancio, contabilità, controllo di gestione, Partecipazione;
- Progettazione e Stili di Vita;
- Coordinamento attività amministrative P.U.A., U.V.M., e U.V.M.D.;
- Gestione prestazioni economiche a supporto della disabilità e progetti per il Dopo di Noi;
- Gestione amministrativa delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;
- Anziani e Anziani non autosufficienti;
- Disabili adulti;
- Disabili minori.

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>	<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>TOT.</i>
<i>Medici di Medicina Generale</i>	248	156	113	40	174	106	71	146	1054
<i>Pediatri di Famiglia</i>	39	34	29	2	33	17	17	30	201
<i>AFT</i>	10	4	6	2	8	5	3	7	45
<i>Medici di Continuità Assistenziale</i>	28	22	45	20	19	12	27	32	205

<i>(ex guardia medica)</i>									
<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 1992 n. 502” trovano maggior definizione negli articoli 23, 31 e 38 comma 2.

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

- **Consulenze di cure palliative** - Le consulenze per il controllo dei sintomi e la gestione del fine vita, la definizione del livello di assistenza e del setting più adeguato, vengono erogate principalmente ai reparti ospedalieri in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con i Medici di Medicina Generale, ma anche al domicilio e in RSA.
- **Cure palliative ambulatoriali** - Sul territorio dell’Azienda sono previsti ambulatori dedicati a persone ancora autosufficienti, per il controllo dei sintomi e la definizione del piano assistenziale.
- **Cure Palliative Precoci e Simultanee** - erogate in collaborazione con i MMG e gli specialisti. L’intervento precoce delle cure palliative (“early palliative care”), non solo nelle patologie oncologiche, ma in tutti i malati con patologie croniche degenerative in fase avanzata, si sta sempre più affermando come un modello nuovo e più efficace di intervento: è in grado di migliorare la qualità di vita delle persone, di aumentare la loro consapevolezza rispetto alla situazione clinica e di supportarli nelle decisioni relative alle scelte terapeutiche nelle fasi avanzate di malattia e alla fine della vita, di garantire una maggiore

appropriatezza delle cure, con una riduzione degli accessi in Pronto Soccorso, dei ricoveri nei reparti e della mortalità in ospedale, con un conseguente miglioramento della qualità della vita del persone.

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

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

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

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

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

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

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

Tabella: Posti letto Hospice e Day-Hospice al 31.12.2024

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

Dati aggiornati al 31/12/2024 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
Struttura	Oblate	Istituto Prosperius	Campi B.zio	S. Felice a Ema	-	Fiore di Primavera	-	La Limonaia	San Martino
Nr. Utenti	286	317	150	237	-	229	-	216	225
Nr. Ammissioni	280	306	150	229	-	224	-	212	223
Nr. Dimissioni	281	309	136	232	-	221	-	212	221
gg. assistenza	3.078	5.563	2.418	2.975	-	4.021	-	3.268	2.522

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

2.3 Il Girot

Il Girot è una équipe multiprofessionale, composta da geriatri, internisti, palliativisti, che prende in carico il paziente insieme agli infermieri di famiglia e comunità. L'attività del GIROT può iniziare già in DEA, dove è presente un geriatra per la presa in carico precoce del paziente, secondo criteri di 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	465	

Dati forniti dal DAIO – gennaio 2025/settembre 2025

Attività IFeC – dati 2025)

FIRENZE CENTRO	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE
PAZIENTI IN CARICO	5369	5215	4732	0
ACCESSI DOMICILIARI	38501	35885	29974	0
ACCESSI AMBULATORIALI	5177	5215	4994	0
PRESTAZIONI DOMICILIARI	85640	79084	70982	0
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	11205	11992	10856	0

Modello 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
Totale complessivo	2395	398	41	495	569	388	608	4894

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 Empolese Valdarno inferiore	TOTALE AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
N.erogatori	7	15	8	26	35	12	11	38	152
di cui no profit	4	12	8	24	33	10	8	31	130
di cui for profit	3	3	0	2	2	2	3	7	22
N.punti erogazione	21	23	32	76	46	32	18	87	335
N.Comuni della Zona	9	11	7	1	7	14	8	15	72
N.Comuni in cui è attivata AFA	7	10	7	1	7	10	7	15	64
Copertura Comuni	78%	91%	100%	100%	100%	71%	88%	100%	89%
N.Corsi AFA A. *	44	42	42	205	122	94	34	185	768
N.Partecipanti Ai Corsi AFA A. **	951	818	501	2914	1746	1379	579	2957	11845
N.Corsi AFA B. *	1	12	0	12	12	3	2	27	69
N.Partecipanti Ai Corsi AFA B. **	8	106	0	120	107	23	8	306	678
N.Corsi AFA C. *	2	3	10	10	11	4	4	19	63
N.Partecipanti Ai Corsi AFA C. **	31	20	130	91	100	20	26	160	578
POP >65 al 31-12-2024	43.502	28.995	56.405	91.367	49.766	47.984	15.806	55.331	389.156
indicatore su AFA 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. Nel Comune di Firenze sono state attivate cinque Case della Comunità in configurazione HUB (Le Piagge, D'Annunzio, Morgagni, Santa Rosa e Canova) e una Casa della Comunità in configurazione SPOKE presso Dalla Piccola, a completamento della rete territoriale di prossimità.

- **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 competente per l'area di Firenze è ubicata presso il presidio San Rosa.

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

Valutazioni dimissioni complesse 2024/2025

- Gli ospedali di comunità

Ulteriore servizio previsto dalle normative nazionali e regionali di riforma della sanità territoriale è quello dell'Ospedale di Comunità (OdC). L'OdC è una struttura residenziale di degenza post acuta a valenza territoriale zonale che riveste un ruolo complementare, di continuità e di integrazione sia rispetto al percorso di degenza ospedaliera in reparto per acuti, sia rispetto ai percorsi di presa in carico in assistenza domiciliare. A livello regionale è stabilita la presenza di almeno 1 Ospedale di comunità in ogni Zona-distretto/SDS e l'attivazione di 1 struttura ogni 50.000 abitanti. Il modello di OdC proposto dalla DGRT 1534/24 prevede un'evoluzione rispetto alla residenzialità intermedia delle cure intermedie. Gli OdC dovranno assicurare alla persona fragile o anziana, a livello di ogni zona-distretto/SdS, una appropriata risposta clinico-assistenziale che sia in continuità con il livello di ricovero ospedaliero e garantisca l'attivazione delle risorse territoriali in maniera integrata. E' prevista a livello regionale l'attivazione di due tipologie di OdC, per garantire una presa in carico misurata sugli effettivi bisogni clinico-assistenziali delle persone accolte: l'Ospedale di Comunità ad alta complessità assistenziale e l'Ospedale di comunità a medio-bassa complessità assistenziale. La Regione Toscana trasformando le cure intermedie attraverso la creazione di Ospedali di Comunità per accogliere pazienti con degenza a bassa intensità dopo una dimissione ospedaliera, o per pazienti cronici che non possono essere curati a casa si pone tra gli obiettivi quelli di alleggerire gli ospedali, facilitare il reinserimento territoriale dei pazienti e rafforzare l'assistenza territoriale, supportando anche la riabilitazione e le cure domiciliari. L'assistenza in OdC viene erogata utilizzando posti letto sanitari territoriali, organizzati in moduli, di norma di 15 – 20 posti letto, operativa 7 giorni su 7, h24, per l'assistenza ai degenti e per l'ammissione dei pazienti, con differenziate modalità di presenza di personale medico, infermieristico, della riabilitazione e assistenziale. Le categorie principali di eleggibilità sono dedicate a: persone prevalentemente affette da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa e/o che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci; persone che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo; persone fragili e/o con patologie cronicizzate, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente o per insorgenza di un quadro imprevisto, o per eventuali terapie da somministrare in luogo protetto, nei casi in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato. Possono essere previsti posti letti specifici per persone con disturbi del comportamento o demenza successivamente alla valutazione specifica del CDCD. L'accesso della persona in OdC può avvenire su proposta del MMG, di specialista ambulatoriale ed ospedaliero pubblico o di struttura convenzionata; del pronto soccorso; del CDCD o del medico palliativista. L'ammissione del paziente nella struttura avviene a seguito di valutazione ed autorizzazione effettuata dalla COT, che assicura il monitoraggio dell'andamento del ricovero anche ai fini della attivazione di eventuali percorsi di continuità assistenziale al termine del ricovero in OdC. Il ricovero

presso l'OdC deve avere una durata di norma non superiore a 20 giorni. Da dicembre 2024 è attivo l'Organismo di Coordinamento (OdC) di Camerata, competente per l'area fiorentina dell'Azienda USL Toscana Centro.

- **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 comorbidità.

- **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 Consulteri Giovani e la Promozione alla salute) e in centri di aggregazione.

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

- **Percorso Menopausa**

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

- **Prevenzione Oncologica**

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

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

- **Interventi mirati per la multiculturalità**

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

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

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

- **Persefone**

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

Il consultorio Persefone lavora avvalendosi di un'équipe multidisciplinare composta da tre ostetriche del personale USL Toscana Centro, da un'operatrice esperta in materia di tratta, una psicologa e mediatrici linguistiche-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 Usl 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'équipe 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 dei 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'Agenzia Continuità Ospedale Territorio (ACOT) e con le équipes multidisciplinari che hanno in carico la persona.

Ausili e Presidi

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

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

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

- **Ambulatori riabilitazione disabilità complessa**

A livello territoriale sono presenti ambulatori dedicati alla disabilità complessa, per patologie neurodegenerative ad andamento cronico (es. SLA), gestiti tramite gruppi di lavoro multidisciplinari per

patologia (DGRT 1449/17). I gruppi di lavoro portano avanti azioni condivise per il governo clinico e riabilitativo a supporto dell'attività del MMG.

- **Riabilitazione extra ospedaliera semiresidenziale e residenziale**

L'inserimento nelle strutture residenziali a modulo riabilitativo estensive (2° livello) o intensivi (1° livello) e semiresidenziali estensive, in attuazione della DGRT 1449/2019 e della DGRT 1449/17, dovrà essere disposto dalle UVMD nell'ambito del progetto di vita sulla base del progetto di vita riabilitativo personalizzato (PRTI) estensivo di durata semestrale elaborato dai professionisti del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione.

La Riabilitazione extra-ospedaliera residenziale e semiresidenziale aziendale ex art. 26 L.833/78 mdc 1,4,5,8 è variamente presente nelle Zone (S. Miniato e Villa Il Sorriso).

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 Dipartimento 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, operatori sociosanitari e operatori tecnici dell'assistenza.

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 (DA), 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;
- *agli ambienti istituzionali* quali l'ospedale, le RSA e le altre strutture sanitarie e sociosanitarie della ASL ed extra ASL, con attività di consulenza specialista 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.

Inoltre, la UF SMA ricopre un ruolo centrale nella valutazione e nella presa in carico delle persone con autismo in età adulta all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità zonali (UVMD) previste dalla normativa vigente e in corso di attualizzazione secondo la riforma del DLgs62.

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 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 della Salute Mentale Adulti.

- **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, tecnici 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.

- **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 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.

- **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 private 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 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 gli incontri della Consulta della Salute Mentale, quale progettualità di ottica comunitaria condivisa con le associazioni di esperienze, sia persone che famiglie.

- **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 come obiettivo la realizzazione di un progetto esterno seguendo sempre un approccio multiprofessionale.

- **SPDC**

A completamento della descrizione dei servizi della salute mentale adulti si rileva la presenza del **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)**, il servizio ospedaliero 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, infermieri, oss) è la stessa che opera nelle strutture territoriali.

Infine nell'ambito della Salute Mentale, tra infanzia e adolescenza ed ambito adulto, è presente l'Unità Funzionale Semplice Dipartimentale 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

2.13 La 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 apporto 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, ed 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 di attività sovrazionali, 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. Sono inoltre attive forme di collaborazione e azione congiunta per la presa in cura dell'epilessia. Infine, risulta importante sottolineare come vi sia costantemente attivo l'integrazione tra SMIA e SMA per la transizione.

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, il Dipartimento del Servizio Sociale ed 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 (PTRI). 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**

L'UFSMIA svolge 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.

- **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.

Con riferimento ai **disturbi del comportamento alimentare** è da anni stata costituita nel Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda Usl Toscana Centro, in continuità fra SMA e SMIA, la “**UFC Disturbi dell'alimentazione**” di valenza dipartimentale, deputata all'attuazione dei percorsi di prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare. Sono stati attivati Centri di riferimento aziendale, a Empoli e a Firenze, con possibilità di accesso in altre zone, per la prevenzione e la cura dei disturbi del comportamento alimentare, dove vengono erogate attività terapeutiche di prevenzione e sensibilizzazione delle problematiche alimentari, procedure di screening diagnostico preliminare con somministrazione di test psicometrici, 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 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.

2.14 Le Dipendenze

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

La rete dei servizi per le dipendenze è composta:

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

Nell'Azienda Usl Toscana Centro opera una rete capillare di Ser.D. che assicurano interventi e prestazioni nei singoli ambiti territoriali con accesso diretto alle cure e garanzia dell'anonimato, in un'ottica di integrazione multidisciplinare, attraverso équipe multiprofessionali composte da psichiatri, tossicologi, psicologi, educatori, infermieri, personale di riabilitazione, operatori sociosanitari, assistenti sociali ed altri operatori dell'area sociosanitaria.

Le équipes operano in stretta collaborazione con i medici di medicina generale e con la rete territoriale dei servizi e sono attive relazioni funzionali con il Reparto di malattie Infettive degli Ospedali Aziendali e dell'AUO Careggi, con la Salute Mentale (SMA e SMIA), con le SPDC degli Ospedali, l'ambulatorio di Tossicologia dell'AUO di Careggi e con il Centro Alcolico della Regione Toscana (CAR) di Careggi.

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, psicologici/psicoterapici, socioriabilitativi 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.

Tabella: Presa in carico Dipendenze per percorso – anno 2024

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

Fonte: Bollettino Socio Epidemiologico 2024 – Ausl Toscana Centro

- **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:

- lo screening e l'educazione sanitaria per la prevenzione dell'infezione da HIV;
- 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 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 alcol dipendenti. 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

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

Fonte: Bollettino Socio Epidemiologico 2024 – Ausl Toscana Centro)

- **Gioco d’Azzardo**

La coprogettazione attivata dalla SDS Firenze per la prevenzione del disturbo da gioco d’azzardo definisce un insieme articolato di interventi che coinvolgono scuole, luoghi di lavoro e popolazione generale, secondo un approccio di rete che integra pubblico e privato sociale. Nell’area scolastica vengono programmati percorsi formativi rivolti a insegnanti, studenti e famiglie, con l’obiettivo di aumentare le competenze educative e la capacità di riconoscere precocemente comportamenti a rischio. In ambito lavorativo si prevedono iniziative di prevenzione dedicate ai lavoratori, costruite in collaborazione con realtà aziendali e servizi territoriali, per intercettare situazioni di vulnerabilità e promuovere informazione corretta. Per la popolazione generale la coprogettazione comprende il sostegno agli sportelli d’ascolto presenti sul territorio, anche all’interno delle Case di Comunità, come punti di accesso per orientamento e supporto; attività di unità di strada finalizzate a raggiungere contesti informali e intercettare persone che non si rivolgono spontaneamente ai servizi; e l’individuazione di un agente di rete incaricato di collegare operatori, servizi e associazioni, facilitando la circolazione delle informazioni e la presa in carico. L’intero impianto definisce ruoli, responsabilità e modalità operative dei partner coinvolti, assicurando interventi coordinati e coerenti con gli obiettivi del progetto regionale.

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 équipes 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.

Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali ex L.R. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi sociali", in base alle disposizioni normative della LR n. 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", e s.m.i., le Commissioni "Unità di Valutazione Multidisciplinare" (UVM) ed "Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità" (UVMD) sono state costituite con atto del Direttore della Società della Salute. Il più recente provvedimento è il n. 49 del 23/06/2025.

Per quanto riguarda l'UVM è stato individuato come coordinatore un medico delle medicina di continuità, come componenti fissi le persone afferenti alle aree professionali delle medicina di comunità, del servizio sociale e del servizio infermieristico; sono stati individuati anche i sostituti e come componenti a chiamata un geriatra ed i MMG. La componente amministrativa, prevista dalla normativa, dovrà essere formalizzata.

A dicembre 2024 con la delibera dell'Assemblea dei Soci n. 14/2024 è stato aggiornato il Regolamento di accesso ai servizi sociosanitari per l'area della non autosufficienza e della disabilità.

L'UVM effettua la valutazione multidimensionale del bisogno sulla base di scale di valutazione elaborate a livello regionale (principalmente: delibera GR 370/2010 e decreto dirigenziale 1354/2010 e s.m.i.) che definiscono gli aspetti clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale socio-ambientale. Al termine del processo valutativo la Commissione individua le prestazioni sociosanitarie ritenute appropriate (domiciliari, semiresidenziali e residenziali). Le sedute si tengono tutte le mattine dal lunedì al venerdì. C'è una media mensile di 320 nuove domande di valutazione del bisogno ed una media annuale di 3000 PAP, inclusi le rivalutazione ed i c.d. codici rossi.

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>
Totale	13.319	5.650	5.789	2.224	8.255	4.975	4.274	7.476	51.962
di cui									
anziani	11.880	5.061	5.055	1.947	7.314	4.470	3.633	6.585	45.945
età 65+									

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

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

Lista di attesa per l'inserimento permanente in RSA

Richiesta dell'attestazione ISEE e relativo sistema di tipo continuo

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

Rivalutazione e decadenza del PAP

Accomodamento ragionevole

Non utilizzazione dello 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.
- **Interventi domiciliari sociali e sanitari erogati in forma diretta**: prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e esocio-assistenziali prestate direttamente a casa del paziente con l'obiettivo di evitare, per quanto possibile, il ricovero del paziente in ospedale o la sua collocazione in una struttura residenziale oltre il tempo strettamente necessario o in modo inappropriato.

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

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

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

Nel corso del 2025, nella zona di Firenze l'attività ha proseguito con continuità: sono state effettuate 521 visite, 631 telefonate sono state indirizzate ai capofila e sono stati attivati 221 libretti famiglia, contribuendo all'avanzamento delle azioni previste.

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 socio-sanitari - OSS, fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.).

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

Nel 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 CIA¹). Il valore del CIA può variare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana), con 4 livelli:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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).

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

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

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
Numeratore	1.877	733	973	229	1.335	451	646	825	7.069
Popolazione	363.837	222.016	167.447	63.337	260.972	170.487	119.555	241.196	1.608.847
Valore	5,16	3,30	5,81	3,62	5,12	2,65	5,40	3,42	4,39

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

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

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

(fonte: archivio regionale AD-RSA 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
ADI	erogazioni	20.022	1.900	2.491	1.074	3.718	2.106	5.933	9.120	46.364
	di cui anziani	15.692	1.372	2.044	638	3.341	1.469	3.644	7.909	36.109
ADP	erogazioni	5.863	4.715	3.661	940	15.926	6.840	17.914	66	55.925
	di cui anziani	5.608	4.360	3.586	893	14.539	6.522	16.487	66	52.061
AD solo	erogazioni	162.493	111.880	84.097	39.846	134.835	149.315	125.340	130.087	937.893

sanitaria	di cui anziani	141.408	98.950	75.932	35.538	113.947	135.791	109.462	113.401	824.429
-----------	----------------	---------	--------	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------

(fonte: archivio regionale AD-RSA 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.

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

Fonte: archivio regionale AD-RSA RFC115 RFC118

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

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

L'inserimento può essere:

- **temporaneo**, finalizzato ad offrire alla persona assistita un inserimento residenziale programmato, in presenza di inadeguatezza ambientale transitoria o impossibilità temporanea della famiglia o del

caregiver a garantire adeguata assistenza. E altresì finalizzato alla riattivazione e riabilitazione delle capacità funzionali residue con verifica a termine a cura dell'UVM.

- **di sollievo**, finalizzato ad offrire alla famiglia l'opportunità di alleggerire per un periodo determinato di tempo lo stress e l'impegno di cura, consentendo un recupero sul piano fisico e psicologico.
- **permanente** subordinato alla definizione, a cura dell'UVM, di un PAP di tipo residenziale, a seguito dell'accertamento di una condizione di elevato bisogno assistenziale e di inadeguatezza ambientale e della rete assistenziale che rende impossibile in via permanente un piano assistenziale domiciliare.

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

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

- **La DGRT 995/2016**

In base alla DGRT 995/2016 *“Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015”*, i destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili come posti in modulo base, attraverso titoli di acquisto la cui erogazione è subordinata alla definizione del Piano di Assistenza Personalizzato di tipo residenziale da parte della UVM. Attraverso il cosiddetto “titolo d'acquisto” – documento rilasciato dai servizi sociosanitari territoriali competenti in cui vengono indicati il corrispettivo sanitario (quota sanitaria) e sociale (quota sociale) destinato alla Residenza scelta dallo stesso – la persona potrà ora scegliere la struttura. I gestori delle strutture autorizzate e accreditate che hanno sottoscritto l'accordo previsto dalla DGRT 995 hanno l'obbligo di aderire al portale web regionale delle RSA e sono responsabili delle informazioni rese all'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, che si occupa della pubblicazione online delle stesse, di modo da offrire ai cittadini tutte le informazioni utili per una scelta adeguata alle proprie esigenze.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(fonte: archivio regionale D33Z - Anno 2024. Numero di assistiti residenziali >= 75 anni per 1.000 abitanti per intensità di cura – estrazione 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)³.

2

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

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

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

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

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

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

- **Ulteriori progettualità attivate sul territorio**

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

Progetto Home Care Premium

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

- **Progetto regionale gravissime disabilità**

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

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

- **Progetti Demenze/Alzheimer**

La demenza e l'Alzheimer sono una delle cause, a maggior rilevanza epidemiologica, di disabilità delle persone, prevalentemente anziane e rappresentano una grave condizione patologica, spesso associata alla presenza contemporanea di disturbi cognitivi e comportamentali con importanti implicazioni sociali. Oltre alla rete dei servizi semiresidenziali e residenziali già attivi a livello locale le SdS, e laddove assenti le Zone Distretto, hanno aderito al progetto regionale per la sperimentazione di Caffè Alzheimer e l'Atelier Alzheimer.

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

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

- **Voucher domiciliari FSE**

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

- **Pronto Badante**

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

3.2 Disabilità

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

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

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

Per l'UVMD adulti, i componenti fissi ed i relativi sostituti afferiscono alla Medicina di Comunità, al servizio sociale ed al servizio amministrativo. I componenti stabili all'area specialistica della fisiatria e della psichiatria. I componenti a chiamata afferiscono al SeRD, all'area infermieristica, della psicologia e della riabilitazione. E' prevista la partecipazione a chiamata di altri professionisti, es. MMG, altri specialisti al bisogno, ovvero l'assistente sociale di riferimento.

Per l'UVMD minori ci sono 3 microequipe: autismo; disabilità intellettiva; disabiità neuromotoria. I componenti fissi ed i relativi sostituti afferiscono alle aree più volte richiamate (medicina di comunità; servizio sociale e servizio amministrativo). I componenti stabili fanno capo alla neuropsichiatria infantile, all'area professionale della riabilitazione ed alla psicologia. I componenti a chiamata prevedono il coinvolgimento al bisogno del Pediatra di Famiglia, dell'assistente sociale territoriale e di vari soggetti coinvolti nel percorso valutativo dei progetti di vita previsti dal D. Lgs. 62/2024 "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".

Le valutazioni vengono effettuate in attuazione di un articolato quadro normativo (di cui si citano i principali atti regionali: la delibera 1449/2017 "Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità:il progetto di vita" la delibera 1642/2019 in attuazione della precedente 1449/2017 e la delibera 1055/2021 che ha approvato strumenti, procedure e metodologie di attuazione

della precedente delibera 1449 citata e la delibera 1614/2024 che ha fornito indicazioni ai territori coinvolti nella sperimentazione della valutazione multidimensionale e del progetto di vita ex D.lgs. 62/2024).

L'UVMD, sia per adulti che per minori, si riunisce di norma 8/9 volte al mese e ci sono altrettante sedute di preistruttoria per l'esame dei casi.

Il numero complessivo dei PAP elaborati annualmente è di circa 560 (media dell'ultimo triennio di attività).

Di notevole impatto per l'attività della Commissione UVMD è l'effettuazione delle valutazioni finalizzate alla definizione dei Progetti di Vita che implicano il coinvolgimento di molti interlocutori e diversi incontri prima di arrivare alla condivisione finale.

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.

Di seguito una sintesi, non esaustiva, dei servizi e dei progetti attualmente operativi nell'area della disabilità:

Area di intervento	Descrizione sintetica
Progetto di Vita	Quadro di riferimento personalizzato basato su valutazione multidimensionale, definizione degli obiettivi e coordinamento tra servizi sociali, sanitari, educativi e rete territoriale.
Gravissime Disabilità	Misure per persone con bisogni assistenziali elevati: contributi economici, sostegni al caregiver, interventi domiciliari ad alta intensità, integrazione con servizi sanitari.

Area di intervento	Descrizione sintetica
Progetto ADA – Assistenza Domiciliare per l’Autonomia	Interventi educativi e assistenziali al domicilio e nel contesto di vita, orientati allo sviluppo delle autonomie personali, sociali e relazionali.
Vita Indipendente	Sostegni personalizzati per favorire autonomia e autodeterminazione: contributi per assistenti personali e accompagnamento nella progettazione individualizzata.
Programma InAut	Intervento regionale per percorsi di autonomia: bandi annuali, valutazione multidisciplinare, sostegni economici e progettualità personalizzate.
Centri Diurni Socio-Educativi	Servizi semiresidenziali per persone con disabilità medio-grave: attività educative, motorie, espressive, occupazionali e supporto alla famiglia.
Soggiorni-Vacanza	Contributi economici per esperienze di vacanza assistita e sollievo familiare, con accesso tramite avviso pubblico.
Attività Sportive e Progetti Inclusivi	Iniziative motorie e sportive adattate, individuali o di gruppo, realizzate con associazioni del territorio per promuovere partecipazione e benessere.
Progetti per l’Autismo	Interventi educativi domiciliari e territoriali, attività di socializzazione, sport adattato, percorsi per l’autonomia e la transizione all’età adulta, integrati nel Progetto di Vita.
Accesso ai Servizi (PUA) e Presa in Carico Integrata	Accoglienza, valutazione multidimensionale, definizione del PAI e coordinamento tra servizi sociali, sanitari e soggetti del territorio.