



PIANO INTEGRATO DI SALUTE 2020 - 2022

SOCIETÀ DELLA SALUTE PISTOIESE
Viale Matteotti 35 – 51100 Pistoia

Sommario

1	Sezione Conoscitiva.....	5
1.1	Profilo di salute.....	5
1.1.1	Il profilo di salute in sintesi.....	5
1.1.2	Demografia e Territorio	8
1.1.3	Determinanti di Salute.....	11
1.1.4	Minori.....	21
1.1.5	Stranieri	25
1.1.6	Stato di salute generale.....	28
1.1.7	Cronicità.....	35
1.1.8	Non Autosufficienza.....	37
1.1.9	Salute Mentale	39
1.1.10	Materno Infantile	40
1.1.11	Prevenzione	42
1.1.12	Farmaceutica.....	44
1.1.13	Ambiente.....	45
1.1.14	Ricorso ai servizi	47
1.2	Profilo dei servizi	57
1.2.1	Quadro degli assetti organizzativi.....	57
1.2.1.1	La sanità territoriale	58
1.2.1.2	I servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.....	61
1.2.2	Quadro dell'offerta.....	62
1.2.2.1	Cure Primarie: la Sanità Territoriale.....	62
1.2.2.2	Le Cure Palliative.....	68
1.2.2.3	Materno Infantile: le Attività Consultoriali Territoriali.....	71
1.2.2.4	La Riabilitazione territoriale.....	74
1.2.2.5	La Salute Mentale Adulti.....	77
1.2.2.6	La Salute Mentale Infanzia Adolescenza	80
1.2.2.7	Le Dipendenze.....	82
1.2.2.8	I percorsi per la Non Autosufficienza e la Disabilità	85
1.2.2.9	Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS).....	96
1.2.2.10	Le attività socio-assistenziali	96
2	Dispositivo di Piano	103
2.1	Le linee strategiche pluriennali.....	103
2.2	Gli obiettivi di salute.....	104

2.2.1	Interventi a supporto delle disabilità	104
2.2.2	Nuovi modelli di integrazione per la Non Autosufficienza.....	109
2.2.3	La salute mentale	113
2.2.4	Sviluppo di reti a sostegno di pazienti fragili con perdita delle competenze cognitive.....	123
2.2.5	Interventi per la cronicità.....	125
2.2.6	Percorsi di continuità ospedale territorio	128
2.2.7	Promozione, educazione e prevenzione	129
2.2.8	Empowerment sociale e politiche di inclusione	131
2.2.9	Promozione delle reti di solidarietà e sostegno delle responsabilità familiari.....	136
2.3	Budget integrato di programmazione	145
2.4	Ufficio di Piano	146
2.5	Percorso di partecipazione	147
3	Programmazione Operativa Annuale.....	148
4	Monitoraggio e valutazione	148
4.1	Monitoraggio attività	148
4.2	Valutazione del PIS.....	149

1 Sezione Conoscitiva

1.1 Profilo di salute

1.1.1 Il profilo di salute in sintesi

La popolazione della zona Pistoiese, così come quella della AUSL Toscana Centro e quella regionale, è sottoposta a un progressivo invecchiamento e la presenza di popolazione immigrata compensa marginalmente la regressione demografica nel territorio. Complessivamente, nel 2019, il 17% di tutti i soggetti over 64 sono hanno più di 84 anni, si tratta di oltre 7400 persone, di conseguenza è forte la domanda di assistenza per malattie croniche, disabilità e non autosufficienza. Sono oltre 3.800 gli anziani residenti nella zona Pistoiese in condizioni di non autosufficienza per almeno una delle attività di base della vita quotidiana. Le donne hanno una prevalenza doppia di non autosufficienza rispetto ai coetanei uomini ed esprimono un bisogno più grave

Gli iscritti stranieri all'anagrafe sono solo l'8,9% della popolazione residente, il valore più basso riportato tra le zone distretto della AUSL Toscana Centro, e i minori rappresentano solo il 15,3% della popolazione residente, valore fra i più bassi nella AUSL Toscana Centro, superato solo dal comune di Firenze e dalla Val di Nievole.

Mentre il tasso di disoccupazione negli stranieri residenti in AUSL Toscana Centro è 29,7%, nella zona Pistoiese i disoccupati stranieri sono il 49,6%, è il valore più elevato nella nostra AUSL.

Il 20,1% dei residenti risiede in aree ad alta deprivazione (classificata in base alla sezione di censimento).

La zona Pistoiese mostra il secondo valore più elevato dopo la Val di Nievole (2.020 persone, il 4,6% degli ultra64enni) tra le zone distretto della AUSL Toscana Centro (3,5%) e il terzo in Regione Toscana, circa il tasso di pensioni e assegni sociali, indicatore delle possibili difficoltà economiche della popolazione anziana, coerentemente, il reddito imponibile medio (19.507 euro) e l'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS (903 euro) sono i secondi più bassi fra le zone della AUSL Toscana Centro dopo la Val di Nievole e fra i più bassi tra le zone della Toscana.

Per quanto riguarda la disponibilità di servizi educativi all'infanzia per i bambini di 3-36 mesi, il numero di bambini accolti in tali servizi è solo del 36% (1.269 bambini rispetto ai 3.508 elegibili); sebbene valori superiori al 33% segnalino il raggiungimento di una risposta adeguata, il valore della zona Pistoiese è il secondo più basso dopo la Val di Nievole nell'AUSL Toscana Centro.

I dati rilevati dall'indagine EDIT di ARS del 2018 suggeriscono l'opportunità di interventi di prevenzione integrati per diversi fattori di rischio – fumo, dieta, alcool, sostanze psicotrope illegali - rivolti ai giovani. Nel 2018 un ragazzo su quattro tra i 14-19enni della zona Pistoiese fuma regolarmente (maschi e femmine considerati insieme) – il secondo valore più alto tra le zone della AUSL Toscana Centro - e a mala pena un ragazzo su 4 (23,9%) consuma almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno. Inoltre, quasi un giovane su due (47,8%) ha dichiarato di aver avuto episodi di binge drinking nel mese precedente l'intervista, si tratta del valore peggiore registrato nell'intera Regione ed è un fenomeno che riguarda principalmente i maschi. Un ragazzo su tre (33,6%) fa uso di sostanze psicotrope, proporzione significativamente più alta sia del valore medio della AUSL Toscana

Centro (28,9%) – la zona Pistoiese si colloca al secondo posto nella nostra AUSL dopo il Mugello per questo indicatore - che di quello regionale (30,1%).

I ragazzi residenti nella zona Pistoiese mostrano però un comportamento decisamente migliore rispetto agli altri coetanei residenti nella AUSL Toscana Centro rispetto ai livelli di attività fisica: sono l'11,6% quelli che non praticano attività sportiva per almeno un'ora a settimana, contro, rispettivamente il 14,1% e solo l'1,6% dei ragazzi residenti nella zona Pistoiese sono obesi, ovvero con un Indice di Massa Corporea $\geq 30,0$ kg/m².

Tra gli adulti, è alta la percentuale di fumatori tra i maschi e preoccupa la sedentarietà, in particolare tra le donne. Il consumo di frutta e verdura è ancora insufficiente in tutte le fasce di età.

La zona Pistoiese, con il 24,1% è tra le zone della AUSL con l'indice di benessere culturale e ricreativo più basso, ciò significa che nel 2018 solo un ragazzo su 4 ha partecipato ad almeno a 5 attività/eventi (teatro, cinema, musei/mostre, concerti, spettacoli), ad indicare che l'offerta di opportunità culturali è scarsa rispetto ad altre zone. Più alta rispetto al valore medio della AUSL Toscana Centro del 14,5% è inoltre la proporzione di giovani tra gli 11 e i 17 anni che hanno dichiarato di aver commesso atti di violenza, bullismo o cyberbullismo nei confronti dei coetanei – sono il 17,6% nella zona Pistoiese.

Nella zona Pistoiese i maschi hanno un'aspettativa di vita di 81,4, e le femmine di 86,0 anni, valori leggermente inferiori alla AUSL Toscana Centro, rispettivamente di 81,6 e 86,2 anni, ma superiori ai valori medi regionali.

Così come in tutte le aree più sviluppate del mondo, le cause più di morte frequenti 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.

Sia negli uomini che nelle donne si osservano eccessi rispetto al valore medio di ASL per quanto riguarda la mortalità per le malattie del sistema circolatorio e la cardiopatia ischemica.

Non si rilevano invece né eccessi né difetti nella mortalità per tutti i tumori considerati complessivamente, né per i tumori specifici per sede più frequenti. Anche la mortalità per malattie dell'apparato digerente, per traumatismi e per le malattie dell'apparato osteo-muscolare presenta caratteristiche simili a quelle della AUSL Toscana Centro.

Per quanto riguarda le malattie dell'apparato respiratorio la mortalità tra le donne è significativamente inferiore rispetto all'AUSL Toscana Centro, mentre il tasso è comparabile con quello delle popolazioni di riferimento nei maschi.

Il tasso di ospedalizzazione nella zona pistoiese nel 2018 esso è risultato il più elevato a livello regionale dopo quello dell'Elba. Ciò può tuttavia anche indicare un uso dell'ospedale come alternativa alla disponibilità dei servizi territoriali non omogenei sul territorio della AUSL Toscana Centro.

Sia nei maschi che nelle femmine, la prevalenza di malattie croniche standardizzata per età è superiore al valore medio dell'AUSL TC. In particolare, sono in eccesso rispetto al valore medio dell'AUSL la prevalenza della broncopneumopatia cronica ostruttiva negli uomini e della cardiopatia ischemica nelle donne, mentre in entrambi i generi è in difetto la prevalenza dello scompenso cardiaco.

La prevalenza d'uso di antidepressivi nella zona Pistoiese, è significativamente più alta, sia nei maschi che nelle femmine, della prevalenza media dell'AUSL Toscana Centro; per le donne della zona Pistoiese è riportato l'uso più elevato rispetto alle altre zone sociosanitarie della AUSL Toscana Centro.

La qualità dell'aria respirata da chi vive e lavora nella zona rispetta per lo più i limiti normativi, ma è ancora lontana dagli standard di qualità raccomandati dall'OMS per la salvaguardia della salute.

Messaggi chiave

Criticità

- La popolazione della zona Pistoiese è in regressione demografica, fenomeno che la presenza della popolazione immigrata compensa solo marginalmente, pertanto è **forte la domanda di assistenza per malattie croniche, disabilità e non autosufficienza**
- Un abitante su cinque risiede in **aree ad alta deprivazione, il tasso di pensioni e assegni sociali è alto, mentre il reddito imponibile medio e l'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS** sono i secondi più bassi fra le zone della AUSL Toscana Centro
- Restano da incrementare la **disponibilità di servizi educativi all'infanzia per i bambini di 3-36 mesi e l'offerta di opportunità culturali tra i ragazzi**
- Opportuno intraprendere interventi di prevenzione integrati per diversi fattori di rischio, in particolare **fumo, dieta, alcool, sostanze psicotrope illegali**, in particolare tra i giovani, tra i quali è maggiore la diffusione di comportamenti a rischio rispetto ai coetanei residenti nella AUSL Toscana Centro
- Sono inoltre necessari maggiori sforzi per favorire l'adesione della popolazione alle raccomandazioni delle linee guida per una sana alimentazione
- Sia negli uomini che nelle donne si osservano eccessi rispetto al valore medio di ASL per quanto riguarda la mortalità per le **malattie del sistema circolatorio e la cardiopatia ischemica**
- Sono in eccesso rispetto al valore medio dell'AUSL la **prevalenza della broncopneumopatia cronica ostruttiva negli uomini** e della **cardiopatia ischemica nelle donne**
- Per le donne della zona Pistoiese è riportato **l'uso più elevato di farmaci antidepressivi** rispetto alle altre zone sociosanitarie della AUSL Toscana Centro
- Politiche di dimostrata efficacia devono essere applicate **per il miglioramento della qualità dell'aria**, con attenzione anche alle fonti di riscaldamento, potenziando i controlli sugli impianti domestici, in particolare quelli a biomassa, e **per il contenimento dell'inquinamento delle acque superficiali**

Punti di forza

- La **presenza del terzo settore formalizzato** sul territorio è forte, vi sono oltre 17 organizzazioni di volontariato, promozione sociale, cooperative sociali iscritte agli albi regionali ogni 10.000 residenti
- I livelli di **attività fisica** sono più alti rispetto ai livelli dei coetanei residenti nell'AUSL
- È raro il fenomeno **dell'obesità** tra i ragazzi
- Non si rilevano invece né eccessi né difetti nella mortalità per tutti i tumori considerati complessivamente, né per i tumori sede-specifici più frequenti. Anche la mortalità per malattie dell'apparato digerente, per traumatismi e per le malattie dell'apparato osteo-muscolare presenta caratteristiche simili a quelle della AUSL Toscana Centro

- La **mortalità tra le donne per le malattie dell'apparato respiratorio** è significativamente inferiore rispetto all'AUSL Toscana Centro
- In entrambi i generi la prevalenza dello **scompenso cardiaco** è in difetto rispetto all'AUSL Toscana Centro

1.1.2 Demografia e Territorio

Territorio

La zona Pistoiese costituisce l'area nord-occidentale della Provincia di Pistoia, confina a est con la provincia di Prato, a sud con la Val di Nievole e con la zona Empolese-Valdarno Inferiore. È composta da nove comuni, i cinque della Piana pistoiese - Agliana, Montale, Pistoia, Quarrata, Serravalle Pistoiese - in continuità con l'asse metropolitano fiorentino e pratese, e i quattro comuni montani Abetone-Cutigliano, Marliana, Sambuca Pistoiese e San Marcello -Piteglio. La zona distretto pistoiese conta oltre 172.000 abitanti dislocati su una superficie di quasi 700 kmq con una densità di 246 ab/km² (**Tabella 1**). Il Comune di Agliana ha la densità di gran lunga maggiore, mentre quella minore si rileva nei Comuni montani di Abetone Cutigliano e Sambuca Pistoiese.

Tabella 1 Caratteristiche demografiche e del territorio della zona Distretto Pistoiese

Comune	Superficie (km ²)	Popolazione	Densità
		(ab. 01-2019)	(ab/km ²)
Abetone Cutigliano	75	2.048	27
Agliana	12	17.920	1.493
Marliana	43	3.172	74
Montale	32	10.754	336
Pistoia	236	90.358	383
Quarrata	46	26.693	580
Sambuca Pistoiese	77	1.568	20
San Marcello Piteglio	135	7.938	59
Serravalle Pistoiese	42	11.679	278
TOTALE ZONA PISTOIESE	699	172.130	246
AUSL Toscana Centro	5041	1.628.660	323
Regione Toscana	22987	3.729.641	162

Demografia

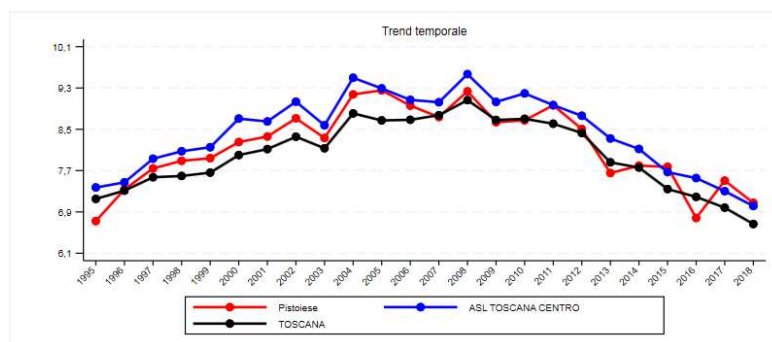
Nel corso del 2018, il **saldo naturale** (differenza tra nati e morti ogni 1000 residenti) è stato negativo in tutti i comuni della zona distretto Pistoiese, ovvero i decessi non sono stati compensati da nuove nascite, tuttavia il **saldo migratorio** (differenza tra iscritti e cancellati) è stato positivo in tutti i comuni ad eccezione di Abetone-Cutigliano e Sambuca Pistoiese, pertanto il saldo tra crescita naturale e tasso migratorio (**saldo totale**) nella zona pistoiese è debolmente positivo (2,4 per 1000 abitanti), superiore sia a quello della Toscana (-2 per 1.000) che a quello della AUSL Toscana Centro (0,2 per 1.000).

Tabella 2 Caratteristiche demografiche dei comuni della zona Pistoiese

Caratteristiche demografiche dei comuni	COMUNE									TOTALE
	Abetone Cutigliano	Agliana	Marliana	Montale	Pistoia	Quarrata	Sambuca Pistoiese	San Marcello Piteglio	Serravalle Pistoiese	
Popolazione al 1° gennaio	2.101	17.789	3.174	10.777	90.195	26.460	1.605	7.933	11.689	171.723
Nati	6	146	27	65	652	225	4	18	75	1.218
Morti	36	162	52	114	1.064	240	27	125	112	1.932
Saldo Naturale	-30	-16	-25	-49	-412	-15	-23	-107	-37	-714
Iscritti da altri comuni	40	592	129	342	1.669	801	62	195	397	4.227
Iscritti dall'estero	20	115	33	24	496	161	12	75	62	998
Altri iscritti	0	68	10	24	258	114	0	17	22	513
Cancellati per altri comuni	54	486	120	326	1.487	646	68	155	375	3.717
Cancellati per l'estero	4	35	11	10	157	47	10	11	19	304
Altri cancellati	25	107	18	28	204	135	10	9	60	596
Saldo Migratorio e per altri motivi	-23	147	23	26	575	248	-14	112	27	1.121
Popolazione residente in famiglia	2.045	17.892	3.126	10.721	89.739	26.622	1.562	7.749	11.640	171.096
Popolazione residente in convivenza	3	28	46	33	619	71	6	189	39	1.034
Popolazione al 31 dicembre	2.048	17.920	3.172	10.754	90.358	26.693	1.568	7.938	11.679	172.130
Numero di Famiglie	1.109	7.122	1.525	4.195	40.766	10.375	804	4.024	5.060	74.980
Numero medio di componenti per famiglia	1,8	2,5	2	2,6	2,2	2,6	1,9	1,9	2,3	2,2

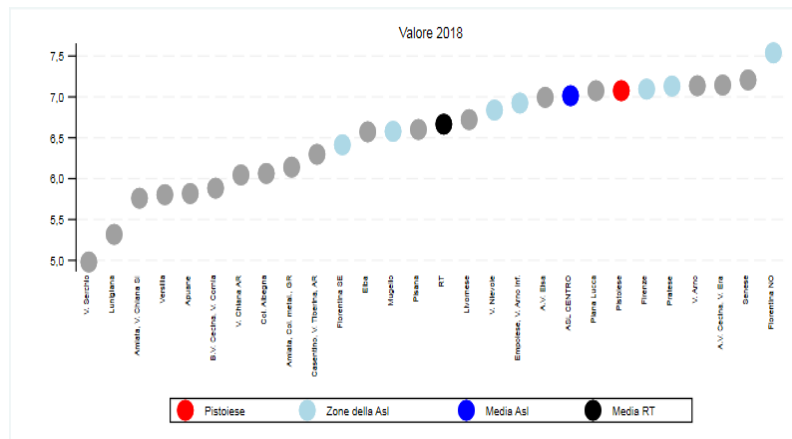
Il numero di nascite nella zona Pistoiese, come nel resto della Toscana, è in progressivo calo dal 2008 (Figura 1).

Figura 1 Tasso di natalità, trend temporale 1995-2018



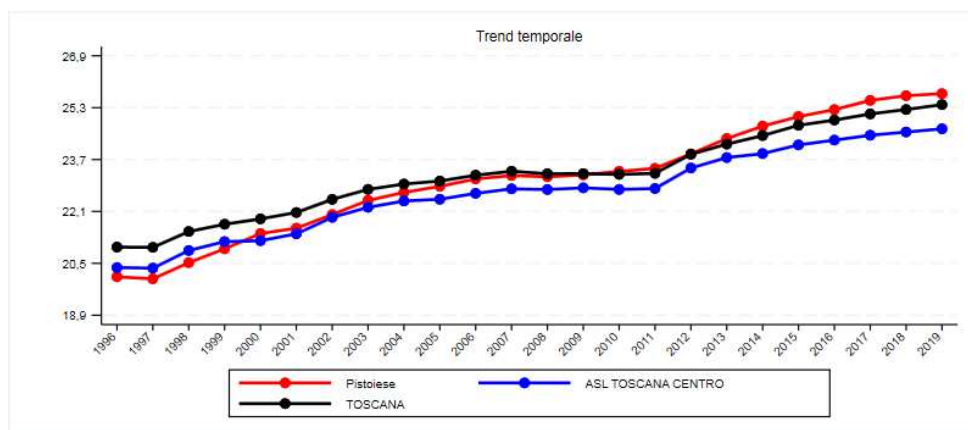
Nel 2018 sono nati solo 1.218 bambini, il **tasso di natalità** è stato di 7,1 bambini ogni 1.000 residenti, comparabile a quello della AUSL Toscana Centro (7,0 ogni 1.000 residenti) e lievemente superiore a quello della Toscana (6,7 per 1.000) (Figura 2).

Figura 2 Tasso di natalità nel 2018



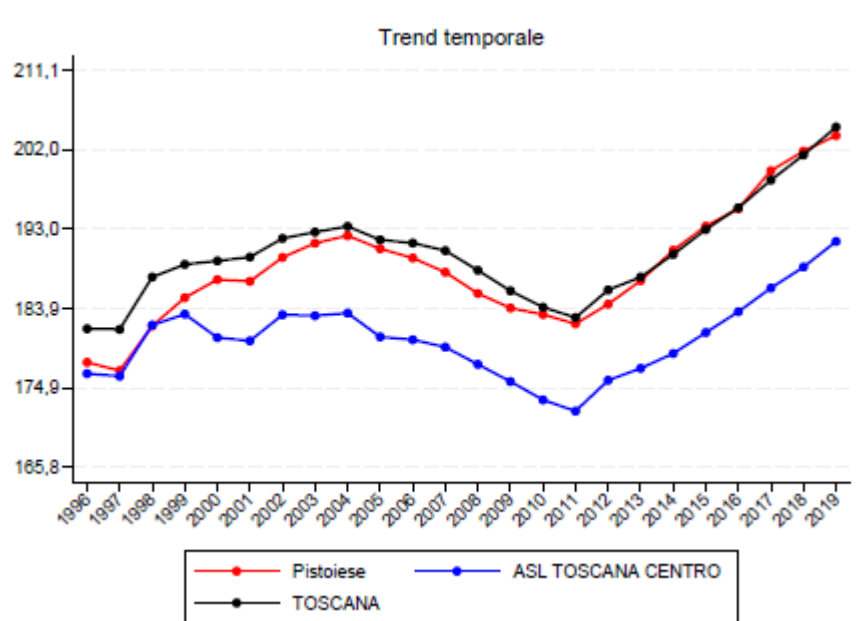
La popolazione della zona Pistoiese, così come quella della AUSL Toscana Centro e quella regionale, è sottoposta ad un progressivo invecchiamento. Generalmente le aree montane sono caratterizzate dal maggior numero di anziani. Nel 2019 sono 44.293 i residenti con un'età ≥ 65 anni, uno su 4 (25,7%). Questo indice, **indice di invecchiamento**, è superiore sia al valore della AUSL Toscana Centro (24,6%) che alla Regione (25,4%) (Figura 3).

Figura 3 Indice di invecchiamento, valori 2019



Dal 2011 l'indice di vecchiaia è in costante e progressivo aumento (Figura 4), in conseguenza della bassa natalità e della bassa fecondità, ma anche dell'allungamento della speranza di vita. L'indice di vecchiaia, confrontando il numero di anziani con quello dei giovani sotto i 15 anni, riflette la velocità di ricambio della popolazione. Il valore della zona pistoiese (203,6) è confrontabile con quello della Toscana (204,6), ma è maggiore di quello della AUSL Toscana Centro (191,6), in cui alcune zone si caratterizzano per tassi di natalità più elevati, sostenuti dalla popolazione straniera presente (in particolare le aree Pratese, Empolese e Valdarno Inferiore e Fiorentina Nord-Ovest). Complessivamente, nel 2019, nella zona Pistoiese sono 7.467 gli anziani con più di 84 anni (grandi anziani), pari al 17% di tutti i soggetti over 64, di conseguenza è forte la domanda di assistenza per malattie croniche, disabilità e non autosufficienza. L'aumento di tale domanda è peraltro acuito dalla graduale riduzione delle donne di mezza età *caregiver* nelle famiglie, che tradizionalmente si sono occupate della cura dei componenti fragili della famiglia, tra cui anziani e disabili. La presenza di popolazione immigrata compensa solo in parte la regressione demografica nel territorio.

Figura 4 Indice di vecchiaia, trend temporale 1996-2019



1.1.3 Determinanti di Salute

I determinanti della salute sono i fattori in grado di influenzare lo stato di salute, comprendono fattori genetici, comportamenti personali e stili di vita, fattori sociali, condizioni lavorative, accesso ai servizi sanitari, condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali.

Fra i determinanti di salute l'impatto maggiore è legato ai fattori socio-economici e agli stili di vita, che contribuiscono per il 40-50% alla salute di una popolazione.

I determinanti di salute sociali, cioè quegli indicatori meno direttamente collegati alla dimensione sanitaria, mostrano un territorio non privo di problemi. In Toscana, **il tasso di pensioni e assegni sociali**, indicatore delle possibili difficoltà economiche della popolazione anziana, risulta decisamente più basso rispetto alla media nazionale (3,7% contro il 6%). Tuttavia, la zona Pistoiese mostra il secondo valore più elevato (2.020 persone, il 4,6% degli ultra64enni) dopo la Val di Nievole tra le zone distretto della AUSL Toscana Centro (3,5%) e il terzo in Regione Toscana, dove ai primi posti si collocano la Versilia (5,6%) e le Apuane (5,4%). Coerentemente con questa situazione, il **reddito imponibile medio** (19.507 euro) e l'**importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS** (903 euro) sono i secondi più bassi fra le zone della AUSL Toscana Centro dopo la Val di Nievole (rispettivamente, 18.383 e 838) e fra i più bassi tra le zone della Toscana (Tabella 3)

Tabella 3 Alcuni determinanti di salute: confronto zona Pistoiese, AUSL Toscana Centro e Regione Toscana. Anno 2018 (ove non altrimenti specificato)

	Pistoiese	AUSL Toscana Centro	Regione Toscana
Numero e tasso pensioni o assegni sociali x 100(a)	2.020 (4,6)	13.943 (3,5)	35.220 (3,7)
Reddito imponibile medio (euro)-Anno 2017	19.507	21.370	20.681
Importo medio mensile delle pensioni INPS (euro)	903	961	933
Numero e tasso di famiglie con integrazione canoni locazione x1000(b)	867 (11,6)	6.346 (8,9)	16.841 (10,2)
Numero e tasso grezzo di disoccupazione x 100 (c)	25.994 (24,5)	188.845 (18,6)	497.543 (21,4)
Numero e indice di presenza del terzo settore formalizzato x 10.000 (d)	339 (19,7)	2.744 (16,8)	6.514 (17,5)

Numero e proporzione di residenti in aree ad alta deprivazione- Anno 2019	27.618 (20,1)	257.530 (19,3)	594.501 (20,5)
--	---------------	----------------	----------------

(a) Numero di pensioni e assegni sociali/popolazione 65+ residente

(b) Integrazione canoni di locazione ex LR 431/98.

(c) Numero dei disponibili rilevati ai Centri per l'Impiego/ Popolazione residente in età attiva (15-64 anni)

(d) Numero organizzazioni iscritte agli albi regionali (Volontariato, Promozione sociale, Cooperative sociali)/popolazione residente

Altrettanto preoccupante è il **tasso grezzo di disoccupazione** che rappresenta un indicatore di disagio lavorativo. Il 24,5% della popolazione in età attiva risulta iscritto ad un Centro per l'Impiego, valore più elevato sia di quello medio regionale (21,4%), sia di quello aziendale (18,6%); è il secondo valore più elevato tra le zone distretto della nostra AUSL dopo quello della Val di Nievole.

Altra situazione critica riguarda la “emergenza casa”. Nella zona Pistoiese, 867 famiglie hanno chiesto l'**integrazione all'affitto**: 12 domande ogni 1.000 famiglie residenti, il terzo valore più alto in AUSL Toscana Centro (8,9) dopo quello della Val di Nievole e della zona Empolese-Valdarno Inferiore (14,8). È necessario tuttavia sottolineare che, essendo questa una misura che si basa sui dati dei servizi, spesso riflette anche la maggiore o minore presenza di servizi sul territorio, così come l'entità dei budget stanziati dai vari comuni, pertanto non si può escludere che, almeno in una certa misura, la domanda sia in qualche modo indotta dall'offerta.

La **presenza del terzo settore formalizzato** (numero organizzazioni di volontariato, promozione sociale, cooperative sociali iscritte agli albi regionali per 10.000 residenti) fornisce una misura di diffusione del capitale sociale sul territorio. La zona Pistoiese esprime, dopo Firenze, il valore più virtuoso (19,7) delle zone della AUSL Toscana Centro (valore media di AUSL:16,8).

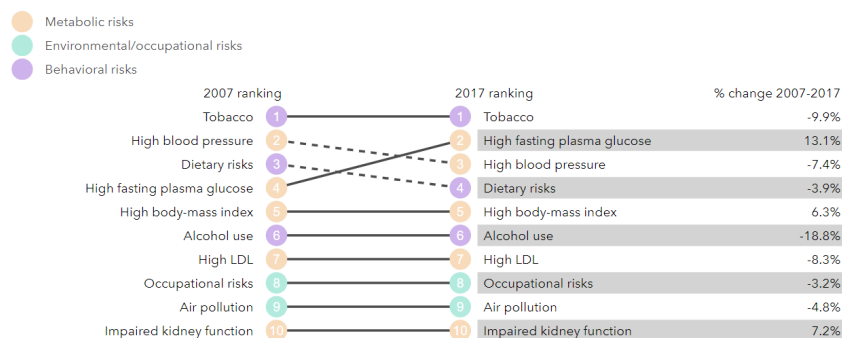
Il 20,1% dei residenti della zona Pistoiese, in linea con i valori medi dell'AUSL Toscana Centro (19,3%) e il della Toscana (20,5%), risiede in **aree ad alta deprivazione** (classificata in base alla sezione di censimento). Il livello di deprivazione classifica i comuni toscani sulla base di alcune variabili socioeconomiche e culturali (titolo di studio, reddito, tipologia di abitazione) rilevate dal censimento. Un alto livello di deprivazione è strettamente correlato a stili di vita meno sani, minor capacità culturale di accesso ai servizi e minor propensione a seguire le indicazioni mediche.

Per quanto riguarda gli stili di vita, è da sottolineare che le abitudini dannose messe in atto durante l'adolescenza sono generalmente mantenute anche da adulti e possono compromettere, parzialmente o integralmente, la salute futura.

Tra i fattori di rischio che concorrono in misura rilevante al diffondersi di patologie cronico-degenerative, l'abitudine al fumo di tabacco e l'alimentazione rivestono un ruolo decisivo. Secondo le stime del Global Burden of Disease Study 2017, lo studio condotto a livello internazionale che misura il carico complessivo delle malattie in termini di numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura attraverso l'utilizzo dell'indicatore DALY, Disability-Adjusted Life Years, in Italia al primo posto tra i fattori di rischio che contribuiscono alla mortalità precoce e alla disabilità si trova il fumo di tabacco(Figura 5). Seguono due fattori di rischio metabolici, l'iperglicemia a digiuno e l'ipertensione e quindi l'alimentazione, al quarto posto della classifica.

Figura 5 I 10 principali fattori di rischio per lo sviluppo di disabilità e mortalità in termini di DALY nel 2017 e variazione percentuale tra il 2007-2017. Fonte: <http://www.healthdata.org/italy>

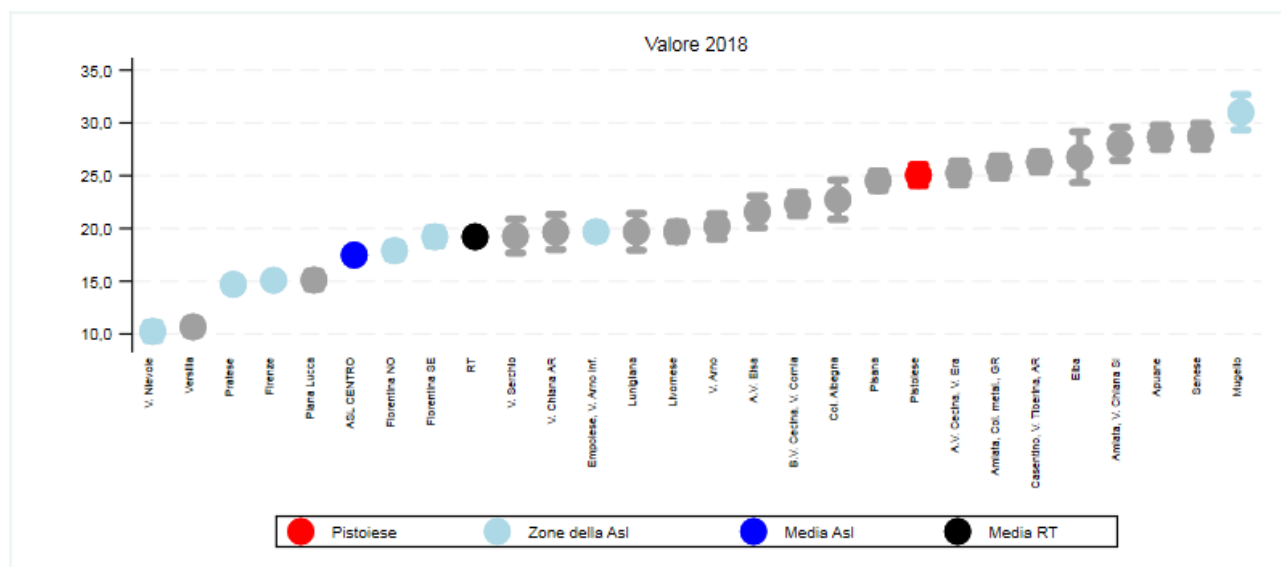
What risk factors drive the most death and disability combined?



L'iniziazione dei giovani al **fumo** e all'utilizzo di altre sostanze avviene per lo più in epoca adolescenziale. La valutazione della diffusione del fenomeno rappresenta un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte a prevenire sia l'inizio che l'instaurarsi dell'abitudine. Il fumo di tabacco è ancora il principale fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronic-degenerative e i tumori maligni di diversi organi e apparati (polmone, naso e seni paranasali, laringe, faringe, bocca, esofago, vescica, pancreas).

Nella zona Pistoiese un ragazzo su quattro (25,1%) fuma regolarmente (maschi e femmine considerati insieme); si tratta del secondo valore più alto tra le zone della AUSL Toscana Centro dopo quello del Mugello (31%) (Figura 6). La proporzione di 14-19enni fumatori nella ASL Toscana Centro è significativamente inferiore (17,5%) così come il valore medio della Regione (19,2%).

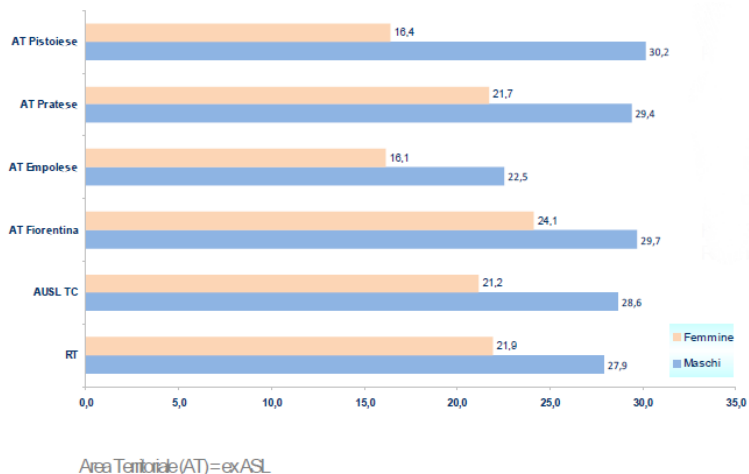
Figura 6 Percentuale di 14-19enni fumatori. Studio EDIT – Indicatore per zona, valori 2018



Per quanto riguarda l'età adulta (18-69 anni), l'ultima rilevazione disponibile per le Aree Territoriali (AT, coincidenti con le ex-ASL) dell'AUSL TC, è quella relativa al periodo 2014-2017. Nell'AT pistoiese, rispetto alle altre 3 AT, si registrano i valori più elevati di fumatori nei maschi (30,2%) (Figura 7). Rispetto alla media regionale (27,9%), la percentuale di maschi fumatori nella AT di Pistoia è maggiore, anche se in modo

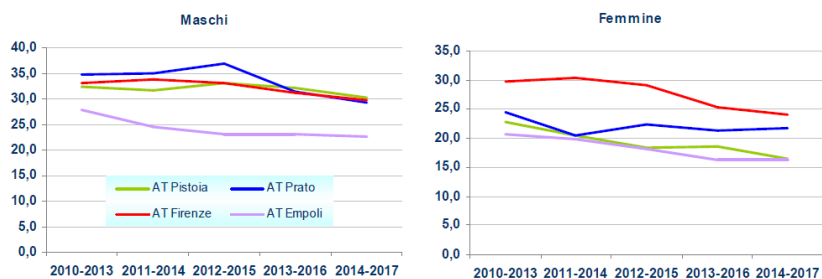
statisticamente non significativo. Al contrario, le donne fumatrici nella AT di Pistoia sono significativamente meno (16,4% VS 21,9%).

Figura 7 Percentuale di fumatori adulti (18-69 anni) per genere ed Area Territoriale (AT) di Residenza dell'AUSL TC. Periodo 2014-2017. Fonte: Studio PASSI Regione Toscana 2017



Analogamente a quanto sta accadendo nei Paesi a sviluppo economico avanzato, così come a livello nazionale e regionale, nella AUSL TC la proporzione di fumatori adulti (maschi e femmine considerati insieme) è in costante e progressiva diminuzione, tuttavia per quanto riguarda la AT Pistoiese, ciò è vero per le femmine, ma non per i maschi, nei quali la percentuale di fumatori è rimasta pressoché stabile dal 2010 al 2017 (Figura 8).

Figura 8 Andamento temporale della percentuale di Fumatori Adulti (18-69 anni) per Genere e Area Territoriale nell'AUSL TC Periodo 2010-2017. Fonte: Studio PASSI Regione Toscana 2018



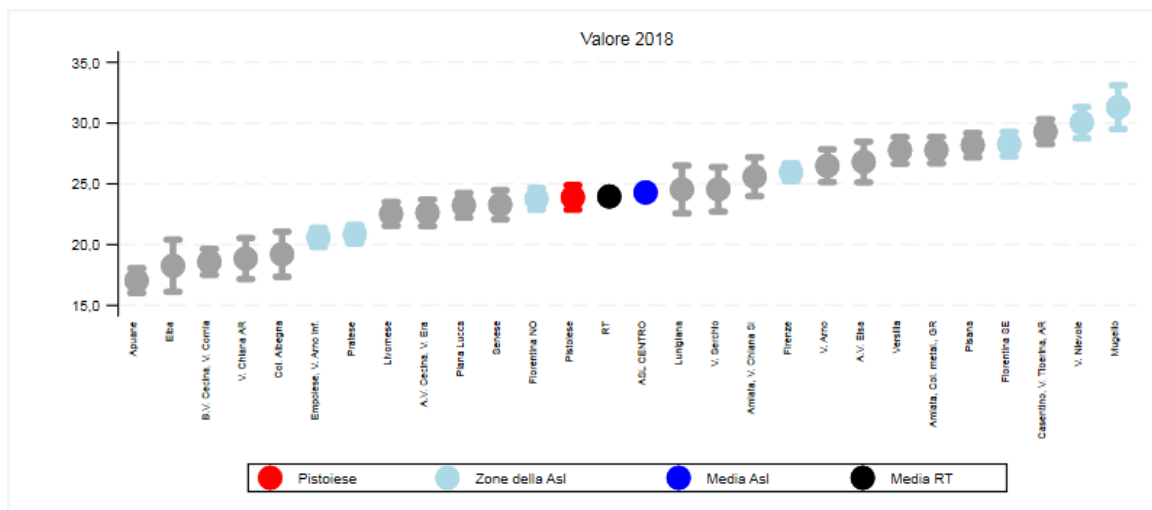
Sarebbe opportuno iniziare a valutare anche i dati circa il consumo delle sigarette elettroniche.

Il consumo di adeguate quantità di frutta e verdura protegge dallo sviluppo di malattie cronico-degenerative, tra cui le malattie cardiovascolari, respiratorie e tumori, garantisce un rilevante apporto di nutrienti, quali vitamine, minerali, acidi organici e sostanze protettive antiossidanti e determina la riduzione dell'apporto calorico, grazie al lungo tempo di masticazione richiesto e alla grande quantità di fibre che determinano un più precoce senso di sazietà rispetto ai cibi grassi e ad alto indice glicemico (l'indice di sazietà degli alimenti è infatti inversamente proporzionale alla loro densità calorica). La rilevazione del consumo di frutta e verdura è importante per meglio connotare lo stile alimentare. Le linee guida nazionali e internazionali raccomandano il

consumo di almeno 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura, anche se qui presentiamo il consumo di almeno 3 porzioni giornaliere.

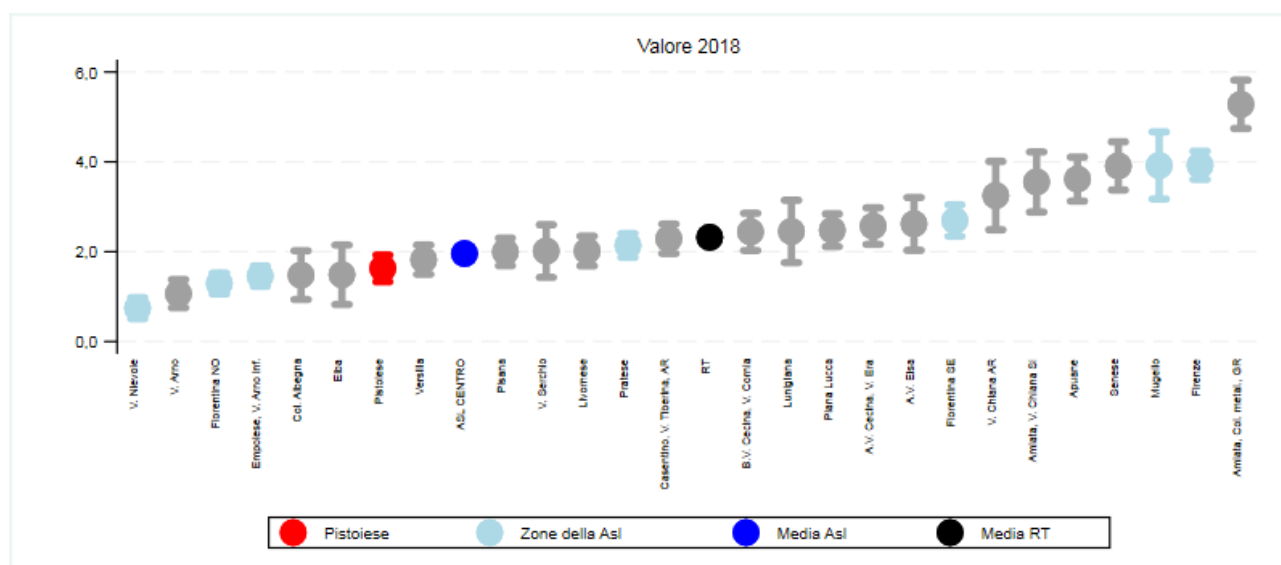
L'indagine EDIT di ARS evidenzia che nel 2018 a mala pena un ragazzo su 4 (23,9%) tra i 14-19enni della zona Pistoiese consuma almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno. Questo dato è in linea con quanto riportato per i coetanei residenti in AUSL Toscana Centro (24,3%) e per quelli Toscani (24,0%) (Figura 9).

Figura 9 Percentuale di 14-19enni che consuma 3+ porzioni di frutta e verdura al giorno.



Tuttavia, i ragazzi residenti nella zona Pistoiese sono raramente **obesi** (condizione individuata da un indice di massa corporea $\geq 30,0$ kg/m²). Si tratta infatti solo dell'1,6% dei ragazzi iscritti alle scuole superiori, significativamente inferiore al valore medio della Regione Toscana (2,3%) (Figura 10).

Figura 10 Percentuale di 14-19enni obesi. Studio EDIT – Indicatore per zona, valori 2018



E anche per quanto riguarda il **sovrappeso** (condizione individuata da un indice di massa corporea ≥ 25 e < 30 kg/m²) tra i ragazzi di 14-19 anni, nella zona Pistoiese si sono registrati valori significativamente inferiori a quello

regionale nei maschi, mentre nelle femmine la proporzione percentuale delle ragazze obese è in linea con il dato regionale (Tabella 4).

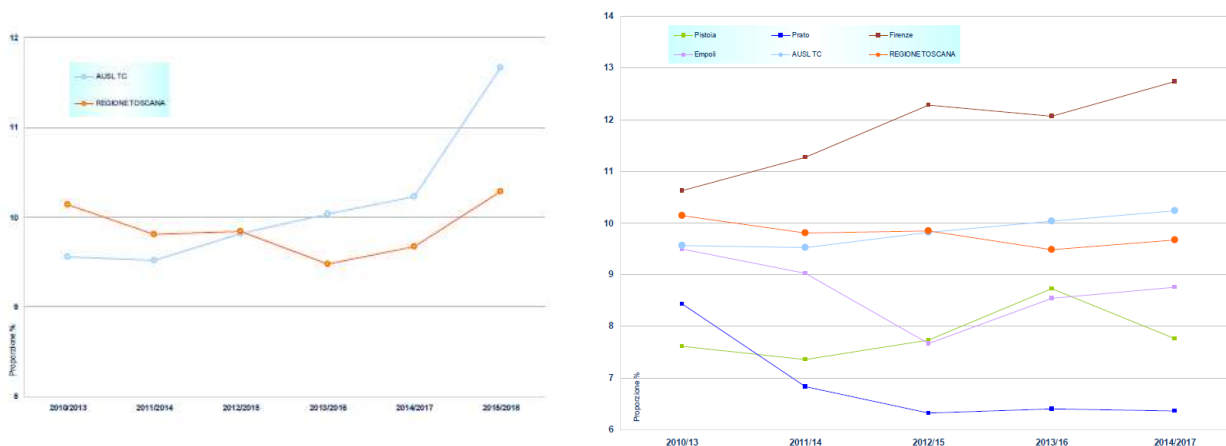
Tabella 4 Proporzioni percentuali e Intervalli di confidenza al 95% di Ragazzi (14-19 anni) in Sovrappeso e Residenti nell'AUSL TC. Fonte: Studio EDIT ARS, 2018

TERRITORIO	Maschi			Femmine		
	%	I.C. 95%		%	I.C. 95%	
Pistoiese	**14,5	13,4	15,6	8,6	7,6	9,5
Val di Nievole	*18,8	17,3	20,3	**3,1	2,4	3,8
Pratese	**15,0	14,1	16,0	8,2	7,5	9,0
Fiorentina	**11,5	10,8	12,3	9,6	8,9	10,3
Fiorentina Nord Ovest	**13,9	12,9	14,8	**7,5	6,7	8,3
Fiorentina Sud Est	**10,7	9,7	11,6	**2,7	2,2	3,2
Mugello	**13,2	11,3	15,0	*16,7	14,6	18,7
Empolese – Vald. Inferiore	**10,8	10,0	11,6	*11,4	10,5	12,2
AUSL TOSCANA CENTRO	**13,4	13,1	13,8	**8,1	7,8	8,4
REGIONE TOSCANA	16,2	15,9	16,4	9,0	8,8	9,2

- * significativamente Superiore al valore medio regionale
- ** significativamente Inferiore al valore medio regionale

I dati più recenti dello studio PASSI (2018 per le AUSL e 2017 per le Aree Territoriali), mostrano che nell'AUSL TC sono in aumento gli **adulti** (18-69 anni) che consumano almeno **5 porzioni giornaliere di frutta e verdura** (400 g), valore raccomandato dall'OMS per una lunga vita in buona salute. Tuttavia, il valore dell'adesione al “five a day” è ancora insufficiente, e vi sono differenze territoriali: nell'AT Pistoiese questo valore (7,8%)” è il secondo più basso dopo quello della AT Pratese (6,4%) (Figura 11).

Figura 11 Variazione della percentuale di adulti (18-69 anni) che consumano 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno Residenti Periodo: 2010 – 2018 nell'AUSL TC e in Regione Toscana 2010 – 2017 nelle ex-ASL Fonte: Studio PASSI, Regione Toscana, 2018



Servono maggiori sforzi per favorire l'adesione della popolazione alle raccomandazioni dietetiche della Piramide Alimentare Toscana (PAT).

Riguardo **all'obesità in età adulta** (18-69 anni), nell'AT Pistoiese il trend è in evidente diminuzione in entrambi i sessi (Figura 12). Nell'ultima rilevazione per AT, 2014-2017, la proporzione percentuale di maschi obesi (4,9%)

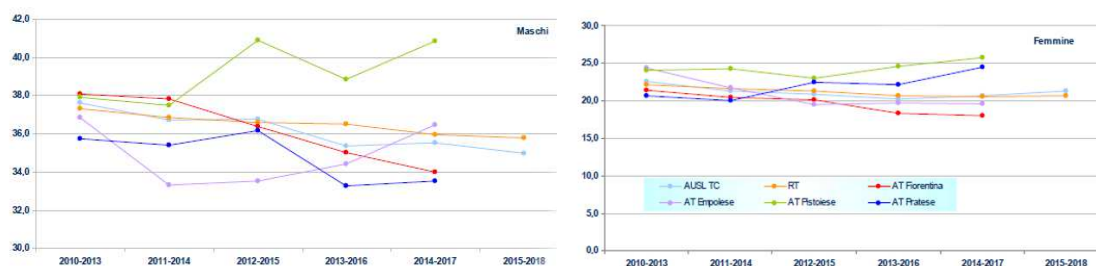
è significativamente inferiore al valore medio regionale (8,7%), ma in linea con il valore medio dell'AUSL TC (7,7%). Le donne classificate come obese sono il 5,2%, valore in linea con il dato regionale e di AUSL (7,6% e 7,0%, rispettivamente).

Figura 12 Percentuale di adulti (18-69 anni) obesi distinti per genere e residenti nelle (AT) Aree Territoriali dell'AUSL TC e in Regione Toscana Periodo 2010 – 2018 Fonte: Studio PASSI Regione Toscana, 2018



Secondo i dati dello studio PASSI, il trend del sovrappeso in età adulta (18-60 anni) nell'AT Pistoiese dal 2010 è in aumento nei maschi e stabile nelle femmine, tuttavia il valore più alto di sovrappeso tra le donne delle 4 AT si registra proprio nella AT Pistoiese (25,8% nell'ultima rilevazione) (Figura 13).

Figura 13 Andamento della proporzione percentuale di adulti in sovrappeso distinti per genere. Residenti nelle Aree Territoriali (AT) dell'AUSL TC e in Regione Toscana. Periodo 2010-2018. Fonte: Studio PASSI Regione Toscana 2018



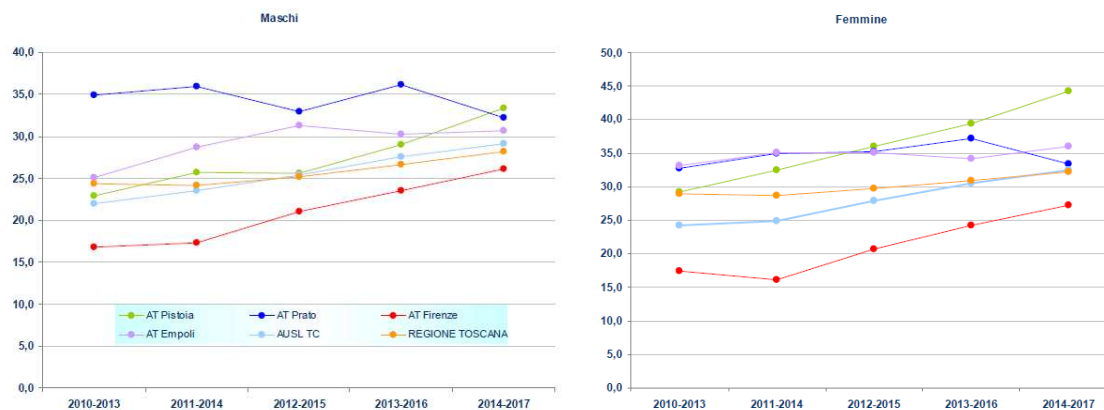
Anche la **scarsa attività fisica** rappresenta un importante fattore di rischio per le malattie cronic-degenerative, così come per i disturbi dell'umore (depressione). I ragazzi residenti nella zona Pistoiese mostrano un comportamento decisamente migliore rispetto agli altri coetanei residenti nella AUSL Toscana Centro e in regione: sono l'11,6%% quelli che non praticano attività sportiva per almeno un'ora a settimana, contro, rispettivamente il 14,1% e il 13,1%.

Il sistema di sorveglianza PASSI classifica come fisicamente attivi coloro che dichiarano di avere praticato nei 30 giorni precedenti l'intervista 30 minuti di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, o almeno 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni a settimana, o di svolgere un lavoro che richiede uno sforzo fisico notevole. I parzialmente attivi praticano attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati e non svolgono un lavoro pesante fisicamente. I sedentari non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero, né svolgono lavori pesanti. Secondo lo studio PASSI, dal 2010 al 2018 nell'AUSL TC sta aumentando la percentuale di adulti (18-69 anni) sedentari che hanno raggiunto il 29,8% nei maschi e il 34,0%

nelle femmine, con valori in linea con quelli regionali. L'incremento della sedentarietà è evidente in tutte le AT; nell'ultima rilevazione i valori più elevati in entrambi i sessi sono rilevati nell'AT Pistoiese (

Figura 14). Le donne sono più sedentarie degli uomini, possibilmente per un differente utilizzo del tempo libero, che vede le donne ancora preferenzialmente coinvolte nella cura dei familiari (*care giver*) e della casa rispetto agli uomini.

Figura 14 Percentuale di adulti (18-69 anni) sedentari dell'AUSL TC per Genere e per AT di residenza fino al 2014 – 2017 Fonte: Studio PASSI Regione Toscana, 2017

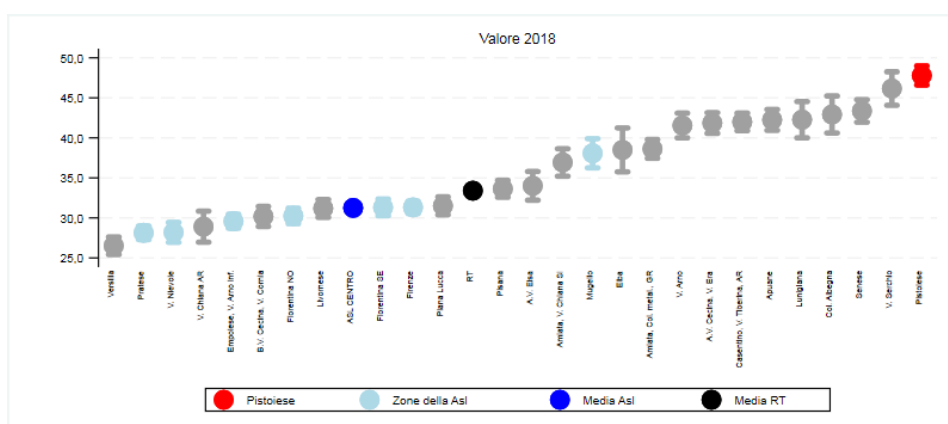


Parallelamente all'aumento delle persone sedentarie, diminuisce la percentuale dei soggetti fisicamente attivi, con un trend in diminuzione osservato fin dalla rilevazione PASSI 2010-2013. Nel 2014-2017 Nell'AT Pistoiese la percentuale di attivi (23,9%) è significativamente più bassa rispetto al valore regionale (31,7%) e dell'AUSL TC (29,8%). Maggiori sforzi sono necessari per promuovere l'attività fisica e invertire questa tendenza.

Il consumo di **alcol** fra gli adolescenti è monitorato in tutto il mondo per prevenire gli episodi di abuso. Il consumo eccessivo e inappropriato di alcol è correlato a oltre 200 patologie e può arrivare a indurre comportamenti violenti, abusi, perdite di opportunità sociali, incapacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e sulla strada.

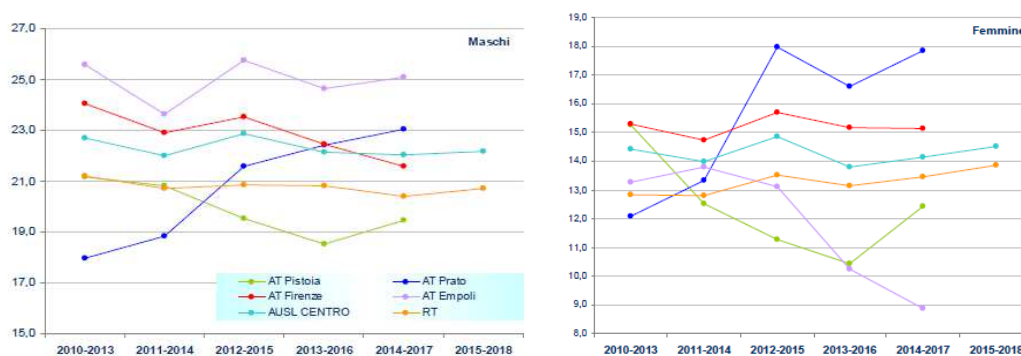
Il *binge drinking*, ovvero il consumo almeno una volta al mese, in un'unica occasione, di 5 o più unità di bevanda alcolica è più frequente nei giovani toscani (33,4%) rispetto alla AUSL Toscana Centro (31,3%). Tuttavia, la situazione della zona Pistoiese è particolarmente preoccupante, infatti quasi un giovane su due (47,8%) ha dichiarato di aver avuto episodi di *binge drinking* nel mese precedente l'intervista, si tratta del valore peggiore registrato nella nostra regione (Figura 15). È un fenomeno ancora più frequente nei maschi (52,4%) rispetto alle femmine (42,4%); questa differenza di genere è meno marcata in AUSL Toscana Centro (31,8% vs 30,6%) e in Regione (35,5%; vs 31,1%).

Figura 15 Percentuali di 14-19enni bevitori eccedentari (binge drinkers), valori 2018



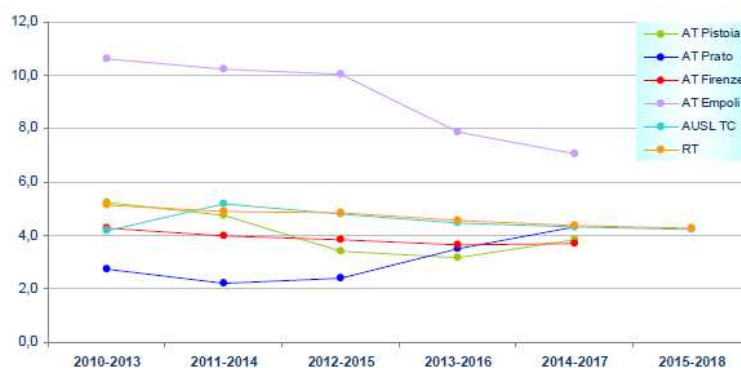
Secondo lo studio PASSI 2014-2017, il *binge drinking* è esperienza vissuta dall'6,7% degli adulti (18-69 anni) della AT Pistoiese, dato sostanzialmente in linea col quello medio di AUSL TC (8,9%) e con quello regionale (8,3%). Si considera bevitore a rischio chi riferisce, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 unità alcoliche medie giornaliere per gli uomini; >1 unità alcolica per le donne), oppure almeno un episodio di *binge drinking* (>4 unità alcoliche per gli uomini; >3 unità alcoliche per le donne), oppure un consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto. Un'unità alcolica corrisponde a 12 gr di etanolo, ovvero la quantità contenuta in una lattina di birra da 330 ml o in un bicchiere di vino da 125 ml o in un bicchierino di liquore da 40 ml alle gradazioni tipiche di queste bevande. L'analisi per Aree Territoriali (AT), i cui dati sono aggiornati solo al 2017, mostrano nell'AT Pistoiese una riduzione rispetto al 2010, sia nei maschi, che nelle femmine (Figura 16).

Figura 16 Andamento temporale percentuale di bevitori a rischio adulti (18-69 anni) per genere e area territoriale di residenza dell'AUSL TC. Fonte Studio PASSI Regione Toscana 2018



Nella categoria dei forti bevitori adulti, cioè quei soggetti che negli ultimi 30 giorni hanno consumato in media più di due unità alcoliche al giorno, se uomini, e più di una, se donne, si osserva nella AT Pistoiese una sostanziale stabilità del valore, in linea con quello dell'AUSL TC e regionale (Figura 17).

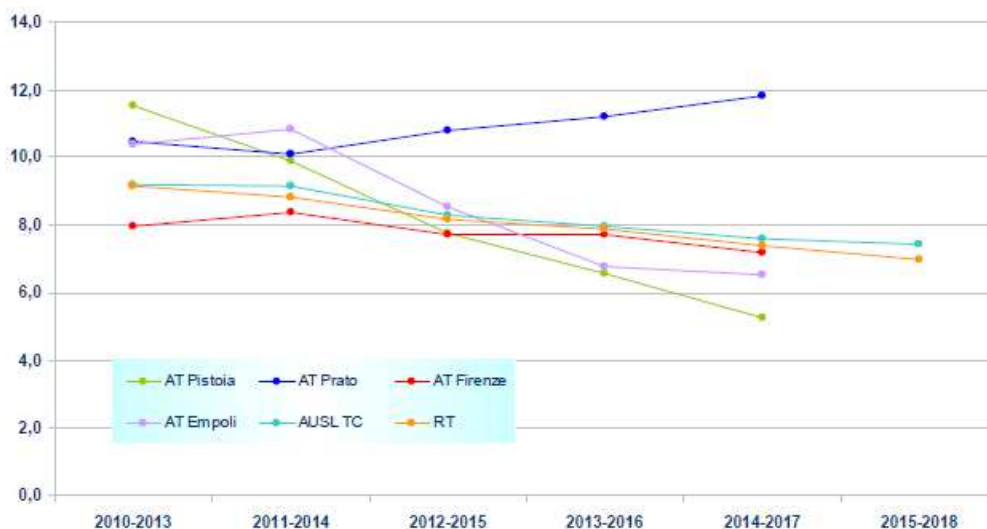
Figura 17 Andamento temporale della percentuale di forti bevitori adulti (18-69 anni) e area Territoriale di residenza dell'AUSL TC. Fonte: Studio PASSI Regione Toscana



2018

La guida sotto l'effetto di sostanze alcoliche causa ogni anno in Italia quasi un quarto degli incidenti stradali mortali. Per quanto riguarda gli adulti, secondo lo studio PASSI, relativamente all'ultimo periodo 2015-2018, il 7,4% dei soggetti intervistati di 18-69 anni nell'AUSL TC, contro il 7,0% a livello regionale, hanno dichiarato di essersi messi alla guida di auto o moto sotto l'effetto dell'alcol, ovvero dopo aver bevuto 2 unità alcoliche o più nell'ultima ora. Il fenomeno è tuttavia in riduzione dal 2010 nella AT Pistoiese, così come che a livello regionale, e nell'AUSL TC, con eccezione dell'AT Pratese dove è in costante crescita (Figura 18).

Figura 18 Andamento temporale percentuale di soggetti adulti (18-69 anni) che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol per Area Territoriale (AT) di residenza dell'AUSL TC. Fonte: Studio PASSI Regione Toscana, 2018



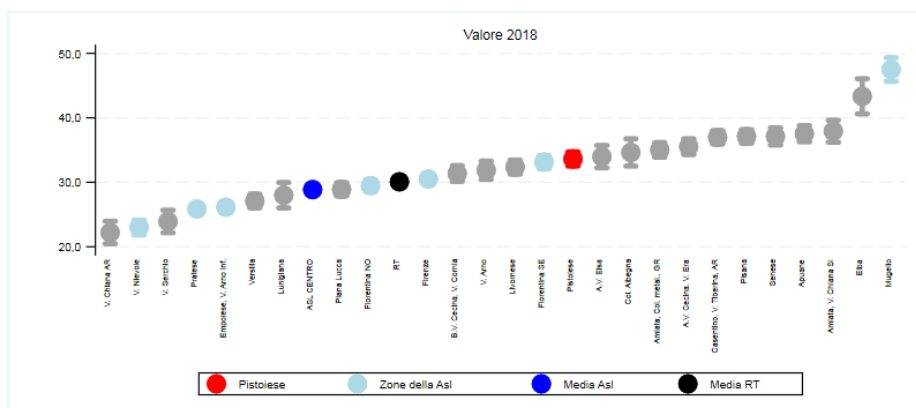
Il consumo di **sostanze psicotrope illegali** costituisce una minaccia alla salute degli individui che possono transitare dall'iniziale uso saltuario e ricreativo alla dipendenza con conseguenze sanitarie e sociali potenzialmente invalidanti. I dati internazionali suggeriscono che all'aumentare della diffusione dell'utilizzo si assiste ad un abbassamento dell'età di iniziazione.

Lo studio EDIT indica che il consumo di sostanze psicotrope illegali riguarda quasi un ragazzo su 3 residente in AUSL Toscana Centro; la sostanza più usata è la cannabis, in diminuzione tra i maschi e stabile tra le femmine. Il consumo di cocaina-crack è invece in diminuzione sia tra i maschi (2005: 4,2%; 2018: 1,6%), che tra le femmine (2005: 2,5%; 2018: 1,4%). Sono in diminuzione in entrambi i sessi anche il consumo di stimolanti (anfetamine, ecstasy, GHB). Il consumo di eroina e allucinogeni, pur con oscillazioni dovute alla scarsa numerosità degli utilizzatori, è piuttosto stabile in entrambi i generi.

Nella zona Pistoiese la proporzione di ragazzi che fanno uso di sostanze psicotrope è significativamente più alta (2.405 ragazzi, 33,6%) sia del valore medio della AUSL Toscana Centro (28,9%) che di quello regionale (30,1%), e, così come nel caso dei fumatori regolari, si colloca al secondo posto nella nostra AUSL dopo il Mugello, (Figura 19).

Figura 19 Percentuale di 14-19enni che hanno consumato sostanze psicotrope nell'anno.

Studio EDIT – Indicatore per zona, valori 2018

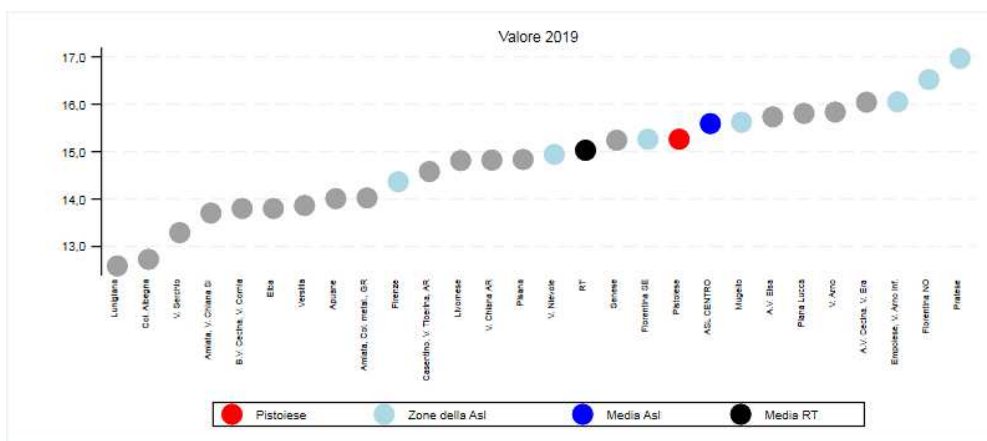


I dati rilevati suggeriscono l'opportunità interventi di prevenzione integrati per diversi fattori di rischio – fumo, alcool, sostanze psicotrope illegali, scarsa attività fisica– rivolti ai giovani.

1.1.4 Minori

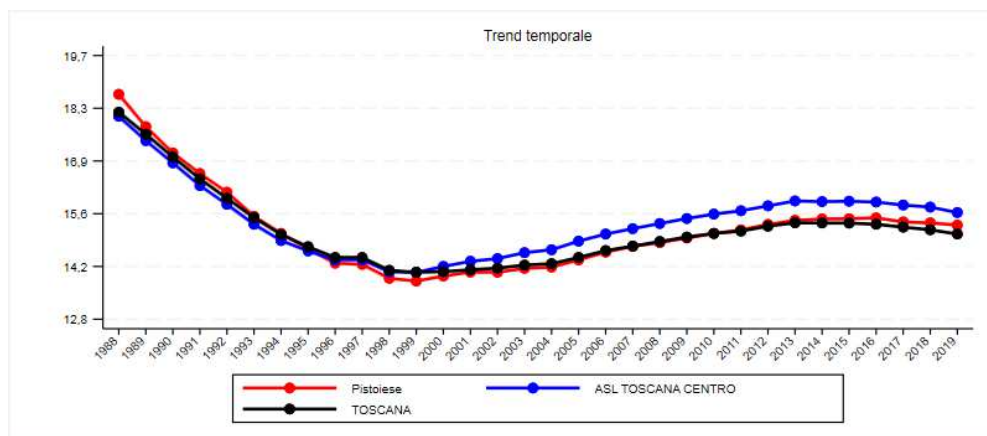
La **percentuale di minori** sulla popolazione residente risente del trend degli indicatori demografici di natalità e invecchiamento. Le zone con la maggiore presenza di minori, infatti, sono anche quelle con i tassi di natalità più alti e una minor presenza di popolazione anziana. Il numero assoluto di minori residenti può essere utilizzato come riferimento per la programmazione dei servizi destinati a questa fascia di popolazione. In totale i minorenni in Toscana nel 2019 sono circa 560.644 (15,0% della popolazione totale), poco meno della metà dei quali sono residenti nell'AUSL Toscana Centro (253.944; 15,6%). Nella zona Pistoiese i minori sono 26.271 e rappresentano il 15,3% della popolazione residente, valore fra i più bassi nella AUSL Toscana Centro, superato solo dal comune di Firenze (14,4%) e dalla Val di Nievole (14,9%) (Figura 20).

Figura 20 Percentuale di minori residenti- Indicatore per zona, valori 2019



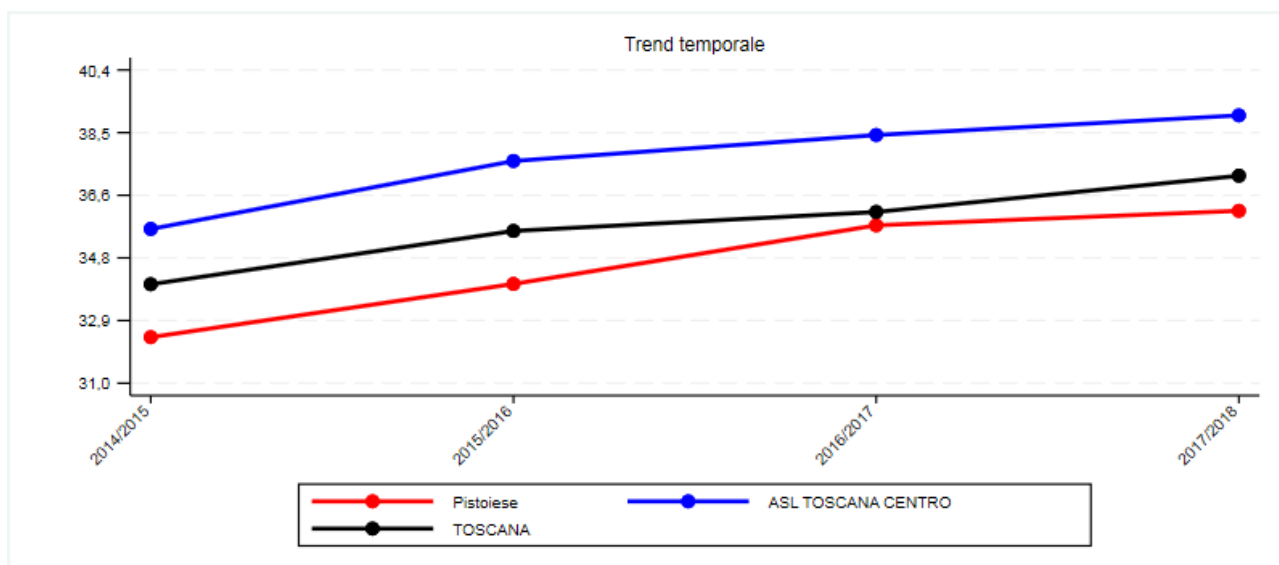
Il fenomeno di decrescita dei minori è stato più marcato rispetto alla AUSL Toscana Centro (Figura 21).

Figura 21 Percentuale di minori residenti – Trend Temporale



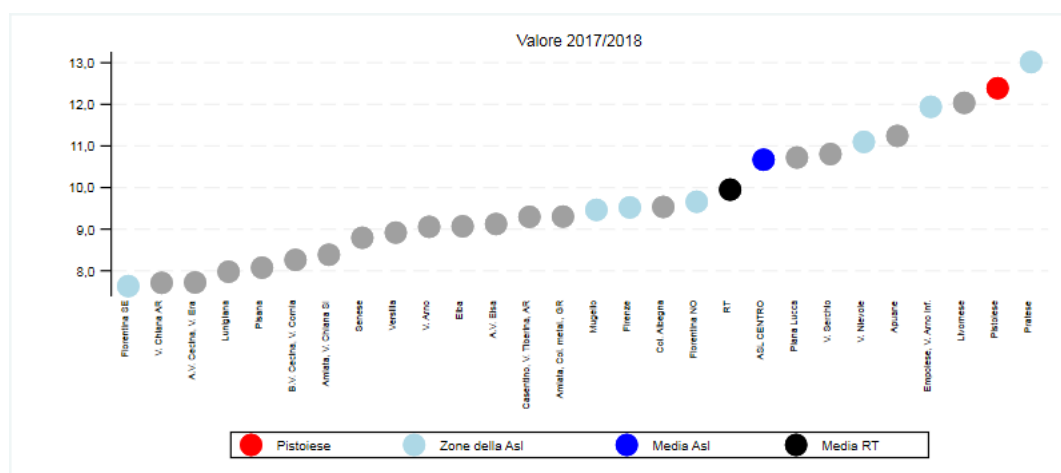
L'indicatore di Lisbona rappresenta una misura di riferimento europea per la definizione di standard all'interno dei servizi educativi all'infanzia (nido e servizi integrativi), prende in considerazione il numero di bambini di 3-36 mesi accolti nei servizi educativi all'infanzia (iscritti, bambini ritirati e bambini anticipatori) nell'anno educativo di riferimento. L'obiettivo è il raggiungimento almeno del 33% come risposta adeguata da parte dei servizi. La AUSL Toscana Centro ha da diversi anni superato l'obiettivo e mantenuto lo standard (attualmente al 39,0%). La zona Pistoiese, sebbene superi l'obiettivo, presenta dopo la Val di Nievole il secondo valore più basso registrato in AUSL Toscana Centro (1.269 bambini nei servizi educativi dell'infanzia rispetto ai 3.508 di età 3-36 mesi: 36,2%) (Figura 22).

Figura 22 Indicatore di Lisbona servizi educativi infanzia – Trend Temporale



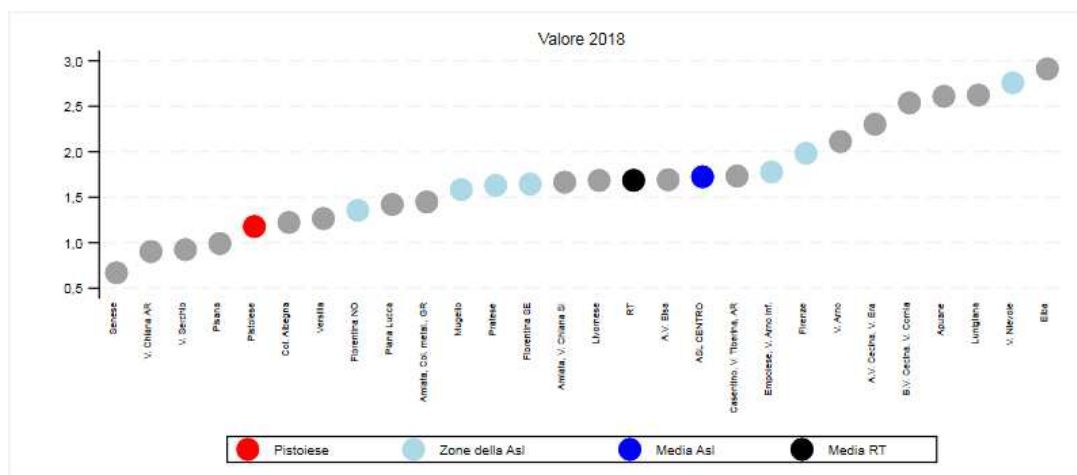
Per i ragazzi che hanno superato la scuola dell'obbligo l'**insuccesso scolastico** nelle scuole secondarie di secondo grado rappresenta uno degli elementi collegati al più complesso fenomeno della dispersione scolastica. Nelle scuole secondarie di secondo grado della AUSL Toscana Centro il 10,7% dei ragazzi iscritti ha un esito negativo, nella zona Pistoiese questo valore è maggiore: sono 885 i ragazzi respinti su 7.144 iscritti (12,4%) (Figura 23).

Figura 23 Esiti negativi scuola secondaria di II grado - Indicatore per zona, valori 2017/2018



In AUSL Toscana Centro i **minori in affidamento familiare**, considerati al netto dei minori stranieri non accompagnati, in carico ai servizi sociali territoriali sono 442 (1,7 minori x 1000 minori residenti). La zona Pistoiese, con 31 bambini, è la zona con il valore più basso (1,2 per 1000) (Figura 24).

Figura 24 Tasso di minori in a□damiento familiare al 31/12 (al netto dei MSNA), valori 2018

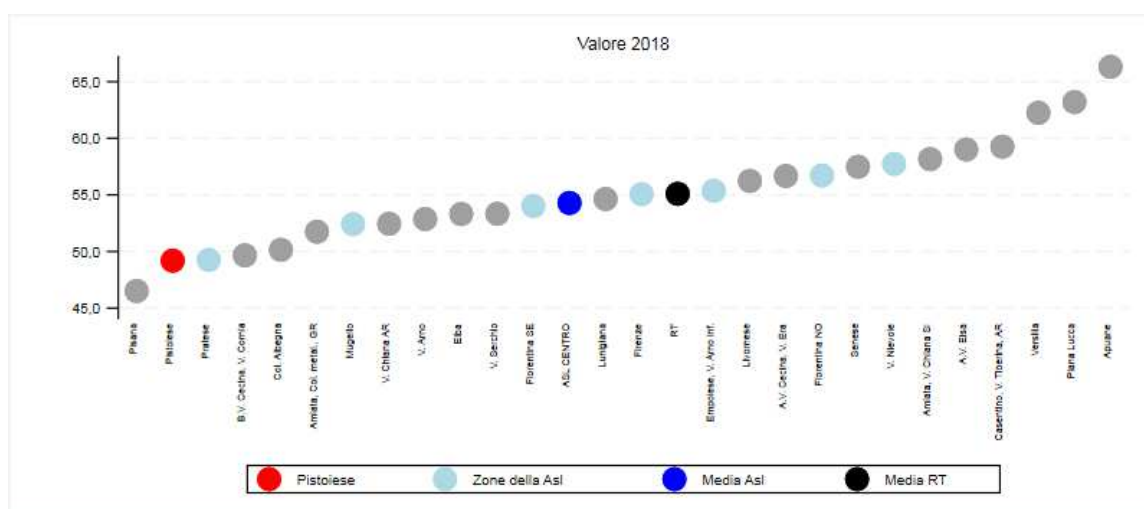


Il numero dei **minori accolti in struttura residenziale socio-educativa**, considerati al netto dei minori stranieri non accompagnati, in carico ai servizi sociali territoriali della AUSL Toscana Centro sono, nel 2018, 262. La proporzione, calcolata rispetto alla popolazione minorile di riferimento, restituisce un valore medio regionale di 1,0 minori accolti in struttura residenziale ogni 1.000 minori residenti. La zona Pistoiese, con 41 minori (1,6 minori x 1.000), esprime rispetto alle altre zone della AUSL Toscana Centro il secondo valore più alto dopo il Mugello.

Gli **interventi di sostegno socio-educativo domiciliare** sono tra le attività realizzate dai servizi sociali territoriali. In termini di valori assoluti i minori in carico in AUSL Toscana Centro sono stati 2.130 nel corso del 2018. In termini relativi si ha una proporzione di 8,3 minori ogni 1.000 minori residenti. Nella zona Pistoiese, con 259 minori coinvolti in interventi di attività educativa di sostegno socio-educativo domiciliare, si è registrato un tasso del 9,8 per 1.000.

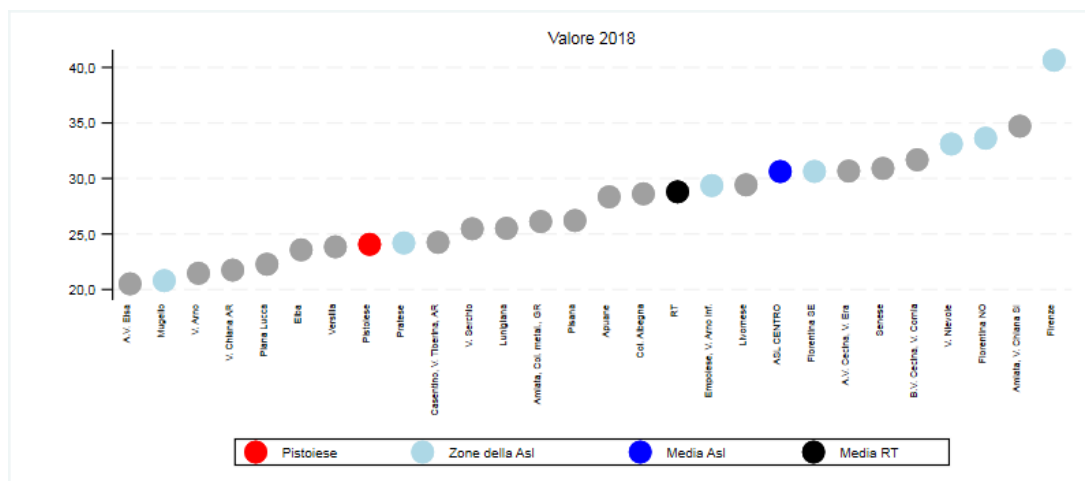
Il 54,3% dei ragazzi residenti in AUSL Toscana Centro tra gli 11 e i 17 anni dichiara di essere molto soddisfatto nei rapporti relazionali con i pari età (**indicatore di benessere relazionale con i pari**). La percentuale più bassa fra le zone distretto della nostra AUSL si riscontra nella zona Pistoiese (49,2%) (Figura 25).

Figura 25 Indice di benessere relazionale con i pari (IBRP), valori 2018



L'indicatore di **benessere culturale e ricreativo** indica un valore aziendale del 30,6%, vale a dire circa un ragazzo su 3 nel 2018 ha partecipato ad almeno a 5 attività/eventi (teatro, cinema, musei/mostre, concerti, spettacoli). L'indicatore è sicuramente condizionato dall'offerta di opportunità, massima a Firenze. La zona Pistoiese, con il 24,1% è tra le zone con l'indice di benessere culturale e ricreativo più basso (Figura 26).

Figura 26 Indice di benessere culturale e ricreativo (IBCR), valori 2018



Nel 2018, fra i ragazzi della AUSL Toscana Centro di età compresa tra gli 11 e i 17 anni, il 55,5% si dichiara molto soddisfatto dei **rapporti con i propri genitori**; questa, percentuale scende al 52,1% nei ragazzi residenti nella zona Pistoiese (valore più basso fra le zone distretto della Usl Toscana Centro).

Sono il 23,3% in AUSL Toscana Centro e il 22,4% nella zona Pistoiese i ragazzi tra gli 11 e i 17 anni che frequentano almeno un **gruppo di condivisione o un'associazione**.

I ragazzi tra gli 11 e i 17 anni che nel 2018 hanno dichiarato di aver commesso **atti di violenza, bullismo o cyberbullismo** nei confronti dei coetanei sono il 14,5% in AUSL Toscana Centro e il 17,6% nella zona Pistoiese.

1.1.5 Stranieri

La popolazione straniera può esprimere condizioni di salute, stili di vita e modalità di accesso ai servizi sanitari diverse rispetto alla popolazione autoctona, per questo misurarne il peso, sia in termini relativi che assoluti, fornisce un aiuto alla programmazione dei servizi sociosanitari.

Il consolidamento della presenza straniera sul territorio toscano è un fenomeno ormai strutturale. Gli stranieri residenti sono aumentati costantemente a partire dai primi anni 2000, con un rallentamento nel ritmo di crescita negli ultimi anni, decremento che impedisce di colmare il gap del saldo naturale della popolazione (nati-morti). All'inizio del 2019 gli stranieri residenti nell'AUSL Toscana Centro erano oltre 217.500, circa il 13% della popolazione (media Toscana 11,2%).

Nella zona Pistoiese gli **iscritti stranieri all'anagrafe** sono 15.329, ossia l'8,9% della popolazione residente, il valore più basso riportato tra le zone distretto della AUSL Toscana Centro (Figura 27), stabile dal 2011 (Figura 28).

Figura 27 Percentuale stranieri iscritti in anagrafe, valori 2019

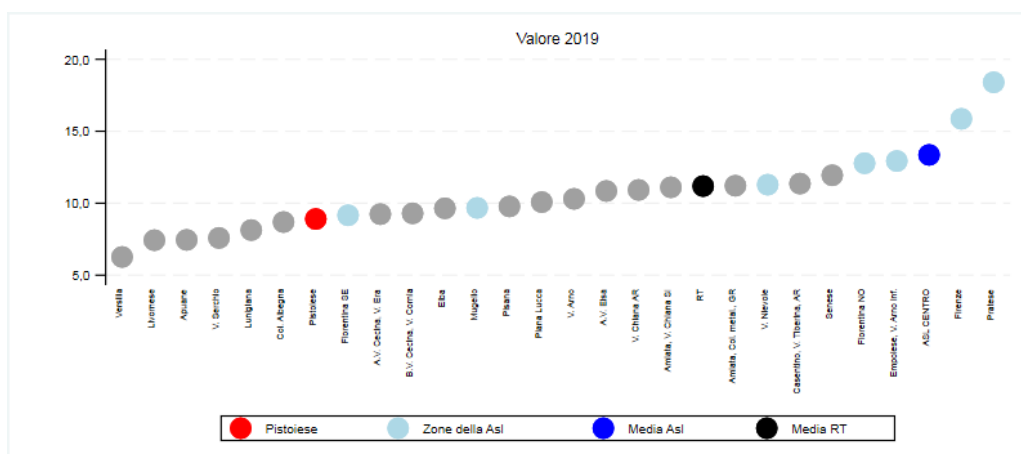
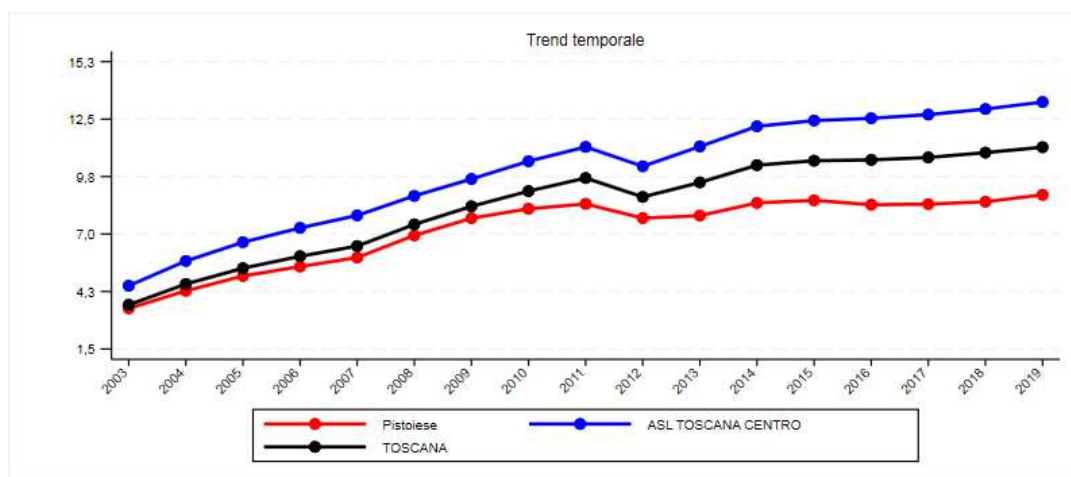


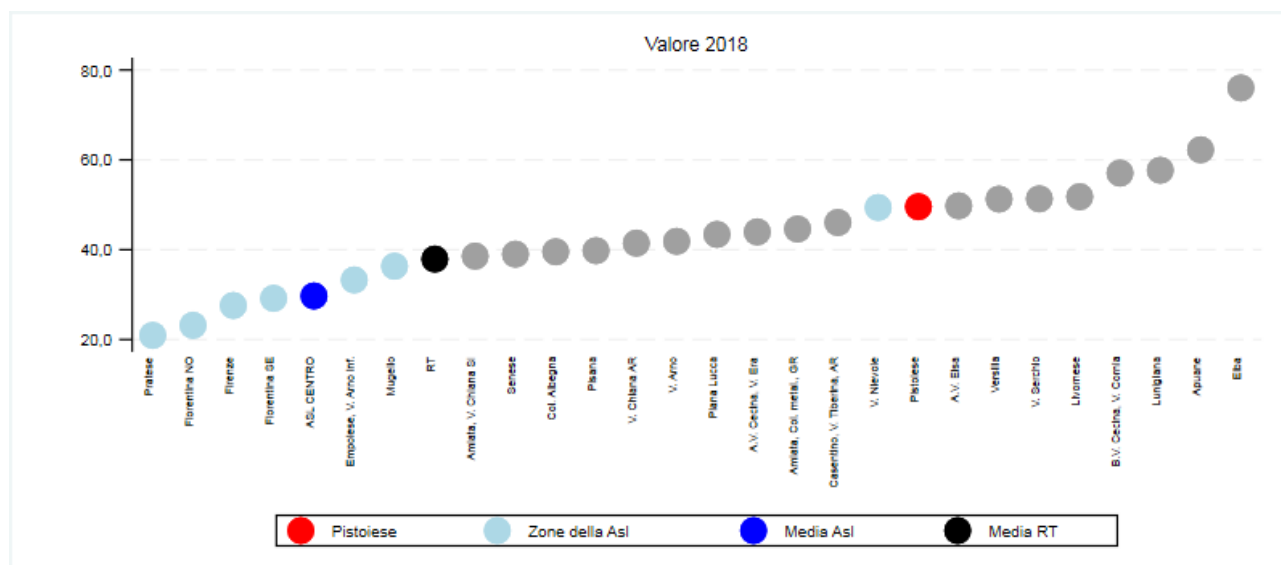
Figura 28 Percentuale stranieri iscritti in anagrafe – Trend Temporale



La percentuale di **bambini e ragazzi stranieri iscritti nel ciclo scolastico** regionale (scuole primaria e secondarie di I e II grado) riflette a grandi linee la presenza straniera generale sul territorio. In AUSL Toscana Centro ci sono 17 bambini e ragazzi stranieri ogni 100 iscritti, dato in crescita (erano il 10% nel 2008). Nella zona Pistoiese, per la minore presenza di stranieri, questo indicatore è pari al 13% (2.605 bambini/ragazzi), più vicino al dato medio regionale (14%).

Uno dei motivi del recente rallentamento dei flussi migratori verso la Toscana è la perdita di attrattività dal punto di vista occupazionale, ben testimoniata dal **tasso grezzo di disoccupazione negli stranieri**, che mette in rapporto percentuale gli iscritti stranieri ai Centri per l'Impiego in cerca di lavoro e i residenti stranieri in età 15-64 anni. Mentre il tasso di disoccupazione negli stranieri residenti in AUSL Toscana Centro è 29,7% (RT: 37,9%), nella zona Pistoiese sono 5.681 i disoccupati stranieri pari al 49,6%. Si tratta del valore più elevato nella nostra AUSL (Figura 29).

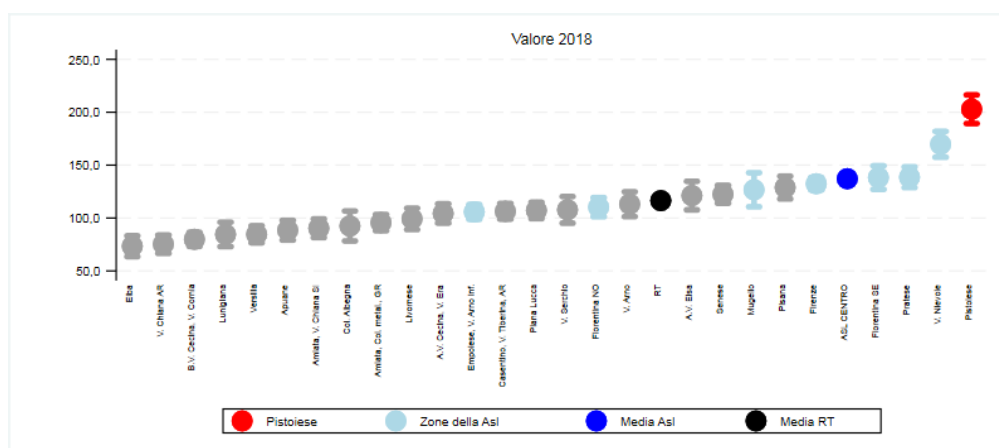
Figura 29 Tasso grezzo di disoccupazione stranieri, valori 2018



Nel 2018, sono meno del 5% gli stranieri non accompagnati che sono stati accolti in struttura residenziale socio-educativa.

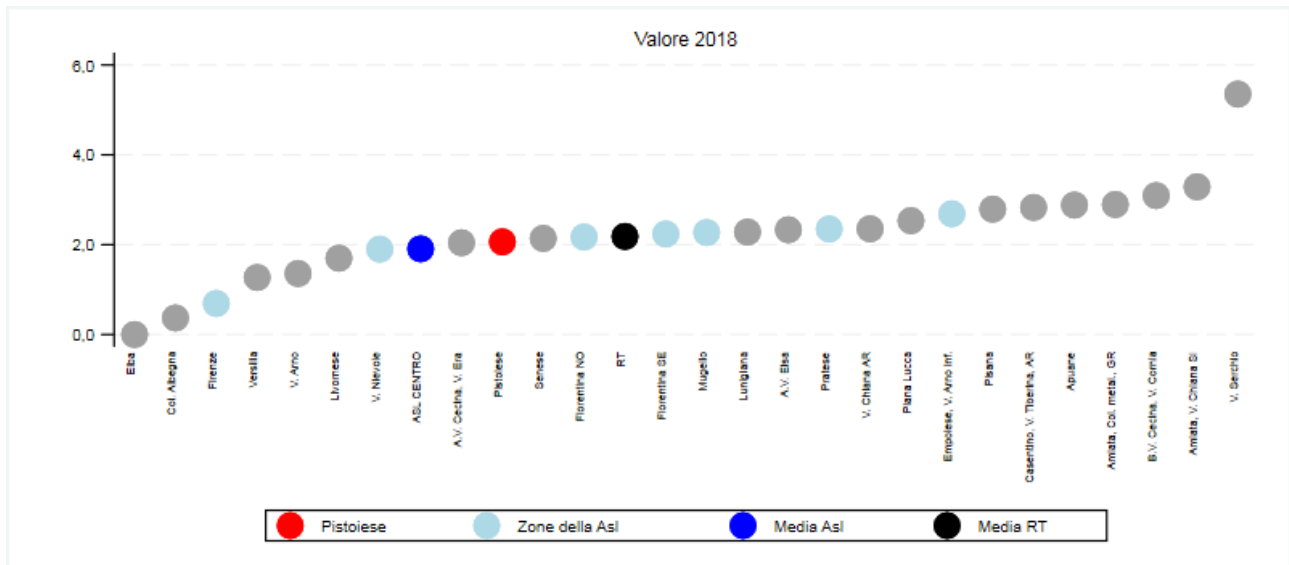
L'ospedalizzazione tra gli stranieri in Toscana è in diminuzione, come del resto l'ospedalizzazione generale in Toscana. Nella zona Pistoiese nel 2018 è stato riportato il tasso di ricovero standardizzato per età più elevato della Toscana (Figura 30). Tuttavia, per la zona Pistoiese, come per altre zone, per questo indicatore è evidente un andamento anomalo, presumibilmente dovuto alla scarsa qualità dell'informazione sulla nazionalità nel flusso nelle schede di dimissione ospedaliera.

Figura 30 Tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera, valori 2018



In AUSL Toscana Centro (come in Toscana), tra il 2017 e il 2018, il numero dei richiedenti la protezione internazionale accolti nei Centri di Accoglienza Straordinaria è in forte diminuzione e passa da 5.088 persone rilevate al 30 giugno 2017 alle 3.102 rilevate alla fine del 2018, per un calo percentuale del 39%. Lo stesso andamento, più accentuato, si riscontra nella zona Pistoiese: si passa da 719 a 354 persone, con riduzione pari al 51%. Nel 2018 nella zona Pistoiese il valore è in linea con quello della AUSL nel suo complesso: 2,1 soggetti accolti in Centri di Accoglienza Straordinaria ogni 1.000 persone richiedenti (erano 4,2 per 1.000 nel 2017) (Figura 31).

Figura 31 Tasso richiedenti la protezione internazionale accolti nei Centri di Accoglienza Straordinaria, valori 2018



1.1.6 Stato di salute generale

Mortalità

L'andamento di diminuzione della mortalità in Toscana, come in Italia, è consolidato da molti anni. Il calo continuo e progressivo della mortalità generale interessa il genere maschile e femminile e, sebbene i tassi di mortalità per le donne siano da sempre più bassi, la differenza si sta riducendo (

Figura 32 e Figura 33). Questo è dovuto, almeno in parte, ad una progressiva omologazione degli stili di vita tra i generi. Nella zona Pistoiese nell'ultimo periodo disponibile, 2013-2015, i decessi annuali sono stati circa 1900 (1000 femmine e 900 maschi). Le donne in genere muoiono ad una età più avanzata, pertanto il confronto fra tassi standardizzati (che tiene conto dell'età alla morte) vede nelle donne un tasso di mortalità più basso (744 x100000 ab) rispetto agli uomini (1124 x100000 ab), valori non statisticamente diversi da quelli registrati in AUSL Toscana Centro. Da tenere presente che, invece, l'AUSL Toscana Centro presenta un tasso di mortalità generale standardizzato significativamente inferiore ai valori medi regionali sia nei maschi (1104 vs 1148 per 100.000 abitanti) che nelle femmine (731 vs 765 per 100.000 abitanti).

Figura 32 Tasso di mortalità generale nei maschi, periodo 1988-2015

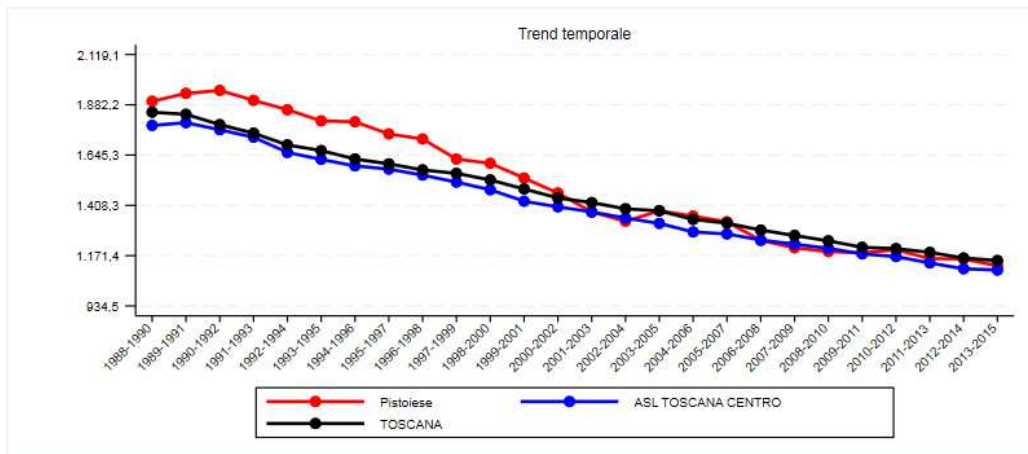
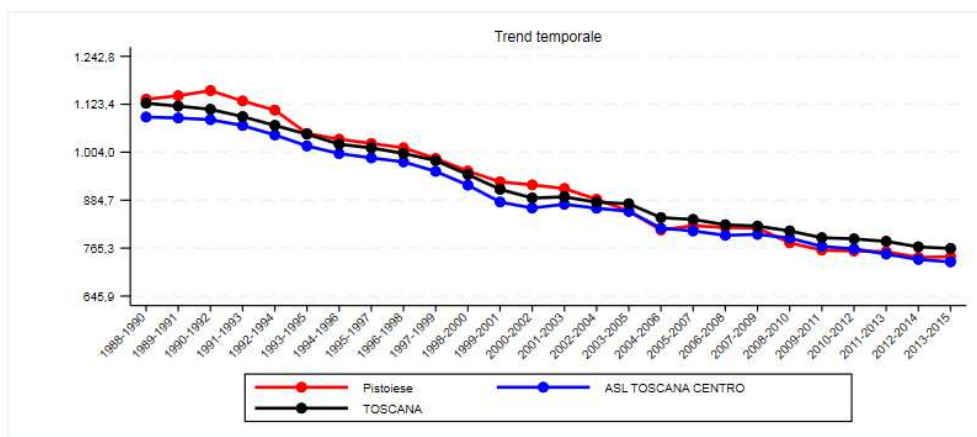


Figura 33 Tasso di mortalità generale nelle femmine, periodo 1988-2015



Così come in tutte le aree più sviluppate del mondo, le cause più di morte frequenti sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori, che insieme rendono conto di oltre due terzi (68,1%) dei decessi. 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.

Nel triennio 2013-2015 nei maschi è risultato superiore sia al tasso medio regionale che a quello della AUSL Toscana Centro il tasso di mortalità specifico per cardiopatia ischemica (malattia che ha determinato 394 morti), mentre il tasso di mortalità per malattie cardiovascolari (964 decessi) è risultato in eccesso solamente rispetto al tasso medio di ASL, ma non a quello regionale (Tabella 5).

Nelle donne non si osservano né eccessi né difetti rispetto ai valori medi regionali, ma si osservano eccessi rispetto al valore medio di ASL per quanto riguarda le malattie del sistema circolatorio (1.269 decessi) e la cardiopatia ischemica (331 decessi).

Non si rilevano eccessi o difetti, né nei maschi né nelle femmine, né per i tumori considerati complessivamente, né per i tumori specifici per sede più frequenti (tumore del colon-retto, del polmone, dello stomaco e della mammella nelle donne e della prostata negli uomini), e anche la mortalità per malattie dell'apparato digerente, per traumatismi e per le malattie dell'apparato osteo-muscolare presenta caratteristiche simili a quelle dell'intera regione e della AUSL Toscana Centro. Per quanto riguarda le malattie dell'apparato respiratorio la mortalità tra le donne è significativamente inferiore rispetto all'AUSL Toscana Centro e alla Toscana, mentre il tasso è comparabile con quello delle popolazioni di riferimento nei maschi.

Nella tabella sono riportati i dettagli per causa di morte relativi al numero di decessi nel triennio 2013-2015, tassi grezzi e tassi standardizzati per età che consentono i confronti fra aree diverse.

Tabella 5 Tassi di mortalità specifici per causa, periodo 2013-2015

PATOLOGIA	ZONA	UOMINI					DONNE				
		N (2013-2015)	TASSO GREZZO	TASSO STAND. PER ETÀ	LIMITE INF. IC 95%	LIMITE SUP IC 95%	N (2013-2015)	TASSO GREZZO	TASSO STAND. PER ETÀ	LIMITE INF. IC 95%	LIMITE SUP IC 95%
Sistema Circolatorio	Pistoiese	964	391,9	408,9	382,8	435,0	1.269	476,9	291,9	275,4	308,4
	USL TC	8.193	353,3	367,2	359,1	375,2	10.554	419,7	260,5	255,4	265,6
	RT	20.205	375,6	385,5	380,1	390,8	26.451	454,8	277,4	274,0	280,8
Tumori	Pistoiese	925	376,0	371,4	347,1	395,6	744	279,6	212,6	196,8	228,5
	USL TC	8.434	363,7	370,8	362,8	378,8	6.778	269,5	210,3	205,1	215,5
	RT	20.324	377,8	378,4	373,2	383,7	16.005	275,2	211,9	208,5	215,3
Cardiopatia Ischemica	Pistoiese	394	160,2	166,4	149,8	183,0	331	124,4	76,6	68,1	85,1
	USL TC	2.773	119,6	123,7	119,1	128,4	2.485	98,8	61,9	59,4	64,4
	RT	6.857	127,5	130,5	127,3	133,6	6.411	110,2	67,7	66,0	69,4
Apparato Respiratorio	Pistoiese	198	80,5	84,4	72,5	96,3	163	61,3	38,7	32,6	44,8
	USL TC	2.161	93,2	96,8	92,7	100,9	2.063	82,0	52,2	49,9	54,5
	RT	5.043	93,7	96,0	93,3	98,7	4.599	79,1	49,3	47,9	50,8
Tumore Polmone	Pistoiese	232	94,3	93,0	80,9	105,1	87	32,7	26,4	20,7	32,2
	USL TC	2.116	91,2	92,9	88,9	96,9	867	34,5	28,6	26,6	30,5
	RT	4.985	92,7	92,6	90,0	95,2	1.946	33,5	27,7	26,4	29,0
Infarto Miocardio	Pistoiese	131	53,2	54,4	45,0	63,8	93	34,9	23,8	18,7	28,8
	USL TC	1.077	46,4	47,5	44,6	50,3	824	32,8	21,7	20,2	23,3
	RT	2.595	48,2	48,6	46,7	50,5	1.977	34,0	22,1	21,1	23,2
Apparato Digerente	Pistoiese	94	38,2	39,3	31,2	47,3	119	44,7	30,9	25,2	36,7
	USL TC	839	36,2	37,1	34,5	39,6	960	38,2	25,9	24,2	27,6
	RT	2.168	40,3	40,5	38,8	42,2	2.534	43,6	29,1	28,0	30,3
Traumatismi	Pistoiese	126	51,2	50,9	41,9	60,0	84	31,6	22,1	17,1	27,1
	USL TC	1.082	46,7	48,0	45,1	50,9	869	34,6	24,0	22,3	25,7
	RT	2.748	51,1	51,9	49,9	53,8	1.976	34,0	23,2	22,1	24,3
Tumore Colon-Retto	Pistoiese	106	43,1	43,0	34,7	51,3	96	36,1	25,3	20,0	30,6
	USL TC	925	39,9	40,8	38,1	43,5	875	34,8	25,4	23,7	27,2

	RT	2.227	41,4	41,7	39,9	43,4	2.025	34,8	25,2	24,1	26,4
Tumore Stomaco	Pistoiese	62	25,2	24,9	18,7	31,2	55	20,7	15,5	11,3	19,8
	USL/TC	563	24,3	24,8	22,7	26,9	417	16,6	12,5	11,2	13,7
	RT	1.305	24,3	24,3	23,0	25,6	934	16,1	11,8	11,0	12,6
Tumore Prostatata	Pistoiese	56	22,8	21,8	16,0	27,6					
	USL/TC	635	27,4	28,1	25,9	30,3					
	RT	1.494	27,8	28,2	26,7	29,6					
2189 Tumore vescica	Pistoiese	51	20,7	20,4	14,7	26,1	17	6,4	4,1	2,1	6,1
	USL/TC	400	17,2	17,6	15,9	19,4					
	RT	1.001	18,6	18,6	17,4	19,8					
Tumore Mammella	Pistoiese						111	41,7	33,4	27,0	39,8
	USL/TC						919	36,5	29,8	27,8	31,8
	RT						2.189	37,6	30,1	28,8	31,4
Apparato osteo-muscolare	Pistoiese	10	4,1	4,2	1,6	6,8	35	13,2	8,1	5,4	10,9
	USL/TC	115	5,0	5,2	4,2	6,1	279	11,1	7,3	6,4	8,1
	RT	255	4,7	4,9	4,3	5,5	682	11,7	7,6	7,0	8,2

Speranza di vita

Grazie alla costante riduzione della mortalità generale, l'aspettativa di vita dei residenti nell'AUSL Toscana Centro, è fra le più elevate sia in Toscana, sia a livello nazionale. Secondo le più recenti elaborazioni dell'Agenzia Regionale di Sanità, i residenti della AUSL Toscana Centro godono di un'aspettativa di vita alla nascita tra le più alte al mondo (81,6 anni per i maschi e 86,2 per le femmine) più elevata di circa 6 mesi rispetto alla totalità della regione (81,1 per i maschi e 85,6 per le femmine).

In questo contesto la zona Pistoiese presenta valori di aspettativa di vita leggermente inferiori alla AUSL Toscana Centro (81,4 per i maschi e 86,0 per le femmine), ma superiori al valore medio regionale, collocandosi in posizione alta nella graduatoria regionale (Figura 34 e Figura 35).

Figura 34 Speranza di vita alla nascita, Uomini, valori 2015

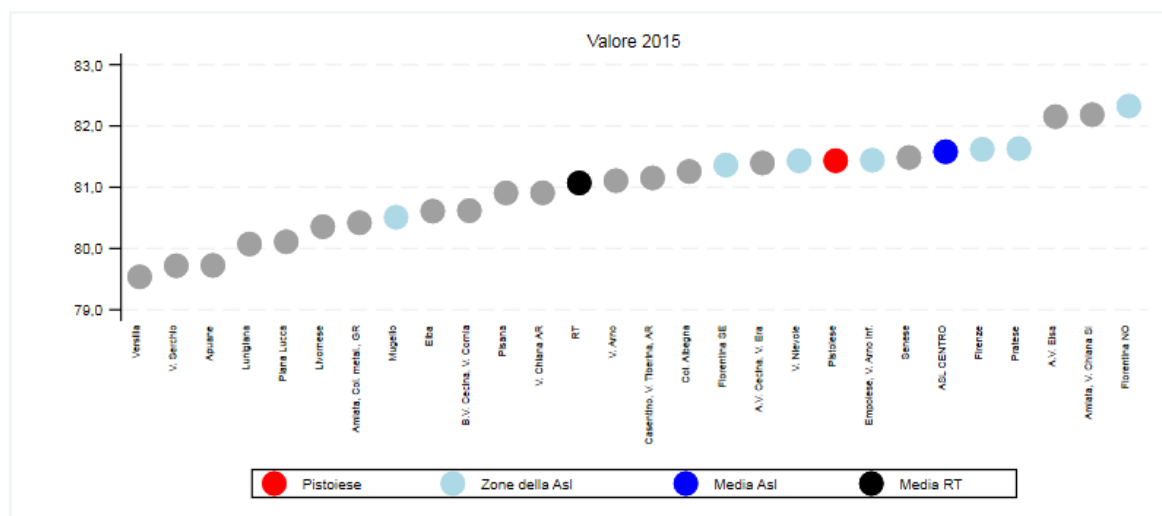
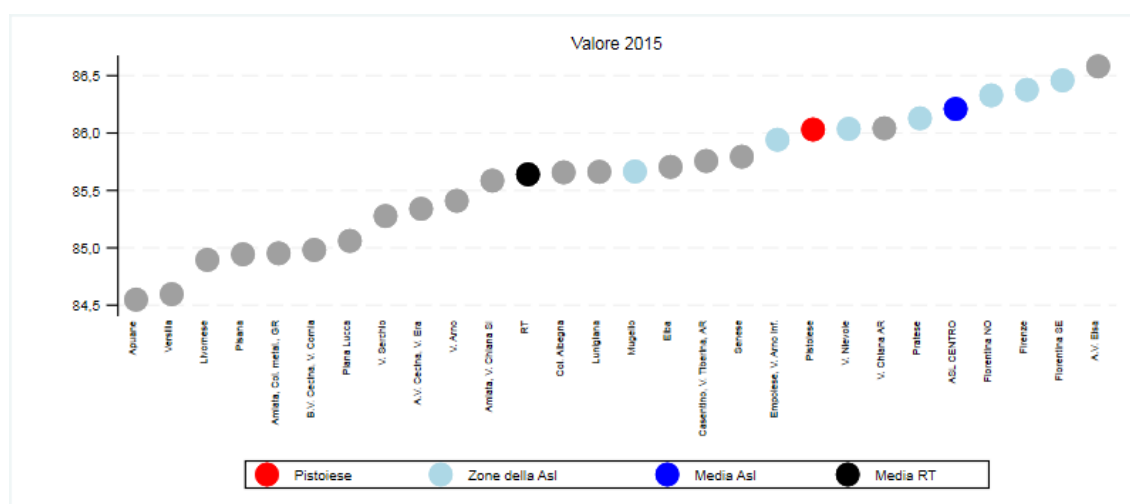


Figura 35 Speranza di vita alla nascita, Donne, valori 2015

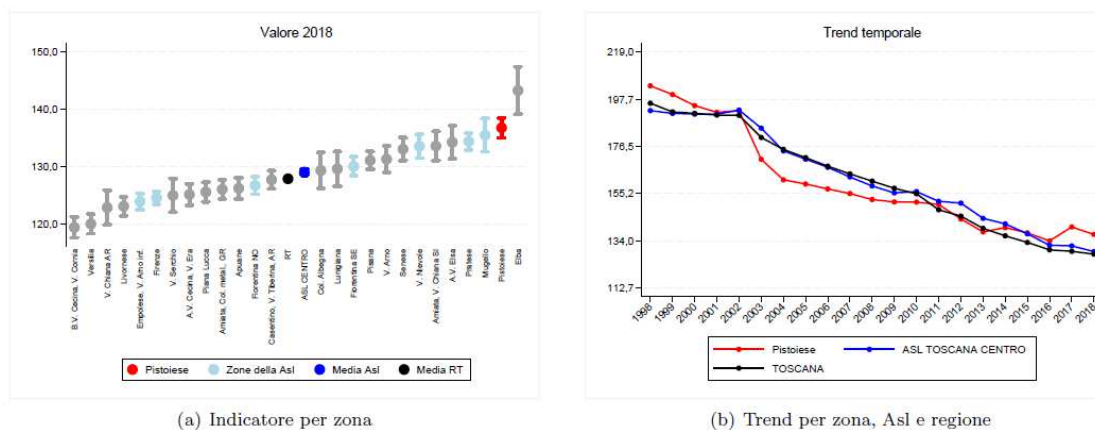


Anche la speranza di vita a 65 anni vede la zona Pistoiese, in vantaggio di alcuni mesi (19,5 anni nei maschi e 22,9 nelle femmine) rispetto alla situazione regionale (19,4 anni nei maschi e 22,7 nelle femmine).

Ospedalizzazione

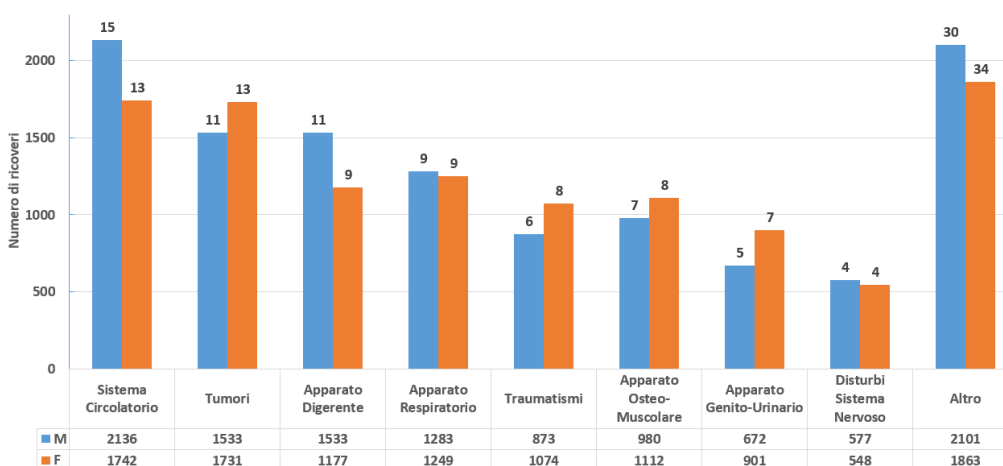
Nel corso del 2018 circa 25.140 persone residenti nella zona Pistoiese si sono ricoverate in ospedale, 1.535 in meno rispetto al 2010. Sebbene il tasso di ospedalizzazione sia in diminuzione, coerentemente con il resto della AUSL Toscana Centro e con l'andamento regionale, nella zona pistoiese nel 2018 esso è risultato il più elevato a livello regionale dopo quello dell'Elba (Figura 36): 136,8 per 1.000, significativamente più elevato sia di quello della AUSL Toscana Centro che della Toscana (129,1 e 127,9 per 1.000, rispettivamente).

Figura 36 Tasso di ospedalizzazione generale, valori 2018



Nel 2018 le principali cause di ricovero, così come per i residenti dell'AUSL Toscana Centro e della Toscana sono state le malattie cardiovascolari, che hanno determinato 3.878 ricoveri (2.136 nei maschi e 1.742 nelle femmine), i tumori (3.264 ricoveri, il 53% dei quali nelle femmine), le malattie dell'apparato digerente (2.710, di cui il 57% nei maschi) e respiratorio (2.532 ricoveri, il 51% dei quali nei maschi) (Figura 37).

Figura 37 Numero e distribuzione percentuale delle principali cause di ricovero, valori 2018



Sono risultati superiori alla media della AUSL Toscana Centro i tassi di ospedalizzazione per malattie dell'apparato digerente e osteo-muscolari tra i maschi, mentre tra le femmine sono in eccesso i ricoveri per le malattie del sistema circolatorio, dell'apparato digerente, dell'apparato respiratorio, per le malattie dell'apparato osteo-muscolare, e per i tumori considerati complessivamente, mentre sono risultati inferiori alla media regionale il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici tra i maschi e i ricoveri per tumore del polmone tra le femmine

1.1.7 Cronicità

Le patologie croniche hanno, insieme alla non autosufficienza, un peso determinante sui servizi territoriali e la medicina generale; il numero assoluto di cronici sul proprio territorio stima il carico assistenziale e permette di prevedere le risorse necessarie. Sia nei maschi che nelle femmine, la presenza di malati cronici, riflettendo la distribuzione per fasce di età della popolazione, è significativamente superiore nell'area pistoiese, caratterizzata da un elevato numero di anziani tra i suoi abitanti rispetto al valore medio della AUSL Toscana centro. Nel 2019, un terzo (35%) della popolazione residente nella zona Pistoiese di età maggiore ai 16 anni soffre di almeno una malattia cronica, tra quelle rilevabili tramite i dati dei flussi sanitari correnti (Archivio MaCro-Ars). Si tratta di oltre 53.400 persone, per il 54% costituite da donne, mediamente più anziane degli uomini. Tuttavia, in termini relativi, la prevalenza della cronicità tra le donne dopo aggiustamento per età risulta più bassa rispetto agli uomini (330 vs 349 ogni 1.000 abitanti) (Figura 38 e Figura 39). La prevalenza di malattie croniche dipende anche dalla capacità di aumentare l'aspettativa di vita alla diagnosi grazie ad un'assistenza appropriata ed efficace nel prevenire gli eventi acuti.

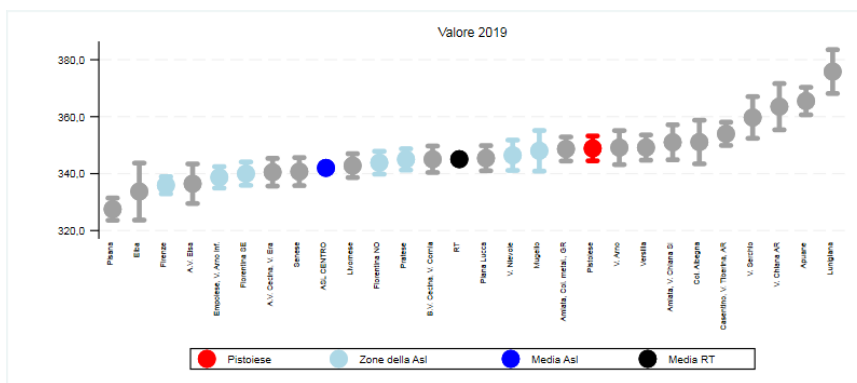


Figura 38 Prevalenza cronicità (almeno una patologia cronica), Uomini, valori 2019

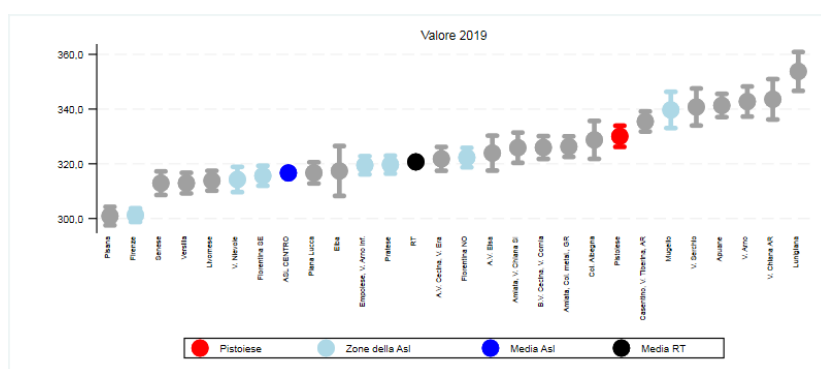


Figura 39 Prevalenza cronicità (almeno una patologia cronica), Donne, valori 2019

Per quanto concerne il dettaglio delle malattie più comuni e allo stesso tempo a maggior rischio di acuzie, diabete, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, ictus, broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), in Tabella 6 sono riportati i dettagli per patologia disaggregati per genere; sono riportati in verde i valori statisticamente inferiori al valore medio della AUSL Toscana Centro e in rosso quelli superiori.

Tabella 6 Prevalenza per causa, valori 2019

Stima-Anno 2019	Uomini				Donne			
	N.	Prev. Stand. per 1.000	95% inf	95% sup	N.	Prev. Stand. per 1.000	95% inf	95% sup
Almeno una patologia cronica	24.779	348,9	344,5	353,2	28.650	330,1	326,2	333,9
Diabete	5.431	76,2	74,2	78,3	5.459	62,3	60,6	64,0
Scompenso cardiaco	1.602	23,3	22,1	24,4	1.467	14,9	14,1	15,6
Ictus	1.237	17,9	16,9	18,9	1.151	12,3	11,6	13,1
Cardiopatía ischemica	4.673	66,8	64,9	68,7	3.110	32,4	31,3	33,6
BPCO	4.128	58,7	56,9	60,5	4.004	44,8	43,4	46,2

Il diabete è la patologia cronica con la prevalenza più alta. Secondo le stime di ARS, nel 2019 sarebbero quasi 11.000 le persone con **diabete** nella zona Pistoiese (5.431 uomini e 5.459 donne), ovvero circa l'8,0% dell'intera popolazione sopra i 16 anni. La prevalenza standardizzata è maggiore negli uomini (76,2 x 1.000 abitanti) rispetto alle donne (62,3 x 1.000). Sia per gli uomini che per le donne il dato è in linea valore medio della AUSL Toscana Centro, ma negli uomini il valore è significativamente inferiore a quello della Regione Toscana (81,3 per 1.000). Così come in tutti i paesi sviluppati, la diffusione del diabete è in continua e progressiva crescita (+ 14% dal 2010).

Il netto miglioramento delle cure degli eventi cardiovascolari acuti, che riducono la mortalità e favoriscono la sopravvivenza e l'invecchiamento della popolazione, ha determinato un aumento delle persone a rischio di **scompenso cardiaco**. Nel 2019 i soggetti con scompenso cardiaco stimati nella zona Pistoiese sono 3.069 (1.602 maschi e 1.467 femmine). Sia negli uomini che nelle donne per questa patologia la prevalenza è significativamente più bassa rispetto al valore medio della AUSL Toscana Centro, e anche alla prevalenza media regionale (dato non riportato): la zona Pistoiese è quella in cui si osserva la prevalenza più bassa dello scompenso cardiaco rispetto a tutte le altre zone distretto della Toscana.

Anche per quanto riguarda le patologie cerebrovascolari, negli ultimi decenni sono aumentati i soggetti che sono sopravvissuti con esiti più o meno invalidanti ad un **ictus**: i casi prevalenti nella zona Pistoiese sono passati da 1.479 nel 2010 a 2.388 nel 2019 (+5%). Sia nei maschi che nelle femmine, la prevalenza standardizzata per età dell'ictus è in linea con il dato medio della AUSL Toscana Centro, e nei maschi essa è significativamente inferiore al valore medio regionale (19,4 per 1.000 abitanti).

Anche la **broncopneumopatia cronica ostruttiva** (BPCO), una delle principali malattie respiratorie croniche, è in costante aumento nella popolazione residente di età maggiore di 16 anni tra i residenti della zona Pistoiese (+11% dal 2010), così come in tutte le zone distretto della Regione Toscana. Sebbene i maschi continuino ad avere una prevalenza superiore alle femmine, si sta tuttavia riducendo rispetto al 2010 il differenziale di genere, passato dal 25% al 14%. Le stime di ARS per il 2019 individuano tra i residenti di età maggiore di 16 anni 8.132 persone con BPCO, con una prevalenza standardizzata per età di 59 casi ogni 1.000 abitanti per i maschi,

significativamente superiore rispetto al valore medio dell'ASL Toscana Centro, ma non di quello regionale, e di 45 casi ogni 1.000 abitanti per le femmine, dato invece in linea con quello delle popolazioni di riferimento.

Per quanto riguarda la **cardiopatía ischemica**, la prevalenza è invece in lenta ma progressiva diminuzione (-7% dal 2010); nel 2019 la prevalenza nelle donne (32 per 1.000), ma non negli uomini, è più elevata rispetto alla AUSL Toscana Centro (30 per 1.000), ma in linea con il dato medio regionale (32 per 1.000).

La lotta alle malattie cronico-degenerative, quali il diabete, le malattie cardiovascolari e le malattie respiratorie, mediante interventi di prevenzione sia primaria – lotta al fumo, promozione dell'attività fisica e lotta agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro – sia secondaria – prevenzione delle riacutizzazioni – continua a essere un obiettivo sanitario da perseguire con forza, visto il carico assistenziale in costante e progressiva crescita nel territorio della zona Pistoiese.

1.1.8 Non Autosufficienza

Una conseguenza diretta dell'invecchiamento della popolazione è l'aumento del numero di anziani con bisogni sanitari e socio-assistenziali. Le stime della non autosufficienza presentate sono state ottenute applicando i tassi di prevalenza di un'indagine conoscitiva condotta in Toscana nel 2009 alla popolazione anziana residente. Questo indicatore non va pertanto interpretato in termini epidemiologici, ma riflette la richiesta di assistenza continuativa da parte della popolazione anziana. Sono naturalmente pertanto le zone più popolose e anziane quelle dove la presenza di non autosufficienti è maggiore. Secondo le previsioni demografiche ISTAT, peraltro, nei prossimi anni il numero di anziani non autosufficienti è destinato ad aumentare in virtù dell'aumento previsto di anziani e dei grandi anziani (di età superiore ai 75 anni).

Sono oltre 35.000 gli anziani residenti nella AUSL Toscana Centro in **condizioni di non autosufficienza** per almeno una delle attività di base della vita quotidiana, come vestirsi, lavarsi, mangiare, alzarsi dal letto, di questi 3.800 sono residenti nella zona Pistoiese. Le donne hanno una prevalenza più alta di non autosufficienza (circa 11%) rispetto ai coetanei uomini (5%) ed esprimono un bisogno più grave (Tabella 7 e Tabella 8).

Tabella 7. Anziani non autosufficienti, maschi, valori 2019

Zona	Stima residenti 65+ non autosufficienti 2019		Prevalenza residenti 65+ in RSA permanente 2018		Prevalenza residenti 65+ in assistenza domiciliare diretta 2018	
	Num	Valore grezzo x 100	Num.	Valore grezzo x 1000	Num.	Valore grezzo x 1000
Pistoiese	1.050	5,5	63	3,3	283	14,9
Val di Nievole	700	5,5	19	1,5	176	13,9
Pratese	1.400	5,6	91	3,7	585	23,8
Firenze	2.500	6,3	350	8,7	1.278	31,9
Fiorentina Nord-Ovest	1.250	5,6	168	7,6	422	19,1
Fiorentina Sud-Est	1.250	5,7	194	9,0	412	19,1
Mugello	400	5,7	64	9,2	162	23,2
Empolese, Valdarno Inferiore	1.450	5,8	120	4,0	806	32,8
AUSL Toscana Centro	10.000	5,8	1069	6,2	4.124	24,0

TOSCANA	23.400	5,7	2578	6,3	7.435	18,2
---------	--------	-----	------	-----	-------	------

Tabella 8. Anziani non autosufficienti, femmine, valori 2019

Zona	Stima residenti 65+ non autosufficienti 2019		Prevalenza anziani residenti in RSA permanente 2018		Prevalenza anziani residenti in assistenza domiciliare diretta 2018	
	Num.	Valore grezzo x 100	Num.	Valore grezzo x 1000	Num.	Valore grezzo x 1000
Pistoiese	2.750	10,9	171	6,8	660	26,4
Val di Nievole	1.800	10,8	47	2,8	405	24,5
Pratese	3.400	10,5	246	7,7	1.389	43,3
Firenze	6.850	11,8	1145	19,7	3.390	58,2
Fiorentina Nord-Ovest	3.000	10,4	463	16,1	1.044	36,3
Fiorentina Sud-Est	2.900	10,7	507	18,9	1.147	42,7
Mugello	950	11,1	154	18,1	424	49,9
Empolese, Valdarno Inferiore	3.500	10,9	274	8,5	1.890	58,9
AUSL Toscana Centro	25.200	11,0	3007	13,2	10.349	45,4
TOSCANA	58.600	10,9	6687	12,5	18.570	34,7

Per quanto riguarda la valutazione del livello di copertura della domanda potenziale di assistenza agli anziani non autosufficienti si possono esaminare alcuni parametri.

Il **numero degli anziani residenti in RSA permanente** sono stati nel 2018, circa 10 ogni 1.000 ultra64enni nella AUSL Toscana Centro. Nella zona Pistoiese questo indicatore è significativamente più basso attestandosi intorno al 5 x 1.000 (solo 171 donne e 63 uomini), secondo valore più basso in AUSL Toscana Centro dopo la Val di Nievole e il quarto più basso in Toscana.

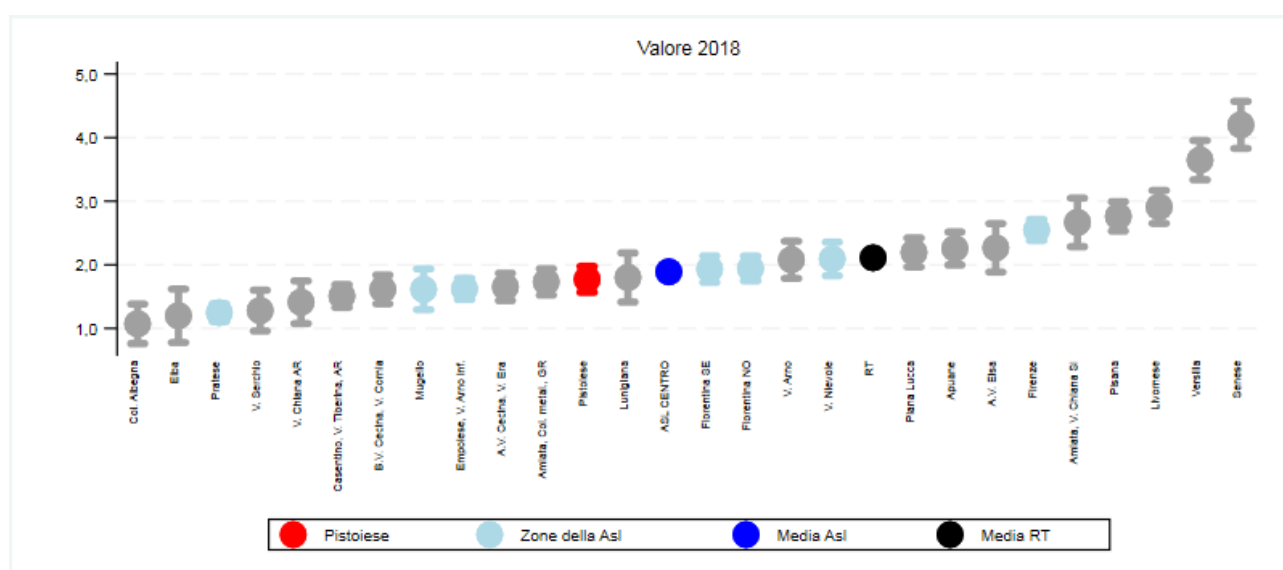
L'altra faccia dell'assistenza territoriale alla non autosufficienza è il **percorso domiciliare**. Anche questo indicatore, come la prevalenza di anziani in RSA, permette di monitorare l'andamento della risposta data al bisogno. Tuttavia, sono indicatori che dipendono non solo dalle condizioni di salute della popolazione, ma anche dall'organizzazione zonale dell'assistenza territoriale (domiciliare o residenziale). Gli anziani che nel 2018 hanno avuto almeno una prestazione di assistenza domiciliare (infermieristica, medica, sociale) sono stati quasi 14.500 in AUSL Toscana Centro (di cui oltre 10.000 donne), pari a 36,2 ogni 1.000 ultra64enni. Nella zona Pistoiese sono stati 943 di cui 660 donne (il 70%); nuovamente questo parametro (21,4 x 1.000) è il secondo più basso, dopo la Val di Nievole, rispetto alle altre zone della AUSL Toscana Centro.

Si segnala che permangono alcune criticità nella raccolta dati da parte del flusso informativo che portano a sottostimare il fenomeno. A titolo di esempio il dato effettivo di presenze in RSA nella Sds Pistoiese è superiore ai 280 ospiti a tempo indeterminato (vedi paragrafo 1.2.2.8). I dati riportati in questo paragrafo pur sottostimati sono utili ai fini della comparazione a livello regionale.

1.1.9 Salute Mentale

In base ad una prima analisi dei sistemi informativi regionali che registrano le **prestazioni presso i Servizi di salute mentale territoriali** (DSM), i soggetti residenti nella zona Pistoiese che hanno avuto nel corso del 2018 una presa in carico da parte dei servizi sono stati 2.318 (1.206 dal servizio adulti e 1.112 dal servizio infanzia-adolescenza). Non essendo questi dati ancora esplorati da un punto di vista di qualità e affidabilità, per la stima della diffusione del problema si utilizzano i ricoveri ospedalieri, che esprimono però solo le forme più complesse e gravi. Il numero di soggetti residenti nella zona Pistoiese ricoverati in reparto di psichiatria sono stati 302 nel 2018; il tasso ricovero 1,8 per 1.000 residenti, è in linea con il dato della AUSL Toscana Centro (1,9 per 1.000) e significativamente inferiore al valore medio regionale (2,1 per 1.000) (Figura 40).

Figura 40 Soggetti ricoverati in reparto di psichiatria, valori 2018



Le scarse numerosità per zona distretto di residenza rendono tuttavia difficile l'interpretazione del fenomeno da un punto di vista temporale.

La depressione è uno dei disturbi psichici più rilevanti per frequenza e per impatto sulla qualità della vita. La proporzione nella popolazione residente di pazienti in trattamento farmacologico con antidepressivi (codice ATC: N06A) è un indicatore che, pur non riuscendo a cogliere tutte le persone che soffrono di depressione, fornisce una stima del fenomeno utile alla programmazione nell'ambito della cura alla depressione.

Nella zona Pistoiese sono 19.857 le persone in trattamento antidepressivo (14.036 donne e 5.821 uomini). Tra le donne si osserva una prevalenza doppia rispetto ai maschi, ne fa uso il 13,6% contro il 6,8% tra gli uomini (percentuali standardizzate per età), differenza di genere che si riscontra tuttavia in tutte le zone. La prevalenza d'uso di antidepressivi nella zona Pistoiese, è significativamente più alta, sia nei maschi che nelle femmine, della prevalenza media dell'AUSL Toscana Centro e di quella regionale (Figura 41 e Figura 42); per le donne della zona Pistoiese è riportato l'uso più elevato rispetto alle altre zone socio-sanitarie della AUSL Toscana Centro. Da segnalare che i farmaci antidepressivi possono però essere usati anche nella cura di altre patologie (terapia del dolore neuropatico, cefalea) e non sono perciò necessariamente una misura diretta dei problemi di salute mentale.

Figura 41 Prevalenza uso di antidepressivi - Maschi, valori 2018

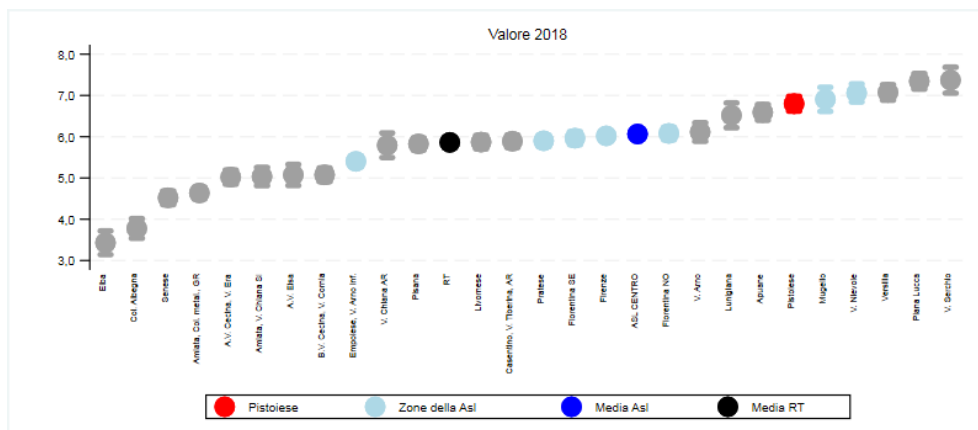
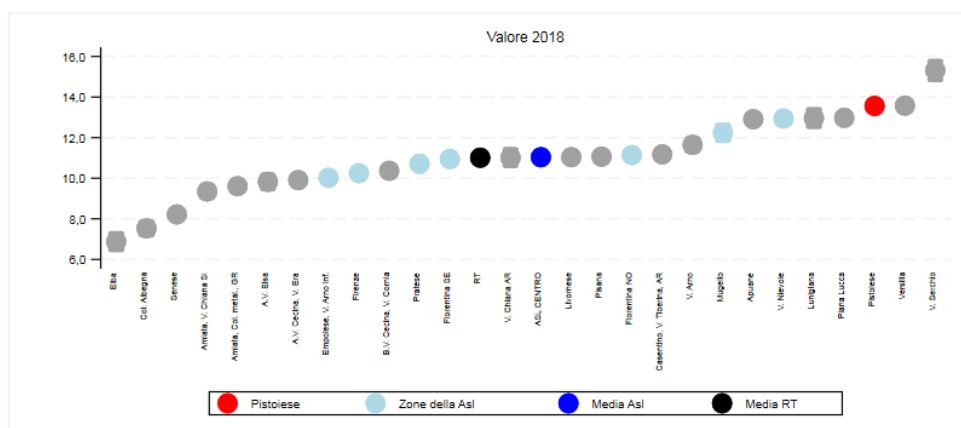


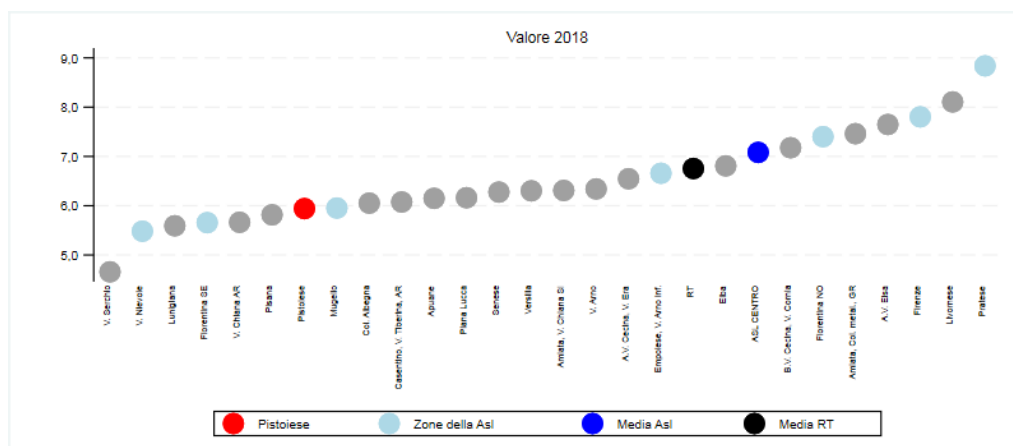
Figura 42 - Prevalenza uso di antidepressivi- Femmine, valori 2018



1.1.10 Materno Infantile

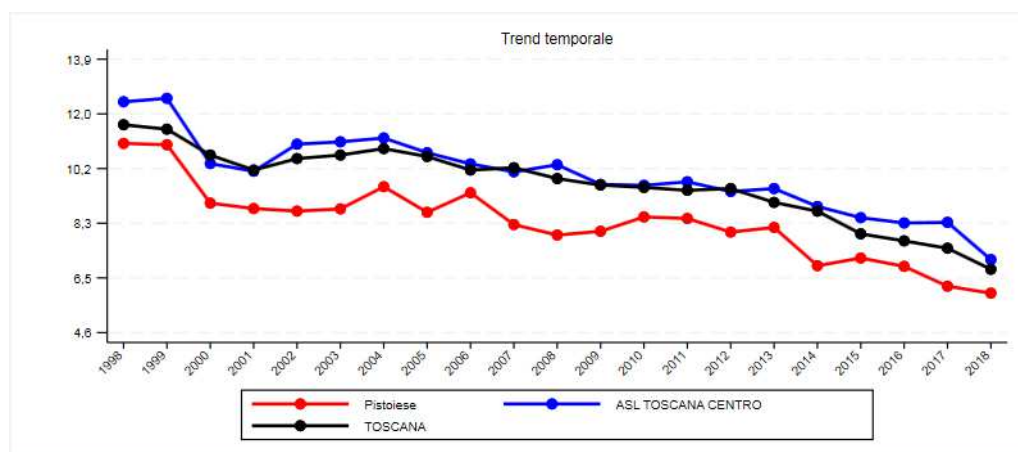
Nel 2018 i ricoveri per **interruzioni volontarie della gravidanza (IVG)** sono stati 2.369 nelle donne residenti nell'AUSL Toscana Centro, di queste 204 nella zona Pistoiese, dove il tasso di ricovero, 5,9 ogni 1.000 donne residenti, è inferiore al dato medio regionale (6,8 x 1000) e molto inferiore ad altre zone della AUSL Toscana Centro dove è più forte il contributo delle donne straniere al fenomeno, in particolare le zone Pratese, Fiorentina e Fiorentina Nord-Ovest (Figura 42).

Figura 42 Tasso di ospedalizzazione per IVG in donne in età fertile (14-49 anni), valori 2018



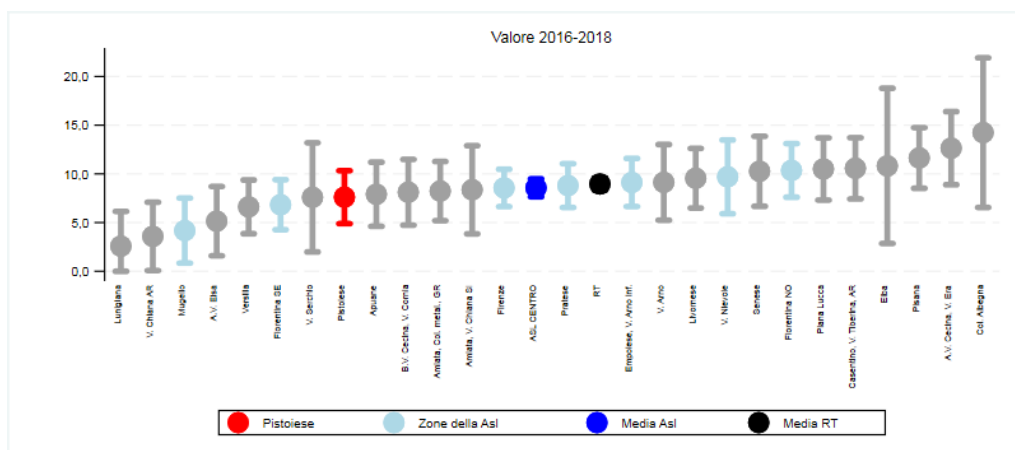
Dal 1998 i tassi grezzi di ospedalizzazione per IVG mostrano un trend in calo, in linea con l'andamento regionale e della AUSL Toscana Centro (Figura 43).

Figura 43 Tasso di ospedalizzazione per IVG in donne in età fertile (14-49 anni), trend temporale



I **nati vivi gravemente sottopeso** possono rappresentare un *proxy* della salute della donna in gravidanza. La proporzione dei nati pretermine e di basso peso alla nascita è correlata a fattori di rischio quali l'età materna più avanzata al parto, il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, i parti plurimi. Nel periodo 2016-2018 i nati gravemente sottopeso nella zona Pistoiese sono stati 30 (328 in AUSL Toscana Centro), ovvero 8 ogni 1.000 nati vivi, tasso che non si discosta significativamente dai tassi delle popolazioni di riferimento (Figura 44).

Figura 44 Percentuale di nati vivi gravemente sottopeso, valori 2016-2018



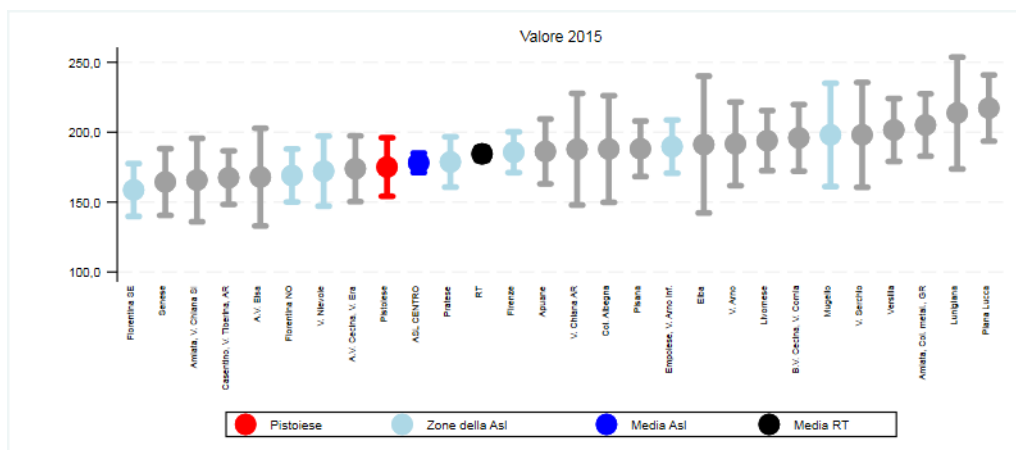
1.1.11 Prevenzione

Sono indicati come “**decessi evitabili**” quelle morti che avvengono in determinate età e per cause che potrebbero essere attivamente contrastate con interventi di prevenzione primaria (ad es. prevenzione del tabagismo), diagnosi precoce e terapia (screening oncologici), igiene e assistenza sanitaria (es. malattie infettive prevenibili con la vaccinazione).

Il tasso di mortalità evitabile quindi è un indicatore di sanità pubblica che consente di mettere in risalto criticità geografiche generali. Gli ultimi dati disponibili mostrano che la Toscana è tra le regioni migliori d'Italia. In AUSL Toscana Centro si sono registrate 2.553 morti evitabili nel 2015, di queste 272 (il 10,6%) nella zona Pistoiese, il cui tasso di mortalità evitabile è comparabile a quello delle popolazioni di riferimento (Figura 45).

Il fenomeno mostra un'incidenza più che doppia negli uomini, 256 casi ogni 100mila uomini vs 102 ogni 100mila nelle donne. Le differenze possono essere ricondotte in parte ai diversi stili di vita, abitudini alimentari e rischi occupazionali tra i due generi, le maggiori differenze, infatti, si rilevano tra le cause di morte riconducibili a quelle evitabili con interventi di prevenzione primaria.

Figura 45 Tasso di mortalità evitabile, Uomini e Donne, valori 2015



In AUSL Toscana Centro, nel 2016, gli **infortuni sul lavoro indennizzati** sono stati 9.039 (8,9 x 1.000 abitanti in età lavorativa, Figura 46 e Figura 47) e sono in costante diminuzione dal 2000. Nella zona Pistoiese, gli infortuni nel 2016 sono stati 1.029 (9,7 x1.000); dal 2010 l'eccesso che precedentemente emergeva rispetto al valore regionale e dell'AUSL Toscana Centro si è ridotto fino a scomparire negli anni più recenti.

Figura 46 Infortuni sul lavoro indennizzati, valori 2016

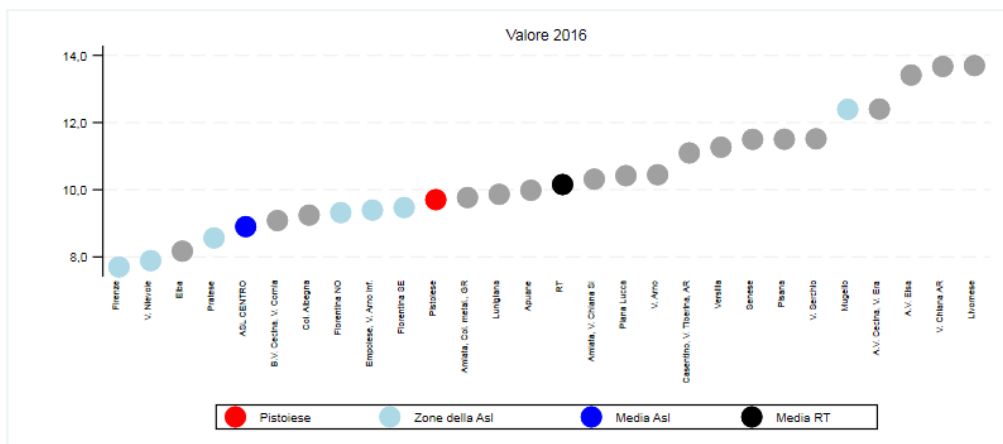
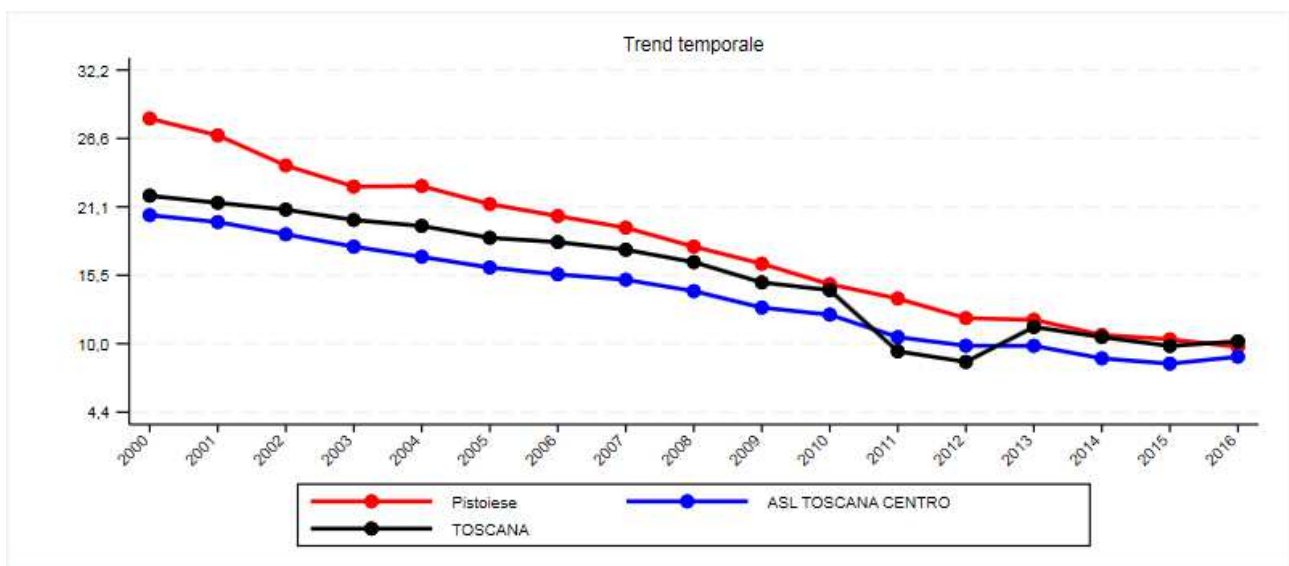


Figura 47 Infortuni sul lavoro indennizzati trend temporale dal 2000 al 2016

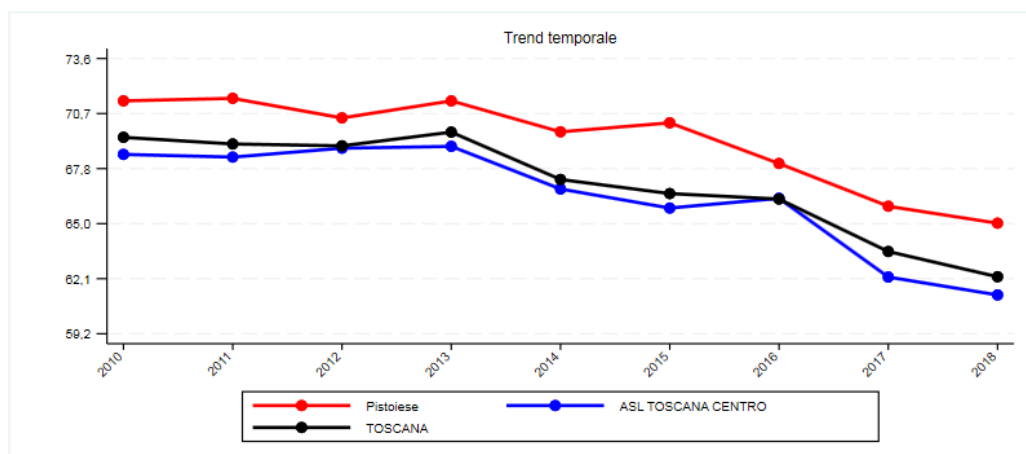


Il **rapporto di lesività degli incidenti stradali** esprime il numero di feriti in relazione agli incidenti stradali verificatisi nell'anno, pertanto misura la gravità degli incidenti avvenuti, indipendentemente dal loro numero. Nel 2017 (ultimo anno disponibile) i sinistri in AUSL Toscana Centro sono stati 7.576 e i feriti 9.833. Mediamente, quindi, in ogni incidente sono rimaste ferite 1,3 persone (rapporto di lesività: 1.298 x 1.000 incidenti). L'indicatore si è mantenuto complessivamente stabile negli ultimi 20 anni. La zona Pistoiese, con 591 incidenti e 766 feriti nel 2017, ha un rapporto di lesività perfettamente in linea con quello della AUSL Toscana Centro (1.298 x 1.000).

1.1.12 Farmaceutica

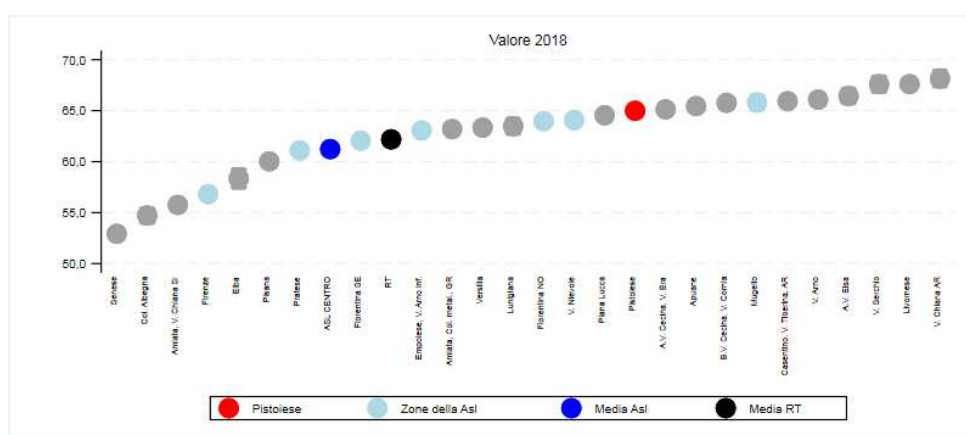
La prevalenza di consumo di farmaci, ossia il numero di persone che nell'anno hanno assunto almeno un farmaco su prescrizione medica (l'indicatore si riferisce ai farmaci erogati dal servizio sanitario regionale - prescrizione da ricettario ed erogazione diretta) è in lieve diminuzione dal 2010 in tutte le zone della Toscana, compresa la zona Pistoiese (Figura 48).

Figura 48 Prevalenza d'uso farmaci – Trend Temporale



Nel 2018, oltre 114.500 soggetti residenti nella zona Pistoiese hanno assunto almeno un farmaco, pari al 66,7% della popolazione; la prevalenza d'uso dei farmaci, aggiustata per età è risultata del 65,0%, significativamente superiore sia al dato regionale (62,2%), che della AUSL Toscana Centro (61,2%) (Figura 49).

Figura 49 Prevalenza d'uso farmaci, valori 2018



È opportuno sottolineare che l'indicatore risente sia dello stato di salute della popolazione, ma anche della propensione dei medici di famiglia alla prescrizione e alla cultura delle persone rispetto all'utilizzo dei farmaci. Si tratta di una misura da monitorare per mantenere i consumi farmaceutici entro limiti appropriati.

1.1.13 Ambiente

ARIA

La letteratura scientifica internazionale evidenzia come il particolato atmosferico giochi un ruolo non trascurabile nella mortalità e nell'incidenza di patologie cardiovascolari e respiratorie e di tumori, tra cui quelli polmonari. L'inquinamento atmosferico è stato classificato dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) come cancerogeno certo per l'uomo, e pertanto incluso tra le sostanze del Gruppo 1 che sono cancerogene certe per l'uomo. Ci sono, inoltre, evidenze di una relazione tra inquinamento dell'aria e insorgenza di malattie un tempo non ritenute attribuibili a esposizioni ambientali, quali malattie degenerative neurologiche, diabete, alcuni tipi di disturbi cardiaci, problemi di salute nei neonati da madri esposte in gravidanza.

In Toscana ARPAT controlla sistematicamente la qualità dell'aria attraverso 37 centraline, di cui 13 nel territorio dell'AUSL TC. Nella zona Pistoiese le centraline sono due: PT-Signorelli, situata in zona industriale, che rileva le concentrazioni di fondo del particolato atmosferico PM_{10} e di biossido nitrico (NO_2), e la stazione urbana di fondo PT-Montale, che oltre a rilevare PM_{10} e NO_2 misura anche il particolato $PM_{2,5}$ e i livelli di ozono (O_3).

Per quanto riguarda il particolato atmosferico PM_{10} , oltre alle emissioni dei veicoli a motore, quelli diesel in particolare, altre importanti fonti d'inquinamento dell'aria sono rappresentate dal riscaldamento domestico a biomassa legnosa e dallo smaltimento degli scarti vegetali tramite abbruciamento, che contribuiscono, nei giorni di superamento nelle stazioni di fondo della Toscana ai livelli tra il 37% e il 52% del PM_{10} . Di tutti gli impianti a biomassa in Toscana, il 5,7% si trova a Pistoia.

Nel 2018 la concentrazione media registrata dalle stazioni della zona Pistoiese nel 2018 è stata pari a $19 \mu\text{g}/\text{m}^3$ a PT-Signorelli e di $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$ a PT-Montale, entrambe al di sotto del valore soglia di $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ consentiti dalla legge, sebbene la stazione di PT-Montale abbia superato il valore guida di $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ individuato dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) da rispettare per la salvaguardia della salute della popolazione.

Il limite di 35 superamenti della media giornaliera di $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ consentiti dalla normativa vigente è stato rispettato in tutte le stazioni situate nel territorio della AUSL Toscana Centro, incluse dunque quelle situate nella zona Pistoiese. Tuttavia, la centralina PT-Montale ha riportato un numero di superamenti elevato (26), sebbene inferiore ai limiti di legge, e ambedue le stazioni hanno superato il valore guida OMS di 3 superamenti della media giornaliera di $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ da non superare per la salvaguardia della salute (la centralina PT-Signorelli ha riportato 8 superamenti).

Nel 2018 anche la media annuale di $PM_{2,5}$ registrata dalla stazione PT-Montale ($18 \mu\text{g}/\text{m}^3$) è stata inferiore al limite di $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$ stabilito dal D.lgs.155/2010, ma superiore al valore guida OMS ($10 \mu\text{g}/\text{m}^3$) per la protezione della salute umana.

Rispetto al Biossido di azoto (NO_2), il limite stabilito dal D. Lgs.155/2010 e s.m.i. di 18 superamenti massimi della media oraria di $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$ è stato rispettato in ambedue le stazioni, così come il valore limite relativo alla media annuale ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Le soglie dell'OMS in questo caso corrispondono a quelle del D.lgs. 155/2010.

L'Ozono si conferma una criticità nell'AUSL TC come più in generale in Toscana, con superamenti dei limiti di legge (massimo 25 superamenti come media triennale, della media giornaliera su 8 ore $>120 \mu\text{g}/\text{m}^3$) in tutte le tre stazioni di monitoraggio, tra cui è compresa la centralina PT – Montale, che nel triennio 2016-2018 ha riportato

44 superamenti. Il superamento risulta ancora più marcato rispetto ai limiti più conservativi per la salute dell'OMS (nessun superamento/anno della massima media mobile giornaliera sulle 8 ore pari a 100µg/m³). È da rilevare come nell'ultimo decennio, i valori dell'Ozono si sono mantenuti elevati e critici in tutte le stazioni regionali.

ACQUA

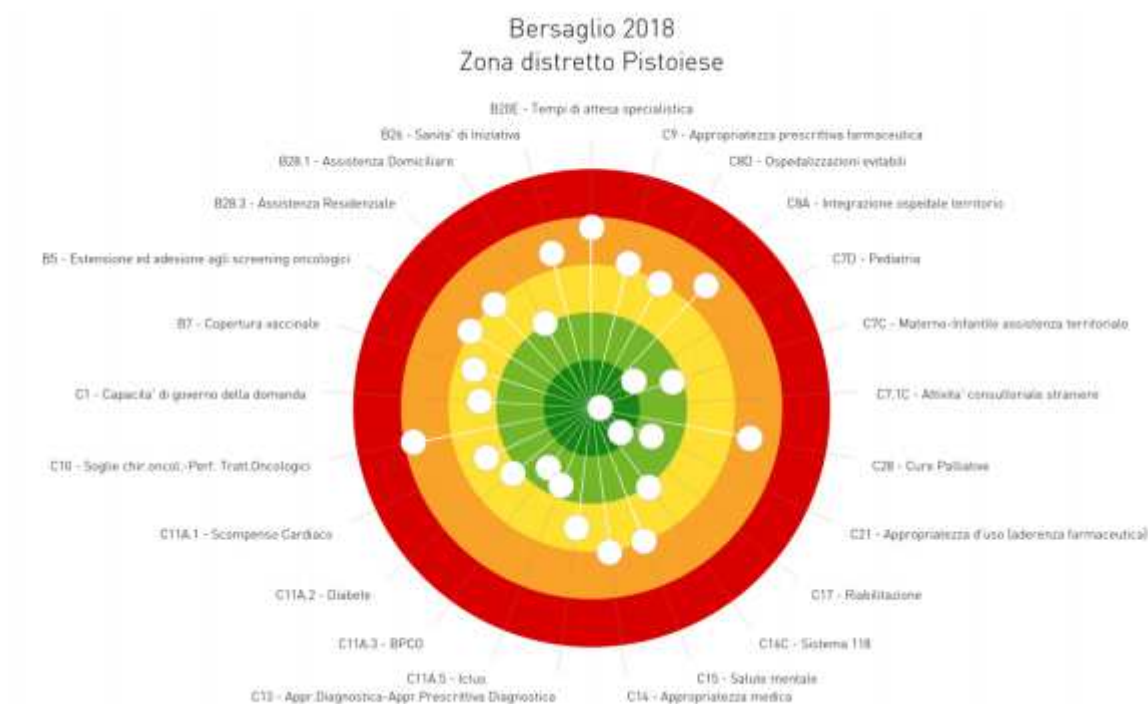
ARPAT di Pistoia riporta che nel 2017 si è avuto il superamento dello standard di riferimento delle acque superficiali per i pesticidi totali in 9 su 16 stazioni, e il superamento per singolo principio attivo come media annuale in 14 stazioni, 9 dei quali attribuiti esclusivamente al glifosate e/o al suo prodotto di degradazione, l'AMPA. La zona sud est della pianura pistoiese è area d'intensa attività floro-vivaistica ed è quella più interessata dalla presenza di fitofarmaci. In altre zone vi contribuisce significativamente anche l'uso di pesticidi nell'attività agricola.

Il monitoraggio ambientale regionale svolto da ARPAT delle acque sotterranee sulla stazione nella zona del Redolone, in località Ponte Stella a Serravalle Pistoiese (PT), aveva evidenziato già in passato superamenti delle concentrazioni di soglia di contaminazione da cloruro di vinile monomero (CVM) e di 1,2-dicloroetilene (DCE). A dicembre 2018, dopo avere effettuato campionamenti di acqua da pozzi presenti nella zona di via del Redolone per stabilire se la contaminazione da CVM e DCE fosse presente anche in altri pozzi di quella zona, ARPAT ha evidenziato che la contaminazione ha interessato anche alcuni dei pozzi circostanti. Pertanto, congiuntamente con la AUSL Toscana Centro, ha continuato ad effettuare campionamenti nel corso del 2019 al fine di individuare un perimetro di delimitazione dell'estensione della contaminazione della falda. I risultati dei campionamenti hanno mostrato come la contaminazione abbia interessato prevalentemente la falda superficiale, collocata a 20-30 m dal piano di campagna; la contaminazione della falda profonda collocata tra 40 e 70 m dal piano di campagna al momento secondo ARPAT potrebbe essere attribuibile all'effetto di miscelazione delle due falde prodotto da alcuni dei pozzi presenti nella zona. I Comuni di Pistoia e Serravalle Pistoiese hanno emanato un'ordinanza di divieto di utilizzo dell'acqua dei pozzi per uso domestico, salvo verifica analitica favorevole, che include l'intera area contaminata. Nuovi monitoraggi verranno effettuati da ARPAT e AUSL nei prossimi mesi per monitorare l'eventuale evoluzione del fenomeno.

A seguito della conferma di un numero eccessivo di casi di tumori dei tessuti molli e delle ossa – cluster di sarcomi – registrati dai medici di medicina generale di Cantagrillo-Casalguidi nel Comune di Serravalle Pistoiese, è in corso un'indagine epidemiologica sui casi del cluster di sarcomi, in collaborazione con i medici curanti, per la ricostruzione delle possibili esposizioni comuni nel passato, tra cui località di residenza e tipo di approvvigionamento idrico, lavori e mansioni, abitudini di vita, storia clinica personale e dei parenti stretti. Tra i diversi fattori segnalati come possibilmente associati all'insorgenza dei sarcomi figurano inquinanti ambientali come le diossine e l'esposizione a pesticidi ed erbicidi. Nell'ultimo trimestre del 2019 l'AUSL TC ha approvato il progetto triennale “Vivai e Salute”, finalizzato a valutare l'impatto ambientale e sanitario su tutta l'area pistoiese e sulla popolazione residente, causato dalla presenza dell'attività floro-vivaistica, con particolare attenzione all'uso dei pesticidi.

1.1.14 Ricorso ai servizi

Monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali e servizi territoriali



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.

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Adesione screening mammografico	73,73	72,23	73,36	55,79		87,24
Adesione screening cervice uterina	51,34	53,02	53,30	34,58		67,56
Adesione screening colorettaile	48,14	49,40	52,33	32,41		65,47
Copertura vaccino MPR	95,96	95,32	95,73	91,87		98,39
Copertura vaccino antinfluenzale	55,49	55,98	55,81	43,10		79,35
Copertura vaccino HPV	67,76	58,38	53,92	35,11		78,91
Copertura vaccino antimeningococcico	92,85	91,09	90,93	61,05		97,87
Copertura vaccino esavalente	96,67	96,78	96,97	92,39		99,46

- B5.1.2 Adesione screening mammografico
- B5.2.2 Adesione screening cervica uterina
- B5.3.2 Adesione screening colorettaile
- B7.1 Copertura vaccino MPR
- B7.2 Copertura vaccino antinfluenzale >= 65 anni
- B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)
- B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico
- B7.7 Copertura per vaccino esavalente

Lo screening mammografico è rivolto a donne di età tra i 50 e i 69 anni (tuttavia, recentemente la Regione Toscana ha deciso di allargare l'invito dai 45 ai 74 anni), quello della cervice uterina alle donne tra i 25 ed i 64 anni e lo screening colorettaile a persone di ambo i sessi in età compresa tra i 50 e i 70 anni. L'adesione misura quante persone hanno partecipato al programma di screening rispetto quelle invitate. L'obiettivo regionale è una adesione dell'80% per lo screening mammografico, del 60% per lo screening della cervice uterina e del 70% per lo screening colorettaile. La zona Pistoiese presenta valori di adesione agli screening critici sia per lo screening colorettaile che per lo screening della cervice uterina, sebbene simili ai valori medi regionali. L'adesione allo screening mammografico (73,7%), per quanto ancora piuttosto lontano dall'obiettivo regionale dell'80%, è fra i migliori rilevati in regione.

Il vaccino MPR è un vaccino combinato grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno e il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo di copertura vaccinale della popolazione target del 95% è stato raggiunto nella zona Pistoiese (96,0%). Anche per la vaccinazione esavalente a 24 mesi (che conferisce protezione contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomelite, l'epatite virale B e le infezioni da *Haemophilus influenzae* di tipo B) è stato raggiunto l'obiettivo di copertura vaccinale.

Performance in media con la situazione aziendale e regionale ma lontana rispetto all'obiettivo regionale del 75%, si rileva per la copertura del vaccino antinfluenzale negli anziani (55,5%). Il vaccino anti-influenzale viene

somministrato dal medico di famiglia o dal centro vaccinale della AUSL ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio, come ad esempio gli anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio etc. I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono tra i target di popolazione prioritari per la vaccinazione. Da segnalare che in un aggiornamento della revisione Cochrane relativa agli interventi *evidence-based* per incrementare le coperture vaccinali anti-influenza negli anziani, vengono indicati come strategie efficaci l'invio di solleciti per posta a casa, contatti telefonici personalizzati e visite dirette a casa.

La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali della AUSL di appartenenza e consiste nella somministrazione di due o tre dosi di vaccino per via intramuscolare nell'arco di sei mesi; il numero di somministrazioni da effettuare dipende dall'età: tra i nove e i 14 anni inclusi si somministrano 2 dosi a distanza di 6 mesi l'una dall'altra, a partire dai quindici anni si somministrano tre dosi al tempo 0, 1, 6 mesi. Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell'utero. L'indicatore sulla copertura vaccinale del HPV è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Per questo indicatore la zona Pistoiese presenta una situazione critica con un valore del 67,8%, sebbene si tratti del valore migliore tra quelli registrati dalle zone della AUSL Toscana Centro, e nessuna zona in regione raggiunga una performance considerata buona, cioè fra 85% e 95%.

La campagna di vaccinazione su larga scala contro il meningococco C per tutti i nuovi nati in Toscana ebbe inizio nel 2005. La copertura vaccinale a 24 mesi per questo vaccino (92,9%), per quanto critica, è migliore sia di quella media aziendale che di quella regionale.

GESTIONE DELLE PRINCIPALI PATOLOGIA CRONICHE

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Corsi AFA a bassa disabilità	1,01	2,23	2,19	1,01		4,85
Corsi AFA ad alta disabilità	2,06	3,13	2,71	0,00		8,49
Assistiti da MMG aderenti alla Sanità di Iniziativa	46,49	61,13	53,89	39,79		100,00
Ospedalizzazione scompenso (50-74 anni)	195,64	151,95	171,35	226,76		34,11
Scompensati Cardiaci con misura creatinina	69,87	66,13	66,54	56,88		75,28
Scompensati Cardiaci con misura sodio potassio	58,93	51,39	50,99	42,33		64,12
Scompensati Cardiaci con beta-bloccante	58,67	56,02	58,20	36,36		63,67
Ospedalizzazione diabete (35-74 anni)	15,75	16,10	19,73	37,35		2,14
Diabetici con misurazione Emoglobina Glicata	68,81	62,60	64,45	47,84		72,27
Diabetici con esame della Retina	36,64	34,69	34,23	17,82		46,14
Amputazioni maggiori per Diabete	15,54	25,30	23,56	52,14		3,49
Ospedalizzazione BPCO (50-74 anni)	25,97	28,14	40,26	69,38		5,03
Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	65,21	60,25	60,65	49,71		67,40

- B22.1 Corsi AFA a bassa disabilità per 1000 residenti =>65 anni
- B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni
- B26.1 Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa
- C11a.1.1 Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)
- C11a.1.2a Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina
- C11a.1.2b Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio
- C11a.1.4 Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
- C11a.2.1 Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)
- C11a.2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
- C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni
- C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)
- C11a.3.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
- C11a.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica

L'indicatore "Corsi AFA a bassa disabilità" misura la diffusione dei programmi di attività fisica per persone con "bassa disabilità" a causa di sindromi algiche da ipomobilità e/o con rischio di fratture da fragilità ossea ed osteoporosi (Delibera Regionale n° 459/2009). Nella zona Pistoiese è presente solo un corso ogni 1.000 persone residenti di età uguale o superiore a 65 anni, si tratta del valore peggiore a livello regionale. Vi sono poi 2,1

programmi di attività fisica ogni 15.000 residenti ultra-65enni per persone con “alta disabilità”, diretti alle sindromi croniche stabilizzate con limitazione della capacità motoria e disabilità stabilizzata (Delibera Regionale n° 459/2009).

La diffusione del programma di Sanità di Iniziativa tra i medici di medicina generale può produrre benefici per l'intera popolazione e non solo per i pazienti cronici. Il medico di medicina che decide di modificare il proprio approccio assistenziale da re-attivo a pro-attivo è in grado di intervenire efficacemente su tutti i livelli della piramide dei bisogni assistenziali, dalla popolazione sana o a rischio alla popolazione cronica. Con questi presupposti, l'indicatore “Assistiti da MMG aderenti alla Sanità di iniziativa” misura la percentuale di popolazione residente, di età superiore o uguale a 16 anni, assistita da Medici di Medicina Generale che hanno scelto di aderire alla Sanità di Iniziativa (ex DGR 894/2008 e 716/2009). La zona Pistoiese presenta per questo indicatore una performance critica (46,5%) rispetto sia al valore medio regionale che a quello aziendale.

Il ricovero per Scompenso Cardiaco nei pazienti tra i 50 e i 74 anni, può rappresentare un segno di mancata presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali. La zona Pistoiese per questo indicatore presenta un valore accettabile (195,6 per 100.000 residenti), sebbene più elevato rispetto alla media aziendale e regionale. Va considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni si possono verificare per i casi più gravi e complessi. Se consideriamo la misurazione della creatinina nei pazienti affetti da scompenso cardiaco nella zona Pistoiese (69,9%) come attività di monitoraggio di tale patologia, rileviamo una buona presa in carico a livello ambulatoriale dei pazienti. Buono è anche l'indicatore calcolato per lo scompenso cardiaco relativo alla misurazione di sodio e potassio (58,9%) e mentre è da migliorare quello relativo alla percentuale di residenti con scompenso cardiaco in terapia con betabloccante.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete nei residenti di 35-74 anni della zona Pistoiese (15,8 per 100.000 abitanti) suggerisce una quota significativa di diabete “scompenso”, e quindi una non ottimale presa in carico del paziente a livello ambulatoriale. Per quanto riguarda gli indicatori più propri della valutazione ambulatoriale di follow-up dei pazienti affetti da diabete la situazione è eterogenea: la misurazione dell'emoglobina glicata (68,8%) è superiore sia alla media regionale che a quella aziendale e buono (15,5 per milione) è anche l'indicatore che valuta il tasso di amputazioni maggiori per diabete, come *proxy* dell'efficacia del percorso clinico-assistenziale per la prevenzione del piede diabetico. Le visite oculistiche orientate alla diagnosi precoce della retinopatia diabetica (36,6%) non raggiungono invece livelli accettabili.

Il tasso di ospedalizzazione per Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO) nei residenti fra i 50 e 74 anni è buono per la zona Pistoiese (26,0 per 100.000 residenti).

Buona è anche la percentuale di residenti con ictus in terapia antitrombotica (65,2%), indicatore del trattamento farmacologico adeguato a livello ambulatoriale di questi pazienti.

ASSISTENZA DOMICILIARE E ASSISTENZA RESIDENZIALE AGLI ANZIANI

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Segnalazioni su popolazione anziana	124,29	98,02	117,16	57,54		148,10
Anziani in Cure Domiciliari	14,24	10,71	11,65	6,81		16,98
Accessi domiciliari di sabato domenica e festivi	12,78	10,24	10,40	7,00		14,86
75enni con accesso domic. a 2gg dal ricovero	10,92	18,01	19,42	7,00		71,05
Prese in carico con CIA >0,13	23,35	34,34	34,02	20,04		71,09
Assistiti in ADI con 2 ricoveri durante la PIC	7,53	6,24	6,71	8,56		2,52
Assistiti in ADI con accessi al PS durante la PIC	21,96	23,87	20,95	35,84		16,96
PIC resid. a 30 gg dalla segnalazione	49,27	75,39	73,08	39,34		99,53
Ammissioni in RSA entro 30 gg dalla PIC	31,58	43,65	25,26	18,73		100,00
Ammissioni in RSA per over 65	2,19	4,96	5,83	1,59		10,47
Assistiti in RSA con almeno un ricovero osp.	19,81	15,22	13,21	32,56		10,39
Assistiti in RSA con almeno un accesso al PS	15,09	18,69	16,78	38,46		12,46

- B28.4 Tasso di segnalazioni su popolazione over 65 anni
- B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione
- Percentuale accessi Domiciliari di Sabato, Domenica e giorni festivi
- B28.2.5 Percentuale di ultra 75enni dimessi da ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni
- B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari
- B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni
- B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni
- B28.3.1 Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione
- B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico
- B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA
- B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni
- B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni

Nella zona Pistoiese si registra un tasso di segnalazioni avvenute nell'anno per i residenti di età maggiore uguale a 65 anni superiore al dato medio aziendale e regionale. La percentuale di anziani in cure domiciliari (ADI) per i quali è stata effettuata una valutazione con scheda di valutazione o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) è del 14,2%, valore vicino al livello ottimale di copertura del 15% indicato dalla Regione.

Critica è la percentuale di presa in carico (PIC) avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione (49,3%); l'indicatore monitora le tempistiche di approvazione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) secondo la normativa

regionale, in base alla quale l'UVM deve concordare il PAP entro 30 giorni dalla data di segnalazione. Anche per quanto riguarda l'intensità dell'assistenza domiciliare, nella zona Pistoiese, si registra una percentuale critica (23,4%) di presa in carico con coefficiente di intensità assistenziale (CIA) superiore a 0,13. Il CIA misura l'intensità assistenziale come rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e l'intervallo in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Buoni sono invece l'indicatore relativo agli accessi domiciliari di sabato, domenica o nei giorni festivi (12,8%) e quello relativo agli accessi entro 2 giorni dalla dimissione dall'ospedale (10,9%). Quest'ultimo indicatore misura la percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni ed è, pertanto, un indicatore di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili.

Gli indicatori "percentuale di assistiti in ADI ultra-65enni con almeno 2 ricoveri ospedalieri" e "percentuale di assistiti in ADI ultra-65enni con accessi al PS" durante la presa in carico domiciliare, rappresentano un proxy della qualità dell'assistenza, in quanto una buona presa in carico domiciliare consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso al setting ospedaliero o al ricovero urgente in Pronto Soccorso. Mentre gli accessi al Pronto Soccorso sono abbastanza contenuti (22,0%), il ricovero (7,5%) è superiore al valore medio aziendale e a quello regionale.

Peggior rispetto al dato medio regionale e a quello aziendale è anche il tasso di anziani ultra-65enni ammessi in RSA sulla popolazione residente (2,2 x1.000) e, di questi, solo il 31,6% ha una ammissione in RSA entro 30 gg dalla presa in carico. Fra gli anziani ammessi in RSA il 19,8% sono stati ricoverati almeno una volta in ospedale e il 15,1% ha almeno un accesso in PS, per quest'ultimo indicatore si tratta di uno dei risultati fra i più virtuosi in regione.

RICORSO ALL'OSPEDALIZZAZIONE, AL PRONTO SOCCORSO E APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Ospedalizzazione totale	134,75	125,58	126,74	140,75		117,12
Ospedalizzazione in età pediatrica	4,06	4,89	4,60	6,17		3,97
Ricoveri patologie sensibili a cure ambulatoriali	10,16	7,74	8,73	10,35		3,79
Ospedalizzazione in specialità 56	1,10	2,10	1,97	2,92		1,10
Accessi al PS codici bianchi/azzurri senza ricovero	67,46	89,04	91,78	135,04		40,59
RMN muscolo-scheletriche anziani	22,96	15,41	14,11	23,07		7,72

- C1.1 Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso
- C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario
- C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti
- C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56
- C8B.1.1 Tasso di accesso al PS con codici triage bianco e azzurro non seguiti da ricovero, standardizzato per età e sesso per 1000 residenti
- C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (>=65 anni)

Come previsto dalla delibera della Giunta della Regione Toscana 1235 del 2012, relativa a azioni di riordino e razionalizzazione dei servizi del Sistema Sanitario Regionale, l'obiettivo regionale per il tasso di ricovero è pari a 120 ricoveri per 1.000 abitanti.

Mentre il tasso di ricovero della popolazione in età pediatrica testimonia un utilizzo appropriato dell'ospedale, si rilevano criticità nel tasso di ospedalizzazione della popolazione generale e nel tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali (10,2%), cioè quelle patologie croniche e non, che secondo le linee guida e gli standard internazionali devono essere prese in carico sul territorio: per entrambi questi indicatori si rilevano valori tra i peggiori in regione.

Il tasso di ospedalizzazione (ricoveri ordinari e DH) per recupero e riabilitazione funzionale (specialità 56) evidenzia una discreta variabilità tra le aziende, dovuta, almeno in parte alla diversa disponibilità di posti letto. Il valore raggiunto nella zona Pistoiese per questo indicatore è il migliore a livello regionale.

Il tasso d'accesso dei codici bianchi azzurri non seguiti da ricoveri individua accessi ad alta probabilità di inappropriatezza, per i quali è possibile una soluzione in altro setting assistenziale. Pertanto tale indicatore non monitora l'attività del PS, ma è un *proxy* dell'efficacia della risposta assistenziale del territorio. Nella zona Pistoiese questo indicatore è fra i più bassi in regione.

Critico è il tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche (23,0 per 1.000 residenti) eseguite su pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni, si tratta infatti di prestazioni potenzialmente inappropriate per valutare i problemi di artrosi degenerativa tipici dell'anziano: è necessario sensibilizzare maggiormente sia i prescrittori che i cittadini sull'uso appropriato delle risorse.

ASSISTENZA CONSULTORIALE E PERCORSO MATERNO-INFANTILE

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Primipare con tre presenze al CAN	30,38	52,74	49,09	6,30		76,46
Accesso al CAN per titolo di studio	0,78	0,69	0,55	0,37		0,87
Tasso IVG	5,36	6,25	6,48	7,63		4,38
Tasso IVG per straniere (PFPM)	14,28	13,45	14,22	18,14		6,21

- C7.17 Percentuale di primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita
- C7.17.1 Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio
- C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti
- C7.25 Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti

La partecipazione al Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN) rappresenta un'opportunità, soprattutto per le primipare, di rafforzamento delle proprie conoscenze sull'intero percorso nascita. L'indicatore "percentuale di primipare con almeno 3 presenze al corso di accompagnamento alla nascita" raggiunge nella zona Pistoiese un valore molto critico, (30,4%), si tratta del secondo valore peggiore in regione. I servizi, inoltre, rischiano di non raggiungere le donne che avrebbero maggior bisogno di beneficiare di tale opportunità, cioè le donne con un

minor livello di scolarizzazione. L'indicatore "accesso al CAN di primipare per titolo di studio" è calcolato come rischio relativo. Se il rischio relativo è uguale a 1 il basso titolo di studio è influente rispetto alla partecipazione al CAN; se il rischio relativo è minore di 1, le donne con titolo di studio basso hanno meno probabilità di frequentare il CAN e viceversa se il rischio è maggiore di 1. Come atteso le donne primipare con basso titolo di studio hanno una minore aderenza alla partecipazione ad almeno 3 incontri.

Risulta basso il tasso di IVG per le donne residenti (5,4 per 1.000), ma considerando le sole donne straniere il tasso è invece piuttosto elevato (14,3 per 1.000) ed è allineato al tasso medio aziendale.

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Spesa farmaceutica convenzionata	128,82	120,80	115,58	132,94		100,47
Consumo di Inibitori di Pompa Protonica	28,58	26,70	24,26	32,30		20,30
Consumo di antibiotici	18,06	19,24	17,73	23,81		15,27
Consumo di antidepressivi (SSRI)	59,23	47,60	48,23	61,99		23,01
Abbandono di pazienti in terapia antidepressivi	20,57	22,61	21,58	26,90		19,05
Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	2,35	2,28	2,20	1,33		2,80

- F10.1C Spesa farmaceutica convenzionata
- C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio
- C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio
- C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi)
- C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi
- B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (distribuzione convenzionata e diretta)

Nella zona Pistoiese, la spesa farmaceutica convenzionata è maggiore rispetto alla spesa aziendale e a quella regionale.

Gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) rappresentano una delle classi terapeutiche più prescritte in Toscana. Gli IPP hanno ampia diffusione grazie alla loro efficacia in terapie a breve termine, per i loro costi contenuti e per l'ampia disponibilità di molecole. Nonostante un incremento dell'incidenza delle malattie da reflusso gastroesofageo negli ultimi anni, non sembra essere giustificabile una così importante crescita in Toscana nella prescrizione di tali farmaci. Si può pertanto ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriatezza e fenomeni di iperprescrizione. Nella zona Pistoiese il consumo di IPP è superiore al valore medio regionale e aziendale.

Anche per quanto riguarda il consumo di antibiotici è necessario sia garantita una maggiore appropriatezza d'uso. L'impiego inappropriato di antibiotici, infatti, rappresenta un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali.

Ampi margini di inappropriatezza si riscontrano inoltre nella zona Pistoiese per quanto riguarda il consumo di antidepressivi, per il quale si rileva il secondo valore peggiore a livello regionale. Tuttavia, solo il 20,6% dei

pazienti abbandonano la terapia (meno di 3 confezioni di antidepressivi in un anno), indicatore quest'ultimo di un utilizzo potenzialmente appropriato di questi farmaci.

Infine, la zona Pistoiese presenta un consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori per il controllo del dolore in linea con il dato medio regionale.

SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Ospedalizzazione patologie psichiatriche	204,12	233,17	218,43	366,92		81,30
Ricoveri ripetuti 8 e 30 gg patologie psichiatriche	7,42	6,23	6,10	11,11		0,00
Contatto entro 7 gg con il DSM dal ricovero	28,44	50,12	42,29	25,00		82,35
Ospedalizzazione dipendenze	21,77	34,81	22,55	101,47		2,07

- C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni
- C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
- C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero
- C15A.5.8A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni

Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche nei maggiorenni è un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia. L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi. Nella zona Pistoiese, questo indicatore presenta margini di miglioramento, inoltre l'indicatore "Contatto entro 7 giorni dalla dimissione del ricovero ospedaliero con il Dipartimento Salute Mentale (DSM) degli utenti maggiorenni residenti" evidenzia una situazione critica nella tempestività della presa in carico del paziente dimesso dalla SPDC, criticità che emerge anche dall'indicatore che misura la percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche che indica una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali.

Il tasso di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni è un indicatore atto a valutare l'efficacia di accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali che possono opportunamente trattare le patologie alcol correlate, sia in termini di prevenzione che cura. In generale, si può ritenere che a valori elevati dell'indicatore sia associato il ricorso improprio alle strutture ospedaliere per le patologie alcol correlate e, quindi, una scarsa efficacia delle strutture specialistiche territoriali. In questo caso la zona Pistoiese presenta un valore inferiore al dato medio regionale, in linea con quello aziendale.

1.2 *Profilo dei servizi*

1.2.1 **Quadro degli assetti organizzativi**

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

Il territorio dell'Azienda Usl Toscana Centro è composto da **72 comuni** con 1.638.345 residenti (dato Istat al 01/01/2018), ed è suddiviso in **8 zone distretto**, in **7** delle quali è istituita la **Società della Salute**.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.1.1 La sanità territoriale

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

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

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



In particolare, con riferimento alla sanità territoriale e a parte dei servizi socio-sanitari, la Società della salute / Zona Distretto si articola nelle seguenti strutture organizzative zonali frutto dell'incrocio matriciale tra Dipartimenti e Zone Distretto.



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.

Dal Direttore del Dipartimento dipendono direttamente le otto strutture operative semplici con funzioni di coordinamento sanitario di zona. Per la Sds/ZD Pistoiese è prevista la SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi. Il responsabile della SOS è un medico di comunità di nomina aziendale che può coincidere o meno con il

Coordinatore Sanitario previsto dall'art. 64.2 comma 4 della LR 40/2005 ssmmii (coordinatore sanitario e coordinatore sociosanitario individuati dal direttore di ZD).

All'interno dell'Area Assistenza sanitaria territoriale e continuità sono incardinate le strutture organizzative relative alle cure palliative e all'attività consultoriale:

- La UFC Coordinamento aziendale Cure Palliative composta da due unità funzionali semplici di carattere zonale: “UFS Cure Palliative e Hospice Firenze” e “UFS Cure Palliative e Hospice Empoli, Prato e Pistoia”;
- La UFC Attività Consultoriali composta da due unità funzionali semplici di carattere zonale: “UFS Attività consultoriali Firenze e Empoli” e “UFS Attività consultoriali Prato e Pistoia”.

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 Asl TC).

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).

Il Dipartimento dei Servizi Sociali si articola in una struttura operativa complessa “SOC Programmazione e governo dei servizi sociali” e in tre aree, l'Area Qualità professionale a cui corrisponde la SOS Qualità professionale, l'Area Qualità delle prestazioni erogate dalle strutture a cui corrisponde la SOS Verifica qualità delle prestazioni erogate dalle strutture e l'Area Servizio Sociale Territoriale a cui corrisponde la SOS Servizio Sociale Territoriale. Quest'ultima si articola a sua volta in otto unità funzionali (UF) territoriali di valenza zonale. Per la SDS/ZD Pistoiese il responsabile della UF zonale è un assistente sociale con incarico di Posizione Organizzativa di nomina aziendale che coincide con il Coordinatore Socio-Sanitario previsto dall'art. 64.2 comma 4 della LR 40/2005 ssmmii.

Il Dipartimento Assistenza Infermieristica e ostetrica 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 infermieristico e ostetrico. Il Dipartimento si articola in due Aree, l'Area Programmazione e controllo risorse e l'Area Indirizzo, progettazione e monitoraggio a loro volte in strutture operative complesse (SOC) e semplici (SOS) di valenza zonale, sia con riferimento ai servizi infermieristici e ostetrici territoriali che ospedalieri (vedi organigramma Asl TC).

Il Dipartimento Servizi Tecnico Sanitari 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 si articola in due Aree, l'Area Gestione Operativa e l'Area Indirizzo, progettazione e monitoraggio nonché in strutture operative complesse (SOC) e semplici (SOS) di valenza zonale, sia con riferimento alla riabilitazione funzionale, che all'assistenza sanitaria, alle attività tecniche della prevenzione, alle attività diagnostiche di laboratorio e per immagini (vedi organigramma Asl TC).

Con riferimento al supporto amministrativo l'art. 64.1 della LR 40/2005 ssmmii 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*”. Tale struttura amministrativa dell'Azienda Usl Toscana Centro è incardinata nel **Dipartimento del Decentramento**. Il Dipartimento è costituito da strutture operative complesse (SOC) e strutture operative semplici (SOS) relative alle funzioni di CUP-Call Center, Urp e Tutela, Accoglienza e servizi ai cittadini, Servizi alle Zone-SdS, Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione, Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti pubblici e con soggetti privati (vedi organigramma Asl TC).

Con riferimento specifico al supporto alle Zone Distretto / Società della salute il Dipartimento prevede la specifica “SOC Servizi alle Zone – SdS” articolata in quattro SOS:

- SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Firenze
- SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Empoli
- SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Prato
- SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Pistoia

1.2.1.2 I servizi socio-sanitari e socio-assistenziali

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

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

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

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

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

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

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

1.2.2 Quadro dell'offerta

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

1.2.2.1 Cure Primarie: la Sanità Territoriale

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

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

L'assistenza primaria si configura come quell'insieme dei servizi sanitari erogati dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di famiglia (PdF), 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.

Assistenza sanitaria di base al 31/12/2019	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinevole	SdS Pistoiese	SdS EVV
--	------------	-------------	----------------	-------------	-------------	-----------------	---------------	---------

Medici di Medicina Generale	129	321	179	50	190	80	119	160
Pediatri di Famiglia	20	46	28	7	30	16	19	29
AFT	5	8	5	2	7	3	5	7
Medici di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)	22	45	28	20	19	12	27	32
Sedi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)	7	10	7	6	5	4	7	7
Sedi di Assistenza Turistica	3				1		1	

- **Sanità di iniziativa e Chronic Care Model**

Per Sanità d’iniziativa si intende un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche di tipo “proattivo” che non attende che il cittadino si rechi spontaneamente nei setting che erogano servizi sanitari (ambulatori MMG, PdF, Ospedale) ma “agisce” prima che le patologie manifestino i primi sintomi o si aggravino, assicurando un approccio che non si limita ad offrire prestazioni sanitarie ma agisce su un’ampia gamma di interventi preventivi (es. educazione alla salute, modifica degli stili di vita) differenziandoli a seconda del livello di rischio che ogni persona ha di sviluppare una determinata condizione morbosa.

La Sanità d’iniziativa costituisce, quindi, uno dei nuovi modelli assistenziali della Sanità Toscana (già dal Piano Sanitario 2008-2010), traendo ispirazione dal Chronic Care Model (CCM) ideato dal McColl Institute for Healthcare Innovation in California che si basa su sei fondamentali elementi (1. risorse della comunità, 2. Organizzazioni sanitarie; 3. Supporto all’auto-cura; organizzazione del Team; 4. Supporto alle decisioni 6. Sistema informativo) a sua volta aggiornato in Expanded CCM dove gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica come la prevenzione primaria e l’attenzione ai determinanti di salute andando quindi ad operare sulla comunità e l’intera popolazione di un determinato territorio.

La Sanità d’Iniziativa, inoltre, si caratterizza per la presenza di un team multi professionale (medici, infermieri, specialisti ecc.) in grado di integrare le proprie competenze specifiche attraverso un programma di interventi proattivi formalizzato all’interno di specifici percorsi (PDTA) utilizzando a questo scopo sistemi informatici capaci in prospettiva di indentificare le persone con una determinata patologia cronica stratificarla per livello di rischio e valutare oltre alle condizioni di salute anche l’adesione alle raccomandazioni.

	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
AFT	5	10	5	2	6	3	nd	7
MMG attivi	67	141	80	35	52	85	nd	80

- **Assistenza domiciliare**

L'assistenza domiciliare (AD) è quell'insieme di attività sanitarie o sociali o socio-sanitarie fornite alla persona al proprio domicilio.

L'AD può essere suddivisa in varie tipologie di intervento tra cui forme sociali pure (dove manca la componente sanitaria) svolto essenzialmente dai comuni in forma singola o associata (consorzi socio-sanitari tipo SdS) attraverso i propri servizi sociali o da personale informale come i familiari, il volontariato, la rete vicinale e i caregiver, e le cosiddette Cure Domiciliari che secondo i nuovi LEA costituiscono la risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti in condizione di vulnerabilità e fragilità.

Gli interventi domiciliari sociali e sanitari sono descritti al paragrafo 2.8.1 "Non Autosufficienza" essendo utilizzati principalmente da persone anziane non autosufficienti.

- **ACOT e continuità ospedale territorio**

L'Agenzia di Continuità Ospedale -Territorio (ACOT di cui alla DGRT 679/16) rappresenta lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio. Si tratta di un'équipe multiprofessionale presente in tutte le Zone Distretto / Società della Salute, composta da Medico di comunità, Infermiere, Assistente sociale e Fisioterapista, con la consulenza strutturata di specialisti Fisiatri e Geriatri.

Il principale compito delle Acot è quello di individuare le risposte e i setting più appropriati alla dimissione ospedaliera coadiuvando la funzione ospedaliera di Discharge Planning, sulla base di un protocollo valutativo dei bisogni unico a livello regionale. Promuove ed utilizza strumenti di handover standardizzati nella fase di dimissione per una comunicazione efficace a garantire sicurezza del paziente. Inoltre l'ACOT coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale, assicurando il raccordo dei Servizi coinvolti.

ACOT – attività anno 2018	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
Segnalazioni alla UVM (Progetto Non Autosufficienza)	423	498	5	26	363	113	186	481
Cure Intermedie Setting 2 / 3	1.242				638	212	592	333
Voucher Domiciliarità FSE	28	183	79	41	191	117	108	189
ADI – Assistenza Domiciliare Integrata	3.878				118	1.753	654	660

I servizi di continuità disposizione dell'ACOT vanno dalla semplice fornitura ausili assistenziali all'attivazione dei più complessi percorsi residenziali e domiciliari riabilitativi per arrivare ai percorsi residenziali per Stati Vegetativi (SUAP). A completare questo quadro di offerta ci sono i classici strumenti dell'Assistenza Domiciliare Integrata e gli inserimenti temporanei in strutture sociosanitarie (RSA), fino ad arrivare ai percorsi residenziali di Cure Intermedie (Low Care e Strutture sanitarie Intermedie).

Altri strumenti degni di essere menzionati sono la segnalazione ai referenti territoriali per i Gruppi del Programma IDEA per il supporto al self management (DGRT 545/2017) e l'attivazione di pacchetti di interventi a sostegno della domiciliarizzazione del paziente (DGRT 905/17). A questo proposito ogni Zona distretto/SdS nell'ambito della programmazione POR FSE 2014-2020, al fine di potenziare i servizi di continuità assistenziale ha attivato dei buoni servizio per sostegno alla domiciliarità rivolto agli **anziani over 65** e ai **disabili gravi**. Il progetto interviene nella fase di dimissioni ospedaliere, offrendo al paziente una pluralità di servizi (infermiere, fisioterapista, operatore sociosanitario, un ricovero in RSA per un massimo di 12 giorni) a supporto del rientro al domicilio, in attesa che venga organizzata una specifica presa in carico da parte dei servizi territoriali.

- **Cure intermedie**

Le cure intermedie sono definite come *“una gamma di servizi integrati, rivolti per lo più alle persone anziane, per supportare la dimissione tempestiva, favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato, evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e ridurre l'utilizzo della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione”*. Si tratta prevalentemente di *“servizi forniti in un arco temporale a breve termine (20 giorni massimo), erogati in un ambiente residenziale, il cui obiettivo è quello di facilitare la dimissione precoce dall'ospedale, evitando il protrarsi dei ricoveri”*.

La DGRT 909/2017 ribadisce l'attribuzione territoriale delle cure intermedie e conferma l'obiettivo di garantire cure a pazienti post-acute, ancora in situazione di malattia, non così grave da richiedere una permanenza in reparto ospedaliero, ma ancora non sufficientemente stabilizzati per tornare a casa. L'assistenza prestata nella fase delle cure intermedie ha la finalità di consolidare le condizioni fisiche, continuare il processo di recupero funzionale, accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero.

L'obiettivo è quello di garantire appropriatezza, continuità e omogeneità dell'assistenza, individuando tre tipologie di assistenza, o – come si dice nella delibera – tre setting di cure intermedie residenziali:

- **SETTING 1 - low care (alta intensità)**: strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acute alla dimissione ospedaliera (riferimenti normativi nella sezione D.6 dell'allegato A del “Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie” DPRG 79/R del 2016). Tariffa 154 euro.
- **SETTING 2 - residenzialità sanitaria intermedia (media intensità)**: strutture residenziali extra ospedaliere a bassa complessità assistenziale (riferimenti normativi nella sezione D.7 dell'allegato A del “Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie” DPRG 79/R del 2016). Tariffa 132 euro.
- **SETTING 3 - residenzialità assistenziale intermedia (bassa intensità)**: attivato nelle RSA (DGRT 909/2017; DGRT 1596/2019). Tariffa 119 euro.

Per tutte e tre le tipologie, la durata massima della degenza è di **20 giorni**. Dopodiché il paziente potrà tornare al proprio domicilio, seguito comunque dal proprio medico di famiglia o essere orientato verso altri servizi dopo una valutazione multidimensionale.

Il costo delle cure intermedie è a totale carico del SSN.

Nella tabella seguente sono riportati i dati dell'offerta di cure intermedie nelle zone come da deliberazione dell'Azienda Usl Toscana Centro n. 1786 del 19/12/2019.

Cure Intermedie al 31/12/2018	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinevole	SdS Pistoiese	SdS EVV
CI Setting 1 (sanitario) requisiti D6 - Al 01/12/2019	24	-	-	-	-	-	-	-
CI setting 2 (sanitario) requisiti D7 - Al 01/01/2019	53	36	-	-	25	-	16	-
Ci Setting 3 al 31/12/2019	-	-	-	11	-	12	14	-

• **Casa della Salute - Presidi territoriali - Piano regolatore del territorio**

La Casa della Salute 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 socio-sanitaria (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 Piano Regolatore del Territorio prevede una mappatura di presidi di I° e II° livello distribuiti nell'ASL TC in base a criteri omogenei riferiti al numero dei residenti, alla densità della popolazione, alla conformazione geografica e alla viabilità e fornisce un quadro organico delle strutture sanitarie di riferimento per ogni singola Zona Distretto. Con riferimento ai Presidi afferenti alle Cure Primarie è stata approvata la Delibera n.477 del 21/03/2019 (Approvazione del Piano Regolatore Territoriale dei Presidi afferenti al Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale e contestuale nomina dei Responsabili di Presidio Territoriale).

La situazione attuale è quella riportata nello schema allegato che fotografa la situazione 2019 ed indica la pianificazione già definita con i relativi tempi previsti per l'attuazione.

	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinevole	SdS Pistoiese	SdS EVV
Casa della Salute attive	0	2	2	0	0	5	4	11
Casa della Salute in programma	5	3	1	0	4	2	3	5
Presidi Cure Primarie	13	5	8	12	11	1	16	6

Altri Presidi	0	6	0	0	6	3	3	0
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---

- **Self Management**

Il modello Idea si basa sul Programma di Autogestione delle malattie croniche, diabete e dolore cronico della Stanford University, rivolto ai cittadini affetti da malattie croniche, diabete e dolore cronico e/o loro familiari. Si tratta di seminari facilitati da due conduttori della durata di 2 ore e mezzo che si svolgono nei setting delle associazioni del terzo settore, per sei settimane consecutive; durante gli incontri le persone acquisiscono elementi di stile di vita sano e buone abitudini

L'obiettivo è quello di potenziare le capacità/competenze necessarie per l'autogestione del proprio stato di salute, unendo le esperienze e le conoscenze dei pazienti e dei loro familiari e attivando le risorse latenti, in modo da migliorare il benessere psicofisico della persona.

L'attenzione è focalizzata sulle attività che una persona svolge quotidianamente per mantenersi in salute, imparando a gestire non solo la propria malattia ma anche l'impatto che questa ha sulla propria vita e sulle proprie emozioni. Il paziente assume così un ruolo attivo nella gestione della malattia. I risultati attesi sono sia personali, miglioramento dello stato di salute auto percepito, dell'autostima, l'incremento dell'attività fisica, ma anche una maggior collaborazione con medici e personale sanitario e migliore adesione alla terapia con riduzione delle emozioni difficili (ansia e paura).

I seminari sono gratuiti e vi possono partecipare la persona con malattia cronica e/o un suo familiare/amico o entrambi.

Progetto Idea	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
Seminari effettuati periodo 01/04/2019 – 31/	0	3	0	1	3	0	1	1

- **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.

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 moto-ria, rieducazione del linguaggio, rieducazione cardiorespiratoria, ecc.

Per l'anno 2019 i dati relativi all'attività specialistica ambulatoriale erogata dall'Azienda, quale SSN, sono rappresentati nella tabella sotto riportata.

specialistiche complessivamente erogate in ogni Zona Distretto /Società della Salute nell'anno 2019

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGATE - ANNO 2019 -				
zona	popolazione	n.prestazioni		
		<i>pubblico</i>	<i>privato</i>	Totale zona
Val di Nievole	120.343	1.506.114	21.495	1.527.609
Pistoiese	172.130	2.267.774	83.194	2.350.968
Pratese	257.716	3.477.681	70.655	3.548.336
Firenze	378.839	6.970.377	158.375	7.128.752
Fiorentina Nord-Ovest	209.302	82.674	48.953	131.627
Fiorentina Sud-Est	184.599	1.094.157	35.587	1.129.744
Mugello	63.847	609.074	13.917	622.991
Empolese - Valdarno Inferiore	241.884	2.134.032	67.019	2.201.051
Totale complessivo	1.628.660	18.141.883	499.195	18.641.078
<i>fonte: flussi SPA elaborazione del 16/01/2020</i>				

1.2.2.2 Le Cure Palliative

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

Le Cure Palliative:

- Includono la prevenzione, la diagnosi precoce, la valutazione globale e la gestione dei problemi fisici, tra cui il dolore e altri sintomi di sofferenza, disagio psicologico, sofferenza spirituale e bisogni sociali. Quando possibile, questi interventi devono essere basati sull'evidenza/prove.
- Forniscono il supporto per aiutare i pazienti a vivere più pienamente possibile fino alla morte, facilitando una comunicazione efficace, aiutando loro e le loro famiglie a determinare obiettivi di cura.
- Sono applicabili lungo tutto il decorso della malattia, in base ai bisogni del paziente.

- Vengono fornite in combinazione con terapie che intervengono sulla malattia ogniqualvolta necessario.
- Possono influenzare positivamente il decorso della malattia.
- NON INTENDONO affrettare né posporre la morte, affermano la vita e riconoscono il morire come un processo naturale.
- Forniscono il supporto alla famiglia e ai caregivers durante la malattia del paziente, e durante il loro lutto.
- Vengono somministrate nel riconoscimento e nel rispetto dei valori culturali e del credo del paziente e della famiglia.
- Sono applicabili in tutti gli ambiti di assistenza sanitaria (luogo di residenza e istituzioni) e in tutti i livelli (dal primario al terziario).
- Possono essere fornite da professionisti con formazione di base in cure palliative.
- Richiedono cure palliative specialistiche con un team multi-professionale a cui rinviare i casi complessi. IAHPC (International Association for Hospice and Palliative Care) 2018.

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 l'Agenzia per la continuità ospedale Territorio (ACOT) 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 pazienti 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 dei malati, 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 per malati acuti e della mortalità in ospedale, con un conseguente miglioramento della qualità della vita del paziente.
- **Assistenza Domiciliare – Unità di cure palliative domiciliari** - Le cure palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale livello viene erogato dalle **Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari** che garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di equipe specialistiche tra

loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

- **Gli interventi di base** garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato 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 i pazienti che si avvalgono del servizio di Cure Palliative. Costituisce un'alternativa alla casa quando questa non è, temporaneamente o definitivamente, idonea ad accogliere il malato: l'Hospice permette di proseguire le cure in un ambiente protetto, con trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore. Il ricovero in Hospice non è effettuato d'urgenza, ma è sempre programmato. La richiesta può provenire dal Medico di Medicina Generale, da una Unità di Cure Palliative o da un reparto ospedaliero.

Le cure palliative in Hospice, nell'ambito della Rete locale di Cure Palliative, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che a prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono erogate da équipe multidisciplinari e multi professionali 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.

Posti letto Hospice e Day-Hospice al 31/12/2018

HOSPICE PL al 31/12/2018	Sud Est	Firenze	Nord Ovest	Mugello	Prato	Pistoia	VDN	EVV
PL Hospice	10	11	10	0	10	2 RSA Turati	11	0
PL DH	2	1	1	0	1	0	1	0

Nel 2020 è prevista l'apertura di un nuovo hospice nel territorio della SdS di Empoli con 10 posti letto dedicati, e l'attivazione di n. 2 PL nel territorio della SdS di Pistoia, in particolare a Gavinana presso una RSA, in modo da rispondere ai pazienti residenti nella montagna pistoiese con bisogni di cure palliative. E' previsto l'avvio di uno studio di fattibilità per una soluzione analoga sul territorio del Mugello.

Prestazioni Cure palliative erogate nel 2018

2018	Sud Est	Nord Ovest	Firenze	Mugello	Prato	Pistoia	VDN	EVV
Pazienti assistiti a domicilio 2° livello	281	252	366	149	205	135	202 solo 1° livello	296
Consulenze	879	279	382	nd	725	nd	nd	542
Pazienti assistiti in Hospice ordinario	178	202	143		297	143		----
Pazienti assistiti in Day Hospice	0	2	10		49	10		----

La specifica applicazione delle cure palliative nelle ultime fasi della vita, decidendo di non usare trattamenti invasivi che prolungano la sopravvivenza, a seguito di eventi clinici o di evoluzione nell'atteggiamento del paziente di fronte al morire, anche alla luce della legge 219/2017, deve essere garantita in ogni setting assistenziale, eventualmente con la consulenza della UCP.

1.2.2.3 Materno Infantile: le Attività Consultoriali Territoriali

Il settore di programmazione "Materno Infantile" è un ambito complesso, multiprofessionale (ginecologia, ostetricia, assistenza sociale, mediazione culturale ecc.) che, seppur in un'ottica principalmente territoriale, mantiene forti collegamenti con il corrispondente ambito ospedaliero.

La struttura principale attraverso la quale le attività relative all'area materno infantile vengono erogate sul territorio sono i Consultori, orientati principalmente alla tutela della salute della donna di ogni età, e in particolare durante la gravidanza e i primi mesi di maternità, alla tutela della salute e della qualità della vita del bambino durante l'infanzia e nell'adolescenza ed allo sviluppo di scelte consapevoli e responsabili riguardo alla procreazione e alla genitorialità. Attraverso la salute della donna si tutela anche la salute della famiglia e della società: le donne rivestono infatti un ruolo di health driver (attraverso promozione di stili di vita che influenzano lo stato di salute presente e futuro) e di caregiver (attraverso l'attività di assistenza e cura di familiari fragili e malati) (sito ministero della Salute 2017).

Oltre alla tutela della salute della donna si prevede un potenziamento della rete consultoriale attraverso la riorganizzazione dei Consultori Giovani, anche mediante una redistribuzione territoriale ed un potenziamento delle attività, in modo da sviluppare le attività di informazione ed educazione alla procreazione responsabile, di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, di intercettazione e presa in carico del disagio giovanile e di avvio di un percorso di prevenzione infertilità in età adulta, anche maschile.

Il Consultorio costituisce infine un luogo centrale per l'informazione sui percorsi.

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

- **Procreazione responsabile**

Interventi regionali per l'educazione alla salute sessuale e riproduttiva e per l'accesso alla contraccezione gratuita previsti dalla DGRT 1251/2018.

- **Diagnosi prenatale**

Accesso agli screening prenatali, test combinato e offerta degli screening appropriati e del Non Invasive Prenatal Test (NIPT) Integrazione Attività Consultoriali con dipartimento Materno Infantile in attuazione della DGRT 1371/2018

- **Percorso nascita**

Preso in carico dalla consegna del libretto di gravidanza fino al primo anno di vita del bambino, attraverso le seguenti azioni: valutazione del livello di rischio e attivazione dei percorsi specifici; ambulatorio gestione clinica; corsi di accompagnamento alla nascita; percorsi di assistenza al puerperio e supporto all'accudimento del neonato e alla famiglia; consulenza sulla salute della madre e del bambino; sostegno allattamento; sostegno alla genitorialità

- **Depressione post partum**

Percorso specifico per la depressione post partum attraverso l'applicazione uno strumento di screening e la diffusione delle informazioni riguardo alla presenza del servizio dedicato

- **Gravidanza fisiologica**

Preso in carico delle gravidanze valutate a basso rischio al momento della consegna del libretto, seguite per tutto il percorso dalle ostetriche territoriali in rete con l'attività consultoriale

- **Vaccinazioni in gravidanza**

Percorso di attuazione delle linee ministeriali sulla vaccinazione in gravidanza attraverso la formazione degli operatori e la diffusione delle informazioni agli utenti

- **Percorso IVG**

Attività e prestazioni dedicate all' IVG, anche attraverso l'omogeneizzazione **tra zone** dei percorsi chirurgici e medici; Prevenzione delle IVG ripetute anche attraverso la somministrazione di contraccettivi sicuri secondo le indicazioni della DGRT 1251/2018.

- **Percorso Menopausa**

Ambulatorio specifico per la presa in carico del periodo menopausale dalla fisiologia agli aspetti patologici; Diffusione di materiale informativo;

- **Prevenzione Oncologica**

Screening oncologici della sfera femminile, anche in collaborazione con ISPRO

- **Interventi mirati per la multiculturalità**

Attività e prestazioni specifiche rivolte alle comunità straniere presenti sui territori relative a tutte le attività consultoriali (consultorio giovani, presa in carico della gravidanza, percorso IVG ecc.), indipendentemente dal profilo giuridico (con o senza permesso di soggiorno).

- **Progetto Persefone**

Ambulatorio specifico di livello aziendale a servizio di tutte le Zd/SdS dedicato a donne vulnerabili vittime di tratta e tortura

- **Ambulatori di primo livello di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)**

Istituzione di un ambulatorio di primo accesso, con ginecologo e andrologo, per la valutazione di problematiche di infertilità in prima istanza con eventuali approfondimenti / accertamenti diagnostici. Gli ambulatori sono 3 a livello aziendale (Firenze, Prato e Pistoia). L'attività viene svolta in collaborazione con l'Andrologia di Careggi.

- **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 sia che decida di tenere il bambino sia che decida di non riconoscerlo, partorendo quindi in anonimato. La legge italiana garantisce infatti il diritto per tutte le donne, comprese le donne in condizioni di clandestinità, di partorire in anonimato gratuitamente ricevendo la necessaria assistenza sanitaria per loro stesse e per il bambino.

- **Medicina Di Genere**

L'istituzione del centro di medicina di genere, con l'indicazione per tutte le aziende di organizzare una struttura dedicata a queste tematiche, risale al 2014. Nello stesso anno ogni azienda allora esistente ha deliberato individuando i vari referenti. Nel 2019 è stata prevista con delibera aziendale l'unificazione di tutti i centri delle ex ASL, mantenendo un riferimento per ogni ex azienda.

È stata svolta attività di formazione in tutte le aziende ed è nato un 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 T-H-T è inserita **la Rete del Codice Rosa** coordinata dal dirigente medico responsabile delle attività consultoriali dell'Azienda Usl Toscana Centro.

Il Codice Rosa è un percorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate. Quando è rivolto a donne che subiscono violenza di genere si parla del "Percorso per le donne che subiscono violenza" cd. Percorso Donna, mentre per le vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione è il c.d. Percorso per le vittime di crimini d'odio.

Il percorso è attivo qualunque sia la modalità di accesso al servizio sanitario, sia esso in area di emergenza-urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria e prevede precise procedure di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale, da parte di un'equipe multidisciplinare per la presa in carico delle problematiche provenienti dall'ospedale e anche per quelle che si possono presentare in cronico.

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.

	Zona Fiorentina Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS Empolese Valdarno Valdelsa
Sedi consultoriali	CONS. DI GRASSINA	CONS. PALAGI	CONS. CALENZANO	CONS. BARBERIN	CONS. MONTEMU	C.S.S. LAMPORECCHI	CONS. DI AGLIANA	CONS. LIMITE
	CONS. DI GREVE	CONS. CANOVA	CONS. ROSSINI	CONS. O MLLO	RLO	O	CONS. MONTALE	CONS. CASTELF.NO
	PRESIDIO DI IMPRUNETA	CONS. MORGAGN	ALFA	CENTRO	CONS. POGGIO A	CONS. MONSUMMANO	CENTRO	CONS. CERRETO
	CONS. TAVARNELLE	I	COLUMBUS	NTE BSL	CAIANO	T.	DONNA	CONS. CERTALDO
	CONS. INCISA	LE PIAGGE (OSTERIA)	CONS. SCANDICCI	CONS. DICOMAN	CENTRO	C.S.S. MONTECATINI	CONS. BOTTEGONE	CONS. EMPOLI
	CONS. PONTASSIEVE	CONS. D'ANNUNZ	CONS. SESTO	O	DONNA	CENTRO SOCIO	CONS. FORNACI	CONS. FUCECCHIO
	DISTR.SOCIO	CONS. D'ANNUNZ	F.NO	CONS. FIRENZUO	PRATO	SANITARIO	SANITARIO	CONS. FUCECCHIO
	SANITARIO	IO		LA	CONS. VAIANO	PESCIA	CONS. QUARRATA	CONS. MONTELUPO
	REGGELLO	CONS. CAMERATA		CONS. MARRADI			CONS. SAN MARCELLO	CONS. MONTEPERTO
	CONS. RIGNANO							CONS. LI
	S.ARNO							CONS. CASTELFRANC
	CONS. S.CASCIANO V.P.							O
	PRESIDIO DI FIGLINE							CdS LE
	VALDARNO							CAPANNE
								H DEGLI
								INFERMI
								CONS. P. EGOLA
							CONS. S. CROCE	
							CdS GAMBASSI	
							CdS VINCI	

1.2.2.4 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 dei Servizi Tecnico Sanitari (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.

Con la deliberazione n. 872 del 07/06/2019 l'Azienda Usl toscana Centro ha provveduto ad approvare un piano di intervento triennale di percorsi di riabilitazione ambulatoriale nelle Zone Distretto dell'azienda, con l'obiettivo di implementare un sistema che garantisca equità di accesso per tutti i cittadini e che individui gli standard minimi da garantire su tutto il territorio aziendale, evidenziando nel contempo i possibili ambiti di ulteriore miglioramento.

- **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 counseling (addestramento dei care giver, addestramento ausili ecc.) 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 SoS MFR della Zona di riferimento.

- **Percorsi riabilitativi territoriali semiresidenziali e residenziali**

L'inserimento in strutture semiresidenziali e residenziali, a gestione diretta dell'azienda sanitaria o in convenzione, avviene sulla base del progetto riabilitativo individuale predisposto 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 équipe multidisciplinari che hanno in carico la persona. Qualora il progetto sia redatto da specialista del privato accreditato deve essere validato dal fisiatra pubblico afferente alla SOS MFR di Zona di residenza.

- **Attività Fisica Adattata (AFA)**

Si tratta di corsi indicati per patologie a carattere cronico promossi sul territorio della Società della Salute/Zone-Distretto, 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 problema salute rilevato:

- Corsi AFA di tipo A per soggetti con sindromi dolorose e riduzione della mobilità
- Corsi AFA di tipo C per oggetti con esiti stabilizzati di tipo neuromotorio (esiti di ictus, parkinson ecc)
- Corsi AFA prevenzione cadute per soggetti con rischio o storia di cadute
- È attivo anche un percorso AFA per la Fibromialgia

Da sottolineare che la presenza e la diffusione dell'attività fisica adattata si ripercuote in modo positivo sulla domanda dei percorsi a bassa intensità riabilitativa ambulatoriali.

- **Ausili e Presidi**

Il Servizio Sanitario Nazionale eroga alle persone disabili, a quelle riconosciute invalide o in attesa di riconoscimento dell'invalidità, le protesi, le ortesi, i presidi e gli ausili utili per correggere o compensare menomazioni e disabilità funzionali causate da malattie o lesioni.

- Protesi e ortesi sono apparecchiature che permettono di sostituire parti del corpo, supplire o migliorare le funzioni compromesse (ad esempio, le protesi oculari su misura, 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. Trattandosi di un percorso sanitario ad alta valenza amministrativa, forte è l'integrazione fra Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa e Dipartimento del Decentramento. 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. Le SOS di Medicina fisica e Riabilitativa operanti nei 4 ex ambiti territoriali si rapportano con i servizi amministrativi di Zona dedicati alla assistenza protesica, come previsto dal DPCM 12/1/17.

È in completamento la Rev.1 della procedura aziendale sulla prescrizione e il collaudo di Ausili e Presidi conformi ai nuovi Lea e l'attuazione di modalità distributive omogenee su tutti i territori della Toscana centro.

- **Ausili informatizzati per disabili**

Nella Zona Pratese, Pistoiese e Fiorentina operano 3 laboratori per ausili informatici e per la comunicazione. Questi laboratori sono riferimento pluri-zonale: LAAC Firenze per le 4 zone fiorentine, LZA Prato per la Zona pratese e per la Zona Empolese e Valdarno inferiore, Laboratorio per la comunicazione e l'apprendimento Pistoia, riferimento per Pistoia e Valdinievole. Questi laboratori effettuano consulenze per la prescrizione ausili per la comunicazione e per la strutturazione di postazioni dedicate alle persone disabili in ambito lavorativo scolastico e domestico (sia hardware che software).

Forniscono supporto alla comunicazione aumentativa (CAA) in ambito scolastico e alle famiglie dei giovani disabili. Per l'adulto è importante il loro intervento nelle patologie neurodegenerative ad andamento cronico (SLA, SM, Distrofia muscolare, Miastenia, Parkinson ecc).

- **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.

In Zona valdinievole c/o il Presidio La Filanda è presente un Day service per la riabilitazione respiratoria, con progetto estendibile al s. Jacopo di Pistoia.

- **Riabilitazione extra ospedaliera semiresidenziale e residenziale**

L'inserimento nelle strutture residenziali 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 ex art. 26 L.833/78 mdc 1,4,5,8 è variamente presente nelle Zone. In ambito fiorentino opera l'unica struttura ex art. 26 L. 833/78 mdc 1 (neurologico) a gestione pubblica (Villa il Sorriso) dedicata alle mielolesioni ed alle patologie neurodegenerative (SM).

In ambito pistoiese opera per il privato accreditato Fondazione Turati mdc 1 (neurologico) e 8 (ortopedico). Le altre strutture Private accreditate ex art. 26 operano tutte nelle Zone fiorentine (Fondazione Don Gnocchi, CRI Torrigiani, Villa delle Terme, IFCA Ulivella-Glicini) mdc 1 neurologico, 4 respiratorio, 5 cardiologico e 8 ortopedico.

ANNO 2018	Zona Fiorentina Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS Empolese Valdarno Valdelsa
PRESTAZIONI PERCORSO 3 ambulatoriali e domiciliari (disabilità complessa) ASL TC e privato convenzionato	28.852	72.932	45.317	13.400	25.841	22.465	52.231	21.140
PRESTAZIONI PERCORSO 2 (disabilità segmentaria) ASL TC e privato convenzionato	24.304	43.103	22.204	3.040	45.035	10.240	20.646	23.350
VISITE FISIATRICHE	3.012	9.604	7.770	2.288	5.638	4.664	4.711	1.985

1.2.2.5 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 (>18 anni). 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 socio sanitari e operatori tecnici dell'assistenza.

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

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 del Comportamento alimentare (DCA), oltre che per i pazienti con doppia diagnosi per dipendenza da sostanze, sono attivati interventi integrati multi-professionali 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 socio sanitarie della ASL ed extra ASL, con attività di consulenza specialista e di programmazione integrata degli interventi;
- *alla rete comunitaria formale e semi-formale* quali scuole, luoghi di lavoro, cooperative sociali, associazioni di volontariato, associazioni di utenti e di familiari, con interventi di educazione sanitaria tesi a promuovere la prevenzione del disagio psichico, il superamento dello stigma e l'inserimento sociale di utenti fragili.

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 costituite con deliberazione Asl TC n. 1644 del 06/12/2019.

Le attività cliniche della Salute Mentale Adulti (ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, territoriale ed ospedaliera) vengono svolte in stretta integrazione con la SMIA, il SERD, il Pronto Soccorso, i reparti ospedalieri dell'Ospedale, i MMG, il Servizio Assistenza Sociale e con la Salute in carcere.

Gli interventi attivati sono i seguenti:

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

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, professionisti della riabilitazione, educatore professionale, OSS) svolgono attività di accoglienza e di presa in carico diagnostica e terapeutica dell'utente e di definizione e attuazione dei programmi terapeutici e riabilitativi, oltre a fornire la opportuna consulenza alle equipe multidisciplinari di valutazione e presa in carico della disabilità e dell'autismo adulti.

- **Servizi Semiresidenziali**

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

- **Servizi Residenziali**

Si tratta di Strutture che forniscono interventi riabilitativi in regime di residenzialità e che sono rivolte a 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.

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" Salute Mentale**

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

- **Servizi Domiciliari**

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

Le prestazioni di assistenza domiciliare vengono erogate in coerenza con il progetto di cura personalizzato della persona.

- **Programmi socio sanitari 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'inclusività 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 popolazione generale 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.

- **SMA in carcere**

Il Servizio Salute mentale Adulti assicura la presa in carico e la gestione dell'assistenza delle persone detenute con problemi di salute mentale attraverso la valutazione multiprofessionale (psichiatra, psicologo, infermiere, educatore, OSS, medici salute in carcere) e la predisposizione di interventi personalizzati centrati sui contesti di vita.

A completamento della descrizione dei servizi della salute mentale adulti si rileva la presenza del **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)**, il reparto 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.

1.2.2.6 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) che rappresentano il 18-22% della popolazione generale in età da 0-17 anni.

Le attività svolte riguardano interventi di prevenzione primaria, interventi diagnostici e terapeutici nell'ambito della patologia neurologica e psichiatrica, attività di riabilitazione neuromotoria, attività di counseling alle istituzioni scolastiche, attività di formazione e di ricerca e, per alcune tipologie patologiche particolari quali la patologia neuromotoria precoce, la patologia neuropsicologica e la patologia autistica, sono stati organizzati interventi e percorsi mirati.

L'approccio diagnostico e terapeutico attuato è complesso, multimodale, interessato non solo agli aspetti relativi alla disabilità presentata, ma soprattutto al bambino nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale.

Sono state attivate strutture organizzative che tengono conto della estrema variabilità clinica e sociale dell'utenza 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 (patologia neuromotoria, patologia neuropsicologica, patologia psichiatrica di elevata complessità - autismo, psicopatologia dell'adolescente DCA, ADHD - in una logica che individua livelli organizzativi periferici e moduli di approfondimento e presa in carico trasversali.

- **L'accesso ai servizi**

I presidi distrettuali della SMIA rappresentano i principali punti di accesso. In queste sedi i medici effettuano le prime visite oltre a collaborare con i pediatri, altri medici specialisti e con le altre professionalità operanti nel presidio (psicologi per l'età evolutiva, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali) per il monitoraggio di situazioni cliniche già conosciute o confermate. In alcuni casi la presa in carico viene effettuata a livello distrettuale, mentre nelle situazioni di elevata complessità è previsto l'invio ai servizi di approfondimento organizzati per tipologia patologica.

L'invio ai servizi avviene principalmente attraverso:

- o follow-up neonatologico che si svolge in collaborazione con la Pediatria, presso il reparto ospedaliero. E' rivolto ai bambini da 0 a 2 anni inviati dai pediatri del reparto per prematurità o problemi alla nascita.
- o Percorsi integrati con i pediatri di famiglia per la diagnosi precoce in attuazione della DGRT 699/2009 relativa al rapporto con i Pediatri di famiglia per l'individuazione precoce dei disturbi del neuro-sviluppo.

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

Questo livello di presa in carico prevede moduli di approfondimento, gruppi di lavoro costituiti da Neuropsichiatri Infantili, psicologi, professionisti della riabilitazione ed educatori e assistenti sociali specificamente formati nell'ambito a loro assegnato (neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, riabilitativo).

Tutti i percorsi di seguito elencati prevedono la Valutazione multidimensionale e multiprofessionale (psicologo, neuropsichiatra infantile, logopedista, neuropsicomotricista), condivisa con la famiglia, predisposizione di interventi personalizzati centrati sui contesti di vita. Per ogni fascia di età vengono definiti percorsi e azioni specifiche integrati con i percorsi educativi.

- Percorso Autismo
- Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018
- Percorso disturbi neuromotori
- Percorso disturbi del linguaggio e dell'apprendimento
- Percorso disturbo da deficit di attenzione e iperattività
- Gruppo di Lavoro sulla Psicopatologia dell'Adolescenza

- **Integrazione con le istituzioni scolastiche**

La SMIA svolge attività integrate di valutazione e consulenza 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 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 dalla 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.

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

La UF SMIA svolge un ruolo centrale nella valutazione e nella presa in carico dei minori con disabilità all'interno delle UVMD zonali (deliberazione Asl TC n. 1644 del 06/12/2019) ed è coinvolta a pieno titolo nella riorganizzazione della presa in carico delle persone con disabilità, prevista dal DLgs 66/2017 e dalla DGRT 1449/2017.

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

La SMIA svolge un ruolo centrale anche nella costituzione delle UVMT zonali, équipe multiprofessionali di natura integrata socio-sanitaria 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 (professionisti dell'area socio-sanitaria) e i componenti della famiglia.

Con riferimento ai **disturbi del comportamento alimentare** è stata costituita nel Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda Usl Toscana Centro, a cavallo fra SMA e SMIA, la "UFS Disturbi dell'alimentazione" di valenza dipartimentale, deputata all'attuazione dei percorsi di prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare. Sono stati attivati due Centri di riferimento aziendale, a Empoli e a Firenze, 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 psicoeducazione per familiari. Vengono anche organizzati incontri con i singoli familiari e gruppi riabilitativi di art therapy.

1.2.2.7 Le Dipendenze

I Servizi per le Dipendenze rispondono ai bisogni di quelle fasce di popolazione, sia giovanile che adulta, che presentano disturbi da uso di sostanze stupefacenti e psicotrope legali (alcool, 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) 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 **servizi per le dipendenze (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 socio sanitari, assistenti sociali ed altri operatori dell'area socio-sanitaria.

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

- **Percorso sostanze illegali**
- **Percorso Alcool**
- **Percorso Fumo di Tabacco**
- **Percorso Gioco d'azzardo Patologico (GAP)**
- **Nuove dipendenze**

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

- **I programmi di prevenzione**

I Ser.D. attuano programmi di prevenzione collaborando con le istituzioni pubbliche e private (scuola, cooperative sociali, volontariato, gruppi di auto-mutuo aiuto) interessate al problema.

Inoltre viene assicurata la disponibilità dei principali interventi di prevenzione e monitoraggio per malattie correlate o concomitanti, con modalità tali da garantirne il rispetto della privacy, con particolare riferimento alle seguenti attività:

- 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 socio terapeutici 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.

- **Ser.D. in carcere**

Ai sensi del D.L. 230/99 viene assicurata la presa in carico e la gestione dell'assistenza delle persone detenute tossico e alcolodipendenti. Nei Ser.D. Carcerari (Sollicciano e La Dogaia, Santa Caterina) risultano presi in carico nel 2018 n. 623 utenti.

Presa in carico Dipendenze per percorso – anno 2018

	Zona Fiorentina Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS Empolese Valdarno Valdelsa
TD	424	1.919	636	236	1.164	434	563	629
Alcool	138	703	177	126	293	167	143	304
GAP	19	213	65	13	182	47	56	87
Tabagisti	105	218	44	81	236	29	46	50
Altri	12	64	21	13	70	35	94	31
TOT	698	3.001	943	469	1.945	712	902	1.166

1.2.2.8 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 socio assistenziali (PDTAS) che coinvolgono dipartimenti aziendali, le Società della Salute / Zone Distretto e, in alcuni casi, gli enti locali (Comuni e Unioni dei Comuni).

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 / Zona Distretto. In particolare, nel contesto della Toscana Centro, sono le sette SdS Firenze, Fiorentina Nord Ovest, Mugello, Pistoiese, Pratese, Valdinievole, Empolese Valdarno Valdelsa e la Zona Distretto Fiorentina Sud Est attraverso la Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio sanitaria ex art. 70 bis l.r. 40/2005 ss.mm. ii..

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).

Non Autosufficienza

Con 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 ha 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 consenta il pieno riconoscimento dei diritti di cittadinanza e prestazioni socio-sanitarie appropriate al bisogno della persona anziana o disabile attraverso i seguenti strumenti:

- Accesso attraverso i "Punti insieme", presenti su tutto il territorio, che garantiscono accoglienza, informazione, orientamento alle diverse opportunità e tipologie di assistenza.
- 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).

L'UVM si articola in:

- a) Un nucleo di valutazione stabile costituito dalle seguenti figure professionali: Medico di Comunità della SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi di Zona di Pistoia, Assistente Sociale e Infermiere.
- b) Un team di valutazione composto da ogni altra figura professionale (Assistente Sociale, MMG, Psichiatra, Fisiatra, Neuropsichiatra Infantile, Infermiere, Terapista della Riabilitazione, etc) ritenuta necessaria

per la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato e del Progetto di Vita, e che verrà di volta in volta convocata a cura del Coordinatore in accordo con i responsabili delle rispettive SOS/SOC.

c) Un servizio di segreteria svolto da personale con profilo amministrativo, che garantisca anche il necessario raccordo con l'Ufficio Amministrativo della SdS per l'erogazione delle prestazioni oltre al monitoraggio dei relativi costi e delle liste d'attesa.

La tabella seguente riporta il volume di attività del progetto non autosufficienza nelle singole SdS/ZD, con riferimento alle richieste di valutazione da parte della UVM (segnalazione del bisogno) e le prese in carico della popolazione anziana ultra 65enne nell'anno 2018.

Assistenza alla persona anziana non autosufficiente anno 2018 – numero assistiti trattati

	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS VDN	SdS Pistoiese	SdS EVV	TOSCANA CENTRO
Totale	4.153	10.403	4.615	2.278	7.780	4.307	6.586	6.357	46.762
di cui anziani	3.718	9.606	4.227	2.008	7.053	3.719	6.207	5.840	42.389

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infview del 30/01/2020,, tab. 51.01)

Ogni Società della Salute /ZD ha approvato il proprio “Progetto per l’assistenza continua della persona non autosufficiente” in coerenza con la l.r. 66/2008, gestito a livello zonale con una forte integrazione con l’Azienda Usl Toscana Centro, anche sotto il profilo delle risorse.

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 / Zone Distretto, 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.

Uno dei temi principali oggetto di confronto è stato proprio quello relativo all’analisi dei nove “Progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” presenti sui territori della Toscana Centro, che ha evidenziato forti differenze nelle regole di accesso e di presa in carico. Al fine di individuare alcuni profili di armonizzazione, tali da garantire equità nei confronti dei cittadini della Toscana Centro, sono stati costituiti gruppi di lavoro inter-zonali e multi-professionali, coinvolgendo tutte le UVM zonali e i dipartimenti aziendali coinvolti, avviando un processo di condivisione con le Assemblee SdS, la Conferenza dei Sindaci Integrata della ZD Fiorentina Sud Est e la Conferenza Aziendale dei Sindaci.

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 “Progetto per l’assistenza continua della persona non autosufficiente” in coerenza con la l.r. 66/2008 che prevede le seguenti tipologie di servizi:

- a) area della domiciliarità;
- b) area della semiresidenzialità;

c) area della residenzialità (permanente e/o temporanea e di sollievo);

a) **Area della Domiciliarità**

Gli interventi per l'area della domiciliarità sono:

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

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

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

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

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

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

Zona pistoiese - Utenti con prestazione attiva nell'anno

Tipologia prestazione	2015	2016	2017	2018	2019
CONTRIBUTO BADANTE	271	271	306	314	294
ASSISTENZA DOM. DIRETTA	87	114	109	98	97
ASSISTENZA DOM. INDIRETTA	43	53	61	65	61

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

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

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

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

- Assistenza Domiciliare per interventi di natura sanitaria (AD solo sanitaria), dedicata a persone non autosufficienti o dimesse di recente dall'ospedale, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): riguarda le situazioni più complesse, si definisce "integrata" poiché il servizio di assistenza medica è coordinato con quello socio-assistenziale, e consiste in un insieme di servizi e interventi socio sanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione. Avviene attraverso prestazioni fornite da diversi professionisti (medici, infermieri, operatori socio sanitari (OSS), fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.).
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): prevede la presenza periodica (settimanale, quindicinale, mensile) del medico di medicina generale al domicilio dell'assistito non ambulabile.

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

Assistenza domiciliare anno 2018 – numero casi trattati per tipo di percorso

	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS VDN	SdS Pistoiese	SdS EVV	TOSCANA CENTRO
ADI n. casi	147	381	86	177	211	108	28	173	1.312
di cui anziani	107	206	76	138	186	92	26	150	982
ADP n. casi	556	891	143	208	1.763	583	222	63	4.432
di cui anziani	532	850	138	200	1.626	556	217	62	4.182
AD solo sanitaria n. casi	2.182	6.382	3.723	1.464	4.994	4.716	6.828	3.566	33.860
di cui anziani	1.883	5.784	3.443	1.292	4.444	4.040	6.205	3.223	30.319

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview del 30/01/2020 ,TAB. 51.02)

Assistenza domiciliare anno 2018 – numero prestazioni erogate sul territorio della Toscana Centro

Anno 2018	n. erogazioni	di cui anziani
ADI	31.807	23.071
ADP	80.484	75.617
AD solo sanitaria	399.882	352.578

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview del 30/01/2020 ,LEA C.7.1 – tracciato 2)

Le prestazioni di assistenza domiciliare complessivamente intese generano il flusso informativo AD RSA (RFC 115) sulla base del quale viene calcolato l'indicatore della griglia LEA "numero di casi in carico in assistenza domiciliare con data di dimissione nell'anno 2018/ totale dei casi in carico con dimissione nell'anno 2018". L'Azienda Usl Toscana Centro su questo indicatore raggiunge l'82,80%, superando il valore atteso dell'80% previsto dal Ministero, con 16.865 prese in carico domiciliari concluse nel 2018.

Il tema della registrazione delle attività domiciliari e dell'alimentazione del flusso assume un'importanza rilevante, essendo collegato alle risorse ministeriali, e necessita di un'implementazione e di un maggior raccordo con i territori per evitare la dispersione di dati relativi ad attività erogata e non registrata.

b) Area della semiresidenzialità

Il Centro Diurno per persone anziane >65 anni non autosufficienti è collocato all'interno del sistema diversificato dei servizi e interventi integrati, secondo la logica della circolarità e dell'interscambio tra le diverse tipologie di prestazioni. Esso opera a sostegno dell'azione della famiglia, in particolare per le situazioni caratterizzate da elevata intensità assistenziale per le quali sia possibile definire un programma di "cura" con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell'assistito e dei suoi familiari.

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

Zona pistoiese – Ospiti frequentanti centri diurni per anno

	2017	2018	2019
modulo base	125	134	137
modulo alzheimer	29	29	37

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

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

L'inserimento può essere:

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

Zona pistoiese – modulo base anno 2018 e 2019

	Ricoveri temporanei / sollievo		Ricovero a tempo indeterminato	
	Ospiti nell'anno	Giornate di degenza	Ospiti nell'anno	Giornate di degenza
2018	151	7.637	284	87.946
2019	148	7.578	309	87.589

- **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 o alberghiera) destinato alla Residenza scelta dallo stesso – la persona potrà ora scegliere la struttura che preferisce. 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 Durata in base al piano di assistenza.
- MODULO BASE semi- residenziale. Il “Centro Diurno” è una struttura che si propone come intervento alternativo al ricovero e come supporto ai nuclei familiari che si occupano quotidianamente della persona non autosufficiente stabilizzata.
- 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 demenza e con gravi disturbi del comportamento in fase acuta (agitazione psicomotoria, aggressività eterodiretta e insonnia). La Durata è quella prevista dal piano assistenziale individuale, 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. 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.

L'accordo regionale per la libera scelta regola i rapporti tra 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 deliberazione del Direttore Generale dell'AUSL Toscana Centro n. 1786 del 19/12/2019 "Pianificazione strategica dei posti letto di Cure Intermedie e RSA e ripartizione moduli specialistici" individua l'offerta complessiva dell'Azienda Usl Toscana Centro da raggiungere gradualmente tra il 2020 e il 2023 per poter migliorare il livello dei servizi per le persone anziane non autosufficienti.

FABBISOGNO TRIENNIO 2020-2023 Del. ASL TC 1786/2019	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
Modulo disabilità di natura motoria	6	16	6	2	12	4	10	30
Modulo disabilità di natura cognitivo comportamentale	62	136	40	13	20	10	20	56
Modulo stati vegetativi persistenti	4	20	4	0	10	3	14	4
Modulo BIA	10	80	20	10	20	10	44	15
Centro diurno base	114	140	65	22	100	40	63	106
Centro Diurno cognitivo comportamentale	15	80	15	5	16	10	14	14

Nell'anno 2018 le nuove ammissioni in RSA nel territorio dell'Azienda Usl Toscana Centro sono state n. 6.944, con un numero complessivo di giornate di degenza pari a 1.691.555.

Giornate di Assistenza in RSA erogate al 18/02/2019

	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS VDN	SdS Pistoiese	SdS EVV	TOSCANA CENTRO
Giornate assistenza in RSA	247.974	733.520	214.705	82.458	181.114	63.132	109.175	218.641	1.853.504

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview del 30/01/2020)

L'indicatore della griglia LEA “numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti” raggiunge nel 2018 il 11.59 per l'Azienda Usl Toscana Centro, superando il valore di soglia minimo ministeriale previsto del 9.8.

d) Ulteriori progettualità attivate sul territorio

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

- **Progetto Home Care Premium**

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

- **Progetto regionale gravissime disabilità**

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

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

- **Progetti Demenze/Alzheimer**

La demenza e l'Alzheimer sono una delle cause, a maggior rilevanza epidemiologica, di disabilità delle persone, prevalentemente anziane e rappresentano una grave condizione patologica, spesso associata alla presenza contemporanea di disturbi cognitivi e comportamentali con importanti implicazioni sociali.

Oltre alla rete dei servizi semiresidenziali e residenziali già attivi a livello locale la SdS Pistoiese ha 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 per le specifiche esigenze dell'individuo.

- **Voucher domiciliari FSE**

Nell'ambito dei Progetti Organizzativi Regionali di utilizzo del Fondo Sociale Europeo, finanziamento del POR FSE 2014 – 2020, Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà, la Regione Toscana ha pubblicato nel 2017 l'avviso pubblico per il "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità". A seguito di tale avviso la Società della Salute Pistoiese ha indetto una manifestazione di interesse per la predisposizione di un elenco di soggetti economici per l'erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi. L'erogazione dei voucher domiciliari è demandata alle Acot per la continuità Ospedale – Territorio, che gestiscono, oltre ai voucher, gli ingressi nei posti Letto Cure intermedie censiti nel GSS Ministeriale. Le giornate di assistenza nei posti letto delle cure intermedie confluiscono nel RFC 118.

- **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

- **POR FSE 2014 2020 ASSE B- INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA' - PROGETTO S.F.I.D.A. – Servizi Finalizzati alla Domiciliarità e Autonomia**

Il progetto S.F.I.D.A. è finalizzato ad accompagnare e sostenere la persona con limitazione dell'autonomia, con interventi mirati a favorirne la permanenza presso il proprio domicilio, attraverso il potenziamento e consolidamento dei servizi di cura e di assistenza familiare. La Società della Salute Pistoiese ha ottenuto un finanziamento di € 565.780,00 per un periodo di 18 mesi

Il progetto è strutturato in due azioni che prevedono tipologie diverse di intervento a seconda del differente grado di intensità della malattia dei soggetti presi in carico e dei bisogni emersi dall'analisi del contesto familiare.

L'erogazione delle prestazioni per entrambe le azioni avverrà attraverso l'assegnazione di un Buono servizio che finanzia l'intervento in base alle specifiche necessità del singolo destinatario e potrà essere composto da:

- per l'azione 1: interventi socio-assistenziali innovativi di tipo domiciliare professionale, extra-domiciliare, semi-residenziale e servizi di trasporto anche combinando fra loro le diverse tipologie per permettere di ottenere un intervento globale per i bisogni individuati;

- per l'azione 2: sostegno economico a fronte del costo per assistente familiare regolarmente contrattualizzato per un minimo di 26 ore il cui importo è definito in base al valore ISEE.

Disabilità

La DGRT 1449/2017 prevede la riorganizzazione del sistema dei servizi integrati per la persona con disabilità, orientata a sostenere e garantire politiche di sostegno all'inclusione, qualità e appropriatezza delle risposte. Si prevede un ridisegno complessivo della presa in carico integrata della persona con disabilità sotto molteplici aspetti (sistema di accesso e presa in carico, unità di valutazione multidisciplinare, Progetto di vita, budget di salute, Case manager, continuità del progetto nelle diverse fasi di vita, sistema informativo) e la Regione ha previsto la costituzione di gruppi di lavoro dedicati ai principali nodi di tale riorganizzazione, coinvolgendo le aziende sanitarie e le SdS/Zone Distretto.

In coerenza con le DGRT 1449/2017 e 1642/2019, e con la normativa nazionale, un ruolo centrale per la presa in carico della persona disabile viene rivestito dalle **Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD) zonale**, deputata alla valutazione ed alla predisposizione del Progetto di vita della persona disabile.

Un primo passo verso l'attuazione della DGRT 1449 è stato fatto proprio attraverso la costituzione formale in tutte le SdS/ZD delle UVMD zonali, come recepito nella deliberazione aziendale n. 1644 del 06/12/2019.

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

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

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

- il Progetto Non Autosufficienza < 65 anni
- il Progetto Vita Indipendente (regionale e ministeriale)

- il Progetto Gravissime Disabilità
- il FNA dedicato alla SLA
- Progetto HAndyamo (legge 112/2016)
- FSE Inclusione (occupabilità disabili e sma)
- l'Assistenza Domiciliare Integrata
- l'inserimento in struttura semiresidenziale o residenziale
- Integrazione scolastica: rapporto con le scuole e ee.ll.

Per i dettagli relativi alle caratteristiche dei diversi interventi in atto per la disabilità di rimanda al paragrafo 2.2.1 “Interventi a supporto delle disabilità”.

1.2.2.9 Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)

Il SEUS è un sistema che prevede la riorganizzazione dei servizi sociali pubblici, sia a livello di area vasta (Azienda Usl Toscana Centro) che di Società della Salute / Zona Distretto, per la gestione efficiente, efficace ed appropriata degli interventi di emergenza urgenza sociale anche con la costituzione, tramite la collaborazione del Terzo Settore, di un servizio sociale dedicato e specializzato per tali interventi, attivo 24 ore su 24 e 365 giorni su 365. Si può considerare a tutti gli effetti il “pronto soccorso” del servizio sociale, a favore di coloro che vengono a trovarsi in situazioni di emergenza sociale (L. 328/2000 art. 22, comma 4).

Nel 2018 cinque SdS e la Zona Distretto Sud Est, insieme all’Azienda Usl Toscana Centro, hanno sperimentato questo nuovo servizio innovativo e procedono al suo consolidamento anche grazie all’evoluzione che il SEUS ha avuto, diventando progetto regionale con la previsione di sperimentazione anche in alcune zone extra toscana centro e il suo inserimento nel PSSIR 2018-2020.

SEUS 2018	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS VDN	SdS Pistoiese	SdS EVV	Fuori zona
Numero segnalazioni	46	---	73	---	66	87	81	329	15
n. persone prese in carico	61	---	126	---	91	119	102	467	25

Si tratta di un servizio di secondo livello perché, ad oggi, è attivabile attraverso un numero verde gratuito solo da parte di determinati soggetti istituzionali, come amministrazioni comunali, servizi sociali, forze dell’ordine, pronto soccorso, e non direttamente dai cittadini.

La configurazione di livello essenziale del SEUS presuppone che il servizio sociale professionale che interviene nell’ambito dell’emergenza – urgenza sociale promuove una relazione d’aiuto con i cittadini con obiettivi e caratteristiche metodologiche specifiche e diverse dal servizio sociale ordinario: un servizio ponte che garantisca una presa in carico limitata esclusivamente alla gestione della fase acuta e/o immediatamente successiva alle dimissioni ospedaliere, per poi essere trasferita alla presa in carico dei servizi sociali territoriali. La realizzazione delle azioni di SEUS comporta inoltre una flessibilità organizzativa ed un forte ancoraggio alle reti locali dei servizi, sia pubblici che privati, in grado di valorizzare e ricomporre le risposte locali in urgenza già attive in una logica di “sistema di reti”.

1.2.2.10 Le attività socio-assistenziali

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

- Segretariato Sociale

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

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

Tale servizio, inoltre, si occupa, dove necessario, di attivare la presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale per la valutazione multidimensionale del bisogno e la progettazione individualizzata, volta a sostenere la persona nel proprio percorso di vita, attraverso la proposta di servizi/prestazioni erogate direttamente dall'amministrazione pubblica e/o gestiti in collaborazione con le realtà del privato sociale.

- accessi e prese in carico da parte del servizio sociale professionale

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

○ **Assistenza educativa familiare**

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

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

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

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

○ **Accoglienza in strutture residenziali**

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

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

○ **Affidamento familiare**

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

Permette a una famiglia, a una coppia o a un singolo di accogliere, per un tempo limitato, un minore la cui famiglia stia attraversando un periodo di difficoltà o di crisi, tale da impedirne l'accudimento, garantendo al minore il diritto a crescere in un ambiente che possa soddisfare le sue esigenze educative e affettive in grado di rispettare i suoi bisogni, in riferimento alle caratteristiche personali e familiari e alla sua specifica situazione di difficoltà.

Esistono tipologie diverse di progetti affidamento in base all'intensità del bisogno e dei tempi di accoglienza (residenziale, part time, ecc.).

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

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

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

	2017	2018
MINORI AFFIDATI	36	43

o **Incontri protetti**

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

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

	2017	2018
MINORI	49	86

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

Ha inoltre lo scopo di salvaguardare il diritto di visita e di relazione tra figli e genitori quale diritto sostenuto dall'art.9 della Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989 (...riconoscere il bisogno del bambino di vedere

salvaguardata e garantita il più possibile la sua relazione con entrambi i genitori e i legami che da essi ne derivano, salvo, ovviamente, quando ciò è contrario al suo maggiore interesse).

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

o **Centro antiviolenza AIUTODONNA**

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

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

Al percorso si potrà affiancare una consulenza legale, sociale, inserimento in casa rifugio, supporto psicologico ai figli vittime di violenza assistita, orientamento al lavoro e all’autonomia abitativa.

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

Aiutodonna collabora attivamente con le forze dell’ordine, i servizi socio-sanitari e gli altri centri antiviolenza in Toscana e in Italia.

	2017	2018
DONNE	92	99

o **Centri socio-educativi**

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

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

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

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

o **MSNA (minori stranieri non accompagnati)**

Con minore non accompagnato, o anche minore straniero non accompagnato (in sigla MSNA), si definisce un soggetto minorenne privo di cittadinanza europea, il quale non avendo provveduto ad una richiesta di asilo

politico, è presente per qualsiasi circostanza sul territorio di uno Stato, in assenza di soggetti terzi quali genitori o adulti che detengano per conto suo responsabilità legale, assistenza e rappresentanza.

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

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

- **Marginalità e immigrazione**

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

- **Centro interculturale**

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

- **Albergo Popolare**

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

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

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

- **Mensa Don Siro Butelli**

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

- **Servizi per le persone anziane**

- **Assistenza domiciliare**

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

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

- **Trasporto sociale**

E' un servizio rivolto prioritariamente a persone anziane sole non autosufficienti o con limitata autonomia.

- **Telesoccorso**

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

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

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

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

- **Servizi per la disabilità**

I servizi a sostegno delle persone con disabilità di seguito descritti rappresentano solo una parte degli interventi che vengono attivati su questo settore, in quanto la Società della Salute Pistoiese organizza e gestisce le attività laboratoriali, di socializzazione, di accoglienza in strutture semiresidenziali e residenziali.

- **Assistenza scolastica specialistica**

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

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

- **Servizi per l'abitare**

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

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

- **Bonus integrativi sul servizio idrico**

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

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

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

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

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

o **Alloggi di edilizia residenziale pubblica**

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

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

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

2 Dispositivo di Piano

2.1 Le linee strategiche pluriennali

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

Per garantire sia agli uomini sia alle donne la tutela del proprio benessere non si può prescindere dal considerare il "genere" come determinante di salute.

Il concetto di "salute e medicina di genere" nasce dall'idea che le differenze tra i sessi in termini di salute non sono legate esclusivamente alle peculiarità derivanti dalla caratterizzazione biologica dell'individuo e dalla sua funzione riproduttiva. Con il termine "genere" si intende infatti un'accezione più ampia della "differenza" che include fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali. La medicina di genere si pone pertanto come obiettivo quello di realizzare una condizione di "salute" ponendo attenzione non solo alla malattia in quanto tale, ma anche ai determinanti di salute a partire dagli stili di vita quali alcol, fumo, attività fisica, alimentazione e peso corporeo. Questi, infatti, contribuiscono a "determinare" la salute di donne e uomini e a condizionare l'incidenza di alcune malattie croniche: malattie cardiovascolari e respiratorie, tumori e diabete. Si tratta per lo più di scelte individuali, dove però il contesto socioeconomico e ambientale è fortemente limitante la libertà di scelta.

Questo approccio richiede la presenza di una sinergia fra le diverse strutture del sistema, tra gli operatori che ne fanno parte e nella comunità intera in quanto sono azioni che devono mirare anche alla responsabilizzazione dei cittadini.

E' importante quindi puntare al raggiungimento di una maggiore integrazione tra risposte sanitarie e sociali, avviando un'azione di rafforzamento dell'intervento integrato dei servizi coinvolti nei percorsi di cura e assistenza della persona e favorendo spazi d'intervento ispirati a un modello di welfare generativo. Questo significa anche promuovere un'inclusione sociale attiva, focalizzandosi sul coinvolgimento delle persone e delle comunità in modo tale che i bisogni di salute nascano e si manifestino in contesti concreti.

È necessario promuovere azioni che mettano finalmente al centro la persona e la sua famiglia nella prospettiva di garantire, all'interno di una rete territoriale integrata di servizi, interventi flessibili che sostengano gli individui in un ruolo attivo per la costruzione del percorso di vita e nel prendersi cura di sé. Un ruolo proattivo lo possono esercitare i servizi in tutti gli ambiti di intervento con la finalità di intercettare i bisogni di salute.

E' necessario l'impegno per fornire le adeguate informazioni atte a garantire un accesso consapevole e la fruizione responsabile dei servizi in modo equo e appropriato a tutti gli individui per contrastare le situazioni di vulnerabilità e marginalità.

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

In particolare, in ottemperanza a quanto deliberato dall'Assemblea dei soci della SdS Pistoiese (n. 16/2018) il consorzio porrà particolare attenzione, per quanto di sua competenza, acchè l'offerta dei servizi sanitari e sociali

risultati adeguata alle caratteristiche demografiche e sociali della popolazione della Montagna Pistoiese, utilizzando anche progetti specifici e sperimentali che sfruttino a meglio le risorse pubbliche e private esistenti sul territorio.

2.2 Gli obiettivi di salute

2.2.1 Interventi a supporto delle disabilità

La delibera 19/12/2017 n. 1449 “Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità: il progetto di vita” aderisce appieno al concetto espresso all’art. 1 della convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità che apporta una profonda modifica al concetto di persona con disabilità, definita come “persona che presenta durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la sua piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.”

Come sottolineato nella Delibera “la disabilità non è più concepita come riduzione delle capacità funzionali determinata da una malattia o menomazione, ma è la risultante di una relazione complessa tra condizioni di salute e fattori contestuali (ambientali e personali), in una interazione dinamica fra questi elementi che possono modificarsi reciprocamente (approccio bio-psico-sociale).

Ne deriva dunque che è responsabilità collettiva, della società nel suo complesso, implementare le modifiche ambientali necessarie alla piena partecipazione delle persone con disabilità in tutte le aree della vita sociale, puntando sullo sviluppo delle abilità della persona e su un contesto ambientale favorente.”

“La riorganizzazione del sistema dei servizi integrati per la persona con disabilità deve pertanto essere tesa a sostenere e garantire politiche di sostegno all’inclusione, qualità e appropriatezza delle risposte, stabilendo criteri e requisiti certi, in coerenza con un welfare solidale. Garantendo la realizzazione di una piena ed efficace partecipazione e inclusione sociale della persona con disabilità, il diritto alla definizione del profilo funzionale e alla valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione del Progetto di vita”

Il modello regionale per la programmazione conferma “il ruolo del servizio pubblico come il livello della pianificazione, ovvero come il livello strategico di governo dell’offerta (che include, sotto la regia e il controllo del servizio pubblico, tutti i soggetti erogatori)” e prevede “ il sostegno e lo sviluppo di tutte quelle forme partecipative che possono assicurare il coinvolgimento attivo dei cittadini e in particolar modo delle persone con disabilità e delle loro famiglie”

OBIETTIVO 1

Attuazione della delibera regionale (DGRT n. 1449/2017 e DGRT n. 1642/2019) a garanzia della presa in carico globale della persona con disabilità e della definizione del progetto di vita

AZIONI

- Costituzione della Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD)
- Facilitazione dell’accesso ai servizi mediante la riorganizzazione e valorizzazione dei Punti Insieme del territorio con particolare riferimento ai punti insieme del servizio sociale.

- Costituzione del Punto Unico di Accesso per il raccordo tra la fase dell'accesso e la fase della valutazione della persona con disabilità e garantire il nodo di collegamento di tutti i presidi ed i soggetti che accolgono la domanda del cittadino sia in forma diretta che indiretta.
- Presa in carico di tutti i soggetti segnalati dal PUA mediante valutazione e progettazione multidisciplinare, definizione del progetto di vita attraverso il coinvolgimento attivo della persona e dei suoi familiari, individuazione del case manager per il monitoraggio della continuità assistenziale.

MONITORAGGIO

Verifica semestrale dello stato di attuazione di tutte le fasi del processo

N. di accessi al punto insieme

N. di persone prese in carico

N. di sedute UVMD effettuate

N. di progetti di vita

OBIETTIVO 2

Implementare i modelli di presa in carico integrata dei minori con disabilità con particolare riferimento alla fase di transizione dalla minore età all'età adulta.

AZIONI

- Attuazione del Decreto Legislativo n. 66 del 13/04/2017 "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con Disabilità" mediante integrazione con l'UVMD e l'integrazione tra settore socio-sanitario e settore socio-assistenziale della SDS in relazione alle rispettive competenze e la Salute mentale Infanzia e Adolescenza. Raccordo e collaborazione con gli istituti scolastici per il monitoraggio dei progetti individualizzati nelle forme e nelle modalità previste dalla normativa.
- Ampliare le proposte di socializzazione extrascolastica presenti sul territorio diversificando le attività e favorendo l'inclusione.
- Creazione del "team di transizione" ai sensi della DGRT n. 1642/2019 per definire la responsabilità della presa in carico tra servizi nella fase di passaggio dalla minore età all'età adulta.
- Implementazione delle modalità di raccordo con l'ente gestore del servizio di assistenza domiciliare in merito all'erogazione del servizio con particolare riferimento ad interventi di "educativa domiciliare" anche in collaborazione con la SMIA

MONITORAGGIO

N. di assistenze scolastiche attivate nel periodo

N. di attività extrascolastiche avviate nel periodo

N. di incontri di verifica tra servizio sociale territoriale e operatori dell'Ente Gestore del servizio di assistenza domiciliare

OBIETTIVO 3

Favorire l'inclusione e la partecipazione sociale degli adulti con disabilità diversificando le proposte.

AZIONI

- Il team di transizione dovrà individuare i percorsi più appropriati al termine del percorso scolastico individuando insieme alla persona e alla famiglia il progetto di vita diversificando le offerte attraverso le seguenti azioni:
- raccordo diretto con il collocamento mirato dei centri per l'impiego/Comitato tecnico (L. 68). Nell'ambito del Reddito di cittadinanza si intende favorire ed implementare i percorsi di inserimento lavorativo
- Implementazione dei laboratori per adulti disabili avviati a seguito dalla co-progettazione in risposta alla mancanza di servizi ed attività con il termine del Progetto FSE CORAL. I laboratori dovranno sempre di più essere finalizzati alla valutazione della occupabilità e sviluppare le competenze diversificando le proposte come di seguito:
- laboratori destinati a giovani adulti usciti o negli ultimi anni del percorso scolastico (attività scuola/lavoro per la fascia 16-18) finalizzati a valutare e favorire l'occupabilità
- laboratori occupazionali per adulti per i quali non possono essere attivati percorsi di inserimento lavorativo.
- Verifica e monitoraggio della fase di passaggio della gestione dei centri semiresidenziali per disabili a seguito della nuova gara di appalto per Casa di Alice e Panta Rei
- Implementazione delle modalità di raccordo con l'ente gestore del servizio di assistenza domiciliare in merito all'erogazione del servizio ed al controllo dei risultati.
- Piccolo Principe: passaggio da progetto di socializzazione per persone disabili a centro diurno socio-sanitario per disabili
- Promozione di attività di socializzazione per adulti con disabilità non congenita con compromissione fisica e/o cognitiva lieve attraverso il coinvolgimento di volontariato, terzo settore e progetti già attivi e sperimentati in altre zone/SDS del territorio dell'Azienda Usl Toscana Centro.

MONITORAGGIO

N. di progetti personalizzati in cui è stato coinvolto il centro per l'impiego

N. di soggetti inseriti nei laboratori volti alla valutazione della occupabilità

N. di soggetti inseriti nei laboratori occupazionali

N. incontri di verifica tra servizi sociali e operatori del servizio di assistenza domiciliare

OBIETTIVO 4

Implementazione del "Progetto Handyamo" volto all'attivazione di servizi per le persone con disabilità grave prive di sostegno familiare di cui alla L. 112/2016 (Dopo di noi). Con particolare attenzione alla fase del "durante noi" strettamente connessa alle azioni di cui sopra.

AZIONI

- Implementazione delle attività in corso: laboratori per l'autonomia, uscite pomeridiane o serali, avvio e prosecuzione dei week end in autonomia, vacanze e soggiorni estivi.
- Interventi di supporto alla domiciliarità proponendo soluzioni alloggiative personalizzate
- Attivazione di nuovi programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e

- lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia e migliorarla gestione della vita quotidiana anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale.
- Interventi volti al superamento dei punti di debolezza evidenziati nelle relazioni delle attività: incremento della quantità di proposte di uscite mensili per utente e maggiore integrazione degli utenti residenti nel territorio della montagna pistoiese.

MONITORAGGIO

N. utenti inseriti nel progetto

Scheda semestrale di progetto

Somministrazione questionari customer satisfaction per gli utenti

OBIETTIVO 5

Implementazione dei progetti Home Care Premium Assistenza Domiciliare e Long Term Care integrandoli nelle azioni e nei progetti assistenziali per soggetti non autosufficienti predisposti dalla UVMD.

AZIONI

- Incrociare i progetti assistenziali disposti dalla UVMD con i piani assistenziali dell'HCP/LTC al fine di una maggiore razionalizzazione ed un uso equo delle risorse.

MONITORAGGIO

N. di progetti assistenziali personalizzati integrati con i piani assistenziali HCP/LTC

OBIETTIVO 6

Prosecuzione e messa a regime attraverso la presa in carico della UVMD degli interventi integrativi ed aggiuntivi di assistenza e cura per le persone con disabilità grave o gravissima finalizzati a percorsi domiciliari che prevedono l'erogazione di un contributo economico mensile per consentire alla persona con disabilità gravissima di poter assumere un assistente personale.

AZIONI

- Integrare i progetti in corso della gravissima disabilità nella predisposizione de progetti di vita definiti nell'ambito della presa in carico della UVMD

MONITORAGGIO

N. di progetti di gravissima disabilità elaborati nel periodo

OBIETTIVO 7

L'amministratore di sostegno è una figura istituita per quelle persone che, per effetto di un'infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovano nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi.

E' inteso che questo obiettivo ha valenza trasversale e non solo limitata agli utenti disabili di cui al presente capitolo. Finalità dell'azione di questo consorzio sarà l'impegno per la crescita delle competenze degli amministratori di sostegno operanti nel territorio.

AZIONI

Organizzazione del corso di formazione per amministratori di sostegno con il coinvolgimento di Tribunale di Pistoia, Azienda USL Toscana Centro (Dipartimento Servizi Sociali e Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze), INPS (Direzione Regionale della Toscana).

Istituzione, in via sperimentale, di un elenco di persone in possesso delle necessarie competenze tecniche, nonché di fondazioni operanti in ambito socio-assistenziale, socio-sanitario o sanitario e di associazioni di volontariato o di promozione sociale operanti negli stessi ambiti e iscritte ai relativi albi/elenchi previsti ai sensi della vigente normativa, che siano disponibili a svolgere la funzione di Amministratore di Sostegno ai sensi della legge 9 gennaio 2004, n. 6.

2.2.2 Nuovi modelli di integrazione per la Non Autosufficienza

Il Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale rileva il cambiamento del ruolo sociale e l'aumento delle malattie croniche per gli anziani sopra i 65 anni.

Questa è la fase della vita caratterizzata dal pensionamento e da un relativo cambio di ruolo sociale dove uomini e donne sono spesso sempre più soli ed hanno più difficoltà a trovare soddisfazione nelle relazioni con gli altri.

“L’impatto combinato di più condizioni croniche è la causa della progressiva perdita di indipendenza, dell’evoluzione verso la disabilità e dell’incremento del bisogno di supporto sociale. E’ ragionevole prevedere che la domanda di servizi sociali e sociosanitari sia destinata a crescere per l’aumento di bisogni e per loro natura complessa”.

Il Piano evidenzia come sia “necessario implementare e omogeneizzare le azioni dedicate alla non autosufficienza (L.R. 66/2008), per garantire, attraverso il sistema socio sanitario pubblico regionale, sia in termini di presa in carico che di accesso ai servizi per la persona non autosufficiente, qualità, tempestività e appropriatezza delle prestazioni riducendo liste di attesa e ricoveri impropri e ripetuti”.

La L.R. 66/2008 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza” rappresenta l’elemento cardine dell’organizzazione di un sistema di welfare in grado di migliorare qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti. Il progressivo invecchiamento della popolazione e la fragilità della rete sociale richiedono di innovare i modelli di presa in carico favorendo i percorsi domiciliari e l’integrazione tra sociale e sanitario.

A seguito della recente riforma del Servizio Sanitario della Toscana che ha condotto alla unificazione delle Asl di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli nell’Azienda Usl Toscana Centro è stato costituito un tavolo di lavoro permanente coordinato dalla Direzione dei Servizi Sociali, costituito da tutti i Direttori SDS/Zona Distretto e dai Direttori dei Dipartimenti Aziendali di volta in volta coinvolti.

Il tavolo di lavoro ha prodotto nel 2019, un “atto di indirizzo sui profili di armonizzazione dei progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente attuati nelle SDS/Zone Distretto dell’Azienda Usl Toscana Centro” adottato con Delibera della Ausl Toscana Centro n° 2 del 25 marzo 2019. La Delibera ha lo “scopo di evidenziare convergenze e divergenze tra le vigenti modalità di attuazione del progetto e di individuare spazi di armonizzazione finalizzati alla promozione di una maggiore equità per i cittadini beneficiari delle prestazioni e a migliorare la performance rispetto alla griglia LEA.”

OBIETTIVO 1

Attuazione della Delibera “Profili di armonizzazione dei progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente attuati nelle SDS/Zona Distretto dell’Azienda Usl Toscana Centro”.

AZIONI

- Revisione dei Regolamenti vigenti per l’attuazione dei profili di armonizzazione di carattere regolamentare. In particolare:
- Adozione dei nuovi criteri comuni per la gestione della lista di attesa in RSA permanente nucleo base.

- Azioni riguardanti le modalità di accesso al percorso di valutazione della non autosufficienza in particolare adozione della nuova modulistica di accesso per la segnalazione del bisogno e criteri comuni per l'acquisizione dell'attestazione ISEE che non rappresenta una barriera all'accesso al percorso e quindi non impedisce la valutazione e la predisposizione del PAP ma piuttosto comporta la rinuncia agli eventuali benefici economici o alle riduzione delle quote di compartecipazione del costo delle prestazioni previste dallo stesso PAP.
- Adozione di criteri comuni per la valutazione delle situazioni di urgenza.
- Adozione di criteri comuni per la rivalutazione dei PAP prima della loro scadenza e modalità uniformi per la comunicazione all'utente della decadenza del PAP.
- Adozione del principio dell'accomodamento ragionevole in fase di condivisione di PAP.
- Attuazione dei profili di armonizzazione di carattere tecnico e organizzativo:
- Adesione alle nuove linee guida delle schede di valutazione sociali ed infermieristiche.
- Partecipazione diffusa del personale al percorso di formazione comune (Punti Insieme e personale UVM).
- Costituzione di UVM con personale dedicato.
- Utilizzo della stessa versione del sistema informativo.

MONITORAGGIO

Costituzione gruppo di lavoro attuazione profili di armonizzazione. Incontri bimestrali.

Verifiche trimestrali sullo stato di attuazione della gestione della lista di attesa in RSA.

N. di valutazioni in situazioni di urgenza.

N. di progetti assistenziali personalizzati in cui è stato adottato l'accomodamento ragionevole

N. di accessi al punto insieme

N. di persone prese in carico

N. di sedute UVM effettuate

N. di progetti di vita

OBIETTIVO 2

Favorire la permanenza al proprio domicilio della persona anziana non autosufficiente mediante azioni di sostegno al care giver e favorendo l'integrazione tra sociale e sanitario.

AZIONI

- Implementazione delle modalità di raccordo con l'ente gestore del servizio di assistenza domiciliare in merito all'erogazione del servizio ed al controllo dei risultati.
- Revisione dei progetti personalizzati che prevedono l'attivazione di prestazioni economiche a favore della domiciliarità, proposti dall'UVM, finalizzata ad una razionalizzazione delle risorse e ad una maggiore garanzia di erogazione.
- Programmare l'organizzazione del lavoro di assistenti sociali ed infermieri al fine di garantire la valutazione congiunta a domicilio. Nonché individuare nuove forme di collaborazione tra assistenti sociali ed infermieri di famiglia nelle varie fasi del processo di presa in carico della persona non autosufficiente nell'ambito dell'UVM.

- Implementazione del progetto Regionale “Pronto Badante – Interventi di sostegno e integrazione nell’area dell’assistenza familiare in Toscana” sensibilizzando e formando i servizi sociali territoriali che svolgono funzioni di punto insieme.
- Aggiornamento dei progetti personalizzati che prevedono l’attivazione di prestazioni semiresidenziali proposti dall’UVM al fine di migliorare l’appropriatezza dell’intervento e a rispondere in modo efficace ai bisogni.

MONITORAGGIO

N. incontri di verifica tra Servizio Sociale Professionale ed Operatori dell’Ente Gestore del servizio di assistenza domiciliare

N. di progetti personalizzati in lista d’attesa per prestazioni economiche a supporto per la domiciliarità revisionati.

N. di visite domiciliari congiunte assistente sociale/infermiere per le valutazioni della non autosufficienza.

Verifica annuale delle collaborazioni effettuate tra servizio sociale territoriali e operatori del progetto Pronto Badante.

N. di progetti personalizzati che prevedono l’attivazione di prestazioni semiresidenziali rivalutati annualmente.

OBIETTIVO 3

Implementazione dei progetti Home Care Premium Assistenza Domiciliare e Long Term Care integrandoli nelle azioni e nei progetti assistenziali per soggetti non autosufficienti predisposti dalle UVM.

AZIONI

- Incrociare i progetti assistenziali disposti dall’UVM con i piani assistenziali dell’HCP/LTC al fine di una maggiore razionalizzazione ed un uso equo delle risorse.

MONITORAGGIO

N°. di progetti assistenziali personalizzati integrati con i piani assistenziali HCP/LTC

OBIETTIVO 4

Valorizzazione dei percorsi di cura e assistenziali nell’ambito della residenzialità.

AZIONI

- Revisione dell’attuale lista d’attesa alla luce dei nuovi criteri della delibera “Profili di armonizzazione dei progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente attuati nelle SDS/Zona Distretto dell’Azienda UsI Toscana Centro” per gli inserimenti in RSA permanente modulo base e modulo BIA.
- Analisi dei progetti assistenziali personalizzati di anziani non autosufficienti con Isogravità 1 e 2 per l’individuazione di percorsi alternativi alla RSA permanente ai sensi della Delibera dell’armonizzazione.
- Riprendere ed implementare il “Programma di valutazione della Qualità dell’assistenza nelle Residenze Sanitarie Assistenziali presenti sul territorio realizzato dalla Società della Salute Pistoiese” intrapreso nel periodo 2016 -2018 nella zona Pistoiese con lo scopo di analizzare lo stato di salute degli anziani ospiti e la qualità dell’assistenza erogata, con particolare riferimento agli aspetti legati alla cura dell’anziano. Il Programma prevedeva l’integrazione tra il Servizio Sociale ed il Servizio Infermieristico.

- Integrazione e raccordo tra il progetto “Progetto sperimentale :servizi finalizzati alla salvaguardia della salute e dell’integrità psicofisica dell’anziano fragile” dell’Unione dei Comuni della Montagna Pistoiese con il progetto “RSA e Territorio” inserito nel catalogo del “Community Building Network a Tutela della Salute”. Il progetto “RSA e Territorio”, promosso dal Dipartimento dei Servizi Sociali dell’Azienda TC, in collaborazione con la SDS Pistoiese, si inserisce nel complesso di iniziative che valorizzeranno la costruzione di un network territoriale tra tutti gli attori del territorio montano in modo da contribuire alla sinergia delle azioni programmate.

MONITORAGGIO

Verifica dei tempi di stesura della lista d’attesa con i nuovi criteri definiti nella Delibera dei profili di armonizzazione dell’UVM.

N. di PAP con isogravità 1 e 2 analizzati per progetti alternativi.

Individuazione di operatori del settore sociale e sanitario dedicati e cronoprogramma delle attività del “Programma di valutazione della Qualità dell’assistenza nelle Residenze Sanitarie Assistenziali presenti sul territorio realizzato dalla Società della Salute Pistoiese”.

2.2.3 La salute mentale

La salute mentale è un capitale della comunità e la sua cornice di riferimento è rappresentata dal rispetto del diritto alla salute e degli altri diritti democratici garantiti costituzionalmente, dell'esercizio dei diritti di cittadinanza e, in ultima analisi, dalla salvaguardia dei diritti umani.

Alla promozione della salute mentale concorrono i Servizi Sanitari e Sociali nonché le Istituzioni e i vari soggetti presenti nella comunità. In particolare è fondamentale coinvolgere gli Enti locali e le altre Istituzioni in strategie territoriali che favoriscano la difesa e la promozione della salute mentale individuale e collettiva, da tradurre in azioni di quegli enti e quelle istituzioni. In questo senso il "Patto per la salute mentale", già stipulato nel 2015 fra Azienda USL 3 di Pistoia, Provincia di Pistoia, Società della Salute di Pistoia e SdS Valdinievole con le associazioni può rappresentare un utile punto di riferimento.

D'altro canto per i servizi pubblici è strategico il coinvolgimento di utenti e familiari - nelle forme associative formali e informali - nella definizione delle finalità e degli obiettivi dei servizi di salute mentale e nella valutazione dei risultati ottenuti.

Salute Mentale Adulti

L'attività dei Servizi di Salute Mentale Adulti ha come riferimento culturale gli interventi di efficacia dimostrata e le buone pratiche nonché gli atti di programmazione della normativa nazionale e regionale (Piano Nazionale di Azioni Salute Mentale, Percorsi di cura, Linee-guida, linee di indirizzo).

I servizi di Salute Mentale Adulti hanno il compito di attuare interventi mirati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici in età adulta (>18 anni). La UFC SMA di Pistoia assicura la globalità degli interventi per la popolazione in età adulta della Zona Pistoiese per quanto concerne i disturbi psichici individuali o familiari, le patologie psichiatriche e il disagio psicosociale.

Le pratiche assistenziali sono ispirate alla visione della *recovery* e dell'*empowerment* del cittadino-utente.

Il riferimento operativo dell'attività della Unità Funzionale Complessa Salute Mentale Adulti (UFC-SMA) di Pistoia è la multi professionalità ovvero il lavoro integrato di più figure professionali quali psichiatri, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali e operatori socio sanitari e operatori tecnici dell'assistenza. Si avvale della collaborazione di altri servizi sanitari pubblici ed è in collegamento con i Medici di Medicina Generale (MMG) e di tutte le altre agenzie presenti sul territorio, coinvolte nella prevenzione e cura della salute mentale.

L'UFC SMA opera con azioni rivolte

- *alle persone con disagio psicopatologico*, per trattare la sofferenza psichica, favorire modalità funzionali 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 del Comportamento alimentare (DCA), oltre che per i pazienti con diagnosi duale (disturbo psichico e dipendenza da sostanze), sono attivati interventi integrati multi-professionali e percorsi mirati, formalizzati nel Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) e nella cornice del "budget individuale di salute";

- *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 inespresse affinché la famiglia possa diventare risorsa nel trattamento;
- *agli ambienti istituzionali* quali l'ospedale, le RSA e le altre strutture sanitarie e socio sanitarie della AUSL ed extra AUSL, con attività di consulenza specialista e di programmazione integrata degli interventi;
- *alla rete comunitaria formale e semi-formale* quali scuole, luoghi di lavoro, cooperative sociali, associazioni di volontariato, associazioni di utenti e di familiari, con interventi di educazione sanitaria tesi a promuovere la prevenzione del disagio psichico, il superamento dello stigma e l'inserimento sociale di utenti fragili.

Le attività cliniche della UFC-SMA (ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, territoriale e ospedaliera) sono svolte in stretta integrazione con tutte le strutture afferenti al Dipartimento Salute Mentale (Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, SerD), il Pronto Soccorso, i reparti ospedalieri dell'Ospedale di Pistoia, i MMG, il Servizio Assistenza Sociale e con la Salute in carcere.

Azioni progettuali.

Le azioni progettuali/ programmatiche e metodologiche della UFC-SMA sono state indirizzate a una migliore integrazione dei servizi e valorizzazione delle sinergie, per percorsi più appropriati ed efficaci in termini di promozione della salute, prevenzione e di risposta ai bisogni di cura emergenti nella popolazione. A tal fine sono indirizzate le risorse proprie della UFC-SMA e si ricercano sinergie con la rete dei servizi Istituzionali, del terzo settore e dell'associazionismo/volontariato del territorio di riferimento.

OB.1 - Promozione della prevenzione primaria e contrasto allo stigma attraverso processi di sensibilizzazione e informazione sul disagio mentale e sui servizi preposti per la cura dello stesso.

- Attività di sensibilizzazione, informazione e promozione della salute negli Istituti scolastici e agenzie del territorio, in collaborazione con le altre strutture aziendali competenti (UFSMIA, SerD, SOC Promozione della Salute, Consultorio e Centro Donna).

OB. 2 – Promozione dell'accessibilità e dell'accoglienza della domanda al Centro Salute Mentale (nuova sede in via di ristrutturazione).

- Definizione del Regolamento di funzionamento e della Carta dei Servizi

OB. 3 - Risposta terapeutica precoce e appropriata per gli esordi psicotici.

- Adozione di specifico Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) del DSMD della USL Toscana Centro
- Costruzione di percorsi territoriali dedicati alla utenza giovanile in collaborazione con le agenzie della comunità

OB. 4 – Potenziamento del lavoro in equipe multiprofessionale per i pazienti ad “alto carico”.

- Attuazione di percorsi di cura specifici per disturbi mentali gravi
- Sviluppo dell'attività di *case-management*
- Coinvolgimento attivo della persona e dei suoi familiari nella stesura del progetto di cura
- Formulazione e verifica periodica dei PTR-I multi professionali per i pazienti con bisogni complessi
- Definizione e avvio del “budget individuale di salute”

OB. 5 - Formalizzazione dei rapporti UFSMA-UFSMIA e SERD nella gestione dell'età di confine.

- Attivazione zonale del protocollo aziendale per il passaggio e la gestione condivisa dei casi.
- Creazione di gruppi operativi SMA/SMIA su tematiche specifiche.

OB. 6 – Miglioramento strutturale e assistenziale per gli interventi in ambito ospedaliero.

- Protocolli condivisi di intervento con il DEA dell'Ospedale S.Jacopo.
- Innovazioni assistenziali nel processo terapeutico in SPDC (ad es: gruppi psicoeducazionali per i ricoverati).

OB. 7 – Risposta istituzionale di sistema per i bisogni di assistenza e di salute mentale ai cittadini extracomunitari e ai migranti.

- Partecipazione a iniziative di formazione specifica sulla salute mentale dei migranti.
- Collaborazione della UFC-SMA alle progettualità attivate nel territorio della Zona e della ASL Toscana Centro (Progetto Sprint-2, Progetto FAMI, etc.)
- Collaborazione a progetti di integrazione sanitaria e sociale per i migranti degli Enti Locali e della Regione Toscana.

OB. 8 - Rapporti e collaborazione con i MMG.

- Protocolli di collaborazione per l'invio e le consulenze da parte del MMG al CSM
- Iniziative per il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni di psicofarmaci;
- Sviluppo di protocolli di trattamento nella comunità per i disturbi psichici comuni (ansia e depressione, etc.)
- Incontri programmati con le AFT dei MMG della Zona di Pistoia

OB. 9 - Definizione dei percorsi di residenzialità psichiatrica e promozione dell' "abitare supportato/abitare assistito" e del diritto alla casa per utenti UFC-SMA.

- Ridefinizione dell'offerta di residenzialità psichiatrica della UFC-SMA per livelli di assistenza appropriati (Comunità Terapeutica, Villino Desii, Gruppo appartamenti "Il Sole", appartamenti supportati di via Tomba).
- Sostegno a percorsi di autonomizzazione degli utenti inseriti in percorsi di residenzialità (gruppi di sostegno e auto-mutuo aiuto)
- Sostegno e sviluppo dell'abitare supportato in collaborazione con soggetti istituzionali e non (associazioni, volontariato etc.)

OB. 10 - Promozione dell'occupazione per le persone in carico al servizio di Salute Mentale.

- Potenziamento e sviluppo dell'area Inserimenti Socio Terapeutici della UFC-SMA.
- Sviluppo delle attività del Progetto "I piaceri della vita" per l'inclusione sociale e integrazione, anche lavorativa.
- Collaborazione con l'Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego (ARTI) per la ricerca e l'individuazione, di lavoro, formazione, stage.

OB. 11 – Potenziamento dei progetti di inserimento e integrazione sociale nel contesto territoriale delle attività riabilitative.

- Iniziative riabilitative e di integrazione sociale nel territorio
- Promozione di accordi di collaborazione con le associazioni e con il volontariato.
- Sviluppo della collaborazione con l'ASD "La Giostra" per le attività motorie e sportive sul territorio

OB. 12 – Promozione e sostegno alle iniziative di auto-mutuo aiuto degli utenti e familiari, all'*Empowerment* e alla partecipazione.

- Promozione e prosecuzione della transizione delle attività di gruppo della UFC-SMA in iniziative di auto-mutuo aiuto (Gruppo donne di San Marcello, gruppi psicoeducazionali, gruppi di *social skills*, etc.)
- Collaborazione con le associazioni di utenti e familiari in iniziative di valutazione dei servizi di salute mentale
- Istituzione della Consulta Zonale di Salute Mentale nell'ambito della Consulta Aziendale di Salute Mentale
- Partecipazione alle Conferenze dei servizi territoriali di Zona
- Iniziative sull'Amministrazione di Sostegno e risorse della comunità

OB. 13 - Tutela della Salute Mentale dei pazienti della ZD Pistoiese detenuti o sottoposti a misura di sicurezza e della popolazione detenuta presso la locale CC.

- Attuazione del Protocollo di Intesa con il Tribunale di Sorveglianza e con la Corte d'Appello di Firenze
- Collaborazione con la SOC Riabilitazione degli Autori di Reato per la popolazione detenuta nella CC di Pistoia.

Risorse/budget

Le risorse per la realizzazione delle azioni progettuali, oltre alle attuali risorse umane ed economiche della UFC-SMA, possono prevedere:

- a. assegnazione di risorse aggiuntive per progetti innovativi;
- b. eventi formativi del Piano Aziendale Annuale di Formazione e con fondi finalizzati (Fondo FAMI per IPS);
- c. interventi di ristrutturazione e riammodernamento per le strutture assistenziali della UFC-SMA (CSM in via Armeni, Comunità Terapeutica in via Fonda, Villino Desii e Villino Perseo) come da piano degli investimenti della AUSL Toscana Centro;
- d. rinnovo degli appalti per la gestione delle strutture semi-residenziali e residenziali;
- e. collaborazione con l'Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego (ARTI);
- f. convenzioni per il proseguimento dei progetti in essere e collaborazioni con la Cooperative Sociali di tipo B;
- g. accordi/convenzioni/coprogettazione con associazioni/volontariato per attività nel contesto della comunità e lavoro di rete con agenzie esterne del contesto territoriale;
- h. progetti per la Leva Civile;
- i. accordi con Enti Locali e altre Istituzioni Pubbliche (percorsi per autori di reato, percorsi dedicati ai giovani, housing sociale e abitare supportato, attività sportive, attività teatrali, etc.)

Verifica dei risultati

Gli obiettivi saranno oggetto di una verifica annuale partecipata con il coinvolgimento delle Associazioni e del Comitato di Partecipazione zonale. Per ogni anno di vigenza del presente PIS saranno definiti gli obiettivi da raggiungere, le azioni da attuare e i relativi indicatori di risultato.

Salute Mentale Infanzia e Adolescenza.

L'Unità Funzionale Semplice Salute Mentale Infanzia ed Adolescenza (UFS-SMIA) di Pistoia ha il compito di rispondere ai bisogni della popolazione 0-18 del territorio compreso nella ZD Pistoiese, che presentano disturbi del neurosviluppo, disturbi psicopatologici, disabilità intellettive e disturbi neuromotori; i percorsi diagnostici, abilitativi e terapeutici sono multidimensionali e multiprofessionali, con un fondamentale apporto delle competenze delle professioni riabilitative, nel rispetto dei PDTA aziendali e delle linee d'indirizzo regionali, e in sinergia con le altre UF dell'Area Salute Mentale Infanzia e Adolescenza. L'attività dell'UFSMIA si colloca nella rete dei servizi territoriali, integrandosi con le Cure Primarie, i Servizi Sociali, l'UFSMA e il SERD. Gli interventi dell'UFSMIA sono improntati al modello della cura centrata sulla famiglia. Di fondamentale importanza è la relazione con la rete delle istituzioni scolastiche e con l'UST del MIUR. L'UF si avvale di risorse proprie e delle attività di strutture private convenzionate (in particolare Fondazione MAiC e Fondazione Raggio Verde) che nella realtà pistoiese rappresentano una componente fondamentale dell'offerta di servizi, in particolare per la riabilitazione.

Azioni per il PIS

Obiettivo 1:

Facilitare l'accesso - l'obiettivo più importante è rendere rapido e semplice l'accesso al Servizio, come prima condizione di equità; l'obiettivo è quello di arricchire l'offerta in modo da portare sotto i dieci giorni i tempi di attesa sia per i medici che per gli psicologi; in questo obiettivo rientrano anche i percorsi facilitati per la prenotazione da parte dei medici dell'UFSMA in seguito ad accessi al PS che non richiedono ospedalizzazione e da parte dei pediatri della SOC di Pediatria dell'ospedale;

Obiettivo 2:

Integrazione con i Pediatri di Famiglia e i MMG: saranno promossi incontri trimestrali con i Pediatri, in modo da migliorare la comunicazione e facilitare la condivisione di responsabilità nella presa in carico;

Obiettivo 3:

Promozione dell'empowerment dei familiari e istituzione di un tavolo permanente di confronto con le associazioni per la valutazione della qualità delle cure e la condivisione delle misure di esito; quest'obiettivo si attuerà inizialmente con l'associazione dei familiari di utenti con autismo e con l'associazione di utenti con trisomia 21. Verrà coinvolto il Comitato di Partecipazione della Società della Salute Pistoiese per avviare aperture ad altre associazioni che lavorano in questo settore attraverso la partecipazione alla consulta della Salute Mentale di livello Zonale.

Obiettivo 4:

Migliorare la documentazione: in questo obiettivo rientra l'adozione immediata di Argos in sostituzione di Infoclin in attesa della nuova cartella regionale; Questo permetterà una sostanziale dematerializzazione della documentazione clinica e una corretta tenuta della documentazione e per una valutazione dei processi e degli esiti;

Obiettivo 5:

Attivazione di risorse residenziali: attualmente sono 12 i minori di Pistoia in strutture residenziali fuori regione o fuori AVC; è stata conclusa una evidenza per una struttura a media intensità da 10 posti che tra brevissimo sarà aperta e consentirà di riportare in un contesto urbano gli utenti; è prevista inoltre l'apertura di una struttura a bassa intensità per il prossimo autunno;

Obiettivo 6:

Integrazione con UFSMA e SERD per una più soddisfacente gestione della transizione, non tanto come insieme di procedure ma come co-progettazione del percorso di cura in collaborazione con gli utenti e le famiglie, dando un contributo originale della realtà pistoiese al protocollo aziendale in corso di redazione.

Obiettivo 7:

Potenziare la cultura dell'UFSMIA rispetto alle problematiche legate alla migrazione, sia per i minori rifugiati che per le migrazioni familiari, che comportano difficoltà di adattamento e rischi per minori che subiscono spesso molteplici separazioni.

Obiettivo 8:

Sviluppare, in collaborazione con le Associazioni dei Familiari, con i Servizi Sociali e l'UFSMA, la cultura del Progetto Individuale prevista dalla DGRT 1449 del 2017 e dalla L. 328/2000.

Confronto con le associazioni pistoiesi sul progetto regionale 'Imagine' di Autismo Toscana

Obiettivo 9:

migliorare l'appropriatezza dell'accesso alle attività erogate dal privato convenzionato e integrare l'azione del privato convenzionato con gli obiettivi dell'UFSMIA.

Monitorare la qualità dei PTRI, condivisi con le famiglie

Creare un punto unico di accesso alle attività riabilitative, sia delle UFSMIA che del privato convenzionato, adottando e applicando sistematicamente i protocolli aziendali

Verificare regolarmente, con idonee misure di esito, i risultati degli interventi riabilitativi

Risorse/budget

L'UFSMIA di Pistoia conta, oltre che sulle proprie risorse umane e materiali, sull'integrazione con l'UFS SMIA Val di Nievole per tutti i percorsi complessi riguardanti i Disturbi dello spettro autistico e i disturbi neuromotori e per il governo delle risorse offerte dai soggetti privati convenzionati, e con l'UFC SMIA di Prato per il follow up dei nati pretermine sotto la 32° settimana, che afferiscono al punto nascita di Prato. Fa riferimento all'UFS

DA del DSMD per la diagnosi precoce e l'intervento intensivo iniziale per i Disturbi dell'Alimentazione, garantendone la presa in carico in fase di stabilizzazione, e al Centro di Neuroscienze e alla SOS di Psichiatria del bambino e dell'Adolescente dell'AOU Meyer per il ricovero ospedaliero specializzato.

Partecipa delle attività formative di Area, dipartimentali e interdipartimentali comprese nel PAAF e delle azioni formative regionali, oltre che dei progetti nazionali dell'ISS (NIDA, EVA e ISS NET) che investiranno nel presente anno e nei prossimi anni importanti risorse di dotazioni e personale per la diagnosi precoce, l'intervento e la presa in carico nel ciclo di vita per i Disturbi dello spettro autistico.

Assicura le attività di GRC e partecipa ai gruppi di lavoro di Area sulla psicopatologia dell'adolescente, sui Disturbi dello Spettro autistico e sui Disturbi Neuromotori.

In collaborazione con l'UFSMA, i Comuni, i Servizi Sociali e la SdS assicura i percorsi di tutela dei minori, organizzati e programmati dall'UVTM.

Partecipa alle attività dell'UVMD per la definizione dei progetti individuali ai sensi della DGRT 1449/2017 e del DGLS 96/2019

Verifica dei risultati

Gli obiettivi saranno oggetto di una verifica annuale partecipata con il coinvolgimento delle Associazioni e del Comitato di Partecipazione zonale. Per ogni anno di vigenza del presente PIS saranno definiti gli obiettivi da raggiungere, le azioni da attuare e i relativi indicatori di risultato.

Dipendenze.

Le attività istituzionali svolte dalla Unità Funzionale Complessa Dipendenze Pistoia (Ser.D.) si propongono di fornire appropriati percorsi volti a garantire una risposta globale ai bisogni di salute della popolazione affetta da Dipendenze, assicurando l'omogeneità dei percorsi assistenziali e degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, di cura e di riabilitazione.

La UFC Dipendenze Pistoia si pone come macro obiettivo, attraverso un approccio multidisciplinare, di fornire ai cittadini percorsi terapeutico-riabilitativi rispetto a:

- dipendenze da sostanze legali;
- dipendenze da sostanze illegali;
- dipendenze comportamentali.

Nell'ambito delle iniziative che si intendono promuovere in senso progettuale, si annoverano:

Obiettivi

- Potenziamento dei rapporti Ser.D.- UFCSMIA nella gestione dei casi, sempre più numerosi, che riguardano soggetti minorenni attraverso l'attuazione delle azioni previste nel protocollo aziendale, in fase di approvazione formale;
- Potenziamenti dei rapporti Ser.D.- UFCSMA per soggetti che presentano una Diagnosi Duale, attraverso l'attuazione delle azioni previste nel protocollo aziendale, in fase di approvazione formale;
- Implementazione della risposta del Servizio per le Dipendenze ai cittadini extracomunitari, considerato che negli ultimi anni si sta facendo sempre più evidente la presenza sul nostro territorio, di cittadini stranieri che presentano situazioni di dipendenza;
- Riorganizzazione delle modalità di accoglienza dei soggetti che si presentano al Servizio, in relazione all'ampliamento della sede attuale del Ser.D., che prevede nuovi locali per gli ambulatori di somministrazione farmaci e esami clinici;
- Consolidamento dei rapporti Ser.D.- Servizi Sociali dei Comuni pistoiesi (SDS) per soggetti dipendenti seguiti dai SS.
- Implementazione della risposta del Servizio ai cittadini affetti da Dipendenza da gioco d'azzardo, attraverso l'accoglienza in locali dedicati, esterni al Ser.D., da parte di una equipe multidisciplinare;
- Implementazione della risposta del Servizio per le Dipendenze ai cittadini che presentano dipendenze comportamentali quali *Internet Addiction* e *Sex Addiction*.
- Revisione delle modalità di attuazione degli Inserimenti Socio Terapeutici attraverso l'attuazione delle azioni e delle modalità previste nel protocollo aziendale, in fase di approvazione formale;
- Prosecuzione del lavoro in equipe multidisciplinare per i pazienti afferenti al Servizio.
- Prosecuzione di iniziative di prevenzione primaria rivolte a scuole, cittadini, associazioni, ecc.
- Prosecuzione ed implementazione della Tutela della Salute dei pazienti tossicodipendenti detenuti nella locale Casa Circondariale; assistenza a soggetti tossicodipendenti, residenti nel territorio di competenza della Z/D Pistoiese, sottoposti a misure alternative alla detenzione.
- Potenziamento dei rapporti con i MMG.
- Prosecuzione della partecipazione alle azioni necessarie per l'accreditamento istituzionale del Servizi per le Dipendenze.
- Potenziamento Centro Antifumo.
- Potenziamento Centro Alcolologico.
- Prosecuzione della collaborazione e del confronto attivo con le Comunità Terapeutiche del territorio pistoiese.
- Inizio attività operatori di strada per azioni di riduzione del danno e per favorire l'accesso al Servizio Dipendenze
- Valutazione fattibilità progetti in ambito di "Abitare Supportato" per utenti del Servizio Dipendenze

Azioni progettuali

Le azioni progettuali/programmatiche e metodologiche del Servizio, sono volte ad una migliore integrazione dei servizi e valorizzazione delle sinergie, per percorsi più appropriati ed efficaci in termini di prevenzione, promozione della salute e di risposta ai bisogni emergenti attivando le risorse del Servizio attraverso sinergie con la rete Istituzionale e del terzo settore del territorio di riferimento.

Le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi precedentemente elencati, possono essere realizzate attraverso:

OB.1

- Programmazione incontri periodici fra i servizi.

OB. 2

- Porre in essere azioni sinergiche previste dal protocollo aziendale SMA/SER.D. al fine di una presa in carico e di una gestione condivisa ed appropriata dei pazienti con diagnosi duale.

•

OB. 3

- Programmazione di attività formative, in riferimento anche ad analoghe esperienze portate avanti nei Servizi per le Dipendenze della USL Centro Toscana.

OB.4

- Dedicare spazi all'interno della riunione generale settimanale del Servizio, per la discussione e la condivisione di modalità adeguate di accoglienza in seguito alla acquisizione di nuovi ambulatori per la somministrazione farmaci e attività cliniche

OB. 5

- Prosecuzione degli incontri periodici con il SS, per la discussione e condivisione dei casi seguiti da entrambi i Servizi.

OB.6

- Programmazione riunioni *ad hoc* per la riorganizzazione del servizio GAP, in seguito all'acquisizione di personale dedicato.

OB.7

- Partecipazione alla programmazione di formazione *ad hoc*, in collaborazione con gli altri Ser.D. dell'Area Dipendenze del Dipartimento S.M. e D.

OB.8

- Programmazione riunioni sul tema..

OB.9

- Formulazione e verifica dei Percorsi Individuali dei soggetti afferenti al Servizio, in ottica multi professionale.

OB.10

- Prosecuzione progetti in corso, in collaborazione con Educazione alla Salute: *UNPLUGGED e PEER EDUCATION*; prosecuzione nella programmazione di incontri sul territorio su prevenzione e sensibilizzazione su stili di vita sani.

OB.11

- 1) Presa in carico/continuità terapeutica e attivazione di percorsi in condivisione con l'autorità giudiziaria competente e le *equipes* sanitarie per la promozione di progetti di reinserimento sociale in regime di detenzione alternativa e/o libertà vigilata.

- 2) Attività di consulenza specialistica presso la CC Santa Caterina di Pistoia..

OB.12

- 3) In collaborazione con l'Ordine dei Medici, mantenimento e potenziamento di una rete comunicativa tra il soggetto specialistico e la medicina generale, attraverso lo scambio tra le figure professionali di riferimento per ridurre/annullare il numero dei "persi di vista" e degli interventi in urgenza

OB.13

4) Partecipazione attiva alle riunioni e gruppi di lavoro sul tema accreditamento istituzionale, all'interno dell'Area Dipendenze del Dipartimento S.M. e D.

OB.14

- Migliorare l'appropriatezza degli interventi rivolti ai tabagisti: collocazione del Centro Antifumo in locali diversi dalla sede Ser.D., al fine di favorire l'accesso anche a quei cittadini che mostrano resistenze a frequentare il Ser.D.

OB.15

- Prosecuzione della collaborazione con AA e gruppi ACAT, anche attraverso la calendarizzazione di incontri periodici con i referenti.

OB.16

- Prosecuzione della collaborazione con le Comunità Terapeutiche della provincia di Pistoia, anche in riferimento alla progettazione di programmi specifici; incontri periodici con referenti C.E.A.R.T. (Coordinamento Enti Ausiliari Regione Toscana).

OB.17

- Programmazione incontri periodici con referenti e operatori del Progetto "Operatori di strada" per progettazione e monitoraggio degli interventi;

OB.118

- Confronto con realtà esistenti in tema "abitare supportato" e coinvolgimento enti pubblici e privati per studio di fattibilità.

Risorse/budget

Le risorse necessarie per la realizzazione delle azioni progettuali, sono costituite dalle risorse umane e multi professionali del Servizio, dalle risorse economiche da impiegare per gli inserimenti socio-terapeutici e per gli inserimenti dei soggetti tossicodipendenti, alcolisti e persone con Disturbo da Gioco d'Azzardo, in programmi terapeutici residenziali e semi-residenziali. Inoltre sono previsti finanziamenti specifici (assistenza specialistica detenuti; accordo CEART; finanziamenti per attività relative al Disturbo da Gioco d'Azzardo).

Verifica dei risultati

Gli obiettivi saranno oggetto di una verifica annuale partecipata con il coinvolgimento delle Associazioni e del Comitato di Partecipazione zonale. Per ogni anno di vigenza del presente PIS saranno definiti gli obiettivi da raggiungere, le azioni da attuare e i relativi indicatori di risultato.

2.2.4 Sviluppo di reti a sostegno di pazienti fragili con perdita delle competenze cognitive

La Demenza è una malattia caratterizzata dall'interazione fra problemi cognitivi e comportamentali e rappresenta la principale causa di disabilità nell'anziano. Da stime effettuate dall'Agenzia Regionale di Sanità sulla popolazione toscana, si rileva che la prevalenza, ossia il numero totale dei soggetti affetti da demenza, dopo i 65 anni, aumenta in maniera esponenziale all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il 28 % delle persone con 85 anni e più (dato 2017), e che la prevalenza nella popolazione femminile è quasi il doppio rispetto a quella maschile a causa della maggiore longevità delle donne, (mediamente vivono 5 anni più a lungo degli uomini), e, in piccola parte, della maggiore incidenza della malattia di Alzheimer, (50-70% di tutte le forme di demenza), nel sesso femminile.

Nel territorio di competenza della SdS Pistoiese la prevalenza della demenza negli ultrasessantacinquenni nel 2017, ossia il numero totale dei soggetti affetti, ammonta a circa 4050 persone

E' una patologia complessa, età correlata, con forti risvolti sociali, della durata media di 8/10 anni, progressiva fino alla difficoltà delle cure di fine vita; necessita di un costante tutoraggio. I disturbi del comportamento presenti nella malattia scompensano l'intero ambiente di vita della persona, impediscono o complicano le normali attività familiari e determinano una forte domanda di istituzionalizzazione. Ogni tipo di supporto, dal ricorso privato agli assistenti familiari alla domanda di ricovero in RSA, viene investito dal progressivo aumento delle demenze.

Una presa in carico precoce del malato e dei propri familiari, una forte personalizzazione e una costante revisione del piano di intervento possono consentire il contenimento del disturbo comportamentale e quindi possono favorire la permanenza del malato nel proprio ambiente, con un supporto di servizi assistenziali commisurato al suo grado di disabilità.

OBIETTIVI

Creazione di una rete integrata per le demenze

Promozione e miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi sanitari e socio-sanitari nel settore delle demenze

Aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, nonché dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza

AZIONI PROGETTUALI

Azioni OB 1

- Creazione di una rete assistenziale per le demenze che si configura come sistema in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale e un corretto approccio alla persona e alla famiglia nelle diverse fasi di malattia e nei diversi contesti di vita
- Garantire la presa in carico continuativa del malato e la sua famiglia da parte della rete dei servizi ed del terzo settore attraverso il "modello della gestione integrata"

- Condivisione ed implementazione di un percorso diagnostico– terapeutico –assistenziale che assicuri la gestione integrata
- Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria

Azioni OB 2

- Migliorare la qualità dell'assistenza attraverso una strutturazione di una rete di servizi che risponda a precisi criteri di qualità dell'offerta
- Strutturare un monitoraggio della qualità dei servizi offerti
- Favorire l'accessibilità e la fruibilità dei servizi
- Garantire l'appropriato utilizzo dei servizi socio-sanitari (generici e specifici)
- Sviluppare modalità di integrazione efficaci: tra i diversi professionisti, tra specialisti e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), tra le diverse strutture (ospedale, territorio, cure intermedie ed altro), tra i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali ed il terzo settore.

Azioni OB 3

- Attivazione di percorsi di formazione/aggiornamento rivolti a tutte le figure professionali che operano nei servizi sanitari e socio-sanitari
- Supportare le attività di sostegno nei confronti delle persone affette da Demenza ed i loro familiari sviluppando l'informazione, la sensibilizzazione e l'orientamento ai servizi presenti sul territorio.
- Favorire tutte le forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento delle famiglie e delle associazioni, sviluppando non solo l'empowerment delle persone ma anche quello della comunità attraverso:
 - realizzazione di interventi di sostegno formativo alle attività del terzo settore
 - promozione di occasioni formative in collaborazione con le associazioni dei familiari che prevedano la partecipazione di tutte le figure professionali e dei familiari / caregiver informali
 - adozione di iniziative rivolte ad altri settori della vita collettiva -scuole, vigili urbani, forze dell'ordine ed altri- in modo da sviluppare una sensibilità collettiva
 - incentivare tutte le opportunità a bassa soglia ed alta capacità di contatto per l'orientamento, il coinvolgimento ed il sostegno informale delle persone con Demenza e dei loro familiari (come ad esempio il Caffè Alzheimer, i Gruppi di Auto-Aiuto, lo Sportello Ascolto)
 - sviluppo di iniziative di prevenzione, in particolare attraverso la promozione di momenti di aggregazione e attività fisica per gli anziani

2.2.5 Interventi per la cronicità

La cronicità rappresenta il focus sul quale diventa prioritario orientare interventi mirati atti a razionalizzare le risorse destinate al trattamento dell'evento acuto e all'individuazione di percorsi a sostegno di modelli integrati nell'ottica della prossimità sul territorio.

L'indagine epidemiologica condotta dalla SDS evidenzia come la popolazione della zona Pistoiese, così come quella della AUSL Toscana Centro e quella regionale, sia sottoposta a un progressivo invecchiamento e la presenza di popolazione immigrata compensa marginalmente la regressione demografica nel territorio. Complessivamente, nel 2019, il 17% di tutti i soggetti over 64 sono hanno più di 84 anni, si tratta di oltre 7400 persone, di conseguenza è forte la domanda di assistenza per malattie croniche, disabilità e non autosufficienza.

La cronicità rappresentata prevalentemente da malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, neurovegetative e mentali orienta verso la riprogettazione di una sanità territoriale forte e ben organizzata in grado di sperimentare nuovi modelli organizzativi centrati sull'assistenza territoriale e domiciliare in linea con il concetto di "deospedalizzazione". La presa in carico del paziente cronico, l'adesione e l'aderenza ai progetti di cura vedono sempre più coinvolta la rete delle Cure Primarie attraverso l'integrazione di tutti i professionisti e di un sistema di condivisione di tutte le informazioni utilizzando l'informatizzazione dei dati sanitari, i PDTA e specifici progetti formativi a supporto del sistema.

Gli attuali modelli di presa in carico riferiti alla Sanità d'Iniziativa applicata attraverso il CCM mostra come il 60% circa della popolazione sia seguito attraverso un approccio culturale alla cronicità sia sul versante terapeutico sia su quello organizzativo e dei servizi coinvolti aumentando le competenze del cittadino affetto da patologia cronica attraverso reti multidisciplinari e multiprofessionali. La sfida quindi è rivolta verso lo sviluppo e il potenziamento di concetti chiave ovvero proattività, prossimità ed equità di accesso ai servizi.

La proattività assume un ruolo fondamentale nell'intercettare il bisogno di salute espresso o meno prima dell'insorgere della malattia, prima che essa si manifesti o si aggravi attraverso lo sviluppo di questi ambiti di intervento:

- Personalizzazione del percorso
- Proattività del piano di cura
- Presa in carico multiprofessionale
- Processo di empowerment del paziente/caregiver anche attraverso percorsi di self management
- Patto di cura tra il team ed il paziente che implica una adesione consapevole al percorso di presa in carico

A supporto di quanto in essere è indispensabile individuare strategie e mezzi per promuovere una maggiore interdisciplinarietà del team di cura finalizzata a migliorare la qualità di un approccio globale esaustivo per una presa in carico totale della persona/famiglia nell'ottica del concetto di prossimità, ovvero sempre più vicino al domicilio del paziente, attraverso l'implementazione dell'Infermieristica di Famiglia e Comunità.

Il passaggio da un modello verticale verso un modello trasversale per processi consentirà di abbattere barriere e sviluppare un approccio adattabile a famiglie e comunità oltre che al singolo individuo attraverso la valutazione

multidimensionale in continuità temporale con l'obiettivo di garantire risposte adeguate all'alta variabilità del bisogno riducendo quanto più possibile la standardizzazione.

OBIETTIVI:

- A. Garantire le prestazioni descritte nei follow up dei PDTA nei tempi stabiliti
- B. Implementare le attività di presa in carico all'interno del progetto IFC attraverso il CCM
- C. Ridurre il ricorso a visite specialistiche di secondo livello
- D. Sviluppare l'empowerment del cittadino nella gestione della salute
- E. Implementare la rete dei servizi a sostegno delle famiglie/caregiver attraverso momenti di incontro, socializzazione e formazione
- F. Sostenere la prossimità dei servizi nelle zone disagiate

AZIONI:

· Il modello assistenziale territoriale, identificato nell'Infermiere di famiglia e di comunità, in via di implementazione su tutto il territorio pistoiese garantirà la continuità nella presa in carico e l'arruolamento dei pazienti cronici; il concetto di proattività e prossimità che rappresentano alcune delle mile stones del progetto consentiranno di intercettare bisogni latenti e/o inespressi, per difficoltà di accesso ai servizi, a domicilio del paziente attraverso strategie integrate con i MMG. Di concerto è necessario organizzare in maniera progressiva le attività specialistiche dedicate ai pazienti cronici attraverso la presenza di specialisti negli ambulatori periferici sedi dei moduli del CCM sia per la valutazione iniziale dei pazienti (prime visite) sia per la corretta e tempestiva esecuzione del follow up al fine di ridurre il ricorso all'accesso alle strutture ospedaliere.

Di seguito le progettualità individuate:

- ✓ Implementare le attività di presa in carico globale all'interno del progetto IFC
- ✓ Garantire le prestazioni descritte nei follow up dei PDTA
- ✓ Implementazione delle attività specialistiche

MONITORAGGIO:

Indicatori:

- N° pazienti arruolati
- N° follow up attivati/n° pazienti arruolati

· Il sostegno alle famiglie ed ai caregiver rappresenta una priorità organizzativa ed attuativa in quanto soggetti direttamente coinvolti nella presa in carico della cronicità; attori principali nella gestione diretta delle patologie oggi maggiormente presenti nel nostro territorio sui quali è necessario pensare ed attuare azioni di sostegno attraverso momenti di incontro, socializzazione, formazione/informazione così riassunte:

✓ Caffè Alzheimer (da rinominare “Il caffè del ricordo” su specifica richiesta degli utenti) zona Pistoiese da estendere, come progettualità, sul territorio della montagna quale elemento di aggregazione sociale e sviluppo di rete a sostegno dei pazienti fragili e delle famiglie.

✓ Corsi rivolti a badanti inserite nel contesto territoriale pistoiese gestiti da infermieri esperti in tema mobilizzazione, prevenzione UDP, prevenzione malnutrizione in collaborazione con le dietiste.

MONITORAGGIO:

Indicatori:

- Attivazione del progetto Caffè Alzheimer sulla zona montagna secondo semestre 2020
- Attivazione corso badanti primo semestre 2020

2.2.6 Percorsi di continuità ospedale territorio

Presso la Zona Pistoiese è costituita l'Agenzia di continuità ospedale territorio la quale opera presso il presidio ospedaliero di San Jacopo di Pistoia

L'Agenzia di Continuità garantisce il governo dell'interfaccia Ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa

L'Agenzia è lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio e fa capo funzionalmente alla Zona-Distretto. Agisce nell'ambito dei presidi ospedalieri zionali di riferimento operando con una logica di sistema pull che, attivandosi già all'ingresso in ospedale, vede le Direzioni di Presidio e i reparti di degenza operare per la pianificazione delle dimissioni.

Promuove ed utilizza strumenti di handover standardizzati nella fase di dimissione, che permettano una comunicazione volta a garantire la sicurezza del paziente e la completezza delle informazioni necessarie alla gestione del percorso. Particolare attenzione dovrà essere data allo sviluppo degli strumenti di medication reconciliation e alla valutazione e segnalazione dei rischi legati alla sicurezza del paziente (delirium, rischio nutrizionale, rischio cadute, etc.).

Presidia e valuta l'appropriatezza della segnalazione, definisce il percorso di continuità assistenziale attivando, in presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'UVM zonale competente in una logica di continuità con il percorso valutativo progettuale proprio della persona in condizione di non autosufficienza permanente.

Coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale, assicurando il raccordo dei Servizi coinvolti.

Si raccorda con le zone/distretto di provenienza per i pazienti non residenti e ricoverati negli ospedali zionali di competenza dell'Agenzia.

Coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera, il MMG.

Coinvolge il paziente e la famiglia nel percorso, assicurando una comunicazione chiara, comprensibile, tempestiva ed efficace.

Svolge un ruolo di responsabilità e monitoraggio nel governo delle risorse disponibili sia sul piano della appropriatezza gestionale ed organizzativa che sul piano della sicurezza clinica nella transizione fra i presidi ospedalieri e territoriali.

Attiva la procedura di fornitura degli ausili necessari affinché la consegna al domicilio avvenga prima della dimissione.

L'Agenzia di continuità H-T delle Aziende Ospedaliere si raccorda con le Agenzie Continuità delle Zone/distretto di residenza del paziente per la gestione delle dimissioni complesse.

L'Agenzia di continuità Ospedale Territorio svolge funzione di riferimento per le segnalazioni provenienti dal territorio qualora sia presente richiesta di inserimento in Cure Intermedie Residenziali.

L'equipe dell'Agenzia è multiprofessionale ed è costituita da: Medico di comunità, Infermiere, Assistente sociale, Fisioterapista. Si avvale della consulenza strutturata di specialista Fisiatra o Geriatra.

2.2.7 Promozione, educazione e prevenzione

La prevenzione e la promozione di stili di vita sani rappresentano l'arma più valida per combattere le malattie croniche. Tutti possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie e le loro complicanze semplicemente adottando abitudini salutari. Uno dei metodi che permette di agire e socializzare stili di vita per la salute adeguati è il ricorso alla sensibilizzazione diretta del cittadino attraverso l'empowerment come processo attivo di coinvolgimento del singolo e del gruppo che, attraverso percorsi di natura diversa (terapeutico, formativo ed esperienziale), sviluppa abilità e competenze riconducibili al "self care".

Il self-care spesso tradotto in italiano con i termini autocura, cura del sé oppure cura della propria persona ha come obiettivo il mantenimento della salute, la prevenzione e la gestione delle malattie acute croniche e disabilità. Il self-care non fa riferimento solo alla cura effettuata direttamente dalla persona su di sé, ma è un concetto allargato anche alle cure fornite ad una persona da parte di altre figure che partecipano a pieno titolo ai piani assistenziali personalizzati. Queste figure sono identificate nei caregiver informali quali badanti, familiari espertizzati, associazioni di volontariato oppure formali come i professionisti sanitari.

Negli ultimi anni tale concetto ha avuto una crescente rilevanza nell'ambito della letteratura internazionale sanitaria ed in particolare di quella infermieristica tanto da essere riconosciuta negli anni '90 come un esito sensibile all'assistenza infermieristica.

L'OMS nel 1998 definisce il self management come "attività volte al mantenimento della salute e della vita e alla gestione della malattia o della disabilità se presenti".

E' finalizzato quindi al mantenimento del benessere fisico, psicologico, sociale e all'identificazione dei cambiamenti nel benessere per attuare gli interventi volti alla ripresa del livello di benessere desiderato o al mantenimento dell'autonomia residua.

In presenza di malattia cronica, la persona da un lato continua a svolgere le attività di cura per promuovere e mantenere il benessere per gli aspetti della vita non influenzati dalla malattia, dall'altro svolge attività per mantenere stabile la malattia, controllare e gestire la comparsa di eventuali segni e sintomi.

L'attività di sensibilizzazione su stili di vita corretti, la possibilità di effettuare esami strumentali a domicilio su pazienti non autosufficienti selezionati, il supporto e l'orientamento al self management rappresentano progettualità innovative. Azioni di questo tipo richiedono la presenza di una sinergia fra azioni di promozione della salute, che coinvolgono le strutture ed i professionisti sanitari e interventi del contesto comunitario, attivati in primo luogo dagli EELL, che mirino alla responsabilizzazione dei cittadini e faciliti l'adozione di stili di vita corretti.

L'obiettivo principale è rappresentato dal processo di empowerment del paziente/caregiver che attraverso risorse interne alla famiglia oppure attraverso il sostegno e l'orientamento delle Associazioni di Volontariato presenti con i Comitati di partecipazione diventa elemento fondante per i nuovi modelli di Care. Acquisire la consapevolezza che lo stile di vita è tempo di autocura consente di modulare interventi mirati e efficaci basati sulla condivisione e sull'esempio. E' pertanto importante progettare momenti di reale integrazione tra cronicità consapevole (concetto del Paziente esperto) e diffusione di competenze di termini self management a target di pazienti eleggibili.

OBIETTIVI:

- Educare il paziente e la famiglia agevolando l'apprendimento, l'adattamento alla malattia, promuovendo l'autocura
- Collaborare con la famiglia del paziente e altre persone significative, per promuovere la transizione efficace tra ambiti di cura
- Promuovere la continuità delle cure
- Analizzare il feedback del paziente e del team di cura;
- Garantire la partecipazione del paziente e della famiglia all'attuazione del piano di cura in base al loro livello di coinvolgimento e alla loro capacità decisionale
- Facilitare i momenti di socializzazione

AZIONI:

- ✓ Seminari Stanford con coinvolgimento delle Associazioni pazienti cronici (diabetici, cardiopatici, pneumologici) e gestione del dolore cronico attraverso conduzione esperta (laica e sanitaria) per lo sviluppo del self management.
- ✓ A.F.A
- ✓ Progetto Telemedicina per ECG domiciliari su pazienti selezionati non autosufficienti sulla zona montagna.

MONITORAGGIO:

Indicatori

- N° Seminari attivati
- N° progetti AFA attivati
- Attivazione servizio di Telemedicina
- N° esami effettuati a domicilio/n° esami richiesti

2.2.8 Empowerment sociale e politiche di inclusione

Si assume che *Empowerment* sia un processo che, dal punto di vista di chi lo esperisce (*self-empowerment*) significhi avere la sensazione di avere potere o sentire di essere in grado. Dal punto di vista di chi lo facilita o lo rende possibile, ad esempio i *policy makers* o gli operatori sociali, significa invece assumere un atteggiamento tecnico capace di accrescere le probabilità che le persone si sentano in grado di fare. L'idea che sta alla base di una riflessione più ampia nasce dalla concretezza delle attività che vengono sviluppate ordinariamente con aspettative molto alte sia per chi le agisce che per coloro che ne beneficiano. Spesso accade che la molteplicità delle azioni rimangano isolate e private di una visibilità in termini di infrastruttura organizzativa, regolata e interconnessa. Quella **visione d'insieme** che deve tenere conto delle peculiarità di ogni territorio, con patrimoni culturali e sociali ben distinti, tipologie di bisogni espressi dai diversi target. E' per questo motivo che si è scelto, come si è specificato nel paragrafo successivo, di "mappare" i progetti territoriali e dare evidenza ai processi organizzativi che devono interfacciarsi tra di loro.

Partendo da questo presupposto, sappiamo che ogni progetto si distingue per criteri di accesso, target di beneficiari, entità di risorse e azioni ammissibili. Il punto di accesso unico rimane lo Sportello Sociale che svolge una pre-analisi dei bisogni; anche laddove l'esito dell'invio provenga da piattaforme ed Enti diversi (vedi Reddito di cittadinanza), la presa in carico transita dal servizio sociale che si attiva fin da subito a svolgere quella funzione di valutazione che comunemente avviene attraverso il segretariato sociale. Il segretariato sociale rappresenta un livello essenziale di prestazione proprio perché è destinato a offrire garanzie in termini di efficacia ed efficienza del sistema.

Per riuscire a costruire un pensiero sistemico, abbiamo indagato sulle analogie, punti di forza e criticità dei progetti inseriti nel sistema di servizi. Abbiamo quindi visto come il filo conduttore che collega i progetti tra di loro sia la presenza di un'*équipe multidisciplinare* costituita da operatori che, diversificati per professionalità, caratterizzano la natura dell'integrazione. La recente normativa ci suggerisce di "invitare" i beneficiari all'interno delle équipes affinché si costituisca un processo di negoziazione favorito dalla piena consapevolezza e condivisione del percorso. Di conseguenza ogni équipe di progetto avrà il compito di interagire con il beneficiario attraverso interventi mirati che verranno condivisi da tutti i presenti.

Così facendo ci troviamo di fronte un'organizzazione progettuale connotata da dinamicità e interrelazione, assimilabile ad una costellazione e ad un campo magnetico dove i progetti si configurano come singoli pianeti. I progetti sono attratti reciprocamente grazie ad una forte componente identitaria che si esplica attraverso il medesimo concetto di "FARE" e "SAPER FARE". Per questo motivo, riteniamo necessario incrociare, in un punto comune, i vari progetti individuando un "luogo fisico" dove una "**équipe interoperativa multiprogetto**" possa mettere in atto un *modello di contaminazione* e di circolazione delle esperienze tra i vari mondi progettuali attraverso la condivisione, la riflessione e la messa in opera di buone prassi. In questo modo, l'équipe diviene un'infrastruttura metodologica che va a sostenere un'operazione di sistema attraverso il rafforzamento di metodologie applicate e preesistenti che di fatto facilitano processi di comunicazione tra progetti, operatori e beneficiari. Ogni progetto dovrebbe avere un suo "referente/operatore per l'integrazione" per facilitare l'aspetto operativo sopra accennato.

¹A sostegno di tutto ciò, esplicitiamo che le strategie di azione a cui ci piace far riferimento per raggiungere pratiche dedicate all'innovazione sociale e al rafforzamento della programmazione locale verso una visione d'insieme, siano riassumibili in:

- continua sperimentazione progettuale;
- rafforzamento dei punti di accesso di ambito;
- attivazione di sistema per la presa in carico e valutazione multi-professionale;
- nucleo di monitoraggio e valutazione Multiprogetto;
- interoperabilità tra sistemi informatici (utile anche per mantenere unitario il patrimonio detenuto dai Servizi che rischia di disperdersi se non viene aggregato e (interconnesso).

Raccogliendo la sfida di un WE partecipato non possiamo non passare attraverso la **capacitazione** dei cittadini e delle comunità. Abbiamo quindi ritenuto che fossero essenzialmente due le direzioni attraverso le quali dirigere il processo di programmazione e di empowerment.

Empowerment rivolto alla persona

Prevede la creazione di un processo che riesca ad attivare risorse e competenze, utilizzare le qualità positive di ogni singola persona per agire sulle situazioni critiche e per modificarle.

Si parla di fiducia anche quando si condivide un **“patto sociale”** (nei percorsi socio assistenziali) e di un **“patto di cura”** (in quelli socio sanitari) tra beneficiario e operatori. Notiamo che, oltre ai fattori che notoriamente incidono in un processo di empowerment (unicità, scelte individuali, dignità ecc., l'esplicitazione di un diritto esigibile va di pari passo con un atteggiamento proattivo senza il quale non solo decade ogni forma di autodeterminazione, ma viene meno quella partnership con i Servizi (costituita da relazioni reciproche, intenzionali e complementari). Il patto sociale non è altro che uno strumento metodologico che concorre alla condivisione di un progetto personalizzato dove tutti i partecipanti, incluso i beneficiari, sono protagonisti di un cambiamento significativo. In questo senso, diviene determinante l'assunzione di una responsabilità condivisa che favorisca lo spostamento di un problema verso la sua risoluzione. Come è stato più volte ribadito, anche all'interno del piano regionale, non si tratta di un modulo da firmare bensì della traduzione concerta degli impegni che le parti si assumono.

AZIONI

- ✓ Partecipazione dei beneficiari come processo di capacitazione individuale

¹[fino al punto]. Con questi presupposti ci sembra anche di iniziare a dare attuazione agli orientamenti inseriti nel PISSR 2018-2020 RT, pag.59

- ✓ Potenziamento delle Equipe Multidisciplinari attraverso l'introduzione di figure professionali specialistiche con la finalità di rispondere alla complessità crescente dei bisogni.
- ✓ Sperimentazione di momenti di interscambio di informazioni tra le varie équipe nell'ottica di prevedere una “**continuità progettuale**” nei confronti dei beneficiari. La continuità richiede una conoscenza approfondita dei servizi/progetti al fine di prevedere percorsi funzionali ed evitare la duplicazione di interventi analoghi. (*multiprogetto, multicompetenza*).

Parole chiave: Relazioni, assumersi le proprie responsabilità, sviluppo, capacità, agibilità

Risultati attesi

In linea con le indicazioni descritte nel PISSR, laddove si parla di nuovi modelli di care in un sistema moderno e a misura del cittadino, si interviene sulla Complessità attraverso un lavoro in rete che tenda a:

- ✓ perseguire una codifica di conoscenze e competenze
- ✓ prevedere un coordinamento tra servizi che intervengono nei processi di presa in carico attraverso attività di interscambio e connessioni
- ✓ garantire una visione globale sulla persona attraverso l'utilizzo di modelli per la valutazione dei percorsi attivati.

Empowerment di comunità

A livello comunitario si è pensato ad un empowerment che vada di pari passo con la partecipazione dei cittadini in relazione alle istituzioni pubbliche e allo sviluppo di occasioni che diano loro una strutturata capacità di incidere sulle decisioni, programmazioni, politiche sociali.

Metodologia e Azioni

Tavoli tematici itineranti. L'*empowerment* di comunità costituisce una strategia fondamentale per un sistema di sanità e sociale. Alla base di questo concetto troviamo la comunicazione e l'informazione per “...fornire ai cittadini evidenze solide e sufficientemente chiare per permettere loro di comprendere e valutare correttamente e quindi partecipare alle scelte del sistema”². A supporto di ciò, riteniamo che **l'ascolto attivo** divenga elemento fondante del processo di partecipazione volto a incrementare davvero il capitale sociale della comunità e la sua capacità di vedersi nell'insieme.

²PISSR 2018-2020, pag.68

Se l'obiettivo è quello di rafforzare il processo partecipativo allora ci sembra che lo strumento metodologico più sostenibile sia la costituzione di **Tavoli tematici itineranti**.

Si tratta di una pratica sperimentata da un territorio in ambito progettuale e finalizzata a non perdere il contributo delle associazioni coinvolte che con il tempo disertavano i tavoli di coordinamento e monitoraggio. Si basa sul semplice pensiero dello spostamento fisico di soggetti da una sede all'altra. Prendendo spunto da quanto fatto precedentemente nei lavori del PIS si propone di riprogrammare i tavoli chiamando a partecipare il terzo settore, le associazioni e il volontariato.

Sviluppo di reti orientate di comunità. Si tende alla costruzione di un welfare territoriale che diventi patrimonio effettivo di tutti, luogo elettivo per la condivisione di scelte e di responsabilità. Nella prospettiva di aumentare il senso di coesione sociale tra istituzioni e comunità si propone di fornire un ambiente in cui le varie risorse pubbliche e comunitarie possano agire e reagire.

La sfida è senz'altro quella di superare il particolarismo della comunità associativa e del volontariato e di favorire la partecipazione dei cittadini sviluppando la consapevolezza individuale e delle comunità.

Pensando in termini di processo, si propone di realizzare almeno un evento l'anno in collaborazione con le realtà territoriali che diventano protagonisti e, allo stesso tempo, canalizzatori e attrattori di risorse e conoscenze.

Si favorisce il ruolo dell'associazionismo come portatore di interessi particolari e, tramite il suo coinvolgimento, ci si attende di ottenere il ri-conoscimento reciproco e la creazione di fiducia.

In questo evento si informano congiuntamente i cittadini sui progetti e servizi che si realizzano sul territorio della SdS Pistoiese. Una sorta di "Fiera" con cartelloni sintetici affiancati da tavoli informativi. L'aspettativa è quella di creare un punto di aggancio spontaneo degli interessati e, conseguentemente, la costituzione di reti orientate e consapevoli.³

Parole chiave: Conoscenza - competenza – partecipazione – fiducia – potere di parola - rete

Risultati attesi

- ✓ strutturazione di incontri con gli organismi della partecipazione della Sds Pistoiese
- ✓ Realizzazione di almeno un evento informativo all'anno su tutti i progetti/servizi

AZIONI DI SISTEMA

Non è possibile pensare alle "**innovazioni sociali**" senza intervenire sul sistema in cui l'innovazione nasce come idea e viene poi tradotta in azioni. L'interpretazione delle esperienze progettuali ci porta ad asserire con forza e coerenza la necessità di lavorare su più livelli organizzativi: da un lato, è fondamentale che l'Ufficio di Piano accolga i risultati di esperienze pilota al fine di diffonderli a tutto il territorio, dall'altro si interfacci con gli istituti previsti della Consulta e del Comitato.

Contestualmente è essenziale un duplice aggiornamento rivolto agli operatori attraverso la calendarizzazione di momenti formativi interni e l'implementazione di un catalogo di progetti/servizi di tutto l'ambito territoriale.

³Vedi le disposizioni di cui l'art.16 quater c.11, L.R 40/2005 modificata da l.r 75/2017

Queste direttrici garantiscono una conoscenza ed un approfondimento che innalzano la soglia di attenzione nei riguardi delle proposte ai diversi stati di bisogno.

Al fine di evitare che, da una parte, una fetta di popolazione che esprime bisogni rimanga esclusa e, dall'altra, si manchi di valutare l'efficacia dei percorsi di quelli già inseriti, la Sds Pistoiese lavorerà sul monitoraggio e valutazione dei progetti ponendo una particolare attenzione all'impatto e, di pari passo, alimenterà e aggiornerà la mappatura di progetti esistenti sul territorio.

Risultati attesi

- Integrazione tra progetti e misurazione dell'impatto sociale attraverso l'elaborazione di strumenti condivisi

Azioni

- ✓ Realizzazione di un "Catalogo dei progetti"
- ✓ Elaborazione di un calendario di consultazioni
- ✓ Strutturazione di momenti intra-formativi e in-formativi del personale dipendente e non solo

2.2.9 Promozione delle reti di solidarietà e sostegno delle responsabilità familiari

Le modificazioni - avvenute nel corso del tempo - nella struttura sociale, la crisi economica perdurante, le manifestazioni di una debolezza dei valori educativi, il progressivo invecchiamento della popolazione e la conseguente cronicizzazione di alcune patologie, sono fattori che portano importanti trasformazioni a livello delle caratteristiche delle famiglie e delle reti di sostegno parentale, contribuendo all'aumento di fasce "fragili" di popolazione, e contemporaneamente l'emergere di bisogni più articolati e complessi da parte sia dell'individuo che della famiglia.

La Zona Pistoiese presenta caratteristiche in linea con quanto descritto con un calo demografico costante e continuo invecchiamento con una forte domanda di assistenza per cronicità. La situazione economica permane piuttosto fragile stentando a ripartire l'economia dell'intera Provincia spingendo ai margini e al rischio di esclusione sociale diverse persone.

La fragilità delle reti familiari è acuita dall'aumento delle famiglie mono genitoriali costituite prevalentemente da madri sole, e dall'elevato numero di separazioni e divorzi (il più alto dell'intera Regione) che accrescono l'instabilità familiare e sono sempre più connotati da problematicità e complessità a causa della conflittualità persistente negli ex partner anche per lungo tempo dopo la cessazione della convivenza.

La situazione delle famiglie risulta estremamente complessa e la genitorialità che ne è il fulcro in decisa difficoltà. Allo stesso modo i dati fotografano una situazione dei bambini e degli adolescenti della zona pistoiese, in qualche misura, in situazione di svantaggio rispetto ai loro coetanei della restante Toscana Centro per criticità legate all'uso di sostanze, fenomeni di bullismo o cyber bullismo cui fanno seguito indici relativamente bassi di stimoli culturali e ricreativi e di benessere relazionale tra i pari e con i propri genitori. Nell'ultimo periodo si assiste anche, in ambito regionale, all'aumento esponenziale del numero dei minori affetti da disturbi psichici e della condotta.

L'aumento di situazioni di violenza intra-familiare e di genere rilevata sul territorio è in linea purtroppo con la drammatica situazione nazionale.

OBIETTIVO GENERALE

L'attenzione al benessere della famiglia, nella pluralità delle sue strutture contemporanee, fin dalla sua formazione e nella sua funzione educativa e di cura dei suoi membri rappresenta l'attenzione per l'intera società. La famiglia deve essere intesa non come un sistema chiuso in sé stesso ma come una protagonista del sociale, inserita in processi complessi interagenti con la società in cui si colloca.

Si comprende quindi la necessità di promuovere reti di sostegno comunitarie solidaristiche che contemplino interventi sociali e socio sanitari nell'ottica di una politica sociale che rimetta al centro la persona e la sua famiglia nella prospettiva di garantire, all'interno di una rete territoriale integrata, interventi flessibili e attenti alle diverse necessità e peculiarità tra cui le differenze di genere. È sempre più necessario, quindi, un approccio integrato, multidisciplinare, dinamico e flessibile nella direzione del "prendersi cura". La sussidiarietà orizzontale, delle reti familiari, del Terzo settore e della cittadinanza solidale, è elemento paradigmatico per gestire la complessità di tale sistema.

OBIETTIVO 1: prevenzione

UN SISTEMA TERRITORIALE INTEGRATO

Come previsto dalla programmazione regionale, la famiglia è posta al centro delle politiche attraverso azioni che sostengono il suo ruolo attivo nella costruzione del percorso di vita, consapevoli che le situazioni di vulnerabilità possono riguardare ogni famiglia in alcune fasi del suo ciclo di vita o in specifiche situazioni non sempre evitabili. Il percorso che appare imprescindibile riguarda il rafforzamento della rete dei servizi e degli interventi a favore della famiglia attraverso la stesura di protocolli operativi di collaborazione tra i diversi servizi (consultori, Enti locali, Tribunali per i minorenni, Organismi del Terzo Settore, ecc.), la creazione di equipe multi professionali o team work tra operatori coinvolti per la presa in carico integrata dei nuclei fragili.

A bisogni diversi corrispondono Servizi diversi, ma la famiglia è sempre la stessa, la famiglia deve sentirsi sempre integrata, in un sistema di supporto dialogante, globale e il più possibile diffuso e omogeneo sull'intero territorio della Società della Salute.

Parlare di integrazione tra servizi è semplice ma la realizzazione di una reale integrazione multiprofessionale laddove investe enti, dipartimenti, strutture complesse e servizi diversi è tutt'altro che scontata e spesso le buone prassi, se pure in gran parte esistenti sul territorio, non sono sufficienti ed occorre mettere in campo un insieme organico di metodologie e strumenti a più livelli, a garanzia di standard unitari su tutto il territorio, intorno alle tre aree della Promozione, Prevenzione e Protezione.

AZIONI 1.1: SVILUPPARE LA METODOLOGIA DI SISTEMA DEL LAVORO DI RETE

Le reti dei servizi la cui regia è demandata alla Società della Salute sono prodotte dal lavoro sociale, sanitario e socio-sanitario. Possono nascere da un progetto o da una legge, e comprendere le risorse, ben sviluppate nel nostro territorio, del terzo settore e dell'associazionismo.

Il lavoro di rete può essere sostenuto da buone prassi, da concertazioni tra servizi e a livello istituzionale/gestionale attraverso protocolli d'intesa.

Tali strumenti possono rappresentare le modalità di governance della rete. Definiscono gli aspetti principali dell'invio /accesso ai servizi; delle modalità di scambio di informazioni tra professionisti; della presa in carico e delle responsabilità di ognuno, dei tempi e modi di valutazione dei risultati attesi.

Lo strumento del protocollo di intesa tra i servizi mira a disegnare tra i diversi settori, che entrano in contatto con le famiglie ed in particolare con quelle multiproblematiche, una struttura che sostenga la varietà di interventi volti ad un obiettivo comune perché si attivino gli input necessari.

La SdS Pistoiese è stata parte attiva nella elaborazione e sottoscrizione di importanti Protocolli tra cui, in tema di famiglia e minori, quelli con l'autorità giudiziaria a tutela delle fasce deboli e per i rapporti tra Tribunale Ordinario e servizi sociali; e nello sviluppo del Protocollo a livello di Usl TC tra i servizi per le dipendenze, UFSMIA e servizi per la tutela dei minori.

L'intento atteso è di procedere alla sottoscrizione di altri protocolli d'intesa, tesi a implementare l'integrazione sociale e sanitaria e superare la frammentazione della rete d'offerta dei servizi e degli interventi.

RISULTATI ATTESI

Dare impulso all'intervento di rete inteso come reticolo di sostegno tra i servizi pubblici e privati e come supporto alle reti della persona consente di prevenire le situazioni di difficoltà, promuovere il benessere della comunità e supportare la vulnerabilità delle famiglie qualora si manifesti.

Il lavoro di rete consente di:

- rafforzare l'integrazione tra saperi, professioni e servizi,
- strutturare linguaggi comuni,
- condividere strumenti e logiche d'azione,
- consentire un passaggio fluido delle informazioni,
- condividere azioni progettuali.

OBIETTIVO 1.2: CREARE SINERGIA PER I SERVIZI A FAVORE DELLE FAMIGLIE

Il territorio pistoiese, sia unitariamente sia livello di singoli comuni, ha negli anni sperimentato e messo a regime diversi progetti e servizi a supporto delle famiglie, riconoscendo i bisogni legati alle diverse fasi della vita e cercando di intercettare le emergenze ed i bisogni nelle diverse articolazioni e fasce d'età (si pensi al fenomeno migratorio o al crescente numero di persone anziane sole). Sono attivi diversi servizi a supporto delle famiglie: una pluralità di prestazioni e interventi relativi all'ascolto, l'orientamento, il supporto e il sostegno psicopedagogico alle famiglie oltre a aiuti socio economici dedicati alle persone in difficoltà.

Diversi sono gli interventi a sostegno degli anziani con reti familiari fragili o inesistenti. L'attenzione degli Enti, infatti, si rivolge sia agli anziani sia ai loro familiari con una pluralità di servizi finalizzati non solo a favorire la permanenza degli anziani nel proprio contesto di vita (assistenza domiciliare, contributi economici, servizi di trasporto, telesoccorso), ma ad incentivare percorsi di cittadinanza attiva per gli over 65 (soggiorni estivi, attività di socializzazione, attività motorie). Oltre ad interventi integrati con l'Usl e alle attività per promuovere la nomina di un tutore esterno, a garanzia dell'anziano dove necessario.

Per garantire un sistema di welfare efficace è importante consolidare servizi e prestazioni per le diverse fasce di popolazione finalizzate ad una società inclusiva. Allo stesso modo è importante avviare un percorso di armonizzazione tra i diversi servizi sociali relativi ai percorsi di sostegno per la cittadinanza al fine di garantire nel rispetto delle specificità dei territori equità sociale a tutti i territori.

AZIONI 1.2

- Intercettare finanziamenti e sviluppare progetti utili per implementare servizi, o crearne di nuovi per le diverse fasce di popolazione, anche in collaborazione con il terzo settore;
- Promuovere tavoli di confronto ed incontri periodici tra servizi sociali finalizzati alla ricerca di una convergenza sui regolamenti per i servizi e per la presa in carico al fine di rendere il più possibile omogenee le procedure di accesso e di erogazione delle prestazioni nel territorio pistoiese;
- Incrementare le attività ricreative e di animazione per favorire l'integrazione delle donne e degli uomini anziani nel tessuto sociale di appartenenza.

RISULTATI ATTESI

- Incremento dei servizi per i cittadini della SdS Pistoiese con la condivisione di progettualità innovative tra diversi enti e con il terzo settore;
- Diffusione delle esperienze positive tra i diversi territori esportando progettualità positive;
- Elaborazione di regolamenti condivisi (ad es. in tema di compartecipazione ai servizi);
- Ampliamento delle opportunità di socializzazione degli over 65 per stimolarne l'autonomia, favorire la creazione di relazioni amicali.

OBIETTIVO 2 : Promozione

CURA DEI CICLI DELLA VITA

Una comunità è definita proattiva quando è capace di prevenire situazioni, tendenze o problemi futuri, pianificando anticipatamente le azioni opportune. Si fa riferimento ad un insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute e di benessere ed evitare il più possibile l'insorgenza di criticità.

Tra gli ambiti considerati di maggiore fragilità ci sono due momenti decisivi del ciclo di vita della famiglia e dell'individuo: la primissima infanzia e l'adolescenza.

Un ruolo di primo piano possono esercitarlo i servizi che entrano in contatto con le primissime fasi della vita: i consultori, i punti nascita, i servizi educativi per la prima infanzia, in rete con altri servizi possono sviluppare interventi congiunti di sostegno alla responsabilità familiare, e rappresentare un fondamentale osservatorio del disagio familiare sociale e psicologico anche dei casi più estremi della violenza intra-familiare.

Per quanto riguarda l'adolescenza tale periodo mette i ragazzi e le ragazze di fronte al difficile compito di costruirsi un nuovo ruolo, collegato a tutte le esperienze accumulate nella fase infantile. I giovani nel nostro territorio manifestano una pericolosa vicinanza a comportamenti a rischio o addirittura devianti, con differenti declinazioni in base al genere. È importante che siano accompagnati in questo importante momento dello sviluppo, per acquisire una maggiore consapevolezza delle proprie risorse, al fine di uscire dall'adolescenza con un potenziamento delle proprie capacità relazionali ed un miglioramento nella risoluzione dei problemi.

AZIONI 2

- Sviluppare azioni sinergiche tra servizi ed in particolare: consultori, servizi sociali, Centro Aiutodonna, UFSMIA;
- Strutturare collaborazioni con i servizi educativi per la prima infanzia per intercettare precocemente situazioni di possibile criticità;
- Messa a regime dei servizi previsti dal RDC per nuclei con minori della fascia d'età 0/3 anni (gruppi genitori, educativa domiciliare, ecc.);
- Implementare progettualità che prevedano il mutuo sostegno tra famiglie, ad opera del Centro Affidi di area pistoiese, in un'ottica di comunità accogliente e inclusiva;
- Promuovere collaborazioni con gli istituti scolastici per la prevenzione di fenomeni di bullismo/devianza e per favorire lo sviluppo delle life skills;

- Dare impulso alla realizzazione di percorsi culturali, ricreativi e sportivi tramite collaborazioni con associazioni sportive e contesti di socializzazione per lo sviluppo di contesti relazionali positivi e di peer education;
- Intercettare e/o dare impulso a progetti innovativi destinati agli adolescenti, con attenzione ai bisogni dei ragazzi e quelli delle ragazze, in collaborazione con i servizi specialistici per la prevenzione di comportamenti a rischio o devianti.

RISULTATI ATTESI

- Aumento degli interventi integrati tra servizi consultoriali/UFSMIA/servizi sociali a sostegno dei neo genitori;
- Aumento dei servizi e delle occasioni socializzanti, culturali e ricreative dedicati agli adolescenti;
- Diminuzione dei comportamenti considerati a rischio (evasione scolastica, comportamenti devianti).

OBIETTIVO 3: Protezione

SOSTENERE LA GENITORALITA' FRAGILE

Non sempre il nucleo familiare è in grado di svolgere adeguatamente la sua fondamentale funzione educativa e protettiva, a volte può essere gravemente disturbante tanto da dover richiedere l'intervento di diversi Servizi, sia sociali che sanitari. Tossicodipendenza, alcolismo, malattia mentale, ad es. possono essere fonte di multi-problematicità di un nucleo familiare.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un progressivo aumento del numero di famiglie multiproblematiche presenti sul nostro territorio. Gli operatori socio sanitari (assistenti sociali, psicologi, NPI, educatori), che entrano in contatto con tali nuclei familiari, riscontrano come i disagi manifestati da tali famiglie assumono caratteristiche sempre più complesse, non più affrontabili secondo le logiche del passato ma di strumenti e metodologie nuove. Le famiglie che hanno al loro interno soggetti in difficoltà spesso sono oggetto di politiche sociali o sanitarie unicamente rivolte al soggetto problematico, senza che venga presa in considerazione la globalità del nucleo familiare.

L'aumento della domanda, così come il cambiamento di tipologia di richiesta, rendono necessaria una continua riflessione e strumenti innovativi capaci di produrre una risposta globale ed integrata da parte dei servizi degli enti locali e dei servizi specialistici che si occupano dei minori, sia in termini preventivi che di tutela nelle situazioni dove interviene l'autorità giudiziaria. L'obiettivo è scongiurare il rischio che il lavoro attinente alla sfera genitoriale, alla tutela e all'aiuto ai bambini, si svolga in una logica di competenze frammentate, settoriali e non ricomposte, venendo così a mancare una valutazione complessiva e condivisa di situazioni anche altamente problematiche che possono necessitare di interventi di tutela giurisdizionale.

AZIONI 3.1: APPLICARE NEL TERRITORIO DELLA SDS LE LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER L'INTERVENTO CON BAMBINI E FAMIGLIE VULNERABILI

Le linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie vulnerabili sono state elaborate nel 2017 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Propongono un approccio multi-professionale che mira a costruire, in prevenzione all'allontanamento del bambino, un progetto d'intervento intensivo e integrato fra vari professionisti e con la famiglia considerata artefice del proprio cambiamento, affrontando progressivamente le problematiche, assumendosi le responsabilità di migliorare le competenze genitoriali e le qualità delle proprie relazioni familiari e sociali.

La Regione Toscana ha sviluppato tali linee progettuali e operative favorendone la diffusione in tutte le zone.

- La SdS, d'intesa con l'UFMSIA, utilizza i cosiddetti Fondi Famiglia Regionali per le finalità previste dalle Linee nazionali. In particolare per potenziare le equipe multi-professionali, le attività di sostegno alle famiglie e lo sviluppo di prossimità solidale;

- La SdS Pistoiese è stata selezionata per aderire nel 2020-2021 al "livello avanzato" del programma P.I.P.P.I. cui aveva aderito alla sperimentazione, nel 2017-2018, al livello base coinvolgendo i servizi sociali di alcuni comuni;

P.I.P.P.I. ha come finalità quella di sperimentare e valutare un programma multidimensionale specifico per rispondere ai bisogni delle famiglie fragili o negligenti e da tale programma sono scaturite le Linee guida ministeriali del 2017.

La partecipazione a tale livello consentirà la preparazione di formatori che saranno individuati tra gli operatori della zona, al fine di svolgere la funzione di promozione e diffusione del programma e formazione degli operatori anche di quelli non coinvolti nelle prime fasi della sperimentazione

Si creerà anche un Laboratorio Territoriale che si occuperà di promuovere le progettualità proposte dal programma P.I.P.P.I., e di assicurare che i singoli territori aderenti al livello avanzato dispongano dell'expertise per gestire i processi di formazione e di ricerca in maniera competente e autonoma;

- Ulteriore innovazione del livello avanzato è il coinvolgimento della SdS nel percorso di ricerca nazionale, che si prefigge lo scopo di esplorare gli effetti della misura del Reddito di Cittadinanza nelle famiglie con bambini piccoli 0/3 anni.

RISULTATI ATTESI

- Introduzione e consolidamento di una metodologia operativa per la tutela dei minori, sperimentata a livello nazionale, che si propone di ridurre il collocamento dei minori fuori dal contesto familiare potenziando le risorse residue della famiglia;

- La partecipazione al Programma P.I.P.P.I. livello avanzato consentirà anche ai servizi dei comuni che non hanno svolto la formazione di usufruire del modello operativo P.I.P.P.I. tramite la funzione dei formatori e del LabT;

- Unitamente alla ricerca legata al Reddito di Cittadinanza il programma P.I.P.P.I. imposta con modalità scientifiche un lavoro preventivo sulle famiglie con bambini piccoli laddove emergano fattori di possibile rischio.

AZIONI 3.2: COSTITUZIONE DELL'EQUIPE MULTI-PROFESSIONALE ANCHE NEL SETTORE MINORILE E DELL'UVTM (Unità di Valutazione Tutela Minorile)

La previsione è di definire anche nel nostro territorio, come avviene già in altre realtà della Toscana Centro, delle equipe integrate di presa in carico delle situazioni complesse e una Unità di valutazione integrata e multi-professionale per le situazioni di tutela minorile.

L'equipe multi professionale e l'UVTM prevedono in particolare uno stretto raccordo tra UFSMIA e Area minori del servizio sociale professionale dei diversi comuni, per la presa in carico dei singoli casi, assegnandoli all'equipe multi-professionale valutata di volta in volta più rispondente al progetto individuale o alla richiesta dell'autorità Giudiziaria. L'equipe che prende in carico la situazione potrà attivare altri professionisti o servizi facenti parte della rete di sostegno ai minori e alle vulnerabilità genitoriali (Centri socio educativi, NPI, educatori, servizio incontri protetti, Centro affidi, SerD, Consultorio, ecc.) con le modalità previste dai singoli servizi.

Tale modalità operativa è stata nell'ultimo periodo già in parte sperimentata con un accordo operativo che ha visto l'integrazione tra UFSMIA, servizio sociale professionale di alcuni comuni e il servizio della Società della Salute -per il potenziamento dei servizi integrati per la tutela minorile e le responsabilità genitoriali e dei servizi per l'affidamento familiare- che ha istituito di fatto l'Equipe integrata multi-professionale (assistente sociale, psicologo, educatore professionale e altri professionisti al bisogno) sia per la presa in carico di minori e famiglie sia nei casi in cui sia richiesta dall'autorità Giudiziaria la valutazione delle competenze genitoriali e la loro recuperabilità.

La costituzione di equipe integrate tra professioni e servizi diversi e la definizione di unità valutative integrate comporta:

- la valutazione condivisa del progetto per la famiglia,
- la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato,
- la definizione di tempi e modalità di intervento e presa in carico,
- la predisposizione di percorsi assistenziali e sanitari appropriati per singolo intervento,
- la gestione unitaria della documentazione,
- l'attività di monitoraggio dei risultati attesi.

RISULTATI ATTESI

- Sviluppo di un sistema di protezione sociale a garanzia delle famiglie e soprattutto dei minori interessati da procedimenti dell'Autorità Giudiziaria per situazioni di pregiudizio nel loro percorso evolutivo.
- La definizione di tale modello e della UVTM consente di uniformare l'approccio metodologico all'interno della Società della Salute, proponendo a cittadini e Autorità Giudiziaria un modello di intervento univoco e autorevole per la Società della Salute (a partire dalle Linee Guida Cismai, del CBM e dal Programma Pippi), ponendo la famiglia e i bambini al centro della rete dei servizi.
- Trasparenza delle azioni, condivisione delle valutazioni, definizioni di tempistiche e definizione di obiettivi tra i diversi servizi coinvolti nella tutela dei minori.

AZIONI 3.3: PREDISPORRE STRUMENTI OPERATIVI ADEGUATI.

Sperimentare l'utilizzo del PROGETTO QUADRO

Il "Progetto Quadro" è uno strumento operativo indicato nelle linee di indirizzo nazionali per l'intervento con i bambini e le famiglie in situazione di vulnerabilità del 2017. È uno strumento per l'equipe che si occupa della presa in carico, per la famiglia e per i servizi e le strutture educative eventualmente attivati sulla situazione.

La titolarità del Progetto Quadro è dei servizi sociali e sanitari pubblici.

Tale Progetto comprende una parte descrittiva delle valutazioni diagnostiche e prognostiche riguardo la famiglia del bambino, una parte di definizione degli obiettivi, una di descrizione delle azioni che andranno intraprese, dei soggetti e delle responsabilità (chi fa cosa) e una chiara definizione dei tempi di attuazione. La realizzazione e l'aggiornamento del Progetto Quadro prevedono il coinvolgimento del bambino e della sua famiglia.

Il "Progetto Quadro" è di massima importanza soprattutto nelle situazioni in cui i minori sono collocati al di fuori dalla famiglia perché definisce la cornice complessiva nella quale si inseriscono in particolare l'accoglienza residenziale, ma anche gli interventi precedenti all'allontanamento svolti a favore del bambino e della sua famiglia, esplicita le motivazioni che legittimano il provvedimento di allontanamento i criteri di abbinamento del bambino con la tipologia di Servizio residenziale più adeguata; le modalità, i tempi di attuazione e la prevedibile durata dell'accoglienza.

La Società della Salute sta iniziando la sperimentazione dell'utilizzo del Progetto Quadro in alcuni ambiti ed intende promuovere tale strumento mettendo a disposizione i risultati di tale sperimentazione a tutti i servizi della SdS titolari della funzione di tutela minorile.

RISULTATI ATTESI

- Garantire la massima trasparenza e tracciabilità delle azioni svolte a tutela dei destinatari degli interventi ma anche a tutela degli stessi operatori e dei servizi coinvolti.
- Definire i progetti di intervento a tutela dei minori in maniera chiara e standardizzata con la partecipazione di tutti i servizi e i soggetti coinvolti utilizzando strumenti riconosciuti a livello nazionale.

OBIETTIVO 4: IMPLEMENTARE I PERCORSI DI PREVENZIONE, PROMOZIONE E PROTEZIONE PER LE FASCE DEBOLI

La Società della Salute Pistoiese ha sviluppato importanti progettualità sul tema della tutela delle fasce deboli e sul contrasto alla violenza di genere.

Il Protocollo interistituzionale sulla tutela delle fasce deboli, nato a Pistoia e siglato da una pluralità di soggetti: Autorità Giudiziaria sia minorile sia ordinaria, forze dell'ordine, enti locali, USL, provveditorato e ordini professionali, è stato ed è tuttora costantemente aggiornato con tavoli di confronto periodici ed è divenuto il modello per il Protocollo distrettuale tra tutte le Procure della Toscana riguardante le fasce deboli. Recentemente è stato in parte ridefinito e siglato dalla Società della Salute Pistoiese e dalla Usl Toscana Centro.

Nella nostra zona inoltre dal 2006 è presente Aiutodonna, il Centro Antiviolenza della Società della Salute Pistoiese. Fornisce una prima accoglienza telefonica e un servizio di assistenza psicologica rivolto alle donne residenti nei comuni della Società della Salute Pistoiese vittime di violenze di genere: maltrattamenti fisici, psicologici, economici, sessuali e stalking. Dal giorno della sua apertura ad oggi si è evidenziata una crescita costante delle richieste.

Si occupa anche di sensibilizzare l'intera comunità su un fenomeno che minaccia quotidianamente l'integrità e la salute delle donne e dei figli.

Aiutodonna ha attivato anche percorsi di accompagnamento all'inserimento socio-lavorativo per le donne e un servizio di sostegno psicologico a minori vittime di violenza assistita in carico ai servizi sociali territoriali.

La Società della salute intende promuovere e potenziare le attività del Centro con l'implementazione dei servizi per la seconda accoglienza delle donne e delle attività finalizzate ai percorsi di autonomia.

Le azioni di contrasto, intervento e prevenzione sui temi della violenza contro le donne e minori si realizzano anche tramite la promozione di programmi di cambiamento rivolti a uomini che agiscono con violenza nelle relazioni affettive, con particolare attenzione agli aspetti di genitorialità. Dallo scorso anno è presente uno sportello di ascolto CAM (Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti) a Pistoia in una sede della SDS Pistoiese, è quindi iniziato un lavoro di raccordo e di rete fra i servizi territoriali e gli operatori del centro che dovrà essere implementato in futuro con l'obiettivo di creare anche gruppi di supporto sul territorio pistoiese.

AZIONI 4

- Potenziare il Centro Anti Violenza d'area Pistoiese AIUTODONNA;
- Favorire le reti di collegamento con il CAM. Lavorare con gli autori per interrompere il ciclo della violenza;
- Sensibilizzazione della collettività con particolare riguardo ai giovani sulle tematiche della violenza intra-familiare con attenzione alle azioni rivolte specificatamente alle ragazze;
- Dare impulso al Protocollo sulle cosiddette Fasce Deboli.

RISULTATI ATTESI

- Ampliamento della rete sociale e istituzionale a protezione delle vittime della violenza intra familiare e di genere e per il miglioramento della loro sicurezza.
- Maggiore e più rapida fuoriuscita dalle situazioni di violenza delle donne grazie a percorsi di autonomia abitativa e lavorativa.
- Prevenzione del replicarsi di comportamenti violenti da parte dei maltrattanti e recupero delle loro funzioni genitoriali.

OBIETTIVO 5: RETI LOCALI E PERCORSI DI PREVENZIONE DELLA MARGINALITÀ ESTREMA DEI SENZA DIMORA (avviso 4/2019 e Fondo Povertà)

Le azioni di contrasto alla marginalità estrema dei senza dimora si rifanno a quanto previsto dal Programma Operativo Nazionale (PON) Inclusione, dal Fondo di Aiuti Europei agli Indigenti (PO I FEAD) ed ai principi enunciati nelle "Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia.

Dal finanziamento erogato tramite l'Avviso 4 della Regione Toscana ed il Fondo Povertà, con il terzo settore sono state coprogettate le azioni tendenti al superamento degli approcci di tipo emergenziale prediligendo (e promuovendo) lo sguardo sui diritti delle persone senza dimora.

Formalmente titolari di diritti si trovano, a causa della loro condizione, a combattere con barriere che impediscono di fatto l'accesso a servizi o prestazioni pubbliche sul territorio. Gli approcci dell'Housing Led o

Housing First, promossi nelle sopracitate linee guida, sono presi a modello nell'ottica di abbattere almeno una parte di situazioni discriminatorie.

Partendo da interventi strutturati il progetto si articola in tre aree di intervento:

- Rete territoriale per l'abitare e l'accoglienza solidale;
- Rete di sostegno di comunità e di accompagnamento all'inclusione sociale;
- Rete di acquisto solidale.

Questa sperimentazione implementa quanto già esiste sul territorio pistoiese ma sicuramente aiuta la transizione da una visione emergenziale ad una visione strategica. Inoltre una parte di azioni tendono alla strutturazione di un sistema che, partendo dalla presa in carico integrata, sfociano nell'elaborazione condivisa del progetto personalizzato e l'utilizzo di percorsi di accompagnamento verso un progressivo reinserimento sociale, abitativo e lavorativo.

RISULTATI ATTESI

- N.25 persone prese in carico;
- N. 2 appartamenti attivati;
- N. 6 persone accolte

2.3 Budget integrato di programmazione

Il Budget integrato di programmazione riporta tutte le risorse di parte sanitaria, di parte sociale, di altra provenienza e le partecipazioni, a disposizione della programmazione integrata zonale. Per la parte sanitaria il riferimento normativo principale è costituito dalla D.G.R. 269/2019. I moduli di riferimento sono organizzati sulla base del triennio di validità del PIS 2020-2022 e saranno aggiornati a scorrimento secondo i successivi aggiornamenti della Programma Operativa Annuale 2021 e 2022.

E' fondamentale segnalare la mancanza di dati di costo rilevati dalla Contabilità Analitica inerenti il costo del personale dipendente, per cui questa risorsa non è stata valorizzata per nessun livello di assistenza.

Infine, per alcuni sottolivelli delle Cure Primarie non sono rilevabili in termini di consumo di risorse non avendo per essi attivato una rilevazione specifica dei costi nella contabilità analitica della ASL Toscana Centro Si tratta dei sottolivelli: *Sanità di Iniziativa, Self Management, Invecchiamento attivo (AFA), Anziano fragile*

Di seguito è riportato il budget integrato per l'annualità 2020

settore	Fondi Sanitari	Fondi Sociali	Altri Fondi	totale
Cure primarie - Sanità territoriale				77.590.077,00
Consumi sanitari e non sanitari dei presidi territoriali	1.549.885,00	-	-	1.549.885,00
Assistenza di base	19.464.875,00	-	-	19.464.875,00
Assistenza farmaceutica convenzionata	21.167.432,00	-	-	21.167.432,00
Specialistica ambulatoriale	29.591.526,00	-	-	29.591.526,00
Sanità d'iniziativa	-	-	-	-

Assistenza domiciliare infermieristica	237.658,00	-	-	237.658,00
Riabilitazione (fisico-motoria)	4.803.249,00	-	-	4.803.249,00
Cure intermedie	638.494,00	-	-	638.494,00
Cure palliative e Hospice	42.062,00	-	-	42.062,00
Self management	-	-	-	-
Invecchiamento attivo (AFA)	-	-	-	-
Anziano fragile	-	-	-	-
Materno infantile	94.896,00	-	-	94.896,00
Socio-Sanitario				23.369.976,00
Salute Mentale - Adulti	3.852.831,00	-	-	3.852.831,00
Salute Mentale - Infanzia-Adolescenza	1.121.161,00	-	-	1.121.161,00
Dipendenze da sostanze	1.572.498,00	-	-	1.572.498,00
Dipendenze senza sostanze	-	-	-	-
Disabilit�	6.191.636,00	-	1.380.287,00	7.571.923,00
Non autosufficienza	6.814.232,00	-	2.437.331,00	9.251.563,00
Socio-assistenziale				12.657.810,00
Anziani	-	194.738,00	-	194.738,00
Disabili	-	420.568,00	-	420.568,00
Minori	-	3.451.220,00	-	3.451.220,00
Famiglie		2.612.262,00		2.612.262,00
Inclusione	-	732.227,00	436.103,00	1.168.330,00
Immigrazione	-	141.857,00	2.015.513,00	2.157.370,00
Multiutenza	-	790.982,00	1.862.340,00	2.653.322,00
Prevenzione e promozione				
Violenza di genere	-	104.000,00	-	104.000,00

2.4 Ufficio di Piano

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

All'Ufficio di Piano sono attribuite le seguenti competenze:

- a) Rapporti con gli organismi di partecipazione;
- b) Supporto al direttore per:
 - I. Predisposizione atti a contenuto generale e di programmazione, tenuto conto della
- c) dotazione economico – finanziaria;
 - I. Predisposizione piani di comunicazione e loro realizzazione;
 - II. Svolgimento funzioni di valutazione, monitoraggio e controllo mediante analisi dati e
- d) reporting;
 - I. Predisposizione rendiconti annuali delle attivit ;

- e) Supporto al Direttore, alle strutture delle SdSP, ai responsabili di progetto per la predisposizione di progetti e programmi;
- f) Predisposizione del materiale da pubblicare sul sito web per la parte relativa all'informazione e alla comunicazione esterna.

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

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

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

Con la delibera n. 1635 del 28/11/2019 è stato modificato e rafforzato il gruppo di lavoro "Ufficio di piano aziendale", costituito dall'azienda sanitaria per supportare gli uffici di piano delle SdS/Zone Distretto 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 Servizi Infermieristici e Ostetrici, Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari, Dipartimento del Decentramento, Dipartimento della Prevenzione, Dipartimento della Medicina Generale, Dipartimento Emergenza e Area Critica, Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione, Dipartimento del Farmaco, Dipartimento Area Tecnica ecc.).

L'ufficio di piano Aziendale, oltre a garantire il "Coordinamento a livello di Azienda Usl per il supporto alla conferenza aziendale dei sindaci e per la predisposizione del Piano Attuativo Locale (PAL)", come previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 269/19, esercita una forte integrazione fra Società della Salute/Zone Distretto tra loro e con i Dipartimenti aziendali interessati 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 è composto da un rappresentante delle seguenti strutture organizzative: Staff della Direzione Generale; Direzione Servizi Sociali; SOC Monitoraggio e programmazione performance clinico assistenziale Prato, Pistoia, Empoli e relazioni con agenzie esterne; UFC Epidemiologia; SOC Controlling; SOC Servizi alle Zone-SdS

2.5 Percorso di partecipazione

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

Ai fini del coordinamento delle politiche socio-sanitarie con le altre politiche una volta individuati i bisogni e la percezione di salute della zona si è proceduto alla scelta delle priorità sulla base di linee di indirizzo condivise ed approvate dall'Assemblea dei Soci della Sds Pistoiese con delibera n. 16 del 13/11/2019.

La scelta è stata di impostare il PIS su 9 obiettivi strategici consentendo l'avvio della progettazione della nostra zona, che dovrà mantenere la giusta flessibilità nel corso del triennio in modo da poter eventualmente orientare le scelte, al fine di garantire la maggior appropriatezza delle risposte ai bisogni di salute.

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

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

La presentazione e la discussione della bozza è stata suddivisa in momenti separati dedicati ciascuno ai diversi argomenti oggetto degli obiettivi di salute e rivolti al comitato di partecipazione al fine di raccogliere osservazioni e spunti di riflessione per l'implementazione della programmazione zonale.

Una stesura intermedia dei contenuti del PIS è stata presentata agli amministratori al fine di garantire la massima condivisione sugli obiettivi di programmazione.

Il percorso avviato per la condivisione dei contenuti del PIS ha voluto essere l'inizio di un processo che porti alla costruzione di maggiore coinvolgimento della comunità associativa e del volontariato e che favorisca la partecipazione dei cittadini sviluppando la consapevolezza individuale e delle comunità per la condivisione di scelte e di responsabilità.

3 Programmazione Operativa Annuale

La Programmazione Operativa Annuale costituisce la sezione attuativa del PIS che viene aggiornata con cadenza annuale, come da schede allegate, ed è composta da due parti:

- I Programmi operativi individuano dei gruppi coerenti di azioni operative, possono essere trasversali alle aree o ai settori di programmazione, per questa caratteristica rappresentano il maggiore veicolo di integrazione dei sistemi zonali. Ogni programma operativo riporta anche la sua estensione temporale rispetto alle annualità di vigenza del PIS (2020-2022).
- Le Schede di attività identificano le attività oggetto della programmazione utilizzando le Griglie Propedeutiche definite dalla D.G.R. 573/2017, e le mettono in relazione con la loro attuazione definendo puntualmente azioni, tempi, risorse, responsabilità.

4 Monitoraggio e valutazione

4.1 Monitoraggio attività

Il Monitoraggio riguarda lo stato di attuazione delle Schede di attività relative all'annualità precedente. Le modalità con cui viene esplicata questa funzione sono le stesse già utilizzate nella programmazione 2019, tramite apposito sistema informativo.

4.2 Valutazione del PIS

La Valutazione riguarda il grado di raggiungimento degli obiettivi di pianificazione individuati su base pluriennale dal PIS e sarà sviluppata a partire dagli anni successivi al 2020.

La valutazione è una fase necessaria per consentire la verifica dei risultati conseguiti dal sistema, rispetto agli obiettivi individuati nell'ambito della pianificazione strategica.

In linea generale, l'attività di monitoraggio si estenderà al documento programmatico complessivo al fine di mettere in luce le sue criticità e i suoi punti di forza. Per questo motivo gli indicatori individuati saranno da perfezionarsi e da implementare nel tempo in modo che si possa ottenere un risultato preciso sulla quantità e sul grado di raggiungimento degli obiettivi specifici.

Un obiettivo di valutazione trasversale alle attività di pianificazione stessa è costituito dalla partecipazione di tutti gli stakeholders sia all'attività pianificatoria, sia alla fase operativa, sia al monitoraggio della efficacia delle azioni previste.

Tutto questo al fine di una costruzione di un welfare di comunità dove ciascun attore si assuma una responsabilità pubblica e collettiva tale da non abdicare sulle proprie competenze sia pubbliche che private.

In particolare, come previsto dall'art 16 quater della lr 40/2005 e successive modifiche, uno dei compiti del comitato di partecipazione è quello di contribuire alla programmazione delle attività ed alla progettazione dei servizi avanzando proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e di governo, con particolare riferimento al piano integrato di salute. Il comitato di partecipazione è inoltre coinvolto nelle fasi di monitoraggio e valutazione degli esiti.