



Piano Integrato di Salute (PIS) e Programmazione Operativa Annuale (POA) 2026

Aretina

23/02/2026

Profilo di Salute Zona Aretina 2025

Introduzione

La Zona Aretina rappresenta uno dei territori più significativi dell'ASL Toscana Sud Est, caratterizzata da un tessuto sociale coeso, una buona qualità della vita e un sistema di servizi sanitari e sociali capillare.

Negli ultimi anni, tuttavia, si osservano **importanti cambiamenti demografici e sanitari**:

l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, la crescita della domanda di assistenza e una partecipazione alla prevenzione ancora disomogenea.

Questo dossier sintetizza i principali **indicatori di salute e di ricorso ai servizi**, che si basano su dati riferiti all'annualità 2024, confrontando la Zona Aretina con i valori medi dell'ASL Toscana Sud Est e della Regione Toscana, per delineare punti di forza, criticità e priorità di intervento.

1. Demografia

La **Zona Aretina** si conferma un territorio demograficamente stabile, ma caratterizzato da una **marcata presenza di popolazione anziana**, in linea con la tendenza osservata nel resto della Toscana.

Il **tasso di natalità** si attesta al **6,4%**, un valore superiore rispetto alla media dell'ASL Toscana Sud Est (5,6‰) e della regione (5,7‰). Questa differenza, pur modesta, indica una **vitalità demografica lievemente superiore**, sostenuta soprattutto dai comuni più dinamici del capoluogo e dalla presenza di famiglie giovani nei centri urbani.

L'**indice di vecchiaia** raggiunge quota **235,0**, inferiore alla media aziendale (253,2) ma comunque elevato, confermando la **trasformazione strutturale del territorio verso fasce d'età più mature**. Gli **over 74 anni** rappresentano il **14,4% della popolazione**, una quota simile alla media toscana (14,6%) e leggermente inferiore all'ASL Sud Est (15,0%).

Secondo il *profilo aziendale di salute*, il **saldo naturale** (differenza tra nati e morti) resta negativo, ma il **calo demografico è contenuto** grazie all'apporto della popolazione straniera, che compensa parzialmente la diminuzione dei residenti italiani.

Il profilo di salute sottolinea come la **struttura per età della Zona Aretina** si collochi in una posizione intermedia tra i territori più giovani (come la Valdichiana) e quelli a maggiore anzianità (come la Valtiberina). L'area mostra inoltre una **progressiva concentrazione della popolazione nei centri urbani**, accompagnata da una **lieve riduzione dei residenti nei comuni montani o rurali**, in linea con la tendenza regionale alla polarizzazione demografica.

La combinazione di **invecchiamento e concentrazione urbana** comporta una crescita della domanda di **servizi socio-sanitari integrati**, in particolare per la gestione della cronicità e della non autosufficienza, ma anche un **rafforzamento delle opportunità di prossimità** nei contesti urbani.

In sintesi:

La Zona Aretina presenta una **popolazione anziana ma vitale**, con una natalità leggermente più alta rispetto alla media aziendale e un tessuto sociale ancora capace di rigenerarsi. Le dinamiche demografiche richiedono, tuttavia, una **pianificazione mirata dei servizi per anziani e famiglie giovani**, per mantenere equilibrio tra generazioni e territori.

2. Determinanti di salute

I determinanti di salute comprendono le condizioni socio-economiche, culturali e ambientali che influenzano direttamente il benessere e la qualità della vita.

Nel complesso, la **Zona Aretina** mostra un **profilo socio-economico solido**, sostenuto da un buon livello di reddito, da una rete di volontariato capillare e da un capitale sociale tra i più alti dell'ASL Toscana Sud Est.

- Il **reddito medio imponibile pro capite** è pari a circa **24.600 euro**, in linea con la media regionale.
- Il **tasso di disoccupazione standardizzato** (23,5) è inferiore a quello aziendale (25,3) e simile al dato toscano (23,8).
- L'**indice di presenza del terzo settore formalizzato** è **32,5 per 1.000 abitanti**, più alto rispetto a ASL (31,4) e Toscana (29,6), a testimonianza di una **forte partecipazione civica e capacità di auto-organizzazione comunitaria**.
- Le **famiglie con ISEE inferiore a 6.000 euro** sono il **5,6%**, un valore leggermente superiore alla media aziendale (4,8%), ma sostanzialmente in linea con la Toscana (5,4%).

Il territorio aretino presenta una **buona distribuzione delle risorse e una rete di welfare di prossimità articolata**, che si traduce in una **copertura equilibrata dei bisogni primari**. Tuttavia, si evidenziano **sacche di fragilità** nelle aree più periferiche, soprattutto nei comuni collinari e rurali, dove la minor densità di servizi può accentuare disuguaglianze di accesso.

Il contesto socio-economico appare quindi **omogeneo e resiliente**, ma con differenze interne che richiedono attenzione, in particolare nei confronti di famiglie monoreddito, anziani soli e giovani in transizione verso l'autonomia.

Focus: Giovani e stili di vita

Gli stili di vita dei giovani rappresentano un elemento cruciale per comprendere il futuro stato di salute della popolazione.

Al momento della rilevazione, le **Zone Aretina, Casentino e Valtiberina** costituivano un'unica zona socio-sanitaria: per questo motivo **non sono disponibili dati distinti** per la sola Aretina.

I dati aziendali mostrano tuttavia un quadro in chiaroscuro. I giovani tra i 14 e i 19 anni mostrano **buone abitudini alimentari**, con un consumo di frutta e verdura simile alla media regionale, e una **sedentarietà leggermente inferiore**. Tuttavia, persistono **comportamenti a rischio**, come il **fumo regolare**, il **consumo eccedentario di alcol** e l'**uso di sostanze psicotrope**, che risultano più diffusi nella popolazione giovanile dell'ASL rispetto alla media toscana.

Questi aspetti evidenziano la necessità di **rafforzare i programmi di educazione alla salute**, in particolare negli istituti scolastici, promuovendo **attività sportive accessibili, corretta alimentazione e campagne di prevenzione precoce** delle dipendenze.

Il coinvolgimento delle scuole, delle famiglie e del terzo settore è essenziale per consolidare una **cultura della salute condivisa** tra i più giovani.

In sintesi:

La Zona Aretina dispone di **buone basi socio-economiche** e di un **forte capitale sociale**, ma deve proseguire nella riduzione delle disuguaglianze territoriali e nella promozione del benessere giovanile.

Il focus sui giovani mostra che, accanto a comportamenti salutarî diffusi, persistono **rischi legati alle nuove dipendenze** e alle **fragilità relazionali**, su cui è necessario intervenire in modo integrato, tra scuola, sanità e comunità locale.

3. Famiglie e minori

Il contesto familiare della **Zona Aretina** si conferma un pilastro della coesione sociale. La presenza di nuclei con figli, pur in calo rispetto al passato, resta più consistente rispetto ad altre aree aziendali, e questo contribuisce a mantenere vivo il tessuto comunitario e scolastico.

I **minori rappresentano il 14,0% della popolazione**, una quota leggermente superiore rispetto all'ASL Toscana Sud Est (13,7%) e alla Toscana (13,9%). Tale dato riflette un territorio che, nonostante l'invecchiamento, conserva **una discreta vitalità generazionale**.

Tuttavia, il **tasso di copertura dei servizi educativi 0-3 anni** si ferma al **41,8%**, inferiore sia alla media aziendale (46,3%) sia a quella regionale (47,7%). Questo evidenzia una **carenza strutturale di posti nei nidi e nei servizi integrativi** che può penalizzare l'occupazione femminile e la conciliazione tra vita familiare e lavoro.

Sul fronte scolastico, la **percentuale di esiti negativi nella scuola secondaria di secondo grado** è del **7,6%**, migliore rispetto alla media dell'ASL (8,1%) e della Toscana (9,3%). Questo dato, insieme al basso tasso di abbandono scolastico, indica una **buona qualità del sistema educativo** e una **rete di sostegno scolastico efficace**.

Il documento aziendale segnala inoltre un **incremento della collaborazione tra scuole, servizi sociali e associazioni** del territorio, elemento che ha contribuito a contenere le fragilità educative e sociali post-pandemia.

Tuttavia, resta importante **rafforzare l'offerta di servizi 0-3 anni**, soprattutto nei comuni minori, e garantire **sostegni mirati alle famiglie vulnerabili** per prevenire il rischio di esclusione sociale dei minori.

In sintesi:

La Zona Aretina si distingue per un **buon equilibrio familiare e scolastico**, con risultati formativi positivi e un contesto relazionale solido.

Le priorità restano il **potenziamento dei servizi per la prima infanzia** e il **sostegno alle famiglie fragili**, per mantenere alta la coesione sociale e prevenire disuguaglianze precoci.

4. Popolazione straniera

La **presenza straniera** nella Zona Aretina è una componente strutturale del tessuto sociale e produttivo locale.

Gli **stranieri residenti** rappresentano l'**11,6% della popolazione**, valore leggermente superiore alla media aziendale (11,2%) e in linea con la media regionale (12,0%). La loro distribuzione non è uniforme: il capoluogo concentra la maggior parte dei cittadini di origine straniera, con una prevalenza di comunità europee e nordafricane.

Il **tasso di disoccupazione degli stranieri** (41,5) è inferiore rispetto alla media aziendale (45,5) ma ancora superiore al dato regionale (37,7).

Nonostante ciò, la partecipazione straniera al mercato del lavoro è **più stabile** rispetto al passato e caratterizzata da una crescente presenza nel settore dei servizi, dell'assistenza e dell'artigianato.

I **minori stranieri in carico ai servizi sociali** rappresentano il **27,3% del totale**, un valore più basso rispetto alla media aziendale (34,2%) e regionale (38,1%), segno di **buoni livelli di integrazione e inclusione scolastica**.

Il dato regionale osserva che la **seconda generazione di stranieri** tende a mostrare risultati scolastici e professionali più simili a quelli dei coetanei italiani, grazie all'accesso continuativo al sistema educativo locale.

Le criticità ancora presenti riguardano l'**accesso alle cure** e la **barriera linguistica** nei percorsi sanitari e sociali. Gli operatori dei servizi segnalano la necessità di mantenere e rafforzare **azioni di mediazione culturale** e di informazione sanitaria mirata.

In sintesi:

La popolazione straniera nella Zona Aretina è **ben integrata e stabile**, con **buoni livelli di inserimento lavorativo e partecipazione scolastica equilibrata**.

Le politiche di inclusione e mediazione culturale si confermano strumenti essenziali per garantire **pari opportunità di salute e cittadinanza**, in un contesto che evolve verso una maggiore diversità sociale.

5. Stato di salute generale

Gli indicatori di salute generale confermano che la **Zona Aretina** presenta un quadro complessivamente **positivo e stabile**.

Il **tasso di ospedalizzazione standardizzato** si attesta a **116,7 ricoveri per 1.000 abitanti**, leggermente inferiore alla media aziendale (119,7) e in linea con la Toscana (116,1).

Questo dato suggerisce un **uso appropriato delle strutture ospedaliere** e una crescente efficacia

dei percorsi di presa in carico territoriale, che stanno progressivamente riducendo i ricoveri per cause prevenibili.

La **mortalità generale** (869,8 per 100.000 abitanti) risulta lievemente più alta rispetto ai valori medi di ASL e Regione, un effetto che è ancora **parzialmente legato al periodo post-pandemico**, ma non evidenzia scostamenti significativi di lungo periodo.

La **speranza di vita alla nascita** è di **81,4 anni per gli uomini e 85,2 per le donne**, valori perfettamente in linea con quelli regionali, segno di una **buona qualità complessiva del sistema sanitario e dei determinanti di salute locali**.

Il dato aziendale evidenzia inoltre come nella Zona Aretina si registri una **progressiva riduzione della mortalità prematura** (prima dei 70 anni), grazie al miglioramento nella diagnosi precoce e nella gestione delle principali patologie croniche, in particolare cardiovascolari e oncologiche.

La salute generale beneficia anche di un **livello medio-alto di scolarizzazione**, di una **discreta dotazione di servizi di prevenzione** e della presenza di **strutture territoriali e consultori attivi**. Tuttavia, persistono alcune **differenze interne** tra capoluogo e comuni periferici, dove la distanza dai servizi può tradursi in ritardi nell'accesso o minore adesione ai programmi di prevenzione.

In sintesi:

La Zona Aretina presenta una **buona salute complessiva**, una **speranza di vita elevata** e un **uso appropriato delle risorse ospedaliere**.

La priorità per i prossimi anni resta quella di **rafforzare la prevenzione e l'equità territoriale**, garantendo pari accesso ai servizi di salute in tutto il comprensorio.

6. Cronicità

Le **malattie croniche** rappresentano, insieme alla non autosufficienza, uno dei principali determinanti del carico assistenziale sul sistema sanitario e sui servizi territoriali.

Nella **Zona Aretina**, circa un terzo della popolazione adulta soffre di almeno una patologia cronica, una proporzione in linea con la media toscana. Questo dato riflette da un lato l'**elevata età media della popolazione**, dall'altro la **capacità del sistema sanitario di prolungare la sopravvivenza e migliorare la qualità di vita** delle persone affette da patologie croniche grazie a un'assistenza continuativa e appropriata.

Il numero complessivo di malati cronici stimato nella zona è di **336 per 1.000 residenti**, valore simile a quello regionale.

Le donne sono mediamente più anziane e numericamente più rappresentate, ma una volta corretto per età, la prevalenza delle malattie croniche risulta **più alta negli uomini (327 per 1.000)** rispetto alle donne (316 per 1.000), in linea con il quadro toscano.

Tra le patologie più diffuse si segnalano:

- il **diabete**, con una prevalenza di **61,6 casi per 1.000 residenti**, inferiore alla media aziendale (63,5) e regionale (63,2),
- la **broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)**, che interessa **15 persone su 1.000**, leggermente sopra la media regionale,
- la **demenza**, con un tasso di **13,4 per 1.000**, superiore alla media aziendale (12,4) e in lieve aumento negli ultimi anni.

Secondo il documento regionale di riferimento, la distribuzione delle malattie croniche in Toscana mostra come le aree a più alta prevalenza coincidano spesso con territori a popolazione più anziana, come appunto **Val di Chiana, Valdarno e Zona Aretina**.

Il numero assoluto di cronici rappresenta quindi un **importante indicatore del carico di lavoro dei servizi territoriali e della medicina generale**, oltre che una misura indiretta dell'efficacia dei percorsi di cura e della prevenzione delle complicanze.

Negli ultimi anni la Regione Toscana ha promosso un **approccio proattivo alla cura della cronicità**, centrato sul ruolo del medico di medicina generale e sulla **presa in carico integrata del paziente cronico**.

In questo contesto, i dati della Zona Aretina evidenziano **buoni livelli di controllo del diabete e delle patologie cardiovascolari**, ma anche **una crescita graduale delle malattie respiratorie croniche e delle forme di decadimento cognitivo**, in linea con l'invecchiamento della popolazione.

In sintesi, la Zona Aretina presenta un **profilo di cronicità coerente con la struttura demografica** del territorio: elevata prevalenza, ma con segni positivi di gestione territoriale efficace e di mantenimento della qualità di vita.

La priorità per i prossimi anni resta il **rafforzamento dell'assistenza proattiva**, l'integrazione tra medicina generale, specialistica e servizi sociali, e l'adozione di percorsi uniformi di prevenzione e monitoraggio per le principali malattie croniche.

7. Disabilità e non autosufficienza

La **disabilità** e la **non autosufficienza** rappresentano una delle principali sfide di salute pubblica per la Zona Aretina, in un contesto demografico segnato dall'invecchiamento e dall'aumento delle patologie croniche.

Il quadro complessivo mostra un sistema locale **solido e capillare**, capace di garantire una presa in carico diffusa sul territorio, anche se con margini di miglioramento in termini di uniformità e copertura nei comuni periferici.

Gli **anziani non autosufficienti ospiti di strutture residenziali** sono **10,8 ogni 1.000 ultra65enni**, in linea con la media aziendale e superiore alla media regionale (8,6). Questo indica una **buona capacità di accoglienza residenziale**, sostenuta da una rete di RSA e case famiglia diffuse e in costante coordinamento con i servizi territoriali.

Gli **anziani assistiti a domicilio** sono **37,2 ogni 1.000 over 65**, un dato nettamente superiore alla media aziendale (30,3) e regionale (28,1). Questo risultato è attribuibile al **potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)** e all'efficace collaborazione tra i servizi infermieristici territoriali e i medici di medicina generale.

Le **persone con disabilità in carico ai servizi sociali** sono **8,1 ogni 1.000 abitanti**, un valore inferiore alla media toscana (11,7). L'**incidenza delle disabilità gravi** è stimata in **4,5 per 10.000 residenti**.

Il documento aziendale segnala che nella Zona Aretina si è consolidato un modello di **presa in carico personalizzata**, che favorisce la permanenza a domicilio, l'adattamento dell'ambiente domestico e l'integrazione tra servizi sociali e sanitari.

Le criticità maggiori riguardano l'**accesso ai servizi per le persone con disabilità adulte** e la **transizione dai servizi per minori a quelli per adulti**, ancora non sempre fluida.

Nel complesso, la Zona Aretina mostra una **buona capacità di risposta ai bisogni di lungo assistenza**, grazie anche alla presenza di un **terzo settore attivo** e di una **rete di volontariato consolidata**, che integra efficacemente l'intervento pubblico.

In sintesi:

La Zona Aretina dispone di una **rete solida di servizi per la non autosufficienza**, con un equilibrio tra assistenza domiciliare e strutture residenziali.

Le priorità future riguardano il **rafforzamento della continuità assistenziale** e il **miglioramento del raccordo tra i servizi sociali, sanitari e riabilitativi**, per garantire equità e qualità in tutto il territorio.

8. Salute mentale

La salute mentale rappresenta un ambito di crescente attenzione nella Zona Aretina, sia per l'impatto sociale dei disturbi psichici sia per l'evoluzione dei bisogni dopo la pandemia.

Il quadro locale evidenzia **una bassa prevalenza di utenti in carico ai servizi specialistici**, ma un **uso dei farmaci psicotropi nella media regionale**.

Il **tasso di utenti presi in carico dai servizi di salute mentale adulti** è di **7,1 ogni 1.000 abitanti**, valore nettamente inferiore alla media aziendale (12,2) e regionale (10,6).

Parallelamente, il **consumo di antidepressivi** è pari a **8,6 DDD/1.000 ab./die**, lievemente superiore al valore aziendale (7,7) e in linea con la media toscana (8,4).

Questo apparente disallineamento, come evidenziato nel documento regionale, suggerisce che **una quota rilevante di disagio psichico viene gestita in ambito extra-specialistico**, probabilmente dal medico di medicina generale, o con percorsi privati o di auto-gestione.

Nella Zona Aretina la **presa in carico dei giovani adulti** (fascia 18–30 anni) è più bassa rispetto alla media regionale, ma si osserva un **incremento degli accessi ai servizi dopo il 2022**, in particolare per disturbi d'ansia e dell'umore.

La rete dei **Centri di Salute Mentale** e dei **servizi territoriali** appare in fase di potenziamento, con l'introduzione di modelli di **presa in carico integrata socio-sanitaria** e una maggiore attenzione alla **continuità terapeutica**.

Le principali criticità individuate riguardano la **limitata disponibilità di personale specialistico** e la **copertura disomogenea** tra capoluogo e comuni periferici, dove la domanda latente di assistenza psichica rischia di non emergere pienamente.

In sintesi:

La Zona Aretina mostra una **bassa prevalenza di utenti in carico** ma un **uso farmacologico nella norma**, suggerendo una gestione diffusa e spesso non specialistica del disagio mentale.

Le priorità individuate dal dato aziendale sono il **rafforzamento dei servizi territoriali**, la **presa in carico precoce dei giovani**, e la **collaborazione stabile con i servizi sociali e scolastici**, per una prevenzione più efficace e una rete di supporto comunitaria.

9. Materno-infantile

Gli indicatori di salute materno-infantile nella **Zona Aretina** confermano un quadro **molto positivo**, stabile negli ultimi anni e perfettamente allineato ai valori regionali.

La qualità del percorso nascita e la buona diffusione dei servizi di consultorio contribuiscono a garantire **esiti perinatali favorevoli** e una **presa in carico precoce della maternità**.

La **mortalità infantile** è di **1,2 per 1.000 nati vivi**, leggermente inferiore alla media aziendale (1,3) e regionale (1,5), a testimonianza di un sistema di assistenza efficace e ben coordinato.

I nati vivi con peso inferiore a 1.500 grammi rappresentano lo **0,6% del totale**, un dato anch'esso migliore rispetto alla media dell'ASL (0,8%) e in linea con quella toscana (0,7%).

La **copertura dell'assistenza ostetrica territoriale** è elevata e i **consultori familiari** mantengono un ruolo centrale nel supporto alla gravidanza fisiologica e nella promozione della salute della donna.

In particolare, la Zona Aretina si distingue per una **buona adesione ai corsi di accompagnamento alla nascita** e per la **presenza di équipe multidisciplinari** in grado di seguire la maternità con continuità, anche nel periodo post-partum.

Un altro elemento di rilievo è il **basso tasso di tagli cesarei** nei parti a basso rischio, segno di **appropriatezza clinica e adesione ai protocolli regionali**.

Sul versante pediatrico, si osserva una **copertura vaccinale stabile e prossima ai target regionali**, grazie al lavoro di rete tra pediatri di libera scelta, consultori e scuole.

Il documento sottolinea infine l'importanza di **rafforzare il sostegno alle famiglie fragili o monoparentali**, soprattutto nei casi di vulnerabilità socio-economica, per favorire un accesso equo ai servizi per la prima infanzia.

In sintesi:

La Zona Aretina presenta **ottimi risultati materno-infantili**, con bassi tassi di mortalità e di esiti avversi, una **rete consultoriale efficiente** e una **buona adesione ai programmi di prevenzione**. Le priorità future riguardano la **riduzione delle disuguaglianze di accesso** e il **sostegno precoce alla genitorialità**, con particolare attenzione alle famiglie in condizioni di fragilità.

10. Prevenzione (Esiti di salute)

La prevenzione rappresenta un punto di forza del sistema sanitario locale e contribuisce in modo determinante al buono stato di salute generale della popolazione.

Nella **Zona Aretina**, gli indicatori di esito mostrano una **mortalità evitabile** pari a **144,7 per 100.000 abitanti**, un dato **migliore** rispetto all'ASL Toscana Sud Est (146,7) e alla media regionale (147,7).

Tale risultato è attribuibile a:

- un **elevato livello di copertura dei programmi di screening oncologici**, in particolare mammografico e colon-rettale;
- una **buona adesione alle campagne vaccinali**, sia pediatriche che dell'adulto;
- una **rete di medicina territoriale efficace**, capace di intercettare precocemente i fattori di rischio.

Il **trend di riduzione della mortalità evitabile** è costante negli ultimi anni, a testimonianza della **continuità delle politiche di prevenzione** e della capacità del territorio di integrare le azioni sanitarie con quelle sociali e ambientali.

Il documento regionale sottolinea, in particolare, il ruolo delle **azioni di promozione della salute nelle scuole** e dei **programmi di prevenzione cardiovascolare e metabolica**, che nella Zona Aretina hanno raggiunto buoni livelli di copertura.

Permane, tuttavia, una **variabilità intra-zonale** nella partecipazione agli screening, con una **adesione più alta nel comune capoluogo e più bassa nelle aree periferiche o rurali**.

Ridurre queste differenze rappresenta una priorità per garantire **equità e universalità** dei programmi di prevenzione.

In sintesi:

La Zona Aretina mostra **ottimi risultati negli esiti di prevenzione**, con una mortalità evitabile tra le più basse dell'ASL.

La sfida per i prossimi anni è **mantenere alta l'adesione ai programmi di screening**, investendo su **prossimità, comunicazione e partecipazione attiva** della popolazione.

Considerazioni conclusive

Il quadro complessivo della **Zona Aretina nel 2025** restituisce un'immagine di **buona salute pubblica e forte coesione sociale**.

Il territorio beneficia di una **rete assistenziale ben strutturata**, di **alti livelli di prevenzione** e di una **qualità della vita complessiva elevata**, pur con alcune criticità da monitorare.

Punti di forza:

- Speranza di vita elevata e mortalità evitabile in calo;
- Gestione efficace della cronicità e buona copertura dell'assistenza domiciliare;
- Servizi materno-infantili di qualità e alta partecipazione agli screening;
- Forte capitale sociale e collaborazione tra pubblico, privato e terzo settore.

Aree di miglioramento:

- Disomogeneità territoriale nell'accesso ai servizi e agli screening;
- Persistenti fragilità economiche in alcune fasce di popolazione;
- Bisogno di potenziare l'assistenza psicologica e la presa in carico precoce dei giovani.

In sintesi, la Zona Aretina si conferma un territorio **in buona salute**, capace di affrontare le sfide dell'invecchiamento e dell'equità, grazie a un sistema di **servizi integrato, partecipato e orientato alla comunità**.

Ricorso ai servizi nella Zona Aretina 2025

1. Introduzione e quadro generale

Il **ricorso ai servizi sanitari** rappresenta un indicatore fondamentale per comprendere non solo lo stato di salute della popolazione, ma anche la **capacità del sistema locale di rispondere ai bisogni** in modo equo, tempestivo ed efficace.

Nel 2024 la **Zona Aretina** mostra un quadro complessivamente positivo: l'accesso ai servizi è diffuso, la rete territoriale risulta ben articolata e la popolazione mantiene un **rapporto stabile con il sistema sanitario pubblico**.

Negli ultimi anni, tuttavia, si osservano alcune trasformazioni significative:

- un **incremento della domanda di servizi territoriali e domiciliari**, legato all'invecchiamento e alla cronicità;
- una **riduzione graduale dei ricoveri ospedalieri tradizionali**, in favore di forme di assistenza più leggere e prossimali (day hospital, ambulatoriale, telemedicina);
- una **ripresa post-pandemica** dei programmi di prevenzione e screening, che nel triennio 2022–2024 hanno recuperato gran parte della popolazione sospesa.

Nel complesso, il territorio mostra un buon livello di **appropriatezza e continuità assistenziale**, ma permane la necessità di rafforzare l'integrazione tra **ospedale, territorio e servizi sociali** per rispondere in modo coerente all'aumento della domanda di assistenza di lungo periodo.

2. Prevenzione e promozione della salute

Screening oncologici

Gli screening rappresentano una delle aree più significative di miglioramento:

- L'**adesione allo screening mammografico** ha raggiunto il **79,5%** nel 2024, un valore in crescita e ormai prossimo al target regionale dell'80%.
- Lo **screening colon-rettale** mostra un'adesione del **46,2%**, in aumento rispetto al 2023 ma ancora distante dall'obiettivo del 70%.

Questi dati indicano un **recupero post-pandemico solido**, sostenuto dall'attività di recall e dall'impegno dei medici di medicina generale.

La sfida rimane quella di **coinvolgere maggiormente le fasce socio-economiche più fragili** e i cittadini delle aree periferiche, dove la partecipazione resta più bassa.

Vaccinazioni

Il quadro vaccinale è nel complesso molto positivo:

- La **copertura per MPR (morbillo, parotite, rosolia)** è al **94,99%**, sostanzialmente in linea con l'obiettivo OMS del 95%.
- La **vaccinazione HPV** raggiunge l'**82,8%**, con un incremento notevole rispetto all'anno precedente e una delle migliori performance dell'intera ASL.
- La **vaccinazione antinfluenzale** per gli over 65 si attesta al **61%**, valore stabile ma ancora inferiore al target del 75%.

Si tratta quindi di un **sistema di prevenzione maturo**, con eccellenze nelle vaccinazioni pediatriche e adolescenziali, ma margini di miglioramento nella protezione degli anziani.

3. Cure primarie e assistenza territoriale

Assistenza domiciliare (ADI)

Nel 2024, l'**89,98% delle prese in carico domiciliare** è avvenuto entro 30 giorni dalla segnalazione, un dato in crescita rispetto all'anno precedente e **superiore alla media regionale**. Questo riflette l'efficacia della rete territoriale, l'azione degli **infermieri di comunità** e la buona integrazione tra servizi sanitari e sociali.

La Zona Aretina conferma quindi una **forte vocazione alla prossimità assistenziale** e alla gestione territoriale delle cronicità.

Residenze sanitarie assistenziali (RSA)

L'indicatore relativo alle **ammissioni entro 30 giorni** resta invece critico: nel 2024 è pari al **22,8%**, in calo rispetto al 2023.

Il dato segnala la **persistente difficoltà di accesso** alle strutture, legata sia alla disponibilità limitata di posti che ai tempi amministrativi di autorizzazione.

È un nodo strutturale, che richiede interventi di programmazione e potenziamento della rete residenziale.

4. Servizi ospedalieri e specialistici

L'attività ospedaliera mostra un profilo equilibrato:

Nel 2024 la Zona Aretina registra **102,3 ricoveri ordinari/diurni per 1.000 residenti**, in **diminuzione** rispetto al 2023 (112,1). Il calo indica una **maggiore appropriatezza** dell'uso dell'ospedale e una **crescente gestione in setting alternativi** (day hospital, ambulatoriale, territorio). L'andamento è coerente con la stabilità dei **ricoveri pediatrici** (4,28/100 <14 anni), che restano **inferiori alla media regionale**, confermando un profilo ospedaliero orientato ai casi più complessi e integrato con la rete territoriale.

5. Emergenza-urgenza

L'indicatore **C8B.1**, che misura gli **accessi al pronto soccorso per 1.000 residenti**, registra nel 2024 un valore di **366,9**, praticamente identico al 2023 (366,7).

Questo significa che la **domanda di emergenza è stabile**: la Zona Aretina si mantiene **leggermente sotto la media regionale** (370–380), a testimonianza dell'efficacia della rete territoriale nel filtrare i casi non urgenti.

La presenza di **guardia medica territoriale** e la **presa in carico continuativa dei pazienti cronici** contribuiscono a mantenere la pressione sul PS sotto controllo ma con ampi margini di miglioramento.

6. Equità territoriale e digitalizzazione dei servizi

Uno degli aspetti più rilevanti emersi nel periodo post-pandemico è la **trasformazione digitale del sistema sanitario locale**.

L'uso crescente del **Fascicolo Sanitario Elettronico**, della **prenotazione online (CUP web)** e dei **servizi di telemedicina** ha reso più semplice l'accesso alle prestazioni, riducendo gli spostamenti e migliorando la continuità assistenziale.

Tuttavia, persistono **disuguaglianze di accesso** legate alla connettività e alle competenze digitali, soprattutto tra gli anziani e nelle aree rurali.

Il potenziamento delle **Case di Comunità** e dei **punti di facilitazione digitale** rappresenta una delle priorità per garantire **equità e inclusione sanitaria**.

7. Considerazioni conclusive

Nel 2024 la Zona Aretina conferma un **profilo di utilizzo dei servizi equilibrato, efficiente e orientato alla prevenzione**. Il trend complessivo del ricorso ai servizi mostra una **stabilizzazione dopo gli anni critici della pandemia**, con segnali di consolidamento nella prevenzione e nella presa in carico territoriale.

Tra i risultati più rilevanti:

- Elevate coperture vaccinali e recupero degli screening.
- Ottima efficienza dell'assistenza domiciliare.
- Ricoveri ospedalieri appropriati e PS sotto controllo.

Le criticità principali riguardano:

- La **bassa adesione allo screening coloretale**.
- I **tempi di accesso alle RSA**, ancora troppo lunghi.
- Il **consumo eccessivo di antibiotici** in età adulta. Liste d'attesa per alcune specialità;
- Difficoltà di accesso digitale per alcune fasce della popolazione;
- Invecchiamento del personale medico e necessità di ricambio generazionale.

Nel complesso, il sistema sanitario zonale mostra **resilienza e capacità di adattamento**, sostenuto da una rete territoriale attiva e dalla collaborazione con il terzo settore.

8. Priorità di miglioramento

Per consolidare i risultati e affrontare le criticità, si propongono alcune azioni prioritarie:

- **Rafforzare la prevenzione oncologica**, con campagne mirate e recall attivi per aumentare l'adesione allo screening coloretale.
- **Semplificare l'accesso alle RSA**, ampliando i posti disponibili e riducendo i tempi amministrativi.
- **Migliorare la copertura antinfluenzale** negli anziani, promuovendo la vaccinazione anche nei punti di prossimità.
- **Investire nelle competenze e nel ricambio del personale sanitario**, promuovendo il lavoro di équipe territoriale.
- **Potenziare le reti territoriali integrate**, con un ruolo sempre più attivo delle Case di Comunità e degli infermieri di famiglia.

Profilo di Salute

Zona Aretina



Dott. Tommaso Condello

Responsabile Unità Funzionale
Zona Distretto Aretina



DEMOGRAFIA



Profilo di Salute

Quadro geo-demografico della Zona Aretina

Al 31/12/2024 la popolazione residente era di 127.500 persone

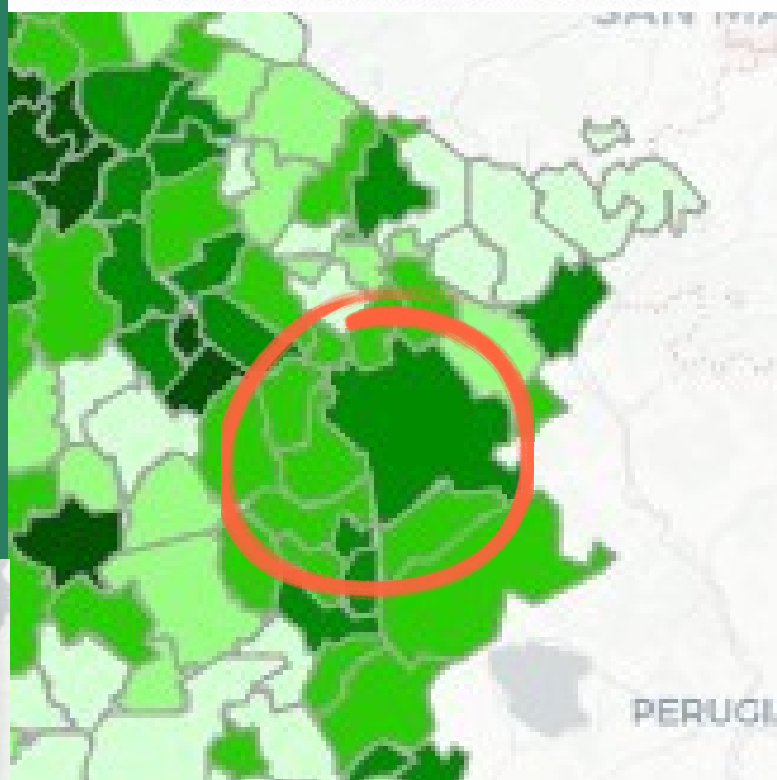
7 comuni complessivi

75,7% della popolazione della Zona risiede nel comune di Arezzo

Densità abitativa - Numero residenti per Km quadrato

Proporzione - Anno 2024 - Totale

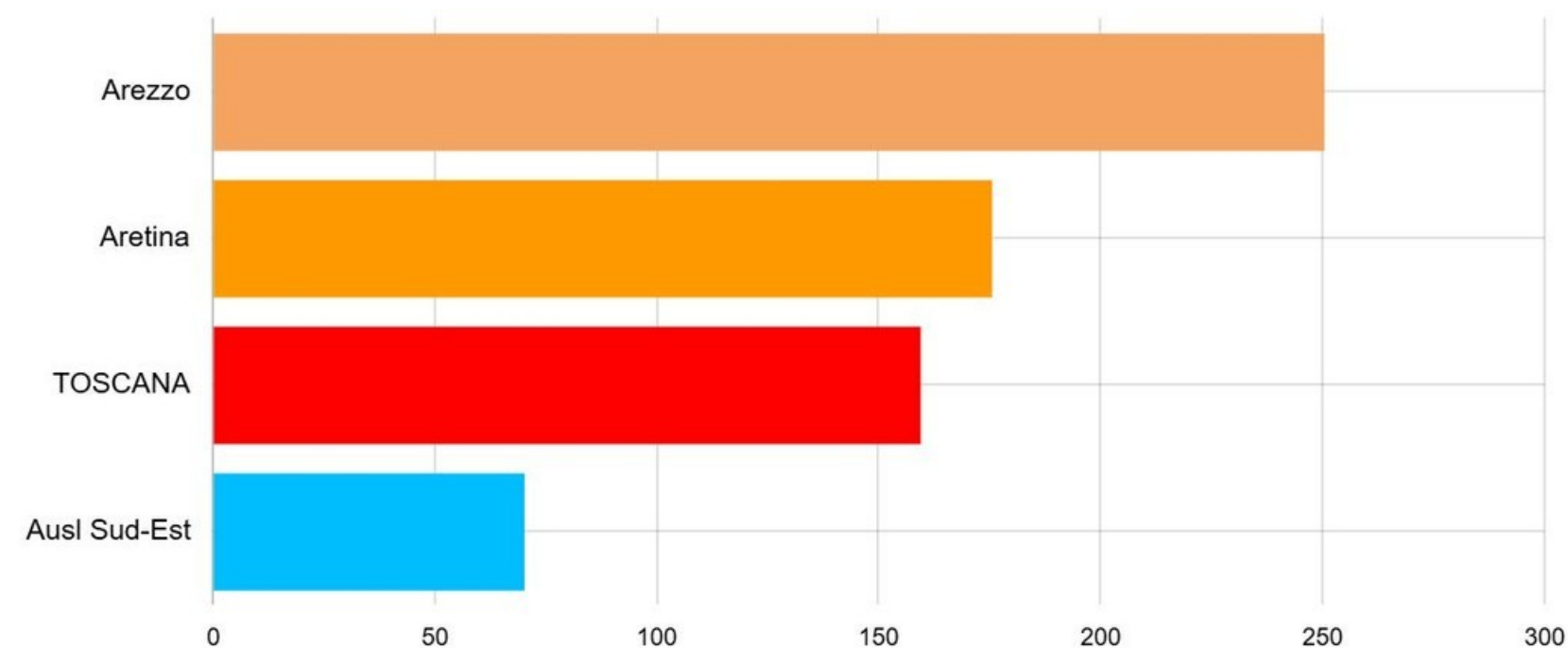
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



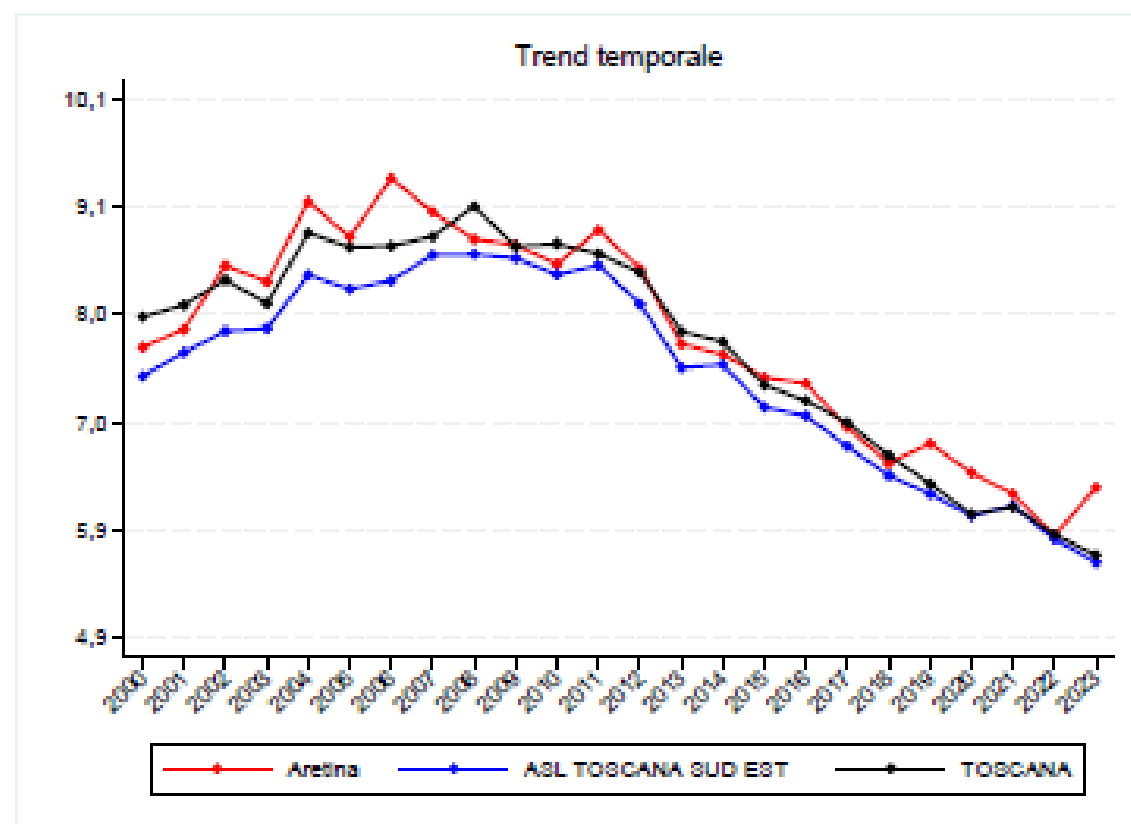
Densità abitativa - Numero residenti per Km quadrato

Proporzione - Anno 2024 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Una popolazione che invecchia...

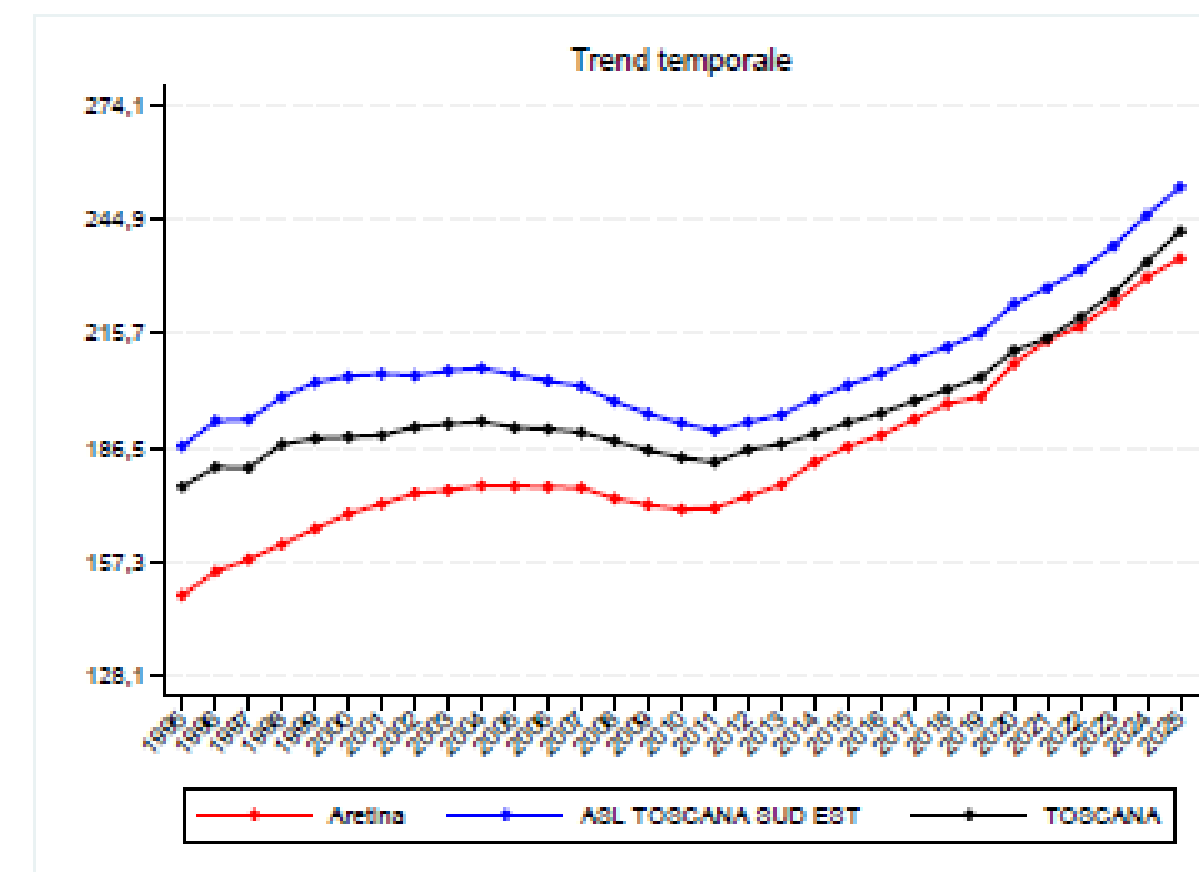


(b) Trend per zona, Asl e regione

● Tasso di natalità, valori 2023

6,4 nati ogni 1000 residenti.

Un valore superiore rispetto alla media dell'ASL Toscana Sud Est e della regione

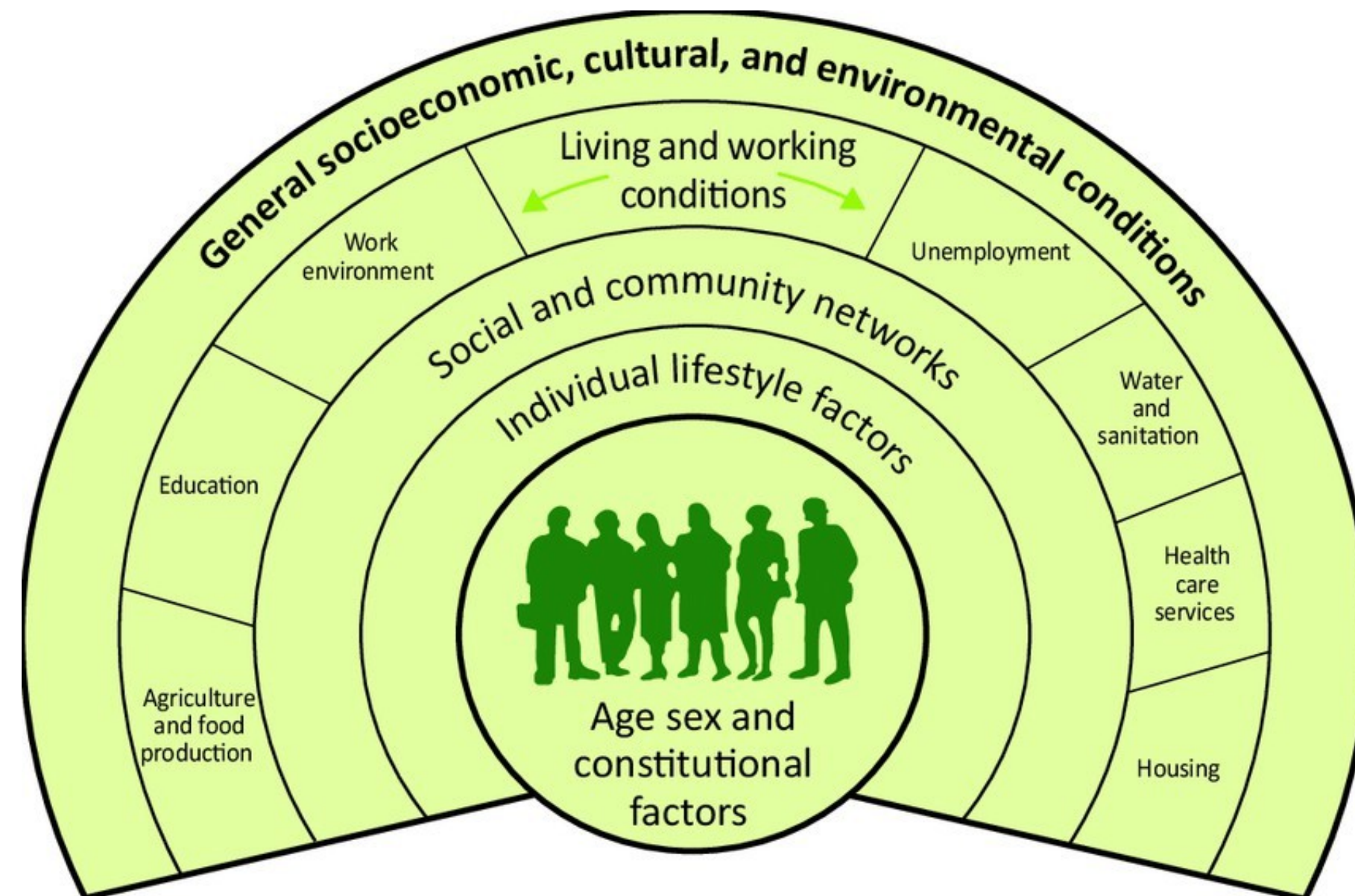


(b) Trend per zona, Asl e regione

● Indice di vecchiaia, valori 2025

L'indice di vecchiaia è 235 ed è inferiore alla media aziendale.

Gli over 74 anni rappresentano il 14,4% della popolazione



◆ DETERMINANTI DI SALUTE ◆

Il tasso di disoccupazione standardizzato (23,5) è inferiore a quello aziendale (25,3) e simile al dato regionale

Reddito medio e pensioni in linea con la media regionale

Richieste di sostegno abitativo 3,9%: inferiori alla media regionale (9,9%)

Le famiglie con ISEE inferiore a 6.000 euro sono il 5,6%, un valore leggermente superiore alla media aziendale (4,8%) e regionale (5,4%)

Gioco d'azzardo: dato grezzo superiore ai valori aziendali e regionali

Determinanti sociali e contesto economico

Giovani e famiglie

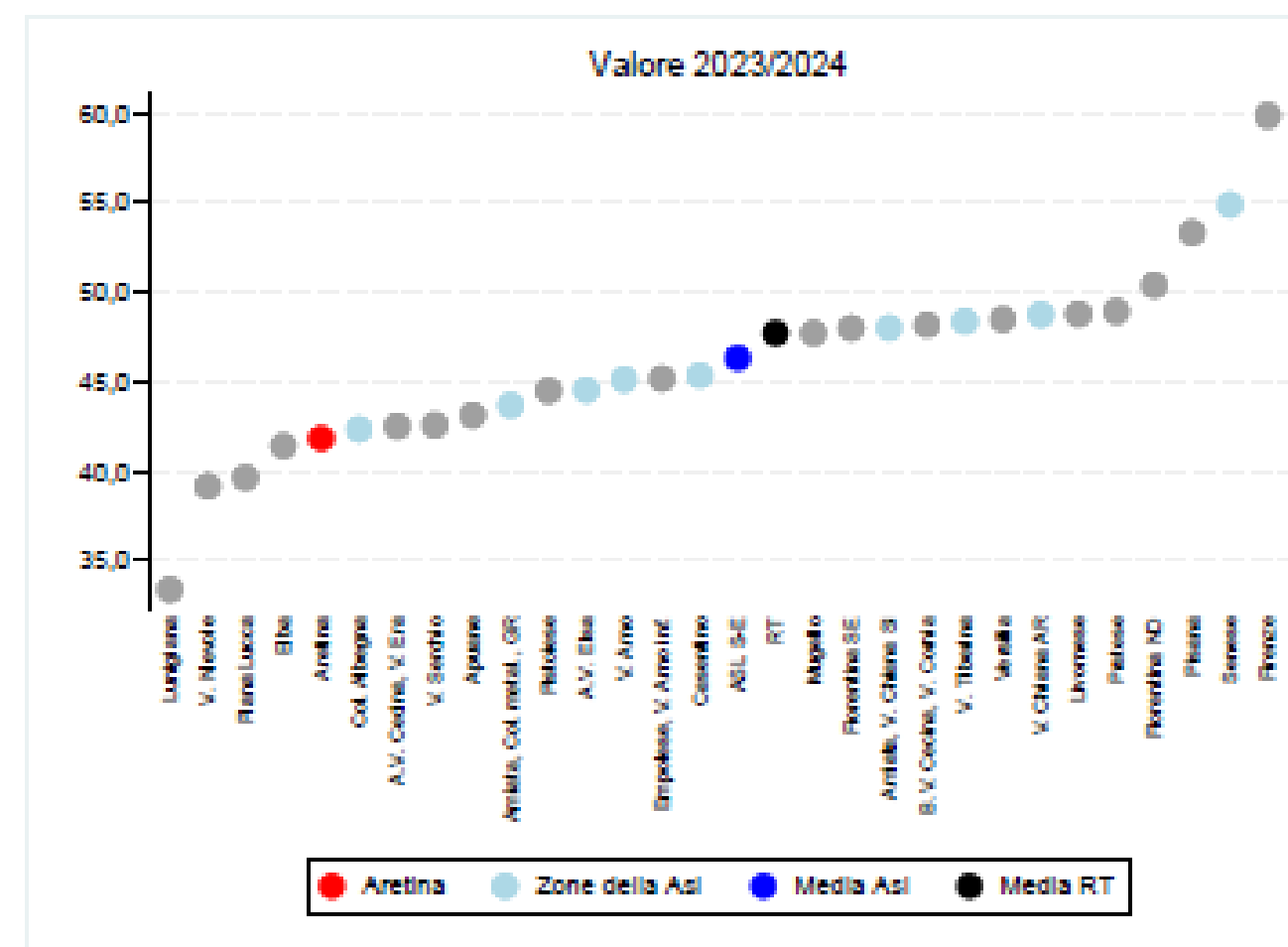


Minori residenti: 14% della popolazione

Bassa dispersione scolastica

Tasso di minori in affidamento familiare alto (2,8%) rispetto alla media aziendale (1,9%) e regionale (1,8%)

Carenza strutturale di posti nei nidi e nei servizi integrativi



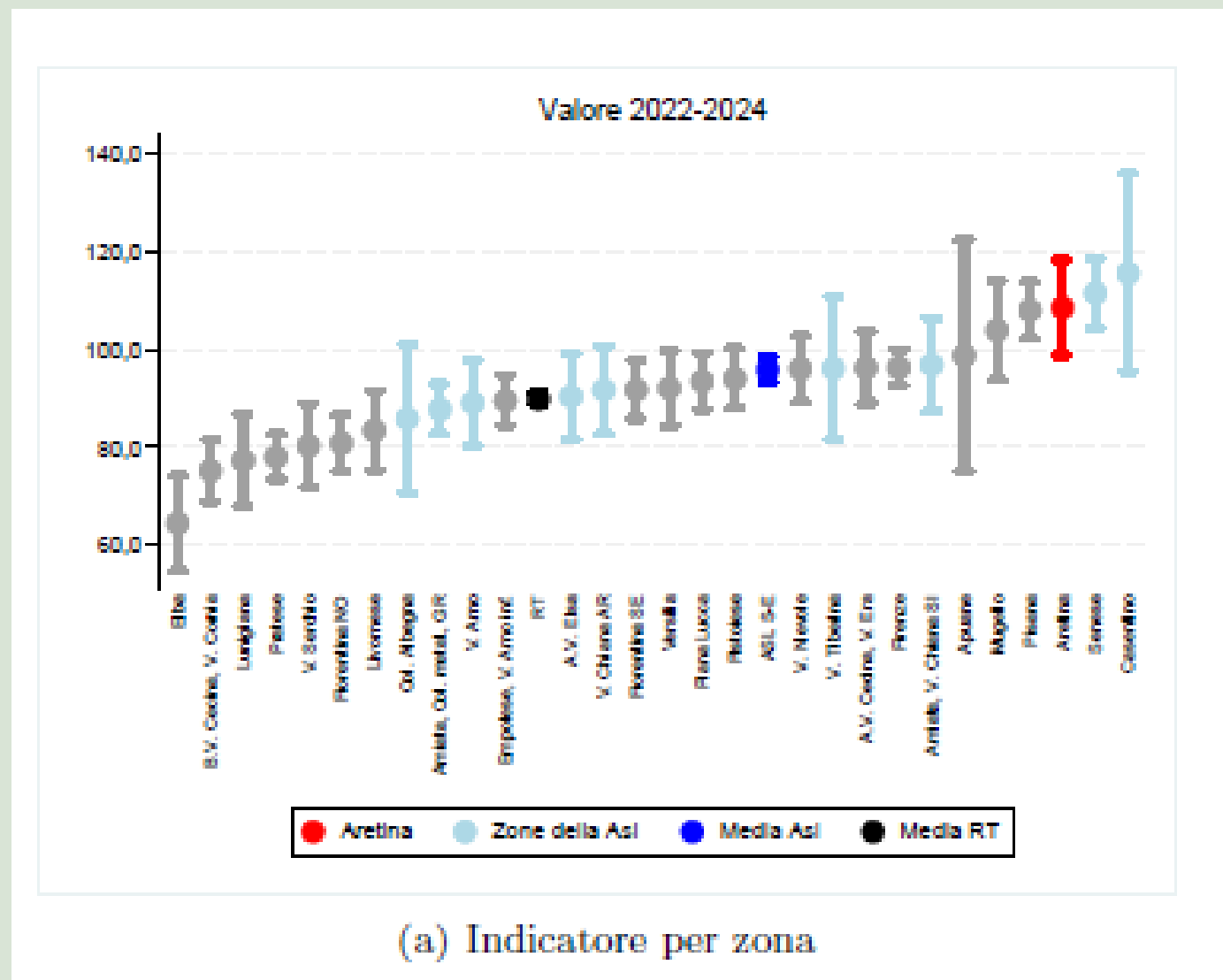
(a) Indicatore per zona

Indicatore di Lisbona,
servizi educativi infanzia,
valori 2024/2024



Stranieri

- Gli stranieri residenti rappresentano l'11,6% della popolazione, valore leggermente superiore alla media aziendale (11,2%) e in linea con la media regionale (12,0%)
- Il tasso di disoccupazione degli stranieri (41,5%) è inferiore rispetto alla media aziendale (45,5%) ma ancora superiore al dato regionale (37,7%)
- Buoni livelli di integrazione ed inclusione scolastica nei minori stranieri
- Il tasso di ospedalizzazione è più alto (109,5%) della media aziendale (103,6%) e regionale (96,4%)



Tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera, valori 2022-2024

Stato di salute generale

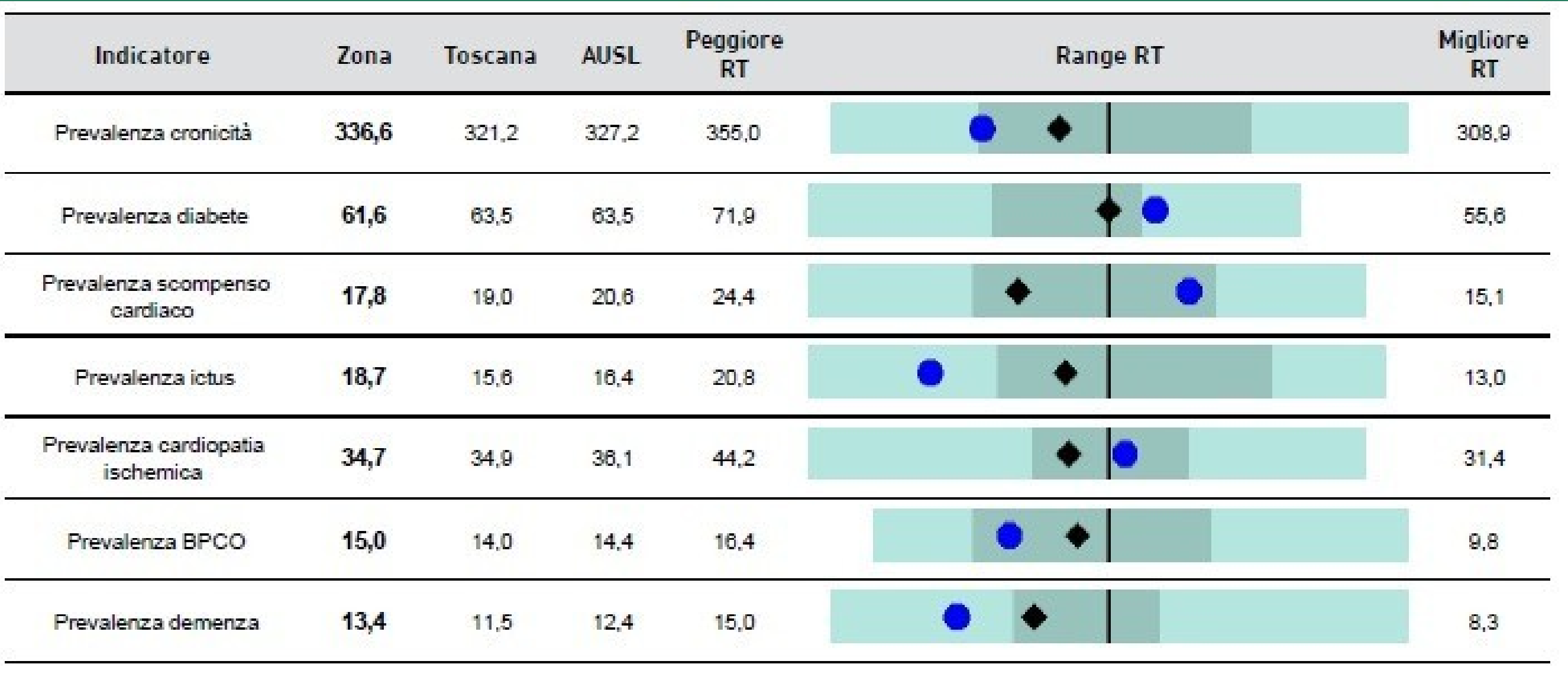
Il tasso di ospedalizzazione standardizzato è di 118,5 ricoveri per 1.000 abitanti, leggermente inferiore alla media aziendale (120,4) e in linea con la Toscana (116,5)



La mortalità generale
(894,4 per 100.000
abitanti) risulta lievemente
più alta rispetto ai valori
medi di ASL e Regione

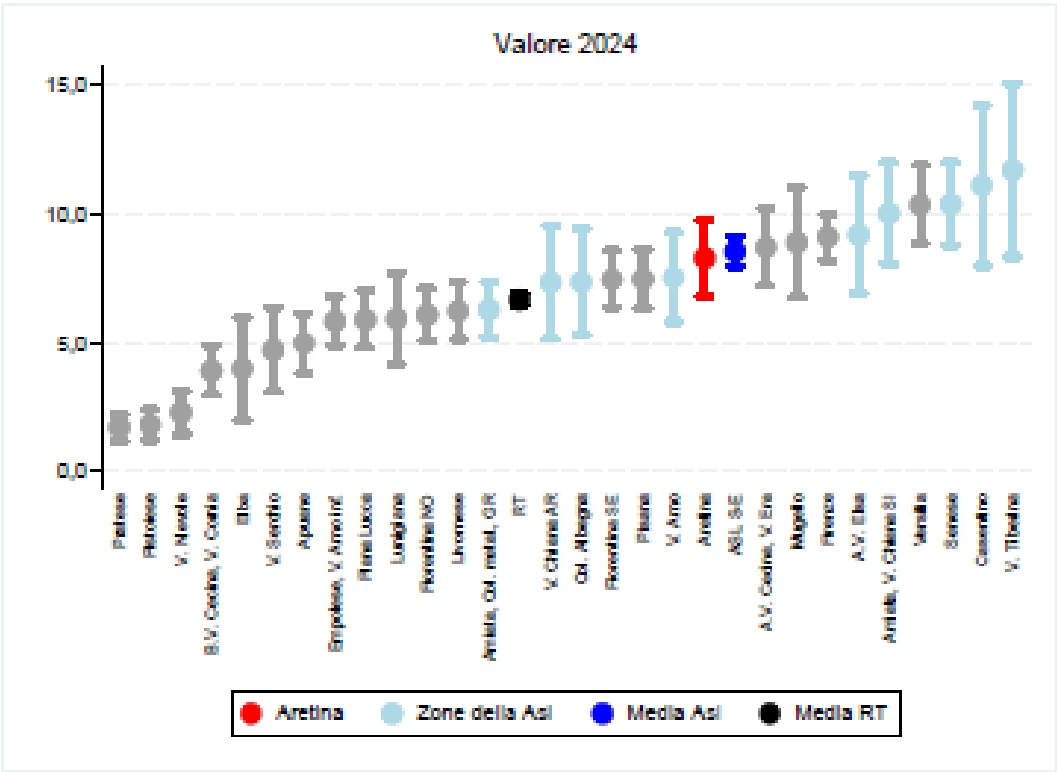
La speranza di vita alla nascita è di 81,4 anni per gli uomini e 85,2 per le donne, valori in linea con quelli regionali

Cronicità

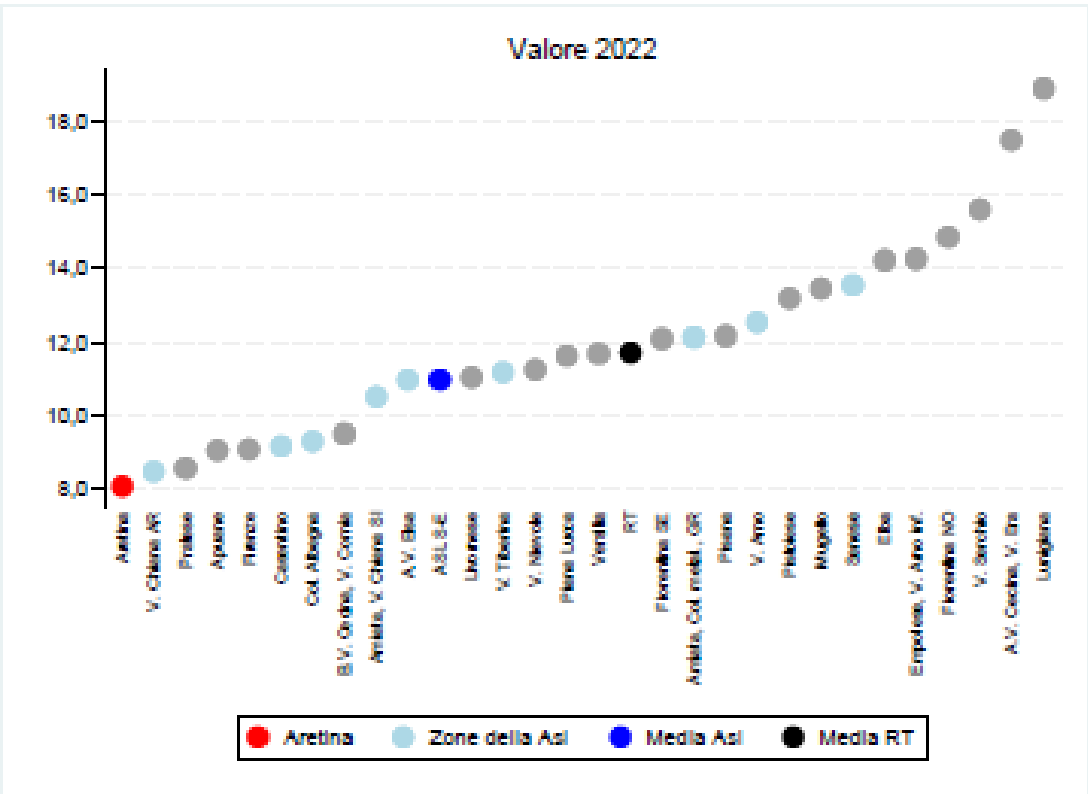


Legenda: ● pallino blu: Zona Aretina; | barra verticale nera valore regionale; ◆ rombo nero: valore aziendale; area grigia: 25° e 75° percentile

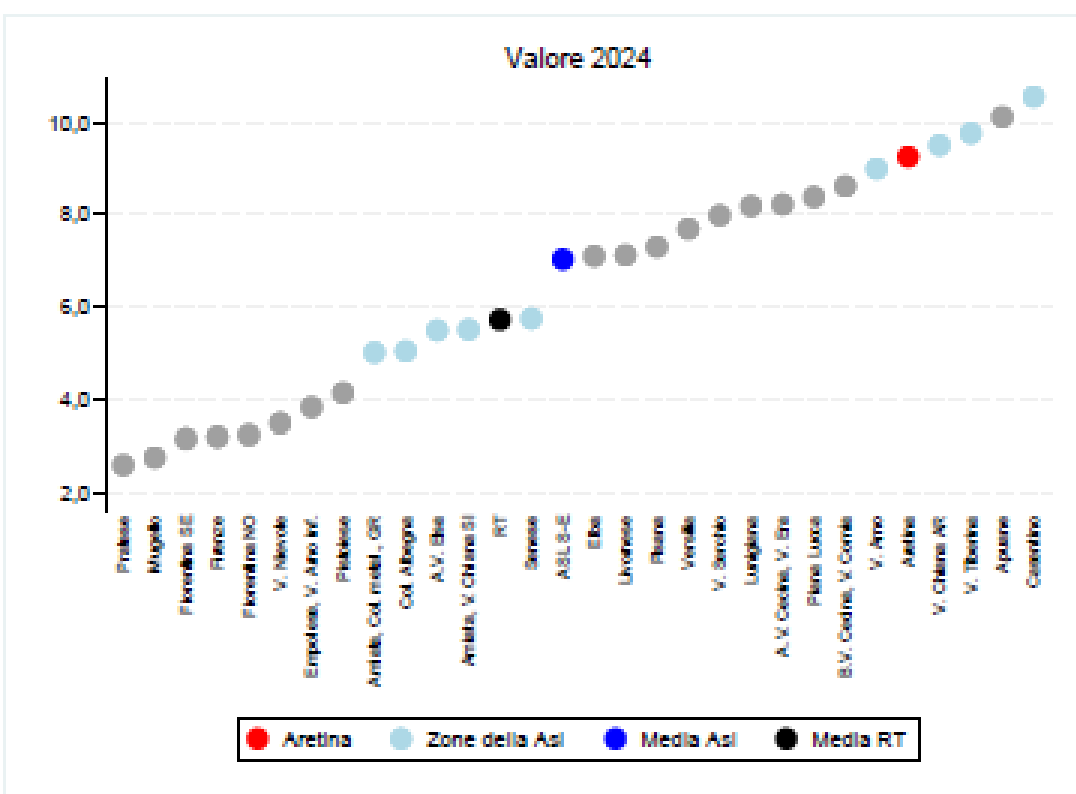
Disabilità e non autosufficienza



(a) Indicatore per zona



(a) Indicatore per zona



(a) Indicatore per zona

Prevalenza anziani non autosufficienti in assistenza domiciliare diretta, valori 2024

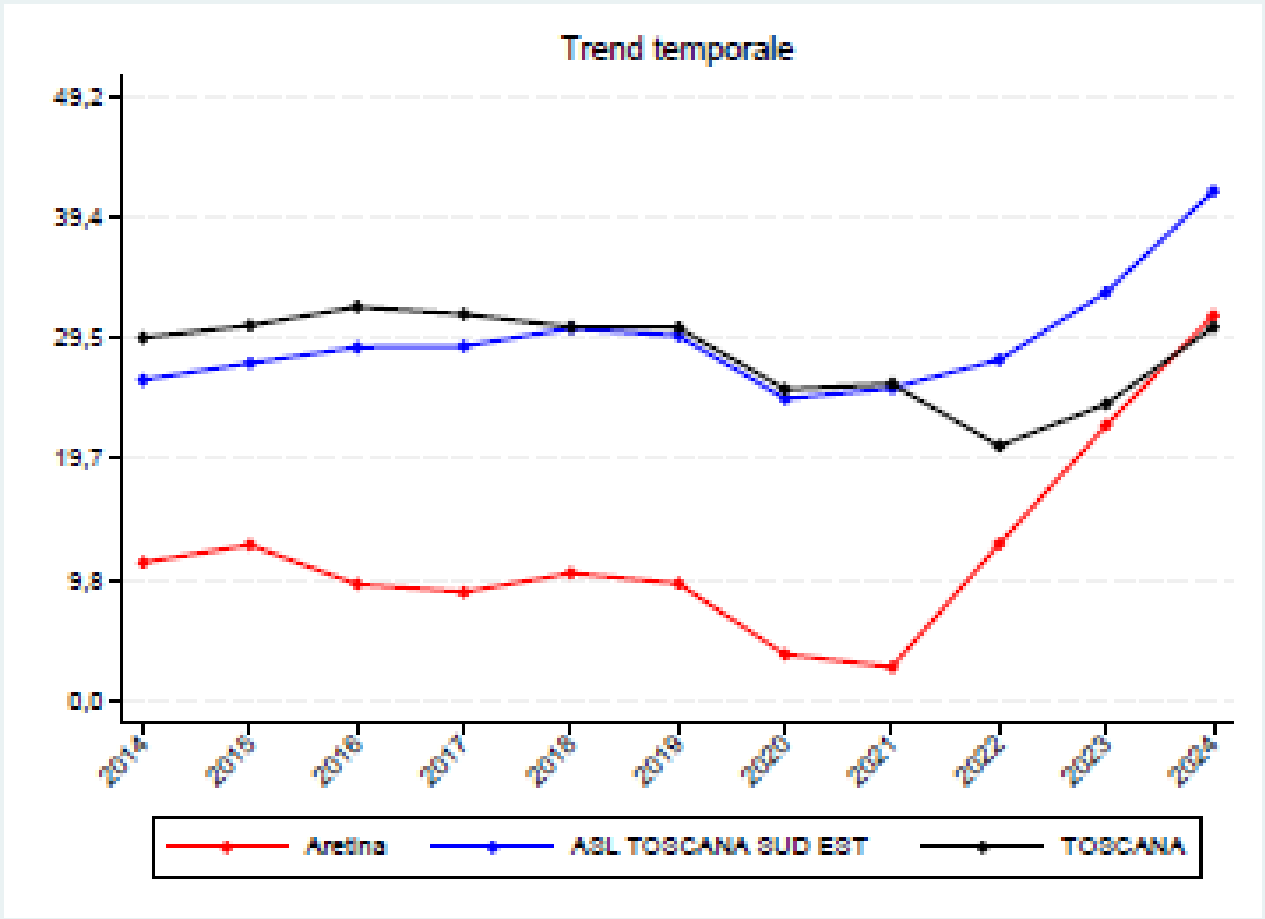
Prevalenza persone con disabilità in carico al servizio sociale, valori 2022

Incidenza di disabilità, valori 2024

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Prevalenza anziani residenti in RSA permanente	10,8	8,6	10,8	2,0		12,6
Prevalenza anziani in assistenza domiciliare diretta	37,2	28,1	30,3	17,2		38,4
Prevalenza persone con disabilità in carico al servizio sociale	8,1	11,7	11,0	8,1		18,9
Incidenza di disabilità	9,3	5,7	7,0	10,6		2,6

Legenda: pallino blu: Zona Aretina; barra verticale nera valore regionale; rombo nero: valore aziendale; area grigia: 25° e 75° percentile

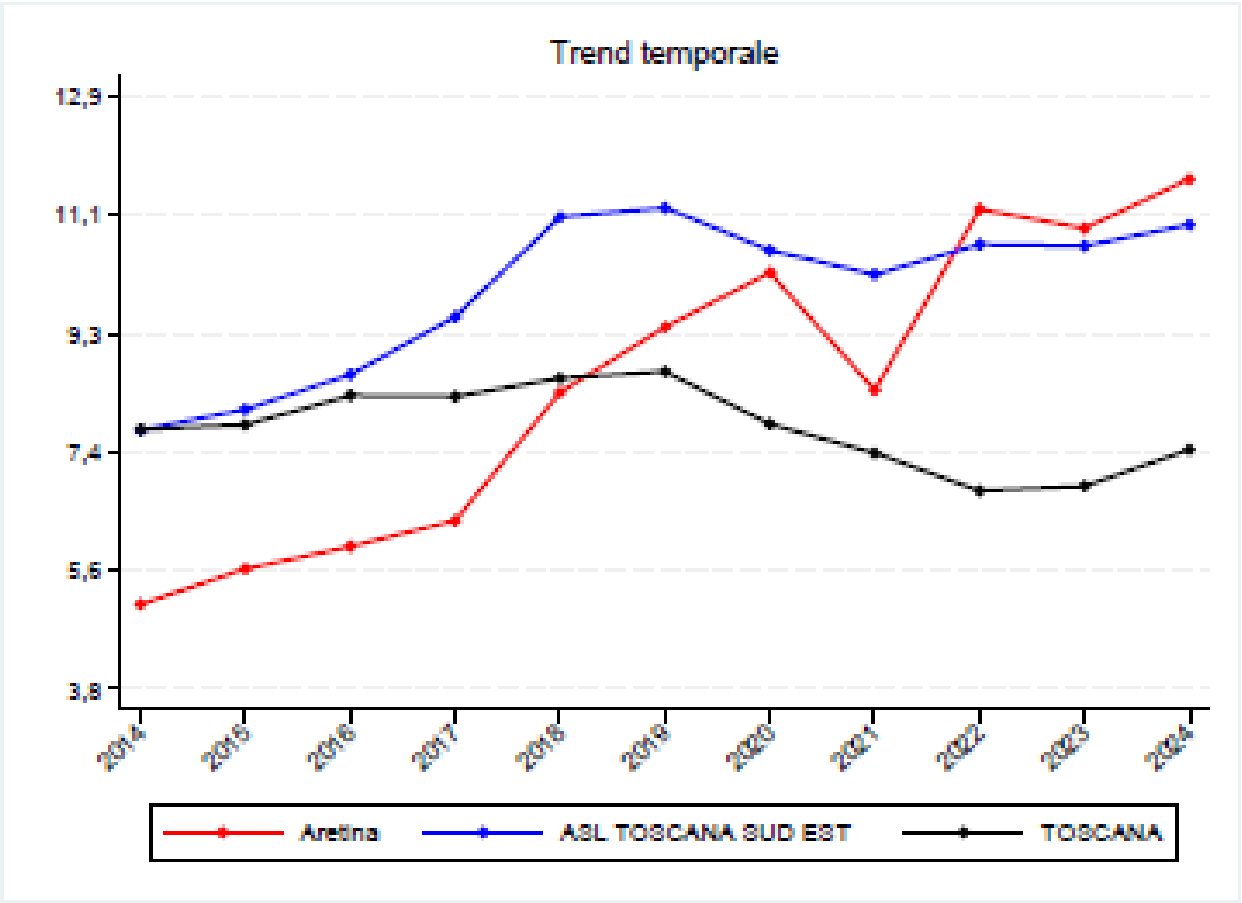
Salute mentale



Prevalenza pazienti infanzia-adolescenza in carico ai servizi per la salute mentale territoriale, valori 2024

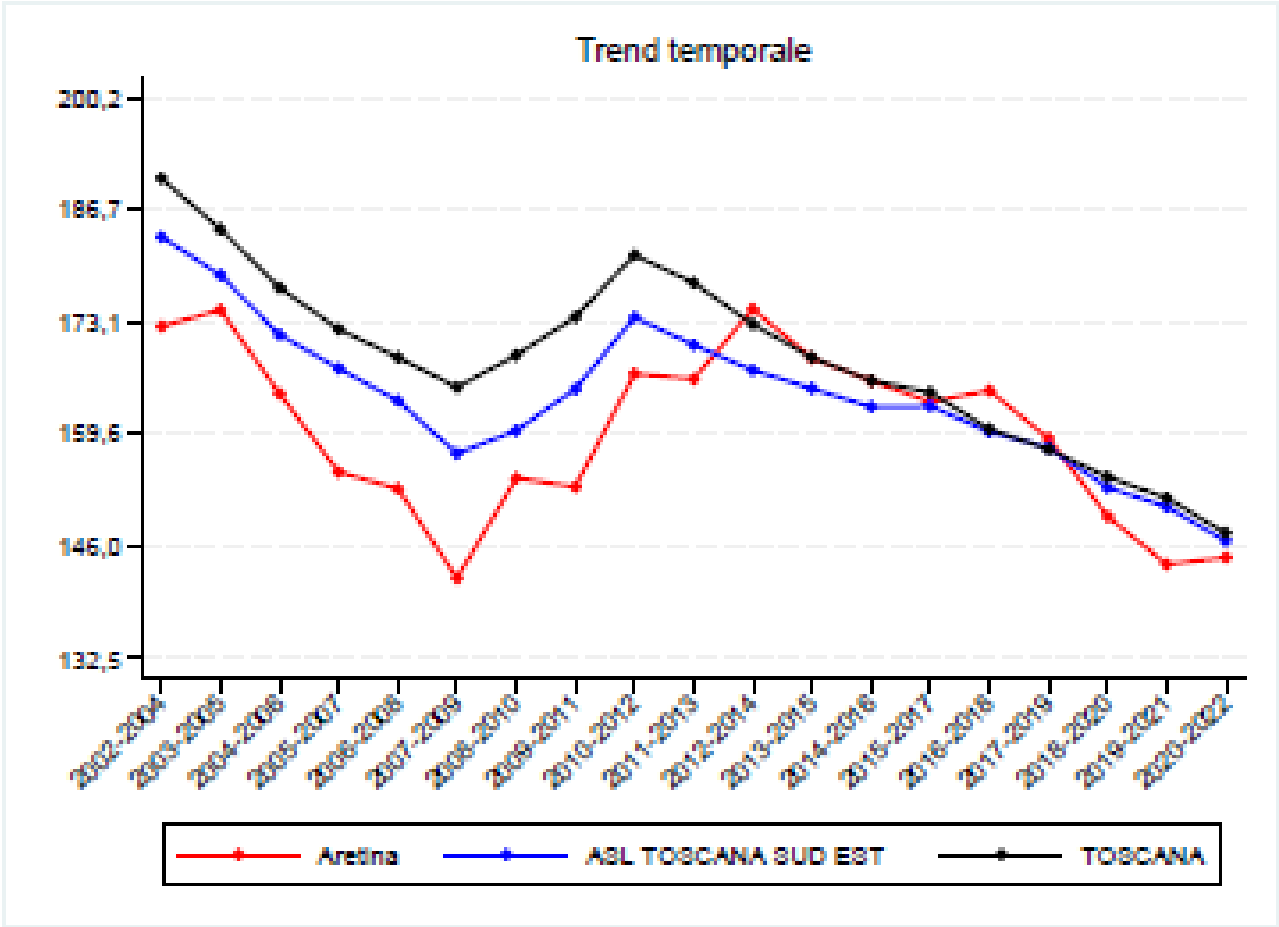
(b) Trend per zona, Asl e regione

Prevalenza pazienti adulti in carico ai servizi per la salute mentale territoriale, valori 2024

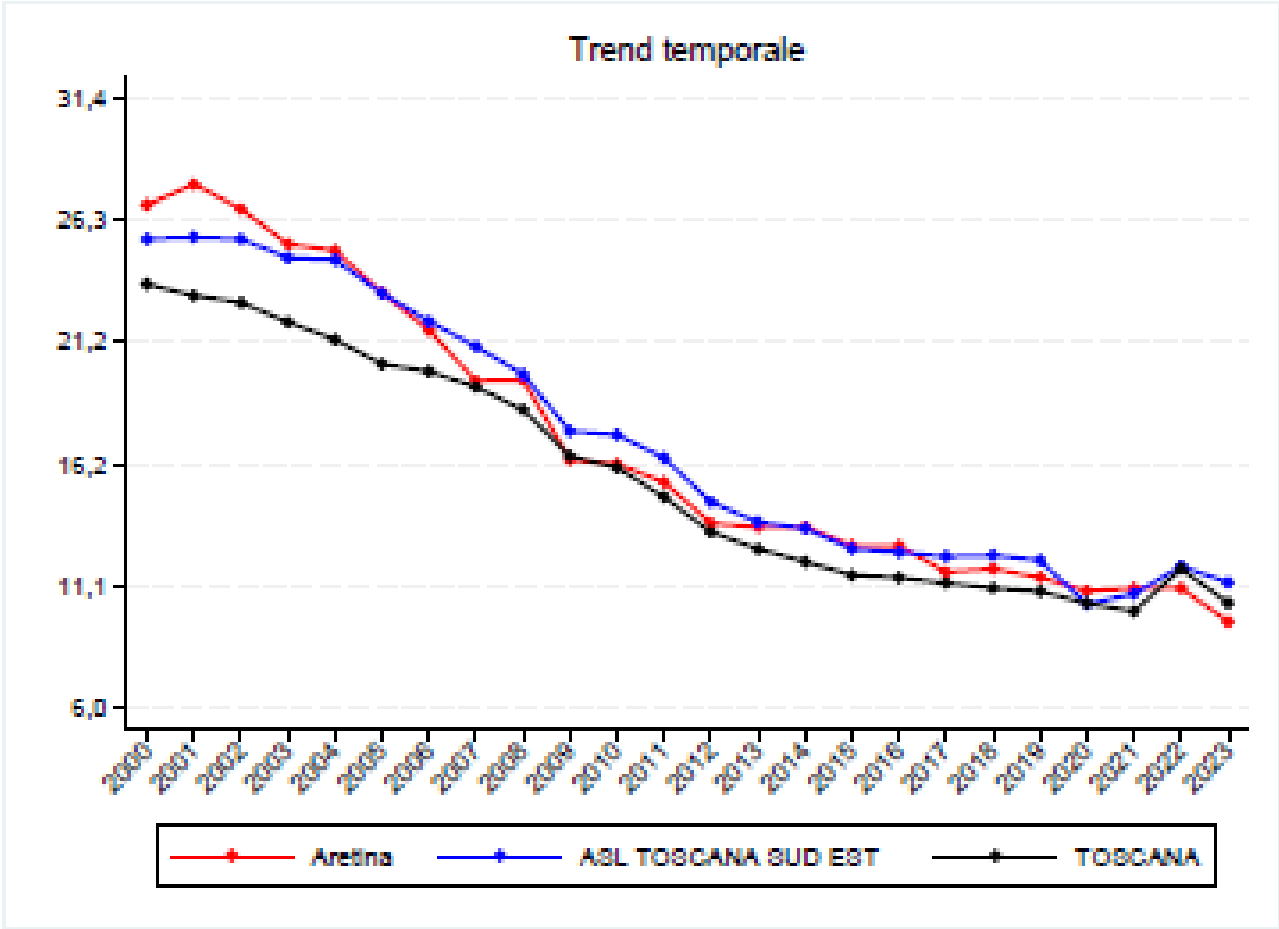


(b) Trend per zona, Asl e regione

Tasso di mortalità evitabile,
valori 2020-2022



(b) Trend per zona, Asl e regione



(b) Trend per zona, Asl e regione

Infortuni sul lavoro indennizzati,
valori 2023

Prevenzione





◆ **INDICATORI DI RICORSO AI SERVIZI** ◆

Prevenzione e promozione della salute

Adesione allo screening mammografico del 79,5% nel 2024, in crescita e vicino al target regionale dell'80%

Adesione allo screening colon-rettale in aumento (46,2%), ma ancora distante dall'obiettivo del 70%.

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT		Migliore RT
Adesione screening mammografico	79,5	67,4	74,2	50,4			80,6
Adesione screening coloretale	46,2	44,3	44,8	31,9			54,0
Copertura vaccino MPR	95,0	97,2	96,3	94,9			99,4
Copertura vaccino antinfluenzale	61,0	58,0	56,4	45,5			65,7
Copertura per vaccino HPV	82,8	80,2	85,1	71,4			90,4
Copertura vaccino antimeningococcico	92,2	91,7	92,0	83,4			95,1
Copertura vaccino esavalente	95,4	97,9	97,0	95,3			99,3

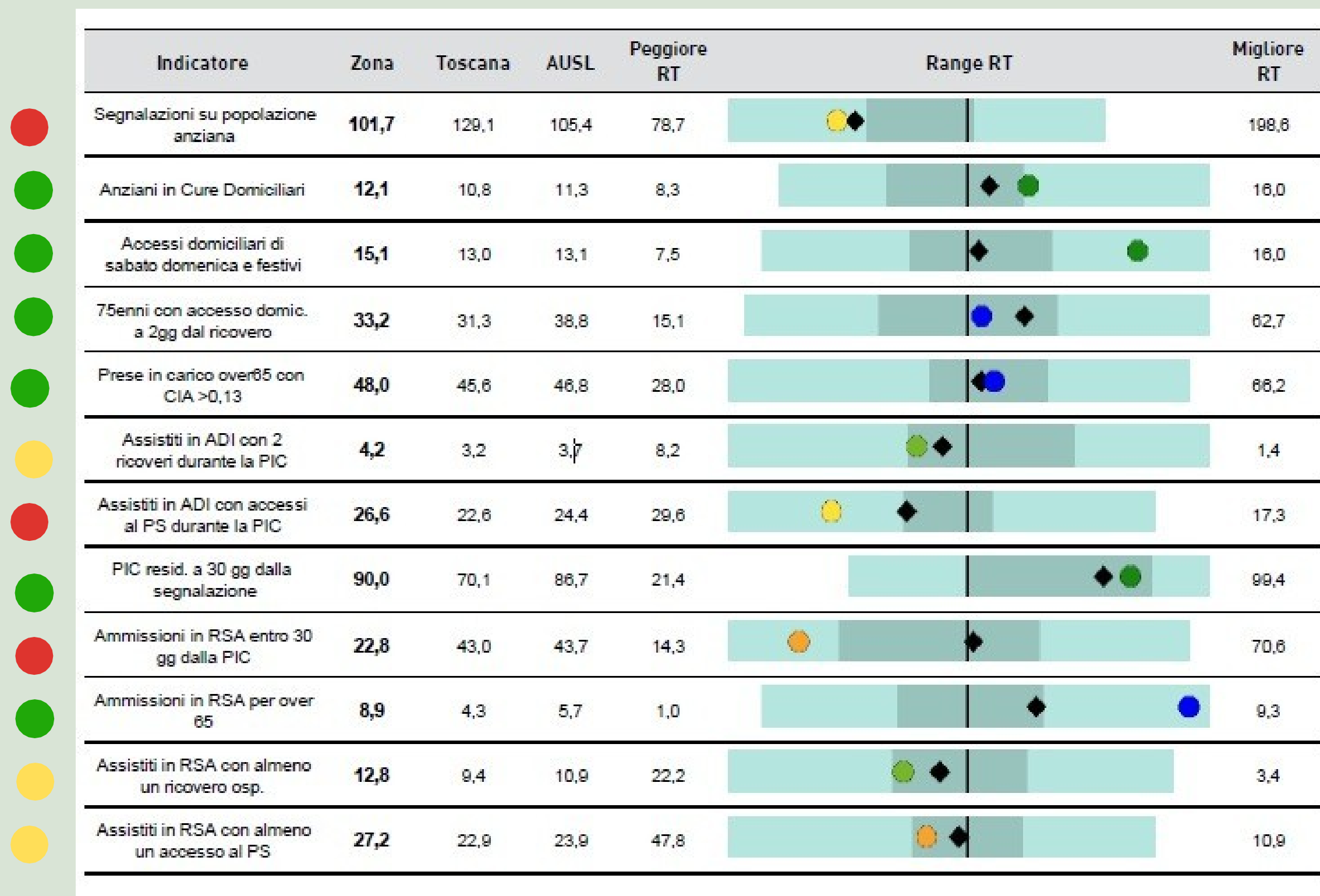
Copertura vaccinazione HPV dell'82,8%

La vaccinazione antinfluenzale agli over 65 al 61%-inferiore al target del 75%.

La copertura per MPR (morbillo, parotite, rosolia) è al 95%,

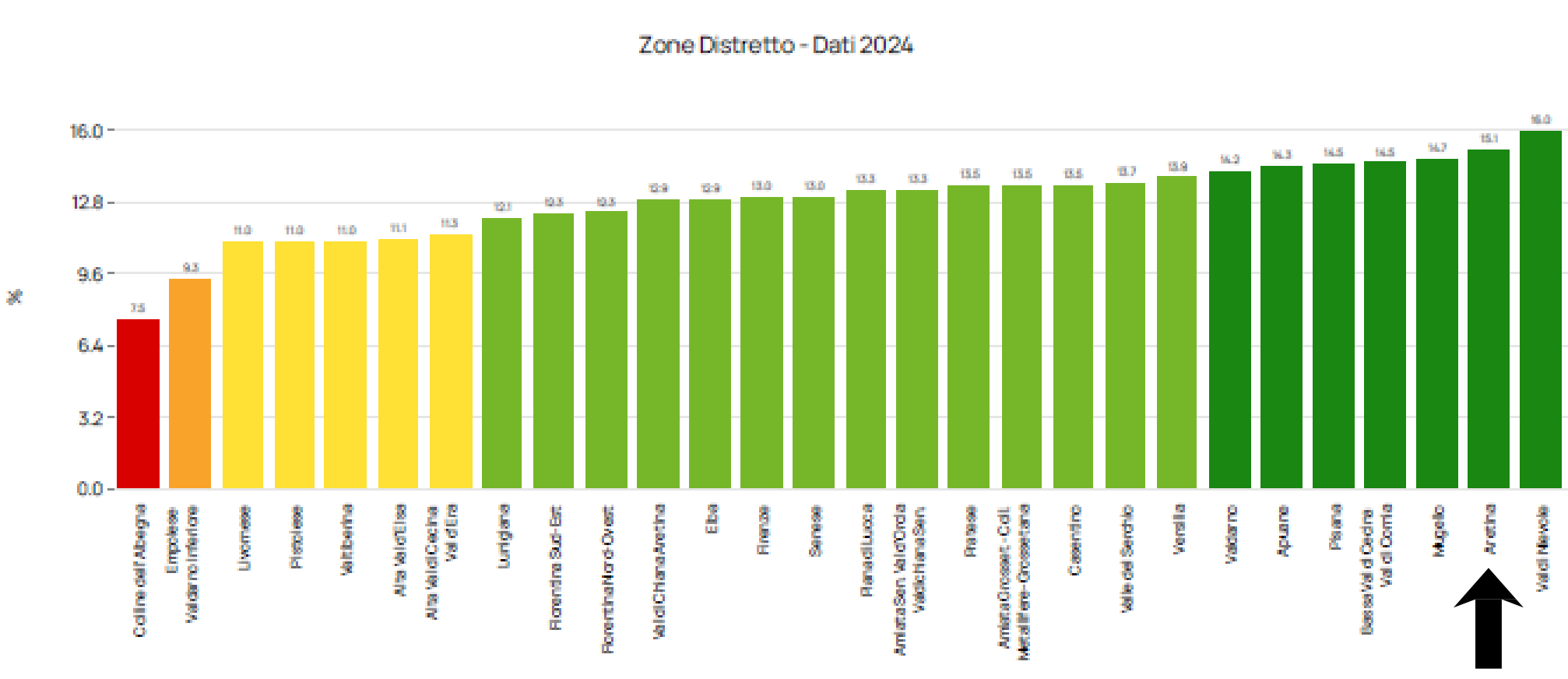
Legenda: pallino blu: Zona Aretina; barra verticale nera valore regionale; rombo nero: valore aziendale; area grigia: 25° e 75° percentile

Assistenza domiciliare e assistenza residenziale



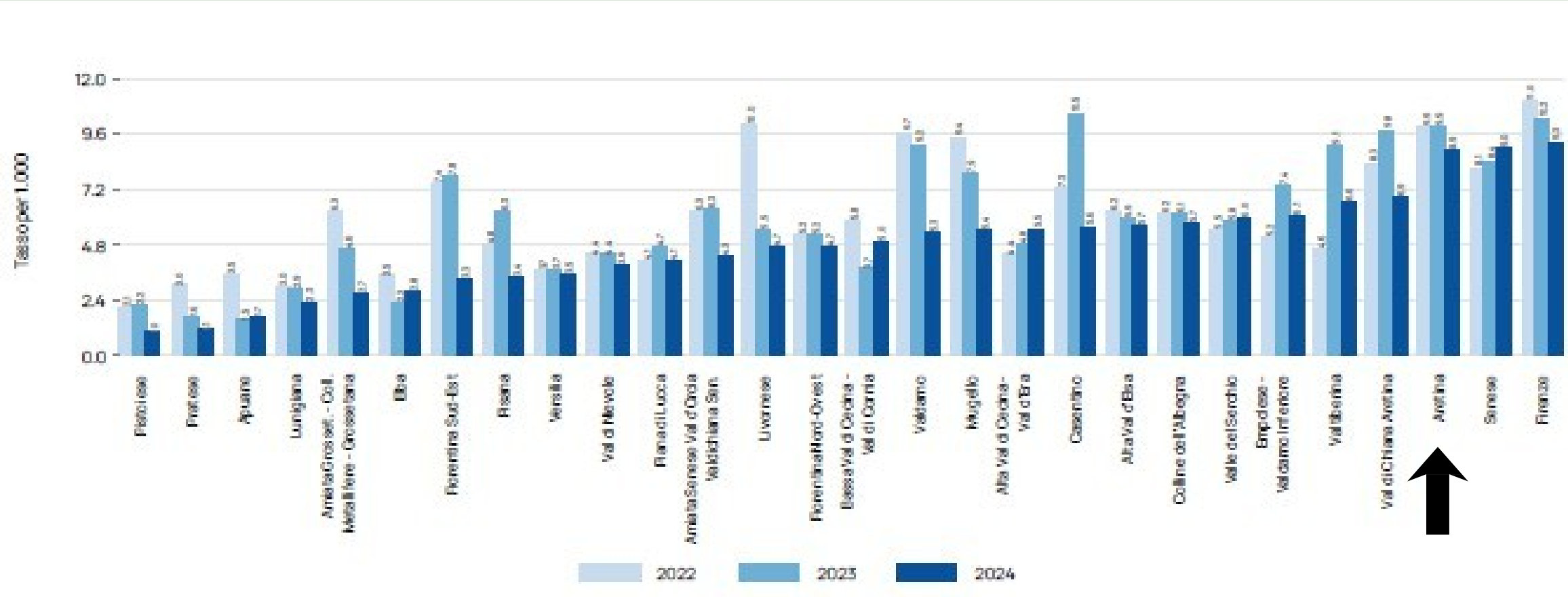
Legenda: pallino blu: Zona Aretina;
barra verticale nera valore regionale;
rombo nero: valore aziendale; area
grigia: 25° e 75° percentile

Assistenza domiciliare e assistenza residenziale 2

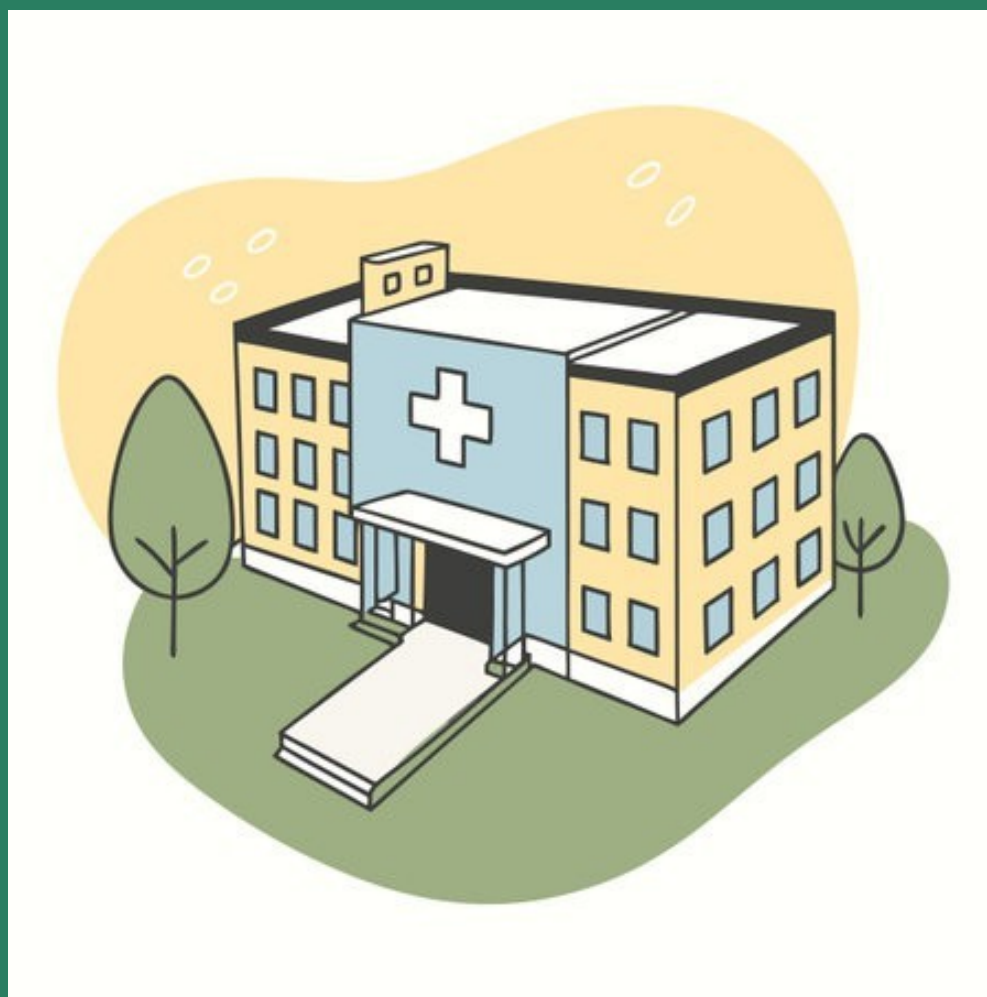


Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi

Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA



Ospedalizzazione e PS



Ospedalizzazione totale: 102,3/1000 bassa

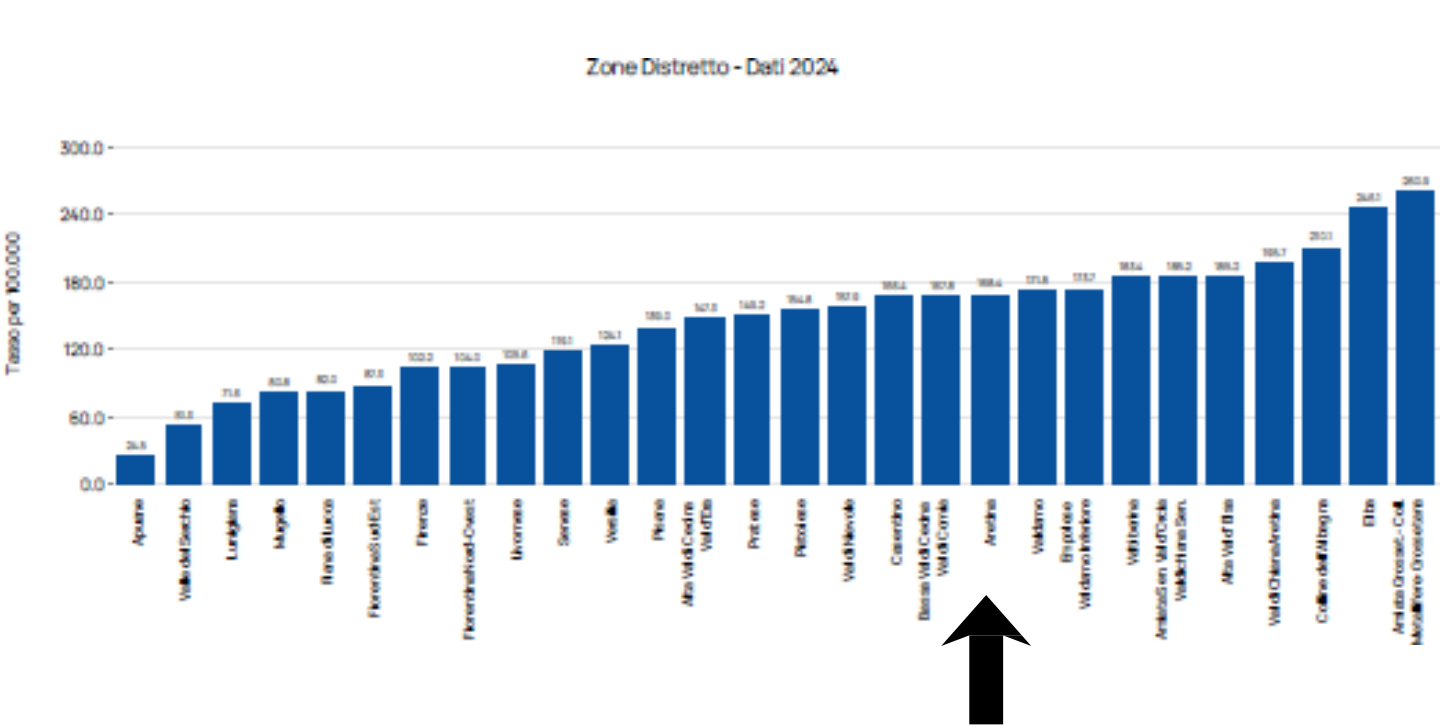
Ospedalizzazione in età pediatrica: 4,3/1000 bassa

Ricoveri patologie sensibili a
cure ambulatoriali: 6,5/1000, sotto la media ASL e
sopra quella regionale

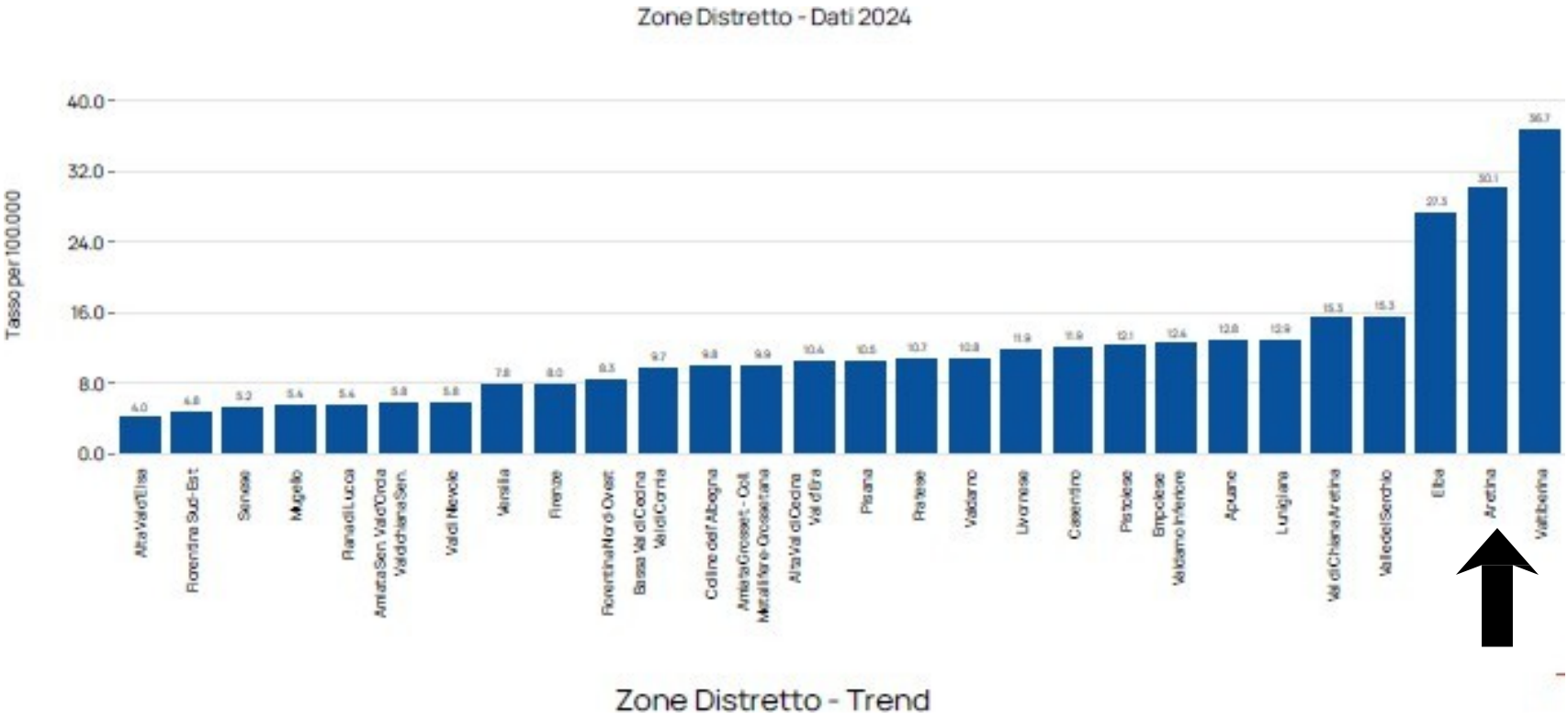
Accessi al Pronto Soccorso: 366,9/1000, sopra la media
ASL e sotto quella regionale. Trend in aumento

Gestione patologie croniche

Cardiovascolari, diabete e BPCO

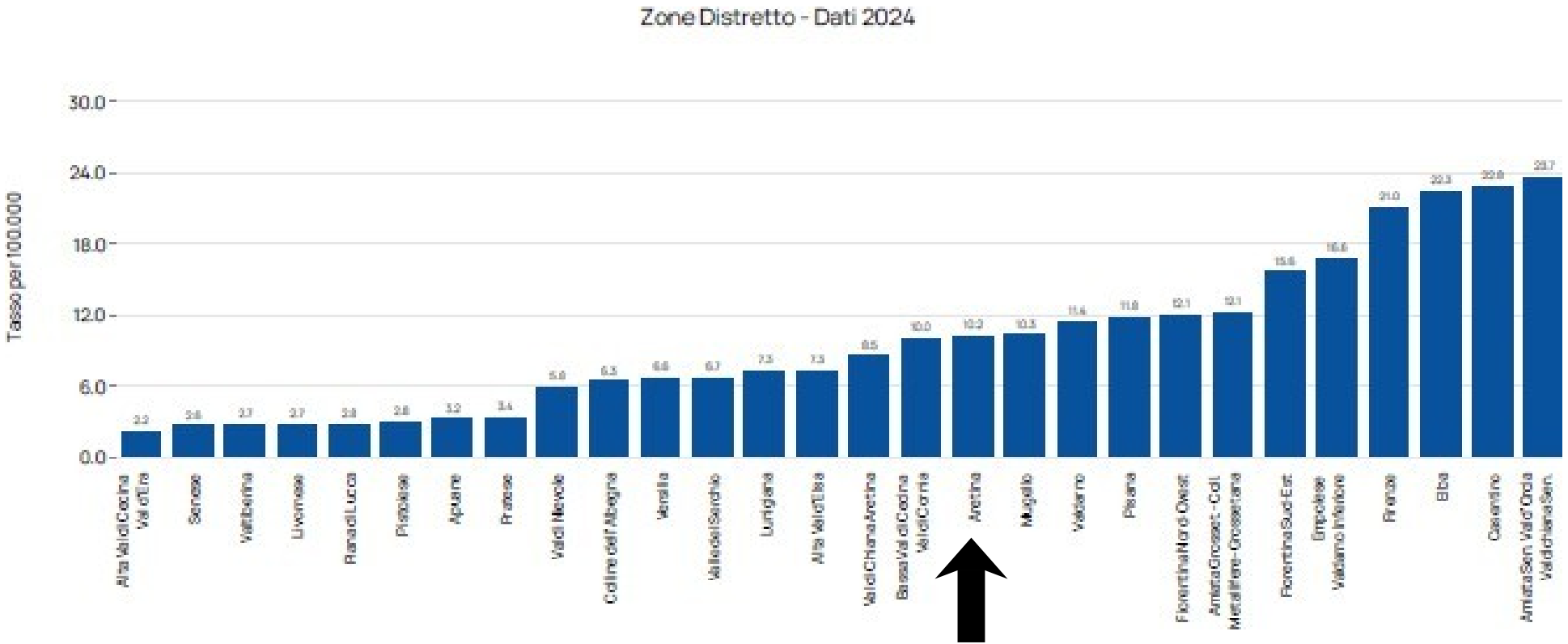


Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per scompenso cardiaco



Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete

Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per BPCO



Potenziamento della digitalizzazione, con particolare spinta verso il Fascicolo Sanitario Elettronico

Sperimentazione di nuovi modelli di residenzialità per anziani. Messa a regime del Sistema Emergenza Urgenza Sociale.

Costruzione e popolamento delle nuove Case di Comunità, dell'Ospedale di Comunità e dell'hospice

Potenziamento delle reti territoriali integrate, con un ruolo sempre più attivo delle Case di Comunità e degli Infermieri di Famiglia e Comunità



LE SFIDE DEL PRESENTE

Sommario

- PROGRAMMI OPERATIVI
- SOCIO SANITARIO
- PREVENZIONE E PROMOZIONE
- CURE PRIMARIE SANITÀ TERRITORIALE
- SOCIO ASSISTENZIALE
- VIOLENZA DI GENERE
- PRESENTAZIONE
- INDIRIZZI PER L'ELABORAZIONE DEL PIS
- OBIETTIVI DI SALUTE
- UFFICIO DI PIANO
- PROCESSO PARTECIPATIVO
- ALBERO DELLA PROGRAMMAZIONE

Presentazione

Il Piano Integrato di Salute (PIS) mira a garantire equità di accesso e qualità nelle cure attraverso il riordino delle reti territoriali. La governance della Zona agisce come perno per la presa in carico integrata delle malattie croniche, il sostegno alla domiciliarità ed in generale la gestione dei bisogni complessi, assicurando continuità assistenziale tra ospedale e territorio e valorizzando il ruolo strategico della Prevenzione. Rafforzare la governance della Zona Distretto è quindi una sfida centrale per l'integrazione socio-sanitaria. L'obiettivo è superare la frammentazione tra i servizi ospedalieri, territoriali e sociali per creare un sistema che metta davvero al centro il cittadino.

La parola d'ordine è integrazione. Essa può essere declinata in quattro ambiti.

Innanzitutto l'Integrazione Politico-Istituzionale. La governance parte da una visione condivisa tra i Comuni e l'Azienda Sanitaria definita nell'Atto di Indirizzo. Definendo indirizzi strategici e priorità di intervento la Conferenza si qualifica come reale sede di impulso alla programmazione, che si specifica poi nella definizione operativa delle responsabilità, risorse e obiettivi comuni tra Sanità e Sociale. In questo ambito è fondamentale il ruolo dell'Ufficio di Piano unificato quale struttura tecnica deputata al supporto alla definizione, monitoraggio e valutazione degli interventi del Piano Operativo Annuale ed alla loro coerenza con gli obiettivi strategici del PIS. Il sistema di monitoraggio contribuisce così ad un miglioramento continuo della programmazione e della qualità dei servizi socio-sanitari.

Il secondo ambito di integrazione attiene ai Modelli Organizzativi, in particolare inerenti la Casa della Comunità che, grazie anche ai fondi del PNRR diventa l'hub della governance territoriale. Qui operano Equipe Multiprofessionali, non solo medici, ma infermieri di famiglia, assistenti sociali, psicologi e specialisti che lavorano nello stesso spazio fisico. Altro elemento portante del nuovo sistema è il Punto Unico di Accesso (PUA), un "front-office" intelligente che orienta il cittadino evitando che debba "rimbalzare" tra uffici diversi. Il PUA non è un semplice sportello informativo, ma il luogo della valutazione multidimensionale. Vi operano insieme l'assistente sociale e l'infermiere di comunità, coadiuvati anche da figure di estrazione amministrativa. Quando un cittadino presenta un bisogno complesso (es. un anziano non autosufficiente), il PUA attiva l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale). L'obiettivo è di evitare che l'utente debba frammentare la propria domanda tra servizi diversi, garantendo una risposta unitaria.

Altro elemento fondamentale di integrazione è quello tecnologico, focalizzato sulla digitalizzazione e sulla disponibilità di dati strutturati finalizzati al monitoraggio continuo. Senza dati condivisi, la governance rimane "cieca".

Tra gli strumenti a supporto dell'integrazione tecnologica assume rilevanza centrale il Fascicolo Sanitario e Sociale Elettronico; questo permetterà agli operatori sociali e sanitari di consultare le informazioni rilevanti (nel rispetto della privacy) per una presa in carico globale. A monte dell'output finale FSE occorre che si realizzi un dialogo strutturato nella rete informatica aziendale di tutti i sottosistemi adesso in uso nei vari servizi ospedalieri e territoriali, tendendo così ad una Cartella Clinica informatizzata.

Per il monitoraggio è fondamentale prediligere sempre Indicatori di Risultato (KPI), passando dal monitoraggio della "spesa" al monitoraggio della "salute". Ad esempio, misurare la riduzione dei ricoveri impropri grazie a una migliore assistenza domiciliare, oppure la riduzione dei codici minori trattati in Pronto Soccorso perché intercettati dalla Casa della Comunità.

Ultimo elemento di integrazione, non per ordine di importanza, è quello legato alla Partecipazione dei cittadini e del Terzo Settore. La governance non è solo per gli "addetti ai lavori". La Co-programmazione e Co-progettazione con il Terzo Settore; occorre coinvolgere gli enti privati senza scopo di lucro che hanno finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale come partner strategici nella lettura dei bisogni del territorio. Coinvolgere i cittadini attraverso la creazione di consulte o forum permanenti per raccogliere i

Aretina

feedback sulla qualità della presa in carico permetterà di completare il ragionamento in termini di valore.

Nei programmi operativi del POA 2026 sono individuate le azioni che permettono di affrontare gli obiettivi delineati. La definizione degli obiettivi è stato frutto di un percorso di partecipazione che ha visto coinvolti tutti gli stakeholders della zona. Abbiamo previsto che tale percorso prosegua nel corso dell'anno al fine di attuare quanto previsto, monitorarne i risultati, eventualmente adeguare la previsione e verificarne gli esiti.

Linee strategiche

Gli indirizzi strategici della Zona Distretto Aretina sono stati individuati tenendo presenti gli obiettivi generali e specifici del PSSIR 2024-2026, integrati con i fattori di crescita e le azioni trasversali in quest'ultimo analizzati, le indicazioni elaborate a seguito del lavoro fatto con il Comitato di Partecipazione, le priorità indicate a livello Aziendale e di Area Vasta, la costante condivisione delle priorità con gli amministratori dei Comuni della Zona, le caratteristiche del territorio desunto dall'analisi del contesto. L'approccio integrato tra Comuni, ASL, Terzo Settore e comunità locale costituisce elemento fondamentale per garantire una adeguata e incisiva programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale di Zona. La Conferenza Zonale dei Sindaci Integrata ha espresso parere favorevole affinché il ciclo di programmazione del Piano Integrato di Salute assorba interamente l'elaborazione del Piano d'Inclusione Zonale di cui alla LRT 41/2005, articolo 29. Le priorità individuate sono: - Prevenzione e promozione della salute e corretti stili di vita; - Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità; - Potenziamento dei servizi area materno infantile e tutela della salute delle donne; - Promozione della salute mentale e contrasto alle dipendenze; - Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, sviluppo dell'integrazione e l'inclusione sociale; - Promozione dell'inclusione, dell'autonomia e della qualità della vita delle persone con disabilità; - Sostegno alle persone anziane non autosufficienti, sperimentazione di nuovi modelli di residenzialità per anziani al limite dell'autosufficienza; - Rafforzamento del sistema di governance della Zona Distretto; - Garanzia di equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali; - Appropriatezza prescrittiva e garanzia di cure adeguate; - Sostegno alla trasformazione digitale del sistema sociosanitario e dei servizi territoriali; - Promozione della transizione ecologica;

Obiettivi di salute

Elenco obiettivi di salute

1	Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto
2	Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale
3	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
4	Innovazione e Sviluppo
5	Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali
6	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
7	Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità
8	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
9	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
10	Appropriatezza prescrittiva e garanzia di cure adeguate

Aretina

N°	Titolo obiettivo di salute
1	Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto

Collegamento con lo PSSIR

Il rafforzamento dell'integrazione sociale e sociosanitaria tale da garantire effettivamente una risposta qualificata ai bisogni complessi dei cittadini impone di agire su più fronti, da quello della programmazione, ai modelli gestionali, dalla costruzione di processi efficienti e appropriati alla comunicazione alla cittadinanza, nell'ottica di costruire una pluralità di risposte appropriate, dalla prevenzione alla domiciliarità per un rinnovato impegno a sostegno delle diverse forme di fragilità, per la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso agli interventi e alle prestazioni, per l'empowerment individuale e delle comunità.

Obiettivi generali

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

Fattore di crescita

FT5. L'amministrazione condivisa e la co-programmazione

Descrizione

La zona-distretto costituisce l'ambito territoriale di riferimento per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Al suo interno prende forma il sistema di integrazione territoriale, strutturato, per la Zona Aretina, utilizzando lo strumento della Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria (art. 70 bis L.R. 40/05). In questo contesto, il programma operativo in oggetto si riferisce a tutte le attività di programmazione ed organizzazione dell'integrazione delle attività territoriali sanitarie e sociali, nonché di coordinamento dei vari attori coinvolti, di coinvolgimento attivo dei cittadini, singoli e associati, di potenziamento e formazione degli operatori dei servizi sociali.

Evidenze dal profilo di salute

Dall'analisi del profilo di salute emerge come la combinazione di invecchiamento e concentrazione urbana comporti una crescita della domanda di servizi socio-sanitari integrati, in particolare per la gestione della cronicità e della non autosufficienza, ma anche un rafforzamento delle opportunità di prossimità nei contesti urbani. Da qui l'importanza della governance integrata soprattutto nei settori della disabilità, salute mentale, materno infantile.

Evidenze dal profilo dei servizi

Il ricorso ai servizi sanitari rappresenta un indicatore fondamentale per comprendere non solo lo stato di salute della popolazione, ma anche la capacità del sistema locale di rispondere ai bisogni in modo equo, tempestivo ed efficace. Nel 2024 la Zona Aretina mostra un quadro complessivamente positivo: l'accesso ai servizi è diffuso, la rete territoriale risulta ben articolata e la popolazione mantiene un rapporto stabile con il sistema sanitario pubblico.

Metodologia

La metodologia chiave si basa su una governance integrata socio-sanitaria, definita da strumenti come il Piano di Zona, l'istituzione di reti di servizi a intensità differenziata (cronicità, fragilità), l'uso di tecnologie (Fascicolo Sanitario Elettronico, telemedicina), e una struttura organizzativa che colleghi direzione aziendale e territorio tramite i Direttori di Zona, con partecipazione attiva degli Enti Locali e del Terzo Settore, puntando a percorsi assistenziali personalizzati e sostenibili, come previsto dal D.Lgs 77/2022

Risultati attesi

- Rafforzamento della Programmazione Integrata;
- Razionalizzare e coordinare le diverse unità di offerta presenti sul territorio;
- Rafforzamento della presa in carico integrata;
- Favorire lo sviluppo del capitale sociale della comunità sostenendo la partecipazione e l'attuazione di percorsi di co-programmazioni e co-progettazione;
- Potenziare la sinergia su emergenza-urgenza sociale, inclusione sociale, povertà e marginalità, lavoro, passaggio all'età adulta;
- Potenziamento dei Servizi Sociali

N° Programmi associati all'obiettivo

1	Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione (2026)
2	Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale (2026)

Aretina

N°	Titolo obiettivo di salute
2	Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale

Collegamento con lo PSSIR

Il piano regionale per il contrasto alla povertà, in linea con le normative nazionali (D.Lgs 147/17, D.M.L.P.S. 2021), prevede il rafforzamento della governance unitaria, attraverso il Tavolo regionale della Rete di protezione e inclusione sociale, e il supporto tecnico e operativo ai territori. Si punta sulla programmazione integrata e coordinata dei finanziamenti disponibili, come il FSE+, il Fondo Nazionale Lotta alla Povertà e il PNRR, per promuovere l'integrazione socio-sanitaria, migliorare i servizi e combattere la povertà estrema. Le azioni di contrasto alla povertà includeranno interventi per le persone senza dimora, con l'attivazione di percorsi di accesso ai servizi di bassa soglia e il rinnovo della collaborazione con Caritas per la distribuzione alimentare. La programmazione regionale prevede anche misure per l'integrazione delle persone straniere, con un focus su giovani e donne, attraverso la promozione dell'accesso ai servizi, la formazione linguistica e la partecipazione ai programmi nazionali e comunitari. Specifica attenzione sarà data a categorie vulnerabili come donne e minori. Le politiche di inclusione si estenderanno anche al sistema carcerario, con percorsi di reinserimento e giustizia riparativa. Infine, le risorse del POR FSE 2014-2020 e del nuovo PR FSE+ 2021-2027 continueranno a finanziare progetti di inclusione sociale, migliorando i servizi socio-sanitari, sostenendo il diritto alla domiciliarità e promuovendo l'inclusione socio-lavorativa.

Obiettivi generali

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

Fattore di crescita

FT5. L'amministrazione condivisa e la co-programmazione

Descrizione

Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, misure di sostegno al reddito, supporto nella ricerca dell'alloggio, favorire l'inclusione lavorativa, favorire l'integrazione e l'inclusione sociale

Evidenze dal profilo di salute

Dal profilo di salute della Zona Aretina, allegato al Piano, emerge l'importanza e lo sviluppo del presente obiettivo.

Evidenze dal profilo dei servizi

Dall'analisi della rete dei servizi disponibili del territorio zonale si riscontra la necessità del mantenimento e/o sviluppo dei servizi collegati al presente obiettivo.

Metodologia

Misure di supporto al reddito, sostegno ricerca alloggio e lavoro, co-programmazione co-progettazione dei servizi e delle attività da offrire in rete con ETS del territorio, servizi di prossimità e misure di coesione sociale.

Risultati attesi

Ridurre le disuguaglianze e favorire l'inclusione sociale

N° Programmi associati all'obiettivo

1 Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà (2026)

Aretina

N°	Titolo obiettivo di salute
3	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti

Collegamento con lo PSSIR

L'obiettivo zonale si collega coerentemente con il Piano Regionale in quanto concorre a garantire una risposta qualificata ai bisogni complessi attraverso il rafforzamento di una presa in carico integrata sociale, sanitaria e sociosanitaria e della valutazione multidisciplinare dei bisogni, che vada nella direzione della partecipazione della persona alla definizione del proprio progetto assistenziale, della deistituzionalizzazione e della domiciliarità.

Obiettivi generali

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

Fattore di crescita

FT5. L'amministrazione condivisa e la co-programmazione

Descrizione

Al fine di raggiungere l'obiettivo in oggetto la Zona Distretto sarà impegnata fattivamente su molteplici fronti:

- Gestione del Punto Unico d'Accesso (PUA) come modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedano unitariamente prestazioni sanitarie e sociosanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità;
- Rafforzamento della presa in carico degli anziani non autosufficienti da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) per l'elaborazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), che definisca gli interventi necessari modulati in base all'intensità dei bisogni della persona;
- Coinvolgimento e sostegno ai familiari/care giver sia in chiave preventiva che di innalzamento della qualità dei servizi, anche attraverso un sistema di rete integrato (SSR, famiglie, lavoratori dell'assistenza familiare/centri per l'impiego);
- Rafforzamento della presa in carico delle persone con disabilità attraverso la valutazione multidimensionale (UVM) dei bisogni, la partecipazione della persona, l'espressione dei suoi desideri, delle sue preferenze e dei suoi bisogni (co-costruzione del progetto di vita attraverso il budget di progetto, D.Lgs. 62/2024);
- Assistenza domiciliare, servizi di prossimità e accompagnamento, trasporto di persone con disabilità, offerta luoghi di aggregazione sociale;
- Formazione del personale.

Evidenze dal profilo di salute

Dal profilo di salute della Zona Aretina, allegato al Piano, emerge l'importanza e lo sviluppo del presente obiettivo.

Evidenze dal profilo dei servizi

Dall'analisi della rete dei servizi disponibili nel territorio zonale si riscontra la necessità del mantenimento e/o sviluppo dei servizi collegati al presente obiettivo.

Metodologia

Presa in carico integrata e valorizzazione dei processi valutativi per favorire la domiciliarità e modelli alternativi alla residenzialità.

Risultati attesi

- Orientare le persone e le famiglie;
- Agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociosanitarie;
- Avviare e potenziare la presa in carico;
- Monitorare le situazioni di fragilità;
- Segnalare le situazioni complesse per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare;
- Identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo quanto previsto dai LEA e dai LEPS;
- Miglioramento qualità servizi e sostegno alle famiglie;
- Applicazione dell'approccio olistico, multidimensionale e multiprofessionale a tutte le dimensioni di vita della persona con disabilità;
- Adozione dei progetti di vita individuali, personalizzati e partecipati, costruiti insieme alle persone con disabilità, alle famiglie e/o alle persone di riferimento, allo scopo di rendere attuabili gli obiettivi di vita, di benessere e di salute per una piena ed effettiva partecipazione e inclusione delle persone con disabilità nella società;
- Sostenere il processo di innovazione e di formazione continua dei professionisti che lavorano all'interno dell'area delle disabilità;
- Favorire la autodeterminazione delle persone;
- Ritardare il momento del ricovero e aumentare le proposte alternative alle RSA attraverso il potenziamento delle reti territoriali integrate, sperimentazione di nuovi modelli di residenzialità per anziani;

N° Programmi associati all'obiettivo

1 Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato (2026)

Aretina

N°	Programmi associati all'obiettivo
2	Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità (2026)

Aretina

N°	Titolo obiettivo di salute
4	Innovazione e Sviluppo

Collegamento con lo PSSIR

L'approccio utilizzato nella stesura del piano regionale, nell'ottica di "One Health", che si ricorda discende da una visione armonica ed integrata tra l'ambiente, e più in generale gli ecosistemi, e l'uomo, non può prescindere dal dedicare una particolare attenzione alla transizione ecologica. I cambiamenti climatici sono in atto e acquiscono fortemente le disparità economiche e sociali. Per questo è necessario promuovere azioni, anche all'interno dei sistemi sanitari, volte a ridurre le emissioni climalteranti progettando in ottica di sostituzione delle fonti fossili con energie rinnovabili, promuovendo interventi di efficientamento energetico, attuando pratiche sostenibili anche a livello di comportamenti quotidiani. Strettamente collegato a quanto detto sopra si è dovuto accelerare in modo significativo il processo di sviluppo e di innovazione tecnologica del sistema informativo unico integrato. Sono state infatti rapidamente sviluppate, trasformate e impiegate alcune soluzioni tecnologiche che hanno rappresentato delle vere e proprie innovazioni organizzative e tecniche per una moltitudine di strutture ed operatori professionali coinvolti, moltiplicando così la capacità di risposta e quindi la resilienza del SSR.

Una moltitudine di piattaforme uniche regionali, in versione web o APP, erogate dal Cloud di RT, che hanno supportato operatori pubblici e privati offrendo un concreto aiuto e validi strumenti di fluidificazione ed informatizzazione dei processi di prevenzione e cura verso i cittadini. Toscana Salute – la Sanità (cento per cento) digitale, è il nome dell'ecosistema digitale, che rende più efficace l'erogazione dei servizi, snellisce la comunicazione tra strutture sanitarie e cittadini, semplifica i sistemi di accesso, recupera risorse e riduce le differenze tra i territori.

Obiettivi generali

OG6. La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale, OG7. Transizione ecologica e politiche territoriali

Fattore di crescita

FT1. Formazione e rapporti con le università

Descrizione

Sostenibilità economica e ambientale, miglioramento nell'efficienza organizzativa e della presa in carico del cittadino-utente, sanità digitale, coerentemente con il PIAO 2026-2028 dell'Azienda UsI Toscana Sud Est, approvato con delibera del Direttore Generale n. 83 del 27/01/2026, il quale prevede, nella sezione relativa alle linee strategiche e agli obiettivi specifici della programmazione aziendale, la linea di indirizzo "Implementare nuovi progetti organizzativi, di innovazione e sviluppo e sanità digitale".

Evidenze dal profilo di salute

Dal profilo di salute della Zona Aretina, allegato al Piano, emerge l'importanza e lo sviluppo del presente obiettivo.

Evidenze dal profilo dei servizi

Dall'analisi della rete dei servizi disponibili nel territori si riscontra la necessità del mantenimento e/o sviluppo di servizi collegati al presente obiettivo.

Metodologia

- Efficientamento energetico, organizzativo, tecnologico e informatico;
- Comunicazione e informazione rivolta alla cittadinanza;
- Formazione del personale;
- Creazione di documenti clinici nativamente digitali;
- Rilevazione dati coerente e di qualità;
- Progettazione degli interventi a livello di ZD;

Risultati attesi

- Contribuire alla decarbonizzazione del sistema sanitario regionale anche attraverso comportamenti virtuosi dei singoli e l'organizzazione delle attività di Zona Distretto;
- Utilizzo massivo del FSE da parte di tutti gli attori del sistema;
- Sviluppo di un sistema informativo territoriale con sanitario e sociale (cartella sociosanitaria integrata);
- Attivazione della Telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio);
- Centrali Operative Territoriali interconnesse alla rete digitale del SSR;
- Omogeneizzazione e Informatizzazione dei percorsi e delle procedure. Sistema Informativo Territoriale Regionale (AsterCloud) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio;
- Digitalizzazione dei processi e interconnessione dei dati;
- Miglioramento nell'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini/utenti;
- Miglioramento della condivisione dei dati sanitari;
- Miglioramento percorsi clinico terapeutici;
- Sviluppo di Strumenti digitali a supporto delle attività di Monitoraggio;
- Evoluzione della Cartella Clinica Elettronica.

N° Programmi associati all'obiettivo

1 Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale (2026)

Aretina

N°	Programmi associati all'obiettivo
2	Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina (2026)

Aretina

N°	Titolo obiettivo di salute
5	Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali

Collegamento con lo PSSIR

Il progressivo invecchiamento della popolazione e il consolidamento del quadro epidemiologico dominato da malattie croniche degenerative hanno richiesto la riorganizzazione dei processi di cura centrati su una maggiore integrazione tra ospedali, secondo il modello "a rete", e tra rete ospedaliera e servizi territoriali, attraverso l'adozione di linee guida per la gestione integrata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e dei Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti in fase post acuta.

Obiettivi generali

OG4. Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche.

Fattore di crescita

FT8. Investimenti sanitari

Descrizione

Per garantire un Servizio Sanitario Regionale sempre più efficiente, è fondamentale perseguire l'implementazione del modello delle reti che miri a integrare tra loro la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza urgenza e le reti socio-sanitarie territoriali e di prevenzione in modo da garantire la circolarità dei percorsi di presa in cura dei bisogni del cittadino e quindi la qualità dei servizi, evitando duplicazioni di interventi e gap di percorso.

L'assistenza primaria verrà erogata attraverso un modello di lavoro integrato, con un'ampia azione di equipe tra MMG, PLS e specialisti, infermieri di famiglia e comunità e altri professionisti sanitari quali psicologi, ostetrici, professionisti dell'area prevenzione, riabilitazione e tecnica, assistenti sociali, e personale amministrativo anche al fine di offrire una risposta "territoriale" organizzata, che, iniziando prima dell'insorgenza della malattia o prima della sua manifestazione o del suo aggravamento, possano curarla nel corso degli anni, rallentarne l'evoluzione e ridurne le complicanze.

Le "cure di transizione", rappresentate dai setting delle cure intermedie, ospedali di comunità, hospice e dei presidi di riabilitazione, assicurano la risposta appropriata ai bisogni sanitari che necessitano di un livello assistenziale non erogabile a domicilio in forma integrata e che nemmeno abbisognano delle competenze e del livello assistenziale erogato dall'ospedale organizzato per intensità di cure. Possono essere in continuità con il progetto di dimissione ospedaliera ma anche rappresentare il riferimento per l'assistenza di comunità e filtro per l'accesso alle cure ospedaliere. Il principio ispiratore su cui si basa la continuità delle cure è quello dell'interattività con le altre componenti del sistema: nella concezione unitaria della rete dei servizi sanitari, il ricovero ospedaliero rappresenta solo uno dei momenti del percorso diagnostico e curativo. Le attività di prevenzione, diagnosi, follow-up e le terapie che non necessitano di ricovero devono essere effettuate sul Territorio.

Evidenze dal profilo di salute

Dal profilo di salute della Zona Aretina, allegato al Piano, emerge l'importanza e lo sviluppo del presente obiettivo.

Evidenze dal profilo dei servizi

Dall'analisi della rete dei servizi disponibili nel territorio si riscontra la necessità del mantenimento e/o sviluppo di servizi collegati al presente obiettivo.

Metodologia

La strategia per una rinnovata gestione della cronicità, sia in termini preventivi sia in termini di risposte cliniche ed assistenziali a cittadini si fonda sulla valorizzazione della capacità di presa in carico dei team di cure primarie che possano avvalersi di una filiera di servizi e setting assistenziali organizzati a livello di prossimità.

Risultati attesi

- Garantire la continuità assistenziale, e quindi favorire l'integrazione tra Ospedale e Territorio, in modo da rispondere ai bisogni del soggetto malato;
- Evitare duplicazioni di servizi che risulterebbero inappropriati sia sotto l'aspetto economico sia sul piano della qualità;
- Ricomporre due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi per garantire qualità tecnica e la necessità di diffusione dei servizi per facilitare l'accesso.

N° Programmi associati all'obiettivo

1	Reti cliniche integrate e strutturate (2026)
2	Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali (2026)

Aretina

N°	Titolo obiettivo di salute
6	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita

Collegamento con lo PSSIR

Il PSSIR propone come obiettivo prioritario la promozione della salute in tutte le politiche e favorisce il benessere e i corretti stili di vita con azioni specifiche in diversi setting, tra cui la scuola, la comunità, il lavoro, il servizio sanitario. Il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 (PRP) fissa obiettivi, strategie e azioni per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie e prevede specifiche azioni volte al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di riferimento con l'obiettivo di governance e di orientamento intersettoriale e multilivello della sanità pubblica, favorendo il collegamento e l'integrazione tra le azioni previste da leggi, regolamenti e piani di settore della sanità. Molte delle azioni di potenziamento della politiche di prevenzione e promozione della salute sono fondate su un approccio integrato per ricondurre a sistema le buone pratiche e le azioni evidence based, al fine di garantire opportuni interventi per lo sviluppo di strategie di empowerment e capacity building nelle scuole (come proposta educativa continuativa e integrata lungo tutto il percorso scolastico), nelle comunità (perché siano a favore di un invecchiamento attivo, sicure, digitali, resilienti,...) e nei luoghi di lavoro (con strategie efficaci per produrre potenziali benefici sia in termini di salute dei lavoratori, sia di diminuzione delle assenze dal lavoro), favorendo percorsi consapevoli di vita che valorizzino l'individuo a tutte le età, sia come singolo che come parte di una collettività nella gestione proattiva in tutti gli ambiti di vita (sociale, economico, cittadino, culturale, di salute, ecc.). Per quanto sopra, rivestono un ruolo di fondamentale importanza le azioni di formazione, informazione, comunicazione che accrescano la cultura della prevenzione, della salute e della sicurezza.

Obiettivi generali

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

Fattore di crescita

FT4. La partecipazione e orientamento ai servizi

Descrizione

- Prevenzione sanitaria: Vaccinazioni e Screening;
- Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita aree Materno-infantile, Invecchiamento attivo, Corretti stili di vita, Scuole che Promuovono Salute, Comunità attive, Luoghi di lavoro che Promuovono Salute, Dipendenze, Sicurezza negli ambienti di vita (prevenzione incidenti domestici)

Evidenze dal profilo di salute

Dal profilo di salute della Zona Aretina, allegato al Piano, emerge l'importanza e lo sviluppo del presente obiettivo.

Evidenze dal profilo dei servizi

Dall'analisi della rete dei servizi disponibili nel territori si riscontra la necessità del mantenimento e/o sviluppo di servizi collegati al presente obiettivo.

Metodologia

Life Skills Education e Peer Education

Risultati attesi

- Sorveglianza e riduzione dell'incidenza delle malattie infettive e diagnosi precoce patologie croniche e degenerative;
- Miglioramento, gestione e comunicazione dei rischi legati a scorretti Stili di Vita;
- Promozione della cultura del movimento capace di incidere sulle abitudini quotidiane di tutta la popolazione;
- Miglioramento dello stato nutrizionale della popolazione, aumentare la consapevolezza sull'importanza di adottare una sana alimentazione;

N°	Programmi associati all'obiettivo
1	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita (2026)

Aretina

N°	Titolo obiettivo di salute
7	Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità

Collegamento con lo PSSIR

L'obiettivo è quello di realizzare un sistema integrato sanitario, sociosanitario e sociale più resiliente, portando a termine, grazie alle opportunità offerte dalla Missione 6 del dal PNRR ed al recepimento toscano del DM 77/2022, avvenuto con DGRT 1508/2022, una serie di riforme che porteranno, secondo gli indirizzi impartiti dal Consiglio regionale con la Risoluzione n. 184/2022, alla riorganizzazione ed al potenziamento della rete territoriale. La DGRT 1508/2022 ha costituito il sistema di riferimento per la realizzazione concreta dell'assistenza territoriale, intesa come integrazione effettiva dell'ambito sanitario e sociale nei percorsi di accesso, accoglienza, informazione, orientamento e presa in carico.

Obiettivi generali

OG2. L'Assistenza Territoriale

Fattore di crescita

FT4. La partecipazione e orientamento ai servizi

Descrizione

La riorganizzazione delle Cure Primarie rappresenta una necessità per migliorare la risposta ai bisogni attraverso un approccio centrato sulla salute delle persone e orientato alle Comunità, in una ottica multisettoriale e multidisciplinare, centrato sulla prevenzione e sulla promozione della salute, con una forte integrazione tra sociale e sanitario, per andare incontro ai bisogni di salute complessi delle comunità. L'equipe di cure primarie è l'elemento fondante le attività di prevenzione, diagnosi, cura e monitoraggio della persona con malattia cronica. Lo sviluppo di una progettazione di interventi sulla cronicità rinnova il ruolo dei medici di medicina generale (MMG/PLS) e richiede una collaborazione con il team delle professioni di famiglia e di comunità. Uno strumento fondamentale per il team di famiglia e comunità potranno essere le reti cliniche specialistiche, che hanno come obiettivo quello di favorire un modello di medicina proattiva per la gestione della cronicità, della complessità e della fragilità. Le cure primarie agiscono in stretta interconnessione intervenendo, oltre che a domicilio, anche nella propria sede elettiva indicata: la Casa della Comunità, la cui specifica mission propria è il lavoro integrato sui bisogni complessi delle cronicità e multi-cronicità e sui bisogni complessi Socio-Sanitari. Il lavoro sui bisogni complessi comporta di solito l'attivazione di processi trasversali e può richiedere il coinvolgimento di risorse, di cura o di assistenza, situate nella Zona ma esterne alla CdC, nei presidi ospedalieri, o in altre reti o organizzazioni sia pubbliche che private. Le strutture della riforma che hanno un ruolo nelle cure primarie oltre alla rete delle Case della comunità sono il NEA (Numero Europeo armonizzato) 116117 e la COT (Centrale operativa territoriale), quali strumenti di raccordo per la presa in carico. Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali. Le Centrali Operative Territoriali (COT) svolgono una funzione chiave di coordinamento e di interfaccia dei diversi servizi territoriali con quelli domiciliari, con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza anche al fine di coordinare e dare continuità all'attivazione ed uso dei servizi garantendo continuità ed appropriatezza con l'obiettivo di assicurare migliori esiti di salute. Le strutture extra-ospedaliere e le cure di transizione, rappresentate dai setting delle cure intermedie, Ospedali di comunità, Hospice e dei presidi di riabilitazione, assicurano la risposta appropriata ai bisogni sanitari che necessitano di un livello assistenziale non erogabile a domicilio in forma integrata e che nemmeno abbisognano delle competenze e del livello assistenziale erogato dall'ospedale organizzato per intensità di cure. Quando la malattia costringe all'immobilità la cura viene fornita al domicilio dall'equipe insieme con l'infermiere di famiglia e comunità, i quali attivano ulteriori risorse professionali quando necessario per migliorare la qualità di vita della persona e dei suoi caregiver. Le cure domiciliari rappresentano uno dei pilastri delle cure per i pazienti con cronicità poiché consentono loro di continuare a vivere nel proprio contesto assistiti dal personale sanitario e sociosanitario anche grazie all'impiego della telemedicina. Quando la malattia raggiunge una fase molto avanzata vengono fornite cure palliative domiciliari al fine di garantire la qualità di vita e difendere la dignità della persona.

Evidenze dal profilo di salute

Dal profilo di salute della Zona Aretina, allegato al Piano, emerge l'importanza e lo sviluppo del presente obiettivo.

Evidenze dal profilo dei servizi

Dall'analisi della rete dei servizi disponibili nel territori si riscontra la necessità del mantenimento e/o sviluppo di servizi collegati al presente obiettivo.

Metodologia

- Riorganizzazione della presa in carico in senso proattivo;
- Introduzione di elementi di gestione trasversale nell'erogazione delle prestazioni professionali per conseguire una continuità delle cure;
- Rafforzamento del contributo complementare dei vari gruppi di professionisti coinvolti nel percorso di cura, valorizzando la figura infermieristica, soprattutto nel suo ruolo di collegamento e gestione dei casi;

Risultati attesi

- Migliorare la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari, aiutando a sostenere l'autonomia;
- Supervisionare il continuum del percorso assistenziale, dalla promozione alla prevenzione della salute, fino al fine vita;
- Anticipare e affrontare adeguatamente le riacutizzazioni di malattia con soluzioni organizzative e risposte prestazionali efficaci nel ridurre il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza e all'ospedale per acuti;
- Garantire la continuità della presa in carico, con approccio multidisciplinare, attraverso il coordinamento funzionale e integrato tra diversi livelli assistenziali e la gestione delle risorse disponibili sul territorio;

Aretina

Risultati attesi	
- Potenziare gli strumenti informatici di comunicazione per rafforzare l'integrazione della rete;	

N°	Programmi associati all'obiettivo
1	Presa in carico delle Cronicità (2026)
2	Continuità Assistenziale (2026)
3	Sostegno alla Domiciliarità (2026)

Aretina

N°	Titolo obiettivo di salute
8	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere

Collegamento con lo PSSIR

L'obiettivo zonale si collega al Piano Regionale in quanto tra gli obiettivi di quest'ultimo vi è quello di realizzare un sistema integrato sanitario, sociosanitario e sociale più resiliente, portando a termine, grazie alle opportunità offerte dalla Missione 5 e 6 del dal PNRR ed al recepimento toscano del DM 77/2022, avvenuto con DGRT 1508/2022, una serie di riforme che porteranno, secondo gli indirizzi impartiti dal Consiglio regionale con la Risoluzione n. 184/2022, alla riorganizzazione ed al potenziamento della rete territoriale.

Rete territoriale intesa come integrazione effettiva dell'ambito sanitario e sociale nei percorsi di accesso, accoglienza, informazione, orientamento e presa in carico. La determinazione di punti e spazi di interazione reciproci dovrà favorire soluzioni progettuali in risposta ai bisogni complessi, con particolare attenzione a promuovere l'accesso alle opportunità e ai servizi di alcuni target specifici, tra cui persone e famiglie in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale e sociosanitaria, minori e neomaggioranni.

Obiettivi generali

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

Fattore di crescita

-

Descrizione

Il Decreto ministeriale 77/2022 valorizza il consultorio familiare come struttura territoriale di assistenza sanitaria ad accesso libero e gratuito, dedicata alla prevenzione, cura e promozione della salute di donne, ragazzi e famiglie. Le attività consultoriali, condotte da un'equipe multidisciplinare, includono prestazioni mediche, ostetriche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative, anche domiciliari, in linea con i L.E.A. (art. 25 Dpcm 2017). Il decreto evidenzia l'importanza di affrontare nuovi bisogni, come disagio sociale, violenza, abuso e vulnerabilità genitoriale, e raccomanda un'assistenza di prossimità, con consultori integrati nelle Case della Comunità. Particolare attenzione è rivolta ai giovani e ai cittadini recentemente naturalizzati, con programmi dedicati alla salute sessuale e riproduttiva, disturbi alimentari, disagio sociale e promozione di stili di vita sani. Sono previste anche azioni per individuare precocemente il rischio di dipendenze. Il consultorio, connesso ad altri servizi territoriali e ospedalieri tramite protocolli, si configura come una porta d'accesso al Servizio Sanitario regionale, promuovendo inclusione e appropriatezza.

Prevenzione, protezione e promozione dei diritti dei minori e delle loro famiglie, con l'obiettivo di rafforzare i servizi territoriali per contrastare il disagio, sostenere la crescita personale e promuovere l'autonomia, quindi supportare le famiglie in difficoltà, e sostenere la cura del minore per garantirne il benessere. Questo impegno coinvolge istituzioni come sanità, sociale, scuola, giustizia e sport, insieme al privato sociale, in una rete integrata che collabora strettamente con Tribunali, Procure Minorili, Comuni, Aziende sanitarie e Zone Distretto.

L'obiettivo si propone anche, non per ultimo in termini di importanza, di rafforzare il sistema a rete per il contrasto alla violenza di genere, da conseguire attraverso la definizione di modalità chiare e condivise dei percorsi di accesso e presa in carico, in particolare nell'emergenza urgenza e nelle situazioni di vulnerabilità o discriminazione, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi coinvolti.

Evidenze dal profilo di salute

Gli indicatori di salute materno-infantile nella Zona Aretina confermano un quadro positivo e stabile. La qualità del percorso nascita e la buona diffusione dei servizi di consultorio contribuiscono a garantire esiti perinatali favorevoli e una presa in carico precoce della maternità.

La presenza di nuclei con figli, pur in calo rispetto al passato, resta più consistente rispetto ad altre aree aziendali. I minori rappresentano il 14,0% della popolazione. Buona la qualità del sistema educativo e la rete di sostegno scolastico anche se da migliorare soprattutto nella collaborazione tra scuole, servizi sociali e associazioni del territorio. Necessità di garantire sostegni mirati alle famiglie vulnerabili per prevenire il rischio di esclusione sociale dei minori.

I minori stranieri in carico ai servizi sociali rappresentano il 27,3% del totale. La seconda generazione di stranieri tende a mostrare dati più simili a quelli dei coetanei italiani, anche se gli operatori dei servizi segnalano la necessità di mantenere e rafforzare azioni di mediazione culturale e di informazione sanitaria mirata.

Gli stili di vita dei giovani mostrano un quadro in chiaroscuro. Alle buone abitudini si affiancano comportamenti a rischio che evidenziano la necessità di rafforzare l'educazione alla salute e la prevenzione e gli spazi dedicati.

Bisogno di potenziare l'assistenza psicologica e la presa in carico precoce dei giovani.

Evidenze dal profilo dei servizi

Il trend complessivo del ricorso ai servizi mostra una stabilizzazione dopo gli anni critici della pandemia, con segnali di consolidamento nella prevenzione e nella presa in carico territoriale. Nel complesso, il sistema socio-sanitario zonale mostra resilienza e capacità di adattamento, sostenuto da una rete territoriale attiva e dalla collaborazione tra tutti gli attori istituzionali e con il terzo settore.

Metodologia

Una metodologia efficace per potenziare i servizi consultoriali combina:

1. Analisi dei bisogni, delle criticità e delle risorse disponibili nel territorio per identificare le priorità di potenziamento
2. Revisione dei processi di servizio per garantire che i servizi siano efficienti, coerenti e rispondano in modo più efficace alle esigenze della popolazione.
3. Tentativo di rafforzare il profilo professionale e le competenze degli operatori per rispondere in modo integrato ai bisogni sanitari, psicologici e sociali attraverso la formazione continua su tematiche chiave: comunicazione empatica, ascolto attivo, accoglienza multiculturale, salute riproduttiva, gestione dei casi complessi.
4. Costante incentivo ai team multiprofessionali stabili (ostetriche, ginecologi, psicologi, assistenti sociali), che lavorino con approccio integrato.
5. Rendere i consultori più accessibili, soprattutto a gruppi vulnerabili (immigrati, giovani, donne in situazioni di fragilità)

Aretina

Metodologia

attraverso orari estesi e flessibili, materiali informativi multilingue e canali digitali di contatto, attività di outreach e promozione del servizio presso scuole, associazioni e comunità

6. Verificare l'efficacia delle azioni poste in essere e orientare correttivi continui attraverso il monitoraggio del numero di accessi per tipologia di prestazione, dei tassi di soddisfazione degli utenti, dei tempi medi di attesa, della percentuale di casi che ricevono presa in carico completa.

7. Rafforzare la consapevolezza e il valore dei consultori all'interno della comunità e tra i professionisti attraverso workshop periodici per condividere buone pratiche e piani di comunicazione verso i cittadini (social, materiali divulgativi, eventi informativi).

Misure di sostegno alla genitorialità, assistenza domiciliare educativa, Centro Affidi, collaborazione con Tribunale dei minori, Centri per le Famiglie, progettazione per bando DesTEENazione, PIPPI, promozione di azioni coordinate per sostenere l'inclusione e l'accompagnamento al lavoro di Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA);

Lavoro in rete di tutti soggetti istituzionali, del Terzo Settore e della cittadinanza per il contrasto alla violenza di genere.

Risultati attesi

- Maggiore accessibilità e ampliamento dei servizi offerti, in particolare dei programmi di prevenzione, educazione sessuale, supporto alla genitorialità e assistenza specifica per le giovani generazioni e le fasce di popolazione vulnerabili;
- Incremento della attività di prevenzione e dell'offerta attiva;
- Integrazione con altre strutture sanitarie e sociali delle reti territoriali;
- Presa in carico multidisciplinare;
- Potenziamento dei Centri per le famiglie;
- Sviluppo di iniziative e programmi per la tutela, il sostegno e la promozione delle opportunità per i minori stranieri non accompagnati;
- Prevenzione della istituzionalizzazione e innovazione dei modelli di accoglienza diurna e residenziale;
- Potenziamento delle forme di supporto educativo e pedagogico alla genitorialità;
- Sviluppo di una rete capillare di supporto alle persone vittime di violenza, in particolare donne, bambini/e, soggetti in situazione di vulnerabilità;
- Rafforzamento nei servizi sanitari e sociosanitari dedicati alle persone vittime di violenza;
- Promozione e diffusione di una cultura della prevenzione della violenza attraverso una metodologia di lavoro multidisciplinare di rete con adeguate campagne di informazione e sensibilizzazione ai vari target di riferimento.
- Formazione sulla prevenzione della violenza e sviluppo di competenze specifiche negli operatori sanitari/sociali;

N° Programmi associati all'obiettivo

1	Potenziamento dei servizi consultoriali (2026)
2	Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie (2026)
3	Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere (2026)

Aretina

N°	Titolo obiettivo di salute
9	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze

Collegamento con lo PSSIR

L'obiettivo zonale si collega al Piano Regionale in quanto tra gli obiettivi di quest'ultimo vi è quello di realizzare un sistema integrato sanitario, sociosanitario e sociale più resiliente, portando a termine, grazie alle opportunità offerte dalla Missione 5 e 6 del dal PNRR ed al recepimento toscano del DM 77/2022, avvenuto con DGRT 1508/2022, una serie di riforme che porteranno, secondo gli indirizzi impartiti dal Consiglio regionale con la Risoluzione n. 184/2022, alla riorganizzazione ed al potenziamento della rete territoriale.

Rete territoriale intesa come integrazione effettiva dell'ambito sanitario e sociale nei percorsi di accesso, accoglienza, informazione, orientamento e presa in carico. La determinazione di punti e spazi di interazione reciproci dovrà favorire soluzioni progettuali in risposta ai bisogni complessi, tra cui quelli riguardanti la Salute Mentale e Dipendenze.

Secondo Regione Toscana negli ultimi dieci anni si è assistito ad un andamento crescente del numero totale delle misure di sicurezza applicate a persone con disturbo mentale, con richiesta di inserimenti in Comunità terapeutica in alternativa alla Rems, oltre che ad un incremento delle richieste da parte del Tribunale per i Minorenni e del Tribunale Ordinario che prescrivono valutazioni diagnostiche multidisciplinari e monitoraggio delle eventuali condotte di uso di sostanze a carico dei SerD. Da qui la necessità di ridefinire e disciplinare i rapporti tra i servizi pubblici coinvolti e l'Autorità Giudiziaria e Uepe, tenendo presente l'importanza di incrementare le misure alternative alla detenzione, in primis di tipo territoriale.

I disturbi correlati all'uso di sostanze e l'addiction sono frequentemente riscontrati nelle persone con patologia psichiatrica e disturbi del neurosviluppo. Vi è quindi la necessità di mettere in atto nuove scelte funzionali ed organizzative ad orientamento interdisciplinare, in integrazione con UFSMA, UFSMIA, Cure Primarie, terzo settore, MMG, PLS e scuola. Insieme alla multiprofessionalità e alla multidimensionalità risulta fondamentale:

- l'individuazione precoce del bisogno e garantire una risposta il più possibile tempestiva, orientata alla qualità della vita, all'empowerment (coinvolgimento attivo della persona e dei suoi partner sociali);
- il potenziamento dei servizi;
- l'integrazione con gli altri percorsi territoriali sanitari (Consultorio, Cure Primarie..), sociosanitari e sociali (la Rete dei Servizi Sociali, aziendali e comunali).

Obiettivi generali

OG2. L'Assistenza Territoriale

Fattore di crescita

-

Descrizione

Nel sistema socio-sanitario della Zona Distretto Aretina la salute mentale si conferma una priorità da affrontare, a fronte di un aumento, emerso dall'analisi del contesto, della popolazione che soffre di disturbi mentali e dipendenze, anche legate ai comportamenti. I servizi per la Salute Mentale puntano a individuare precocemente i bisogni, garantendo risposte tempestive orientate a recovery, empowerment e autonomia. L'assistenza si basa su un approccio olistico, con una rete integrata di servizi sociosanitari che coinvolge risorse comunitarie, associazioni di utenti e familiari. È prioritario potenziare l'inclusione lavorativa e abitativa, sviluppare interventi mirati per comorbidità e dipendenze e tutelare la volontarietà delle cure, contrastando ogni forma di contenzione.

Le equipe multidisciplinari, strutturate su standard definiti, rispondono anche ai nuovi bisogni, come le sindromi psicotiche e post-traumatiche in migranti e vittime di violenze o sfruttamento.

Le future azioni mirano a potenziare la promozione e la presa in carico della salute mentale negli adolescenti e giovani adulti con disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva, inclusi disturbi del neurosviluppo, psicopatologici, neuromotori, dello spettro autistico e della nutrizione. Si punta a garantire continuità assistenziale con un approccio personalizzato diversificando l'intensità delle cure secondo i bisogni, e puntando sull'attivazione di empowerment dei ragazzi e supporto alla famiglia, ai partner sociali ed educativi.

In presenza di comorbidità tra uso di sostanze e disturbi psichici, è essenziale sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici integrati tra salute mentale e SERD, attraverso PDTAS condivisi per un uso appropriato delle risorse sanitarie e sociali. I servizi per le dipendenze si occupano della prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze psicoattive, alcol e comportamenti patologici, come il gioco d'azzardo e altre nuove forme di dipendenza. Operano con un approccio multidisciplinare e integrato, garantendo accesso anonimo, percorsi flessibili e innovativi orientati al recupero funzionale. Alla luce della crescente diffusione di dipendenze comportamentali, è fondamentale rafforzare la prevenzione, migliorare l'accessibilità ai servizi e promuovere interventi coordinati tra pubblico e privato, con particolare attenzione alla formazione degli operatori e al supporto delle famiglie.

Evidenze dal profilo di salute

Dal profilo di salute della Zona Aretina, allegato al Piano, emerge l'importanza e lo sviluppo del presente obiettivo.

Evidenze dal profilo dei servizi

Dall'analisi della rete dei servizi disponibili nel territorio zonale si riscontra la necessità del mantenimento e/o sviluppo dei servizi collegati al presente obiettivo.

Metodologia

Empowerment delle reti interistituzionali, sociali ed educative al fine di garantire una presa in carico globale del paziente e dei suoi bisogni di salute e di benessere sociale, secondo una visione One-Health. Nell'ambito specifico dell'adolescenza e dei giovani adulti si intende sviluppare equipe multiprofessionali per interventi di rete di iperprossimità a domicilio, promuovendo le risorse e capacità individuali, la valorizzazione del sistema familiare e riconnettendo i legami con le agenzie territoriali e il sistema sociale, anche informale, di appartenenza.

Per intercettare precocemente i bisogni di salute si rende necessaria anche la realizzazione di piattaforme social e

Aretina

Metodologia

applicativi internet che favoriscano la comunicazione tra utente e servizi.

Risultati attesi

- Investimento quali-quantitativo sulle risorse umane e professionali e sulla loro formazione ;
- Maggiore accessibilità e ampliamento dei servizi offerti;
- Incremento della attività di prevenzione e dell'offerta attiva;
- Integrazione dei servizi SMA, SMIA, SerD, Consultorio con un sistema integrato di servizi pubblici e privati;
- Miglioramento della presa in carico e dell'inserimento in percorsi di cura per la fascia della popolazione migrante o richiedente tutela internazionale;
- Garantire l'attivazione del progetto terapeutico individualizzato e partecipato e promuovere una presa in carico globale della persona (multidisciplinarietà);
- Aggiornare e adeguare i percorsi assistenziali, introducendo interventi innovativi per affrontare le nuove esigenze di salute;
- Coinvolgimento della comunità locale;

N° Programmi associati all'obiettivo

1	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti (2026)
2	Contrasto alle dipendenze (2026)
3	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza (2026)

Aretina

N°	Titolo obiettivo di salute
10	Appropriatezza prescrittiva e garanzia di cure adeguate

Collegamento con lo PSSIR

Accrescere l'appropriatezza delle cure è una questione all'ordine del giorno nei principali paesi avanzati, emersa come una possibile soluzione dei problemi alla base della sopravvivenza dei sistemi sanitari, garantendo la qualità dei servizi, la sostenibilità finanziaria di breve e lungo termine e l'innovazione tecnologica.

In linea generale si può affermare che un trattamento sanitario è "appropriato" se i potenziali benefici per il paziente superano i possibili rischi. In caso contrario, oltre a incrementi ingiustificati dei rischi (inappropriatezza clinica), l'inappropriatezza prescrittiva (o professionale) può implicare anche sprechi di risorse (rapporto costo-efficacia inadeguato) e allungamenti delle liste di attesa.

Si parla invece di "appropriatezza organizzativa" con riferimento alla capacità di fornire le cure nelle strutture più adeguate (ospedale, day hospital, domicilio del paziente), al momento giusto, utilizzando le professionalità più adatte e le risorse in maniera efficiente. La mancata appropriatezza può implicare problemi di sovrautilizzo, ma anche sottoutilizzo o uso sbagliato delle cure.

Obiettivi generali

OG5. Appropriatezza delle cure e governo della domanda

Fattore di crescita

FT4. La partecipazione e orientamento ai servizi

Descrizione

Attraverso la collaborazione con la Medicina Generale, il coinvolgimento della comunità e una organizzazione interna e dei servizi razionale, le Cure Primarie possono incidere positivamente sull'appropriatezza della domanda e il governo delle liste di attesa, così come sull'appropriatezza farmaceutica e organizzativa.

Evidenze dal profilo di salute

Dal profilo di salute della Zona Aretina, allegato al Piano, emerge l'importanza e lo sviluppo del presente obiettivo.

Evidenze dal profilo dei servizi

Dall'analisi della rete dei servizi disponibili nel territori si riscontra la necessità del mantenimento e/o sviluppo di servizi collegati al presente obiettivo.

Metodologia

- Audit clinici con MG e specialisti;
- Migliorare la comunicazione e la relazione tra professionisti e pazienti anche attraverso il coinvolgimento di questi nelle scelte relative alla loro salute;
- Collaborazione con la farmaceutica territoriale;

Risultati attesi

- Ridurre le procedure ridondanti e garantire prestazioni necessarie;
- Ridurre la spesa farmaceutica garantendo una adeguata assistenza;
- Ridurre la domanda inappropriata;

N° Programmi associati all'obiettivo

1 Appropriatezza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa (2026)

Ufficio di piano

Funzioni

L'ufficio di piano si configura come un incubatore, che supera gli aspetti meramente amministrativi, per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale, vista non più come un mero adempimento burocratico, ma una modalità di lavoro strutturata e stabile che aiuta a definire in maniera migliore gli obiettivi e le attività condividendo priorità e responsabilità. Funzioni: Supporto alla Programmazione unitaria per la salute relative alla sanità territoriale, all'integrazione socio sanitaria e socio assistenziale, analisi del bisogno, elaborazione del Profilo di Salute e PIS, PIZ e POA;

Composizione

L'ufficio di piano è costituito dal Direttore di Zona Distretto e da personale messo a disposizione dai comuni e dall'Azienda Unità sanitaria locale. La composizione dell'ufficio di piano deve tenere conto di una sufficiente rappresentanza degli enti aderenti; oltre ai componenti designati fanno comunque parte dell'ufficio di piano il responsabile di zona, un esperto in budget e contabilità dell'azienda sanitaria e due componenti con analoghe competenze individuati tra il personale dei comuni aderenti. Il Direttore di Zona Distretto deve individuare tra le persone che sono presenti stabilmente, un responsabile dell'ufficio di piano.

Dotazione

L'ufficio di piano della Zona Distretto Aretina si avvale di tutti gli spazi e gli strumenti messi a disposizione dall'Azienda Usl TSE e dai Comuni della Zona Aretina

Responsabile

Roberto Franceschi

Aretina

Processo partecipativo

Comitato di partecipazione	
E' stato costituito il Comitato di partecipazione ai sensi dell'art. 4, l.r. 75/2017?	
Data della nomina	27/08/2025
Delibera di nomina	Delibera Aziendale n. 830 del 27/08/2025 "AGGIORNAMENTO COMPOSIZIONE DEI COMITATI DI PARTECIPAZIONE ZONALI"
Componenti	Coordinatore: Spisni Luisa Vice Coordinatore: Rubbiani Chiara ACB Social Inclusion APS Rappresentante titolare: Miraglia Paola Rappresentante supplente: Francini Valentina A.D.A. Associazione Diabetici Aretini ODV Rappresentante titolare: Veltroni Francesco Rappresentante supplente: Marraghini Luciana AIPD Associazione Italiana Persone Down - Sezione di Arezzo ODV Rappresentante titolare: Fatucchi Giovanni Rappresentante supplente: Ducci Fulvio AISM Associazione Italiana Sclerosi Multipla APS Rappresentante titolare: D'Aniello Alessio Rappresentante supplente: Vajra Irene A.L.I.Ce. Arezzo ODV Rappresentante titolare: Marruchi Ione Rappresentante supplente: Garaffa Marianonietta A.M.R.AR. Associazione Malati Reumatici Arezzo ODV Rappresentante titolare: Tamburi Tamara Rappresentante supplente: Zuccone Annunziata ANCOS Associazione Nazionale Comunità Sociali e Sportive APS Rappresentante titolare: Badii Domenico Rappresentante supplente: Balsamini Elisa ANED Associazione Nazionale Emodialisi Dialisi e Trapianto APS Rappresentante titolare: Pace Marisa Rappresentante supplente: Ringressi Mauro A.P.A. Associazione Paratetraplegici Aretini ODV Rappresentante titolare: Pellegrini Miriam Rappresentante supplente: Albiani Giuseppina AVO Associazione Volontari Ospedalieri Arezzo ODV Rappresentante titolare: Marzi Carla Rappresentante supplente: Nanni Mara Arezzo per l'Epilessia ODV Rappresentante titolare: Banelli Natalia Rappresentante supplente: Lotan Helene Associazione CNA Sociale APS Rappresentante titolare: Tornani Marcello Rappresentante supplente: Bennati Franco Associazione Donne Insieme ODV Rappresentante titolare: Cantaluppi Bruna Rappresentante supplente: Mariani Annamaria Associazione ToscanABILE APS Rappresentante titolare: Mauro Salvatore Rappresentante supplente: Maraghini Sonia Cittadinanzattiva Toscana APS Rappresentante titolare: Beoni Carlo Rappresentante supplente: Berretti Rodolfo Federconsumatori Arezzo e Provincia APS Rappresentante titolare: Rubbiani Chiara Rappresentante supplente: Pazzagli Alessandra Rete Regionale Toscana Utenti Salute Mentale Rappresentante titolare: Caprai Fiore Rappresentante supplente: Aleda Alessandro SICHEM Crocevia dei popoli ODV Rappresentante titolare: Miele Antonio Rappresentante supplente: Sacchetti Debora Vivere Insieme ODV Rappresentante titolare: Spisni Luisa Rappresentante supplente: Cocca Dorinta
Note	-
E' stata costituita la Consulta ai sensi dell'art. 4, c.9, l.r. 75/2017?	
Data della nomina	-
Delibera di nomina	-
Componenti	-
Note	-

Aretina

Comitato di partecipazione	
E' stato costituito il Comitato di partecipazione ai sensi dell'art. 4, l.r. 75/2017?	
Agorà della salute	
La zona organizza Agora della Salute?	
Descrizione attività	-
Co-programmazione	
Sono stati organizzati percorsi di co-programmazione?	
Descrizione	-
Co-progettazione	
Sono stati organizzati percorsi di co-progettazione?	
Descrizione	- Trasporto fragili; - Dopo di Noi; - Progetto Gioco d'Azzardo "Strada Facendo"; - Interventi PNRR M5 C2, 1.3.1 e 1.3.2; - Progetto "LAVORLAB"; - Trasporto sociale per persone con disabilità; - Progetto "DesTEENazione - desideri in azione"; - "Progetto Autismo"; - Centro per le famiglie-Centro affidi; - Servizi di Prossimità
Incontri pubblici	

Aretina

Albero della programmazione operativa

Aretina - 2026

Aretina

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto	Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione	"Casa si-cura"	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		Co-programmazione Zona Distretto Aretina	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	Altro tipo di gestione	Zero risorse	Povertà, Immigrazione, Violenza di genere, GAP, Stile di vita, Abitare, Budget di salute, PNRR, FSE +
		Percorsi partecipativi e sviluppo dell'informazione	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Povertà, Immigrazione, Violenza di genere, GAP, Stile di vita, Abitare, Budget di salute, PNRR, FSE +, FESR
	Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale	Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	Zero risorse	Budget di salute, FSE +, PNRR
		Rafforzamento della capacità istituzionale nella gestione degli interventi di inclusione sociale finanziati dal PR FSE+ 2021-2027- Attività PAD 3.h.10	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	Altro tipo di gestione	-	FSE +, Povertà, Immigrazione, GAP, Budget di salute
		Supervisione e Rafforzamento dei Servizi Sociali Assistenti Sociali, Prevenzione del fenomeno del burn out - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.4	SA	Azioni di sistema Socio-assistenziale	Altro tipo di gestione	10.148,00 €	PNRR
		SUPERVISIONE DEGLI OPERATORI SOCIALI - FNPS	SA	Azioni di sistema Socio-assistenziale	Altro tipo di gestione	46.223,00 €	PNRR
Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale	Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà	Progetto sperimentale "Anziani Sereni"	SA	Strutture comunitarie residenziali	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	-	Abitare, Stile di vita
		Progetto L.A.V.O.R.LAB	SA	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	Altro tipo di gestione	427.045,00 €	Povertà, FSE +

Aretina

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		HOUSING TEMPORANEO - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.3.1	SA	Servizi di supporto	Altro tipo di gestione	210.000,00 €	Immigrazione, PNRR, Povertà, Abitare
		STAZIONI DI POSTA - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.3.2	SA	Servizi di supporto	Altro tipo di gestione	180.000,00 €	Povertà, Immigrazione, Abitare, PNRR
		Segretariato Sociale	SA	Segretariato sociale	Comune forma singola	796.324,00 €	Povertà
		Sistema Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)	SA	Pronto intervento sociale	Altro tipo di gestione	Zero risorse	Povertà
		PUC - Progetti Utili alla Collettività	SA	Integrazione sociale	Comune forma singola	15.000,00 €	Povertà
		Servizi di Prossimità	SA	Integrazione sociale	Comune forma singola	185.915,00 €	Povertà
		Progetto Trasporto per cicli di prestazioni terapeutiche di persone in condizioni di fragilità	CP	Assistenza territoriale	Altro tipo di gestione	27.698,00 €	-
Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato	Team di transizione	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
		ELENCO FORNITORI PROGETTO INPS HOME CARE PREMIUM 2025	SA	Servizio sociale di supporto	Altro tipo di gestione	217.600,00 €	Budget di salute
		Trasporto sociale per persone con disabilità	SA	Servizi di supporto	Comune forma singola	180.000,00 €	Budget di salute
		Centri di socializzazione per disabili	SA	Strutture semiriesidenziali	Altro tipo di gestione	750.000,00 €	Budget di salute
		Progetto Dopo di Noi	SS	Disabilità	Altro tipo di gestione	0,00 €	Abitare
		Interventi per persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	2.552.855,00 €	Budget di salute
		Vita Indipendente	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	500.000,00 €	Budget di salute, FSE +
		Assistenza domiciliare alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	1.077.000,00 €	Budget di salute
		Sostegno del ruolo di cura e assistenza del CAREGIVER FAMILIARE	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	73.000,00 €	Budget di salute
		Intervento Indipendenza e Autonomia - IN AUT	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	120.000,00 €	Budget di salute, Abitare
		UVMD	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute

Aretina

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		CAT - Centro Ausili Alta Tecnologia	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
		Percorso SLA	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	100.000,00 €	-
		Il progetto di Vita	SS	Disabilità	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	Zero risorse	Stile di vita, Budget di salute
	Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità	Assistenza residenziale nei moduli motori	SS	Non Autosufficienza	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	0,00 €	-
		Progetto "Circolarità e umanizzazione nell'assistenza domiciliare integrata"	SS	Non Autosufficienza	AUSL gestione diretta	-	-
		A.TE.DO.M.	SS	Non Autosufficienza	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	292.633,00 €	FSE +
		Assistenza residenziale nel modulo cognitivo	SS	Non Autosufficienza	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	0,00 €	-
		L'accesso alle RSA: un aiuto agli anziani non autosufficienti	SS	Non Autosufficienza	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	8.806.827,00 €	-
		Assistenza residenziale nel modulo vegetativo	SS	Non Autosufficienza	AUSL gestione diretta	0,00 €	-
		Assistere nella domiciliarità le persone anziane non autosufficienti	SS	Non Autosufficienza	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	2.038.308,00 €	-
Innovazione e Sviluppo	Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	Zero risorse	PNRR
		RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI DOMICILIARI PER GARANTIRE LA DIMISSIONE ANTICIPATA ASSISTITA E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE -	SS	Non Autosufficienza	Altro tipo di gestione	55.000,00 €	PNRR

Aretina

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		TELEMEDICINA - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.3					
	Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina	Archiviazione informatizzata	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	Zero risorse	PNRR
		Piano di Efficientamento Energetico della Zona Distretto Aretina	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	-	-
Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali	Reti cliniche integrate e strutturate	Cure palliative simultanee e precoci	CP	Cure palliative	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
	Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali	Centrale Operativa Territoriale (COT).	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	PNRR
		Case della Comunità	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	0,00 €	PNRR
		Cure Intermedie: Ospedale di Comunità e Low Care	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	0,00 €	PNRR
		PNRR - Missione 6 - DM 77/2022	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	6.502.000,00 €	PNRR
Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita	Test HPV primario nello screening cervicale	PR	Malattie infettive e vaccini	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		Province per Giovani	SS	Salute mentale - Minori	Altro tipo di gestione	-	Stile di vita
		LA PREVENZIONE E SICUREZZA DOMESTICA NEGLI OVER 65	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		Riabilitazione funzionale del fisioterapista nelle disfunzioni del pavimento pelvico	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		La prevenzione delle cadute e degli esiti nella popolazione anziana: il percorso AFA cadute	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		AFA - Attività Fisica Adattata	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		VaccinarSI	PR	Malattie infettive e vaccini	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		La Cultura del Dono: stili di vita salutari per un futuro da cittadini più consapevoli	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		Stretching che favola!	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		Quante Piramidi!!!	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita

Aretina

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
				croniche - stili di vita			
		Stretching in classe	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		Guadagnare salute: incontri informativi, di sensibilizzazione e informazione su stili di vita salutari e consumi consapevoli	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		Gestione dei farmaci a scuola	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		LA SPESA CONSAPEVOLE	PR	Sicurezza alimentare e salute dei consumatori	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		CORSI ID-EAS: Incontri educativi informativi sulla cronicità	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità	Presa in carico delle Cronicità	Odontoiatria sociale proattiva	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		Ambulatorio Fisioterapia Respiratoria	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
	Continuità Assistenziale	Servizi di salute mentale: la presa in carico post ospedaliera	SS	Salute mentale - Adulti	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
	Sostegno alla Domiciliarità	Sviluppo dell'infermieristica di Comunità	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita, PNRR
		Progetto SCUDO	CP	Cure palliative	Altro tipo di gestione	23.400,00 €	-
		Assistenza palliativa residenziale - HOSPICE	CP	Cure palliative	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere	Potenziamento dei servizi consultoriali	Azioni di adeguamento delle attività consultoriali agli standard previsti dalla DGR 674/2023	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	0,00 €	-
		Consultorio e Menopausa	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		Imparo a conoscermi	PR	Azioni di sistema Prevenzione e promozione	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita, Violenza di genere
		Piccoli lettori si nasce!	PR	Azioni di sistema Prevenzione e promozione	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		NATI PER LA MUSICA	PR	Azioni di sistema Prevenzione e promozione	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita

Aretina

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		Sostegno gravidanza, parto e puerperio	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		Procreazione Medicalmente Assistita	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		Presa in carico delle donne in gravidanza, puerperio e neonati a rischio sociale. Integrazione Territorio / Ospedale.	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Immigrazione, Povertà
	Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie	PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.1. - SOSTEGNO ALLE CAPACITÀ GENITORIALI E PREVENZIONE DELLA VULNERABILITÀ DELLE FAMIGLIE E DEI BAMBINI	SA	Servizio sociale di supporto	Altro tipo di gestione	10.000,00 €	PNRR
		Progetto "DesTEENazione - desideri in azione"	SA	Centri e attività diurne	Comune forma singola	-	FESR, FSE +, Povertà
		CENTRO PER LE FAMIGLIE - CENTRO AFFIDI	SA	Servizio sociale di supporto	Comune forma singola	263.764,00 €	Immigrazione, Povertà, Violenza di genere
		SERVIZIO EDUCATIVO PER FAMIGLIE CON MINORI (ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE)	SA	Servizio sociale di supporto	Comune forma singola	281.931,00 €	Budget di salute, Povertà
		Presa in carico integrata: Gruppi Tutela Minori e Vulnerabilità Familiare	SS	Salute mentale - Minori	Altro tipo di gestione	Zero risorse	Povertà, Violenza di genere
	Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere	Rete aziendale Codice Rosa	VG	Accoglienza e ascolto	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Violenza di genere
		Rete dei servizi di prevenzione e di accoglienza in caso di violenza di genere (Provincia di Arezzo)	VG	Strutture di protezione	Altro tipo di gestione	253.955,00 €	Violenza di genere
Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti	Tutela salute mentale richiedenti asilo	SS	Salute mentale - Adulti	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Immigrazione
		Interventi non farmacologici dei disturbi di ansia	SS	Salute mentale - Adulti	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		Intervento psico educativo familiare integrato	SS	Salute mentale - Adulti	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		Valutazione degli esiti dei percorsi in comunità terapeutica con strumenti standardizzati	SS	Salute mentale - Adulti	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
	Contrasto alle dipendenze	Progetto GAP "Strada Facendo"	SS	Dipendenze senza Sostanze	Altro tipo di gestione	48.338,00 €	GAP
		Orti fior di carota	SS	Dipendenze con Sostanze	AUSL gestione diretta	30.000,00 €	Stile di vita, Budget di salute

Aretina

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		Senza tabacco	SS	Dipendenze con Sostanze	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		Alcologia di rete	SS	Dipendenze con Sostanze	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		Percorsi residenziali per persone dipendenti	SS	Dipendenze con Sostanze	AUSL gestione diretta	950.000,00 €	Stile di vita, Budget di salute
	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza	Psicoeducazione familiare ed autismo - Provincia di Arezzo	SS	Salute mentale - Minori	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute, PNRR
		Progetto "Autismo"	SS	Salute mentale - Minori	Altro tipo di gestione	21.000,00 €	Budget di salute
		Centro per i disturbi del neurosviluppo	SA	Integrazione sociale	Altro tipo di gestione	Zero risorse	Budget di salute
		Il suono del Silenzio	SS	Salute mentale - Minori	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Povertà, Immigrazione, Violenza di genere, Stile di vita
		Tavolo operativo Adolescenza	SS	Salute mentale - Minori	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Povertà, Immigrazione, Violenza di genere, Stile di vita
Appropriatezza prescrittiva e garanzia di cure adeguate	Appropriatezza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa	Appropriatezza prescrittiva	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-
		Gestione del rischio clinico e strumenti di Clinical Governance	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	-

Aretina

Programmi Operativi

Elenco programmi operativi

1	<u>Reti cliniche integrate e strutturate</u>
2	<u>Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali</u>
3	<u>Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita</u>
4	<u>Presa in carico delle Cronicità</u>
5	<u>Continuità Assistenziale</u>
6	<u>Sostegno alla Domiciliarità</u>
7	<u>Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere</u>
8	<u>Potenziamento dei servizi consultoriali</u>
9	<u>Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie</u>
10	<u>Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti</u>
11	<u>Contrasto alle dipendenze</u>
12	<u>Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza</u>
13	<u>Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà</u>
14	<u>Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato</u>
15	<u>Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità</u>
16	<u>Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione</u>
17	<u>Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale</u>
18	<u>Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale</u>
19	<u>Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina</u>
20	<u>Appropriatezza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa</u>

Aretina

Titolo del programma operativo	
Reti cliniche integrate e strutturate	
Descrizione	
Il Programma si attua attraverso PDTA e reti cliniche territoriali ed ha il fine di valorizzare la presa in carico globale e integrata	
Obiettivo di salute collegato	
Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali	
Collegamento con obiettivo di salute	
descriverell nuovo modello di Sanità Territoriale, previsto al DM 77 permette l'integrazione delle varie figure professionali che operano a vario titolo all'interno dei percorsi assistenziali e che trovano piena integrazione nelle Cdc, che saranno il luogo dove gli assistiti potranno ricevere la risposta appropriata ai bisogni di salute differibili. Tale integrazione avverrà attraverso un modello organizzativo che metta in rete le figure professionali anche attraverso strumenti di telemedicina e sistemi informatizzati condivisi (cartella clinica domiciliare informatizzata) per favorirne la comunicazione e la visione unitaria delle problematiche del paziente.	
Logica progettuale	
Favorire la condivisione delle problematiche clinicoassistenziali tra i vari servizi afferenti alla zona distretto e tra questi e la rete ospedaliera per una maggiore integrazione della presa in carico della cronicità e degli esiti sul territorio.	
Connessioni con la programmazione regionale e nazionale	
Piani regionali	Piani nazionali
-	-
Annualità	
2026	
Responsabile Programma	
Nome	Tommaso Condello
Note	
-	

Aretina

Titolo del programma operativo**Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali****Descrizione**

Il Programma è finalizzato al governo delle transizioni di cura, assistenza e riabilitazione da e verso ospedale, principalmente per dare risposta ai pazienti coi bisogni socio-sanitari complessi e per implementare progressivamente la gestione anche dei bisogni più semplici.

Obiettivo di salute collegato

Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali

Collegamento con obiettivo di salute

- 1) Assicurare la transizione nei vari setting assistenziali dei pazienti complessi affetti da patologie croniche
- 2) Implementare la transizione del percorso territorio-ospedale anche attraverso il modello delle CdC Hub e Spoke, secondo quanto previsto dal PNRR e Dal DM77
- 3) Favorire l'integrazione tra COT e riabilitazione per la presa in carico delle segnalazioni verso le strutture residenziali riabilitative
- 4) Favorire l'integrazione tra COT e Cure Palliative con la finalità d'implementare le segnalazioni per le prese in carico domiciliari e verso hospice
- 5) Favorire la collaborazione con i MMG nella presa in carico dei pazienti cronici in Cure Intermedie per ridurre i ricoveri ripetuti in ospedale
- 6) Favorire lo sviluppo del modello Ospedale di Comunità così come previsto dal PNRR.
- 7) Sviluppare percorsi funzionali anche per i pazienti con dimissione difficile attraverso la realizzazione di reti e specifici PDTA

Logica progettuale

Favorire l'integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri per garantire una presa in carico globale ed integrata del paziente attraverso la segnalazione COT e incontri periodici di confronto e condivisione anche tramite l'utilizzo di Audit ed MMR

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale

Piani regionali	Piani nazionali
-	-

Annualità

2026

Responsabile Programma

Nome	Tommaso Condello
------	------------------

Note

Il programma operativo " Riorganizzazione rete presidi territoriali" è stato aggregato al presente. Si riporta il monitoraggio finale anno 2025:

E' stata avviata la realizzazione di due Case di Comunità hub per la città di Arezzo, una con sede in via Guadagnoli e l'altra con sede nella zona Baldaccio. Nel primo caso si tratta di una ristrutturazione di un edificio già esistente e già utilizzato per l'erogazione di servizi socio-sanitari, nel secondo caso, invece, si tratta di un nuovo edificio che sarà parte integrante con l'attuale Centro Prelievi Baldaccio. Le due CdC dovranno essere operative a partire dai primi mesi del 2026. Inoltre, la Missione 6 del PNRR salute prevede tutti gli interventi suddivisi in due componenti . – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario La Zona Distretto Aretina, nell'arco dei primi mesi dell'anno 2025 ha implementato la presa in carico dei pazienti domiciliari a seguito di segnalazione diretta dei MMG tramite redazione e condivisione del PAI con i colleghi della UF Cure Primarie e a seguito di segnalazione da parte delle strutture ospedaliere e residenziali territoriali (cure intermedie, hospice, strutture residenziali riabilitative ex art. 26 e cod. 56) alla COT zonale. Le segnalazioni alla COT dei primi 6 mesi dell'anno 2025, risultano raddoppiate rispetto ai 12 mesi dell'anno precedente. Abbiamo favorito l'utilizzo di strumenti finora poco valorizzati (vedi STU domiciliare) ed implementato il livello di collaborazione con i reparti dimettenti. Negli ultimi mesi è stato introdotto l'utilizzo di un nuovo strumento informatico, che andrà a modificare sostanzialmente tutto il modello organizzativo della presa in carico domiciliare, introducendo la possibilità di una comunicazione più efficace e rapida tra professionisti tra cui la cartella clinica informatizzata e la STU domiciliare informatizzata. Sono stati, infine, valorizzati tutti i posti letto di cure intermedie presenti nella zona (24 low care e 7 setting 3), indirizzando le situazioni non immediatamente riconducibili all'ambiente domiciliare per motivi sia di natura sanitaria sia di natura sociale, in base alla complessità e ai bisogni assistenziali emersi durante la valutazione. Inoltre, come previsto dal PNRR è stato progettato ed è in fase di realizzazione il nuovo Ospedale di Comunità che avrà una capienza di 20 posti letto ed andrà ad integrare la rete dei servizi residenziali territoriali che insistono sulla Zona distretto, per poter far fronte ai bisogni di natura socio-sanitaria di bassa-media intensità.

Azioni conseguenti:

-Organizzazione dei servizi territoriali in vista della apertura delle 2 CdC, -Implementazione delle azioni già intraprese nei primi mesi dell'anno atti a valorizzare la presa in carico domiciliare dei pazienti a favore delle reti di prossimità, la telemedicina e l'assistenza sanitaria territoriale. -Implementare l'utilizzo della telemedicina e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'azienda. -Realizzazione del nuovo Ospedale di Comunità

Aretina

Aretina

Titolo del programma operativo**Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita****Descrizione**

Il Programma si focalizza sui seguenti aspetti della promozione e della prevenzione della salute:

- 1) la prevenzione delle malattie infettive prevenibili tramite vaccinazione
- 2) la prevenzione delle patologie sottoposte a screening, anche tramite il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.
- 3) la promozione di sani stili di vita attraverso campagne informative e formative rivolte a diverse fasce della popolazione
- 4) attività fisica adattata (AFA) e campagne di prevenzione terziaria finalizzate alla corretta gestione degli esiti di malattia anche attraverso percorsi di presa in carico domiciliare.

Obiettivo di salute collegato

Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita

Collegamento con obiettivo di salute

- 1) Applicare il PNPV
- 2) Aumentare l'adesione agli screening
- 3) Promuovere sani stili di vita anche attraverso campagne educative rivolte alle varie fasce di età e finalizzate sia alla prevenzione primaria delle malattie croniche, sia alla prevenzione secondaria e terziaria.

Logica progettuale

Favorire il lavoro in equipe multidisciplinari, finalizzate alla conoscenza reciproca e allo scambio di informazioni in modo tale da implementare la presa in carico globale della persona e favorire la cultura della prevenzione, declinandola nelle varie espressioni (vaccinazione, screening, educazione alla salute, AFA)

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale

Piani regionali	Piani nazionali
-	-

Annualità

2026

Responsabile Programma

Nome	Tommaso Condello
------	------------------

Note

L'attività Test HPV primario nello screening cervicale, che nella programmazione 2025 era sotto il "Promozione della salute delle donne" è stata spostata nel presente programma.
Si riporta il monitoraggio finale annualità 2025: si è visto il mantenimento degli spazi dedicati con la finalità di poter estendere l'invito a tutte le donne della corte bersaglio.

Aretina

Titolo del programma operativo**Presa in carico delle Cronicità****Descrizione**

- 1) Identificazione del paziente cronico (da MMG, CdC o dimissione ospedaliera).
- 2) Valutazione multidimensionale (clinica, funzionale e sociale).
- 3) Definizione del PAI personalizzato.
- 4) Attivazione dei servizi (ADI, CdC, OdC, specialisti).
- 5) Monitoraggio periodico tramite piattaforme informatiche e incontri di équipe.
- 6) Revisione del PAI in base all'evoluzione clinica e ai bisogni del paziente.re

Obiettivo di salute collegato

Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità

Collegamento con obiettivo di salute

Il DM 77/2022 attua la Missione 6 "Salute" del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e mira a costruire un sistema di assistenza territoriale integrata, capace di garantire continuità assistenziale, prossimità e presa in carico globale del paziente, in particolare cronico e fragile.

Obiettivo del modello organizzativo

Garantire presa in carico proattiva e personalizzata del paziente cronico.
 Promuovere l'integrazione tra assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.
 Favorire la gestione multidisciplinare e interprofessionale.
 Utilizzare strumenti di sanità digitale e telemedicina.

Architettura organizzativa (secondo DM77)

1. Casa della Comunità (CdC)

È il punto di accesso principale alla rete territoriale.

Offre servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di base, 24h/7 giorni su 7.

Coordina la presa in carico del paziente cronico attraverso:

équipe multiprofessionali (MMG, infermieri di famiglia e comunità, specialisti ambulatoriali, assistenti sociali);

Piano Assistenziale Individuale (PAI);

Integrazione con servizi domiciliari e sociali.

2. Ospedale di Comunità (OdC)

Gestisce pazienti cronici in fase di instabilità clinica o post-acuta, che non necessitano di ospedalizzazione in acuzie.

È collegato funzionalmente con le CdC e i MMG per consolidare la presa in carico.

3. Assistenza domiciliare (ADI)

Garantisce interventi programmati e continuativi a domicilio.

Supportata da infermieri di comunità e strumenti di telemonitoraggio.

Integrazione con:

MMG/PLS (medico di riferimento del paziente);

Servizi sociali;

Specialisti territoriali.

4. COT – Centrale Operativa Territoriale

Coordina e monitora i percorsi di presa in carico.

Gestisce la continuità assistenziale ospedale-territorio-territorio-territorio

Supporta la teleassistenza e la gestione delle transizioni di cura.

Logica progettuale

Favorire l'integrazione e la prossimità delle varie figure professionali coinvolte all'interno dei percorsi di presa in carico territoriale anche attraverso sistemi informatici e con la supervisione della COT che governa le transizioni tra vari setting evitando la frammentazione degli interventi e delle competenze sul paziente cronico.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale

Piani regionali

Piani nazionali

-

-

Annualità

2026

Responsabile Programma

Nome

Tommaso Condello

Note

Aretina

Note

Il programma operativo "Sanità di Iniziativa" è stato aggregato al presente. Si riporta il monitoraggio finale anno 2025: La gestione della cronicità rappresenta un aspetto fondamentale della Sanità, sia per il livello di qualità della vita delle persone, sia per le implicazioni organizzative-gestionali del sistema con le relative ricadute nelle componenti economico finanziarie. E' anche l'elemento che rappresenta in modo evidente la necessità di superare il concetto di organizzazione della spesa per "silos" separati e dare piena sostanza al percorso di salute e di presa in carico del paziente con le finalità di rendere efficace prevenzione primaria, prevenzione secondaria, appropriatezza, risparmio di eventi e di instabilizzazioni, riduzione di accessi alle componenti più complesse ed onerose del sistema sanitario. L'ASL Toscana Sud Est, con le AFT ed i Medici di Medicina Generale, da anni è ampiamente impegnata in questo ambito. Partendo dall'esperienza ultradecennale condotta, si rende tuttavia opportuno e necessario aggiornare e migliorare l'impostazione del progetto, rendendolo coerente con l'avanzamento delle progettualità connesse all'attuazione del DM77 e della piena realizzazione del ruolo unico della Medicina Generale che troverà definizione dell'AlR attuativo dell'ACN 2019, oggetto di trattativa regionale appena conclusa. A tale proposito è stato istituito un apposito tavolo tecnico tra ASL e delegazioni sindacali con l'obiettivo di presidiare l'intento, più sopra descritto, di un adeguamento più generale del progetto e delle modalità operative per la gestione della cronicità. Per quanto riguarda la Zona Aretina i medici di medicina generale interessati, hanno presentato domanda di adesione entro il 30 aprile c.a. ed il report del reclutamento dei pazienti, PAI e fabbisogno di diagnostica da parte di ogni singola AFT alla entro il 31 Maggio. Sono stati confermati i seguenti percorsi assistenziali con le stesse modalità degli anni precedenti: Diabete Mellito, Scompenso, BPCO, B1S, B1. Per quanto riguarda l'attività dell'Odontoiatria Sociale Proattiva del primo semestre del 2025 sono state effettuate - n° 97 Prestazioni Domiciliari - n° 5700 prestazioni erogate tra ambulatori situati presso il distretto e presso il P.O. San Donato. In questo numero sono comprese le prestazioni erogate per progetti speciali: n° 177 prestazioni di ablazione tartaro su pazienti fragili (oncologici,cardiopatici,disabili,in lista per trapianto) n° 480 prestazioni di altro tipo (visite - cure) a pazienti fragili n° 192 prestazioni erogate pazienti afferenti al "percorso protetto" n° 400 prestazioni n°50 visite adulti e n°34 visite pediatriche,con e senza sedazione, a pazienti provenienti dal percorso PASS a questi vanno aggiunti 3 interventi in narcosi su pazienti disabili e l'attività presso la casa circondariale (una mattina a settimana) le cui prestazioni erogate però non rientrano tra le prestazioni riferibili al Distretto presso il quale vengono erogate però tutte quelle prestazioni per le quali è necessaria una

Azioni conseguenti:

Continuare a monitorare l'attività Nuova Sanità d'Iniziativa, secondo le indicazioni aziendali, mantenendo la presa in carico proattiva dei pazienti arruolati e favorendo l'arruolamento di nuovi pazienti.

Aretina

Titolo del programma operativo**Continuità Assistenziale****Descrizione**

a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda;

b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di processi assistenziali dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza, anche con modalità e modelli innovativi, individuati concordemente a livello di comitato aziendale;

c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;

d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale in associazione, con i servizi e le attività territoriali, in coerenza con la programmazione aziendale e regionale;

e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;

f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;

g) attuare, in coerenza con le linee guida regionali o aziendali ove esistenti, percorsi diagnostico-terapeutici condivisi a livello aziendale per le patologie a più alta prevalenza, anche con momenti di verifica periodica.

Obiettivo di salute collegato

Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità

Collegamento con obiettivo di salute

Garantire la presa in carico delle patologie croniche attraverso l'implementazione del modello del Medico del ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) tramite attività avanzate da svolgere all'interno delle Case di Comunità

Logica progettuale

La finalità del presente programma è quella di garantire una copertura sul territorio h 24, 7 giorni su 7 per riuscire a fornire una risposta appropriata ai bisogni che non necessitano di una presa in carico del servizio di emergenza/urgenza, legati alla cronicità anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina e diagnostica di I livello ed il supporto di figure specialistiche per le patologie croniche di maggiore prevalenza sul territorio.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale**Piani regionali**

-

Piani nazionali

PNRR – Missione 6 “Salute”

Annualità

2026

Responsabile Programma**Nome**

Tommaso Condello

Note

-

Aretina

Titolo del programma operativo**Sostegno alla Domiciliarità****Descrizione**

Il programma di assistenza domiciliare mira a garantire il supporto delle persone fragili e dei loro familiari evitando, dove possibile, l'istituzionalizzazione. Tale servizio nell'ultimo anno è stato implementato con l'introduzione e l'aggiornamento di un programma informatico WP3 che mira ad integrare le informazioni tra i vari professionisti coinvolti nella gestione della domiciliarità, garantendo a ciascuno la possibilità di registrare le prestazioni effettuate a domicilio e la possibilità di segnalare eventuali bisogni di nuova insorgenza tramite la segnalazione alla COT zonale. Tale sistema sarà ulteriormente implementato con la possibilità di accedere alle informazioni sanitarie del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e la realizzazione di una cartella clinica informatizzata condivisa oltre che la possibilità ad accedere a strumenti di telemedicina per richiedere consulti ed approfondimenti diagnostici.

Obiettivo di salute collegato

Preso in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità

Collegamento con obiettivo di salute

L'assistenza domiciliare è un servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che può comprendere prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali. L'assistenza domiciliare prevede diversi modelli di cure domiciliari, per cui si richiede sempre l'intervento del medico di famiglia e quando necessario, dei servizi sociali.

E' caratterizzata da vari livelli, che dipendono dalle specifiche necessità della persona che la richiede e dall'intensità di presa in carico:

Primo livello

Assistenza destinata a persone parzialmente non autosufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura della persona (fornitura dei pasti, riassetto della casa, lavaggio della biancheria, igiene personale, aiuto per pagare le bollette), oppure prestazioni sanitarie con cadenza programmata nell'arco di un mese (gestione catere vescicale, prelievi domiciliari periodici ecc.)

Secondo livello

Consiste nell'erogazione di interventi di natura sanitaria. E' rivolta a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche. E' un'assistenza a media e alta intensità, che si ripropone di evitare ricoveri non necessari e di mantenere la persona nel proprio ambiente familiare.

Terzo livello

Questo livello riguarda le situazioni più complesse. Qui il servizio di assistenza medica è coordinato con quello socio-assistenziale, trattandosi di conseguenza di una fusione vera e propria dei primi due livelli. Possono rientrare in questo livello anche le Cure Palliative specialistiche.

Logica progettuale

Garantire e costruire una rete strutturata ed organica di tutte le figure professionali che operano sulla domiciliarità per poter dare una risposta strutturata e multidisciplinare ai pazienti a domicilio oltre che favorirne l'assistenza di base attraverso progettualità di tipo socio-sanitario.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale

Piani regionali	Piani nazionali
Piano Regionale Non Autosufficienza, Piano Regionale Demenze, Piano regionale cure palliative, Piano Regionale Non Autosufficienza, Piano Regionale Demenze	PNRR – Missione 6 “Salute”, Piano Nazionale Cronicità (PNC), Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, Piano Nazionale Demenze

Annualità

2026

Responsabile Programma

Nome	Tommaso Condello
------	------------------

Note

-

Aretina

Titolo del programma operativo**Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere****Descrizione**

Sviluppare la Rete Codice Rosa a supporto delle persone vittime di violenza, in particolare donne, bambini/e e soggetti in situazione di vulnerabilità attraverso il rafforzamento, all'interno dei servizi sanitari e sociosanitari, della capacità di rilevare la violenza e di sostenerne il processo di emersione; più in generale di promuovere una cultura della prevenzione della violenza attraverso una metodologia di lavoro multidisciplinare e di coordinamento tra enti e stakeholders;

Azioni:

- Definizione modalità di attivazione, di raccordo operativo e metodologie di lavoro condiviso sul tema della violenza tra i vari attori del sistema dei servizi sociosanitari (COT, Case di Comunità, Consultori, Reti aziendali, Dipartimenti, MMG, Associazioni ecc.);
- Formazione sulla prevenzione della violenza;
- Sviluppo di competenze specifiche negli operatori sanitari/sociali nel lavoro multiprofessionale integrato di equipe e di rete.

Programma Antiviolenza a contrasto della violenza di genere. Il progetto è gestito dal Centro Pari Opportunità della Provincia di Arezzo che gestisce le risorse e coordina una pluralità di attori, istituzionali e non, nella realizzazione delle attività ad esso correlate, che riguardano lo sviluppo di un sistema strutturato e qualificato di accoglienza nelle prime 72 ore in grado di garantire la tempestività, la continuità assistenziale e la risposta a specifici bisogni assistenziali e di tutela in ogni situazione di maggiore vulnerabilità alla violenza, in grado di superare i vincoli che rendono più difficoltosa l'accoglienza.

Azioni:

- Definizione percorsi per l'accoglienza e la presa in carico all'uscita dal Pronto Soccorso che coinvolgano i servizi sociosanitari territoriali, le comunità terapeutiche, il privato sociale e le reti antiviolenza presenti sul territorio;
- Sperimentazione di soluzioni di accoglienza innovativi e validazione dei percorsi.

Obiettivo di salute collegato

Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere

Collegamento con obiettivo di salute

Il contrasto alla violenza di genere è fondamentale per salvaguardare la salute delle donne e sta alla base di qualsiasi attività e servizio, sicuramente di quelli che riguardano le cure primarie consultoriali e di assistenza e cura di minori e famiglie.

Logica progettuale

Modello "a rete", raccordo tra gli Enti per una gestione coordinata e condivisa delle situazioni di violenza di genere per una efficace azione di contrasto.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale

Piani regionali	Piani nazionali
Programma Regionale FSE+	Strategia Nazionale per la Parità di Genere, Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali, Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne, Piano nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale minorile

Annualità

2026

Responsabile Programma

Nome	Sabrina Palei
------	---------------

Note

Il contrasto alla violenza in tutte le sue forme, in quanto violazione dei diritti umani fondamentali, minaccia per la salute e ostacolo al godimento della libertà individuale, costituisce un elemento fondamentale delle politiche della Regione Toscana orientata a tutelare la persona, con particolare attenzione a coloro che si trovano in condizioni di vulnerabilità. Si fa riferimento all'obiettivo Generale 4 del PSSIR 2024-2026: "Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche", tra le quali è istituita la Rete del Codice Rosa, che offre alle persone vittime di violenza e abusi un aiuto tempestivo, articolato e complesso. Parallelamente è istituito, a livello provinciale, il Programma Antiviolenza a contrasto della violenza di genere. Il progetto è gestito dal Centro Pari Opportunità della Provincia di Arezzo che gestisce le risorse e coordina una pluralità di attori, istituzionali e non, nella realizzazione delle attività ad esso correlate.

Aretina

Titolo del programma operativo**Potenziamento dei servizi consultoriali****Descrizione****CURE PRIMARIE CONSULTORIALI**

Mantenimento del programma di screening per il tumore della cervice uterina con test HPV come test di screening primario, nell'ambito dei programmi di screening per il carcinoma cervicale.

Lo screening basato sulla ricerca degli HPV oncogeni (HR-HPV) come test di screening primario è più efficace dello screening con Pap-test nel prevenire i tumori invasivi cervicali.

PMA

Accoglienza, informazione, presa in carico ed accompagnamento delle persone e delle coppie che affrontano difficoltà di infertilità. Presenza di personale qualificato all'interno dei consultori (inclusi psicologi, ginecologi, ostetriche) che permetta un'offerta più completa di supporto clinico ed emotivo lungo tutto il percorso PMA. Rafforzamento del counseling psicologico collegato alla PMA consente di affrontare meglio le componenti emotive e relazionali di questo percorso complesso.

PERCORSO NASCITA

Il potenziamento dei servizi consultoriali nel Percorso Nascita mira a creare un'assistenza più continua, multidisciplinare, accessibile e di qualità dal periodo preconcezionale alla prima infanzia, rafforzando competenze, personale e rete territoriale.

A tale proposito, le attività messe in atto sono:

- consulenza preconcezionale;
- Controllo gravidanza a basso e medio rischio ostetrico ed eventuale invio ad ambulatorio ospedaliero di riferimento per le gravidanze ad alto rischio;
- Incontri di Accompagnamento alla Nascita;
- controllo post partum ambulatoriale e consulenza contattativa;
- attività/laboratori rivolti ai neogenitori fino al 2° anno di vita del bambino;
- contatto telefonico alla puerpera entro il 7° giorno dalla dimissione ospedaliera per rilevazione del bisogno specifico nella neo famiglia;
- Spazio Mamma (allattamento e cura del neonato);
- Massaggio Infantile;
- Cestino dei tesori;
- laboratori condotti in collaborazione con fisioterapisti, logopedisti e psicomotricisti, con la finalità di accrescere le competenze genitoriali.

MENOPAUSA

Mantenimento degli spazi consultoriali dedicati alle donne in menopausa. Proposta proattiva durante l'effettuazione dell'HPV Test (Screening cervice uterina) dei servizi dedicati alla sfera menopausale con possibilità di orientamento dei servizi specifici più appropriati ai bisogni.

CONSULTORIO GIOVANI

Promozione dello Spazio Giovani. Invito al Consultorio per gli allievi del terzo anno scuola media inferiore. Incontri di gruppi-classe presso gli Istituti stessi e tenuti da due operatori consultoriali.

Un importante elemento di potenziamento è l'offerta di assistenza psicologica gratuita per adolescenti e giovani all'interno dei servizi consultoriali, che comprende:

- colloqui psicologici per comprendere difficoltà emotive o relazionali;
- valutazione e, se necessario, orientamento verso servizi specialistici o terapeutici;
- sostegno senza la necessità di prescrizione medica.

Questa assistenza è resa di semplice accesso e senza costi, anche per problematiche che non riguardano solo la salute sessuale, ma anche stress, ansia o conflitti relazionali.

I Consultori Giovani potenziati prevedono:

- progetti formativi su temi come relazioni sane, sessualità consapevole, prevenzione delle IST;
- collaborazioni con scuole e servizi territoriali;
- attività di gruppo e percorsi educativi rivolti ai pari.

Obiettivo di salute collegato

Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere

Collegamento con obiettivo di salute

Potenziamento dei servizi area materno infantile e dei servizi a tutela delle donne

Logica progettuale

La logica progettuale dei servizi consultoriali si basa su una visione ampia e integrata di salute, che:

- riconosce i consultori come presidi di salute pubblica territoriali multidisciplinari;
- punta a integrazione, accessibilità ed equità nell'erogazione dei servizi;
- mette al centro la persona e la famiglia lungo tutto il ciclo di vita;
- rafforza la rete socio-sanitaria per una presa in carico reale e continua;
- contribuisce all'efficienza complessiva del SSN e al raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale

Piani regionali	Piani nazionali
-	PNRR – Missione 6 “Salute”, Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne , Strategia Nazionale per la Parità di Genere

Aretina

Annualità	
2026	
Responsabile Programma	
Nome	Irene Moncini
Note	
Il programma operativo " Percorso nascita" è stato aggregato al presente. Si riporta il monitoraggio finale anno 2025: Attività – Piccoli lettori si nasce!: effettuati tutti gli incontri mensili previsti nel protocollo d'intesa e proposti alle coppie iscritte agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita. Attività – Nati per la musica: effettuati tutti gli incontri mensili previsti e proposti alle coppie iscritte agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita. Attività – Presa in carico delle donne in gravidanza, puerperio e neonati a rischio sociale: sono giunte a questo servizio segnalazione degli altri soggetti individuati nella rete di sostegno, essenzialmente dal Punto Nascita di Arezzo, in situazioni di fragilità emotiva psicosociale e perinatale. A sua volta questo servizio ha segnalato verso i servizi ospedalieri. Attività - Procreazione Medicalmente Assistita: offerta alle coppie di percorso dedicato. Effettuazione di spazio ambulatoriale multiprofessionale. Presa in carico di tutte le coppie richiedenti tale percorso. Attività -Sostegno gravidanza, parto e puerperio: da segnalare la sospensione dell'attività di chiamata proattiva entro 7 gg dalla dimissione ospedaliera per adeguamento sei sistemi informatici. Prevista riattivazione dal 1 gennaio 2026. Attività - Consultorio e Menopausa: è stata attuata proposta proattiva, durante l'effettuazione di HPV Test (Screening cervice uterina) del percorso consultoriale dedicato alla sfera menopausale. Non è stato invece ancora attivato ambulatorio di pertinenza ostetrica con rilevazione dei bisogni tramite tassonomie NANDA NIC NOC. A tale scopo risulta essere determinante l'implementazione dell'organico assegnato.	

Aretina

Titolo del programma operativo**Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie****Descrizione**

Sperimentazione nuovi strumenti di coinvolgimento dei minori, consolidamento del programma P.I.P.P.I., supporto alle famiglie e alla genitorialità

Obiettivo di salute collegato

Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere

Collegamento con obiettivo di salute

Potenziamento dei servizi socio-assistenziali per minori e famiglie

Logica progettuale

Linee guida europee, ministeriali, regionali, approccio multidisciplinare, lavoro in equipe, collaborazione con ETS (Codice del terzo settore d.lgs. 117/2017, procedure di co-programmazione e co-progettazione)

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale**Piani regionali**

Programma Regionale FESR della Toscana, Programma Regionale FSE+

Piani nazionali

Piano nazionale per la famiglia, Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali , PNRR – Missione 5, Programma P.I.P.P.I., Piano di azione nazionale per l'attuazione della garanzia infanzia (PANGI)

Annualità

2026

Responsabile Programma**Nome**

Paola Garavelli

Note

-

Aretina

Titolo del programma operativo**Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti****Descrizione**

Verifica degli interventi terapeutici riabilitativi, non soltanto farmacologici ma anche relazionali con particolare attenzione alla valorizzazione delle risorse e delle capacità mantenute dal paziente.
Favorire percorsi di transizione da servizi di salute mentale infanzia-adolescenza così come promuovere interventi di iperprossimità e ricorso a applicativi internet e social per fornire informazioni e interagire con i bisogni dell'utenza.

Obiettivo di salute collegato

Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze

Collegamento con obiettivo di salute

Promuovere la salute mentale e il benessere psicologico nell'età adulta e di transizione.

Logica progettuale

Promuovere percorsi di salute che favoriscano la partecipazione attiva dell'utente attraverso una rete di interventi integrati tra sanitario e sociale.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale**Piani regionali**

Piano regionale per il contrasto alla povertà

Piani nazionali

Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali, PNRR – Missione 5

Annualità

2026

Responsabile Programma**Nome**

Giampaolo Di Piazza

Note

Il programma operativo " Prevenzione, cura e riabilitazione di persone socialmente fragili" è stato aggregato al presente. L'attività legata alla presa in carico in salute mentale adulti dei richiedenti asilo e al progetto Prosit sarà descritta nel dettaglio in una specifica scheda di attività (referente Dr. Massimo Valentini).

Aretina

Titolo del programma operativo**Contrasto alle dipendenze****Descrizione**

In superamento degli esiti della pandemia si intende rilanciare la prevalenza della popolazione Dipendente perseguendo il rafforzamento della rete stretta con Stake Holders, Enti del Terzo Settore e Istituzioni al fine di recuperare un patto di sussidiarietà e solidarietà con famiglie e con la comunità locale finalizzato all'anticipazione della presa in carico. A fronte di una spinta ai consumi rafforzata nelle accresciute e diversificate proposte di Addiction indirizzate ai giovani anche in età minore, alle donne specificatamente nella IV e V decade di vita, agli anziani e alla popolazione migrante di prima e seconda generazione si perseguono azioni di promozione della Salute e di rafforzamento della consapevolezza riguardo i rischi di Addiction come previsto nel Piano di contrasto alle Dipendenze Nazionale e Regionale. Entro maggio si completerà il progetto "Strada Facendo" coprogettato con ATI con EE. del TS e si avvieranno subito dopo altre azioni in corso di coprogettazione finanziate con risorse trasferite alla Zona dalla Regione e le azioni locali del progetto aziendale "Alza la Testa" che anticiperanno l'ottica integrata e di rete ispirata dai Piani Nazionali e Regionali per il Contrasto alle Dipendenze articolati su forme di prevenzione generale e mirata orientata alla recovery di persone minacciate dal Disturbo e i loro familiari e persone di riferimento, il rafforzamento e l'innovazione dell'offerta di cura, la diversificazione e il potenziamento dei percorsi di riabilitazione.

Obiettivo di salute collegato

Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze

Collegamento con obiettivo di salute

Contrasto dipendenze e lotta alla disinclusione e alla marginalizzazione sociale

Logica progettuale

- Alcolologia di rete
- Contrasto al tabagismo
- Contrasto al gioco d'azzardo
- Contrasto alle Dipendenze da Sostanze illegali
- Inserimento terapeutico in strutture residenziali per persone dipendenti
- Recupero abilità socio-relazionali
- Tutoraggio e formazione professionale

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale

Piani regionali	Piani nazionali
Piano Regionale della Prevenzione (PRP), Piano Regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo e per la prevenzione, cura e presa in carico dei DGA	Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali

Annualità

2026

Responsabile Programma

Nome	Marco Becattini
------	-----------------

Note

-

Aretina

Titolo del programma operativo

Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza

Descrizione

L'aumento della richiesta clinica, della complessità delle situazioni psico-patologiche emergenti evidenziano la necessità di promuovere i seguenti campi di azione:

- Presa in carico precoce dei disturbi del neuro sviluppo: si intende investire su una diffusione di conoscenze tra gli attori (pediatri di libera scelta, insegnanti, che entrano più precocemente in contatto con elementi di fragilità nel percorso evolutivo dei minori al fine di attivare il più precocemente possibile un percorso di valutazione specialistica);
- Miglioramento dell'efficacia degli interventi sui disturbi del neurosviluppo attraverso un investimento più sistematico su percorsi di parent training e percorsi terapeutici di miglioramento delle skills relazionali e sociali dei minori;
- Costruzione dei percorsi di integrazione clinico-sociale nell'ambito di tutela minori, attraverso la valorizzazione delle attività del Gruppo Tutela Minori;
- Realizzazione di percorsi clinici e di promozione di skills relazionali indirizzati a minori che si trovano in condizione di grave vulnerabilità familiare;
- Attivazione di percorsi di prevenzione rispetto al disagio adolescenziale in stretta connessione con gli istituti scolastici territoriali.

Obiettivo di salute collegato

Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze

Collegamento con obiettivo di salute

Salute mentale infanzia e adolescenza

Logica progettuale

Ampliamento delle offerte riabilitative e sviluppo di strategie di connessione tra l'intervento sanitario e l'inclusione sociale dei minori con gravi disturbi del neurosviluppo.
Miglioramento delle attività di presa in carico delle famiglie, sviluppando percorsi di supporto psicologico in situazioni di fragilità genitoriale.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale

Piani regionali	Piani nazionali
Piano Regionale Non Autosufficienza, Piano Regionale della Prevenzione (PRP), Piano regionale per il contrasto alla povertà, Programma PASS (Percorsi Assistenziali per i Soggetti con Bisogni Speciali)	PNRR – Missione 5, Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali, 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, Piano nazionale per la famiglia, Programma P.I.P.I., Piano di azione nazionale per l'attuazione della garanzia infanzia (PANGI)

Annualità

2026

Responsabile Programma

Nome	Luciano Luccherino
------	--------------------

Note

-

Aretina

Titolo del programma operativo**Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà****Descrizione**

Attuazione misure di contrasto alla povertà, sostegno al reddito, promozione inclusione sociale e riduzione disuguaglianze sociali.

Focus su sperimentazione rivolta alla riformulazione del modello degli appartamenti per anziani, con particolare riferimento alle tipologie a bassa intensità assistenziale, con l'obiettivo di migliorarne la diffusione sul territorio e di fornire una risposta adeguata agli anziani in condizione di solitudine e limitata autonomia;

Obiettivo di salute collegato

Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale

Collegamento con obiettivo di salute

Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, favorire l'integrazione e l'inclusione

Logica progettuale

Linee guida europee, ministeriali, regionali, approccio multidisciplinare, lavoro in equipe, collaborazione con ETS (Codice del terzo settore d.lgs. 117/2017, , procedure di co-programmazione e co-progettazione)

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale**Piani regionali**

Programma Regionale FESR della Toscana, Piano regionale per il contrasto alla povertà, Programma Regionale FSE+

Piani nazionali

PNRR – Missione 5, Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali

Annualità

2026

Responsabile Programma**Nome**

Paola Garavelli

Note

Il programma operativo " Lotta alla Povertà" è stato aggregato al presente. Si riporta il monitoraggio finale anno 2025:
Le attività di cui al programma in oggetto si stanno svolgendo nei termini previsti dalla programmazione, compreso quelle inerenti ai Progetti Utili alla Collettività (PUC) e ai Servizi di Prossimità.
Il partenariato, sorto in seguito alla procedura di co-progettazione in tema di grave povertà, per l'anno 2025 sta svolgendo le attività concordate, che coinvolgono le linee progettuali PNRR M5C2 inv. 1.3.1 e 1.3.2;
L'aggiornamento del portale REGIS relativo alle attività dei progetti PNRR sta procedendo in linea con quanto previsto e si procederà a breve a richiedere la liquidazione della II° tranche di finanziamento, nelle modalità prescritte dalle Linee Guida Ministeriali;
Le attività del servizio del segretariato sociale sono state avviate il 01/01/2025 con durata fino al 31/12/2027 e si stanno svolgendo come da capitolato d'appalto;
Il progetto "Educare in Comune" si è svolto nelle modalità e nei termini concordati ed è terminato in data 17/09/2025;

Aretina

Titolo del programma operativo**Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato****Descrizione**

Il Programma ha l'obiettivo principale di definire con la persona il suo progetto personalizzato. Questo è raggiungibile creando e valorizzando attività di supporto e di sostegno garantendo interventi integrati per rispondere alle diverse necessità di inclusione, assistenza, di partecipazione ai diversi settori della vita sociale, dalla scuola, lavoro, famiglia, tempo libero.

Obiettivo di salute collegato

Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti

Collegamento con obiettivo di salute

- * assicurare alle persone con disabilità risposte rispondenti al proprio progetto di vita;
- * garantire supporti alla persona e al care giver nella gestione delle necessità della vita quotidiana;
- * prevenire l'istituzionalizzazione attraverso interventi per la vita autonoma e indipendente.

Logica progettuale

La centralità del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato, del progetto di vita, guida l'intera architettura dei servizi e dei percorsi che portano alla definizione dei progetti delle persone con disabilità. Dall'integrazione multidisciplinare e multisettoriale alla coprogettazione e coinvolgimento del terzo settore, per creare risposte rispondenti alle necessità, ai desideri delle persone con disabilità valorizzandone il ruolo attivo nella costruzione della propria realtà di vita.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale**Piani regionali**

Piano Regionale Non Autosufficienza, Programma Regionale FSE+, Programma PASS (Percorsi Assistenziali per i Soggetti con Bisogni Speciali)

Piani nazionali

PNRR – Missione 6 “Salute”, PNRR – Missione 5, Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali, Piano Nazionale per la Non Autosufficienza

Annualità

2026

Responsabile Programma**Nome**

Sabrina Palei

Note

-

Aretina

Titolo del programma operativo

Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità

Descrizione

Il Programma prevede l'integrazione tra UF Assistenza Sociale, Cure Primarie, Cure Palliative e l'attività dell'infermiere di Comunità e di Famiglia al fine di garantire una presa in cura e in carico sia nell'assistenza domiciliare che residenziale alle persone non autosufficienti. Gli interventi anche secondo il principio della circolarità, devono mirare a favorire, laddove possibile, il mantenimento delle persone presso il proprio contesto di vita.

Obiettivo di salute collegato

Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti

Collegamento con obiettivo di salute

- 1) Assicurare il setting di cura più adeguato per la persona non autosufficienti e con malattie evolutive irreversibili;
- 2) Garantire la continuità di cura e della presa in carico nella fasi di transizione tra i vari setting (ospedale - territorio - domicilio - cure intermedie - hospice - rsa, ecc);
- 3) Favorire interventi di sollievo e al care giver al fine di mantenere la persona nel proprio contesto di vita;
- 4) Contrastare l'isolamento, la solitudine e stimolare il mantenimento delle autonomie con forme di sostegno anche diurno per supportare la permanenza della persona a domicilio;
- 5) Assicurare l'assistenza residenziale ai soggetti in stato vegetativo;
- 6) Sperimentare nuove forme di setting assistenziali anche per persone anziane al limite della autosufficienza.

Logica progettuale

Presa in carico integrata tra UF e tra Enti.
Centralità della valutazione e integrazione sociosanitaria nel piano personalizzato.
Co-progettazione con ETS (settore residenzialità a gestione diretta aziendale).

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale**Piani regionali**

Piano Regionale Non Autosufficienza, Piano Regionale Demenze, Programma Regionale FSE+, Piano regionale cure palliative, Piano regionale per la formazione di carattere territoriale

Piani nazionali

Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali, Piano Nazionale Demenze, Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, Piano Nazionale Cronicità (PNC), PNRR – Missione 5, PNRR – Missione 6 “Salute”

Annualità

2026

Responsabile Programma

Nome

Sabrina Palei

Note

-

Aretina

Titolo del programma operativo

Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co- programmazione e co-progettazione

Descrizione

Ai fini dell'obiettivo in oggetto, il programma si focalizza sulle attività del Comitato di Partecipazione zonale e di coinvolgimento della cittadinanza, anche nei processi decisionali e di programmazione, e sulle forme di partecipazione basate sulla sussidiarietà orizzontale che trovano espressione nell'amministrazione condivisa, attraverso i processi di co-programmazione e co-progettazione previsti dal Codice del Terzo Settore. Questi processi combinano le competenze decisionali dei soggetti pubblici con i saperi dei portatori di interessi generali, valorizzando risorse e attività locali per proporre soluzioni innovative.

Obiettivo di salute collegato

Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto

Collegamento con obiettivo di salute

Il sistema dei servizi territoriali della Toscana si fonda su inclusione, coesione e pari opportunità, contrastando disuguaglianze in un contesto di bisogni complessi e vulnerabilità crescenti. Centrale è lo sviluppo del capitale sociale delle comunità attraverso la partecipazione (ad esempio con i Comitati di Partecipazione istituiti a livello di Zona Distretto dalle Aziende Sanitarie) e lo strumento dell'Amministrazione condivisa di cui alla L.R. 65/2020.

Logica progettuale

Confronto costante con il terzo settore attraverso lo strumento del Comitato di partecipazione, ma anche operativamente attraverso i procedimenti di co-programmazione da attivare e co-progettazione già avviati con il coinvolgimento attivo dei cittadini, Terzo Settore e Pubblica Amministrazione nella definizione dei bisogni e delle soluzioni, promuovendo la corresponsabilità e definendo interventi mirati e misurabili attraverso processi condivisi e trasparenti, che supportino decisioni amministrative basate su scienza ed esperienza collettiva. Inoltre, in vista delle prossime aperture delle Case della Comunità della Zona Distretto Aretina, si avvierà un percorso per definire ruoli e compiti del terzo settore all'interno delle stesse.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale

Piani regionali	Piani nazionali
Piano Regionale Non Autosufficienza, Piano Regionale Demenze, Piano Regionale della Prevenzione (PRP), Piano Regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo e per la prevenzione, cura e presa in carico dei DGA, Piano regionale Liste di Attesa (PRGLA), Programma Regionale FESR della Toscana, Piano regionale per il contrasto alla povertà, Programma Regionale FSE+, Piano regionale cure palliative, Piano Regionale Alimenti (PRA), Programma PASS (Percorsi Assistenziali per i Soggetti con Bisogni Speciali)	PNRR – Missione 6 “Salute”, PNRR – Missione 5, Piano Nazionale Cronicità (PNC), Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, Piano Nazionale Demenze, Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali, Programma P.I.P.P.I., Piano nazionale per la famiglia, Piano di azione nazionale per l'attuazione della garanzia infanzia (PANGI), Strategia Nazionale per la Parità di Genere

Annualità

2026

Responsabile Programma

Nome	Raffaella Prati
------	-----------------

Note

-

Aretina

Titolo del programma operativo**Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale****Descrizione**

Al fine di raggiungere l'obiettivo in oggetto, il programma operativo si focalizza sulle seguenti direttrici:

- La programmazione zonale, che integra le finalità e le politiche sociali degli enti locali con quelle sanitaria e socio-sanitarie delle aziende USL, definisce i propri obiettivi all'interno del Piano Integrato di Salute (PIS) i quali, con cadenza annuale, vengono sviluppati in azioni, strumenti e risorse all'interno del Piano Operativo Annuale (POA), al fine di supportare la realizzazione del sistema di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali sul territorio;
- L'aggiornamento e il completamento della Convenzione sociosanitaria, quale strumento di integrazione territoriale;
- Il sistema di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale (PUA) finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedano unitariamente prestazioni sanitarie e sociosanitarie e azioni di protezione sociale;
- La valutazione multidimensionale per la presa in carico integrata della persona anziana non autosufficiente e con disabilità (UVM e UVMD);
- La formazione, supervisione, prevenzione del burn out degli operatori sociali e potenziamento dei servizi sociali;
- Gestione integrata e coordinata dei finanziamenti disponibili stanziati per non autosufficienza, disabilità, povertà e inclusione sociale, ecc (FSE+ Pad 3.h.10, SEUS..)

Obiettivo di salute collegato

Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto

Collegamento con obiettivo di salute

Il programma si propone di individuare quelle azioni che, realizzate a livello di Zona Distretto, garantiscano un'offerta coordinata ed integrata di assistenza sanitaria e sociale di qualità e più vicina ai cittadini.

Logica progettuale

La logica progettuale di un sistema integrato di governo zonale si basa sull'integrazione di servizi e interventi socio-sanitari a livello locale, superando la frammentazione settoriale attraverso la collaborazione tra Comuni, ASL e attori del territorio, per rispondere in modo coordinato a bisogni complessi (povertà, disabilità, giovani, ecc.), promuovendo la prossimità al cittadino e la governance partecipata.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale**Piani regionali**

Piano regionale per il contrasto alla povertà, Piano Regionale Non Autosufficienza, Programma Regionale FSE+, Programma Regionale FESR della Toscana

Piani nazionali

PNRR – Missione 5, Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, PNRR – Missione 6 “Salute”, Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali

Annualità

2026

Responsabile Programma**Nome**

Raffaella Prati

Note

-

Aretina

Titolo del programma operativo**Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale****Descrizione**

- Collaborazione con la MMG per l'alimentazione del FSE 2.0 e delle cartelle cliniche elettroniche;
 - Incentivazione alla creazione di documenti clinici nativamente digitali;
 - Centrale Operativa Territoriale completamente operativa ed interconnessa alla rete digitale del SSR;
 - Consolidamento del sistema informativo territoriale regionale (AsterCloud) e supporto all'integrazione tra questo e la Cartella Clinica Elettronica per garantire continuità nella presa in carico del paziente tra Ospedale, Territorio, Ospedali di Comunità e Hospice;
 - Informazione e diffusione di contenuti sulla APP Toscana Salute per FSE2.0, anche attraverso il Comitato di Partecipazione;
 - Televisita, telemonitoraggio e teleconsulto;
 - Rilevazione coerente e di qualità delle informazioni correlate a tutte le attività territoriali per la creazione di dati e flussi rappresentativi e quindi utili;
 - Formazione del personale;
 - Utilizzo della piattaforma documentale Alfresco, infrastruttura aziendale per la gestione elettronica dei documenti amministrativi e tecnici in modo standardizzato e conforme alle normative sulla conservazione digitale e sulla trasparenza amministrativa;
 L'innovazione tecnologica genera valore solo se raggiunge chi deve utilizzarla. Parte delle attività previste sono dedicate ad evitare il rischio del digital divide e quindi nuove forme di disuguaglianza nell'accesso ai servizi delle persone più fragili. La tecnologia deve essere strumento di inclusione, per questo deve essere sempre accompagnata da un adeguato supporto umano e organizzativo.

Obiettivo di salute collegato

Innovazione e Sviluppo

Collegamento con obiettivo di salute

In linea con le indicazioni regionali (PSSIR 2024-2026), e aziendali (PIAO 2026-2028), il programma operativo si propone di focalizzare a livello zonale le azioni attraverso cui contribuire all'obiettivo imprescindibile di una sanità innovativa e sostenibile per migliorare concretamente l'accesso alle cure e la qualità dell'assistenza convergendo verso una progressiva semplificazione dei processi, sia sanitari che amministrativi.

Logica progettuale

- La persona al centro;
 - Continuità del percorso;
 - Interoperabilità dei dati e integrazione tra professionisti;
 - governance multilivello;
 - accessibilità e inclusione;
 - prevenzione del bisogno;
 In sintesi la logica progettuale è quella di costruire un ecosistema digitale che abiliti una presa in carico della persona in modo integrato e continuativo, rendendo il territorio il fulcro del sistema socio-sanitario.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale

Piani regionali	Piani nazionali
Programma Regionale FESR della Toscana, Programma Regionale FSE+, Piano Regionale Non Autosufficienza	PNRR – Missione 6 “Salute”

Annualità

2026

Responsabile Programma

Nome	Roberto Franceschi
------	--------------------

Note

-

Aretina

Titolo del programma operativo**Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina****Descrizione**

- Digitalizzazione degli archivi cartacei;
- Ecosostenibilità e Biocompatibilità nella progettazione/riqualificazione degli immobili dedicati ai servizi territoriali;
- Promozione di comportamenti virtuosi su spreco, riutilizzo dei materiali e raccolta differenziata (riduco-riuso-riciclo);

Obiettivo di salute collegato

Innovazione e Sviluppo

Collegamento con obiettivo di salute

In linea con le indicazioni regionali (PSSIR 2024-2026), e aziendali (PIAO 2026-2028, Azienda Usl Toscana Sud Est), il programma operativo si propone di focalizzare a livello zonale le azioni attraverso cui contribuire all'obiettivo imprescindibile di una sanità innovativa e sostenibile per migliorare concretamente l'accesso alle cure e la qualità dell'assistenza convergendo verso una progressiva semplificazione dei processi, sia sanitari che amministrativi.

Logica progettuale

La logica progettuale della transizione ecologica di zona-distretto consiste nel contribuire alla trasformazione del territorio in un ecosistema resiliente, sano e giusto, integrando politiche ambientali, sociali e sanitarie secondo i seguenti assi strategici:

- Prossimità, riorganizzazione dei servizi in chiave territoriale;
- Efficienza energetica del patrimonio pubblico;
- Equità sociale e coesione;
- Comunità, governance e partecipazione;
- Educazione ambientale e sanitaria.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale**Piani regionali**

Piano Regionale della Prevenzione (PRP), Programma Regionale di Sviluppo (PRS) , Piano di indirizzo territoriale (PIT) , Piano Ambientale ed Energetico Regionale (PAER) , Programma Regionale FESR della Toscana, Programma Regionale FSE+

Piani nazionali

PNRR – Missione 6 “Salute”, PNRR – Missione 5

Annualità

2026

Responsabile Programma**Nome**

Roberto Franceschi

Note

-

Aretina

Titolo del programma operativo

Appropriatezza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Descrizione

Il Programma vuole dare una risposta alla necessità di ridefinire l'Erogazione delle prestazioni specialistiche e diagnostiche, secondo l'appropriatezza e i livelli di priorità anche tramite il dove si prescrive si prenota.

Obiettivo di salute collegato

Appropriatezza prescrittiva e garanzia di cure adeguate

Collegamento con obiettivo di salute

- 1) assicurare un timing di accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche adeguate
- 2) favorire l'equità di accesso ai servizi
- 3) semplificare per il cittadino/utente il processo di prenotazione

Logica progettuale

Favorire l'utilizzo e l'implementazione delle piattaforme aziendali e dei sistemi di prenotazione.
Sensibilizzare i medici rispetto all'appropriatezza di alcune prescrizioni
Sviluppare azioni finalizzate ad informare la popolazione sui percorsi fruibili digitalmente e sull'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici
Favorire percorsi condivisi tra medicina generale e specialistica per la presa in carico dei pazienti cronici.

Connessioni con la programmazione regionale e nazionale

Piani regionali	Piani nazionali
-	-

Annualità

2026

Responsabile Programma

Nome	Tommaso Condello
------	------------------

Note

-

Aretina

Schede di attività 2026 - Cure primarie - Sanità territoriale

1	<u>Consultorio e Menopausa</u>
2	<u>Presa in carico delle donne in gravidanza, puerperio e neonati a rischio sociale. Integrazione Territorio / Ospedale.</u>
3	<u>Sostegno gravidanza, parto e puerperio</u>
4	<u>Procreazione Medicalmente Assistita</u>
5	<u>Progetto SCUDO</u>
6	<u>Cure palliative simultanee e precoci</u>
7	<u>Assistenza palliativa residenziale - HOSPICE</u>
8	<u>Odontoiatria sociale proattiva</u>
9	<u>Sviluppo dell'infermieristica di Comunità</u>
10	<u>PNRR - Missione 6 - DM 77/2022</u>
11	<u>Centrale Operativa Territoriale (COT).</u>
12	<u>Case della Comunità</u>
13	<u>Riabilitazione funzionale del fisioterapista nelle disfunzioni del pavimento pelvico</u>
14	<u>Ambulatorio Fisioterapia Respiratoria</u>
15	<u>AFA - Attività Fisica Adattata</u>
16	<u>Cure Intermedie: Ospedale di Comunità e Low Care</u>
17	<u>Progetto Trasporto per cicli di prestazioni terapeutiche di persone in condizioni di fragilità</u>
18	<u>Appropriatezza prescrittiva</u>
19	<u>Gestione del rischio clinico e strumenti di Clinical Governance</u>

Aretina

Titolo della scheda di attività
Consultorio e Menopausa

Classificazione	
Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Potenziamento dei servizi consultoriali
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza specialistica ambulatoriale
Argomenti	-
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.5 Riorganizzazione e potenziamento e dei Consultori
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Attuazione spazi Consultoriali dedicati alle donne in menopausa. Proposta proattiva, durante l'effettuazione dell' HPV Test (Screening cervice uterina), dei servizi dedicati alla sfera menopausale con possibilità di orientamento dei servizi specifici più appropriati ai bisogni.

Obiettivi specifici
- migliorare la salute della donna in menopausa. - prevenzione delle malattie croniche Mantenimento di un ambulatorio di 6 ore alla settimana con presenza di una ginecologa ed ostetrica dedicate.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Irene Moncini	Irene Moncini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Presa in carico delle donne in gravidanza, puerperio e neonati a rischio sociale. Integrazione Territorio / Ospedale.

Classificazione	
Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Potenziamento dei servizi consultoriali
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Materno-infantile
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza per problemi individuali e di coppia, Maternità e paternità responsabile, Assistenza al puerperio e supporto nell'accudimento del neonato, Interventi e attività a sostegno dei percorsi assistenziali pre e post partum, Supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio
Argomenti	Immigrazione, Povertà
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	segnalazione ai soggetti individuati nella rete di sostegno sia territoriali che ospedalieri - Non completata valutazione del caso in equipe - Non completata pianificazione di un progetto integrato di sostegno/ monitoraggio territoriale - Non completata
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.5 Riorganizzazione e potenziamento e dei Consultori
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Presa in carico, in continuità tra territorio ed ospedale, di gravide e/o puerpere e loro nucleo familiare, in situazioni di maggiore fragilità emotiva psicosociale e perinatale non inserite nel sistema dell'aiuto sociale, al fine di prevenire gli effetti negativi che la condizione di disagio socio-ambientale può determinare sulla salute, lo sviluppo e il benessere psico-fisico complessivo del neonato.

Obiettivi specifici
* Identificazione precoce, valutazione e presa in carico delle situazioni di fragilità genitoriale; * favorire il benessere psicofisico del neonato

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Irene Moncini	Irene Moncini

Aretina

Titolo della scheda di attività

Sostegno gravidanza, parto e puerperio

Classificazione

Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Potenziamento dei servizi consultoriali
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Materno-infantile
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Interventi e attività a sostegno dei percorsi assistenziali pre e post partum, Assistenza al puerperio e supporto nell'accudimento del neonato, Corsi di accompagnamento alla nascita, Mediazione culturale, Maternità e paternità responsabile, Tutela della salute della donna
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.5 Riorganizzazione e potenziamento e dei Consultori
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Il Percorso Nascita che inizia con l'attivazione del protocollo gravidanza fisiologica di Regione Toscana prevede al suo interno molteplici attività:

- consulenza preconcezionale;
- Controllo gravidanza a basso e medio rischio ostetrico ed eventuale invio ad ambulatorio ospedaliero di riferimento per le gravidanze ad alto rischio;
- Incontri di Accompagnamento alla Nascita;
- controllo post partum ambulatoriale e consulenza contattativa;

Attività/laboratori rivolti ai neogenitori fino al 2° anno di vita del bambino:

- ° Contatto telefonico alla puerpera entro il 7° giorno dalla dimissione ospedaliera per rilevazione del bisogno specifico nella neo famiglia;
- ° Spazio Mamma (allattamento e cura del neonato);
- ° Massaggio Infantile;
- ° Cestino dei tesori;
- ° Laboratori condotti in collaborazione con fisioterapisti, logopedisti e psicomotricisti, con la finalità di accrescere le competenze genitoriali;

Obiettivi specifici

Fornire informazioni utili per una scelta consapevole dei servizi a disposizione. - Sostegno alla genitorialità - Sostegno alla donna/famiglia nell'immediato post partum - Sostegno dell'allattamento al seno - Sostegno e potenziamento della relazione genitoriale e del benessere neonatale.

La consegna del Libretto/Ricettario alla donna/coppia, individuale, è l'occasione per presentare l'offerta del Percorso Nascita Aziendale e per fornire informazioni utili per una scelta consapevole dei servizi a disposizione. Inoltre, se la donna lo desidera, vengono prenotati gli accertamenti diagnostico/strumentali.

Gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita offrono informazioni di tipo ostetrico-ginecologico, tecniche di rilassamento psicofisico per la gestione dell'ansia e del dolore, forniscono supporto e assistenza a livello pratico ed emotivo dando informazioni sull'allattamento, sul legame di attaccamento e come favorirlo, sui cambiamenti che il nuovo ruolo genitoriale comporta a livello di identità personale e delle dinamiche di coppia. Particolare attenzione viene riposta alla programmazione istituzionale per gruppi di donne migranti.

Il puerperio ambulatoriale, sostiene la donna/famiglia nell'immediato post partum favorendo il buon avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno e la fisiologia dell'adattamento post natale, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia.

Questa fase viene potenziata con azione proattiva, rivolgendo una chiamata telefonica, effettuata dall'Ostetrica consultoria (a le donne che hanno acconsentito), entro sette giorni e ad un mese dalla dimissione ospedaliera con l'obiettivo di verificare il benessere materno e neonatale.

I laboratori multidisciplinari promuovono la genitorialità, accrescendone le conoscenze teoriche e le competenze pratiche.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
-----------------	---------

Aretina

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Irene Moncini	Irene Moncini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Procreazione Medicalmente Assistita

Classificazione	
Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Potenziamento dei servizi consultoriali
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Materno-infantile
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Consulenza preconcezionale, Assistenza per sterilità e infertilità, Mediazione culturale, Assistenza per problemi individuali e di coppia, Procreazione responsabile
Argomenti	-
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.5 Riorganizzazione e potenziamento e dei Consultori
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
E' stato stimato che circa il 20% della popolazione è affetta da infertilità, da qui nasce l'esigenza di dare una risposta capillare alla richiesta dell'utenza. Il servizio si occupa della presa in carico e della cura delle coppie.

Obiettivi specifici
* Offrire alle coppie una uniformità di prestazioni e servizi di qualità ed avanguardia al passo con le tecnologie e le ricerche scientifiche. Azioni All'interno dell'ambulatorio dedicato, effettuazione di: * prima visita: raccolta anamnesi della coppia ed eventuale richiesta esami * seconda visita: valutazione degli esami precedentemente richiesti ed invio alle prestazioni di PMA Aziendali più appropriate per la coppia (I° II° e III° livello).

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Irene Moncini	Irene Moncini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Progetto SCUDO

Classificazione	
Obiettivo di salute	Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità
Programma Operativo	Sostegno alla Domiciliarità
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Cure palliative
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Cure palliative domiciliari di secondo livello o specialistiche
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.16: Cure Palliative età adulta e pediatrica
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Assistenza domiciliare di cure palliative di secondo livello.

Obiettivi specifici
- mantenere il malato terminale al proprio domicilio - gestione dei sintomi causa di sofferenza - supporto psicologico al malato e alla famiglia - gestione del fine vita

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	23.400,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	23.400,00 €

Note
Costi a carico della ASL: 23.400 € a parziale rimborso spese. L'attività è erogata dal CALCIT che mette a disposizione 190 ore di attività infermieristica mensile, 38 ore di attività medico-specialistica libero professionale, 2 ore/settimana di psicologo, 5 auto di servizio e telefoni cellulari dedicati.

Referente attività	Scheda compilata da
Chiara Pacifico	Chiara Pacifico

Aretina

Titolo della scheda di attività
Cure palliative simultanee e precoci

Classificazione	
Obiettivo di salute	Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali
Programma Operativo	Reti cliniche integrate e strutturate
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Cure palliative
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Cure palliative domiciliari di secondo livello o specialistiche
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	Implementazione nuovo slot settimanale dove i casi complessi verranno visitati da oncologo e palliativista insieme. - Non completata
Obiettivo specifico del PSSIR	OS4.6.3 Rete oncologica - Più presa in carico e protezione anche fuori dall'ospedale (cura in rete) Sviluppo del Progetto "Oncologia territoriale".
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Cure palliative in fase precoce di patologia oncologica e non oncologica, concomitanti con terapie causali mirate al miglioramento della qualità della vita, gestione di sintomi collegati alla malattia o alle terapie attive. Facilitazione dell'adattamento alla malattia e alle fasi avanzate tale da favorire la pianificazione condivisa delle cure.

Obiettivi specifici
- controllo sintomi - miglioramento tollerabilità delle cure antineoplastiche - implementazione del copying alla malattia

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note
Attività ambulatoriale strutturata a Maggio 2025. Da Maggio a Dicembre 2025 presa in carico di 235 pazienti ambulatoriali con invio prevalente da Oncologia Medica, Ematologia, Radioterapia e MMG con sintomo prevalente dolore oncologico.

Referente attività	Scheda compilata da
Chiara Pacifico	Chiara Pacifico

Aretina

Titolo della scheda di attività
Assistenza palliativa residenziale - HOSPICE

Classificazione	
Obiettivo di salute	Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità
Programma Operativo	Sostegno alla Domiciliarità
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Cure palliative
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Centri specialistici di cure palliative - Hospice
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.16: Cure Palliative età adulta e pediatrica
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Struttura residenziale per malati oncologici e non oncologici in fase avanzata di malattia dove la complessità clinica e assistenziale richiede una struttura specializzata. La tipologia di struttura è anche preposta alla gestione di singoli casi complessi che richiedono un team specializzato e un'assistenza continuativa.

Obiettivi specifici
Cure sintomatiche e di supporto a Pazienti affetti da patologia oncologica e cronica in fase avanzata a cattiva prognosi con problematiche di ordine clinico e/o sociale

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note
c/o Istituto Agazzi del. DG 981/21 - Iniziata progettazione nuova struttura Hospice finanziata dai fondi PNRR che verrà realizzata presso l'area Pionta di Arezzo.

Referente attività	Scheda compilata da
Chiara Pacifico	Chiara Pacifico

Aretina

Titolo della scheda di attività
Odontoiatria sociale proattiva

Classificazione	
Obiettivo di salute	Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità
Programma Operativo	Presa in carico delle Cronicità
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza specialistica ambulatoriale, Sanità di iniziativa
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.1 La Rete delle Case della Comunità
Sotto-fattori di crescita	FT4.1 Impegno a sostegno delle diverse forme di fragilità, per la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso agli interventi e alle prestazioni, per lo sviluppo dell'engagement del paziente, del caregiver, della famiglia

Descrizione
L'"Odontoiatria sociale" è un progetto finalizzato all'erogazione delle prestazioni odontoiatriche rivolte al maggior numero di utenti, con particolare attenzione per i cosiddetti "soggetti fragili". Il progetto punta alla prevenzione creando un sistema di odontoiatria d'iniziativa, ovvero il percorso si trasforma da "attesa" dei pazienti in ambulatorio alla "intercettazione" dove si presume ci sia necessità. Inoltre con la DGRT n.63/2025 si facilita l'accesso ai pazienti medicalmente compromessi ed oncologici con percorsi dedicati.

Obiettivi specifici
Sviluppo dell'odontoiatria di iniziativa Sviluppo degli interventi di prevenzione delle patologie del cavo orale Creazione di una rete con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, gli specialisti odontoiatri e la scuola.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Romagnoli Alessandra	Federica Rosadini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Sviluppo dell'infermieristica di Comunità

Classificazione	
Obiettivo di salute	Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità
Programma Operativo	Sostegno alla Domiciliarità
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Sanità di iniziativa, Azioni a supporto self management
Argomenti	Stile di vita, PNRR
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.4 Cure domiciliari
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
La cronicità è l'elemento su cui ruota tutto il DM77/2022. L'infermieristica di Comunità è costruita per la gestione e l'autogestione della cronicità nel mantenimento delle capacità residue il più a lungo possibile agendo all'interno delle Case della Comunità.

Obiettivi specifici
- acquisizione dello stato di salute e dei bisogni nell'ambito delle malattie croniche da parte di tutti gli Infermieri di Famiglia e Comunità della Zona Distretto; - collaborazione con la medicina generale nella diffusione dei programmi e dei momenti di incontro; - programmazione di momenti dedicati alla cronicità in tutte le Case di Comunità della Zona distretto; - arruolamento di familiari e assistenti familiari con un contatto di assistenza domiciliare aperto;

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Cristina Donati	Cristina Donati

Aretina

Titolo della scheda di attività

PNRR - Missione 6 - DM 77/2022

Classificazione

Obiettivo di salute	Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali
Programma Operativo	Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza sanitaria di base, Continuità assistenziale (ex-guardia medica), Azioni a supporto self management, Sanità di iniziativa, Strutture Residenziali a maggiore rilievo sanitario, Assistenza ambulatoriale non integrata, Cure intermedie, Presidi territoriali, Assistenza domiciliare non integrata (cure domiciliari), Assistenza farmaceutica - Servizi territoriali e ospedalieri
Argomenti	PNRR
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	31/12/2021 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	-
Sotto-fattori di crescita	FT8.1 Potenziare la rete sanitaria territoriale

Descrizione

Il Programma di riorganizzazione dei Servizi Territoriali dell'Azienda USL Toscana Sud Est, in conformità al nuovo modello di servizi previsto dal PNRR Salute e D.M. 77/2022 si prefigge di realizzare lo sviluppo della sanità territoriale ed il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria attraverso l'adozione di nuovi modelli organizzativi, nuove tecnologie digitali e Telemedicina, percorsi socio assistenziali.

Gli ambiti operativi che prevedono la riorganizzazione sono: Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrale Operativa Territoriale, Infermiere di famiglia e di Comunità, reti cliniche integrate e strutturate, telemedicina.

La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Gli Ospedali di Comunità sono considerati strutture di degenza post acuta della rete assistenziale territoriale, in grado di supportare, con la medicina generale, sia la fase di de-ospedalizzazione di persone fragili o anziane, sia di offrire l'opportunità della presa in carico, accedendo dal territorio, alle persone in situazioni di complessità assistenziale e/o con patologie croniche che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, affinché si evitino ricoveri ospedalieri impropri.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

In questo contesto si prevede di rafforzare le reti cliniche integrate e strutturate con una maggiore integrazione tra la Medicina Generale e la Medicina Specialistica.

Per la telemedicina si prevede di attivare un progetto sperimentale a valere sui fondi PNRR, volto a facilitare le dimissioni di soggetti con fragilità.

Per la Zona Aretina si prevede la realizzazione, come indicato nel PNRR, di 2 Case della Comunità HUB: Casa della Comunità Hub Arezzo 1 in Via Guadagnoli e Casa della Comunità Hub Arezzo 2 in Via Baldaccio d'Anghiari a cui saranno collegate le già esistenti (o da costituirsi) Case della Salute/Comunità SPOKE dei comuni situati attorno al Capoluogo e che compongono l'Ambito Aretino: Subbiano, Capolona, Castiglion Fibocchi, Civitella in Val di Chiana, Monte San Savino. Le Case di Comunità HUB e SPOKE costituiranno la rete dei servizi territoriali di prossimità della Zona Aretina. In tali ambiti si prevede di rafforzare le Case della Salute con sedi periferiche (Monte San Savino).

Il nuovo modello di sanità territoriale contempla la realizzazione dell'Ospedale di Comunità come struttura nuova da edificare in via Laschi.

La Centrale Operativa Territoriale C.O.T. è stata inaugurata nel 2024 ed è attiva presso l'area Colle del Pionta ad Arezzo.

Obiettivi specifici

Aretina

Obiettivi specifici

Gli obiettivi della riorganizzazione prevista dal DM77, recepito dalla DGRT 1508/2022 si focalizza sulle reti di prossimità territoriali e si caratterizzeranno per il potenziamento della presa in carico della cronicità, l'implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA), la razionalizzazione della rete ambulatoriale territoriale e il rafforzamento della medicina generale.

La Missione 6 permetterà una maggiore interrelazione strutturata tra i professionisti, lo sviluppo delle reti territoriali e una maggiore integrazione tra ospedale e territorio attraverso equipe multidisciplinari. Sarà potenziata anche l'assistenza domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti e disabili. Tali reti di prossimità territoriale dovranno essere supportate da idonee infrastrutture informative per l'implementazione e lo sviluppo della telemedicina specie in contesti marginali e periferici.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	6.502.000,00 €
Totale	6.502.000,00 €

Note

La rete dei servizi territoriali finanziata con fondi PNRR si integra con la rete di offerta dei servizi sul territorio attivi o in corso di attivazione o in fase di progettazione (il cui finanziamento è definito con risorse ex art. 20 Legge Finanziaria n. 67/88).

Referente attività	Scheda compilata da
Roberto Franceschi	Roberto Franceschi

Aretina

Titolo della scheda di attività

Centrale Operativa Territoriale (COT).

Classificazione

Obiettivo di salute	Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali
Programma Operativo	Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Cure intermedie
Argomenti	PNRR
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	-
Sotto-fattori di crescita	FT8.1 Potenziare la rete sanitaria territoriale

Descrizione

La COT è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Rappresenta lo strumento operativo per il governo delle transizioni ospedale-territorio, territorio-territorio e territorio-ospedale. Il servizio attiva un team di figure multiprofessionali, che garantiscono interventi integrati a supporto della dimissione dei pazienti complessi dai reparti ospedalieri verso domicilio, o verso setting residenziali di natura sanitaria- assistenziale o socio-assistenziale (Cure Intermedie), Hospice e Cure Palliative Domiciliari o strutture residenziali riabilitative intra ed extra-ospedaliere.

- * Costituisce l'interfaccia con le Case della Comunità, la rete ospedaliera e le reti dei servizi territoriali;
- * Collega la rete dei professionisti dell'assistenza territoriale consentendo a questi ultimi la ricezione delle segnalazioni corredate da tutte le informazioni necessarie alla presa in carico della persona;
- * Monitora e rende disponibili le strutture dell'assistenza territoriale
- * Garantisce l'ottimizzazione del flusso di dimissione ospedaliera attraverso il raccordo stretto con la funzione ospedaliera e il bed management.
- * Gestisce in maniera appropriata i setting territoriali includendo anche il raccordo con le cure palliative, la salute mentale, l'ADI e le dipendenze.
- * Sarà dotata di piattaforma che renderà visibili le disponibilità e consentirà di eseguire l'accettazione del paziente e di facilitare i processi di ammissione e di dimissione verso strutture intermedie o al domicilio.
- * Tracerà e monitorerà le transizioni della persona da un luogo di cura all'altro o da un livello clinic o assistenziale all'altro e sviluppa in maniera strutturata la presa in carico dei pazienti cronici a domicilio tramite il telemonitoraggio e televisita.
- * Promuoverà e utilizzerà strumenti di handover standardizzati.
- * Attiverà, in caso necessario, l'Unità di Valutazione ultidimensionale e gli altri servizi socio-sanitari e sociali del territorio.
- * Verrà attivata tramite la CO 116117 e attraverso i punti di accesso diretti e mediati.

La sede della COT è prevista in nuova struttura dedicata in fase di ultimazione, presso Viale Cittadini (zona Pionta). Tempi di attivazione previsti: marzo 2024.

Obiettivi specifici

Obiettivo della COT è quello di assicurare coordinamento, continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale attraverso l'attivazione ed il governo dei seguenti percorsi:

- transizione ospedale- territorio
- transizione territorio-territorio (segnalazione da MMG ed IFeC)
- transizione territorio-ospedale.

- Implementare le prese in carico ADI a partire dalle segnalazioni a COT provenienti da ospedale, in modo da prendere in carico precocemente i pazienti a domicilio con bisogni sanitari complessi, attraverso il coinvolgimento del MMG, degli IFeC e di tutte le altre figure specialistiche operanti sul territorio, garantendone l'integrazione.

-Implementare le segnalazioni tramite portale informatico da parte del PS e di tutte le strutture sanitarie territoriali (cure Intermedie, Low Care, Setting riabilitativi residenziali extraospedalieri), attraverso il censimento del personale afferente e l'accessibilità al sistema informatico di segnalazione.

Aretina

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività

Case della Comunità

Classificazione

Obiettivo di salute	Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali
Programma Operativo	Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza domiciliare non integrata (cure domiciliari), Presidi territoriali
Argomenti	PNRR
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	31/12/2020 - 30/12/2021
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	-
Sotto-fattori di crescita	FT8.1 Potenziare la rete sanitaria territoriale

Descrizione

La Casa della Comunità rappresenta un nuovo modello per la sanità territoriale. Attraverso la sua realizzazione i cittadini possono disporre di un presidio impegnato e organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e quindi per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria. Saranno costituite due Case della Comunità Hub alle quali saranno collegate le già esistenti (o da costituirsi) Case della Salute/Comunità SPOKE dei comuni situati attorno al Capoluogo e che compongono l'Ambito Aretino: Subbiano, Capolona, Castiglion Fibocchi, Civitella in Val di Chiana, Monte San Savino, in cui si sta progettando l'implementazione di questo sistema.

****Casa della Comunità Hub Arezzo 1 Via Guadagnoli****

* Servizi di Cure Primarie erogati da equipe multidisciplinare (MMG, Infermieri di Comunità, Assistente Sociale, Medici Cure Primarie)

* Servizi Infermieristici (riferimenti per Assistenza Domiciliare e Infermiere di Comunità)

* CUP

* Punto Unico di Accesso (PUA)

* Ambulatori Specialistici per la patologia ad elevata prevalenza:

Cardiologia, Diabetologia, Neurologia, Geriatria Territoriale, Pneumologia Territoriale

* Ambulatori specialistici territoriali (Oculistica, Equipe Riabilitazione)

* Spazi ulteriori per ambulatorio di Diagnostica e monitoraggio della cronicità

* Ambulatori Medici RUAP + C.A. (h 24 7/7gg)

* Servizi Sociali (Non Autosufficienza; Disabilità ecc.)

* Spazi Riunione

* Telemedicina e infrastruttura informatica: Tele monitoraggio, Tele visita e Tele consulto, Tele assistenza

****Casa della Comunità Hub Arezzo 2 in Via Baldaccio d'Anghiari****

Polo cittadino in via di sviluppo non distante dall'ospedale in linea d'aria, ospiterà una seconda equipe di Cure Primarie (MMG e Specialisti) e ambulatori infermieristici per complessivi 9 ambulatori e un PUA.

Adiacente alla struttura è previsto il Nuovo Punto Prelievi per il quale risulta già specifico progetto, e che verrà ad assorbire totalmente vari punti prelievi esistenti ed in particolare quello attuale del Centro socio-sanitario di via Guadagnoli e quello dell'ospedale San Donato.

Obiettivi specifici

Aretina

Obiettivi specifici

- realizzazione di una nuova organizzazione dei servizi sanitari territoriali, basata sul principio dell'integrazione
- favorire la presa in carico del cittadino
- presenza di sedi strutturali organizzate per la gestione proattiva delle patologie croniche

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

I costi di ogni casa della salute sono regolamentati da specifica Convenzione della ASL verso i MMG della AFT di riferimento. La ASL assegna ai medici degli obiettivi di salute, al cui raggiungimento corrisponde un incentivo. Le spese sono sostenute dalla ASL.
NB Le risorse indicate sono solo relative all'HUB 1 di Via Guadagnoli.

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività
Riabilitazione funzionale del fisioterapista nelle disfunzioni del pavimento pelvico

Classificazione	
Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza ambulatoriale non integrata, Assistenza specialistica ambulatoriale
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.10 Programmi di Attività Fisica Adattata (AFA) e per l'invecchiamento attivo
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
I problemi delle disfunzioni del pavimento pelvico coinvolgono una grande fascia della popolazione adulta sia maschile che femminile con un impatto sullo stile di vita e sulla limitazione funzionale. Di particolare impatto sono gli eventi traumatici e/o microtraumi ripetuti (parto operativo, lavoro usurante, malattie respiratorie) e la fase nel post chirurgia pelvica (prostatectomia e interventi sulla pelvi femminile). Il fisioterapista riabilita gli uomini e le donne con disfunzioni del pavimento pelvico accedendo al percorso secondo quanto previsto dal Nuovo nomenclatore della Specialistica Ambulatoriale. DM 25/11/2024

Obiettivi specifici
Implementare il servizio di riabilitazione funzionale attraverso la presa in carico del fisioterapista dei pazienti che presentano disfunzioni del pavimento pelvico.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Emiliano Ceccherini	Emiliano Ceccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Ambulatorio Fisioterapia Respiratoria

Classificazione	
Obiettivo di salute	Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità
Programma Operativo	Presa in carico delle Cronicità
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza specialistica ambulatoriale
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.19: I percorsi di riabilitazione territoriale
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Presa in carico dei pazienti in dimissione dai reparti di Pneumologia, UTIP e Pneumologia Intensiva Respiratoria con un bisogno riabilitativo

Obiettivi specifici
I programmi specifici di fisioterapia respiratoria sono finalizzati alla prevenzione delle recidive e dei ricoveri ripetuti e a migliorare la qualità di vita delle persone prese in carico. Il Paziente dimesso a domicilio, segnalato alla COT, avrà un PAI formulato dal medico specialista dimettente (pneumologo), che sarà condiviso con i fisioterapisti che seguiranno il paziente a livello ambulatoriale.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Emiliano Ceccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività**AFA - Attività Fisica Adattata****Classificazione**

Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Azioni a supporto dell'invecchiamento attivo, Riabilitazione di iniziativa
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.8 Il Progetto di salute nella cura dei pazienti cronici
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Attivazione percorsi di attività fisica adattata, non sanitaria, volta all'implementazione dei corretti stili di vita della popolazione.

I corsi sono rivolti sia alle persone con sindromi dolorose croniche (osteoporosi, artrosi o altre situazioni croniche che determinano limitazioni della mobilità) sia alle persone con esiti stabilizzati di disturbi neuromotori (ictus, Parkinson, ecc.). Sono inoltre previsti alcuni corsi per le persone anziane a rischio cadute per le quali è stata redatta una specifica scheda di attività.

AFA- ATTIITA' FISICA ADATTATA E PREVENZIONE DELLE CADUTE

AFA A (Soggetti con autonomia conservata)

AFA B (Soggetti con autonomia conservata e a rischio caduta)

AFA C (Soggetti con ridotta competenza funzionale)

Obiettivi specifici

- * incremento della rete degli erogatori dei corsi AFA
- * incremento del numero degli utenti ai corsi AFA
- * incremento del numero di erogatori dei corsi per soggetti affetti da fibromialgia
- * mantenimento dell'attività volta alla prevenzione delle cadute

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Emiliano Ceccherini	Emiliano Ceccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Cure Intermedie: Ospedale di Comunità e Low Care

Classificazione	
Obiettivo di salute	Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali
Programma Operativo	Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Cure intermedie
Argomenti	PNRR
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	-
Sotto-fattori di crescita	FT8.1 Potenziare la rete sanitaria territoriale

Descrizione
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture per evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Obiettivi specifici
Migliorare il percorso di presa in carico dei pazienti nei setting di Cure Intermedie attraverso la formulazione di un'istruzione operativa zonale, condivisa con le varie strutture afferenti alla Zona Distretto, che regolamenti l'accesso e le modalità di funzionamento. Realizzazione del nuovo Ospedale di Comunità in via Laschi ad Arezzo, secondo il cronoprogramma definito nel progetto del PNRR.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività
Progetto Trasporto per cicli di prestazioni terapeutiche di persone in condizioni di fragilità

Classificazione	
Obiettivo di salute	Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza specialistica ambulatoriale
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/01/2026 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.14: Oltre l'inclusione: lotta alle povertà, politiche per l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari e presa in carico multidisciplinare dei bisogni
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione	
Il progetto si configura come servizio di trasporto gratuito per persone con una situazione di fragilità socio-economica che necessitano di un ciclo di prestazioni terapeutiche prescritte dal MMG, PLS o medico specialista.	

Obiettivi specifici	
Creare una rete di risposte territoriale al fabbisogno di utenti fragili tramite soggetti ETS che hanno partecipato alla co-progettazione.	

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	27.698,00 €
Totale	27.698,00 €

Note	
Il progetto viene realizzato tramite procedura di co-progettazione con gli ETS presenti nel territorio Proroga per tutto il 2026 - DGRT n. 1497/2024, DGRT n. 1454/2025 N.B. Si registra un basso ricorso al servizio e pertanto uno scarso utilizzo delle risorse messe a disposizione.	

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Raffaella Prati

Aretina

Titolo della scheda di attività
Appropriatezza prescrittiva

Classificazione	
Obiettivo di salute	Appropriatezza prescrittiva e garanzia di cure adeguate
Programma Operativo	Appropriatezza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Azioni a supporto self management
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS5.4: Garantire l'accesso sicuro ed efficace alle terapie innovative
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale (MMG) è un'attività mirata a garantire che le prescrizioni di farmaci, esami e visite siano conformi alle evidenze scientifiche, alle note AIFA e ai LEA, ottimizzando risorse e salute del paziente. Un approccio corretto non limita la libertà di prescrizione ma promuove una pratica basata su evidenze ed efficacia terapeutica, tutelando il diritto alla cura. Si basa su indicatori misurabili, analisi dei flussi informativi e confronto tra pari, prevenendo inefficienze e usi impropri.

Obiettivi specifici
Finalità: Garantire l'uso razionale e sicuro dei farmaci (note AIFA e linee guida) e l'efficacia delle cure. Strumenti: Analisi dei KPI (es. inibitori di pompa protonica, antibiotici), software gestionali, report regionali o aziendali. Elementi Chiave: Definizione chiara del problema del paziente, uso di farmaci su evidenze forti, valutazione dei risultati nel tempo e confronto con i costi. Gestione: Il monitoraggio, può portare a revisioni, confronti tra pari (peer review) o, in casi estremi, sanzioni.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività**Gestione del rischio clinico e strumenti di Clinical Governance****Classificazione**

Obiettivo di salute	Appropriatezza prescrittiva e garanzia di cure adeguate
Programma Operativo	Appropriatezza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Azioni a supporto self management
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS5.1 Appropriatezza della domanda
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

La politica di attuazione del governo clinico richiede un approccio di “sistema” e va realizzata tramite l’integrazione dei seguenti determinanti che, soltanto ai fini descrittivi vengono considerati separatamente, mentre essi sono tra di loro interconnessi e complementari e richiedono un approccio integrato:

- Formazione continua
- Gestione del rischio clinico
- Audit clinici
- Medicina basata sull’Evidenza: EBM, EBHC
- Linee guida cliniche e percorsi assistenziali
- Gestione dei Reclami e dei contenziosi
- Comunicazione e gestione della documentazione
- Ricerca e sviluppo
- Esiti
- Collaborazione multidisciplinare
- Coinvolgimento dei pazienti
- Valutazione del personale

L'audit clinico e le riunioni di Morbidity and Mortality (MMR) sono strumenti fondamentali di governo clinico e gestione del rischio nell'ambito sanitario, finalizzati al miglioramento continuo della qualità delle cure e alla sicurezza del paziente. L'audit clinico è una metodica di revisione critica della pratica clinica basata sull’ evidenza ed in aderenza a linee-guida accreditate. E’ lo strumento di governo clinico che ha lo scopo di analizzare e valutare la qualità della pratica clinica nell’ambito della organizzazione di riferimento.

Obiettivi specifici**Finalità dell'Audit Clinico**

Miglioramento delle cure: Valutare in modo sistematico le pratiche cliniche attuali confrontandole con linee guida e standard accreditati (evidence-based).

Identificazione di scostamenti: Individuare deviazioni dalla pratica ideale, comprendendo cosa non ha funzionato e perché.

Implementazione di azioni correttive: Definire e attuare cambiamenti organizzativi o professionali per elevare la qualità.

Apprendimento e formazione: Promuovere una cultura dell'autovalutazione tra i professionisti sanitari.

Finalità delle MMR (Morbidity and Mortality Review)

Analisi critica di esiti avversi: Revisionare casi specifici di mortalità o morbilità (complicanze gravi) per individuare errori o inefficienze nei processi assistenziali.

Prevenzione degli eventi sentinella: Contribuire alla sicurezza del paziente attraverso un approccio non punitivo ("no blame culture"), finalizzato alla prevenzione.

Standardizzazione delle cure: Migliorare il percorso di cura attraverso l'analisi dei casi difficili.

In sintesi, la combinazione di Audit e MMR mira a:

- Aumentare la sicurezza delle cure e dei pazienti.
- Ridurre i rischi, i reclami e i risarcimenti.
- Ottimizzare l'uso delle risorse.

Aretina

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Schede di attività 2026 - Socio-Sanitario

1	<u>Azioni di adeguamento delle attività consultoriali agli standard previsti dalla DGR 674/2023</u>
2	<u>Co-programmazione Zona Distretto Aretina</u>
3	<u>Percorsi partecipativi e sviluppo dell'informazione</u>
4	<u>Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria</u>
5	<u>Rafforzamento della capacità istituzionale nella gestione degli interventi di inclusione sociale finanziati dal PR FSE+ 2021-2027-Attività PAD 3.h.10</u>
6	<u>Team di transizione</u>
7	<u>RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI DOMICILIARI PER GARANTIRE LA DIMISSIONE ANTICIPATA ASSISTITA E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE - TELEMEDICINA - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.3</u>
8	<u>Assistenza residenziale nei moduli motori</u>
9	<u>Progetto Dopo di Noi</u>
10	<u>Progetto "Circolarità e umanizzazione nell'assistenza domiciliare integrata"</u>
11	<u>Interventi per persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo</u>
12	<u>A.TE.DO.M.</u>
13	<u>Assistenza residenziale nel modulo cognitivo</u>
14	<u>L'accesso alle RSA: un aiuto agli anziani non autosufficienti</u>
15	<u>Vita Indipendente</u>
16	<u>Assistenza residenziale nel modulo vegetativo</u>
17	<u>Assistenza domiciliare alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo</u>
18	<u>Sostegno del ruolo di cura e assistenza del CAREGIVER FAMILIARE</u>
19	<u>Intervento Indipendenza e Autonomia - IN AUT</u>
20	<u>Assistere nella domiciliarità le persone anziane non autosufficienti</u>
21	<u>Tutela salute mentale richiedenti asilo</u>
22	<u>Interventi non farmacologici dei disturbi di ansia</u>
23	<u>Intervento psico educativo familiare integrato</u>
24	<u>Servizi di salute mentale: la presa in carico post ospedaliera</u>
25	<u>Valutazione degli esiti dei percorsi in comunità terapeutica con strumenti standardizzati</u>
26	<u>Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)</u>
27	<u>Archiviazione informatizzata</u>
28	<u>Psicoeducazione familiare ed autismo - Provincia di Arezzo</u>
29	<u>Progetto "Autismo"</u>
30	<u>Presa in carico integrata: Gruppi Tutela Minori e Vulnerabilità Familiare</u>
31	<u>LA PREVENZIONE E SICUREZZA DOMESTICA NEGLI OVER 65</u>
32	<u>Il suono del Silenzio</u>
33	<u>Province per Giovani</u>
34	<u>Tavolo operativo Adolescenza</u>
35	<u>CAT - Centro Ausili Alta Tecnologia</u>
36	<u>UVMD</u>
37	<u>Progetto GAP "Strada Facendo"</u>
38	<u>Orti fior di carota</u>
39	<u>Senza tabacco</u>
40	<u>Alcologia di rete</u>
41	<u>Percorsi residenziali per persone dipendenti</u>
42	<u>Percorso SLA</u>
43	<u>Il progetto di Vita</u>
44	<u>Piano di Efficientamento Energetico della Zona Distretto Aretina</u>

Aretina

Titolo della scheda di attività**Azioni di adeguamento delle attività consultoriali agli standard previsti dalla DGR 674/2023****Classificazione**

Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Potenziamento dei servizi consultoriali
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema, Revisione e miglioramento dei processi assistenziali
Argomenti	-
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.5 Riorganizzazione e potenziamento e dei Consultori
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

La DGRT 674/2023 recante gli Indirizzi regionali per le attività consultoriali è tra le milestones del programma di attuazione del DM 77/22 e dalla DGR 1508/2022. Si prevede l'analisi e la riorganizzazione dei percorsi socio-assistenziali secondo la suddivisione e declinazione della suddetta DGRT, con particolare attenzione alle modalità di accesso e presa in carico integrata

Obiettivi specifici

Analisi, revisione ed implementazione dei percorsi, degli aspetti logistici e attrezzature.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Irene Moncini	Irene Moncini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Co-programmazione Zona Distretto Aretina

Classificazione	
Obiettivo di salute	Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto
Programma Operativo	Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema, Strumenti di Programmazione
Argomenti	Povertà, Immigrazione, Violenza di genere, GAP, Stile di vita, Abitare, Budget di salute, PNRR, FSE +
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.1 Promuovere e rafforzare la zona-distretto come sistema di governance
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Attivazione di un percorso di co-programmazione con gli EELL ed ETS del territorio, attraverso procedura ad evidenza pubblica, su determinate tematiche emerse dalle attività di partecipazione già effettuate.

Obiettivi specifici
- Coinvolgimento di tutti gli attori; - Analisi del bisogno; - Studio e approfondimento delle tematiche; - Individuazione dei percorsi da intraprendere e modalità di realizzazione;

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Raffaella Prati	Lucia Mondani

Aretina

Titolo della scheda di attività**Percorsi partecipativi e sviluppo dell'informazione****Classificazione**

Obiettivo di salute	Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto
Programma Operativo	Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema
Argomenti	Povertà, Immigrazione, Violenza di genere, GAP, Stile di vita, Abitare, Budget di salute, PNRR, FSE +, FESR
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.15: Empowerment delle persone e delle comunità, welfare culturale e qualità dei servizi
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Il coinvolgimento dei cittadini alla programmazione dei servizi di zona distretto e le iniziative di informazione ad essi dedicate, sono garantite dalle attività del Comitato di Partecipazione di Zona Distretto Aretina che, attraverso modalità e strumenti diversificati, consente di avere un dialogo strutturato con le organizzazioni della cittadinanza attiva e del terzo settore o, più in generale, con la popolazione dell'ambito territoriale.

Obiettivi specifici

- Coinvolgimento dei componenti degli istituti di partecipazione previsti dalla normativa vigente nell'approfondimento dei bisogni della popolazione di riferimento e nella programmazione dei servizi;
- Sviluppo dell'informazione e della comunicazione verso l'utenza.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Lucia Mondani	Lucia Mondani

Aretina

Titolo della scheda di attività

Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria

Classificazione

Obiettivo di salute	Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto
Programma Operativo	Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Strumenti di Programmazione, Revisione e miglioramento dei processi assistenziali, Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema, Revisione e miglioramento dei processi amministrativi
Argomenti	Budget di salute, FSE +, PNRR
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis l.r.40/2005)
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.1 Promuovere e rafforzare la zona-distretto come sistema di governance
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

La convenzione sociosanitaria è lo strumento normativo e organizzativo, individuato dall'articolo 70 bis della L.R. Toscana n.40/2005, che definisce impegni, responsabilità e finanziamenti degli enti aderenti e disciplina il coordinamento delle attività e dei servizi socio-sanitari territoriali al fine di assicurarne la continuità e l'omogeneità.

Nella Zona Distretto Aretina è stata sottoscritta la sopra citata convenzione relativamente all'area della presa in carico e dei servizi relativi alle persone anziane non autosufficienti, è in corso l'integrazione con l'area della presa in carico e dei servizi relativi alle persone con disabilità.

Obiettivi specifici

- Integrazione del livello istituzionale di zona
- Integrazione dei processi e degli strumenti di programmazione
- Integrazione professionale
- Integrazione gestionale
- Partecipazione

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Nella ZD Aretina la Convenzione firmata a dicembre 2023 riguarda i servizi afferenti al settore della non autosufficienza. Sono stati definiti i servizi e le risorse ad essi collegate per il settore disabilità, insieme al protocollo operativo di presa in carico, da formalizzare con deliberazione di Conferenza dei Sindaci Integrata di Zona. E' anche in fase di elaborazione il Regolamento Unico di accesso ai servizi sia per il settore non autosufficienza che disabilità.

Referente attività Scheda compilata da

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Raffaella Prati	Lucia Mondani

Aretina

Titolo della scheda di attività

Rafforzamento della capacità istituzionale nella gestione degli interventi di inclusione sociale finanziati dal PR FSE+ 2021-2027-Attività PAD 3.h.10

Classificazione

Obiettivo di salute	Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto
Programma Operativo	Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Revisione e miglioramento dei processi amministrativi, Revisione e miglioramento dei processi contabili
Argomenti	FSE +, Povertà, Immigrazione, GAP, Budget di salute
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	16/07/2025 - 16/07/2028
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.1 Promuovere e rafforzare la zona-distretto come sistema di governance
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

L'attività mira a potenziare l'efficacia degli interventi destinati alla realizzazione della Priorità 3 Inclusione sociale del PR FSE+ 2021/2027 - Attività PAD 3.h1 e 3.k.7 (progetto "inserimenti lavorativi soggetti fragili" gestito dal Comune di Arezzo e il progetto ATEDOM gestito dalla Zona Distretto Aretina) attraverso l'assunzione di un assistente amministrativo per un periodo di tre anni, che operi come "figura ponte" tra Regione Toscana ed enti realizzatori dei progetti menzionati.

Obiettivi specifici

- acquisire il supporto tecnico della figura da assumere alla programmazione, gestione e rendicontazione dei due progetti;
- monitorare, in raccordo con RT i dati fisici e finanziari facilitando il corretto flusso di informazioni verso RT e la valutazione dei progetti realizzati in un'ottica di miglioramento della programmazione degli stessi;
- realizzare almeno una iniziativa (evento/seminario) nell'ottica di disseminazione sul territorio delle opportunità e dei risultati degli interventi perché siano più vicini e comprensibili al cittadino.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	123.200,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	123.200,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Raffaella Prati	Lucia Mondani

Aretina

Titolo della scheda di attività
Team di transizione

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Valutazione diagnostica multidisciplinare, Definizione piano personalizzato
Argomenti	Budget di salute
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.8 Rafforzamento del percorso per la presa in carico integrata e per la valutazione multidimensionale dei bisogni della persona con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
La fase di passaggio del minore all'età adulta e il conseguente cambio degli interlocutori all'interno dei servizi, deve essere caratterizzata da un percorso di presa in carico che richiede gradualità, integrazione e coordinamento. E' necessario pertanto definire la fase di transizione quale passaggio tra servizi, della responsabilità della presa in carico, mediante momenti formali, intenzionali e programmati, finalizzati a garantire la coerenza degli interventi con la finalità di rendere operativo i Progetti Individuali da mettere in atto e ricompresi nel Progetto di Vita. In quanto passaggio intenzionale e programmato, in genere, il periodo di transizione deve essere avviato almeno un anno prima dal compimento del 18° anno di età della persona oppure almeno un anno prima del termine del percorso scolastico. Nei casi di trattenimento a scuola di alunni con disabilità in un'età superiore ai 18 anni si ritiene opportuno programmare il progetto di transizione non al raggiungimento della maggiore età, ma almeno 1 anno prima della maturità (o del completamento del percorso di studi). Si riunisce prima dell'UVMD ed è composto dai professionisti dell'area infanzia e adolescenza che seguono la situazione, in particolare: - Specialista di riferimento all'interno dell'UFSMIA che in questa fase può assumere anche il ruolo di Case Manager, in quanto è colui/colei che conosce la persona e il suo nucleo familiare da più tempo e che segnala l'esigenza della transizione; - Assistente Sociale del Servizio Sociale territoriale per le situazioni in carico; - Medico di Medicina Generale; - Specialista dell'area degli adulti di riferimento per la patologia prevalente o professionista dei servizi socio-sanitari territoriali (es. Psichiatra, Neurologo, Pediatra ospedaliero, Infermiere, Fisiatra, Fisioterapista, ecc.). In tutte le fasi del percorso il Team è integrato dalla persona beneficiaria del progetto e dalle sue figure di riferimento (rete familiare e reti informali attive), al fine di consentire la conoscenza con la nuova équipe che lo accompagnerà nel progetto previsto per l'età adulta, familiarizzando con i nuovi contesti di cura. Il Progetto Individuale/Progetto di Vita deve essere accuratamente definito sulla base delle caratteristiche, aspirazioni e preferenze individuali dell'interessato promuovendone le abilità e i talenti che è possibile coltivare nell'ambiente comunitario in preparazione di un progetto di crescita e di vita indipendente attraverso la vita sociale e il lavoro.

Obiettivi specifici
- Conoscenza della persona e degli interventi terapeutico-riabilitativi effettuati e/o in corso; - Condivisione inquadramento sanitario e diagnostico; - Creazione di uno spazio di confronto per effettuare una valutazione multiprofessionale e per favorire una miglior comprensione delle condizioni della persona con disabilità, al fine di condividere progetti e risorse da mettere in atto anche ai fini di una ridefinizione. - Elaborazione/revisione strategie di cura e riabilitazione sia sanitarie che riguardanti interventi o progetti socio-assistenziali attivi o da prevedere nel nuovo percorso.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €

Aretina

Tipo di risorsa	Risorse
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Sabrina Palei	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività

RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI DOMICILIARI PER GARANTIRE LA DIMISSIONE ANTICIPATA ASSISTITA E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE - TELEMEDICINA - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.3

Classificazione

Obiettivo di salute	Innovazione e Sviluppo
Programma Operativo	Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Strutture/percorsi sperimentali
Argomenti	PNRR
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	30/06/2022 - 30/03/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS6.5: Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Per la realizzazione dell'intervento il soggetto Capofila è il Comune di Terranuova Bracciolini per l'ATS Valdarno: nell'ottobre 2023 è stato stipulato un accordo di partenariato tra l'ATS Valdarno, l'ATS Aretina e il Comune di Bucine, nell'ambito del quale è stato previsto che il soggetto attuatore - ATS Valdarno - trasferisca al soggetto esecutore - Comune di Bucine - l'importo di Euro € 330.000,00 per la realizzazione dei servizi a disposizione di entrambe le ATS, Aretina e Valdarno. Il progetto intende attivare attraverso una progettualità socio sanitaria integrata almeno 325 dimissioni protette attraverso azioni e progetti individualizzati che con la telemedicina e i buoni servizio intendono garantire ad anziani fragili in uscita dagli ospedali il rientro presso il proprio domicilio in modalità protetta evitando l'istituzionalizzazione e supportando la rete parentale, amicali e di vicinato al fine di evitare l'isolamento e l'emarginazione sociale. I progetti individualizzati delle persone anziane in dimissioni protette saranno predisposti da un'equipe multidisciplinare composta dai componenti della Cot (Medico di Cure Primarie, Infermiere e Assistente Sociale), dal geriatra territoriale, dal Servizio Sociale professionale territorialmente competente, dal Medico di medicina generale e dall'Infermiere di famiglia e di Comunità.

Obiettivi specifici

In concreto ci si prefigge di:

- 1.Prevenire e monitorare situazioni di non autosufficienza al domicilio dell'anziano grazie alla dotazione di strumentazioni tecnologiche collegate a MMG, Geriatria territoriale, infermieri del territorio e all'attivazione di buoni servizio (assistenza domiciliare, telemedicina);
- 2.Ridurre gli inserimenti residenziali presso le RSA (scheda 2.7.3 "Dimissioni protette"- LEPS);
- 3.Sperimentare e mettere a regime un modello di presa in carico integrata di dimissioni ospedaliere attraverso un lavoro di rete che vede coinvolti professionisti e mondo del volontariato;
- 4.Potenziare il grado di integrazione e co-azione tra i Servizi Sociali del territorio con i Servizi Socio-Sanitari e Ospedalieri attraverso una presa in carico integrata che si concretizza attraverso la Cot;
- 5.Promuovere gli interventi volti all'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali e socioassistenziali di supporto all'anziano in situazioni di fragilità e alla sua famiglia per raggiungere maggiore efficacia ed efficienza;
- 6.Coinvolgere e valorizzare le associazioni del territorio al fine di potenziare le attività di socializzazione e aiuto (servizi di prossimità, organizzazione di momenti ricreativi, ecc);
- 7.Supportare il nucleo familiare, la rete sociale, amicale e di vicinato nel lavoro di cura e di relazionalità, onde prevenire o ridurre i rischi di isolamento ed emarginazione;
- 8.Potenziare la risposta di continuità ospedale-territorio.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	55.000,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €

Aretina

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	55.000,00 €

Note
la Zona Aretina non riceve direttamente le risorse, come sopra specificato, e l'importo complessivo del progetto è 330.000€ L'importo indicato sotto risorse per il 2026 è un calcolo approssimativo quindi potrebbe essere variabile.

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività
Assistenza residenziale nei moduli motori

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Definizione piano personalizzato, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo riabilitativo - motorio
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis l.r.40/2005)
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.3 Rafforzamento della presa in carico degli anziani non autosufficienti da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Il modulo motorio (ricovero temporaneo attivo presso la RSA "Pesciola"), costituito da n. 8 posti letto, è destinato prevalentemente a soggetti over 65 che, a seguito di valutazione da parte dell'UVM, necessitano di un percorso di recupero per l'acquisizione di un migliore livello funzionale e/o il completamento di programmi terapeutici già avviati in regime ospedaliero. In alcune situazioni l'ingresso può essere attuato dal domicilio.

Obiettivi specifici
- facilitare la continuità della cura in dimissione ospedaliera - favorire la riattivazione motoria e recupero funzionale

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività
Progetto Dopo di Noi

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Supporto autonomia, Abilitazione e riabilitazione, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Definizione piano personalizzato
Argomenti	Abitare
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.9 Interventi integrati l'autonomia e il sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Interventi e servizi per l'assistenza alle persone con disabilità grave, con età 18-64 anni, prive del sostegno familiare o perché lo stesso risulta non in grado di fornire l'adeguato supporto al fine di sviluppare un percorso di autonomia che può prevedere anche l'inserimento in situazioni residenziali (L.112/2016).

Obiettivi specifici
- Assicurare assistenza e servizi alle persone con disabilità prive del sostegno familiare o con necessità di percorsi di autonomia rispetto alla famiglia di origine; - Favorire un graduale processo di acquisizione di autonomie in vista del distacco dall'ambiente familiare; Ambito A: Sviluppo delle competenze per autonomia; Ambito B: soluzioni di tipo familiare o di co-housing; Ambito C: informazione, accompagnamento e sostegno ai familiari.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note
Il progetto viene finanziato con risorse nazionali, con risorse a carico dei soggetti attuatori del privato sociale e le compartecipazioni delle persone con disabilità. Nel 2026 verrà predisposto un programma operativo nuovo, secondo le indicazioni regionali. Il nuovo programma verrà predisposto a seguito di nuova procedura di co-progettazione e la costituzione del tavolo di partenariato di cui la Zona Distretto sarà capofila. Le risorse economiche non sono ancora state deliberate. Si specifica che le risorse messe a disposizione sono anche: uno stabile del Comune di Arezzo; la compartecipazione degli utenti; co-finanziamento da parte degli ETS presenti al tavolo; residui delle precedenti DGR.

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Laura Del Tordello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività

Progetto "Circolarità e umanizzazione nell'assistenza domiciliare integrata"

Classificazione

Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata, Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/10/2025 - 30/06/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.3 Rafforzamento della presa in carico degli anziani non autosufficienti da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Con la D.G.R.T. n°1191 dell'04/08/2025 sono state assegnate risorse per "interventi socio-sanitari per la domiciliarità anziani" con le quali è stato possibile avviare il progetto "Circolarità e umanizzazione nell'assistenza domiciliare integrata", relativo al rafforzamento della risposta domiciliare, in luogo della istituzionalizzazione definitiva.

In tale ottica sono stati attivati strumenti operativi derivanti da rapporti e sinergie con il privato sociale, volti a garantire pacchetti orari qualificati di assistenza a domicilio alla popolazione anziana zonale, in modo da consentire, al netto dei periodi eventualmente necessari di ricovero di sollievo in RSA, la permanenza a domicilio della Persona. L'erogazione del servizio sarà a cura e nell'ambito delle attività del PUA - UVM anziani Zona Distretto Aretina, in sinergia con i servizi sociali professionali e amministrativi della medesima Zona Distretto. Al fine del concreto svolgimento del servizio si utilizzerà lo strumento contrattuale già attivato nell'ambito della Zona Distretto per l'ADI, in sinergia con il privato sociale e a seguito di gara pubblica.

Il Valore aggiunto, in termini di personalizzazione dell'assistenza e di salvaguardia dei punti di riferimento affettivi e comunitari della persona, della risposta domiciliare è estremamente rilevante e può realmente fare la differenza nel raggiungimento degli obiettivi di salvaguardia dell'autonomia residua dell'anziano e di miglioramento delle condizioni psico-fisiche complessive, nei casi in cui ciò sia possibile.

Obiettivi specifici

Attivazione di pacchetti orari assistenziali in favore di anziani non autosufficienti ultrasessantacinquenni della Zona Distretto Aretina, fino ad un massimo di 1.255 ore di O.S.S., a fronte di un target previsto di circa 36 utenti per una media di ore 4 settimanali.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	30.500,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	30.500,00 €

Note

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Sabrina Palei	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Interventi per persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo****Classificazione**

Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Residenza Sanitario assistenziale per Disabili, A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Comunità Alloggio Protetta, Definizione piano personalizzato
Argomenti	Budget di salute
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.10 Co-programmazione e co-progettazione per favorire l'affermazione dei diritti delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

L'assistenza alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo, di età inferiore ai 65 anni, è garantita da una gamma di interventi che consentono quanto più possibile di mantenere la persona a domicilio ma prevede anche soluzioni semi/residenziali e residenziali finanziati dal Fondo Disabilità (cd Quote Disabilità dal Fondo Sanitario indistinto). L'individuazione degli interventi segue la personalizzazione del Progetto secondo le necessità espresse e la valutazione multidimensionale svolta in UVMD.

Obiettivi specifici

- 1) Attivazione di percorsi assistenziali personalizzati attraverso il coinvolgimento attivo della persona con disabilità
- 2) Mantenere la persona con disabilità al domicilio
- 3) Ricorso a strutture residenziali laddove non ci siano le condizioni per la permanenza al domicilio
- 4) Circolarità delle risposte assistenziali
- 5) Equità accesso alle prestazioni sociosanitarie

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	2.552.855,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	2.552.855,00 €

Note

Le attività realizzate in modo integrato garantiscono programmi di sostegno all'autonomia della persona e quanto più possibile il mantenimento al domicilio. Gli interventi sono: ADI diretta, ricoveri temporanei/sollievo, CD, RSD, CAP, Ecc.

Referente attività **Scheda compilata da**

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Laura Del Tordello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività
A.TE.DO.M.

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata, Definizione piano personalizzato, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Supporto autonomia, Assistenza domiciliare socio-assistenziale
Argomenti	FSE +
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis l.r.40/2005)
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/03/2024 - 01/03/2027
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.14: Oltre l'inclusione: lotta alle povertà, politiche per l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari e presa in carico multidisciplinare dei bisogni
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Il progetto A.TE.DO.M. è stato elaborato in virtù del PR FSE+ 2021-2027 - PAD attività 3.K.7 - "Sostegno alle persone con limitazione dell'autonomia e ai loro familiari per l'accesso ai servizi di cura socio-sanitari". Interventi di sostegno alle cure domiciliari. Il progetto prevede un sistema di assistenza domiciliare alle persone anziane non autosufficienti, persone disabili che si trovano in una condizione di limitata autonomia, in dimissione ospedaliera, persone affette da demenza che vivono a domicilio che necessitano di percorsi per la cura e sostegno al familiare. Potenziamento del servizio di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti e disabili con patologie degenerative assimilabili al decadimento cognitivo. Servizi domiciliari di carattere socio assistenziale per minori con disabilità.

Obiettivi specifici
Gli obiettivi specifici al sostegno della domiciliarità di persone con problematiche di tipo cognitivo e o persone completamente non autosufficienti si realizzano con : 1) mantenimento della continuità post ospedale (dimissioni difficili) 2) mantenimento a domicilio di persone affette da demenza con interventi di cura e sostegno di operatori qualificati 3) mantenimento a domicilio di persone non autosufficienti attraverso il potenziamento di interventi a sostegno della spesa per l'assistente familiare privata 4) servizi di carattere socio assistenziale e socio educativo per minori con disabilità e del supporto alle loro famiglie

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	292.633,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	292.633,00 €

Note

Aretina

Note

E' un progetto che consente di rispondere ai bisogni di assistenza di persone non autosufficienti che vivono a domicilio limitando il ricorso alla istituzionalizzazione. L'azione innovativa per i minori disabili consente di sviluppare un sistema di interventi a sostegno delle famiglie con minori disabili.

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività
Assistenza residenziale nel modulo cognitivo

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Residenza Sanitaria Assistenziale RSA Modulo Cognitivo, Strutture semiresidenziali per persone anziane Modulo Cognitivo
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis l.r.40/2005)
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.4 Cura e assistenza delle persone con demenze e il sostegno ai familiari
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
L'offerta residenziale per soggetti con decadimento cognitivo necessita del mantenimento dei 10 posti letto dedicati nelle RSA (modulo cognitivo ex DGRT 402/2004), finalizzati a garantire la circolarità della risposta assistenziale tra il CD Alzheimer e la RSA. La commissione UVM, in collaborazione con la geriatra territoriale, valuta se il disturbo comportamentale e cognitivo debba essere gestito con il ricovero temporaneo nel modulo dedicato al fine di sostenere la famiglia nel forte peso assistenziale; nelle fasi meno acute l'assistenza è garantita tramite il Centro Diurno. I posti del CD Alzheimer sono 12.

Obiettivi specifici
Favorire i ricoveri temporanei di sollievo al fine di mantenere la persona nel proprio contesto di vita. Garantire la presa in carico integrata in una logica di continuità assistenziale. L'integrazione e il coordinamento tra il momento della valutazione della UVM, l'accesso in RSA e la definizione del Piano operativo delle attività all'interno della struttura. Garantire la circolarità della risposta assistenziale. Garantire risposte residenziali per anziani privi di rete familiare o in presenza di rete inadeguata. Favorire un rallentamento del decadimento cognitivo. Favorire la circolarità degli interventi.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note
Anche per l'anno 2026 viene mantenuto il modulo Disturbo cognitivo-comportamentale (modulo Alzheimer) presso la RSA MAESTRINI a gestione aziendale.

Referente attività	Scheda compilata da
---------------------------	----------------------------

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività
L'accesso alle RSA: un aiuto agli anziani non autosufficienti

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Residenza Sanitaria Assistenziale RSA Modulo Base, Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo riabilitativo - motorio, Residenza Sanitaria Assistenziale RSA Modulo Cognitivo, Residenza Sanitaria Assistenziale Stato vegetativo
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis l.r.40/2005)
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.11 La qualità dell'assistenza delle strutture del sistema sociale integrato
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
L'offerta residenziale nella Zona Distretto Aretina è garantita da n. 14 RRSSAA di cui n.5 sono a gestione diretta ASL e n. 9 sono pubbliche/private che hanno stipulato l'Accordo ai sensi della DGRT 995/2016, per un totale di 461 posti letto.

Obiettivi specifici
1) Applicare la libera scelta degli ingressi per anziani non autosufficienti in RSA 2) Favorire i ricoveri temporanei di sollievo al fine di mantenere l'anziano nel proprio contesto di vita 3) Garantire la presa in carico integrata in una logica di continuità assistenziale 4) Equità accesso nelle RR.SS.AA. 5) Specializzazione dei percorsi assistenziali residenziali specifici nel rispetto dei bisogni di cura e assistenza individuali

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	8.806.827,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	8.806.827,00 €

Note
Si prevede un aumento della quota sociale nelle RSA a gestione diretta, per necessario adeguamento alle variazioni ISTAT. In base alla DGRT 1132 del 25/09/2023 dal 01/01/2025 la retta sanitaria per il modulo base è pari a 59,10€ al giorno. Sono confermati per il 2026 i moduli specialistici motorio, SVP e cognitivo-comportamentale, oltre che il modulo di Cure Intermedie, setting 3.

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Aretina

Titolo della scheda di attività

Vita Indipendente

Classificazione

Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Supporto autonomia, Assistenza domiciliare socio-assistenziale, Inserimento lavorativo
Argomenti	Budget di salute, FSE +
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.9 Interventi integrati l'autonomia e il sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Progetto di Vita Indipendente per le persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita. Si prevede l'erogazione di un contributo economico finalizzato al sostegno alla spesa per l'assunzione di un assistente privato, come l'assistente personale o il fisioterapista, spese per il trasporto (servizio pubblico o del privato sociale) o per l'iscrizione ad attività sportive, al fine di favorire lo sviluppo della capacità di autodeterminarsi,

DGRT n. 753 del 25/06/2024 - Anno 2026

Obiettivi specifici

Il progetto di vita indipendente presentato dalla persona dovrà essere prioritariamente orientato alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

supporto a percorsi lavorativi;
supporto a percorsi formativi;
sostegno al ruolo genitoriale;
percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
sviluppo di attività sociali e culturali;
supporto per lo svolgimento di attività sportive;
potenziamento e/o mantenimento dell'autonomia motoria.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	500.000,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	500.000,00 €

Note

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Laura Del Tordello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Assistenza residenziale nel modulo vegetativo****Classificazione**

Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Residenza Sanitaria Assistenziale Stato vegetativo, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.11 La qualità dell'assistenza delle strutture del sistema sociale integrato
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

L'assistenza alle persone in stato vegetativo viene garantita nel modulo dedicato nella RSA (ex DGRT 402/2004 modulo stato vegetativo persistente) N. 10 p.l. presso una RSA a gestione diretta ASL.

Obiettivi specifici

- assicurare l'assistenza residenziale ai soggetti in stato vegetativo
- supportare la rete familiare attraverso interventi sociali, sanitari e socio-sanitari integrati

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività
Assistenza domiciliare alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Supporto autonomia, Assistenza domiciliare socio-assistenziale, Definizione piano personalizzato
Argomenti	Budget di salute
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.9 Interventi integrati l'autonomia e il sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Erogazione di un contributo economico per sostegno alla spesa per l'assistenza di un caregiver privato ai soggetti con disabilità con necessità di sostegno intensivo al fine della permanenza al domicilio. DGRT 1186 del 21/10/2024

Obiettivi specifici
- assicurare alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo risposte omogenee ed eque al bisogno di assistenza presso il proprio domicilio. - differire l'istituzionalizzazione - supportare la famiglia nella gestione del congiunto

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	1.077.000,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	1.077.000,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Laura Del Tordello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Sostegno del ruolo di cura e assistenza del CAREGIVER FAMILIARE****Classificazione**

Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Supporto autonomia
Argomenti	Budget di salute
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.9 Interventi integrati l'autonomia e il sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Il progetto ha come obiettivo principale quello di sostenere il caregiver familiare che si prende cura del congiunto tramite l'erogazione di un contributo economico previa valutazione dell'esistenza di requisiti derivanti da condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo come definito dall'art. 3 del DM 26 settembre 2016.

Obiettivi specifici

Riconoscere al caregiver familiare il ruolo di cura e di assistenza erogando un contributo mensile al fine di mantenere al domicilio della persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo migliorando la qualità di vita della stessa.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	73.000,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	73.000,00 €

Note

DGRT 801/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Laura Del Tordello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Intervento Indipendenza e Autonomia - IN AUT****Classificazione**

Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Supporto autonomia, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Definizione piano personalizzato
Argomenti	Budget di salute, Abitare
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.9 Interventi integrati l'autonomia e il sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

L'attività ha l'obiettivo di sostenere progetti individuali di autonomia alla persona con disabilità tramite misure finalizzate a specifici percorsi di studio, formazione, inserimento lavorativo, compreso il sostegno alle funzioni genitoriali, alla vita domestica e di relazione

Obiettivi specifici

Potenziamento dei progetti individualizzati tramite rimborso spese per attività di supporto allo studio, alla formazione, all'inserimento lavorativo, alle attività sportive e di socializzazione, supporto ai percorsi di deistituzionalizzazione o uscita dalla famiglia di origine anche tramite soluzioni di co-housing

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	40.000,00 €
Sanitarie finalizzate	80.000,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	120.000,00 €

Note

Il progetto prevede un cofinanziamento della Zona Distretto pari a 20.000 € all'anno, oltre che i residui derivanti dagli anni passati.

Referente attività	Scheda compilata da
Laura Del Tordello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Assistere nella domiciliarità le persone anziane non autosufficienti****Classificazione**

Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata, Strutture semiresidenziali per persone anziane, Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis l.r.40/2005)
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.4 Cure domiciliari
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Il Fondo della Non Autosufficienza, ai sensi della L.R. n. 66/2008 ha consentito di realizzare le seguenti prestazioni:

- * Assistenza Domiciliare Diretta;
- * Assistenza Domiciliare Indiretta, tramite l'erogazione di contributi a favore degli utenti che hanno un contratto con assistente familiare e contributo al familiare per il lavoro di cura.
- * Attivazione di posti di ricovero di sollievo/emergenza assistenziale in R.S.A.;
- * Risposta semi residenziale in Centri Diurni.

Obiettivi specifici

- 1) Attivazione di percorsi assistenziali personalizzati finalizzati
- 2) Mantenere l'anziano a domicilio
- 3) Equità accesso alle prestazioni sociosanitarie

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	2.038.308,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	2.038.308,00 €

Note

Nell'anno 2025 si confermano le attività sia del CD per non autosufficienti modulo base, sia del CD Alzheimer Maestrini. Vengono inoltre confermate le attività di supporto svolte al domicilio della persona non autosufficiente.

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Aretina

Titolo della scheda di attività
Tutela salute mentale richiedenti asilo

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Adulti
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Accoglienza, Psicoterapia, Definizione piano personalizzato, Colloqui psicologico-clinici, Visite psichiatriche, Supporto all'autonomia, Terapie farmacologiche
Argomenti	Immigrazione
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.13 Salute Mentale
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Accessi dei richiedenti asilo al servizio di salute mentale con il supporto di mediazione etnoclinica, mediante mediatori linguistico culturali formati e supervisione mensile della equipe da parte di esperti nell'approccio interculturale alla salute mentale. Raccordo con il sistema dell'accoglienza per la reciproca comprensione delle problematiche e degli strumenti di prevenzione e cura.

Obiettivi specifici
- Riconoscere e trattare precocemente il disturbo da stress post-traumatico che è molto frequente e se non trattato, grave nelle persone vittime di tratta e di tortura; - Prevenire la patologia psichiatrica nelle persone richiedenti asilo collaborando alla formazione degli operatori dell'accoglienza; - Individuare risorse o ambiti di integrazione con il tessuto sociale del territorio.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note
Il progetto è iniziato permettendo una valida integrazione degli interventi sanitari con quelli di mediazione culturale (presso il Centro di Salute Mentale di Arezzo un giorno a settimana è presente la Mediatrice Culturale del Progetto Prosit)

Referente attività	Scheda compilata da
Massimo Valentini	Giampaolo Di Piazza

Aretina

Titolo della scheda di attività
Interventi non farmacologici dei disturbi di ansia

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Adulti
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Colloqui psicologico-clinici, Supporto all'autonomia, Interventi psicoeducativi
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.13 Salute Mentale
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Attivazione di interventi non farmacologici individuali e di gruppo psicoeducativi e cognitivo-comportamentali manualizzati per la gestione dei disturbi d'ansia.

Obiettivi specifici
• Fronteggiare e gestire la sintomatologia ansiosa senza farmaci, promuovendo la presa di posizione attiva della persona rispetto al proprio malessere: realizzati nel corso del 2025 e prospettati per il 2026 interventi di gruppo tipo auto-mutuoaiuto sull'ansia così come realizzazione di incontri con gruppo Mindfulness; • Con Associazione della consulta, condivisa necessità di percorsi formativi per utenti esperti e interventi tra pari.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note
Le risorse impiegate sono derivanti dall'utilizzo di quota parte dell'attività del personale della Unità Funzionale che va ad incidere sul totale dell'attività erogata. Per favorire la formazione dei tirocinanti di psicologia e gli educatori, sono stati accolti nel corso delle attività.

Referente attività	Scheda compilata da
Giampaolo Di Piazza	Giampaolo Di Piazza

Aretina

Titolo della scheda di attività
Intervento psico educativo familiare integrato

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Adulti
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia, Abilitazione e riabilitazione, Individuazione precoce e proattiva del disturbo, Visite psichiatriche, Interventi psicoeducativi, Supporto all'autonomia, Terapie farmacologiche
Argomenti	-
Popolazione target	Dipendenze
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.13 Salute Mentale
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
La teoria stress-vulnerabilità-coping è un modello esplicativo della patogenesi dei disturbi mentali secondo il quale, se l'effetto combinato della vulnerabilità genetica e dei fattori stressanti supera la soglia individuale di adattamento, ciò favorisce la comparsa dei sintomi del disturbo mentale a cui la persona è vulnerabile e questo può essere contrastato dalle strategie di coping. Lo scopo principale di questo metodo è il miglioramento delle capacità dei componenti della famiglia di comunicare costruttivamente e di risolvere insieme i problemi.

Obiettivi specifici
- valutazione dei punti di forza e di debolezza dei componenti della famiglia; - insegnamento di abilità di comunicazione efficaci; - insegnamento di metodo strutturato di risoluzione dei problemi.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Raffaele Pasquini	Giampaolo Di Piazza

Aretina

Titolo della scheda di attività**Servizi di salute mentale: la presa in carico post ospedaliera****Classificazione**

Obiettivo di salute	Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità
Programma Operativo	Continuità Assistenziale
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Adulti
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Terapie farmacologiche, Centro Diurno Psichiatrico, Colloqui psicologico-clinici, Definizione piano personalizzato, Assistenza domiciliare socio-assistenziale, Visite psichiatriche
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.13 Salute Mentale
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Il progetto prevede l'attivazione della presa in carico ambulatoriale con l'attivazione del contatto entro 7 gg. con il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissioni del ricovero ospedaliero. Riferimento: indicatore a supporto dei profili "Contatto entro 7 gg. con DSM dal ricovero".

Obiettivi specifici

- Ottimizzazione della produzione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.
- Obiettivo di continuità e consolidamento.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Giampaolo Di Piazza	Giampaolo Di Piazza

Aretina

Titolo della scheda di attività**Valutazione degli esiti dei percorsi in comunità terapeutica con strumenti standardizzati****Classificazione**

Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Adulti
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Trattamenti terapeutico riabilitativi di carattere intensivo, Visite psichiatriche, Terapie farmacologiche, Psicoterapia, Interventi psicoeducativi, Supporto all'autonomia
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.13 Salute Mentale
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Gli esiti del percorso di pazienti ospiti di Comunità (SRP1) con gravi disturbi psicotici o della personalità che necessitano di riabilitazione vengono valutati attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati.

Obiettivi specifici

- valutazione oggettiva dei miglioramenti
- personalizzazione del progetto riabilitativo

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Per ogni ingresso in Comunità ed in Residenza sarà approntato un accordo terapeutico/Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato con partecipazione attiva del paziente.

Referente attività	Scheda compilata da
Giampaolo Di Piazza	Giampaolo Di Piazza

Aretina

Titolo della scheda di attività
Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Classificazione	
Obiettivo di salute	Innovazione e Sviluppo
Programma Operativo	Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Sistema informativo, Revisione e miglioramento dei processi assistenziali, Formazione del personale, Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema, Revisione e miglioramento dei processi amministrativi
Argomenti	PNRR
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS6.1: Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni
Sotto-fattori di crescita	FT1.4 Lo sviluppo delle competenze

Descrizione
Diffusione dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei cittadini e dei professionisti in modo da integrare le base dati necessarie ad una presa in carico efficiente nelle Case della Comunità

Obiettivi specifici
Incontri finalizzati alla sensibilizzazione della cittadinanza anche attraverso il Comitato di partecipazione Incontri di sensibilizzazione con i MMG e PLS Formazione completa del personale

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Roberto Franceschi	Roberto Franceschi

Aretina

Titolo della scheda di attività
Archiviazione informatizzata

Classificazione	
Obiettivo di salute	Innovazione e Sviluppo
Programma Operativo	Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Revisione e miglioramento dei processi amministrativi, Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema, Revisione e miglioramento dei processi tecnici
Argomenti	PNRR
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS7.1 Transizione ecologica ed efficientamento energetico
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Creare sulla intranet aziendale una struttura idonea all'archiviazione informatizzata di tutti i documenti amministrativi che permetta progressivamente di sostituire gli archivi cartacei attualmente presenti. Allo stesso tempo completare la gestione interamente digitale degli iter procedurali di approvazione degli atti amministrativi

Obiettivi specifici
diminuire progressivamente gli archivi cartacei sia in ottica di sicurezza sia in riferimento alla razionalizzazione degli spazi e del consumo di risorse (carta, toner, altri materiali economici)

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Roberto Franceschi	Roberto Franceschi

Aretina

Titolo della scheda di attività**Psicoeducazione familiare ed autismo - Provincia di Arezzo****Classificazione**

Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Minori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Colloqui psicologico-clinici, Gruppi di sostegno per i familiari, Individuazione precoce e proattiva del disturbo
Argomenti	Budget di salute, PNRR
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	Integrazione con il "Centro Autismo" - Non completata
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.14 Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Il progetto si propone di mettere a punto interventi di Psicoeducazione familiare nella fase immediatamente successiva alla diagnosi, nella prima infanzia, e nella fase della transizione dall'adolescenza all'età adulta.

Obiettivi specifici

1) potenziare, nelle due fasi critiche considerate, l'interazione paziente-gruppo familiare più efficace nel migliorare le competenze socio comunicative dei pazienti e i loro comportamenti adattivi.
 2) condividere il percorso assistenziale con i servizi sociali e gli insegnanti, per integrare la dimensione sanitaria con quella sociale ed educativa

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Centro Autismo in collegamento con i piani di investimento della Missione 6 PNRR - in fase di realizzazione.

Referente attività	Scheda compilata da
Luciano Luccherino	Luciano Luccherino

Aretina

Titolo della scheda di attività
Progetto "Autismo"

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Minori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Orientamento e training, Supporto alla autonomia, Interventi sulla rete sociale, formale e informale, Definizione piano personalizzato, Abilitazione e riabilitazione, Continuità assistenziale del passaggio all'età adulta
Argomenti	Budget di salute
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/01/2026 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.14 Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Il progetto è stato definito dai professionisti delle UF SMIA e SMA e si inserisce nell'ambito della programmazione regionale degli interventi dedicati alle persone con disturbo dello spettro autistico. La finalità è quella di incrementare il livello di inclusione sociale dei soggetti presi in carico a integrazione dei percorsi eventualmente già attivati, in modo da migliorare le abilità sociali e relazionali, rafforzare le autonome capacità di gestione della vita quotidiana. Le attività sono rivolte sia a minori che ad adulti, esse possono essere svolte presso il nuovo "Centro per i Disturbi del Neurosviluppo", presso il domicilio dei beneficiari, presso le sedi degli ETS partner della Co-progettazione, presso luoghi di socializzazione esterni.

Obiettivi specifici
- Realizzazione di interventi di psico-educativi e riabilitativi, come previsti dalle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico; - Percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione; - Progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	21.000,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	21.000,00 €

Note
DGRT 837/2023

Referente attività	Scheda compilata da
---------------------------	----------------------------

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Maria Grazia Piergiovanni	Luciano Luccherino

Aretina

Titolo della scheda di attività**Presa in carico integrata: Gruppi Tutela Minori e Vulnerabilità Familiare****Classificazione**

Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Minori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Rapporti con Autorità giudiziaria, Colloqui psicologico-clinici
Argomenti	Povertà, Violenza di genere
Popolazione target	Minori
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.16: Nuove generazioni e famiglie
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Prosecuzione e consolidamento delle attività del Gruppo Tutela Minori . Le attività del GTM interessano le seguenti aree di azione:

- * Analisi delle nuove richieste di indagine socio-familiare provenienti dal Tribunale dei Minorenni e/o dal Tribunale Ordinario
- * Analisi nuovi decreti provenienti dal TdM e/o dal TO
- * Individuazione dell'equipe multi professionale coinvolta in ogni singolo caso e attribuzione dei compiti specifici, con individuazione del referente del caso
- * Monitoraggio andamento progetti assistenziali e tempistica di produzione delle relazioni per il TdM e/o TO
- * Analisi delle situazioni complesse in carico anche se non ancora processate dal TdM e/o TO
- * Calendarizzazione della discussione delle situazioni complesse

Definizione di una programmazione condivisa con Enti Locali, Tribunale e Terzo Settore nell'ambito di interventi di prevenzione e presa in carico in materia di famiglie vulnerabili

Obiettivi specifici

- * rafforzare il confronto multi professionale e impegno condiviso tra gli operatori, sulla base di accordi informati e partecipati, tali da evidenziare in modo trasparente i vari centri di responsabilità implicati nella risposta al bisogno
- * coinvolgere gli operatori di altri servizi (es. SMA, SerD, SMIA) che possono essere coinvolti negli incontri del GTM in relazione alla congruenza relativamente al bisogno specifico
- * attribuire i compiti professionali e la successione delle azioni relative al progetto assistenziale per ciascun minore e nucleo familiare
- * lavoro di rete inter istituzionale e con la comunità locale

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Aretina

Note
L'attività è svolta con l'impiego di personale in ruolo negli Enti Pubblici coinvolti (Az. Usl e Comuni).

Referente attività	Scheda compilata da
Susanna Giaccherini	Susanna Giaccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività

LA PREVENZIONE E SICUREZZA DOMESTICA NEGLI OVER 65

Classificazione

Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/01/2026 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.9 Coinvolgimento dei pazienti attraverso Empowerment, Alfabetizzazione Sanitaria e Autogestione del Piano di Cura
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Gli incidenti domestici sono eventi accidentali che avvengono nelle abitazioni e che si verificano prevalentemente in conseguenza di cadute, avvelenamenti, ustioni, tagli, ferite, comportando la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute. In Toscana nel 2024 gli incidenti domestici hanno rappresentato la principale causa di accesso per evento traumatico ai Pronto Soccorso, nonché di ricovero in ospedale.

Le persone maggiormente esposte al rischio di incorrere in incidenti domestici sono dunque coloro che trascorrono molto tempo in casa, ovvero le casalinghe, i bambini e gli anziani.

La prima causa degli incidenti domestici va ricercata nella diffusa convinzione che la casa, in particolare quella propria, sia un posto sicuro. I fattori di rischio possono essere suddivisi in fattori individuali e fattori ambientali:

I fattori individuali sono correlati allo sviluppo psicomotorio dei primi anni di vita, alle attività lavorative in ambito domestico e alle condizioni di comorbidità, deficit neuro-motori e cognitivi, fragilità o scarsa attività fisica.

I fattori ambientali sono relativi alle caratteristiche strutturali della casa, degli arredi, degli impianti e delle pertinenze, alla presenza e conservazione di farmaci e prodotti di uso comune che possono contenere sostanze chimiche tossiche.

L'organizzazione di corsi informativi ed educativi rivolti agli over 65 è resa necessaria dal quadro epidemiologico attuale. Il progetto non si limita a trasmettere nozioni teoriche, ma mira a trasformare i partecipanti in "osservatori attivi" del proprio ambiente. L'obiettivo è sviluppare una "capacità di analisi critica" che permetta di trasformare la percezione del pericolo in strategie di prevenzione concrete, immediate e sostenibili nella vita quotidiana.

Le figure professionali coinvolte sono Tecnici della Prevenzione ed Assistenti Sanitari del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione.

Obiettivi specifici

1. Sviluppo della Capacità di Analisi (L'occhio critico)

- Identificare i "pericoli invisibili": Allenare lo sguardo a riconoscere i rischi latenti negli ambienti familiari.

- Valutare il rischio in base al contesto: Imparare a riconoscere un pericolo oggettivo e un comportamento a rischio, comprendendo

anche come le proprie condizioni fisiche influenzino il livello di pericolo.

2. Acquisizione di Nozioni e Consapevolezza (Il sapere)

- Conoscere le statistiche e le dinamiche comuni: Condividere le dimensioni del fenomeno, apprendere quali sono le zone della casa

più a rischio e le tipologie di infortunio più frequenti per orientare meglio l'attenzione.

- Comprendere i fattori fisiologici: Analizzare come i cambiamenti legati all'età (riduzione della vista, dell'equilibrio o dei riflessi,

utilizzo di farmaci) interagiscano con l'ambiente domestico.

3. Sviluppo di Strategie di Prevenzione (Il saper fare)

- Co-progettare soluzioni pratiche: condivisione di soluzioni pratiche e/o piccoli accorgimenti e modifiche organizzative/comportamentali per mettere in sicurezza gli ambienti.

- Implementare routine di sicurezza: Definire strategie d'azione quotidiane per ridurre il rischio.

4. Empowerment e Cambiamento Comportamentale (L'attitudine)

- Passare dalla teoria all'azione: Motivare i partecipanti a effettuare un'auto-valutazione della propria abitazione subito dopo

l'incontro, applicando le capacità di analisi acquisite e gli strumenti forniti.

- Promuovere la cultura della prevenzione: Trasformare il partecipante in un soggetto attivo capace di consigliare i propri

Aretina

Obiettivi specifici
coetanei, creando una rete di consapevolezza condivisa.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività
Il suono del Silenzio

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Minori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Psicoterapia, Individuazione precoce e proattiva del disturbo, Interventi sulla rete sociale, formale e informale, Rapporti con Autorità giudiziaria
Argomenti	Povertà, Immigrazione, Violenza di genere, Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/03/2026 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.14 Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Percorsi di gruppo di 8 incontri per utenti nell'area della tutela minori, in carico all'UFMIA di Arezzo nella fascia di età 10-18 anni

Obiettivi specifici
- Prevenire dinamiche emotivo-relazionali disfunzionali tra i bambini e i ragazzi appartenenti a nuclei familiari vulnerabili; - Facilitare la comunicazione interpersonale; - Elaborare le proprie storie di vita difficili.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Lindita Prendi	Susanna Giaccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Province per Giovani

Classificazione	
Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Minori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Consulenza specialistica, Individuazione precoce e proattiva del disturbo, Collaborazione con Dipendenza Patologiche, Interventi sulla rete sociale, formale e informale, Consulenza in ambito scolastico
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/03/2026 - 30/06/2027
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.14 Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Attivazione di sportelli psicologici nelle scuole del territorio per il benessere psico-sociale e la prevenzione del disagio giovanile.

Obiettivi specifici
- individuazione precoce del disagio giovanile; - promozione di interventi volti alla valorizzazione delle skills relazionali; - rafforzamento della rete territoriale tra il sistema educativo e il sistema sanitario.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	16.000,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	16.000,00 €

Note
Affidamento alle attività a ETS. Finanziamento progetto "Province X Giovani" finanziato con il Fondo Politiche Giovanili.

Referente attività	Scheda compilata da
Susanna Giaccherini	Susanna Giaccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Tavolo operativo Adolescenza

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Minori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Interventi sulla rete sociale, formale e informale, Rapporti con Autorità giudiziaria, Collaborazione con Dipendenza Patologiche, Individuazione precoce e proattiva del disturbo
Argomenti	Povertà, Immigrazione, Violenza di genere, Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.14 Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Attivazione di un tavolo di coordinamento per la presa in carico socio-sanitaria integrata di adolescenti e giovani adulti con complessi percorsi di sviluppo.

Obiettivi specifici
- Migliorare la collaborazione tra i servizi nella presa in carico di situazioni complesse; - Favorire la creazione di percorsi condivisi tra il sistema educativo, sociale e sanitario nella presa in carico degli adolescenti e giovani adulti; - Favorire una programmazione congiunta di progetti attivi sul territorio nell'ambito della promozione, prevenzione e presa in carico degli adolescenti e giovani adulti.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Susanna Giaccherini	Susanna Giaccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività
CAT - Centro Ausili Alta Tecnologia

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Abilitazione e riabilitazione
Argomenti	Budget di salute
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.9 Interventi integrati l'autonomia e il sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Il Centro si occupa del processo di valutazione, individuazione e supporto all'utilizzo di ausili tecnologici, sia nell'ambito di disabilità motorie che nell'ambito di disabilità cognitivo-linguistica, attraverso valutazione in equipe multidisciplinare composta da: logopedista, fisiatra, fisioterapista, ingegnere, consulente alla pari.

Obiettivi specifici
* individuazione, prova, addestramento ausili di comunicazione * prove e addestramento ausili motori * incremento valutazioni ambientali finalizzate all'individuazione dell'ausilio corretto * supporto processo di acquisto e fornitura dell'ausilio

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Emiliano Ceccherini	Valentina Scali

Aretina

Titolo della scheda di attività
UVMD

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Definizione piano personalizzato
Argomenti	Budget di salute
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.9 Interventi integrati l'autonomia e il sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
In base alla D.G. n. 1333 del 10 dicembre 2019 che recepisce la DGRT 1449/2017 è stata costituita a livello di Zona Distretto la UVM Disabilità composta da un gruppo stabile e dedicato di professionisti formato da: medico di comunità, assistente sociale, Infermiere di Famiglia e di Comunità e amministrativo di supporto che può essere integrato, sia nella fase istruttoria della valutazione, che nella seduta effettiva di redazione del Progetto di Vita, da professionisti e specialisti individuati tra quelli di riferimento della persona, in funzione del bisogno prevalente. Possono essere coinvolti referenti di altri enti/soggetti che hanno un ruolo nella definizione del Progetto di Vita. La DGRT 1055 del 11/10/2021 fornisce gli strumenti per la presa in carico, con il D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62 e la DGRT 1614 del 23/12/2024 si rinnova la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e l'attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

Obiettivi specifici
- Assicurare la presa in carico e il governo integrato delle risorse e dei servizi in favore delle persone under '65 con disabilità favorendo la definizione del Progetto di Vita della persona con disabilità attraverso la valorizzazione della persona e alla sua partecipazione al progetto di vita. - Per l'anno 2025 è prevista lo sviluppo e l'applicazione del Nuovo Progetto di vita tramite applicativo WP3 Aster.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note
L'UVMD è titolare della definizione del Progetto di Vita e del paniere delle risorse (per quelle economiche è prevista la specifica nelle singole attività)

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività
Progetto GAP "Strada Facendo"

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Contrasto alle dipendenze
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Dipendenze senza Sostanze
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Psico-educazione - individuale e/o di gruppo, Colloqui motivazionali individuali e gruppi motivazionali-
Argomenti	GAP
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/03/2025 - 30/05/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.12 Dipendenze comportamentali e Disturbi correlati al Gioco d'Azzardo
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Il progetto intende potenziare i percorsi di prevenzione, clinica e riabilitazione del SerD di Arezzo rivolti agli adolescenti/giovani adulti in trattamento per DGA (o in situazione di vulnerabilità per lo sviluppo delle dipendenze da comportamento come il gioco d'azzardo, il gaming, la dipendenza da internet ecc.), alle loro famiglie e alla comunità locale attraverso al messa in atto di diverse azioni (realizzazione di percorsi e laboratori professionalizzanti per adolescenti/giovani adulti, attivazione di percorsi di gruppo per gli adolescenti e i loro genitori, incontri di sensibilizzazione nel territorio sui rischi del gioco d'azzardo e delle altre dipendenze da comportamento).

Obiettivi specifici
- Potenziamento dell'offerta riabilitativa rivolta agli adolescenti/giovani adulti; - Rafforzamento dell'offerta ambulatoriale per la clinica dell'adolescente/giovane utente in trattamento presso il SerD di Arezzo o Casa della Comunità per DGA (o a rischio di sviluppo del disturbo); - Rafforzamento dell'offerta ambulatoriale per la clinica del DGA attraverso attivazione di percorsi di gruppo per i genitori di adolescenti/giovani utenti in trattamento o a rischio sviluppo del disturbo, da svolgersi presso il SerD di Arezzo o Casa di Comunità; - Raccordo con la rete territoriale GdL GAND e l'Associazione di auto-aiuto dei giocatori d'azzardo e collaborazione con il TS per la realizzazione di eventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione generale.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	48.338,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	48.338,00 €

Note
- DGRT n. 746/2024 - DDRT n. 16945/2024 € 96.676 biennali

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Marco Becattini	Marco Becattini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Orti fior di carota

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Contrasto alle dipendenze
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Dipendenze con Sostanze
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Supporto all'autonomia
Argomenti	Stile di vita, Budget di salute
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.11 Dipendenze
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Percorso tutoriale di promozione di abilità relazionale e acquisizione competenze specifiche per la coltivazione di prodotti agricoli, semina e piantumazione di orti in affitto e conduzione fattoria didattica.

Obiettivi specifici
- Recupero abilità socio-relazionali - formazione professionale - Tutoraggio professionale - Percorsi laboratoristici in agricoltura sociale

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	30.000,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	30.000,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Marco Becattini	Marco Becattini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Senza tabacco

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Contrasto alle dipendenze
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Dipendenze con Sostanze
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Colloqui psicologico-clinici, Psicoterapia
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.11 Dipendenze
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Gruppi chiusi di tabagisti per l'acquisizione e consolidamento della motivazione a cessare il tabagismo.

Obiettivi specifici
Cura del tabagismo Recovery Terapia di gruppo

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Daniele Pieralli	Marco Becattini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Alcologia di rete

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Contrasto alle dipendenze
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Dipendenze con Sostanze
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Gruppi di sostegno per familiari, Colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.11 Dipendenze
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Sostegno e integrazione con le reti territoriali dei club di automutuo aiuto in alcologia e diffusione di competenze ecologico territoriali per il contrasto della cultura del bere.

Obiettivi specifici
Accompagnamento degli assistiti per alcol nei club di alcolisti in trattamento e Alcolisti Anonimi e promozione loro attività territoriali.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Marco Becattini	Marco Becattini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Percorsi residenziali per persone dipendenti

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Contrasto alle dipendenze
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Dipendenze con Sostanze
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, Servizio residenziale terapeutico per minori e giovani adulti, Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o puerperio
Argomenti	Stile di vita, Budget di salute
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.11 Dipendenze
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Inserimento nelle comunità terapeutiche convenzionate con il SSR o il SSN per la cura residenziale delle persone dipendenti

Obiettivi specifici
Stabilizzazione del quadro clinico con superamento delle dinamiche di uso e di dipendenza attraverso l'esperienza terapeutica gruppale e psicoterapeutica per tipo pedagogico riabilitativo, terapeutico RIABILITATIVO E PER LE DOPPIE DIAGNOSI

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	950.000,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	950.000,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Marco Becattini	Marco Becattini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Percorso SLA

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l’inclusione, l’autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Definizione piano personalizzato, Consulenza specialistica, Assistenza domiciliare socio- assistenziale
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.9 Interventi integrati l’autonomia e il sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
La SLA è una malattia neuromuscolare degenerativa a decorso cronico progressivo che porta rapidamente il paziente alla immobilità generalizzata con impossibilità ad alimentarsi e a respirare autonomamente. La malattia, che conduce spesso a invalidità marcata in tempi brevi, comporta problematiche assistenziali complesse sul piano clinico e sociale. Lo sforzo degli operatori coinvolti nell’assistenza è volto a garantire la massima continuità della presa in carico tra ospedale e territorio e la permanenza del paziente nel proprio ambiente familiare il più a lungo possibile. La Regione Toscana prevede un assegno di cura mensile per persone affette da SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) in fase avanzata, assistite a casa. Il contributo ammonta fino a 1.650 euro mensili (dato aggiornato 2023-2024), finalizzato all'assunzione di un caregiver/assistente personale, ed è alternativo al ricovero in strutture. Dettagli principali del contributo SLA in Toscana: Destinatari: Persone residenti in Toscana con diagnosi di SLA in fase avanzata, valutata dalle Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) o le Società della Salute. Importo: L'assegno di cura, finalizzato al sostegno della domiciliarità, è pari a 1.650 euro mensili. Utilizzo: Il contributo serve per l'assunzione di un caregiver (anche familiare) con regolare contratto di lavoro. Come richiederlo: È necessario presentare domanda alla propria UVM/UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare della Disabilità) del Distretto Sanitario/Società della Salute di residenza. Compatibilità: La misura è compatibile con altri contributi economici e con l'assistenza domiciliare sanitaria (ADI). La valutazione in UVM/UVM permette, oltre che l'attivazione del contributo regionale, di analizzare la complessità dell'assistenza in modo multidisciplinare ed attuare anche ulteriori servizi sanitari e socio/sanitari in risposta ai bisogni emersi.

Obiettivi specifici
- migliorare la qualità dell'assistenza al malato di SLA - garantire il mantenimento del paziente al proprio domicilio

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €

Aretina

Tipo di risorsa	Risorse
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	100.000,00 €
Totale	100.000,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività
Il progetto di Vita

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l’inclusione, l’autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Definizione piano personalizzato, interventi sulla rete sociale formale e informale
Argomenti	Stile di vita, Budget di salute
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.8 Rafforzamento del percorso per la presa in carico integrata e per la valutazione multidimensionale dei bisogni della persona con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Basato sulla valutazione multidimensionale e sui desideri della persona, il progetto di Vita secondo il dlgs 62/2024 definisce risorse, servizi e sostegni per l'inclusione sociale. E' un piano individuale, personalizzato e partecipato, volto a sostenere le persone con disabilità nel raggiungimento dei propri obiettivi, migliorandone la qualità della vita e l'autonomia. Centrale è l'attività della UVMd che supporta il percorso del piano personalizzato, attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori significativi " della rete formale ed informale"

Obiettivi specifici
- formazione di tutto il personale ai temi del progetto d vita secondo il dlgs 62/2024 - utilizzo piattaforma WP3 - valorizzare l'interazione socio sanitaria tra le diverse figure professionali - coinvolgimento enti del terzo settore quali risorse innovative formali ed informali - motivare la persona a partecipare alla costruzione del proprio progetto - sviluppare collegamenti tra le dimensioni significative della vita delle persone (dalla scuola, al lavoro al tempo libero)

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Sabrina Palei	Sabrina Palei

Aretina

Aretina

Titolo della scheda di attività

Piano di Efficientamento Energetico della Zona Distretto Aretina

Classificazione

Obiettivo di salute	Innovazione e Sviluppo
Programma Operativo	Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema, Revisione e miglioramento dei processi amministrativi, Revisione e miglioramento dei processi assistenziali, Formazione del personale, Revisione e miglioramento dei processi contabili, Revisione e miglioramento dei processi tecnici, Ricerca, Sistema informativo
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS7.1 Transizione ecologica ed efficientamento energetico
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Con Delibera Delibera del Direttore Generale n°1456 del 16/11/2022 è stato approvato il Piano di Efficientamento Energetico dell'Azienda USL Toscana Sud Est 2023 – 2028 redatto dalla U.O.C. Energia e Tutela dell'Ambiente aziendale. Per la Zona Distretto Aretina si prevede 813.079 € di Investimenti di efficientamento energetico, con contestuale riduzione di Impatto Ambientale di 66,79 TEP - Tonnellate Equivalenti di Petrolio/Anno e di 172,60 Tonn CO2/Anno.

Obiettivi specifici

La crisi energetica in corso, vera e propria “pandemia energetica” per le Aziende Sanitarie, impone una decisa accelerazione alle politiche energetiche negli immobili ad uso sanitario, ospedalieri e distrettuali/territoriali. Difatti un'Azienda Sanitaria rappresenta nel proprio territorio di riferimento, salvo casi peculiari (grandi industrie siderurgiche, ecc) , il più grande consumatore di energia, attiva 24 h su 24 e 365 giorni all'anno. L'obiettivo è quello di ridurre il consumo e l'emissione di sostanze climalteranti e inquinanti attraverso soluzioni a breve, medio e lungo termine, come rinnovare l'illuminazione degli edifici, installare impianti fotovoltaici e di cogenerazione.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Sanitarie ordinarie	0,00 €
Sanitarie finalizzate	0,00 €
Fondo Non Autosufficienza	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Roberto Franceschi	Roberto Franceschi

Schede di attività 2026 - Socio-assistenziale

1	<u>Progetto sperimentale "Anziani Sereni"</u>
2	<u>Progetto L.A.V.O.R.LAB</u>
3	<u>ELENCO FORNITORI PROGETTO INPS HOME CARE PREMIUM 2025</u>
4	<u>Supervisione e Rafforzamento dei Servizi Sociali Assistenti Sociali, Prevenzione del fenomeno del burn out - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.4</u>
5	<u>Trasporto sociale per persone con disabilità</u>
6	<u>PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.1. - SOSTEGNO ALLE CAPACITÀ GENITORIALI E PREVENZIONE DELLA VULNERABILITÀ DELLE FAMIGLIE E DEI BAMBINI</u>
7	<u>HOUSING TEMPORANEO - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.3.1</u>
8	<u>STAZIONI DI POSTA - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.3.2</u>
9	<u>Segretariato Sociale</u>
10	<u>Sistema Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)</u>
11	<u>SUPERVISIONE DEGLI OPERATORI SOCIALI - FNPS</u>
12	<u>Centri di socializzazione per disabili</u>
13	<u>PUC - Progetti Utili alla Collettività</u>
14	<u>Progetto "DesTEENazione - desideri in azione"</u>
15	<u>LEPS Potenziamento Servizi Sociali</u>
16	<u>CENTRO PER LE FAMIGLIE - CENTRO AFFIDI</u>
17	<u>SERVIZIO EDUCATIVO PER FAMIGLIE CON MINORI (ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE)</u>
18	<u>Servizi di Prossimità</u>
19	<u>Centro per i disturbi del neurosviluppo</u>

Aretina

Titolo della scheda di attività

Progetto sperimentale "Anziani Sereni"

Classificazione

Obiettivo di salute	Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Strutture comunitarie residenziali
Sotto-settore prevalente	-
Attività	I Struttura comunitaria a bassa integrazione socio-sanitaria
Argomenti	Abitare, Stile di vita
Popolazione target	Anziani
Modalità di gestione	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis l.r.40/2005)
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/03/2026 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.14: Oltre l'inclusione: lotta alle povertà, politiche per l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari e presa in carico multidisciplinare dei bisogni
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Il progetto si propone di sviluppare e implementare una nuova tipologia di struttura residenziale per anziani, pensata per rispondere alle specifiche esigenze di una fascia della popolazione anziana in crescente aumento, ovvero coloro che, pur conservando un certo livello di autosufficienza, si trovano ad affrontare condizioni di fragilità sociale e solitudine. L'obiettivo fondamentale della proposta è quello di offrire una soluzione abitativa e assistenziale che consenta agli anziani di vivere in un contesto familiare e protetto, dove è garantito il supporto necessario senza compromettere l'indipendenza e l'autodeterminazione individuale. Si tratta di un modello di residenzialità a bassa intensità assistenziale che integra la gestione della vita quotidiana con aspetti di socializzazione, promozione del benessere psico-fisico e di appartenenza alla comunità sociale, evitando così l'isolamento e migliorando la qualità della vita degli ospiti. L'iniziativa intende promuovere la diversificazione dell'offerta residenziale per anziani attualmente presente nel territorio della Zona Aretina, identificando un nuovo segmento di domanda e le prestazioni assistenziali appropriate per il target individuato.

Obiettivi specifici

Obiettivi specifici sono i seguenti:

1. Promozione dell'autonomia: garantire che ogni ospite possa svolgere le proprie attività quotidiane con il massimo livello di indipendenza attraverso l'assistenza mirata e la personalizzazione del piano assistenziale;
2. Mantenimento delle abilità cognitive e motorie: offrire interventi abilitativi orientati al benessere psicofisico degli ospiti attraverso attività ricreative, culturali e motorie;
3. Integrazione sociale e prevenzione dell'isolamento: creare occasioni di socializzazione quotidiana, con attività che stimolino la partecipazione degli ospiti alla vita comunitaria e che facilitino la costruzione di legami sociali.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	248.200,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	248.200,00 €

Aretina

Note

La sperimentazione si intende avviata il primo giorno di presenza di 1 ospite all'interno di una delle strutture interessate e valutate come rispondenti ai requisiti e si intenderà conclusa dopo 365 giorni. Conclusa la sperimentazione seguirà la fase di analisi dei risultati della sperimentazione che saranno oggetto di una relazione redatta dall'equipe multidisciplinare di Zona in collaborazione con la Direzione dei Servizi Sociali e presentata alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria e alla Conferenza Integrata della Zona Aretina.
La relazione sarà quindi trasmessa nelle modalità e nei termini indicati da Regione Toscana al Settore regionale competente.

Referente attività	Scheda compilata da
Sabrina Palei	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività

Progetto L.A.V.O.R.LAB

Classificazione

Obiettivo di salute	Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Supporto all'inserimento lavorativo
Argomenti	Povertà, FSE +
Popolazione target	Emarginazione e disagio adulti
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	20/12/2024 - 19/12/2027
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.14: Oltre l'inclusione: lotta alle povertà, politiche per l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari e presa in carico multidisciplinare dei bisogni
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Nell'anno 2024 è stato avviato un procedimento di coprogettazione da parte del Comune di Arezzo per la predisposizione di un progetto da presentare nell'ambito dell'Avviso Pubblico denominato "Interventi di accompagnamento al lavoro per persone in condizione di fragilità" a valere sul PR FSE+ 2021-2027 Priorità 3 Inclusione sociale, attività PAD 3.h.1, finalizzato all'attivazione di percorsi individualizzati che prevedono misure attive di inserimento sociale e lavorativo (DDRT n. 12541 del 06/06/2024 finanziamento che rientra nell'ambito del PR Toscana FSE+ 2021-2027 Attività PAD 3.h.1, interventi finalizzati all'inclusione socio-lavorativa delle persone fragili e a rischio di esclusione sociale in carico ai servizi socio sanitari territoriali, in continuità con la programmazione del POR FSE 2014- 20).

Il progetto sorto all'esito del procedimento di coprogettazione è stato denominato L.A.V.O.R.LAB e comprende il Comune di Arezzo quale capofila e incaricato dall'ATS Aretina e i seguenti partners: Consorzio COOB Consorzio di Cooperative Sociali per l'Inclusione lavorativa, ATHENA SRL, Agenzia Formativa Accreditata Regione Toscana, BEETOOBEE SRL Società Benefit, BETADUE COOPERATIVA SOCIALE DI TIPO B, FUTURA IMPRESA SOCIALE S.C.S., Cooperativa Sociale Il Cenacolo Srl Imp. Soc., Koinè cooperativa sociale di tipo A società cooperativa a responsabilità limitata ONLUS, MESTIERI TOSCANA - Consorzio di Cooperative Sociali - Società Cooperativa Sociale, Pegaso Network coop sociale Onlus.

I destinatari del progetto sono n. 240 e sono persone disoccupate o inoccupate in carico ai servizi sociosanitari territoriali.

Obiettivi specifici

Il progetto prevede la realizzazione delle seguenti attività:

- Presa in carico e Valutazione Multidimensionale dei potenziali destinatari, che tenga conto delle specificità dei vari target, permetta la definizione di metodi adeguati a promuoverne l'occupabilità.
- Orientamento finalizzato a favorire l'aumento di consapevolezza con lo scopo di diminuirne il rischio di marginalizzazione e di promuovere self empowerment ed occupabilità.
- Progettazione personalizzata: individuazione e pianificazione dei percorsi volti ad accrescere il potenziale di occupabilità.
- Tirocini e Tutoraggio: tirocini ai sensi della DGR n.620/2020. Per ogni tirocinio verrà prevista inoltre una coerente azione di tutoring.
- Formazione e Laboratori: coinvolgimento di tutte le persone in carico nelle attività formative su SSL e l'erogazione delle attività di formazione obbligatoria per alimentaristi sulla base delle esigenze specifiche. Saranno inoltre realizzate attività laboratoriali da attivare a catalogo, in base ai bisogni delle persone.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	427.045,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €

Aretina

Tipo di risorsa	Risorse
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	427.045,00 €

Note
risorse totali € 1.281.137,35

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

ELENCO FORNITORI PROGETTO INPS HOME CARE PREMIUM 2025

Classificazione

Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizio sociale di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Servizio sociale professionale
Argomenti	Budget di salute
Popolazione target	Disabili
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	30/04/2025 - 30/06/2028
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.9 Interventi integrati l'autonomia e il sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

In applicazione di quanto previsto con Accordo ex art. 15 L. 241/1990 e ss.mm.ii. Sottoscritto tra il Comune di Arezzo – quale delegato dalla Conferenza Integrata dei Sindaci della Zona Aretina – e INPS - Direzione regionale della Toscana -, è stato istituito un elenco fornitori che: consente all'utente libertà di scelta del prestatore; garantisce la massima concorrenza tra i fornitori di uno stesso servizio; consente all'Ente di offrire tutte le prestazioni integrative richieste nei tempi imposti dal Piano assistenziale Individuale. Il Bando Pubblico I.N.P.S. "Progetto Home Care Premium 2025" al quale ha appunto partecipato la Zona Aretina, ha valenza fino al 30/06/2028 ed è rivolto ai dipendenti e pensionati pubblici e loro congiunti, persone con disabilità non autosufficienti e prevede due tipologie di prestazione a favore degli utenti: la prestazione prevalente che consiste in un contributo mensile erogato direttamente dall'INPS al beneficiario e le prestazioni integrative a cura degli Enti aderenti.

Le prestazioni integrative e le rispettive tariffe sono disciplinate dal bando pubblico INPS e sono:

- servizi professionali domiciliari (OSS, educatore professionale)
- altri servizi professionali domiciliari (psicologo, fisioterapista, logopedista)
- servizi e strutture a carattere extra domiciliare (centri socio educativi riabilitativi diurni)
- sollevio (domiciliare, diurno extra domiciliare, residenziale)
- trasferimento/trasporto assistito (trasporto collettivo con assistenza carrozzato, trasporto individuale senza assistenza, con assistenza, con assistenza carrozzato, trasporto barellato)
- supporti
- percorsi di integrazione scolastica (servizi di assistenza scolastica specialistica)
- servizi di attività sportive (servizi sportivi)

Obiettivi specifici

Si prevede l'erogazione di contributi economici mensili in favore di soggetti non autosufficienti, maggiori di età o minori, che siano disabili e si trovino in condizioni di non autosufficienza, per il rimborso di spese sostenute per l'assunzione di un assistente familiare. La creazione dell'Elenco di Fornitori Prestazioni Integrative permette di individuare operatori economici qualificati per l'erogazione delle suddette prestazioni, le quali devono essere fornite sulla base di Piani Assistenziali Individuali (PAI) elaborati dagli Assistenti Sociali Case Manager in favore di cittadini beneficiari residenti nell'ATS Zona Aretina.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	217.600,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €

Aretina

Tipo di risorsa		Risorse
Totale		217.600,00 €
Note		

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

Supervisione e Rafforzamento dei Servizi Sociali Assistenti Sociali, Prevenzione del fenomeno del burn out - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.4

Classificazione

Obiettivo di salute	Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto
Programma Operativo	Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-assistenziale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Formazione del personale
Argomenti	PNRR
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	18/12/2023 - 30/03/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.1 Promuovere e rafforzare la zona-distretto come sistema di governance
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Per supervisione professionale s'intende un processo di supporto alla globalità dell'intervento professionale degli assistenti sociali e degli operatori sociali e di riflessione sulle azioni introdotte nella pratica operativa quotidiana. La supervisione è un sistema volto a creare uno spazio ed un tempo di sospensione in cui la riflessione viene guidata da un esperto ed è finalizzata a creare una distanza equilibrata dall'azione, per vedere, analizzare e valutare con lucidità la dimensione emotiva e metodologica dell'intervento. La supervisione si connota come uno spazio per ripensare l'agire professionale che consente di operare una valutazione e un'autovalutazione dell'operato del professionista. In quanto livello essenziale, la supervisione si articola in:

- un obbligo per l'Ente datore di lavoro;
- un diritto-dovere per il professionista che svolge le funzioni di servizio sociale di competenza dell'Ambito Territoriale Sociale, sia in gestione diretta che in gestione esternalizzata.

Obiettivi specifici

Il progetto ha l'obiettivo di offrire agli AASS dei Comuni della zona ed agli operatori sociali (OS) uno spazio separato dall'operatività, occasioni di confronto e condivisione che accompagneranno il professionista e l'OS nell'esercizio della professione, mediante l'acquisizione di strumenti che consentono agli stessi di assumere al meglio le funzioni esercitate nei confronti dei beneficiari.

Il lavoro sociale, la natura dei servizi offerti e le situazioni complesse che quotidianamente si presentano ai servizi possono causare alti livelli di stress tra gli operatori, pertanto il progetto si propone di promuovere attività di sostegno, formazione e supervisione degli operatori mirate al consolidamento delle prassi professionali, alla condivisione e omogenizzazione, ove possibile, delle metodologie operative al fine di migliorare gli standard di qualità dei servizi, secondo le indicazioni del PSN.

Gli obiettivi generali del progetto sono:

- strutturare momenti di riflessività sul lavoro degli Assistenti Sociali al fine di qualificare la prassi professionali e migliorare le prestazioni fornite;
- garantire spazi formativi che consentano al professionista di interrogarsi sul proprio operato, di ripensare in maniera costruttiva al proprio agire quotidiano, sul profilo metodologico, valoriale, deontologico e relazionale;
- realizzare una modalità operativa condivisa tra gli AS;
- ridurre e prevenire il fenomeno del burn out;
- costruire una modalità operativa condivisa tra gli AS e gli operatori socio assistenziali.

Il progetto prevede l'utilizzo della supervisione professionale di gruppo degli assistenti sociali, la supervisione professionale individuale degli assistenti sociali e la supervisione organizzativa di équipe interprofessionale.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	10.148,00 €
Sociali Comune	0,00 €

Aretina

Tipo di risorsa	Risorse
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	10.148,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività
Trasporto sociale per persone con disabilità

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizi di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Trasporto sociale
Argomenti	Budget di salute
Popolazione target	Disabili
Modalità di gestione	Comune forma singola
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.9 Interventi integrati l'autonomia e il sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
L'attività di trasporto sociale è erogata in favore di soggetti disabili ed anziani in condizioni di non autosufficienza o al limite dell'autosufficienza, in situazioni di solitudine e fragilità. Tale attività è necessaria per il raggiungimento di centri diurni di socializzazione, per il mantenimento delle condizioni psico-fisiche e di autonomia dei predetti soggetti, in relazione ai progetti individualizzati redatti dal servizio sociale competente. Attualmente il servizio viene svolto dagli Enti del Terzo Settore che hanno aderito alla procedura di coprogettazione per l'annualità 2025. Il Comune di Arezzo prevede di attivare una procedura di co-progettazione rivolta agli Enti del Terzo Settore per il 2026.

Obiettivi specifici
- Assicurare la mobilità delle persone con disabilità nel rispetto delle necessità individuali secondo obiettivi del progetto personalizzato

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	180.000,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	180.000,00 €

Note
L'attività di trasporto sociale è oggetto di co-progettazione dall'anno 2022, è proseguita con gli ETS che hanno aderito nell'anno 2025 e si procederà a nuovo avviso per il 2026.

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.1. - SOSTEGNO ALLE CAPACITÀ GENITORIALI E PREVENZIONE DELLA VULNERABILITÀ DELLE FAMIGLIE E DEI BAMBINI

Classificazione

Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizio sociale di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Interventi di sostegno alla genitorialità
Argomenti	PNRR
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/12/2023 - 30/03/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.16: Nuove generazioni e famiglie
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Il progetto presentato a valere sul bando PNRR Missione 5 "Inclusione e Coesione" – Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" è anche denominato sperimentazione P.I.P.P.I. E vale per tutto il territorio dell'ATS Aretina, comprensivo dei Comuni di Arezzo, Monte San Savino, Capolona, Subbiano, Civitella in Val di Chiana e Castiglion Fibocchi.

L'obiettivo che il progetto di implementazione P.I.P.P.I. si pone è quello di sperimentare l'insieme dell'approccio P.I.P.P.I. al fine di innovare e uniformare le pratiche preventive nei confronti delle famiglie in situazione di vulnerabilità, di migliorare l'appropriatezza e /o ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare, promuovendo un'azione integrata fra i diversi ambiti e soggetti coinvolti intorno ai bisogni del bambino, secondo quanto indicato dalle linee guida nazionali.

Il coinvolgimento della famiglia, fin dalla prima fase valutativa, sarà motivo di promozione e stimolo al cambiamento delle famiglie target, l'intervento multiprofessionale terrà ampio conto della prospettiva dei genitori e dei minori stessi nel costruire l'analisi e la risposta ai loro bisogni.

Il progetto sarà attuato tramite l'innovazione delle pratiche d'intervento con le famiglie vulnerabili.

Il progetto prevede una fase di formazione per gli operatori coinvolti e informativa per le istituzioni e i privati che vi parteciperanno.

L'intervento seguirà le fasi definite dalle linee d'indirizzo:

- segnalazione, analisi preliminare e accoglienza del nucleo familiare vulnerabile
- costruzione del progetto quadro con la definizione di microprogettazioni condivise dall'Equipe multidisciplinare e dalle famiglie

- assessment e progettazione seguiranno il principio della valutazione partecipativa e trasformativa

- attuazione del percorso di accompagnamento attraverso l'attivazione dei dispositivi indicati dal programma PIPPI (tra i quali anche l'assistenza domiciliare educativa)

- conclusione e verifica della progettazione PIPPI.

Le idonee azioni indicate dal programma PIPPI da garantire sono la realizzazione di un percorso di accompagnamento volto a garantire a ogni bambino una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare, con la relativa progettazione di un piano d'azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale e in un tempo congruo, definiti congiuntamente in équipe multidisciplinare con la famiglia.

Il progetto è stato oggetto di una procedura di gara d'appalto effettuata dal Comune di Arezzo (ente capofila) ed inserito nell'ambito di un affidamento di servizi educativi domiciliari individuali e di gruppo, con la finalità di affrontare i problemi dei minori senza allontanarli dal loro ambiente di vita promuovendo le capacità educative della famiglia.

Obiettivi specifici

Attivazione di un Servizio Educativo Domiciliare, inserito in una più ampia programmazione di modalità di lavoro multidisciplinare che si pone l'obiettivo di uniformare le modalità di intervento preventivo, protettivo e di cura riguardo ai minori.

- Consolidamento dei team multiprofessionali, nati con la formalizzazione del Gruppo Tutela Minori e implementati dal programma PIPPI 9.

- Stabilizzazione di percorsi di valutazione multiprofessionale.

- Attivazione di strumenti di verifica e valutazione riguardo ai risultati ottenuti.

- Rafforzamento e incremento delle reti territoriali con il raccordo con le agenzie sociali presenti nel territorio; coinvolgendo in via prioritaria scuole e terzo settore.

- Rafforzamento delle competenze organizzative, dei sistemi di governance e partnership inter e intra settoriali per una progettazione in grado di rispondere ai bisogni dei minori coinvolti, attraverso azioni di prevenzione e sostegno rivolte all'intero nucleo familiare.

Aretina

Obiettivi specifici

- Sensibilizzazione degli operatori dei servizi educativi e scolastici dei comuni dell’ambito sul programma PIPPI per popolazione 0-6 anni.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	10.000,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	10.000,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

HOUSING TEMPORANEO - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.3.1

Classificazione

Obiettivo di salute	Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizi di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Mensa sociale, Servizi per l'igiene personale, Distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario ecc)
Argomenti	Immigrazione, PNRR, Povertà, Abitare
Popolazione target	Emarginazione e disagio adulti
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	07/06/2022 - 30/03/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.14: Oltre l'inclusione: lotta alle povertà, politiche per l'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari e presa in carico multidisciplinare dei bisogni
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Il progetto viene gestito interamente dal comune di Arezzo ed è rivolto ad individui singoli o nuclei monoparentali in condizione di privazione materiale, povertà estrema o senza dimora residenti e non, prevede azioni volte all'attivazione di un housing led non troppo strutturato o come risposta all'emergenza abitativa per persone fragili a rischio di esclusione sociale/abitativa. Nello specifico questo progetto si prefigge anche di stimolare le persone ad apprendere o riapprendere l'esperienza di condivisione di una casa, della gestione e dell'organizzazione della stessa, di se stessi e delle proprie cose. La quota totale di € 710.000,00 è destinata per € 500.000 ad opere di ristrutturazione e per € 210.000 per la gestione. La quota in gestione all'ufficio servizi sociali del Comune di Arezzo è pari a € 210.000.

Con riferimento alle attività svolte per il raggiungimento del target e obiettivi del servizio sociale, nell'anno 2024 è stata avviata la procedura di coprogettazione per l'individuazione di soggetti del Terzo Settore con cui coprogettare e realizzare azioni rivolte a persone in situazione di grave povertà.

La coprogettazione ad oggetto non soltanto l'investimento PNRR 1.3.1 "Housing Temporaneo", ma anche l'investimento PNRR 1.3.2 "Stazioni di posta" al fine di garantire un'uniformità di interventi con riferimento a misure di intervento i cui destinatari sono persone senza fissa dimora e/o in condizioni di grave povertà. Il partenariato ha avuto inizio il 01.01.2025 e terminerà il 31.03.2026, in concomitanza con la scadenza prevista per tutti i progetti finanziati con risorse PNRR

Obiettivi specifici

L'housing temporaneo rappresenta uno strumento per il rapido reinserimento della persona in carico in un'abitazione, come punto di partenza di persone senza fissa dimora al fine di avviare un percorso di inclusione sociale, di contrasto alla povertà. Gli obiettivi prefissati consistono in:

- ampliare l'offerta di appartamenti per housing led; - offrire una risposta concreta a bisogni primari, la cui soddisfazione è importante per la salute fisica e mentale (dormire, mangiare, lavarsi, vestirsi, avere un luogo dove passare il tempo e socializzare, etc.) e dove potersi riappropriare della propria autonomia; - cura della persona (del proprio corpo, delle proprie emozioni, della propria storia personale); - riappropriarsi di un'organizzazione di vita (consapevolezza delle proprie dinamiche relazionali, delle proprie risorse e capacità, acquisizione di nuove abilità); - attivazione di una rete di supporto (formale ed informale); - opportunità di costruire un percorso di reinserimento sociale e lavorativo ove possibile; - favorire l'accesso delle persone alla rete dei servizi.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	210.000,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €

Aretina

Tipo di risorsa	Risorse
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	210.000,00 €

Note
la suddivisione delle risorse complessive è descritta sopra, indicando la quota in gestione all'ufficio servizi sociali

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

STAZIONI DI POSTA - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.3.2

Classificazione

Obiettivo di salute	Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizi di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Servizi per l'igiene personale, Mensa sociale, Distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario ecc)
Argomenti	Povertà, Immigrazione, Abitare, PNRR
Popolazione target	Emarginazione e disagio adulti
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	16/05/2022 - 30/03/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.14: Oltre l'inclusione: lotta alle povertà, politiche per l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari e presa in carico multidisciplinare dei bisogni
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Il progetto viene gestito interamente dal comune di Arezzo prevede la realizzazione di:

- n. 1 centro servizi in centro città;
- Protocolli operativi con l'Azienda sanitaria Toscana Sud Est, il Centro per l'Impiego, gli enti del terzo settore;
- Piattaforma informatica per la condivisione dei servizi attivi con gli enti pubblici e privati coinvolti;
- un Modello di intervento sulla presa in carico flessibile.

Il budget assegnato alla Zona Aretina è di € 1.090.000,00, ma una quota è destinata per € 910.000 ad opere di ristrutturazione e la restante quota pari ad € 180.000 è destinata alla gestione.

La quota in gestione all'ufficio servizi sociali del Comune di Arezzo è quindi pari a € 180.000.

Con riferimento alle attività svolte per il raggiungimento del target e obiettivi del servizio sociale, nell'anno 2024 è stata avviata la procedura di coprogettazione per l'individuazione di soggetti del Terzo Settore con cui coprogettare e realizzare azioni rivolte a persone in situazione di grave povertà.

La coprogettazione ad oggetto non soltanto l'investimento PNRR 1.3.1 "Housing Temporaneo", ma anche l'investimento PNRR 1.3.2 "Stazioni di posta" al fine di garantire un'uniformità di interventi con riferimento a misure di intervento i cui destinatari sono persone senza fissa dimora e/o in condizioni di grave povertà.

Il partenariato ha avuto inizio il 01.01.2025 e terminerà il 31.03.2026, in concomitanza con la scadenza prevista per tutti i progetti finanziati con risorse PNRR.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi perseguiti sono:

- ampliamento dell'offerta di appartamenti per housing led;
- offerta di una risposta concreta a bisogni primari, la cui soddisfazione è importante per la salute fisica e mentale (dormire, mangiare, lavarsi, vestirsi, avere un luogo dove passare il tempo e socializzare, etc.) e dove potersi riappropriare della propria autonomia;
- cura della persona (del proprio corpo, delle proprie emozioni, della propria storia personale);
- permettere di riappropriarsi di un'organizzazione di vita (consapevolezza delle proprie dinamiche relazionali, delle proprie risorse e capacità, acquisizione di nuove abilità);
- attivazione di una rete di supporto (formale ed informale);
- opportunità di costruire un percorso di reinserimento sociale e lavorativo ove possibile;
- l'accesso delle persone alla rete dei servizi.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	180.000,00 €
Sociali Comune	0,00 €

Aretina

Tipo di risorsa	Risorse
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	180.000,00 €

Note
la suddivisione delle risorse complessive è descritta sopra, indicando la quota in gestione all'ufficio servizi sociali.

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività
Segretariato Sociale

Classificazione	
Obiettivo di salute	Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Segretariato sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Segretariato sociale/porta unitaria per l'accesso ai servizi
Argomenti	Povertà
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	Comune forma singola
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.14: Oltre l'inclusione: lotta alle povertà, politiche per l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari e presa in carico multidisciplinare dei bisogni
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Il Segretariato sociale accoglie, informa e orienta i cittadini dei Comuni della Zona Aretina (Arezzo, Capolona, Subbiano, Monte San Savino, Civitella della Chiana e Castiglion Fibocchi) in merito ai servizi erogati dalle amministrazioni nell'ambito delle politiche sociali, ai servizi e interventi delle misure di contrasto alla povertà e attiva le procedure per l'invio e l'eventuale presa in carico, al servizio sociale competente per il territorio. Supporta il servizio sociale professionale attraverso la valutazione multidimensionale e redige i progetti personalizzati (Patti per l'inclusione sociale in favore dei nuclei fragili beneficiari del reddito di cittadinanza), - partecipa all'equipe multidisciplinare e collabora con il CPI e con gli altri attori coinvolti nel progetto per i beneficiari o potenziali beneficiari del Rdc. Cura la modifica dei PAI dei beneficiari del progetto Home Care Premium. Inoltre, con la gara di appalto per il servizio di segretariato sociale 2025-2027 è stato previsto anche di implementare il servizio sociale professionale, ovvero garantire una piena ed effettiva realizzazione della presa in carico dei nuclei familiari/individuali a cui sono rivolte azioni finalizzate all'inclusione sociale e ogni altro intervento previsto dalla normativa vigente e quindi organizzare un team di assistenti sociali che siano in grado di lavorare e muoversi in un ambiente di lavoro complesso.

Obiettivi specifici
Gestire i servizi di segretariato sociale e rafforzare il servizio sociale professionale per i Comuni della Zona Aretina, comprendente i Comuni di Arezzo, Capolona, Subbiano, Monte San Savino, Civitella della Chiana e Castiglion Fibocchi.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	796.324,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	796.324,00 €

Note
2.388.972,67 € iva compresa per tutto il periodo della gara. Per l'anno 2025 l'importo è pari a 796.324,22 € con risorse a valere sul Fondo povertà quota servizi (annualità 2020-21-22-23) Le risorse vengono dai seguenti finanziamenti PON PaiS, Fondo povertà quota servizi. Il servizio è stato affidato tramite una

Aretina

Note
gara.

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

Sistema Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)

Classificazione

Obiettivo di salute	Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Pronto intervento sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Pronto intervento sociale
Argomenti	Povertà
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.14: Oltre l'inclusione: lotta alle povertà, politiche per l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari e presa in carico multidisciplinare dei bisogni
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Il SEUS è un sistema di governance pubblico specifico e dedicato alla realizzazione del livello essenziale 'servizio di pronto intervento sociale' (art. 22, c. 4, lett. b della legge 328/2000) in tutta la regione Toscana e che potremmo immaginare come una 'casa a tre piani':

- il terzo piano è il livello regionale, al quale stanno la Cabina di regia che fissa gli indirizzi, definisce i piani di sviluppo e le modalità di accesso; il Coordinamento tecnico-scientifico e il Coordinamento interdipartimentale delle tre Aziende USL, che gestiscono le strategie e gli obiettivi fissati dalla Cabina di regia e si occupano di formazione, preparazione e coordinamento tecnico-organizzativo; il Coordinamento Generale SEUS che svolge l'azione di raccordo e collaborazione fra zone aderenti, formula proposte alla Cabina di Regia e svolge azione di coordinamento operativo e di monitoraggio delle zone aderenti;
- il secondo piano è il livello di area vasta, al quale stanno il Dipartimento del servizio sociale e le società della salute/zone dei soggetti aderenti cui spetta l'applicazione degli indirizzi della Cabina di regia in area vasta;
- il primo piano è il livello delle singole Zone aderenti, con le loro Amministrazioni Comunali e con i servizi; dal punto di vista tecnico-organizzativo è il livello dei Gruppi Operativi per l'emergenza sociale (GOES), cui spettano i compiti di sostegno, monitoraggio e controllo sullo sviluppo del servizio di pronto intervento sociale nella zona e che costituiscono l'infrastruttura/presidio essenziale del servizio sociale zonale per l'implementazione del SEUS a livello locale.

Il Sistema regionale SEUS rappresenta la titolarità pubblica del livello essenziale 'servizio di pronto intervento sociale', la cornice istituzionale e tecnico-politica per l'azione del SPIS (Servizio di Pronto Intervento Sociale), che 'sta dentro' tale sistema.

Obiettivi specifici

Il Servizio di Pronto Intervento Sociale (d'ora in avanti, SPIS) del SEUS è un servizio che prevede la riorganizzazione dei servizi sociali pubblici, sia a livello di area vasta che di zona, 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 dunque considerare a tutti gli effetti il 'pronto soccorso' del servizio sociale. E' un servizio di secondo livello perché è attivabile, tramite un numero verde gratuito, solo da parte di determinati soggetti istituzionali, come amministrazioni comunali, servizi sociali, forze dell'ordine, pronto soccorso. Non è, quindi, ad oggi, direttamente attivabile dai/le cittadini/e. E' un servizio a favore di coloro che vengano a trovarsi in situazioni di emergenza sociale (scheda 3.7.1., Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021 – 2023).

La sperimentazione di Regione Toscana prevede un modello organizzativo di SPIS del SEUS di livello regionale, a titolarità pubblica operante in raccordo e collaborazione con servizi privati che svolgono attività di interesse pubblico, con vocazione universalistica. La configurazione di livello essenziale del SPIS presuppone che il servizio sociale professionale che interviene nell'ambito dell'emergenza-urgenza sociale adotti una relazione di soccorso, e organizzi un relativo processo di soccorso, con i/le cittadini/e con obiettivi e caratteristiche metodologiche specifiche e diverse dal servizio sociale ordinario: un servizio ponte che garantisca una presa in carico breve, specializzata esclusivamente nella gestione della fase acuta, per poi procedere al passaggio della presa in carico ai servizi sociali territoriali competenti, cui spetta la gestione anche della fase postacuta.

La realizzazione delle azioni di SPIS del 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", anche nella logica di ottimizzare le risorse.

La Zona Distretto aretina dal 2024 è entrata a far parte della sperimentazione del suddetto sistema. Nell'anno 2025 è stato presentato a tutte le autorità e forze dell'ordine del territorio il numero di telefono del SEUS ed è attivo il servizio per tutta la Zona Aretina.

Aretina

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	0,00 €

Note
La ZD Aretina ha iniziato il percorso di preparazione tecnico-organizzativa e la fase della Sperimentazione Operativa Interna (SOI). Questa fase è finalizzata al riconoscimento delle situazioni di emergenza urgenza sociale da parte dei servizi sociali territoriali che operano in regime di ordinarietà ed è propedeutica all'avvio della sperimentazione effettiva.

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività
SUPERVISIONE DEGLI OPERATORI SOCIALI - FNPS

Classificazione	
Obiettivo di salute	Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto
Programma Operativo	Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-assistenziale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Formazione del personale
Argomenti	PNRR
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	10/02/2025 - 30/03/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.15: Empowerment delle persone e delle comunità, welfare culturale e qualità dei servizi
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Parallelamente al percorso di supervisione avviato nel 2023 nell’ambito del progetto PNRR M5 C2 INV. 1.1.4 la quota ordinaria del Fondo Nazionale Politiche Sociali annualità 2022 e annualità 2023, ha specificatamente destinato un totale di € 46.223,10 alla supervisione degli assistenti sociali, che la Zona Aretina ha deliberato (delibera n. 10 del 19/06/2024) di assegnare al Comune di Monte San Savino al fine di affidare il servizio suddetto nell’anno 2025 e che ha avuto ad oggetto le attività di supervisione professionale di gruppo degli assistenti sociali e supervisione organizzativa di équipe interprofessionale, che avranno ad oggetto i seguenti temi: • tutela minori • riforma cartabia • sfratti • aggressione/ aggressività • Segnalazione da terzi • violenza di genere

Obiettivi specifici
Gli obiettivi perseguiti comprendono: incrementare il benessere degli AASS e degli OS che operano sul territorio aumentando i livelli di performance del Servizio Sociale Professionale sia da un punto di vista qualitativo che di produttività. Il risultato atteso fa altresì riferimento all’incremento della capacità di risposta ai bisogni sociali dei cittadini, riducendo i tempi degli interventi ed una maggiore efficienza dell’équipe multiprofessionale.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	46.223,00 €
Totale	46.223,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività**Centri di socializzazione per disabili****Classificazione**

Obiettivo di salute	Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti
Programma Operativo	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Strutture semiriesidenziali
Sotto-settore prevalente	-
Attività	3 Centri diurni con funzione di protezione sociale
Argomenti	Budget di salute
Popolazione target	Disabili
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.9 Interventi integrati l'autonomia e il sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

I centri di socializzazione accolgono persone con disabilità varia, con orario di frequenza diurna e offrono interventi personalizzati a carattere assistenziale, abilitativi/riabilitativi e di socializzazione. Garantiscono un supporto importante per il mantenimento a domicilio.

Obiettivi specifici

- Favorire la socializzazione
- Favorire l'acquisizione di abilità nuove
- Favorire il consolidamento di abilità possedute

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	750.000,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	750.000,00 €

Note

I Centri Diurni per disabili svolgono l'attività dopo un periodo di chiusura e di frequenza degli utenti in modo discontinua a causa dell'emergenza sanitaria. Sono attivi i protocolli per la sicurezza. Le risorse sono confermate anche per l'anno 2026.

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

PUC - Progetti Utili alla Collettività

Classificazione

Obiettivo di salute	Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Integrazione sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio
Argomenti	Povertà
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	Comune forma singola
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.14: Oltre l'inclusione: lotta alle povertà, politiche per l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari e presa in carico multidisciplinare dei bisogni
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Promuovere la realizzazione di "progetti utili alla collettività" che coinvolgano i beneficiari di Reddito di Cittadinanza residenti nei Comuni di Arezzo, Castiglion Fibocchi, Capolona, Civitella in Val di Chiana, Monte San Savino e Subbiano. I progetti prevedono il coinvolgimento dei beneficiari del RDC in attività di tipo culturale, sociale, ambientale, sanitario, etc. Per almeno 8 ore settimanali e fino a 16 ore settimanali nel periodo in cui viene percepito il RDC. Dal 01/01/2024 il RDC è stato sostituito con l'ADI (Assegno di Inclusione). La nuova misura continua a prevedere la possibilità di attivare progetti utili alla collettività sia per beneficiari dell'ADI, sia per utenti dello SFL (Supporto per la Formazione e il Lavoro), come previsto dall'articolo 6, comma 5 bis del decreto-legge n. 48 del 2023. Il Decreto 48/2023 infatti prevede che i percorsi personalizzati previsti dalle due misure, possano includere l'impegno del beneficiario a partecipare a Progetti Utili alla Collettività (PUC), attivati dai Comuni o da altri enti pubblici a tale fine convenzionati con i Comuni, in ambito culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo e di tutela dei beni comuni. Inoltre, per i soli beneficiari dell'ADI, è possibile partecipare ad attività di volontariato presso Enti del Terzo settore da svolgere nel Comune di residenza. L'avviso per l'adesione degli ETS al progetto è stato emanato dal Comune di Arezzo per tutta l'ATS Aretina per le annualità 2026-2027 e 2028.

Obiettivi specifici

In coerenza con i principi e gli obiettivi espressi dall'Unione Europea in materia di contrasto alla emarginazione ed alla esclusione sociale, in armonia con quanto previsto dall'articolo 4, comma 15, del D.L. 28 gennaio 2019, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2019, n. 26 "Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni", il Comune di Arezzo promuove una politica attiva di lotta alla povertà, che prevede la costruzione di una rete stabile di partenariato con tutte le realtà territoriali per favorire l'attivazione e lo sviluppo di progetti utili alla collettività, secondo quanto previsto dall'articolo 118 della Costituzione.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	15.000,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	15.000,00 €

Aretina

Note

FONDO POVERTA' QUOTA SERVIZI ANNUALITA' 2019-2020
l'Avviso per la presentazione di progetti PUC da parte degli ETS ha una valenza biennale.

Referente attività	Scheda compilata da
--------------------	---------------------

Paola Garavelli	Paola Garavelli
-----------------	-----------------

Aretina

Titolo della scheda di attività

Progetto "DesTEENazione - desideri in azione"

Classificazione

Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Centri e attività diurne
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Centri di aggregazione / sociali
Argomenti	FESR, FSE +, Povertà
Popolazione target	Minori
Modalità di gestione	Comune forma singola
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	30/04/2025 - 30/04/2028
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.16: Nuove generazioni e famiglie
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Spazio multifunzionale di esperienza per preadolescenti e adolescenti quale strumento di integrazione a servizio dell'ATS. Il progetto è stato presentato dall'ATS Aretina in risposta al Decreto direttoriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali-DG per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale n. 69 del 21/03/2024 con cui è stato approvato l'Avviso Pubblico "DesTEENazione - Desideri in azione" e l'ATS Aretina è risultata vincitrice.

Il progetto è così partito nella primavera del 2025 e persegue l'obiettivo di creare una serie di Spazi multifunzionali di esperienza per preadolescenti e adolescenti, quale strumento di integrazione a servizio del territorio, costituito da un polo di servizi integrati nel quale ragazzi e ragazze saranno accompagnati in percorsi molteplici in grado di facilitare la maturazione e lo sviluppo di competenze personali e sociali utili alla loro crescita individuale in una prospettiva volta a promuovere la loro autonomia, la capacità di agire nei loro contesti di vita, nonché la partecipazione, l'inclusione sociale, il contrasto alla dispersione scolastica e la valorizzazione delle competenze affettive e relazionali.

Sono in corso i lavori di ristrutturazione dei locali individuati (locali di proprietà del Comune di Arezzo, via Fiorentina n. 329, ma le attività con gli educatori sono già state avviate e attualmente gestite in coprogettazione con gli Enti del Terzo Settore che hanno aderito al bando per il triennio 2025-2028).

Obiettivi specifici

- ristrutturazione locali spazio multifunzionale
- aggregazione e accompagnamento socioeducativo ed educativa di strada
- azione educative per la prevenzione dell'abbandono scolastico
- accompagnamento e supporto alle figure genitoriali
- accompagnamento psicologico dei ragazzi e promozione dell'intelligenza emotiva
- tirocini di inclusione lavorativa

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	1.109.260,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	1.109.260,00 €

Note

Le risorse complessive del triennio sono € 3.638.125,73 e in parte (€ 417.300,00) sono relative ai lavori di ristrutturazione (FESR).

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività
LEPS Potenziamento Servizi Sociali

Classificazione	
Obiettivo di salute	Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto
Programma Operativo	Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-assistenziale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema, Formazione del personale
Argomenti	-
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	Comune forma singola
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.15: Empowerment delle persone e delle comunità, welfare culturale e qualità dei servizi
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Il Comune di Arezzo al fine di raggiungere il Livello essenziale delle prestazioni relativo al numero di Assistenti sociali in relazione agli abitanti, ha realizzato un concorso che ha permesso l'assunzione di n. 6 assistenti sociali nell'anno 2022, ai fini del raggiungimento degli standard previsti dalla Legge 178/2020, che si sono inseriti nel sistema dei servizi. Nell'anno 2023 e 2024 sono stati assunti altri n. 2 Assistenti Sociali. Attualmente al Comune di Arezzo lavorano n. 18 AASS.

Obiettivi specifici
L'obiettivo è il raggiungimento di un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	0,00 €

Note
Risorse Legge di bilancio anno 2022 Attraverso il SIOSS l'Amministrazione rendiconta il numero di assistenti sociali in relazione alla popolazione residente.

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

CENTRO PER LE FAMIGLIE - CENTRO AFFIDI

Classificazione

Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizio sociale di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Servizio per l'affidamento dei minori, Interventi di sostegno alla genitorialità, Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori, Servizio di mediazione familiare
Argomenti	Immigrazione, Povertà, Violenza di genere
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	Comune forma singola
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.16: Nuove generazioni e famiglie
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

I Centri per le famiglie sono strutture che offrono un'ampia ed eterogenea tipologia di servizi per la prevenzione e la cura delle fragilità familiari e costituiscono un presidio di riferimento per rispondere in modo concreto e flessibile ai diversi bisogni. Il modello nazionale è stato recepito dalla Regione Toscana con la deliberazione della Giunta regionale 20 febbraio 2023, n. 158 con l'obiettivo di introdurre uno standard di riferimento territoriale, per "consolidare le equipe multidisciplinari e favorire la creazione e/o il potenziamento di un Centro per le Famiglie in ogni Zona Distretto/Società della Salute". Il centro si trova a ad Arezzo in Via Masaccio n. 6, nel quartiere di Saione, ma tutte le attività per genitori e bambini si svolgeranno in luoghi diffusi nel territorio (compresi locali ASL, scuole, associazioni del terzo settore) al fine di facilitare la partecipazione dei cittadini. In particolare l'attuale ampliamento del Servizio, attuato grazie ai fondi dedicati ai Centri Famiglia e al Fondo Povertà, ha consentito il rafforzamento delle EEMM e l'apertura dello sportello informativo e di orientamento presso i locali di via Masaccio, tramite l'inserimento di tre educatori professionali dedicati. Sono state inoltre rafforzate e introdotte, grazie alla presenza di due Psicologi, i percorsi di sostegno alla genitorialità sia individuali che di gruppo.

Nell'ambito del Centro per le Famiglie opera anche il Centro Affidi Zona Distretto Aretino, competente nel territorio distrettuale svolge attività di promozione, informazione e sensibilizzazione sul tema dell'affidamento: lavora in equipe (un assistente sociale ed una psicologa e si occupa della formazione delle coppie e dei single che manifestano disponibilità all'affidamento con specifici percorsi formativi e di preparazione). Gli operatori del Centro Affidi ricevono documentazione da parte del servizio sociale territoriale riguardo alle richieste di attivazione di progetti di affidamento; valuta e seleziona tra le famiglie della banca dati le famiglie o i single più idonei per la situazione presentata e propone l'abbinamento con il minore; sostiene e segue le famiglie affidatarie e si relaziona con il servizio sociale territoriale con periodiche riunioni di equipe di monitoraggio.

Obiettivi specifici

- Il potenziamento della presa in carico del "sistema famiglia" creando una comunità educante che restituisca a genitori, educatori e adulti della comunità il valore di una genitorialità allargata e condivisa;
- Il sostegno a processi e strategie di prevenzione e contrasto al fenomeno della povertà educativa e di abbandono scolastico;
- L'implementazione di azioni mirate alla crescita umana e relazionale dei più giovani, fondando la loro esperienza su valori solidi di riferimento e aiutandoli a sviluppare competenze e interesse all'ambiente circostante;
- La sensibilizzazione dei giovani e delle loro comunità di riferimento alla cittadinanza attiva, consapevole e alla partecipazione civica;
- Rafforzamento equipe multidisciplinare per la presa in carico dei bisogni complessi: in particolar modo si intende potenziare l'attività delle equipe multidisciplinari che integreranno con le metodologie Pippi, assegni di inclusione, GTM (Gruppo Multidisciplinare tutela Minori);
- Potenziamento delle attività di promozione, prevenzione, sostegno alla genitorialità attraverso azioni dirette ai genitori in stretta connessione con le attività laboratoriali proposte dallo spazio ad alta valenza educativa, spazio che si connota come il luogo fisico e simbolico dove le attività educative e psico-educative a favore dei minori presenti nel territorio trovano una loro unitarietà.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa

Risorse

Aretina

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	83.764,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	180.000,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	263.764,00 €

Note
Gestione delle attività in co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore che hanno aderito al bando per gli anni 2026-2027. Risorse: 263.764,41€ derivanti dal Fondo Povertà - quota servizi – FNPS 2025 e Fondi Famiglia 2024 Lo Sportello di mediazione culturale viene svolta all'interno del Centro per le Famiglie

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività**SERVIZIO EDUCATIVO PER FAMIGLIE CON MINORI (ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE)****Classificazione**

Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizio sociale di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Interventi di sostegno alla genitorialità
Argomenti	Budget di salute, Povertà
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	Comune forma singola
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.16: Nuove generazioni e famiglie
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Intervento all'interno del nucleo familiare stimolando i genitori a rispondere con appropriate modalità educative ai diversi bisogni dei figli in caso di temporanea difficoltà nell'esercizio della stessa e direttamente col minore a modifica di difficoltà comportamentali che possano ostacolare il suo normale percorso di crescita evolutiva accompagnandolo ed incoraggiandolo ad agire in modo adeguato nell'affrontare i compiti di sviluppo relativi all'età. Supporto alle famiglie con minori in condizioni di disabilità: uno degli elementi fondamentali e necessari ai fini della più ampia inclusione sociale è infatti costituito dall'acquisto dell'autonomia ed indipendenza per le persone con disabilità, che per i minori passa anche attraverso il supporto alle famiglie.

Integrato con la sperimentazione P.I.P.P.I. (PNRR M5 - C2 - Int. 1.1.1.) prevede il coinvolgimento della famiglia, fin dalla prima fase valutativa nonché l'intervento multiprofessionale che tenga conto della prospettiva dei genitori e dei minori nel costruire l'analisi e la risposta ai loro bisogni.

Obiettivi specifici

Favorire l'apprendimento scolastico nonché le occasioni e le esperienze relazionali sane. Sostenere e monitorare le funzioni genitoriali;
Formazione operatori;
Individuazione famiglie target su cui proseguire con la sperimentazione P.I.P.P.I.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	281.931,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	281.931,00 €

Note

affidamento a ente tramite gara

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività
Servizi di Prossimità

Classificazione	
Obiettivo di salute	Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Integrazione sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Attività ricreative di socializzazione, Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio
Argomenti	Povertà
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	Comune forma singola
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/10/2024 - 30/09/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.14: Oltre l'inclusione: lotta alle povertà, politiche per l'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari e presa in carico multidisciplinare dei bisogni
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Servizi con connotazione non professionale ma sostanzialmente volontaristica, che promuovono percorsi di inclusione, sostegno e aiuto a quei nuclei familiari in condizione di particolare disagio ed a rischio di emarginazione e solitudine. Il comune di Arezzo, a seguito di un percorso di co-progettazione ex artt. 55,56 c.t.s., ha sottoscritto specifica convenzione con enti del terzo settore del territorio, al fine di offrire un supporto agli utenti ed alle loro famiglie per affrontare tutte quelle situazioni e quei momenti che caratterizzano il quotidiano, così come i percorsi di accompagnamento ed affiancamento extra-familiare. Le azioni si distinguono in: sostegno a nuclei familiari con figli minori a rischio di esclusione sociale e povertà educativa; sostegno a nuclei di anziani o adulti soli o con scarsa rete familiare a rischio di emarginazione. Per i nuclei con figli minori, sono state avviate attività di mentoring laddove vi sia la necessità di un aiuto "leggero" in ambito scolastico e/o extrascolastico, di facilitazione nei rapporti tra genitori e scuola, di facilitazione nella socializzazione attività di accompagnamento a scuola o presso servizi riabilitativi - qualora i genitori sino impossibilitati a farlo - e sia necessario un accompagnatore che stabilisca con il minore una relazione significativa e di riferimento. Per quanto riguarda il supporto in orario extrascolastico, inoltre, si prevedono attività di socializzazione con i coetanei del minore, aiuto nello svolgimento di compiti e favorire l'accesso ad attività sportive e ricreative. Per le persone anziane o adulti soli in particolare condizione di fragilità, si è voluto favorire il permanere degli stessi nel loro ambiente di vita, sostenendoli in attività che in quella specifica fase possano risultare difficoltose: nello specifico, si tratta di attività di compagnia, di accompagnamento in ambienti di socializzazione, di aiuto nel disbrigo di adempimenti burocratici, di accompagnamento alle visite mediche e di monitoraggio telefonico. Nell'ambito della procedura di coprogettazione avviata nell'anno 2024 è stato anche previsto di ampliare le attività svolte in favore dei minori, prevedendo anche l'accompagnamento presso gli istituti scolastici degli stessi per garantirne la frequenza, in continuità con la sperimentazione avviata già nel corso dell'anno scolastico 2023/2024.

Obiettivi specifici
Garantire servizi con connotazione non professionale ma sostanzialmente volontaristica, che promuovono percorsi di inclusione, sostegno e aiuto a quei nuclei familiari in condizione di particolare disagio ed a rischio di emarginazione e solitudine. La volontà dell'Amministrazione è quella di offrire un supporto agli utenti ed alle loro famiglie per affrontare tutte quelle situazioni e quei momenti che caratterizzano il quotidiano, così come i percorsi di accompagnamento ed affiancamento extra-familiare.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	185.915,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €

Aretina

Tipo di risorsa	Risorse
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	185.915,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività
Centro per i disturbi del neurosviluppo

Classificazione	
Obiettivo di salute	Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta; contrasto alle dipendenze
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Integrazione sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio, Attività ricreative di socializzazione
Argomenti	Budget di salute
Popolazione target	Disabili
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.14 Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Realizzazione di uno spazio di integrazione tra servizi socio-sanitari, Enti Locali e ETS per una programmazione condivisa di interventi volti allo sviluppo delle autonomie di vita.

Obiettivi specifici
Attivazione dei servizi individuati dalla Convenzione tra Asl e Comune di Arezzo (come Ente capofila di zona) e dai protocolli operativi con le associazioni individuate dal Comune di Arezzo o facenti parte della Fondazione Arezzo Comunità, tra cui: - attivare uno sportello di ascolto e/o informazione; - percorsi professionali lavorativi, di orientamento e inclusione lavorativa; - promuovere il collegamento tra servizi delle istituzioni e degli enti del terzo settore;

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
FSE +	0,00 €
PNRR	0,00 €
Sociali Comune	0,00 €
Fondo Povertà - quota servizi	0,00 €
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	0,00 €
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Luciano Luccherino	Luciano Luccherino

Aretina

Schede di attività 2026 - Prevenzione e promozione

1	<u>Imparo a conoscermi</u>
2	<u>Piccoli lettori si nasce!</u>
3	<u>NATI PER LA MUSICA</u>
4	<u>Test HPV primario nello screening cervicale</u>
5	<u>Quante Piramidi!!!</u>
6	<u>La Cultura del Dono: stili di vita salutari per un futuro da cittadini più consapevoli</u>
7	<u>Stretching che favola!</u>
8	<u>Stretching in classe</u>
9	<u>Guadagnare salute: incontri informativi, di sensibilizzazione e informazione su stili di vita salutari e consumi consapevoli</u>
10	<u>Gestione dei farmaci a scuola</u>
11	<u>CORSI ID-EAS: Incontri educativi informativi sulla cronicità</u>
12	<u>"Casa si-cura"</u>
13	<u>La prevenzione delle cadute e degli esiti nella popolazione anziana: il percorso AFA cadute</u>
14	<u>LA SPESA CONSAPEVOLE</u>
15	<u>VaccinarSI</u>

Aretina

Titolo della scheda di attività
Imparo a conoscermi

Classificazione	
Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Potenziamento dei servizi consultoriali
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Azioni di sistema Prevenzione e promozione
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali, Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema
Argomenti	Stile di vita, Violenza di genere
Popolazione target	Giovani
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.5 Riorganizzazione e potenziamento e dei Consultori
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Promozione dello Spazio Giovani. Invito al Consultorio per gli allievi del terzo anno scuola media inferiore. Incontri di gruppi-classe, presso gli Istituti stessi e tenuti da due operatori consultoriali.

Obiettivi specifici
- Favorire la conoscenza del servizio consultoriale e nello specifico dello "Spazio Giovani" - Promuovere l'attività del Consultorio Giovani come luogo di promozione del benessere e prevenzione del disagio giovanile - Sensibilizzare alle tematiche dello sviluppo adolescenziale nell'ottica della promozione di comportamenti responsabili e nel rispetto delle relazioni - Informazione e prevenzione primaria delle MST.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Irene Moncini	Irene Moncini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Piccoli lettori si nasce!

Classificazione	
Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Potenziamento dei servizi consultoriali
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Azioni di sistema Prevenzione e promozione
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.5 Riorganizzazione e potenziamento e dei Consultori
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
* sensibilizzazione dei genitori sia durante l'attesa che dopo il parto all'importanza della lettura in famiglia e della lingua madre, lentamente a bassa voce, come strumento per lo sviluppo cognitivo del bambino e per lo sviluppo del rapporto bambino-genitore.

Obiettivi specifici
- sostenere e potenziare la relazione genitoriale - favorire lo sviluppo cognitivo del bambino

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note
Il progetto non prevede costi aggiuntivi viene organizzato con risorse interne dei soggetti firmatari del protocollo d'intesa.

Referente attività	Scheda compilata da
Irene Moncini	Irene Moncini

Aretina

Titolo della scheda di attività
NATI PER LA MUSICA

Classificazione	
Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Potenziamento dei servizi consultoriali
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Azioni di sistema Prevenzione e promozione
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali, Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.5 Riorganizzazione e potenziamento e dei Consultori
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Realizzazione di un incontro all'interno del Percorso di Accompagnamento alla Nascita Aziendale, in collaborazione con Associazione Culturale Pediatri Toscana (ACP), con la finalità sia di sensibilizzare i futuri genitori sull'importanza dell'espressione sonora e della pratica musicale sin dalla gravidanza che promuovere l'utilizzo della musica e del canto come attività da svolgere in famiglia. Verrà inoltre proposta ed intonata con le/i musiciste/i di ACP una "ninna nanna" della cultura di questo territorio.

Obiettivi specifici
A livello relazionale ascoltare e fare musica in famiglia, giocando con la voce, con gli oggetti quotidiani che producono suoni, cantare filastrocche e inventarne di nuove rafforza il legame affettivo tra adulto e bambino ed è fonte di benessere, favorisce inoltre la prosocialità e la regolazione delle emozioni.
Nel bambino sviluppa proprie capacità di ascolto, accresce l'immaginazione e la creatività, aumenta la capacità di concentrazione e attenzione ed esercita la memoria.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Irene Moncini	Irene Moncini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Test HPV primario nello screening cervicale

Classificazione	
Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Malattie infettive e vaccini
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Controllo malattie infettive
Argomenti	-
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS1.7 Prevenzione e controllo delle malattie infettive e potenziamento delle strategie vaccinali
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Mantenimento del programma di screening per il tumore della cervice uterina con test HPV come test di screening primario, nell'ambito dei programmi di screening per il carcinoma cervicale. Lo screening basato sulla ricerca degli HPV oncogeni (HR-HPV) come test di screening primario è più efficace dello screening con Pap-test nel prevenire i tumori invasivi cervicali.

Obiettivi specifici
- prevenzione dei tumori cervicovaginali; - aumento della sensibilità dello screening. Effettuazione di screenig cervicale in cui il test HPV-HR viene utilizzato come test primario nella fascia di età 34-64 anni, promozione dell'offerta alla popolazione bersaglio attraverso il servizio di screenig organizzato su base di popolazione.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Irene Moncini	Irene Moncini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Quante Piramidi!!!

Classificazione	
Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/01/2025 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS1.6 Promozione di una sana alimentazione
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Progetto di promozione della Salute, setting scuola Primaria, proposto dall'Area Dipartimentale Promozione ed Etica della Salute Un incontro in classe con la componente scolastica che si articola attraverso un gioco improntato sul confronto fra la piramide alimentare Toscana, quella nazionale, quelle di altre culture (es: asiatica, africana ecc.) per passare alla piramide transculturale pediatrica e all'analisi della piramide dell'attività fisica per bambini e bambine. Durante l'incontro gli alunni acquisiscono informazioni su come si compone un pasto sano ed equilibrato grazie al "piatto sano", giocando a completarlo con gli elementi corretti. Attraverso attività ludiche e creative, da sperimentare in classe e anche a casa, (come ottenere acquerelli dalla buccia della frutta, fondi di caffè etc) gli alunni scoprono come poter rendere l'alimentazione più sostenibile per la loro salute e per quella del pianeta. La formazione, svolta dalle dietiste e dietisti del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione, è rivolta alla componente studentesca della quarta classe della scuola primaria E'previsto un questionario di gradimento.

Obiettivi specifici
Conoscere gli alimenti per imparare ad effettuare scelte consapevoli e partecipare per la propria salute e per la salute del pianeta.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività
La Cultura del Dono: stili di vita salutari per un futuro da cittadini più consapevoli

Classificazione	
Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/01/2024 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	-
Sotto-fattori di crescita	FT4.1 Impegno a sostegno delle diverse forme di fragilità, per la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso agli interventi e alle prestazioni, per lo sviluppo dell'engagement del paziente, del caregiver, della famiglia

Descrizione
Con questo progetto, come prevede la delibera regionale n.1367 del 4/12/2017, si intende contribuire alla diffusione della cultura della donazione ed ad una corretta comunicazione rivolta principalmente al mondo della scuola con lo scopo di sensibilizzare e rendere consapevoli gli insegnanti e gli studenti sulla tematica. Gli eventi formativi, incentrati sui corretti stili di vita e sul mondo della donazione d'organo, sono rivolti sia al personale docente e alla componente studentesca delle scuole secondari di II grado. E' previsto un evento finale dove ci sarà la restituzione da parte delle ragazze e dei ragazzi formate con elaborati di vario tipo (cortometraggi, poster, elaborati artistici ...)

Obiettivi specifici
- Promuovere la cultura del dono e degli stili di vita salutari nella scuola e nella comunità; - Favorire la consapevolezza e sensibilizzare alla cultura della donazione; - Informare sui temi, modalità e aspetti legati al mondo della donazione

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività
Stretching che favola!

Classificazione	
Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività, Tutela e promozione dell'attività fisica
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS1.8 Linee guida e tutela sanitaria dello sport in tutti i praticanti di attività fisica, motoria e sportiva
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Progetto di promozione della salute, setting scuola dell'infanzia, proposto dall'Area Dipartimentale Promozione ed Etica della Salute Ritmi e gli stili di vita familiari sono caratterizzati sempre più da sedentarietà e inattività fisica, con ridotta possibilità di fare esperienza motoria. Risulta importante quindi promuovere, sin dall'infanzia, lo sviluppo di tali capacità. Queste attività infatti, non solo favoriscono un più armonico sviluppo psicomotorio ed emotivo ma contribuiscono ad acquisire un atteggiamento positivo nei confronti dell'attività motoria. Attraverso il gioco di imitazione dei personaggi di una favola, inventata appositamente e strutturata sulla base dei principi dello stretching, come proposto con questo progetto, viene offerta al bambino e alle bambine l'opportunità di scoprire il piacere del gioco di movimento nei momenti di vita scolastica. Il progetto si articola su di un incontro formativo in presenza di 2 ore rivolto al personale docente della scuola dell'infanzia, tenuto dagli Assistenti Sanitari Ref. EAS e dalle Fisioterapiste della UOP RF SMIA del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione. Dopo la formazione, il personale docente programmerà le esperienze motorie acquisite con i bambini e le bambine delle proprie classi. Sarà consegnato materiale illustrativo con le posture dei movimenti correttivi da svolgere e da effettuare in base al racconto della favola scelta o ideata.

Obiettivi specifici
-Favorire il benessere dei bambini e delle bambine -Promuovere elementi di stretching sotto forma di gioco simbolico divertenti e allo stesso tempo educativi -Stimolare lo sviluppo dello schema motorio in età sensibile

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività
Stretching in classe

Classificazione	
Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività, Tutela e promozione dell'attività fisica
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS1.8 Linee guida e tutela sanitaria dello sport in tutti i praticanti di attività fisica, motoria e sportiva
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Progetto di promozione della salute, setting scuola primaria, proposto dall'Area Dipartimentale Promozione ed Etica della Salute. Il Progetto Regionale "Stretching in classe" prevede la proposizione di alcuni semplici esercizi della durata di 10 minuti da svolgere in classe, fra una lezione e l'altra, illustrati in un poster presente in aula e guidati a turno dalla componente studentesca. Gli esercizi proposti sono mirati alla riduzione dei problemi dovuti ad una posizione prolungata e scorretta sui banchi. Formazione in presenza, tenuta dagli Assistenti Sanitari Ref. EAS e dalle fisioterapiste della UOP RF SMIA del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione, rivolta al personale docente delle scuole della primaria, 1 incontro di 2 ore. Dopo la formazione, il personale docente, programmerà le esperienze motorie acquisite con i bambini e le bambine delle proprie classi. Il personale docente a loro volta, ripropongono alla componente scolastica sia la parte teorica che quella pratica di esercizi. Infatti, ogni giorno, a turno, una ragazza o un ragazzo presenta alla classe i semplici esercizi, seguendo un poster illustrativo appeso in aula. Il coinvolgimento dei ragazzi e delle ragazze come "guida" consente loro di essere protagonisti del messaggio educativo, incrementando la consapevolezza del proprio corpo e delle proprie competenze per la vita.

Obiettivi specifici
Promuovere la consapevolezza di sé l'ascolto corporeo e la gestione dello stress Contrastare gli effetti di posizioni scorrette nei banchi di scuola Favorire il benessere degli studenti/studentesse Promuovere elementi di stretching sotto forma di gioco Stimolare lo sviluppo dello schema motorio in età sensibile

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività
Guadagnare salute: incontri informativi, di sensibilizzazione e informazione su stili di vita salutari e consumi consapevoli

Classificazione	
Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Prevenzione delle malattie croniche più diffuse secondo indicazioni nazionali, Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/01/2025 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS1.5 Sicurezza alimentare: miglioramento, gestione e comunicazione dei rischi
Sotto-fattori di crescita	FT4.2 Favorire i percorsi di co-progettazione e partecipazione quale elemento di appropriatezza e sostenibilità

Descrizione
Programma di promozione della salute svolto in collaborazione tra la Zona Distretto Aretina e la sezione soci Coop di Arezzo e coordinato dal referente Educazione della Salute della zona distretto e dall'UOC Promozione ed Etica della Salute. Gli incontri, aperti alla popolazione generale, si tengono nella sala soci Coop di via Amendola e sono condotti in maniera sinergica e multidisciplinare da professionisti e professionisti del Dipartimento delle Professioni Tecniche Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione e del Dipartimento di Prevenzione. Il ciclo di incontri nasce dall'esigenza di rendere più facili le scelte salutari e di promuovere momenti che mirino a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l'insorgere di malattie croniche degenerative di grande rilevanza epidemiologica, oltre ad accrescere la consapevolezza nella comunità dell'importanza di contrastare i principali fattori di rischio modificabili. L'obiettivo del programma è quello di aumentare la consapevolezza della cittadinanza su sani stili di vita, su elementi di sicurezza alimentare, igiene ambientale e veterinaria, in un approccio One Health ideale per raggiungere la salute globale.

Obiettivi specifici
Realizzazione di incontri con la popolazione generale per la promozione di un sano stile di vita e consumi consapevoli, per fornire strumenti di sicurezza alimentare e igiene ambientale

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività
Gestione dei farmaci a scuola

Classificazione	
Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	-
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/01/2026 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	-
Sotto-fattori di crescita	FT4.1 Impegno a sostegno delle diverse forme di fragilità, per la riduzione delle diseguglianze nell'accesso agli interventi e alle prestazioni, per lo sviluppo dell'engagement del paziente, del caregiver, della famiglia

Descrizione
Dipartimento: Promozione ed Etica della Salute Obiettivo generale: Garantire la sicurezza delle alunne e degli alunni e la corretta gestione dei farmaci in ambito scolastico, assicurando la continuità terapeutica e una comunicazione efficace tra famiglie, istituzioni scolastiche e servizi sanitari. Attività principali: • Coordinamento tra istituti scolastici, servizi territoriali ASL e Dipartimento di Emergenza/Urgenza per l'uniformazione dell'iter procedurale. • Raccolta, gestione e verifica della documentazione autorizzativa prevista dalla normativa. • Realizzazione di attività formative e di aggiornamento rivolte al personale scolastico. • Supporto alla continuità terapeutica e alla comunicazione tra scuole, famiglie e servizi sanitari. • Revisione e aggiornamento periodico delle procedure operative aziendali. • Integrazione delle attività di gestione dei farmaci nei progetti di educazione alla salute. Risultati attesi: • Uniformità e appropriatezza nella gestione dei farmaci nelle scuole delle tre province. • Personale scolastico formato e consapevole delle procedure di somministrazione dei farmaci. • Tutela della salute delle alunne e degli alunni, garanzia della continuità scolastica e sicurezza del personale coinvolto. • Miglioramento della comunicazione tra famiglie, istituzioni scolastiche e servizi sanitari. • Procedure operative aggiornate e conformi alla normativa vigente.

Obiettivi specifici
• Assicurare una gestione uniforme della documentazione secondo la normativa vigente e le procedure aziendali ASL delle tre province. • Promuovere la formazione e l'aggiornamento continuo del personale scolastico sulla somministrazione dei farmaci a scuola. • Integrare la gestione dei farmaci nei programmi di educazione alla salute e promozione di stili di vita sicuri. • Garantire la revisione periodica delle procedure operative per assicurarne l'aggiornamento e la conformità normativa.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
--------------------	---------------------

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività

CORSI ID-EAS: Incontri educativi informativi sulla cronicità

Classificazione

Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/01/2026 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.9 Coinvolgimento dei pazienti attraverso Empowerment, Alfabetizzazione Sanitaria e Autogestione del Piano di Cura
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Un corso ID-EAS è articolato in 2 incontri. Ogni incontro, della durata di due ore circa, è dedicata all'approfondimento di una specifica condizione cronica – quali diabete mellito, ipertensione arteriosa e prevenzione delle malattie cerebrovascolari (l'ictus) – attraverso un approccio orientato all'autogestione nella quotidianità e alla prevenzione delle complicanze. La seconda giornata prevede il coinvolgimento di ulteriori professionisti sanitari – fisioterapisti, dietiste, geriatri, odontoiatri – al fine di integrare competenze multidisciplinari e rafforzare gli interventi sugli stili di vita come l'alimentazione sana e l'attività fisica, sulla promozione della salute e sulla gestione quotidiana della cronicità. Così come i tecnici informatici, che supportano i partecipanti nello sviluppo di competenze digitali per l'utilizzo di strumenti tecnologici e applicazioni (es. fascicolo sanitario elettronico) destinati al monitoraggio della malattia e all'accesso dei servizi sanitari.

I corsi sono condotti da Infermieri di Famiglia e di Comunità e dalle Master Trainers del Dipartimento Infermieristico e ostetrico e da alcuni professionisti della salute come dietiste e fisioterapisti del Dipartimento delle Professioni Tecniche Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione. Inoltre intervengono odontoiatri, geriatri e tecnici informatici per l'acquisizione di competenze digitali in sanità.

OBIETTIVO GENERALE

I corsi per l'invecchiamento attivo, tra cui spesso si inseriscono progetti innovativi (ID-EAS), favorire la partecipazione attiva e sostenere la gestione quotidiana della propria condizione, promuovendo così un invecchiamento sano e consapevole.

Destinatari:

Persone con malattie croniche (diabete, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa..) familiari e caregiver, persone interessate all'argomento

Obiettivi specifici

- alfabetizzazione digitale
- socializzazione
- il mantenimento delle funzioni cognitive
- benessere fisico
- conoscenza e gestione della cronicità
- valorizzazione delle competenze di empowerment e self-care

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Aretina

Note
Referente dott.ssa Ulrike Ingeborg Uhl

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività
"Casa si-cura"

Classificazione	
Obiettivo di salute	Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto
Programma Operativo	Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.15: Empowerment delle persone e delle comunità, welfare culturale e qualità dei servizi
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Attività di partecipazione, coinvolgimento della cittadinanza e informazione sulla prevenzione degli incidenti domestici, condotto da una Infermiera di Comunità Famiglia e Comunità e promosso dal Comitato di Partecipazione in collaborazione con le Cure Primarie della zona Distretto Aretina. Il programma è iniziato nell'ambito di alcuni Centri di Aggregazione Sociale della città di Arezzo e nella periferia. L'iniziativa sarà presto riproposta in altri Centri Sociali della periferia e in altri Comuni del Distretto, tenendo anche conto della possibilità di allargare ad altre tematiche.

Obiettivi specifici
Sviluppare programmi di informazione/formazione rivolti ai cittadini, partendo dall'ipotesi che aumentare la conoscenza e la capacità di ognuno di affrontare l'impatto con la malattia e gli eventi che causano problemi alla salute sia sempre più necessario. Questo anche per raggiungere maggiore consapevolezza nella fruizione dei servizi sanitari e sociosanitari. Questo infatti porterebbe ad un uso più mirato e consapevole di servizi come il Pronto Soccorso, i M.M.G., e per facilitare in ogni caso un più appropriato accesso ai servizi.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Lucia Mondani

Aretina

Titolo della scheda di attività

La prevenzione delle cadute e degli esiti nella popolazione anziana: il percorso AFA cadute

Classificazione

Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Tutela e promozione dell'attività fisica
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/01/2026 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.10 Programmi di Attività Fisica Adattata (AFA) e per l'invecchiamento attivo
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

Progetto promosso dal Dipartimento della Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione in collaborazione con Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico

Gestione dei pazienti che accedono per caduta ai PS aziendali e vengono dimessi senza danno grave (fratture, lussazioni, distorsioni), attraverso l'inserimento nei corsi AFA cadute.

Modalità operative

- ai pazienti ≥ 65 anni che entrano per caduta senza evidenti pregresse patologie neurologiche l'infermiere di Triage del pronto Soccorso segnala l'opzione "AFA cadute". Tale "alert" consente all'equipe di PS che prende successivamente in carico il paziente di valutare in dimissione la possibilità di inserimento nel programma

- per i dimessi senza danno grave l'equipe medico/infermiere di PS dà informazioni sulla possibilità di entrare in un percorso di prevenzione delle cadute aderendo al progetto attraverso consegna di un opuscolo informativo e ricezione dei dati del paziente

- Il Direttore UOP/Responsabile Riabilitazione Funzionale della zona di riferimento raccoglie i nominativi segnalati dal PS ed entro 7 giorni chiama i pazienti per la valutazione per il rischio cadute. Il periodo di tempo che intercorre dalla ricezione dei nominativi dal PS alla valutazione da parte del fisioterapista è funzionale al recupero del paziente che, anche in assenza di traumi gravi, potrebbe comunque aver avuto un lieve risentimento fisico,

- Il fisioterapista dell'Unità Operativa Di Riabilitazione Funzionale di riferimento, attraverso valutazione funzionale e test specifici verifica autonomia motoria e cognitiva, assenza di segni neurologici, rischio cadute

Al termine della valutazione, per i pazienti idonei che decidono di aderire al programma, Il Direttore UOP/Responsabile Riabilitazione Funzionale:

- inserisce i dati del paziente in apposito data-base

- costituisce un gruppo di utenti per attivare un corso AFA cadute presso i provider aderenti

- Il Referente aziendale AFA funge da raccordo con le strutture interessate ed elabora i dati per la verifica degli indicatori previsti

Obiettivi specifici

L'obiettivo è quello di evitare che i soggetti che entrano nel programma subiscano una ulteriore caduta, in cui danni sono di solito maggiori rispetto al primo evento, attraverso la promozione e adesione ai programmi AFA cadute

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Emiliano Ceccherini	Aniello Buccino

Aretina

Aretina

Titolo della scheda di attività
LA SPESA CONSAPEVOLE

Classificazione	
Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sicurezza alimentare e salute dei consumatori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	-
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività con inizio e fine
Durata	01/01/2026 - 31/12/2026
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS1.6 Promozione di una sana alimentazione
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Progetto del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione che vede coinvolte le seguenti figure professionali: DIETISTI, TECNICI DELLA PREVENZIONE, MICOLOGI, ASSISTENTI SANITARI. La FAO definisce sostenibile l'alimentazione a ridotto impatto ambientale, quella che soddisfa le linee guida nutrizionali dal punto di vista economico, dell'accessibilità e dell'accettabilità culturale. Si tratta di una scelta sostenibile che permette di mangiare bene, stare meglio e gravare meno sul benessere del pianeta: scegliere cibi che tutelano le risorse ambientali permette di ridurre gli sprechi, minimizzare il consumo di acqua, suolo ed energia e prediligere la sicurezza nutrizionale rispettando la biodiversità, con particolare attenzione al territorio. Prediligere i prodotti del territorio, infatti, non solo aiuta a sostenere l'economia di prossimità ma anche ad abbassare in modo sensibile le emissioni inquinanti limitando il trasporto merci su grandi distanze. A questo importante beneficio si aggiunge la stagionalità, sinonimo di una buona e naturale coltivazione che preserva il benessere del territorio. Valorizzare i frutti della terra permette così di fare a meno di pesca e allevamenti intensivi, estremamente dannosi per l'ambiente poiché richiedono un grande consumo di acqua. In questo contesto, in linea con "One Health" e degli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, viene disegnato un progetto di promozione del benessere e della sostenibilità attraverso un adeguato stile alimentare e con particolare attenzione ad una spesa sicura e sostenibile sia nei termini del contenimento degli sprechi e dei costi, che nella prevenzione dei rischi legati a malattie trasmesse dagli alimenti, con evidenza della Piramide Alimentare Toscana e la Piramide Alimentare Mediterranea

Obiettivi specifici
Promozione di una corretta alimentazione per la prevenzione di malattie croniche non trasmissibili in piccoli gruppi (associazioni, circoli, centri diurni). Contenimento e gestione degli sprechi e dei costi con particolare attenzione alle modalità di confezionamento, nel rispetto del territorio e delle peculiarità culturali.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività
VaccinarSI

Classificazione	
Obiettivo di salute	Prevenzione e Promozione della Salute e corretti Stili di Vita
Programma Operativo	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Malattie infettive e vaccini
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Controllo malattie infettive, Risposta a emergenze infettive, Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
Argomenti	Stile di vita
Popolazione target	-
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS1.7 Prevenzione e controllo delle malattie infettive e potenziamento delle strategie vaccinali
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Garantire la puntuale applicazione del PNPV, in particolare nell'età infantile, negli anziani e nei malati cronici. E' un obiettivo imprescindibile al fine di prevenire le malattie infettive e le loro complicanze. Per aumentare la copertura vaccinale è fondamentale rimuovere gli ostacoli che possono dissuadere dalla vaccinazione.

Obiettivi specifici
Aumento della copertura vaccinale nei bambini. Aumento della copertura vaccinale per influenza negli anziani. Diminuzione della percentuale di inadempienti totali 0-16 anni

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Totale	0,00 €

Note
Risorse proprie della ASI

Referente attività	Scheda compilata da
Elena De Sanctis	Tommaso Condello

Schede di attività 2026 - Violenza di genere

1	<u>Rete aziendale Codice Rosa</u>
2	<u>Rete dei servizi di prevenzione e di accoglienza in caso di violenza di genere (Provincia di Arezzo)</u>

Aretina

Titolo della scheda di attività
Rete aziendale Codice Rosa

Classificazione	
Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
Area di programmazione	Violenza di genere
Settore prevalente	Accoglienza e ascolto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc, Valutazione multidisciplinare del rischio
Argomenti	Violenza di genere
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	AUSL gestione diretta
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS2.5 Riorganizzazione e potenziamento e dei Consultori
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione
Sensibilizzazione al tema specifico dell'insorgenza di violenza fisica intrafamiliare in gravidanza , al fine di fornire alle gestanti consapevolezza sul fenomeno, idonee informazioni sull'organizzazione aziendale "codice rosa" e un punto di accesso in caso di necessità personale o per altre donne.

Obiettivi specifici
• momenti informativi dedicati durante gli incontri di accompagnamento alla nascita (piccole pance) • rilevazione e accoglienza di situazioni emerse in sede di incontro, con successivo counseling personalizzato

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	0,00 €
Totale	0,00 €

Note
Nella zona Distretto è individuato il team multidisciplinare per la presa in carico territoriale costituito da assistente sociale e psicologa consultoriale.

Referente attività	Scheda compilata da
Irene Moncini	Irene Moncini

Aretina

Titolo della scheda di attività

Rete dei servizi di prevenzione e di accoglienza in caso di violenza di genere (Provincia di Arezzo)

Classificazione

Obiettivo di salute	Potenziamento dei servizi consultoriali, di assistenza e cura di minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere
Programma Operativo	Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
Area di programmazione	Violenza di genere
Settore prevalente	Strutture di protezione
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Casa rifugio, Casa di seconda accoglienza, Retta per accesso a servizi residenziali, Centri antiviolenza
Argomenti	Violenza di genere
Popolazione target	-
Modalità di gestione	Altro tipo di gestione
Tipologia	Attività continuativa
Durata	-
Azioni	-
Obiettivo specifico del PSSIR	OS3.16: Nuove generazioni e famiglie
Sotto-fattori di crescita	-

Descrizione

L'intervento è realizzato dalla Provincia di Arezzo (capofila) in sinergia con i servizi sociali e il Codice Rosa di tutte le 5 Zone. I soggetti firmatari del Protocollo di Intesa sono: Prefettura, Provincia, Tribunale, Procura della Repubblica, Azienda USL TSE, Ufficio Scolastico Territoriale, Consigliera di Parità, Associazione Pronto Donna, Centro Anti Violenza. Prevede risposte, ormai consolidate da anni, che vengono offerte a donne e ai loro figli minori che subiscono violenza e intendono intraprendere percorsi di fuoriuscita dalla violenza e di autonomia e che nel 2026 saranno garantite e in alcuni casi potenziate, come da progetto approvato con delibera di Conferenza Integrata della Zona Aretina, n. 11 del 28/10/2025. Tali servizi sono:

A) Mantenimento delle strutture di pronta accoglienza (H72) e di seconda Accoglienza e interventi di sostegno economico e sociale, anche in deroga al regolamento comunale, a donne che escono da situazioni di violenza e che hanno iniziato un percorso con il CAV territoriale. Le strutture sono:

- ACCOGLIENZA DI EMERGENZA H72 (6 posti letto) :

Si tratta di un'accoglienza in emergenza per donne sole o con figli/e minori, che devono essere allontanate nell'immediato dalla propria abitazione e che non possono essere ospitate, fin da subito, in Casa Rifugio. Si tratta di uno spazio, utilizzabile per un tempo limitato (72 ore), utile alla donna per maturare consapevolmente la scelta di intraprendere un percorso di uscita dalla violenza. Tale scelta, viene elaborata insieme agli operatori del pronto Donna (psicologhe, educatrici, avvocate ecc.) che rilevano inoltre la " valutazione del rischio". Tale accoglienza in emergenza può essere attivata da tutti i componenti firmatari del "Protocollo di intesa contro la violenza".

- PRONTA EMERGENZA (6 posti letto):

Si tratta di una struttura Residenziale che si colloca in una dimensione di media protezione, che ospita le donne sole o con figli minori, se maschi sotto gli 11 anni, a medio ed alto rischio che si trovano nelle condizioni di attesa di inserimento in una Casa Rifugio e/o in attesa di elaborare, insieme alle operatrici del pronto Donna e alle Assistenti Sociali territoriali, un programma/progetto di uscita dalla violenza; in questo contesto intermedio intervengono a sostegno della donna, oltre gli A.S. territoriali referenti per ogni singolo caso, gli operatori di accoglienza del Centro Antiviolenza.

L'accoglienza temporale è di 15 giorni. Questo periodo può essere rinnovato per ulteriori 15 qualora ci fossero particolari necessità senza comunque superare 1 mese di accoglienza in modo da non "congestionare" la disponibilità ad altre richieste provenienti dal territorio provinciale.

- SECONDA ACCOGLIENZA (n. 6 posti letto)

Sono strutture residenziali per un'accoglienza a bassa soglia : generalmente per alcune donne rappresenta una delle ultime fasi del percorso verso l'autonomia : fase in cui può iniziare ad "organizzarsi" nel territorio (lavoro, casa ecc.).

L'Associazione garantisce alle ospiti della Casa, consulenze legali e psicologiche ed elabora insieme alla donna e ai servizi sociali del territorio percorsi pianificati e individualizzati . Questo tipo di struttura accoglie le donne per un periodo di 6 mesi prorogabili per ulteriori 6 .

B) - Servizi di rilevazione e valutazione del rischio da parte dell'Associazione Pronto Donna CAV che mette a disposizione operatrici formate che potranno svolgere colloqui su appuntamento (presso le sedi dei Servizi Sociali territoriali) concordando data e orario, per le donne che hanno necessità di svolgere percorsi di uscita dalla violenza; - Strutturazione di interventi educativi per il contrasto della violenza di genere dedicati alle nuove generazioni; - attività di monitoraggio e rilevazione dati.

C) - Creazione di una nuova Casa Rifugio; - Potenziamento dei servizi resi nella Casa Rifugio esistente (inserimento di specifiche figure professionali come: mediatrici linguistiche culturali specializzate sulla violenza di genere, educatrice, addetta all'attività di monitoraggio e rilevazione dati; potenziamento delle figure già inserite come: l'operatrice addetta ai minori e aumento della reperibilità, estendendo quella diurna anche al periodo notturno) e allestimento appositi spazi per i figli delle donne vittime di violenza;

INFORMAZIONE, PERCORSI FORMATIVI, SENSIBILIZZAZIONE.

Aretina

Obiettivi specifici
* rafforzare la rete di protezione delle donne vittime di violenza; * favorire percorsi di accoglienza per le vittime di abusi e violenza nell'ambito di un progetto di aiuto in situazioni emergenziali e propedeutico alla elaborazione di un eventuale percorso assistenziale; * interventi di sostegno economico finalizzati a percorsi di fuoriuscita e di autonomia; * promuovere la formazione e la sensibilizzazione sui temi della violenza di genere.

Risorse - 2026 - 2027

Tipo di risorsa	Risorse
Altri trasferimenti da Enti pubblici	253.955,00 €
Totale	253.955,00 €

Note
Riferimenti normativi: - L. RT 59/2007 "Norme contro la violenza di genere" - D.D. n. 19812 del 10/09/2025 con cui Regione Toscana individua i criteri e le modalità di ripartizione delle risorse del «Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità» di cui al DPCM 28/11/2024 - PNRR

Referente attività	Scheda compilata da
Patrizio Lucci	Tiziana Innocenti

Aretina

Monitoraggio Finale programmi

Elenco programmi in monitoraggio

1	<u>Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della violenza di genere</u>
2	<u>Salute mentale infanzia e adolescenza</u>
3	<u>Prevenzione, cura e riabilitazione di persone socialmente fragili</u>
4	<u>Percorso nascita</u>
5	<u>Promozione della salute delle donne</u>
6	<u>Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità</u>
7	<u>Reti cliniche integrate e strutturate</u>
8	<u>Azioni di contrasto alla diffusione dell'infezione da SARS-COV 2</u>
9	<u>Riorganizzazione rete presidi territoriali</u>
10	<u>Sanità d'Iniziativa</u>
11	<u>Sviluppo integrazione e inclusione sociale</u>
12	<u>Migliorare i servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie</u>
13	<u>Implementazione strumenti governo zonale</u>
14	<u>Contrasto alla povertà</u>
15	<u>Sostenere e assistere le persone con disabilità</u>
16	<u>Assistere nella residenzialità e nella domiciliarità</u>
17	<u>Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale</u>
18	<u>Contrasto dipendenze</u>
19	<u>Promozione di sani stili di vita e prevenzione</u>
20	<u>Continuità ospedale-territorio</u>
21	<u>Governo liste d'attesa</u>

Aretina

Titolo del programma operativo

Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della violenza di genere

Descrizione

Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della violenza di genere

Obiettivo di salute collegato

Potenziamento dei servizi area materno infantile e i servizi a tutela delle donne

Stato del monitoraggio

Monitorato

Descrizione Monitoraggio

CODICE ROSA: Al fine di favorire un'adeguata presa in carico delle vittime di violenza e maltrattamento è stata improntata dal team multidisciplinare coinvolto nel percorso una istruzione operativa (IOP - PARE 90 Tempi e modalità di attivazione della rete territoriale per le vittime di violenza afferenti al percorso CODICE ROSA di pronto Soccorso). Rete ANTIVIOLENZA: proseguono le attività di integrazione con il territorio e i diversi soggetti istituzionali secondo quanto stabilito dagli accordi in essere.

Data monitoraggio

09/12/2025

Annualità

2025

Responsabile Programma

Nome

Sabrina Palei

Titolo del programma operativo

Salute mentale infanzia e adolescenza

Descrizione

Salute mentale infanzia e adolescenza

Obiettivo di salute collegato

Promozione del benessere e la salute mentale

Stato del monitoraggio

Monitorato

Descrizione Monitoraggio

I progetti sono in corso di realizzazione in coerenza con gli obiettivi e i tempi definiti.

Data monitoraggio

15/12/2025

Annualità

2025

Responsabile Programma

Nome

Luciano Luccherino

Titolo del programma operativo

Prevenzione, cura e riabilitazione di persone socialmente fragili

Aretina

Descrizione

Per il 2025 è stato individuato un referente dei progetti di valutazione di integrazione degli interventi sociali, sanitari e riabilitativi delle persone richiedenti asilo, migranti e minori non accompagnati.

Obiettivo di salute collegato

Promozione del benessere e la salute mentale

Stato del monitoraggio

Monitorato

Descrizione Monitoraggio

è stato effettuato monitoraggio degli accessi dei richiedenti asilo così come è prevista la partecipazione al nuovo progetto Prosit.

Data monitoraggio

15/12/2025

Annualità

2025

Responsabile Programma

Nome

Massimo Valentini

Titolo del programma operativo**Percorso nascita****Descrizione**

Percorso nascita

Obiettivo di salute collegato

Potenziamento dei servizi area materno infantile e i servizi a tutela delle donne

Stato del monitoraggio

Monitorato

Descrizione Monitoraggio

Attività – Piccoli lettori si nasce!: effettuati nel corso del 2025 tutti gli incontri mensili previsti nel protocollo d'intesa e proposti alle coppie iscritte agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita. Attività – Nati per la musica: effettuati nel corso del 2025 tutti gli incontri mensili previsti e proposti alle coppie iscritte agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita. Attività – Presa in carico delle donne in gravidanza, puerperio e neonati a rischio sociale. Integrazione Territorio/Ospedale: nel corso del 2025 sono giunte a questo servizio segnalazione degli altri soggetti individuati nella rete di sostegno, essenzialmente dal Punto Nascita di Arezzo, in situazioni di fragilità emotiva psicosociale e perinatale. A sua volta questo servizio ha segnalato verso i servizi ospedalieri. Attività - Procreazione Medicalmente Assistita: offerta alle coppie di percorso dedicato. Effettuazione di spazio ambulatoriale multiprofessionale dedicato. Presa in carico di tutte le coppie richiedenti tale percorso Attività- Sostegno gravidanza, parto e puerperio: da segnalare la sospensione dell'attività di chiamata proattiva entro 7 gg dalla dimissione ospedaliera per adeguamento sei sistemi informatici. Prevista riattivazione dal 1 gennaio 2026.

Data monitoraggio

15/12/2025

Annualità

2025

Responsabile Programma

Nome

Alessandra Mori

Titolo del programma operativo

Aretina

Titolo del programma operativo

Promozione della salute delle donne

Descrizione

Promozione della salute delle donne

Obiettivo di salute collegato

Potenziamento dei servizi area materno infantile e i servizi a tutela delle donne

Stato del monitoraggio

Monitorato

Descrizione Monitoraggio

Attività - Test HPV primario nello screening cervicale: a tale riguardo nel corso del 2025 si è visto il mantenimento degli spazi dedicati con la finalità di poter estendere l'invito a tutte le donne della corte bersaglio. Attività - Consultorio e Menopausa: nel corso del 2025 è stata attuata proposta proattiva, durante l'effettuazione di HPV Test (Screening cervice uterina) del percorso consultoriale dedicato alla sfera menopausale. Non è stato invece ancora attivato ambulatorio di pertinenza ostetrica con rilevazione dei bisogni tramite tassonomie NANDA NIC NOC. A tale scopo risulta essere determinante l'implementazione dell'organico assegnato.

Data monitoraggio

15/12/2025

Annualità

2025

Responsabile Programma

Nome

Alessandra Mori

Titolo del programma operativo

Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità

Descrizione

Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità

Obiettivo di salute collegato

Azioni di sistema

Stato del monitoraggio

Monitorato

Descrizione Monitoraggio

Con deliberazione del Consiglio regionale della Toscana, n. 67 del 30 luglio 2025 è stato approvato il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2024-2026. All'Obiettivo generale 3 "Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione" si ribadisce l'impegno a favorire lo SVILUPPO DEL CAPITALE SOCIALE DELLE COMUNITA' e si individua tra i fattori di crescita la PARTECIPAZIONE, da realizzarsi attraverso:

- un sempre maggiore coinvolgimento e potenziamento degli istituti quali il Comitato dei Cittadini per la salute a livello regionale e i Comitati di Partecipazione aziendali e zonali, che hanno il compito di raccogliere i bisogni sul territorio e riportarli ai vari livelli istituzionali nonché di ridurre il gap informativo;

- l'amministrazione condivisa, i cui riferimenti normativi si ritrovano nella Riforma del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017) e nella L. RT. n. 65/2020 (Norme di sostegno e promozione degli Enti del Terzo Settore toscano) e che si concentra sui due strumenti della co-programmazione e co-progettazione.

A livello di Zona Distretto si rende necessario predisporre il nuovo Piano Integrato di Salute (PIS), in coerenza con la programmazione regionale e aziendale, e integrato al Piano di Inclusione Zonale (PIZ) di competenza comunale. La Giunta RT ha fornito, con DGRT n. 900 del 30/06/2025, le linee guida per la sua elaborazione, che prevedono la realizzazione di percorsi di coinvolgimento attivo degli ETS nella programmazione degli interventi.

Infine, con DGRT n. 1227 del 28/10/2024 "Indirizzi per la programmazione operativa annuale zonale (POA) per l'anno 2025 e tempistiche di approvazione" si dà atto che le ZD promuovono e assicurano la partecipazione degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore, anche per le attività di programmazione mediante l'attivazione di procedimenti di co-programmazione, ai sensi dell'articolo 55 del d.lgs. 117/2017, in relazione alle attività di interesse generale.

Aretina

Data monitoraggio	
16/12/2025	
Annualità	
2025	
Responsabile Programma	
Nome	- undefined
Titolo del programma operativo	
Reti cliniche integrate e strutturate	
Descrizione	
Il Programma si attua attraverso PDTA e reti cliniche territoriali ed ha il fine di valorizzare la presa in carico globale e integrata dei pazienti affetti da patologie croniche, superando le disuguaglianze socio-economiche e le barriere geografiche.	
Obiettivo di salute collegato	
Potenziamento della fruibilità, accesso, equità e appropriatezza delle cure	
Stato del monitoraggio	
Monitorato	
Descrizione Monitoraggio	
In questi ultimi mesi, abbiamo consolidato il rapporto tra servizi aziendali territoriali e tra questi ed i servizi ospedalieri. Inoltre, abbiamo iniziato una collaborazione con altri enti ed istituzioni e il terzo settore per una visione globale delle problematiche prese in carico. Nello specifico: RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEL FISIOTERAPISTA NELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO Dal 01/01/2025 al 15/08/25 abbiamo preso in cura 160 pazienti che hanno presentato disfunzioni del pavimento pelvico sia maschili che femminili. L'ambulatorio di FISIOTERAPIA DEL PAVIMENTO PELVICO si trova c/o PO SAN DONATO SCALA 3 PIANO 0 SETTORE 4. L'ambulatorio è aperto dal Lunedì al Venerdì dalle 07.00 alle 17.30. Si accede all'Ambulatorio con richiesta di Specialistica Ambulatoriale fatta dallo MEDICO SPECIALISTA UROLOGO, GINECOLOGO, PROCTOLOGO, CHIRURGO Ospedaliero o del MMG se il paziente ha eseguito una Visita Specialistica con un MEDICO PRIVATO (LR006 RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO) prenotabile con AGENDA CUP ESCLUSIVA dagli Operatori della Riabilitazione al CARO. ATTIVITA CONSULTORIALI Azioni di adeguamento delle attività consultoriali agli standard previsti dalla DGR 674/2023 Effettuata analisi ed ipotizzata la revisione dei percorsi socio-assistenziali e la relativa implementazione dei percorsi consultoriali, ma l'attuazione della revisione è strettamente connessa all'adeguamento degli aspetti logistici (dotazione organica dell'equipe consultoriale, acquisizione di attrezzature ed adeguamento strutturale) che ad oggi risulta inesa. E' stato possibile soltanto implementare lo Spazio Giovani, ampliandone l'orario dedicato, ma a scapito di altre attività. CURE PALLIATIVE Durante i primi mesi dell'anno il servizio di Cure Palliative ha aperto gli ambulatori di Cure Palliative Simultanee e Precoci (siti in Ospedale) che rappresentano spesso il primo contatto per il pz oncologico, onco-ematologico e con patologia cronica end-stage con le CP con invio diretto dallo specialista di riferimento o anche su iniziativa del MMG. Questa attività ambulatoriale ha permesso il rafforzarsi della collaborazione proattiva con ADI e i MMG sulla assistenza e monitoraggio dei pazienti nel territorio.	
Data monitoraggio	
16/12/2025	
Annualità	
2025	
Responsabile Programma	
Nome	Tommaso Condello
Titolo del programma operativo	
Azioni di contrasto alla diffusione dell'infezione da SARS-COV 2	
Descrizione	
Azioni di contrasto alla diffusione dell'infezione da SARS-COV 2 attraverso il monitoraggio delle corrette modalità di	

Aretina

Descrizione	
isolamento e prevenzione dell'infezione attraverso l'utilizzo dei DPI	
Obiettivo di salute collegato	
Potenziamento della fruibilità, accesso, equità e appropriatezza delle cure	
Stato del monitoraggio	
Monitorato	
Descrizione Monitoraggio	
Durante i primi mesi dell'anno 2025, non è stato necessario mettere in atto misure contenitive per contrastare la diffusione di SARS COV2, in quanto la diffusione della malattia, diventata endemica, non pone problematiche significative di sanità pubblica. Alla luce di quanto emerso nel corso di tale periodo, se l'andamento della malattia dovesse mantenere l'attuale andamento epidemiologico, si ritiene che tale programma possa non essere più proposto per il nuovo anno.	
Data monitoraggio	
16/12/2025	
Annualità	
2025	
Responsabile Programma	
Nome	Tommaso Condello
Titolo del programma operativo	
Riorganizzazione rete presidi territoriali	
Descrizione	
Come previsto dal DM 77, Il programma prevede l'implementazione e la strutturazione di differenti servizi territoriali, con cui garantire quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia. Tra questi l'implementazione delle Case della Salute già presenti ed operative, la realizzazione delle Case di Comunità hub e spoke, la costruzione del nuovo Hospice, e la valorizzazione dei Centri socio sanitari periferici, così da implementare e capillarizzare l'offerta di servizi sul territorio, per rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente. Favorire l'accessibilità alle strutture sanitarie alle persone con difficoltà socio economiche e problematiche sanitarie che non rientrano nella fattispecie dei trasporti sanitari.	
Obiettivo di salute collegato	
Potenziamento della fruibilità, accesso, equità e appropriatezza delle cure	
Stato del monitoraggio	
Monitorato	
Descrizione Monitoraggio	
E' stata avviata la realizzazione di due Case di Comunità hub per la città di Arezzo, una con sede in via Guadagnoli e l'altra con sede nella zona Baldaccio. Nel primo caso si tratta di una ristrutturazione di un edificio già esistente e già utilizzato per l'erogazione di servizi socio-sanitari, nel secondo caso, invece, si tratta di un nuovo edificio che sarà parte integrante con l'attuale Centro Prelievi Baldaccio. Le due CdC dovranno essere operative a partire dai primi mesi del 2026. Inoltre, la Missione 6 del PNRR salute prevede tutti gli interventi suddivisi in due componenti . – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario La Zona Distretto Aretina, nell'arco dell'anno 2025 ha implementato la presa in carico dei pazienti domiciliari a seguito di segnalazione diretta dei MMG tramite redazione e condivisione del PAI con i colleghi della UF Cure Primarie e a seguito di segnalazione da parte delle strutture ospedaliere e residenziali territoriali (cure intermedie, hospice, strutture residenziali riabilitative ex art. 26 e cod. 56) alla COT zonale. Le segnalazioni alla COT nel corso del 2025, risultano raddoppiate rispetto ai 12 mesi dell'anno precedente. Abbiamo favorito l'utilizzo di strumenti finora poco valorizzati (vedi STU domiciliare) ed implementato il livello di collaborazione con i reparti dimettenti. Negli ultimi mesi è stato introdotto l'utilizzo di un nuovo strumento informatico, che andrà a modificare sostanzialmente tutto il modello organizzativo della presa in carico domiciliare, introducendo la possibilità di una comunicazione più efficace e rapida tra professionisti tra cui la cartella clinica informatizzata e la STU domiciliare informatizzata. Sono stati, infine, valorizzati tutti i posti letto di cure intermedie presenti nella zona (24 low care e 7 setting 3), indirizzando le situazioni non immediatamente riconducibili all'ambiente domiciliare per motivi sia di natura sanitaria sia di natura sociale, in base alla complessità e ai bisogni assistenziali emersi durante la valutazione. Inoltre, come previsto dal PNRR è stato progettato ed è in fase di realizzazione il nuovo Ospedale di Comunità che avrà una capienza di 20 posti letto ed andrà ad integrare la rete dei servizi residenziali territoriali che insistono sulla Zona distretto, per poter far fronte ai bisogni di natura socio-sanitaria di bassa-media intensità.	

Aretina

Data monitoraggio	
22/12/2025	
Annualità	
2025	
Responsabile Programma	
Nome	Tommaso Condello
Titolo del programma operativo	
Sanità d'Iniziativa	
Descrizione	
Il Programma vuole superare la presa in carico della singola patologia, in favore di una gestione globale e personalizzata e proattiva della complessità del bisogno di cura di ogni paziente, tramite il nuovo modello regionale della sanità di iniziativa.	
Obiettivo di salute collegato	
Potenziamento della fruibilità, accesso, equità e appropriatezza delle cure	
Stato del monitoraggio	
Monitorato	
Descrizione Monitoraggio	
AGGREGATO al programma "Presa in carico delle Cronicità" Monitoraggio finale: La gestione della cronicità rappresenta un aspetto fondamentale della Sanità, sia per il livello di qualità della vita delle persone, sia per le implicazioni organizzative-gestionali del sistema con le relative ricadute nelle componenti economico-finanziarie. E' anche l'elemento che rappresenta in modo evidente la necessità di superare il concetto di organizzazione della spesa per "silos" separati e dare piena sostanza al percorso di salute e di presa in carico del paziente con le finalità di rendere efficace prevenzione primaria, prevenzione secondaria, appropriatezza, risparmio di eventi e di instabilizzazioni, riduzione di accessi alle componenti più complesse ed onerose del sistema sanitario. L'ASL Toscana Sud Est, con le AFT ed i Medici di Medicina Generale, da anni è ampiamente impegnata in questo ambito. Partendo dall'esperienza ultradecennale condotta, si rende tuttavia opportuno e necessario aggiornare e migliorare l'impostazione del progetto, rendendolo coerente con l'avanzamento delle progettualità connesse all'attuazione del DM77 e della piena realizzazione del ruolo unico della Medicina Generale che troverà definizione dell'AIR attuativo dell'ACN 2019, oggetto di trattativa regionale appena conclusa. A tale proposito è stato istituito un apposito tavolo tecnico tra ASL e delegazioni sindacali con l'obiettivo di presidiare l'intento, più sopra descritto, di un adeguamento più generale del progetto e delle modalità operative per la gestione della cronicità. Per quanto riguarda la Zona Aretina i medici di medicina generale interessati, hanno presentato domanda di adesione entro il 30 aprile c.a. ed il report del reclutamento dei pazienti, PAI e fabbisogno di diagnostica da parte di ogni singola AFT alla entro il 31 Maggio. Sono stati confermati i seguenti percorsi assistenziali con le stesse modalità degli anni precedenti: Diabete Mellito, Scompenso, BPCO, B1S, B1. Per quanto riguarda l'attività dell'Odontoiatria Sociale Proattiva del primo semestre del 2025 sono state effettuate - n° 97 Prestazioni Domiciliari - n° 5700 prestazioni erogate tra ambulatori situati presso il distretto e presso il P.O. San Donato. In questo numero sono comprese le prestazioni erogate per progetti speciali: n° 177 prestazioni di ablazione tartaro su pazienti fragili (oncologici, cardiopatici, disabili, in lista per trapianto) n° 480 prestazioni di altro tipo (visite - cure) a pazienti fragili n° 192 prestazioni erogate pazienti afferenti al "percorso protetto" n° 400 prestazioni n°50 visite adulti e n°34 visite pediatriche, con e senza sedazione, a pazienti provenienti dal percorso PASS a questi vanno aggiunti 3 interventi in narcosi su pazienti disabili e l'attività presso la casa circondariale (una mattina a settimana) le cui prestazioni erogate però non rientrano tra le prestazioni riferibili al Distretto presso il quale vengono erogate però tutte quelle prestazioni per le quali è necessaria una strumentazione non in dotazione all'ambulatorio. Azioni conseguenti: Continuare a monitorare l'attività Nuova Sanità d'Iniziativa, secondo le indicazioni aziendali, mantenendo la presa in carico proattiva dei pazienti arruolati e favorendo l'arruolamento di nuovi pazienti.	
Data monitoraggio	
22/12/2025	
Annualità	
2025	
Responsabile Programma	
Nome	Tommaso Condello
Titolo del programma operativo	

Aretina

Titolo del programma operativo

Sviluppo integrazione e inclusione sociale

Descrizione

sviluppo integrazione e inclusione sociale

Obiettivo di salute collegato

Inclusione sociale e lotta alla povertà

Stato del monitoraggio

Monitorato

Descrizione Monitoraggio

Le attività di cui al programma in oggetto si stanno svolgendo nei termini previsti dalla programmazione, compreso quelle inerenti al servizio di informazione finalizzato alle politiche di integrazione.

Il progetto LAVORLAB si sta svolgendo nelle modalità e nelle tempistiche previste nell'ambito della coprogettazione avviata nel 2024 e le attività che coinvolgono tale progetto avranno durata fino al 19/12/2027;

Lo sportello di mediazione culturale ha svolto in maniera proficua le sue funzioni nel periodo di affidamento e la sperimentazione si è conclusa il 21/08/2025.

Il Centro per i disturbi del neurosviluppo sta realizzando le attività educative e di inclusione previste nell'ambito della co-progettazione.

Data monitoraggio

21/01/2026

Annualità

2025

Responsabile Programma

Nome

Paola Garavelli

Titolo del programma operativo

Migliorare i servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie

Descrizione

Migliorare i servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie

Obiettivo di salute collegato

Potenziamento dei servizi area materno infantile e i servizi a tutela delle donne

Stato del monitoraggio

Monitorato

Descrizione Monitoraggio

Le attività di cui al programma in oggetto si sono svolti nei termini previsti dalla programmazione, compreso quelle inerenti al Centro Affidi, allo sportello neo-maggiorenni "Strada facendo" e l'assistenza domiciliare educativa (ADE).

Il progetto PNRR M5 C2 Inv. 1.1.1 c.d. P.I.P.P.I. sta trovando attuazione nel territorio della Zona Aretina nel rispetto delle modalità previste dalle Linee Guida Ministeriali.

Nel marzo 2025 il MLPS ha approvato il progetto presentato dal Comune di Arezzo, in qualità di capofila dell'ATS, in risposta al Bando "DesTEENazione-desideri in azione" en in seguito allo svolgimento di una procedura di coprogettazione volta al coinvolgimento degli ETS interessati alla realizzazione delle linee progettuali di cui al Bando Ministeriale, stiamo procedendo con le attività progettuali e con i lavori di ristrutturazione finanziati con risorse FESR e FSE+

Sono stati realizzati i percorsi psico terapeutici di gruppo DBT adolescenti e genitori in linea con quanto previsto. Nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria degli interventi a supporto della genitorialità e a tutela dei minori in situazione di vulnerabilità familiare sono stati programmati interventi di gruppo di sostegno alla genitorialità (Laboratori 5G) suddivisi per fasce di età dei figli e rivolti alla cittadinanza in generale, finanziati dai fondi famiglia previsti da RT. GTM: Sono state inoltre sviluppate azioni di presa in carico integrata delle situazioni a più grave rischio di allontanamento

Aretina

Descrizione Monitoraggio

dei minori per criticità del nucleo familiare.

Data monitoraggio

21/01/2026

Annualità

2025

Responsabile Programma

Nome

Paola Garavelli

Titolo del programma operativo

Implementazione strumenti governo zonale

Descrizione

- Supervisione Operatori Sociali (FNPS)
- Leps potenziamento Servizio Sociale
- PNRR M5 C2 inv. 1.1.4 Supervisione, potenziamento e prevenzione burn out
- Convenzione Sociosanitaria
- SEUS

Obiettivo di salute collegato

Azioni di sistema

Stato del monitoraggio

Monitorato

Descrizione Monitoraggio

Le attività di potenziamento del Servizio Sociale si sono svolte nei termini previsti dalla programmazione, compreso il progetto PNRR M5 C2 Inv. 1.1.4 relativo alla supervisione degli AASS e alla prevenzione del fenomeno del burnout che sta coinvolgendo gli operatori del territorio Aretino. L'esperienza sta dando un riscontro positivo.

Per quanto riguarda il Sistema Emergenza Urgenza Sociale SEUS la Zona Aretina è entrata nella sperimentazione operativa coordinata a livello regionale.

Il 2025 ha visto la prosecuzione dell'attività della fase SOI sperimentazione operativa dei casi complessi iniziata il 1.07.2024 per preparare il servizio sociale all'entrata attiva nel SEUS. Questa fase ha visto incontri mensili del GOES per discutere e analizzare i casi emergenza giunti al servizio sociale e valutare l'opportunità del ricorso al Seus oppure se gestirli con l'attività ordinaria.

Il GOES gruppo operativo emergenza SOCIALE è costituito da 8 aa.ss rappresentati delle diverse aree di intervento. Il GOES è coordinato da un RES e due vice RES. Gli incontri vengono condotti secondo un protocollo regionale.

La Convenzione è stata sottoscritta dal Comune di Arezzo quale ente capofila del progetto e definito dalla Conferenza integrata del 13 settembre 2022.

Il 19 maggio è stata consegnato il Numero Verde agli aa.ss; successivamente verrà consegnato anche agli amministratori, Forze dell'Ordine e infine al Pronto Soccorso, dopo la valutazione del primo periodo di attività.

Dal 26 maggio il servizio è attivo; una centrale operativa risponde alle richieste di intervento e viene inviato sul posto l'operatore a.s e un oss per la messa in atto dell'intervento.

In riferimento alla Convenzione sociosanitaria è terminato tutto il lavoro di integrazione del settore disabilità, il Piano-programma così modificato è quindi pronto per essere approvato in Conferenza dei Sindaci Integrata.

Data monitoraggio

21/01/2026

Annualità

2025

Responsabile Programma

Nome

- undefined

Titolo del programma operativo

Contrasto alla povertà

Aretina

Descrizione	
Sistema territoriale di contrasto alla povertà e di sviluppo di politiche inclusive	
Obiettivo di salute collegato	
Inclusione sociale e lotta alla povertà	
Stato del monitoraggio	
Monitorato	
Descrizione Monitoraggio	
Le attività di cui al programma in oggetto si stanno svolgendo nei termini previsti dalla programmazione, compreso quelle inerenti ai Progetti Utili alla Collettività (PUC) e ai Servizi di Prossimità. Il partenariato, sorto in seguito alla procedura di co-progettazione in tema di grave povertà, per l'anno 2025 sta svolgendo le attività concordate, che coinvolgono le linee progettuali PNRR M5C2 inv. 1.3.1 e 1.3.2; l'aggiornamento del portale REGIS relativo alle attività dei progetti PNRR sta procedendo in linea con quanto previsto e si procederà a breve a richiedere la liquidazione della II° tranche di finanziamento, nelle modalità prescritte dalle Linee Guida Ministeriali; Le attività del servizio del segretariato sociale sono state avviate il 01/01/2025 con durata fino al 31/12/2027 e si stanno svolgendo come da capitolato d'appalto; Il progetto "Educare in Comune" si è svolto nelle modalità e nei termini concordati ed è terminato in data 17/09/2025;	
Data monitoraggio	
23/01/2026	
Annualità	
2025	
Responsabile Programma	
Nome	Paola Garavelli
Titolo del programma operativo	
Sostenere e assistere le persone con disabilità	
Descrizione	
Il Programma mette in atto una serie di progetti rivolti a tutte le persone con disabilità al fine di dare una risposta ai differenti bisogni, sociali, economici e sanitari, dei pazienti e delle famiglie.	
Obiettivo di salute collegato	
Diversificazione dell'offerta dei servizi per la disabilità	
Stato del monitoraggio	
Monitorato	
Descrizione Monitoraggio	
La UVMD rappresenta lo snodo valutativo e progettuale per la disabilità, con l'adozione del regolamento di organizzazione e funzionamento della UVMD vi è stato il consolidamento delle attività e del funzionamento dell'equipe. Nel semestre è stata richiesta profilazione degli operatori per accesso al livello WP3 per l'inserimento in procedura ed elaborazione del progetto di vita su piattaforma informatica, ancora non partita a livello regionale. E' stato completato il regolamento del team di Transizione e adottato con atto del Direttore di Zona Distretto. Nel 2025 si sono svolte 51 sedute con oltre 300 discussioni di casi complessi, alcune situazioni hanno richiesto più momenti di confronto. ELENCO FORNITORI INPS HCP 2022-2025: con deliberazione n. 7 del 30.04.2025 è stato disposto in Conferenza Integrata dei Sindaci della Zona Aretina di aderire al progetto HCP 2025 e di delegare il Comune di Arezzo, quale Ente capofila della ATS Zona Aretina, a pubblicare un avviso pubblico per la costituzione di un elenco di operatori economici qualificati per l'erogazione delle prestazioni integrative a valere sul Progetto "Home Care Premium 2025" con durata fino al 30/06/2028. La procedura è in corso e si sta procedendo anche all'iscrizione dei richiedenti nell'elenco fornitori suddetto; CENTRI DI SOCIALIZZAZIONE PER DISABILI le attività si stanno svolgendo secondo le modalità programmate. PNRR M5 C2 INV. 1.2 – PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA': il Comune di Civitella in Val di Chiana, in quanto soggetto attuatore del progetto, ha comunicato il ritiro dallo stesso e sta procedendo alla formalizzazione della	

Aretina

Descrizione Monitoraggio

mancata prosecuzione attraverso la compilazione della documentazione necessaria al settore competente del MLPS.

TRASPORTO SOCIALE PER DISABILI: l'attività di trasporto sociale per disabili si sta svolgendo in co-progettazione e si prevede di avviare una nuova procedura di co-progettazione per la ricerca di ETS disponibili a svolgere le attività nell'anno 2026;

PROGETTO DOPO DI NOI DGRT 508/2024

Con la manifestazione di interesse di fine 2024 è stato costituito un nuovo partenariato per la co-progettazione delle azioni del Dopo di Noi. Visto la presenza di alcuni residui di budget precedenti, è stato deciso di non attivare l'azione C e di utilizzare tali residui per l'attivazione, con il supporto dell'UVMD, di ulteriori percorsi di autonomia per l'ambito A (circa 20) in aggiunta a quelli preventivati. L'ambito B, costituisce una risposta importante per gli inserimenti residenziali; ogni appartamento è rivolto a 5 persone, ad oggi è disponibile un posto letto. La fase di messa a terra della delibera 508 ha richiesto un importante impegno in termini di incontri e riunioni con i soggetti del terzo settore, sia per la progettazione che per il monitoraggio delle azioni, oltre che per individuare nuovi partecipanti da inserire nelle azioni previste. Per quanto riguarda l'ambito C, oltre alla prosecuzione dello sportello di ascolto, sono state svolte, a fine 2025, delle attività di informazione e sensibilizzazione per persone con disabilità e loro familiari.

CAREGIVER FAMILIARE solo con la conferma dei fondi da parte regionale provenienti da quelli nazionali avvenuti nel mese di aprile è stato possibile poter proseguire gli interventi con regolarità secondo le modalità programmate. Il finanziamento ha garantito la soddisfazione delle domande storiche con interventi da 400 euro.

VITA INDIPENDENTE Il progetto regionale ha visto il modificarsi dei criteri di messa a bando nella misura del POR FSE+2021/2027. Tale progetto prevede il finanziamento dei singoli progetti per un ciclo di tre anni con una maggiore diversificazione degli interventi, quindi una progettualità maggiormente prospettica per i beneficiari. Rispetto al numero degli interventi del 2024 per 42 beneficiari, sono pervenute 82 richieste idonee e attivati 79 progetti. Rispetto al progetto IN AUT sono stati attivati, nel 2025, 15 progetti. La UVMD ha rivalutato tutti i richiedenti per garantire un equo sistema di valutazione e poter condividere con tutte le persone e le loro famiglie i singoli progetti.

ASSISTENZA DOMICILIARE ALLE PERSONE CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO le attività si stanno svolgendo secondo le modalità programmate seguendo i progetti individualizzati dei beneficiari. Viene garantito attraverso forme di assistenza domiciliare indiretta e mediante contributo economico riconosciuto secondo i criteri stabiliti dalla normativa di riferimento.

PERCORSO SLA le attività si stanno svolgendo con regolarità secondo le modalità programmate.

CAT si accede ai servizi di consulenza in forma libera. Le attività si stanno svolgendo con regolarità per facilitare l'integrazione delle persone con disabilità. E' consolidata l'attività di collaborazione tra CAT, servizio sociale e UVMD. Le attività vanno dallo studio e valutazione della personalizzazione ausili con operatori del settore, alla commissione e verifica appropriatezza prescrizione protesi ed ausili, alla prova ed addestramento carrozzine elettriche, scooter e propulsori elettrici. Tra gli interventi è previsto il supporto per formedi comunicazione Aumentativa Alternativa e l'addestramento ausili di comunicazione a bassa ed alta tecnologia. Tra le attività, vi è la valutazione ambientale (barriere architettoniche ecc) e la ricerca di sistemi di controllo domotico per l'autonomia della persona con gravissime disabilità con relativa formazione, infine la ricerca di sistemi alternativi di guida.

PERCORSI PER L'AUTONOMIA PER GIOVANI/ADULTI CON DISABILITA' GRAVI

In linea con le richieste provenienti dal territorio, proseguono gli interventi previsti dai progetti individuali definiti in UVMD: usufruendo dei percorsi residenziali per le situazioni più complesse, talvolta privi di rete familiari per i quali non vi è la possibilità di assistenza a domicilio. I percorsi di autonomia rientrano prevalentemente nei progetti di vita indipendente IN/AUT e Dopo di Noi.

Data monitoraggio

27/01/2026

Annualità

2025

Responsabile Programma

Nome

Sabrina Palei

Titolo del programma operativo

Assistere nella residenzialità e nella domiciliarità

Descrizione

Il Programma prevede l'integrazione tra UF Assistenza Sociale, Cure Primarie, Cure Palliative per l'assistenza residenziale e domiciliare alle persone non autosufficienti, favorendo laddove possibile il mantenimento delle persone presso il proprio contesto di vita.

Obiettivo di salute collegato

Gestione della cronicità e sostegno alla domiciliarità

Stato del monitoraggio

Aretina

Stato del monitoraggio	
Monitorato	

Descrizione Monitoraggio	
ATEDOM sono proseguite le attività previste dal bando FSE (2024-2027) articolate nelle 4 azioni. Nel mese di maggio, visto il numero ridotto degli interventi nell'azione 3 e il crescente numero di segnalazioni da parte degli specialisti dell'UFSMIA di bambini con disabilità bisognosi di un percorso personalizzato di supporto, è stato deciso, previo parere positivo della Regione Toscana, di modificare il budget, trasferendo parte di quello dedicato all'azione 3 verso l'azione 4 (40.000 €). Con tale trasferimento è stato preventivata l'attivazione di circa 15 pacchetti di educatore/oss secondo i progetti personalizzati, per un totale di 77 interventi da inizio progetto. Per l'azione 1 il trend di richieste attivazioni nel 2025 è stato coerente con il 2024 e nelle due annualità sono stati corrisposti 269 pacchetti di supporto nelle dimissioni ospedaliere attraverso le attività domiciliari delle figure dell'operatore socio sanitario e del fisioterapista. Per l'azione 2 sono stati attivati 56 pacchetti. Infine per l'azione 3 sono stati attivati 46 contributi. ASSISTERE NELLA DOMICILIARITA' LE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI Al fine di favorire l'accesso alla cittadinanza, è stata implementata l'apertura del Punto Insieme di un giorno: attualmente il servizio è aperto lunedì mattina, mercoledì e giovedì pomeriggio. Tra i servizi di supporto alla residenzialità è stato evidenziato un aumento di richieste di attivazioni di assistenza domiciliare rispetto ai contributi economici per badanti, ad oggi abbiamo una breve lista di attesa di 6 persone. Per quanto riguarda i ricoveri di sollievo, sono interventi importanti di supporto utilizzati anche in occasione di dimissioni ospedaliere; nel secondo trimestre dell'anno è stato evidenziato circa il 30 % in più delle giornate usufruite rispetto al precedente trimestre. Grazie ad uno progetto aggiuntivo Regione Toscana e alla scelta della Conferenza dei Sindaci di attribuire il finanziamento alla ASL. Con il progetto "Circolarità e Umanizzazione nell'assistenza domiciliare integrata" di 30.500 euro, è stato possibile iniziare gli interventi di per integrare l'assistenza domiciliare di circa 1200 ore. Il progetto ci ha dato modo di poter rispondere al bisogno. ACCESSO ALLE RRSSAA Il ricorso ai ricoveri in RSA definitivi sono disciplinati dall'applicazione del regolamento sulle liste di priorità; si evidenzia che la media delle persone in lista di attesa è circa di 60 persone al mese. Vista la limitata disponibilità di posti letto nelle RSA della Zona Aretina, molti utenti ricorrono a quelle fuori zona. Da luglio 2024, con il modificarsi dell'autorizzazione della RSA PESCAIOLA per un totale di 56 posti letto, sono stati attivati 7 posti in Rsa di cure intermedie, setting utili alle dimissioni ospedaliere e che insieme ai moduli specialistici - Motorio e SVP - rappresentano una risposta a connotazione più specialistica. E' stato ottimizzato ed affinato il tourn over per l'utilizzo dei posti letto nei moduli specialistici. Per il 2025 la quota sanitaria ha visto un aumento ad euro a 59,10 euro per il modulo base. Nel 2025 è stata chiusa una RSA di 19 posti letto, questo rappresenta per il territorio una riduzione dei posti disponibili per la cittadinanza. ASSISTENZA RESIDENZIALE MODULO COGNITIVO le azioni si stanno svolgendo con regolarità secondo il progetto generale della struttura e dei singoli progetti individualizzati. Presso la Rsa Maestrini sono attivi 10 pl. l'ingresso e il periodo del ricovero viene seguito dal geriatra territoriale della ZD. Nel corso del 2025 sono stati accolti nel modulo specialistico 33 persone. Ad oggi non si riscontrano persone in lista di attesa. Nel periodo estivo, attraverso una programmazione dettagliata è stato possibile dare sollievo alle famiglie inserendo utenti del CDA. ATTIVITA' INFERMIERISTICA DI COMUNITA' Ben si integra nei servizi di supporto a favore delle persone non autosufficienti proseguendo il suo sviluppo nell'attività domiciliare; le attività sono in linea con quanto programmato. Inoltre va sottolineato il suo ruolo nelle UVM sia nella fase valutativa che in quella di commissione progettuale. A novembre 2025 si è tenuta la formazione interdipartimentale sulla presa in carico della persona non autosufficiente e parallelamente tutto il personale individuato come IFeC ha partecipato alla formazione aziendale costruita sulla DGRT 1573 del 23/12/2024. PROGETTO SCUDO Le attività di assistenza palliativa domiciliare si stanno susseguendo in modo regolare secondo la programmazione del servizio per rispondere alle esigenze dei singoli pazienti affetti da patologia cronica non guaribile gravata da sintomi psico-fisici che incidono sulla qualità di vita degli assistiti.	

Data monitoraggio	
28/01/2026	

Annualità	
2025	

Responsabile Programma	
Nome	Sabrina Palei

Titolo del programma operativo	
Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale	

Descrizione	
Verifica degli interventi terapeutici riabilitativi, non soltanto farmacologici ma anche relazionali con particolare attenzione alla valorizzazione delle risorse e delle capacità mantenute dal paziente.	

Obiettivo di salute collegato	
Promozione del benessere e la salute mentale	

Aretina

Stato del monitoraggio	
Monitorato	
Descrizione Monitoraggio	
Monitoraggio della redazione insieme al paziente (ed eventualmente ai familiari) del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato in modo da favorire interventi di medicina di precisione e interventi di personalizzazione delle cure con promozione della autonomia.	
Data monitoraggio	
11/02/2026	
Annualità	
2025	
Responsabile Programma	
Nome	Giampaolo Di Piazza
Titolo del programma operativo	
Contrasto dipendenze	
Descrizione	
Contrasto dipendenze	
Obiettivo di salute collegato	
Prevenzione e promozione della salute	
Stato del monitoraggio	
Monitorato	
Descrizione Monitoraggio	
Alcologia di rete: L'integrazione con i club alcologici continua e la programmazione riabilitativa integrata con l'associazione contribuisce, anche in recepimento della programmazione regionale, al mantenimento del tessuto locale dell'Auto Mutuo Aiuto in Alcologia. Alla metodologia Udoliniana, recentemente diffusa in corso didattico e formativo, sono stati inseriti diversi operatori del Servizio; Progetto Gap "Strada Facendo": In esecuzione del percorso di coprogettazione è stata stipulata la convenzione con ATI di ETS per la realizzazione delle azioni di potenziamento e diversificazione per intensità di cura e differenziazione dei setting formali e informali di assistenza. Sono state condotte diverse azioni della campagna di sensibilizzazione per la prevenzione del GAP in associazione e sinergia con le associazioni e gli ETS; Orti fior di carota: si è rafforzata con l'incremento di personale impegnato presso questa attività riabilitativa la programmazione del Ser.D per il rafforzamento e la sperimentazione di abilità relazionali e professionali in ambiente di agricoltura sociale e orientamento al lavoro e alla legalità; Percorsi Residenziali: a cusa dell'accrescimento di casistiche di donne Dipendenti vittime di violenza e maltrattamenti, per l'inasprimento delle norme di prevenzione per i delitti verso persone fragili messe in atto da persone Dipendenti (in aumento per la forte diffusione di cocaina e altri stimolanti), per la grave contingente stretta dell'economia locale che marginalizza le persone dipenti di fatto etromettendole dalle consuete modalità pur avventiziali e comunque fragili di inserimento lavorativo e sociale, la domanda di Residenzialità è aumentata e il ricorso a questi setting di cura per i bisogni multiprovenienti illustrati si indirizzerà a soddisfare la domanda stimata in incremento nel corso dell'anno; Senza Tabacco: L'attività clinica nei setting individuali e di gruppo sta procedendo secondo programmazione raccogliendo una buona prevalenza in superamento delle attese e in incremento rispetto le annualità precedenti.	
Data monitoraggio	
16/02/2026	
Annualità	
2025	

Aretina

Responsabile Programma	
Nome	Marco Becattini
Titolo del programma operativo	
Promozione di sani stili di vita e prevenzione	
Descrizione	
Il Programma si focalizza sui seguenti aspetti della promozione e della prevenzione della salute: 1) la prevenzione delle malattie infettive prevenibili tramite vaccinazione 2) la prevenzione delle patologie sottoposte a screening, anche tramite il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta. 3) la promozione di sani stili di vita attraverso campagne informative e formative rivolte a diverse fasce della popolazione 4) attività fisica adattata (AFA) e campagne di prevenzione terziaria finalizzate alla corretta gestione degli esiti di malattia anche attraverso percorsi di presa in carico domiciliare.	
Obiettivo di salute collegato	
Prevenzione e promozione della salute	
Stato del monitoraggio	
Monitorato	
Descrizione Monitoraggio	
Nel corso di primi 6 mesi dell'anno, sono stati attivati e realizzati le seguenti attività e progettualità: QUANTE PIRAMIDI Raggiunti 4 plessi di 2 Istituti Comprensivi del territorio zonale: IC Martiri di Civitella e IC Severi per un totale di 5 classi e 111 bambini e bambine della primaria formati Guadagnare salute: incontri informativi, di sensibilizzazione e informazione su stili di vita salutari e consumi consapevoli Programma eventi 2025 presso sezione soci Coop di Arezzo 20 Gennaio 2025 Una piramide di salute: da consumatori a buongustai 17 Febbraio 2025 Scelte consapevoli: Sicurezza Alimentare: il sistema dei controlli dalla produzione al consumatore finale 4 Marzo 2025 Guida alla lettura delle etichette alimentari: cibi ultraprocessati e cibi pronti 17 Marzo 2025 Approccio one health: benessere animale e antibiotico-resistenza" 7 Aprile 2025 La prevenzione dei disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico: il progetto AFA (attività fisica adattata) 14 Aprile 2025 Nutrirsi o mangiare? Quantità e qualità per una sana alimentazione 5 Maggio 2025 I biocidi: cosa sono e il rischio in ambiente domestico 19 Maggio 2025 Planetary Health La Cultura del Dono: stili di vita salutari per un futuro da cittadini più consapevoli Raggiunte 2 Sec. di II grado del territorio zonale: Liceo Redi e Liceo Vittoria Colonna per un totale di 4 classi e 84 studenti/esse raggiunte Dopo gli interventi formativi tenuti tra febbraio e aprile 2025 le scuole hanno prodotto del materiale informativo sulla cultura del dono che hanno presentato all'evento provinciale finale tenutosi alle Logge del Grano di Arezzo il 29 maggio -STRETCHING CHE FAVOLA Raggiunti 4 plessi di 3 istituto Comprensivi del territorio zonale: IC IV Novembre, IC Martiri di Civitella e IC Garibaldi Capolona, per un totale di 13 classi e 275 bambini e bambine raggiunte formando 13 insegnanti -STRETCHING IN CLASSE Raggiunto un istituto comprensivo del territorio zonale: IC IV Novembre, per un totale di 10 classi e 199 bambini e bambine raggiunti formando 10 insegnanti AFA- ATTIITA' FISICA ADATTATA E PREVENZIONE DELLE CADUTE Nel Corso del I° semestre 2025 nella ZD di Arezzo sono attivi i CORSI AFA in tutti i 6 comuni con una copertura del 100% con n° 33 punti eroganti . I corsi sono organizzati da 15 provider di cui N° 8 non profit e N° 7 profit. I Corsi attivati sono n° 96 di cui: AFA A (Soggetti con autonomia conservata) N° 85 Corsi e N° 1584 Partecipanti AFA B (Soggetti con autonomia conservata e a rischio caduta) N° 2 CORSI e N°45 Partecipanti AFA C (Soggetti con ridotta competenza funzionale) N° 11 Corsi e N° 128 partecipanti	
Data monitoraggio	
17/02/2026	
Annualità	
2025	
Responsabile Programma	
Nome	Tommaso Condello
Titolo del programma operativo	
Continuità ospedale-territorio	

Aretina

Descrizione

Il Programma è finalizzato al governo delle transizioni di cura, assistenza e riabilitazione da e verso ospedale, principalmente per dare risposta ai pazienti coi bisogni socio-sanitari complessi e per implementare progressivamente la gestione anche dei bisogni più semplici.

Obiettivo di salute collegato

Potenziamento della fruibilità, accesso, equità e appropriatezza delle cure

Stato del monitoraggio

Monitorato

Descrizione Monitoraggio

La COT (Centrale Operativa Territoriale) nel corso del periodo preso in esame ha implementato il numero delle prese in carico e strutturato un percorso di valutazione degli assistiti pre-dimissione (transizione ospedale-territorio), che prevede il contatto telefonico preliminare con il paziente stesso laddove è possibile, care giver e il MMG. Sono stati definiti i percorsi di continuità per la prosecuzione delle terapie farmacologiche ospedaliere di tipo parenterale in ambiente extraospedaliero (domicilio o residenza), coinvolgendo i reparti segnalanti, la farmacia ospedaliera e le strutture residenziali sanitarie (cure intermedie) e socio-sanitarie (RSA). Si sta implementando la transizione territorio-territorio (mmg vs cure intermedie, hospice, strutture riabilitative), sensibilizzando i MMG ad effettuare la segnalazione alla COT di tutti gli assistiti che necessitano di un percorso di presa in carico strutturato anche attraverso un eventuale ricovero temporaneo in una struttura residenziale. Al fine di rafforzare la domiciliarità, garantire la dimissione ospedaliera assistita e prevenire i reingressi in ospedale e gli accessi impropri in PS, la COT ha provveduto ad attivare n. 58 prese in carico domiciliari con il progetto di telemedicina, garantendo in tal modo, il monitoraggio dei principali parametri vitali e la gestione da remoto di eventuali criticità di natura clinica, nei casi eleggibili a tale percorso.

AMBULATORIO FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

L'attività è iniziata il 01/03/25 ed al 15/08/25 abbiamo preso in cura 18 pazienti (ce ne sono 4 in lista d'attesa che entro il 31/08/25 saranno presi in cura) in dimissione ospedaliera. L'ambulatorio si trova c/o PO SAN DONATO SCALA 5 PIANO 0 SETTORE 6. L'ambulatorio di Fisioterapia Respiratoria, come da requisiti di Sicurezza prevede la presenza del Medico Pneumologo e del Fisioterapista. L'ambulatorio è aperto dal Lunedì al Venerdì dalle 11.30 alle 13.30. Si accede all'Ambulatorio con richiesta di Specialistica Ambulatoriale fatta dallo Pneumologo Ospedaliero (LR015 RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO RESPIRATORIA INDIVIDUALE e LR016 RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO RESPIRATORIA DI GRUPPO) prenotabile con AGENDA CUP ESCLUSIVA dagli Operatori della Riabilitazione al CARO o con Piano di Trattamento Riabilitativo Individuale (a seconda della complessità) redatto dallo Pneumologo Ospedaliero e dal Fisioterapista che vanno in lista d'attesa P3 c/o CARO

SERVIZI DI SALUTE MENTALE: LA PRESA IN CARICO POST OSPEDALIERA

La procedura applicata sui percorsi di dimissione da SPDC di giovani e giovani adulti prevede durante il ricovero, l'attivazione di una équipe multiprofessionale per realizzare insieme al paziente un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato da attuarsi al momento delle dimissioni che consiste, oltre a colloquio con lo psichiatra di riferimento, anche eventuale percorso con educatore, infermiere, psicologo e ass. sociale in modo da garantire una presa in carico globale e multiprofessionale.

OSPEDALE DI COMUNITA'

La Zona Distretto Aretina in base a quanto previsto dai criteri del PNRR e del DM 77 ha in realizzazione un nuovo Ospedale di Comunità con una capienza di 20 p.l., che si andrà ad aggiungere ai 24 posti letto di low care già attivi presso la struttura San Giuseppino lab.

Il nuovo Ospedale di Comunità garantirà i seguenti servizi assistenziali

- Assistenza di base ed infermieristica sulle 24 ore 7 giorni su 7,
- Assistenza medica 6 giorni su 7 (l'assistenza medica sarà assicurata da MMG o da PLS o da medici dipendenti del SSN e nelle ore notturne e prefestive e festive dai medici della Continuità Assistenziale)
- Attività riabilitativa estensiva.
- Servizi diagnostici di base in raccordo con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri dell'Azienda
- Educazione alla salute e programmi di prevenzione.

Azioni conseguenti:

Proseguire il lavoro di collaborazione con l'ospedale e con gli altri servizi territoriali (cure palliative, salute mentale, serd), favorendo una maggiore integrazione e comunicazione e la possibilità di una presa in carico integrata tra i vari servizi sanitari e sociali afferenti alla Zona Distretto Aretina.

Data monitoraggio

17/02/2026

Annualità

2025

Responsabile Programma

Nome

Tommaso Condello

Titolo del programma operativo

Governo liste d'attesa

Aretina

Descrizione

Il Programma vuole dare una risposta alla necessità di ridefinire l'Erogazione delle prestazioni specialistiche e diagnostiche, secondo l'appropriatezza e i livelli di priorità anche tramite il dove si prescrive si prenota.

Obiettivo di salute collegato

Potenziamento della fruibilità, accesso, equità e appropriatezza delle cure

Stato del monitoraggio

Monitorato

Descrizione Monitoraggio

Il programma è gestito a livello aziendale dall'UOS Monitoraggio tempi di attesa prestazioni ambulatoriali e di ricovero in attività istituzionale e libera professione. con la collaborazione delle cure primarie a livello zonale. AGGIORNATO in "Appropriatezza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa"

Programma

Data monitoraggio

17/02/2026

Annualità

2025

Responsabile Programma

Nome

Tommaso Condello

Monitoraggio Finale schede POA

1	<u>Rete aziendale Codice Rosa</u>
2	<u>Consultorio e Menopausa</u>
3	<u>Imparo a conoscermi</u>
4	<u>Piccoli lettori si nasce!</u>
5	<u>NATI PER LA MUSICA</u>
6	<u>Presa in carico delle donne in gravidanza, puerperio e neonati a rischio sociale. Integrazione Territorio / Ospedale.</u>
7	<u>Sostegno gravidanza, parto e puerperio</u>
8	<u>Procreazione Medicalmente Assistita</u>
9	<u>Test HPV primario nello screening cervicale</u>
10	<u>Azioni di adeguamento delle attività consultoriali agli standard previsti dalla DGR 674/2023</u>
11	<u>Quante Piramidi!!!</u>
12	<u>La Cultura del Dono: stili di vita salutari per un futuro da cittadini più consapevoli</u>
13	<u>Stretching che favola!</u>
14	<u>Stretching in classe</u>
15	<u>Guadagnare salute: incontri informativi, di sensibilizzazione e informazione su stili di vita salutari e consumi consapevoli</u>
16	<u>Benessere Integrato: Incontri di Educazione e Promozione della Salute per una vita Consapevole e Sana</u>
17	<u>Cure palliative simultanee e precoci</u>
18	<u>Assistenza palliativa residenziale - HOSPICE</u>
19	<u>Odontoiatria sociale proattiva</u>
20	<u>Potenziamento dei percorsi partecipativi e sviluppo dell'informazione</u>
21	<u>Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria</u>
22	<u>Progetto L.A.V.O.R.LAB</u>
23	<u>ELENCO FORNITORI PROGETTO INPS HOME CARE PREMIUM 2022-2025</u>
24	<u>PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.2</u>

Aretina

25	<u>Supervisione e Rafforzamento dei Servizi Sociali Assistenti Sociali, Prevenzione del fenomeno del burn out - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.4</u>
26	<u>Trasporto sociale per disabili</u>
27	<u>PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.1. - SOSTEGNO ALLE CAPACITÀ GENITORIALI E PREVENZIONE DELLA VULNERABILITÀ DELLE FAMIGLIE E DEI BAMBINI</u>
28	<u>HOUSING TEMPORANEO - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.3.1</u>
29	<u>STAZIONI DI POSTA - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.3.2</u>
30	<u>Segretariato Sociale</u>
31	<u>Sistema Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)</u>
32	<u>SUPERVISIONE DEGLI OPERATORI SOCIALI - FNPS</u>
33	<u>RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI DOMICILIARI PER GARANTIRE LA DIMISSIONE ANTICIPATA ASSISTITA E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE - TELEMEDICINA - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.3</u>
34	<u>Centri di socializzazione per disabili</u>
35	<u>PUC - Progetti Utili alla Collettività</u>
36	<u>LEPS Potenziamento Servizi Sociali</u>
37	<u>CENTRO PER LE FAMIGLIE - CENTRO AFFIDI</u>
38	<u>SERVIZIO EDUCATIVO PER FAMIGLIE CON MINORI (ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE)</u>
39	<u>Servizi di Prossimità</u>
40	<u>Progetto SCUDO</u>
41	<u>SERVIZIO DI INFORMAZIONE FINALIZZATO ALLE POLITICHE DI INTEGRAZIONE</u>
42	<u>Educare in Comune</u>
43	<u>Sportello di Mediazione Culturale</u>
44	<u>Assistenza residenziale nei moduli motori</u>
45	<u>Progetto Dopo di Noi</u>
46	<u>Interventi per persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo</u>
47	<u>A.TE.DO.M.</u>
48	<u>Assistenza residenziale nel modulo cognitivo</u>
49	<u>L'accesso alle RR.SS.AA.: un aiuto agli anziani non autosufficienti</u>
50	<u>Vita indipendente</u>
51	<u>Assistenza residenziale nel modulo vegetativo</u>
52	<u>Assistenza domiciliare alle persone con disabilità gravissima</u>
53	<u>Sostegno del ruolo di cura e assistenza del CAREGIVER FAMILIARE</u>
54	<u>Intervento Indipendenza e Autonomia - IN AUT</u>
55	<u>Assistere nella domiciliarità le persone anziane non autosufficienti</u>
56	<u>SPORTELLI NEO MAGGIORENNI "STRADA FACENDO"</u>
57	<u>Rete dei servizi di prevenzione e di accoglienza in caso di violenza di genere (Provincia di Arezzo)</u>
58	<u>Tutela salute mentale richiedenti asilo</u>
59	<u>Interventi non farmacologici dei disturbi di ansia</u>
60	<u>Intervento psico educativo familiare integrato</u>
61	<u>Servizi di salute mentale: la presa in carico post ospedaliera</u>
62	<u>Valutazione degli esiti dei percorsi in comunità terapeutica con strumenti standardizzati</u>
63	<u>PNRR - Missione 6 - DM 77/2022</u>
64	<u>Benessere Psicologico Adolescenza</u>
65	<u>Progetto "Autismo"</u>
66	<u>Laboratori 5G</u>
67	<u>Presa in carico integrata: Gruppi Tutela Minori e Vulnerabilità Familiare</u>
68	<u>Psicoeducazione familiare ed autismo - Provincia di Arezzo</u>
69	<u>Centro per i disturbi del neurosviluppo</u>
70	<u>Centrale Operativa Territoriale (COT).</u>
71	<u>Case della Comunità</u>
72	<u>Riabilitazione funzionale del fisioterapista nelle disfunzioni del pavimento pelvico</u>

Aretina

73	<u>Ambulatorio Fisioterapia Respiratoria</u>
74	<u>AFA - Attività Fisica Adattata e prevenzione delle cadute</u>
75	<u>CAT - Centro Ausili Alta Tecnologia</u>
76	<u>Cure Intermedie: Ospedale di Comunità e Low Care</u>
77	<u>UVMD</u>
78	<u>Progetto GAP "Strada Facendo"</u>
79	<u>Orti fior di carota</u>
80	<u>Senza tabacco</u>
81	<u>Alcologia di rete</u>
82	<u>Percorsi residenziali per persone dipendenti</u>
83	<u>Azioni di prevenzione e contrasto alla diffusione dell'infezione COVID-19</u>
84	<u>Nuova Sanità d'Iniziativa</u>
85	<u>Reti cliniche</u>
86	<u>Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)</u>
87	<u>Percorso SLA</u>
88	<u>Progetto Trasporto per cicli di prestazioni terapeutiche di persone in condizioni di fragilità</u>
89	<u>VaccinarSI</u>
90	<u>Sviluppo dell'infermieristica di Comunità</u>

Aretina

Titolo della scheda di attività
Rete aziendale Codice Rosa

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della violenza di genere
Area di programmazione	Violenza di genere
Settore prevalente	Accoglienza e ascolto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Valutazione multidisciplinare del rischio, Accoglienza, Servizio sociale professionale, Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Con la costituzione del team multidisciplinare rete territoriale codice rosa si intende favorire l'adeguata presa in carico delle vittime di violenza e maltrattamento attraverso l'individuazione di istruzioni operative e buone prassi da applicare e seguire nei primi colloqui con la vittima.

Obiettivi specifici
- Valutazione del rischio per le "vittime" per le quali è attivata il team multidisciplinare - Adeguata presa in carico territoriale

Descrizione del monitoraggio
Le attività si sono svolte in linea con gli obiettivi stabiliti.

Data del monitoraggio
09/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Alessandra Mori	Alessandra Mori

Aretina

Titolo della scheda di attività**Consultorio e Menopausa****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Promozione della salute delle donne
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Materno-infantile
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Tutela della salute della donna, Assistenza per menopausa
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Mantenimento spazi Consultoriali dedicati alle donne in menopausa. Proposta proattiva, durante l'effettuazione dell' HPV Test (Screening cervice uterina), dei servizi dedicati alla sfera menopausale con possibilità di orientamento dei servizi specifici più appropriati ai bisogni.

Raccolta anamnestica e rilevazioni dei bisogni tramite tassonomie NIC NOC NANDA

Obiettivi specifici

- migliorare la salute della donna in menopausa.
- prevenzione delle malattie croniche

Mantenimento di un ambulatorio di 6 ore alla settimana con presenza di una ginecologa ed ostetrica dedicate.

Descrizione del monitoraggio

Mantenuti gli spazi ambulatoriali dedicati. Non è stato invece ancora attivato ambulatorio di pertinenza ostetrica con rilevazione dei bisogni tramite tassonomie NANDA NIC NOC.

Data del monitoraggio

09/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Alessandra Mori	Alessandra Mori

Aretina

Titolo della scheda di attività**Imparo a conoscermi****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Promozione di sani stili di vita e prevenzione
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Azioni di sistema Prevenzione e promozione
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Promozione dello Spazio giovani. Invito al Consultorio per gli allievi del terzo anno scuola media inferiore. Incontri di gruppi-classe, presso gli Istituti stessi e tenuti da due operatori consultoriali.

Obiettivi specifici

- Favorire la conoscenza del servizio consultoriale e nello specifico dello "Spazio giovani"
- Promuovere l'attività del Consultorio Giovani come luogo di promozione del benessere e prevenzione del disagio giovanile
- Sensibilizzare alle tematiche dello sviluppo adolescenziale nell'ottica della promozione di comportamenti responsabili e nel rispetto delle relazioni
- Informazione e prevenzione primaria delle MST.

Descrizione del monitoraggio

Effettuate le attività previste in tutti gli Istituti Comprensivi presenti sul territorio.

Data del monitoraggio

09/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Alessandra Mori	Alessandra Mori

Aretina

Titolo della scheda di attività
Piccoli lettori si nasce!

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Percorso nascita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Azioni di sistema Prevenzione e promozione
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema
Argomenti	-
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
* sensibilizzazione dei genitori sia durante l'attesa che dopo il parto all'importanza della lettura in famiglia e della lingua madre, lentamente a bassa voce, come strumento per lo sviluppo cognitivo del bambino e per lo sviluppo del rapporto bambino-genitore.

Obiettivi specifici
- sostenere e potenziare la relazione genitoriale - favorire lo sviluppo cognitivo del bambino

Descrizione del monitoraggio
Sono stati effettuati tutti gli incontri calendarizzati.

Data del monitoraggio
09/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Alessandra Mori	Alessandra Mori

Aretina

Titolo della scheda di attività
NATI PER LA MUSICA

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Percorso nascita
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Azioni di sistema Prevenzione e promozione
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali, Formazione del personale, Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Realizzazione di un incontro all'interno del Percorso di Accompagnamento alla Nascita Aziendale, in collaborazione con Associazione Culturale Pediatri Toscana (ACP), con la finalità sia di sensibilizzare i futuri genitori sull'importanza dell'espressione sonora e della pratica musicale sin dalla gravidanza che promuovere l'utilizzo della musica e del canto come attività da svolgere in famiglia. Verrà inoltre proposta ed intonata con le/i musiciste/i di ACP una "ninna nanna" della cultura di questo territorio.

Obiettivi specifici
A livello relazionale ascoltare e fare musica in famiglia, giocando con la voce, con gli oggetti quotidiani che producono suoni, cantare filastrocche e inventarne di nuove rafforza il legame affettivo tra adulto e bambino ed è fonte di benessere, favorisce inoltre la prosocialità e la regolazione delle emozioni.
Nel bambino sviluppa proprie capacità di ascolto, accresce l'immaginazione e la creatività, aumenta la capacità di concentrazione e attenzione ed esercita la memoria.

Descrizione del monitoraggio
Sono stati effettuati tutti gli incontri calendarizzati.

Data del monitoraggio
09/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Alessandra Mori	Alessandra Mori

Aretina

Titolo della scheda di attività

Presa in carico delle donne in gravidanza, puerperio e neonati a rischio sociale. Integrazione Territorio / Ospedale.

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Percorso nascita
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Materno-infantile
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza per problemi individuali e di coppia, Maternità e paternità responsabile, Assistenza al puerperio e supporto nell'accudimento del neonato, Interventi e attività a sostegno dei percorsi assistenziali pre e post partum, Supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio
Argomenti	-
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Presa in carico, in continuità tra territorio ed ospedale, di gravide e/o puerpere e loro nucleo familiare, in situazioni di maggiore fragilità emotiva psicosociale e perinatale non inserite nel sistema dell'aiuto sociale, al fine di prevenire gli effetti negativi che la condizione di disagio socio-ambientale può determinare sulla salute, lo sviluppo e il benessere psico-fisico complessivo del neonato.

Obiettivi specifici

- * Identificazione precoce, valutazione e presa in carico delle situazioni di fragilità genitoriale;
- * favorire il benessere psicofisico del neonato

Azioni:

- * segnalazione ai soggetti individuati nella rete di sostegno sia territoriali che ospedalieri
- * valutazione del caso in equipe
- * pianificazione di un progetto integrato di sostegno/monitoraggio territoriale

Descrizione del monitoraggio

Presa in carico di tutte le situazioni di fragilità emerse e/o segnalate dagli altri servizi.

Data del monitoraggio

09/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Alessandra Mori	Alessandra Mori

Aretina

Titolo della scheda di attività**Sostegno gravidanza, parto e puerperio****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Percorso nascita
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Materno-infantile
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza all'interruzione volontaria della gravidanza, Tutela della salute della donna, Maternità e paternità responsabile, Corsi di accompagnamento alla nascita, Consulenza preconcezionale, Assistenza alla donna in stato di gravidanza, Assistenza al puerperio e supporto nell'accudimento del neonato, Interventi e attività a sostegno dei percorsi assistenziali pre e post partum, Mediazione culturale
Argomenti	-
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Il Percorso Nascita inizia con il rilascio del libretto di gravidanza. All'interno del percorso ci sono molteplici attività in spazi dedicati:

\- Controllo gravidanza a basso e medio rischio ostetrico ed eventuale invio in ambulatorio ospedaliero di riferimento per le gravidanze ad alto rischio. Incontri di Accompagnamento alla Nascita, puerperio ambulatoriale, Massaggio Infantile.

Obiettivi specifici

Fornire informazioni utili per una scelta consapevole dei servizi a disposizione. - Sostegno alla genitorialità - Sostegno alla donna/famiglia nell'immediato post partum - Sostegno dell'allattamento al seno - Sostegno e potenziamento della relazione genitoriale e del benessere neonatale.

La consegna del Libretto/Ricettario alla donna/coppia, individuale, è l'occasione per presentare l'offerta del Percorso Nascita Aziendale e per fornire informazioni utili per una scelta consapevole dei servizi a disposizione. Inoltre, se la donna lo desidera, vengono prenotati gli accertamenti diagnostico/strumentali.

Gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita offrono informazioni di tipo ostetrico-ginecologico, tecniche di rilassamento psicofisico per la gestione dell'ansia e del dolore, forniscono supporto e assistenza a livello pratico ed emotivo dando informazioni sull'allattamento, sul legame di attaccamento e come favorirlo, sui cambiamenti che il nuovo ruolo genitoriale comporta a livello di identità personale e delle dinamiche di coppia. Particolare attenzione viene riposta alla programmazione istituzionale per gruppi di donne migranti.

Il puerperio ambulatoriale, sostiene la donna/famiglia nell'immediato post partum favorendo il buon avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno e la fisiologia dell'adattamento post natale, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia.

Questa fase viene potenziata con azione proattiva, rivolgendo una chiamata telefonica, effettuata dall'Ostetrica consultoriale (a le donne che hanno acconsentito), entro sette giorni e ad un mese dalla dimissione ospedaliera con l'obiettivo di verificare il benessere materno e neonatale.

Descrizione del monitoraggio

Attuate le modalità progettuali previste.

Data del monitoraggio

09/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Alessandra Mori	Alessandra Mori

Aretina

Titolo della scheda di attività**Procreazione Medicalmente Assistita****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Percorso nascita
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Materno-infantile
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Consulenza preconcezionale, Assistenza per sterilità e infertilità, Mediazione culturale, Assistenza per problemi individuali e di coppia, Procreazione responsabile
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

E' stato stimato che circa il 20% della popolazione è affetta da infertilità, da qui nasce l'esigenza di dare una risposta capillare alla richiesta dell'utenza. Il servizio si occupa della presa in carico e della cura delle coppie.

Obiettivi specifici

* Offrire alle coppie una uniformità di prestazioni e servizi di qualità ed avanguardia al passo con le tecnologie e le ricerche scientifiche. Azioni All'interno dell'ambulatorio dedicato, effettuazione di:
 * prima visita: raccolta anamnesi della coppia ed eventuale richiesta esami
 * seconda visita: valutazione degli esami precedentemente richiesti ed invio alle prestazioni di PMA Aziendali più appropriate per la coppia (I° II° e III° livello).

Descrizione del monitoraggio

Attuate le modalità progettuali previste.

Data del monitoraggio

09/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Alessandra Mori	Alessandra Mori

Aretina

Titolo della scheda di attività**Test HPV primario nello screening cervicale****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Promozione della salute delle donne
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Screening oncologici secondo l'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Mantenimento del programma di screening per il tumore della cervice uterina con test HPV come test di screening primario, nell'ambito dei programmi di screening per il carcinoma cervicale.
 Lo screening basato sulla ricerca degli HPV oncogeni (HR-HPV) come test di screening primario è più efficace dello screening con Pap-test nel prevenire i tumori invasivi cervicali.

Obiettivi specifici

- prevenzione dei tumori cervicovaginali;
 - aumento della sensibilità dello screening.
 Effettuazione di screenig cervicale in cui il test HPV-HR viene utilizzato come test primario nella fascia di età 34-64 anni, promozione dell'offerta alla popolazione bersaglio attraverso il servizio di screenig organizzato su base di popolazione.

Descrizione del monitoraggio

Attuate tutte le modalità progettuali previste.

Data del monitoraggio

09/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Alessandra Mori	Alessandra Mori

Aretina

Titolo della scheda di attività**Azioni di adeguamento delle attività consultoriali agli standard previsti dalla DGR 674/2023****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Reti cliniche integrate e strutturate
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema, Revisione e miglioramento dei processi assistenziali
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

La DGRT 674/2023 recante gli Indirizzi regionali per le attività consultoriali è tra le miles stones del programma di attuazione del DM 77/22 e dalla DGR 1508/2022. Si prevede l'analisi e la riorganizzazione dei percorsi socio-assistenziali secondo la suddivisione e declinazione della suddetta DGRT, con particolare attenzione alle modalità di accesso e presa in carico integrata

Obiettivi specifici

Analisi, revisione ed implementazione dei percorsi, degli aspetti logistici e attrezzature.

Descrizione del monitoraggio

Gli standard di assegnazione previsti dalla delibera Regionale, non sono stati ancora adeguati.

Data del monitoraggio

09/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Alessandra Mori	Alessandra Mori

Aretina

Titolo della scheda di attività
Quante Piramidi!!!

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Promozione di sani stili di vita e prevenzione
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	01/01/2025 - 31/12/2025

Descrizione
Progetto di promozione della Salute, setting scuola Primaria, proposto dall'Area Dipartimentale Promozione ed Etica della Salute Un incontro in classe con la componente scolastica che si articola attraverso un gioco improntato sul confronto fra la piramide alimentare Toscana, quella nazionale, quelle di altre culture (es: asiatica, africana ecc.) per passare alla piramide transculturale pediatrica e all'analisi della piramide dell'attività fisica per bambini e bambine. Durante l'incontro gli alunni acquisiscono informazioni su come si compone un pasto sano ed equilibrato grazie al "piatto sano", giocando a completarlo con gli elementi corretti. Attraverso attività ludiche e creative, da sperimentare in classe e anche a casa, (come ottenere acquerelli dalla buccia della frutta, fondi di caffè etc) gli alunni scoprono come poter rendere l'alimentazione più sostenibile per la loro salute e per quella del pianeta. La formazione ,svolta dalle dietiste e dietisti del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione, è rivolta alla componente studentesca della quarta classe della scuola primaria E'previsto un questionario di gradimento.

Obiettivi specifici
Conoscere gli alimenti per imparare ad effettuare scelte consapevoli e partecipare per la propria salute e per la salute del pianeta.

Descrizione del monitoraggio
Raggiunti 4 plessi di 2 Istituti Comprensivi del territorio zonale: IC Martiri di Civitella e IC Severi per un totale di 5 classi e 111 bambini e bambine della primaria formati

Data del monitoraggio
29/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività**La Cultura del Dono: stili di vita salutari per un futuro da cittadini più consapevoli****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Promozione di sani stili di vita e prevenzione
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	01/01/2024 - 31/12/2024

Descrizione

Con questo progetto, come prevede la delibera regionale n.1367 del 4/12/2017, si intende contribuire alla diffusione della cultura della donazione ed ad una corretta comunicazione rivolta principalmente al mondo della scuola con lo scopo di sensibilizzare e rendere consapevoli gli insegnanti e gli studenti sulla tematica.

Gli eventi formativi, incentrati sui corretti stili di vita e sul mondo della donazione d'organo, sono rivolti sia al personale docente e alla componente studentesca delle scuole secondari di II grado.

E' previsto un evento finale dove ci sarà la restituzione da parte delle ragazze e dei ragazzi formate con elaborati di vario tipo (cortometraggi, poster, elaborati artistici ...)

Obiettivi specifici

- Promuovere la cultura del dono e degli stili di vita salutari nella scuola e nella comunità;
- Favorire la consapevolezza e sensibilizzare alla cultura della donazione;
- Informare sui temi, modalità e aspetti legati al mondo della donazione

Descrizione del monitoraggio

Raggiunte 2 Sec. di II grado del territorio zonale: Liceo Redi e Liceo Vittoria Colonna per un totale di 4 classi e 84 studenti/esse raggiunte

Dopo gli interventi formativi tenuti tra febbraio e aprile 2025 le scuole hanno prodotto del materiale informativo sulla cultura del dono che hanno presentato all'evento provinciale finale tenutosi alle Logge del Grano di Arezzo il 29 maggio

Data del monitoraggio

29/12/2025

Referente attività**Scheda compilata da**

Aniello Buccino

Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività
Stretching che favola!

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Promozione di sani stili di vita e prevenzione
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività, Tutela e promozione dell'attività fisica
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Progetto di promozione della salute, setting scuola dell'infanzia, proposto dall'Area Dipartimentale Promozione ed Etica della Salute Ritmi e gli stili di vita familiari sono caratterizzati sempre più da sedentarietà e inattività fisica, con ridotta possibilità di fare esperienza motoria. Risulta importante quindi promuovere, sin dall'infanzia, lo sviluppo di tali capacità. Queste attività infatti, non solo favoriscono un più armonico sviluppo psicomotorio ed emotivo ma contribuiscono ad acquisire un atteggiamento positivo nei confronti dell'attività motoria. Attraverso il gioco di imitazione dei personaggi di una favola, inventata appositamente e strutturata sulla base dei principi dello stretching, come proposto con questo progetto, viene offerta al bambino e alle bambine l'opportunità di scoprire il piacere del gioco di movimento nei momenti di vita scolastica. Il progetto si articola su di un incontro formativo in presenza di 2 ore rivolto al personale docente della scuola dell'infanzia, tenuto dagli Assistenti Sanitari Ref. EAS e dalle Fisioterapiste della UOP RF SMIA del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione. Dopo la formazione, il personale docente programmerà le esperienze motorie acquisite con i bambini e le bambine delle proprie classi. Sarà consegnato materiale illustrativo con le posture dei movimenti correttivi da svolgere ed effettuare in base al racconto della favola scelta o ideata

Obiettivi specifici
-Favorire il benessere dei bambini e delle bambine -Promuovere elementi di stretching sotto forma di gioco simbolico divertenti e allo stesso tempo educativi -Stimolare lo sviluppo dello schema motorio in età sensibile

Descrizione del monitoraggio
Raggiunti 4 plessi di 3 istituti Comprensivi del territorio zonale: IC IV Novembre, IC Martiri di Civitella e IC Garibaldi Capolona, per un totale di 13 classi e 275 bambini e bambine raggiunte formando 13 insegnanti

Data del monitoraggio
29/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività**Stretching in classe****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Promozione di sani stili di vita e prevenzione
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività, Tutela e promozione dell'attività fisica
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Progetto di promozione della salute, setting scuola primaria, proposto dall'Area Dipartimentale Promozione ed Etica della Salute.

Il Progetto Regionale "Stretching in classe" prevede la proposizione di alcuni semplici esercizi della durata di 10 minuti da svolgere in classe, fra una lezione e l'altra, illustrati in un poster presente in aula e guidati a turno dalla componente studentesca. Gli esercizi proposti sono mirati alla riduzione dei problemi dovuti ad una posizione prolungata e scorretta sui banchi.

Formazione in presenza, tenuta dagli Assistenti Sanitari Ref. EAS e dalle fisioterapiste della UOP RF SMIA del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione, rivolta al personale docente delle scuole della primaria, 1 incontro di 2 ore.

Dopo la formazione, il personale docente, programmerà le esperienze motorie acquisite con i bambini e le bambine delle proprie classi. Il personale docente a loro volta, ripropongono alla componente scolastica sia la parte teorica che quella pratica di esercizi. Infatti, ogni giorno, a turno, una ragazza o un ragazzo presenta alla classe i semplici esercizi, seguendo un poster illustrativo appeso in aula. Il coinvolgimento dei ragazzi e delle ragazze come "guida" consente loro di essere protagonisti del messaggio educativo, incrementando la consapevolezza del proprio corpo e delle proprie competenze per la vita.

Obiettivi specifici

Promuovere la consapevolezza di sé l'ascolto corporeo e la gestione dello stress

Contrastare gli effetti di posizioni scorrette nei banchi di scuola

Favorire il benessere degli studenti/studentesse

Promuovere elementi di stretching sotto forma di gioco

Stimolare lo sviluppo dello schema motorio in età sensibile

Descrizione del monitoraggio

Raggiunto un istituto comprensivo del territorio zonale: IC IV Novembre, per un totale di 10 classi e 199 bambini e bambine raggiunti formando 10 insegnanti

Data del monitoraggio

29/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività

Guadagnare salute: incontri informativi, di sensibilizzazione e informazione su stili di vita salutari e consumi consapevoli

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Promozione di sani stili di vita e prevenzione
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Prevenzione delle malattie croniche più diffuse secondo indicazioni nazionali, Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	01/01/2025 - 31/12/2025

Descrizione

Programma di promozione della salute svolto in collaborazione tra la Zona Distretto Aretina e la sezione soci Coop di Arezzo e coordinato dal referente Educazione della Salute della zona distretto e dall'UOC Promozione ed Etica della Salute. Gli incontri, aperti alla popolazione generale, si tengono nella sala soci Coop di via Amendola e sono condotti in maniera sinergica e multidisciplinare da professionisti e professionisti del Dipartimento delle Professioni Tecniche Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione e del Dipartimento di Prevenzione. Il ciclo di incontri nasce dall'esigenza di rendere più facili le scelte salutari e di promuovere momenti che mirino a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l'insorgere di malattie croniche degenerative di grande rilevanza epidemiologica, oltre ad accrescere la consapevolezza nella comunità dell'importanza di contrastare i principali fattori di rischio modificabili. L'obiettivo del programma è quello di aumentare la consapevolezza della cittadinanza su sani stili di vita, su elementi di sicurezza alimentare, igiene ambientale e veterinaria, in un approccio One Health ideale per raggiungere la salute globale.

Obiettivi specifici

Realizzazione di incontri con la popolazione generale per la promozione di un sano stile di vita e consumi consapevoli, per fornire strumenti di sicurezza alimentare e igiene ambientale

Descrizione del monitoraggio

Programma eventi 2025 presso sezione soci Coop di Arezzo
 20 Gennaio 2025 Una piramide di salute: da consumatori a buongustai
 17 Febbraio 2025 Scelte consapevoli: Sicurezza Alimentare: il sistema dei controlli dalla produzione al consumatore finale
 4 Marzo 2025 Guida alla lettura delle etichette alimentari: cibi ultraprocesati e cibi pronti
 17 Marzo 2025 Approccio one health: benessere animale e antibiotico-resistenza
 7 Aprile 2025 La prevenzione dei disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico: il progetto AFA (attività fisica adattata)
 14 Aprile 2025 Nutrirsi o mangiare? Quantità e qualità per una sana alimentazione
 5 Maggio 2025 I biocidi: cosa sono e il rischio in ambiente domestico
 19 Maggio 2025 Planetary Health

Data del monitoraggio

29/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività
Benessere Integrale: Incontri di Educazione e Promozione della Salute per una vita Consapevole e Sana

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Promozione di sani stili di vita e prevenzione
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Prevenzione delle malattie croniche più diffuse secondo indicazioni nazionali, Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Nella regione Toscana, i dati sanitari rivelano una situazione critica con cifre che superano il 20/25% rispetto alle medie regionali. La mortalità per malattie cardiocircolatorie è elevata, registrando 419,6 decessi ogni 100.000 abitanti. La presenza di malati cronici è significativa, con una quota di 335,9 persone su 1000 abitanti, di cui ben 19.400 risultano non autosufficienti nell'intera Asl. Le ospedalizzazioni per malattie del sistema cardiocircolatorio sono di 19,4 casi ogni 1000 abitanti, mentre il tasso di ospedalizzazione per tumori è altrettanto preoccupante, con 18,9 casi su 1000 abitanti. Complessivamente, il tasso di ospedalizzazione generale raggiunge i 126,4 ricoveri ogni mille abitanti. Dinanzi a questa critica realtà, emerge la necessità di interventi mirati. Gli Incontri di Educazione e Promozione della Salute si configurano come una risposta strategica, proponendosi di affrontare tali problematiche attraverso la sensibilizzazione della comunità, l'offerta di strumenti pratici per la prevenzione e la promozione di stili di vita salutari. L'obiettivo è quello di invertire la tendenza attuale, contribuendo a migliorare la salute generale della popolazione e ridurre le criticità evidenziate dai dati sanitari. Il loro obiettivo principale consiste nell'accrescere la consapevolezza all'interno della comunità, offrendo informazioni chiare e accessibili relative all'invecchiamento e alle malattie croniche. Parallelamente, si mira a fornire ai partecipanti strumenti pratici per la prevenzione, promuovendo stili di vita salutari, gestione del peso e una dieta equilibrata. Attraverso un approccio olistico, gli incontri mirano a favorire la serenità e la fiducia, promuovendo un ambiente di supporto e affrontando le sfide legate alle emozioni difficili. Obiettivo generale: Dotare le persone di strumenti pratici per una vita consapevole, orientata alla prevenzione e gestione della salute emotiva, contribuendo a promuovere un benessere complessivo e uno stile di vita sano e appagante.

Obiettivi specifici
Realizzazione di incontri con la popolazione affetta da malattie croniche e i familiari, coordinati con gli infermieri di famiglia e comunità, per diffondere conoscenze sulle malattie ma anche per illustrare la rete zonale di servizi che opera in sinergia con la medicina generale.

Descrizione del monitoraggio

Data del monitoraggio
29/12/2025

Referente attività	Scheda compilata da
Aniello Buccino	Aniello Buccino

Aretina

Titolo della scheda di attività
Cure palliative simultanee e precoci

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Reti cliniche integrate e strutturate
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Cure palliative
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Cure palliative domiciliari di primo livello o di base, Centri specialistici di cure palliative - Hospice, Cure palliative domiciliari di secondo livello o specialistiche
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
cure palliative domiciliari in fase precoce di patologia oncologica, concomitanti con terapie causali

Obiettivi specifici
- controllo sintomi - miglioramento tollerabilità delle cure antineoplastiche - implementazione del copying alla malattia

Descrizione del monitoraggio
da fare

Data del monitoraggio
07/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Chiara Pacifico	Chiara Pacifico

Aretina

Titolo della scheda di attività**Assistenza palliativa residenziale - HOSPICE****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Reti cliniche integrate e strutturate
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Cure palliative
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Centri specialistici di cure palliative - Hospice
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

cure palliative in Hospice

Obiettivi specifici

cure sintomatiche e di supporto a Pazienti affetti da patologia oncologica e cronica ingravescente a cattiva prognosi con problematiche di ordine clinico e/o sociale

Descrizione del monitoraggio

Abbiamo gestito in Hospice 146 pazienti prevalentemente oncologici. la maggioranza degli assistiti per gestione del fine vita in pz con elevata complessità assistenziale, una quota per gestione di sintomi difficili per impostare la migliore terapia farmacologica possibile o variazioni di terapie con oppioidi meno maneggevoli.
Abbiamo acquisito un ecografo utile per valutazione addominali al fine di effettuare paracentesi e accessi venosi profondi e stabili.
Abbiamo iniziato ad effettuare incontri con musicoterapia e proseguiamo per il prossimo anno anche con la PET Therapy.

Data del monitoraggio

08/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Chiara Pacifico	Chiara Pacifico

Aretina

Titolo della scheda di attività
Odontoiatria sociale proattiva

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sanità d'Iniziativa
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Sorveglianza dell'anziano fragile, Assistenza specialistica ambulatoriale, Sanità di iniziativa
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
L'"Odontoiatria sociale" è un progetto finalizzato all'erogazione delle prestazioni odontoiatriche rivolte al maggior numero di utenti, con particolare attenzione per i cosiddetti "soggetti fragili". Il progetto punta alla prevenzione creando un sistema di odontoiatria d'iniziativa, ovvero il percorso si trasforma da "attesa" dei pazienti in ambulatorio alla "intercettazione" dove si presume ci sia necessità e cioè scuole, Rsa, Rsd, ecc. La prevenzione è realizzata nelle seconde classi delle scuole elementari, dove gli igienisti fanno una breve lezione sugli stili di vita, alla quale segue una valutazione non clinica del cavo orale dei bambini. L'odontoiatra effettua anche accessi presso le RSA per visite odontoiatriche e ripristino protesi.

Obiettivi specifici
Sviluppo dell'odontoiatria di iniziativa Sviluppo degli interventi di prevenzione delle patologie del cavo orale Creazione di una rete con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, gli specialisti odontoiatri e la scuola.

Descrizione del monitoraggio
in corso

Data del monitoraggio
13/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Romagnoli Alessandra	Romagnoli Alessandra

Aretina

Titolo della scheda di attività**Potenziamento dei percorsi partecipativi e sviluppo dell'informazione****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Sulla base di quanto disposto dalla DGRT n. 1339/2019 che approva l'"Integrazione alla DGRT 573/2017 Linee guida del piano integrato di salute (PIS) e del piano di inclusione zonale (PIZ)," l'attività promuove lo sviluppo di percorsi di partecipazione nel corso della elaborazione del PIS, del PIZ al fine di attivare il dialogo strutturato con le organizzazioni della cittadinanza attiva e del terzo settore o, più in generale, con la popolazione dell'ambito territoriale.

Obiettivi specifici

- Definizione delle modalità di coinvolgimento dei componenti degli istituti di partecipazione previsti dalla normativa vigente, il loro ruolo e le loro prerogative;
- Sviluppo dell'informazione e della comunicazione verso l'utenza

Descrizione del monitoraggio

Nel corso del 2025 si sono tenuti gli incontri di Comitato di Partecipazione con cadenza mensile

Data del monitoraggio

13/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
undefined undefined	Lucia Mondani

Aretina

Titolo della scheda di attività
Convenzione per l’esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Implementazione strumenti governo zonale
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-Sanitario
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Strumenti di Programmazione, Revisione e miglioramento dei processi assistenziali
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
La convenzione definisce gli impegni degli enti aderenti e disciplina il coordinamento e la omogeneità dei servizi dei territori riguardanti gli anziani non autosufficienti e la disabilità al fine di assicurare la continuità dei servizi e delle attività socio-sanitarie

Obiettivi specifici
· Integrazione del livello istituzionale di zona · Integrazione dei processi e degli strumenti di programmazione · Integrazione professionale · Integrazione gestionale · Partecipazione

Descrizione del monitoraggio
Nel corso del 2025 sono stati elaborati i documenti relativi alla sezione dedicata al settore disabilità. In attesa di approvazione da parte della Conferenza dei Sindaci Integrata Zonale.

Data del monitoraggio
13/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
undefined undefined	Lucia Mondani

Aretina

Titolo della scheda di attività

Progetto L.A.V.O.R.LAB

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Supporto all'inserimento lavorativo
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	20/12/2024 - 19/12/2027

Descrizione

Nell'anno 2024 è stato avviato un procedimento di coprogettazione da parte del Comune di Arezzo per la predisposizione di un progetto da presentare nell'ambito dell'Avviso Pubblico denominato "Interventi di accompagnamento al lavoro per persone in condizione di fragilità" a valere sul PR FSE+ 2021-2027 Priorità 3 Inclusione sociale, attività PAD 3.h.1, finalizzato all'attivazione di percorsi individualizzati che prevedono misure attive di inserimento sociale e lavorativo (DDRT n. 12541 del 06/06/2024 finanziamento che rientra nell'ambito del PR Toscana FSE+ 2021-2027 Attività PAD 3.h.1, interventi finalizzati all'inclusione socio-lavorativa delle persone fragili e a rischio di esclusione sociale in carico ai servizi socio sanitari territoriali, in continuità con la programmazione del POR FSE 2014- 20).

Il progetto sorto all'esito del procedimento di coprogettazione è stato denominato L.A.V.O.R.LAB e comprende il Comune di Arezzo quale capofila e incaricato dall'ATS Aretina e i seguenti partners: Consorzio COOB Consorzio di Cooperative Sociali per l'Inclusione lavorativa, ATHENA SRL, Agenzia Formativa Accreditata Regione Toscana, BEETOOBEE SRL Società Benefit, BETADUE COOPERATIVA SOCIALE DI TIPO B, FUTURA IMPRESA SOCIALE S.C.S., Cooperativa Sociale Il Cenacolo Srl Imp. Soc., Koinè cooperativa sociale di tipo A società cooperativa a responsabilità limitata ONLUS, MESTIERI TOSCANA - Consorzio di Cooperative Sociali - Società Cooperativa Sociale, Pegaso Network coop sociale Onlus.

I destinatari del progetto sono n. 240 e sono persone disoccupate o inoccupate in carico ai servizi sociosanitari territoriali.

Obiettivi specifici

Il progetto prevede la realizzazione delle seguenti attività:

- Preso in carico e Valutazione Muldimensionale dei potenziali destinatari, che tenga conto delle specificità dei vari target, permetta la definizione di metodi adeguati a promuoverne l'occupabilità.
- Orientamento finalizzato a favorire l'aumento di consapevolezza con lo scopo di diminuirne il rischio di marginalizzazione e di promuovere self empowerment ed occupabilità.
- Progettazione personalizzata: individuazione e pianificazione dei percorsi volti ad accrescere il potenziale di occupabilità.
- Tirocini e Tutoraggio: tirocini ai sensi della DGR n.620/2020. Per ogni tirocinio verrà prevista inoltre una coerente azione di tutoring.
- Formazione e Laboratori: coinvolgimento di tutte le persone in carico nelle attività formative su SSL e l'erogazione delle attività di formazione obbligatoria per alimentaristi sulla base delle esigenze specifiche. Saranno inoltre realizzate attività laboratoriali da attivare a catalogo, in base ai bisogni delle persone.

Descrizione del monitoraggio

Il progetto si sta svolgendo nelle modalità e nelle tempistiche previste nell'ambito della co-progettazione avviata nel 2024.

Data del monitoraggio

22/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

ELENCO FORNITORI PROGETTO INPS HOME CARE PREMIUM 2022-2025

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizio sociale di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Servizio sociale professionale
Argomenti	-
Popolazione target	Disabili
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	01/07/2022 - 30/06/2025

Descrizione

In applicazione di quanto previsto con Accordo ex art. 15 L. 241/1990 e ss.mm.ii. Sottoscritto tra il Comune di Arezzo – quale delegato dalla Conferenza Integrata dei Sindaci della Zona Aretina – e INPS - Direzione regionale della Toscana -, è stato istituito un elenco fornitori che: consente all'utente libertà di scelta del prestatore; garantisce la massima concorrenza tra i fornitori di uno stesso servizio; consente all'Ente di offrire tutte le prestazioni integrative richieste nei tempi imposti dal Piano assistenziale Individuale. Il Bando Pubblico I.N.P.S. "Progetto Home Care Premium 2022" al quale ha appunto partecipato la Zona Aretina, ha valenza per il periodo 1luglio 2022 - 30 giugno 2025 ed è rivolto ai dipendenti e pensionati pubblici e loro congiunti non autosufficienti e prevede due tipologie di prestazione a favore degli utenti: la prestazione prevalente che consiste in un contributo mensile erogato direttamente dall'INPS al beneficiario e le prestazioni integrative a cura degli Enti aderenti.

Le prestazioni integrative e le rispettive tariffe sono disciplinate dal bando pubblico INPS e sono:

servizi professionali domiciliari (OSS, educatore professionale)
 altri servizi professionali domiciliari (psicologo, fisioterapista, logopedista)
 servizi e strutture a carattere extra domiciliare (centri socio educativi riabilitativi diurni)
 sollievo (domiciliare, diurno extra domiciliare, residenziale)
 trasferimento/trasporto assistito (trasporto collettivo con assistenza carrozzato, trasporto individuale senza assistenza, con assistenza, con assistenza carrozzato, trasporto barellato)
 supporti
 percorsi di integrazione scolastica (servizi di assistenza scolastica specialistica)
 servizi di attività sportive (servizi sportivi)

Obiettivi specifici

Si prevede l'erogazione di contributi economici mensili in favore di soggetti non autosufficienti, maggiori di età o minori, che siano disabili e si trovino in condizioni di non autosufficienza, per il rimborso di spese sostenute per l'assunzione di un assistente familiare. La creazione dell'Elenco di Fornitori Prestazioni Integrative permette di individuare operatori economici qualificati per l'erogazione delle suddette prestazioni, le quali devono essere fornite sulla base di Piani Assistenziali Individuali (PAI) elaborati dagli Assistenti Sociali Case Manager in favore di cittadini beneficiari residenti nell'ATS Zona Aretina.

Descrizione del monitoraggio

Si sta procedendo alla iscrizione dei richiedenti nell'elenco dei fornitori

Data del monitoraggio

22/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.2

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Strutture/percorsi sperimentali, Inserimento lavorativo, Supporto autonomia, Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	15/05/2023 - 30/03/2026

Descrizione

Il progetto vede come capofila per la Zona Aretina il comune di Civitella in Val di Chiana: la Convenzione con il Ministero è stata sottoscritta e il progetto ha visto il suo avvio nel dicembre 2022. Si prevede la messa a disposizione della collettività di uno spazio, altrimenti inutilizzato, adattato, funzionale e sostenibile per accogliere appartamenti per persone con disabilità, ma anche spazi polifunzionali in grado di fungere da contenitori funzionali e tecnologici per percorsi formativi e di occupabilità per i soggetti beneficiari del progetto, ma aperti e fruibili dalla collettività intera.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi generali del progetto sono:

- promuovere attività mirate all'acquisizione delle autonomie delle persone con disabilità al fine di garantire il diritto all'autodeterminazione;
- prevenire e contenere i ricoveri istituzionali, privilegiando la libertà di scelta e autonomia di tutte le persone con disabilità;
- programmare azioni orientate all'acquisizione di abilità comunicative e lavorative e /o al recupero di competenze occupazionali;
- ampliare lo scenario esistente nell'ambito degli inserimenti lavorativi/tirocini per l'inclusione sociale, mediante il coinvolgimento di Enti del Terzo Settore e le realtà presenti sul territorio.
- promuovere l'integrazione del sistema nell'ottica di ricercare maggiore efficacia ed efficienza.
- promuovere un continuum circolare di sostegno al progetto di vita nei vari ambiti essenziali alla propria autodeterminazione (formazione, occupazione, abitazione; attraverso il coinvolgimento attivo del tessuto sociale locale);
- sviluppare e consolidare un appartamento "Durante e Dopo Di Noi" da n.5 posti residenti, ai sensi dell'art. 22, LR TOSCANA 41/2005 del DPGR n.2-r/2018;
- sviluppare e consolidare un appartamento per la Vita Indipendente ai sensi dell'art.22 della Lr TOSCANA n.41/2005 (Comunità familiare per disabili). Con le azioni di progetto si intende sviluppare e promuovere una metodologia di gestione dei servizi alloggiativi, di tipo para-familiare, intesi come soluzioni di residenzialità di lungo periodo.

Descrizione del monitoraggio

il progetto PNRR M5 C2 Inv. 1.2 si stava svolgendo sotto la supervisione del Comune di Civitella in Val di Chiana il quale, in data 21/01/2026, ha comunicato il ritiro dal progetto suddetto e stiamo procedendo alla compilazione dei format ministeriali necessari per la formalizzazione della mancata prosecuzione del progetto.

Data del monitoraggio

22/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

Supervisione e Rafforzamento dei Servizi Sociali Assistenti Sociali, Prevenzione del fenomeno del burn out - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.4

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Implementazione strumenti governo zonale
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-assistenziale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Formazione del personale
Argomenti	-
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	18/12/2023 - 30/03/2026

Descrizione

Per supervisione professionale s'intende un processo di supporto alla globalità dell'intervento professionale degli assistenti sociali e degli operatori sociali e di riflessione sulle azioni introdotte nella pratica operativa quotidiana. La supervisione è un sistema volto a creare uno spazio ed un tempo di sospensione in cui la riflessione viene guidata da un esperto ed è finalizzata a creare una distanza equilibrata dall'azione, per vedere, analizzare e valutare con lucidità la dimensione emotiva e metodologica dell'intervento. La supervisione si connota come uno spazio per ripensare l'agire professionale che consente di operare una valutazione e un'autovalutazione dell'operato del professionista. In quanto livello essenziale, la supervisione si articola in:

- un obbligo per l'Ente datore di lavoro;
- un diritto-dovere per il professionista che svolge le funzioni di servizio sociale di competenza dell'Ambito Territoriale Sociale, sia in gestione diretta che in gestione externalizzata.

Nell'anno 2023 è stato affidato il servizio ad un supervisore professionale, che svolgerà il suo intervento per gli operatori della Zona Aretina nel periodo 18/12/2023 – 31/12/2025.

Obiettivi specifici

Il progetto ha l'obiettivo di offrire agli AASS dei Comuni della zona ed agli operatori sociali (OS) uno spazio separato dall'operatività, occasioni di confronto e condivisione che accompagneranno il professionista e l'OS nell'esercizio della professione, mediante l'acquisizione di strumenti che consentono agli stessi di assumere al meglio le funzioni esercitate nei confronti dei beneficiari.

Il lavoro sociale, la natura dei servizi offerti e le situazioni complesse che quotidianamente si presentano ai servizi possono causare alti livelli di stress tra gli operatori, pertanto il progetto si propone di promuovere attività di sostegno, formazione e supervisione degli operatori mirate al consolidamento delle prassi professionali, alla condivisione e omogenizzazione, ove possibile, delle metodologie operative al fine di migliorare gli standard di qualità dei servizi, secondo le indicazioni del PSN.

Gli obiettivi generali del progetto sono:

- strutturare momenti di riflessività sul lavoro degli Assistenti Sociali al fine di qualificare la prassi professionali e migliorare le prestazioni fornite;
- garantire spazi formativi che consentano al professionista di interrogarsi sul proprio operato, di ripensare in maniera costruttiva al proprio agire quotidiano, sul profilo metodologico, valoriale, deontologico e relazionale;
- realizzare una modalità operativa condivisa tra gli AS;
- ridurre e prevenire il fenomeno del burn out;
- costruire una modalità operativa condivisa tra gli AS e gli operatori socio assistenziali.

Il progetto prevede l'utilizzo della supervisione professionale di gruppo degli assistenti sociali, la supervisione professionale individuale degli assistenti sociali e la supervisione organizzativa di équipe interprofessionale.

Descrizione del monitoraggio

La supervisione degli AASS e alla prevenzione del fenomeno del burnout sta coinvolgendo gli operatori del territorio Aretino e l'esperienza sta dando un riscontro positivo.

Data del monitoraggio

22/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività**Trasporto sociale per disabili****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizi di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Trasporto sociale
Argomenti	-
Popolazione target	Disabili
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

L'attività di trasporto sociale è erogata in favore di soggetti disabili ed anziani in condizioni di non autosufficienza o al limite dell'autosufficienza, in situazioni di solitudine e fragilità. Tale attività è necessaria per il raggiungimento di centri diurni di socializzazione, per il mantenimento delle condizioni psico-fisiche e di autonomia dei predetti soggetti, in relazione ai progetti individualizzati redatti dal servizio sociale competente.

Il Comune di Arezzo ha attivato dal 2022 una co-progettazione ai sensi degli artt. 55-56 del codice del terzo settore e attualmente il servizio viene svolto dagli Enti del Terzo Settore che hanno aderito alla nuova procedura di coprogettazione per l'annualità 2025.

Obiettivi specifici

- Assicurare la mobilità dei soggetti disabili nel rispetto delle necessità individuali secondo obiettivi del progetto personalizzato

Descrizione del monitoraggio

l'attività di trasporto sociale per disabili si sta svolgendo in coprogettazione e si prevede di avviare una nuova procedura di coprogettazione per la ricerca di ETS disponibili a svolgere le attività nell'anno 2026;

Data del monitoraggio

22/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.1. - SOSTEGNO ALLE CAPACITÀ GENITORIALI E PREVENZIONE DELLA VULNERABILITÀ DELLE FAMIGLIE E DEI BAMBINI

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Migliorare i servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizio sociale di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Interventi di sostegno alla genitorialità
Argomenti	-
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	01/12/2023 - 30/03/2026

Descrizione

Il progetto presentato a valere sul bando PNRR Missione 5 "Inclusione e Coesione" – Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" è anche denominato sperimentazione P.I.P.P.I. E vale per tutto il territorio dell'ATS Aretina, comprensivo dei Comuni di Arezzo, Monte San Savino, Capolona, Subbiano, Civitella in Val di Chiana e Castiglion Fibocchi.

L'obiettivo che il progetto di implementazione P.I.P.P.I. si pone è quello di sperimentare l'insieme dell'approccio P.I.P.P.I. al fine di innovare e uniformare le pratiche preventive nei confronti delle famiglie in situazione di vulnerabilità, di migliorare l'appropriatezza e /o ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare, promuovendo un'azione integrata fra i diversi ambiti e soggetti coinvolti intorno ai bisogni del bambino, secondo quanto indicato dalle linee guida nazionali.

Il coinvolgimento della famiglia, fin dalla prima fase valutativa, sarà motivo di promozione e stimolo al cambiamento delle famiglie target, l'intervento multiprofessionale terrà ampio conto della prospettiva dei genitori e dei minori stessi nel costruire l'analisi e la risposta ai loro bisogni.

Il progetto sarà attuato tramite l'innovazione delle pratiche d'intervento con le famiglie vulnerabili.

Il progetto prevede una fase di formazione per gli operatori coinvolti e informativa per le istituzioni e i privati che vi parteciperanno.

L'intervento seguirà le fasi definite dalle linee d'indirizzo:

- segnalazione, analisi preliminare e accoglienza del nucleo familiare vulnerabile
- costruzione del progetto quadro con la definizione di microprogettazioni condivise dall'Equipe multidisciplinare e dalle famiglie
- assessment e progettazione seguiranno il principio della valutazione partecipativa e trasformativa
- attuazione del percorso di accompagnamento attraverso l'attivazione dei dispositivi indicati dal programma PIPPI (tra i quali anche l'assistenza domiciliare educativa)
- conclusione e verifica della progettazione.

Le idonee azioni indicate dal programma PIPPI da garantire sono la realizzazione di un percorso di accompagnamento volto a garantire a ogni bambino una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare, con la relativa progettazione di un piano d'azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale e in un tempo congruo, definiti congiuntamente in équipe multidisciplinare con la famiglia.

Il progetto è stato oggetto di una procedura di gara d'appalto effettuata dal Comune di Arezzo (ente capofila) ed inserito nell'ambito di un affidamento di servizi educativi domiciliari individuali e di gruppo, con la finalità di affrontare i problemi dei minori senza allontanarli dal loro ambiente di vita promuovendo le capacità educative della famiglia.

Obiettivi specifici

Attivazione di un Servizio Educativo Domiciliare, inserito in una più ampia programmazione di modalità di lavoro multidisciplinare che si pone l'obiettivo di uniformare le modalità di intervento preventivo, protettivo e di cura riguardo ai minori.

- Consolidamento dei team multiprofessionali, nati con la formalizzazione del Gruppo Tutela Minori e implementati dal programma PIPPI 9.
- Stabilizzazione di percorsi di valutazione multiprofessionale.
- Attivazione di strumenti di verifica e valutazione riguardo ai risultati ottenuti.
- Rafforzamento e incremento delle reti territoriali con il raccordo con le agenzie sociali presenti nel territorio; coinvolgendo in via prioritaria scuole e terzo settore.
- Rafforzamento delle competenze organizzative, dei sistemi di governance e partnership inter e intra settoriali per una progettazione in grado di rispondere ai bisogni dei minori coinvolti, attraverso azioni di prevenzione e sostegno rivolte all'intero nucleo familiare.
- Sensibilizzazione degli operatori dei servizi educativi e scolastici dei comuni dell'ambito sul programma PIPPI per popolazione 0-6 anni.

Descrizione del monitoraggio

il progetto PNRR M5 C2 Inv. 1.1.1 c.d. PIPPI sta trovando attuazione del territorio della Zona Aretina nel rispetto delle

Aretina

Descrizione del monitoraggio	
modalità previste dalle Linee Guida Ministeriali	

Data del monitoraggio	
22/01/2026	

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

HOUSING TEMPORANEO - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.3.1

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizi di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Mensa sociale, Servizi per l'igiene personale, Distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario ecc)
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	07/06/2022 - 30/03/2026

Descrizione

Il progetto viene gestito interamente dal comune di Arezzo ed è rivolto ad individui singoli o nuclei monoparentali in condizione di deprivazione materiale, povertà estrema o senza dimora residenti e non, prevede azioni volte all'attivazione di un housing led non troppo strutturato o come risposta all'emergenza abitativa per persone fragili a rischio di esclusione sociale/abitativa. Nello specifico questo progetto si prefigge anche di stimolare le persone ad apprendere o riapprendere l'esperienza di condivisione di una casa, della gestione e dell'organizzazione della stessa, di se stessi e delle proprie cose. La quota totale di € 710.000,00 è destinata per € 500.000 ad opere di ristrutturazione e per € 210.000 per la gestione. La quota in gestione all'ufficio servizi sociali del Comune di Arezzo è pari a € 210.000.

Con riferimento alle attività svolte per il raggiungimento del target e obiettivi del servizio sociale, nell'anno 2024 è stata avviata la procedura di coprogettazione per l'individuazione di soggetti del Terzo Settore con cui coprogettare e realizzare azioni rivolte a persone in situazione di grave povertà.

La coprogettazione ad oggetto non soltanto l'investimento PNRR 1.3.1 "Housing Temporaneo", ma anche l'investimento PNRR 1.3.2 "Stazioni di posta" al fine di garantire un'uniformità di interventi con riferimento a misure di intervento i cui destinatari sono persone senza fissa dimora e/o in condizioni di grave povertà. Il partenariato ha avuto inizio il 01.01.2025 e terminerà il 31.03.2026, in concomitanza con la scadenza prevista per tutti i progetti finanziati con risorse PNRR

Obiettivi specifici

L'housing temporaneo rappresenta uno strumento per il rapido reinserimento della persona in carico in un'abitazione, come punto di partenza di persone senza fissa dimora al fine di avviare un percorso di inclusione sociale, di contrasto alla povertà. Gli obiettivi prefissati consistono in:

- ampliare l'offerta di appartamenti per housing led; - offrire una risposta concreta a bisogni primari, la cui soddisfazione è importante per la salute fisica e mentale (dormire, mangiare, lavarsi, vestirsi, avere un luogo dove passare il tempo e socializzare, etc.) e dove potersi riappropriare della propria autonomia; - cura della persona (del proprio corpo, delle proprie emozioni, della propria storia personale); - riappropriarsi di un'organizzazione di vita (consapevolezza delle proprie dinamiche relazionali, delle proprie risorse e capacità, acquisizione di nuove abilità); - attivazione di una rete di supporto (formale ed informale); - opportunità di costruire un percorso di reinserimento sociale e lavorativo ove possibile; - favorire l'accesso delle persone alla rete dei servizi.

Descrizione del monitoraggio

Il partenariato sorto in seguito alla procedura di co-progettazione in tema di grave povertà per l'anno 2025, sta svolgendo le attività concordate

Data del monitoraggio

22/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

STAZIONI DI POSTA - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.3.2

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizi di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Servizi per l'igiene personale, Mensa sociale, Distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario ecc)
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	16/05/2022 - 30/03/2026

Descrizione

Il progetto viene gestito interamente dal comune di Arezzo prevede la realizzazione di:

- n. 1 centro servizi in centro città;
- Protocolli operativi con l'Azienda sanitaria Toscana Sud Est, il Centro per l'Impiego, gli enti del terzo settore;
- Piattaforma informatica per la condivisione dei servizi attivi con gli enti pubblici e privati coinvolti;
- un Modello di intervento sulla presa in carico flessibile.

Il budget assegnato alla Zona Aretina è di € 1.090.000,00, ma una quota è destinata per € 910.000 ad opere di ristrutturazione e la restante quota pari ad € 180.000 è destinata alla gestione.

La quota in gestione all'ufficio servizi sociali del Comune di Arezzo è quindi pari a € 180.000.

Con riferimento alle attività svolte per il raggiungimento del target e obiettivi del servizio sociale, nell'anno 2024 è stata avviata la procedura di coprogettazione per l'individuazione di soggetti del Terzo Settore con cui coprogettare e realizzare azioni rivolte a persone in situazione di grave povertà.

La coprogettazione ad oggetto non soltanto l'investimento PNRR 1.3.1 "Housing Temporaneo", ma anche l'investimento PNRR 1.3.2 "Stazioni di posta" al fine di garantire un'uniformità di interventi con riferimento a misure di intervento i cui destinatari sono persone senza fissa dimora e/o in condizioni di grave povertà.

Il partenariato ha avuto inizio il 01.01.2025 e terminerà il 31.03.2026, in concomitanza con la scadenza prevista per tutti i progetti finanziati con risorse PNRR.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi perseguiti sono:

- ampliamento dell'offerta di appartamenti per housing led;
- offerta di una risposta concreta a bisogni primari, la cui soddisfazione è importante per la salute fisica e mentale (dormire, mangiare, lavarsi, vestirsi, avere un luogo dove passare il tempo e socializzare, etc.) e dove potersi riappropriare della propria autonomia;
- cura della persona (del proprio corpo, delle proprie emozioni, della propria storia personale);
- permettere di riappropriarsi di un'organizzazione di vita (consapevolezza delle proprie dinamiche relazionali, delle proprie risorse e capacità, acquisizione di nuove abilità);
- attivazione di una rete di supporto (formale ed informale);
- opportunità di costruire un percorso di reinserimento sociale e lavorativo ove possibile;
- l'accesso delle persone alla rete dei servizi.

Descrizione del monitoraggio

Il partenariato sorto in seguito alla procedura di coprogettazione in tema di grave povertà per l'anno 2025, sta svolgendo le attività concordate

Data del monitoraggio

22/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività**Segretariato Sociale****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Segretariato sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Segretariato sociale/porta unitaria per l'accesso ai servizi
Argomenti	-
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Il Segretariato sociale accoglie, informa e orienta i cittadini dei Comuni della Zona Aretina (Arezzo, Capolona, Subbiano, Monte San Savino, Civitella della Chiana e Castiglion Fibocchi) in merito ai servizi erogati dalle amministrazioni nell'ambito delle politiche sociali, ai servizi e interventi delle misure di contrasto alla povertà e attiva le procedure per l'invio e l'eventuale presa in carico, al servizio sociale competente per il territorio. Supporta il servizio sociale professionale attraverso la valutazione multidimensionale e redige i progetti personalizzati (Patti per l'inclusione sociale in favore dei nuclei fragili beneficiari del reddito di cittadinanza), - partecipa all'equipe multidisciplinare e collabora con il CPI e con gli altri attori coinvolti nel progetto per i beneficiari o potenziali beneficiari del Rdc. Cura la modifica dei PAI dei beneficiari del progetto Home Care Premium.

Inoltre, con la gara di appalto per il servizio di segretariato sociale 2025-2027 è stato previsto anche di implementare il servizio sociale professionale, ovvero garantire una piena ed effettiva realizzazione della presa in carico dei nuclei familiari/individuali a cui sono rivolte azioni finalizzate all'inclusione sociale e ogni altro intervento previsto dalla normativa vigente e quindi organizzare un team di assistenti sociali che siano in grado di lavorare e muoversi in un ambiente di lavoro complesso.

Obiettivi specifici

Gestire i servizi di segretariato sociale e rafforzare il servizio sociale professionale per i Comuni della Zona Aretina, comprendente i Comuni di Arezzo, Capolona, Subbiano, Monte San Savino, Civitella della Chiana e Castiglion Fibocchi.

Descrizione del monitoraggio

Le attività del servizio del segretario sociale sono state avviate il 01/01/2025 con durata fino al 31/12/2027 e si stanno svolgendo come da capitolato d'appalto

Data del monitoraggio

22/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

Sistema Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Implementazione strumenti governo zonale
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Pronto intervento sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Pronto intervento sociale
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Il SEUS è un sistema di governance pubblico specifico e dedicato alla realizzazione del livello essenziale 'servizio di pronto intervento sociale' (art. 22, c. 4, lett. b della legge 328/2000) in tutta la regione Toscana e che potremmo immaginare come una 'casa a tre piani':

- il terzo piano è il livello regionale, al quale stanno la Cabina di regia che fissa gli indirizzi, definisce i piani di sviluppo e le modalità di accesso; il Coordinamento tecnico-scientifico e il Coordinamento interdipartimentale delle tre Aziende USL, che gestiscono le strategie e gli obiettivi fissati dalla Cabina di regia e si occupano di formazione, preparazione e coordinamento tecnico-organizzativo; il Coordinamento Generale SEUS che svolge l'azione di raccordo e collaborazione fra zone aderenti, formula proposte alla Cabina di Regia e svolge azione di coordinamento operativo e di monitoraggio delle zone aderenti;
- il secondo piano è il livello di area vasta, al quale stanno il Dipartimento del servizio sociale e le società della salute/zone dei soggetti aderenti cui spetta l'applicazione degli indirizzi della Cabina di regia in area vasta;
- il primo piano è il livello delle singole Zone aderenti, con le loro Amministrazioni Comunali e con i servizi; dal punto di vista tecnico-organizzativo è il livello dei Gruppi Operativi per l'emergenza sociale (GOES), cui spettano i compiti di sostegno, monitoraggio e controllo sullo sviluppo del servizio di pronto intervento sociale nella zona e che costituiscono l'infrastruttura/presidio essenziale del servizio sociale zonale per l'implementazione del SEUS a livello locale.

Il Sistema regionale SEUS rappresenta la titolarità pubblica del livello essenziale 'servizio di pronto intervento sociale', la cornice istituzionale e tecnico-politica per l'azione del SPIS (Servizio di Pronto Intervento Sociale), che 'sta dentro' tale sistema.

Obiettivi specifici

Il Servizio di Pronto Intervento Sociale (d'ora in avanti, SPIS) del SEUS è un servizio che prevede la riorganizzazione dei servizi sociali pubblici, sia a livello di area vasta che di zona, 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 dunque considerare a tutti gli effetti il 'pronto soccorso' del servizio sociale. E' un servizio di secondo livello perché è attivabile, tramite un numero verde gratuito, solo da parte di determinati soggetti istituzionali, come amministrazioni comunali, servizi sociali, forze dell'ordine, pronto soccorso. Non è, quindi, ad oggi, direttamente attivabile dai/le cittadini/e. E' un servizio a favore di coloro che vengano a trovarsi in situazioni di emergenza sociale (scheda 3.7.1., Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021 – 2023).

La sperimentazione di Regione Toscana prevede un modello organizzativo di SPIS del SEUS di livello regionale, a titolarità pubblica operante in raccordo e collaborazione con servizi privati che svolgono attività di interesse pubblico, con vocazione universalistica. La configurazione di livello essenziale del SPIS presuppone che il servizio sociale professionale che interviene nell'ambito dell'emergenza-urgenza sociale adotti una relazione di soccorso, e organizzi un relativo processo di soccorso, con i/le cittadini/e con obiettivi e caratteristiche metodologiche specifiche e diverse dal servizio sociale ordinario: un servizio ponte che garantisca una presa in carico breve, specializzata esclusivamente nella gestione della fase acuta, per poi procedere al passaggio della presa in carico ai servizi sociali territoriali competenti, cui spetta la gestione anche della fase postacuta.

La realizzazione delle azioni di SPIS del 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", anche nella logica di ottimizzare le risorse.

La Zona Distretto aretina dal 2024 è entrata a far parte della sperimentazione del suddetto sistema.

Descrizione del monitoraggio

E' stato presentato a tutte le autorità e forze dell'ordine del territorio il numero di telefono del SEUS ed è attivo il servizio per tutta la Zona Aretina.

Data del monitoraggio

26/01/2026

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività

SUPERVISIONE DEGLI OPERATORI SOCIALI - FNPS

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Implementazione strumenti governo zonale
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-assistenziale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Formazione del personale
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	10/02/2025 - 30/03/2026

Descrizione

Parallelamente al percorso di supervisione avviato nel 2023 nell'ambito del progetto PNRR M5 C2 INV. 1.1.4 la quota ordinaria del Fondo Nazionale Politiche Sociali annualità 2022 e annualità 2023, ha specificatamente destinato un totale di € 46.223,10 alla supervisione degli assistenti sociali, che la Zona Aretina ha deliberato (delibera n. 10 del 19/06/2024) di assegnare al Comune di Monte San Savino al fine di affidare il servizio suddetto nell'anno 2025 e che avrà ad oggetto le attività di supervisione professionale di gruppo degli assistenti sociali e supervisione organizzativa di équipe interprofessionale, che avranno ad oggetto i seguenti temi: • tutela minori • riforma cartabia • sfratti • aggressione/ aggressività • Segnalazione da terzi • violenza di genere

Obiettivi specifici

Gli obiettivi perseguiti comprendono: incrementare il benessere degli AASS e degli OS che operano sul territorio aumentando i livelli di performance del Servizio Sociale Professionale sia da un punto di vista qualitativo che di produttività. Il risultato atteso fa altresì riferimento all'incremento della capacità di risposta ai bisogni sociali dei cittadini, riducendo i tempi degli interventi ed una maggiore efficienza dell'equipe multiprofessionale.

Descrizione del monitoraggio

Il Comune di Monte San Savino ha proceduto, per tutta la zona, ad espletare l'affidamento del servizio per l'anno 2025

Data del monitoraggio

26/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI DOMICILIARI PER GARANTIRE LA DIMISSIONE ANTICIPATA ASSISTITA E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE - TELEMEDICINA - PNRR MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.3

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Continuità ospedale-territorio
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza domiciliare socio-assistenziale, Strutture/ percorsi sperimentali, Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	30/06/2022 - 30/03/2026

Descrizione

Per la realizzazione dell'intervento il soggetto Capofila è il Comune di Terranuova Bracciolini per l'ATS Valdarno: nell'ottobre 2023 è stato stipulato un accordo di partenariato tra l'ATS Valdarno, l'ATS Aretina e il Comune di Bucine, nell'ambito del quale è stato previsto che il soggetto attuatore - ATS Valdarno - trasferisca al soggetto esecutore - Comune di Bucine - l'importo di Euro € 330.000,00 per la realizzazione dei servizi a disposizione di entrambe le ATS, Aretina e Valdarno. Il progetto intende attivare attraverso una progettualità socio sanitaria integrata almeno 325 dimissioni protette attraverso azioni e progetti individualizzati che con la telemedicina e i buoni servizio intendono garantire ad anziani fragili in uscita dagli ospedali il rientro presso il proprio domicilio in modalità protetta evitando l'istituzionalizzazione e supportando la rete parentale, amicali e di vicinato al fine di evitare l'isolamento e l'emarginazione sociale. I progetti individualizzati delle persone anziane in dimissioni protette saranno predisposti da un'equipe multidisciplinare composta dai componenti della Cot (Medico di Cure Primarie, Infermiere e Assistente Sociale), dal geriatra territoriale, dal Servizio Sociale professionale territorialmente competente, dal Medico di medicina generale e dall'Infermiere di famiglia e di Comunità.

Obiettivi specifici

In concreto ci si prefigge di:

- 1.Prevenire e monitorare situazioni di non autosufficienza al domicilio dell'anziano grazie alla dotazione di strumentazioni tecnologiche collegate a MMG, Geriatria territoriale, infermieri del territorio e all'attivazione di buoni servizio (assistenza domiciliare, telemedicina);
- 2.Ridurre gli inserimenti residenziali presso le RSA (scheda 2.7.3 "Dimissioni protette"- LEPS);
- 3.Sperimentare e mettere a regime un modello di presa in carico integrata di dimissioni ospedaliere attraverso un lavoro di rete che vede coinvolti professionisti e mondo del volontariato;
- 4.Potenziare il grado di integrazione e co-azione tra i Servizi Sociali del territorio con i Servizi Socio-Sanitari e Ospedalieri attraverso una presa in carico integrata che si concretizza attraverso la Cot;
- 5.Promuovere gli interventi volti all'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali e socioassistenziali di supporto all'anziano in situazioni di fragilità e alla sua famiglia per raggiungere maggiore efficacia ed efficienza;
- 6.Coinvolgere e valorizzare le associazioni del territorio al fine di potenziare le attività di socializzazione e aiuto (servizi di prossimità, organizzazione di momenti ricreativi, ecc);
- 7.Supportare il nucleo familiare, la rete sociale, amicale e di vicinato nel lavoro di cura e di relazionalità, onde prevenire o ridurre i rischi di isolamento ed emarginazione;
- 8.Potenziare la risposta di continuità ospedale-territorio.

Descrizione del monitoraggio

Attivazione di n. 78 pacchetti, compresi quelli dedicati a persone senza dimora, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio nazionale, che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, hanno avuto bisogno di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute.

Data del monitoraggio

26/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività**Centri di socializzazione per disabili****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Strutture semiriesidenziali
Sotto-settore prevalente	-
Attività	3 Centri diurni con funzione di protezione sociale
Argomenti	-
Popolazione target	Disabili
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

I centri di socializzazione accolgono persone con disabilità varia, con orario di frequenza diurna e offrono interventi personalizzati a carattere assistenziale, abilitativi/riabilitativi e di socializzazione. Garantiscono un supporto importante per il mantenimento a domicilio.

Obiettivi specifici

- Favorire la socializzazione
- Favorire l'acquisizione di abilità nuove
- Favorire il consolidamento di abilità possedute

Descrizione del monitoraggio

L'attività è stata garantita come da programmazione

Data del monitoraggio

26/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

PUC - Progetti Utili alla Collettività

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Integrazione sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio
Argomenti	-
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Promuovere la realizzazione di “progetti utili alla collettività” che coinvolgano i beneficiari di Reddito di Cittadinanza residenti nei Comuni di Arezzo, Castiglion Fibocchi, Capolona, Civitella in Val di Chiana, Monte San Savino e Subbiano. I progetti prevedono il coinvolgimento dei beneficiari del RDC in attività di tipo culturale, sociale, ambientale, sanitario, etc. Per almeno 8 ore settimanali e fino a 16 ore settimanali nel periodo in cui viene percepito il RDC. Dal 01/01/2024 il RDC è stato sostituito con l'ADI (Assegno di Inclusione). La nuova misura continua a prevedere la possibilità di attivare progetti utili alla collettività sia per beneficiari dell'ADI, sia per utenti dello SFL (Supporto per la Formazione e il Lavoro), come previsto dall'articolo 6, comma 5 bis del decreto-legge n. 48 del 2023. Il Decreto 48/2023 infatti prevede che i percorsi personalizzati previsti dalle due misure, possano includere l'impegno del beneficiario a partecipare a Progetti Utili alla Collettività (PUC), attivati dai Comuni o da altri enti pubblici a tale fine convenzionati con i Comuni, in ambito culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo e di tutela dei beni comuni. Inoltre, per i soli beneficiari dell'ADI, è possibile partecipare ad attività di volontariato presso Enti del Terzo settore da svolgere nel Comune di residenza. Attualmente 23 ETS hanno la convenzione attiva con il Comune di Arezzo per il territorio dell'Ambito e nel corso del 2024 sono stati inseriti 21 beneficiari di cui 14 conclusi e 7 attivi. Altri 3 candidati sono in procinto di iniziare. Nell'anno 2023 erano stati inseriti 36 beneficiari.

Obiettivi specifici

In coerenza con i principi e gli obiettivi espressi dall'Unione Europea in materia di contrasto alla emarginazione ed alla esclusione sociale, in armonia con quanto previsto dall'articolo 4, comma 15, del D.L. 28 gennaio 2019, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2019, n. 26 “Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni”, il Comune di Arezzo promuove una politica attiva di lotta alla povertà, che prevede la costruzione di una rete stabile di partenariato con tutte le realtà territoriali per favorire l'attivazione e lo sviluppo di progetti utili alla collettività, secondo quanto previsto dall'articolo 118 della Costituzione.

Descrizione del monitoraggio

Le attività si sono svolte come stabilito.

Data del monitoraggio

26/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

LEPS Potenziamento Servizi Sociali

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Implementazione strumenti governo zonale
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Azioni di sistema Socio-assistenziale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema
Argomenti	-
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Il Comune di Arezzo al fine di raggiungere il Livello essenziale delle prestazioni relativo al numero di Assistenti sociali in relazione agli abitanti, ha realizzato un concorso che ha permesso l'assunzione di n. 6 assistenti sociali nell'anno 2022, ai fini del raggiungimento degli standard previsti dalla Legge 178/2020, che si sono inseriti nel sistema dei servizi. Nell'anno 2023 e 2024 sono stati assunti altri n. 2 Assistenti Sociali. Attualmente al Comune di Arezzo lavorano n. 20 AASS.

Obiettivi specifici

****L'obiettivo è il raggiungimento di un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti****

Descrizione del monitoraggio

Attività in corso

Data del monitoraggio

26/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

CENTRO PER LE FAMIGLIE - CENTRO AFFIDI

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Migliorare i servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizio sociale di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Servizio sociale professionale, Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori, Interventi di sostegno alla genitorialità, Servizio per l'affidamento dei minori, Servizio di mediazione familiare
Argomenti	-
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

I Centri per le famiglie sono strutture che offrono un'ampia ed eterogenea tipologia di servizi per la prevenzione e la cura delle fragilità familiari e costituiscono un presidio di riferimento per rispondere in modo concreto e flessibile ai diversi bisogni. Il modello nazionale è stato recepito dalla Regione Toscana con la deliberazione della Giunta regionale 20 febbraio 2023, n. 158 con l'obiettivo di introdurre uno standard di riferimento territoriale, per "consolidare le équipe multidisciplinari e favorire la creazione e/o il potenziamento di un Centro per le Famiglie in ogni Zona Distretto/Società della Salute". Il centro si trova a ad Arezzo in Via Masaccio n. 6, nel quartiere di Saione, ma tutte le attività per genitori e bambini si svolgeranno in luoghi diffusi nel territorio (compresi locali ASL, scuole, associazioni del terzo settore) al fine di facilitare la partecipazione dei cittadini. In particolare l'attuale ampliamento del Servizio, attuato grazie ai fondi dedicati ai Centri Famiglia e al Fondo Povertà, ha consentito il rafforzamento delle EEMM e l'apertura dello sportello informativo e di orientamento presso i locali di via Masaccio, tramite l'inserimento di tre educatori professionali dedicati. Sono state inoltre rafforzate e introdotte, grazie alla presenza di due Psicologi, i percorsi di sostegno alla genitorialità sia individuali che di gruppo.

Nell'ambito del Centro per le Famiglie opera anche il Centro Affidi Zona Distretto Aretino, competente nel territorio distrettuale svolge attività di promozione, informazione e sensibilizzazione sul tema dell'affidamento: lavora in équipe (un assistente sociale ed una psicologa e si occupa della formazione delle coppie e dei single che manifestano disponibilità all'affidamento con specifici percorsi formativi e di preparazione). Gli operatori del Centro Affidi ricevono documentazione da parte del servizio sociale territoriale riguardo alle richieste di attivazione di progetti di affidamento; valuta e seleziona tra le famiglie della banca dati le famiglie o i single più idonei per la situazione presentata e propone l'abbinamento con il minore; sostiene e segue le famiglie affidatarie e si relaziona con il servizio sociale territoriale con periodiche riunioni di équipe di monitoraggio.

Obiettivi specifici

- Il potenziamento della presa in carico del "sistema famiglia" creando una comunità educante che restituisca a genitori, educatori e adulti della comunità il valore di una genitorialità allargata e condivisa;
- Il sostegno a processi e strategie di prevenzione e contrasto al fenomeno della povertà educativa e di abbandono scolastico;
- L'implementazione di azioni mirate alla crescita umana e relazionale dei più giovani, fondando la loro esperienza su valori solidi di riferimento e aiutandoli a sviluppare competenze e interesse all'ambiente circostante;
- La sensibilizzazione dei giovani e delle loro comunità di riferimento alla cittadinanza attiva, consapevole e alla partecipazione civica;
- Rafforzamento équipe multidisciplinare per la presa in carico dei bisogni complessi: in particolar modo si intende potenziare l'attività delle équipe multidisciplinari che integreranno con le metodologie Pippi, assegni di inclusione, GTM (Gruppo Multidisciplinare tutela Minori);
- Potenziamento delle attività di promozione, prevenzione, sostegno alla genitorialità attraverso azioni dirette ai genitori in stretta connessione con le attività laboratoriali proposte dallo spazio ad alta valenza educativa, spazio che si connota come il luogo fisico e simbolico dove le attività educative e psico-educative a favore dei minori presenti nel territorio trovano una loro unitarietà.

Descrizione del monitoraggio

Le attività sono attualmente gestite in coprogettazione con gli Enti del Terzo Settore che hanno aderito al bando per gli anni 2026-2027.

Data del monitoraggio

26/01/2026

Aretina

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività**SERVIZIO EDUCATIVO PER FAMIGLIE CON MINORI (ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE)****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Migliorare i servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Servizio sociale di supporto
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Interventi di sostegno alla genitorialità
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Intervento all'interno del nucleo familiare stimolando i genitori a rispondere con appropriate modalità educative ai diversi bisogni dei figli in caso di temporanea difficoltà nell'esercizio della stessa e direttamente col minore a modifica di difficoltà comportamentali che possano ostacolare il suo normale percorso di crescita evolutiva accompagnandolo ed incoraggiandolo ad agire in modo adeguato nell'affrontare i compiti di sviluppo relativi all'età. Supporto alle famiglie con minori in condizioni di disabilità: uno degli elementi fondamentali e necessari ai fini della più ampia inclusione sociale è infatti costituito dall'acquisto dell'autonomia ed indipendenza per le persone con disabilità, che per i minori passa anche attraverso il supporto alle famiglie.

Integrato con la sperimentazione P.I.P.P.I. (PNRR M5 - C2 - Int. 1.1.1.) prevede il coinvolgimento della famiglia, fin dalla prima fase valutativa nonché l'intervento multiprofessionale che tenga conto della prospettiva dei genitori e dei minori nel costruire l'analisi e la risposta ai loro bisogni.

Obiettivi specifici

Favorire l'apprendimento scolastico nonché le occasioni e le esperienze relazionali sane. Sostenere e monitorare le funzioni genitoriali;
Formazione operatori;
Individuazione famiglie target su cui proseguire con la sperimentazione P.I.P.P.I.

Descrizione del monitoraggio

Attività in corso

Data del monitoraggio

26/01/2026

Referente attività Scheda compilata da

Paola Garavelli Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività
Servizi di Prossimità

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Integrazione sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Attività ricreative di socializzazione, Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio
Argomenti	-
Popolazione target	Multiutenza
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	01/10/2024 - 30/09/2026

Descrizione
Servizi con connotazione non professionale ma sostanzialmente volontaristica, che promuovono percorsi di inclusione, sostegno e aiuto a quei nuclei familiari in condizione di particolare disagio ed a rischio di emarginazione e solitudine. Il comune di Arezzo, a seguito di un percorso di co-progettazione ex artt. 55,56 c.t.s., ha sottoscritto specifica convenzione con enti del terzo settore del territorio, al fine di offrire un supporto agli utenti ed alle loro famiglie per affrontare tutte quelle situazioni e quei momenti che caratterizzano il quotidiano, così come i percorsi di accompagnamento ed affiancamento extra-familiare. Le azioni si distinguono in: sostegno a nuclei familiari con figli minori a rischio di esclusione sociale e povertà educativa; sostegno a nuclei di anziani o adulti soli o con scarsa rete familiare a rischio di emarginazione. Per i nuclei con figli minori, sono state avviate attività di mentoring laddove vi sia la necessità di un aiuto “leggero” in ambito scolastico e/o extrascolastico, di facilitazione nei rapporti tra genitori e scuola, di facilitazione nella socializzazione attività di accompagnamento a scuola o presso servizi riabilitativi - qualora i genitori sino impossibilitati a farlo - e sia necessario un accompagnatore che stabilisca con il minore una relazione significativa e di riferimento. Per quanto riguarda il supporto in orario extrascolastico, inoltre, si prevedono attività di socializzazione con i coetanei del minore, aiuto nello svolgimento di compiti e favorire l'accesso ad attività sportive e ricreative. Per le persone anziane o adulti soli in particolare condizione di fragilità, si è voluto favorire il permanere degli stessi nel loro ambiente di vita, sostenendoli in attività che in quella specifica fase possano risultare difficoltose: nello specifico, si tratta di attività di compagnia, di accompagnamento in ambienti di socializzazione, di aiuto nel disbrigo di adempimenti burocratici, di accompagnamento alle visite mediche e di monitoraggio telefonico. Nell'ambito della procedura di coprogettazione avviata nell'anno 2024 è stato anche previsto di ampliare le attività svolte in favore dei minori, prevedendo anche l'accompagnamento presso gli istituti scolastici degli stessi per garantirne la frequenza, in continuità con la sperimentazione avviata già nel corso dell'anno scolastico 2023/2024.

Obiettivi specifici
Garantire servizi con connotazione non professionale ma sostanzialmente volontaristica, che promuovono percorsi di inclusione, sostegno e aiuto a quei nuclei familiari in condizione di particolare disagio ed a rischio di emarginazione e solitudine. La volontà dell'Amministrazione è quella di offrire un supporto agli utenti ed alle loro famiglie per affrontare tutte quelle situazioni e quei momenti che caratterizzano il quotidiano, così come i percorsi di accompagnamento ed affiancamento extra-familiare.

Descrizione del monitoraggio
Attività in corso

Data del monitoraggio
26/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività
Progetto SCUDO

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Assistere nella residenzialità e nella domiciliarità
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Cure palliative
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Cure palliative domiciliari di primo livello o di base, Centri specialistici di cure palliative - Hospice, Cure palliative domiciliari di secondo livello o specialistiche
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Assistenza domiciliare di cure palliative di primo e secondo livello.

Obiettivi specifici
- mantenere il malato terminale al proprio domicilio - contenimento dei sintomi causa di sofferenza - implementazione dei percorsi di cure palliative early e simultaneous - supporto psicologico al malato e alla famiglia - preparazione al fine vita

Descrizione del monitoraggio
Le cure palliative domiciliari di II livello hanno assistito quest'anno 206 pz su tutto il territorio aretino dove la presenza di un servizio infermieristico h24 garantisce un supporto professionale essenziale per l'assistenza continuativa a pazienti oncologici e non oncologici garantendo continuità di cure, sicurezza e miglioramento della qualità di vita. la presenza di una psicologa è stato di intenso supporto non soltanto per i pazienti ma anche per le famiglie che ha facilitato i percorsi di adattamento alla malattia ed elaborazione del lutto. Abbiamo inoltre intrapreso, ove sussistano i requisiti di base e il consenso del paziente, la Terapia della Dignità (Chocinov 2002) a domicilio e in maniera del tutto gratuita. Molto buono il feedback da parte dell'utenza.

Data del monitoraggio
27/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Chiara Pacifico	Chiara Pacifico

Aretina

Titolo della scheda di attività

SERVIZIO DI INFORMAZIONE FINALIZZATO ALLE POLITICHE DI INTEGRAZIONE

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Integrazione sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Servizi di mediazione culturale
Argomenti	-
Popolazione target	Immigrati
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Lo Sportello per l'Integrazione del Comune di Arezzo vuole essere un servizio che intende rivolgersi a target diversificati e rispondere a bisogni diversi legati a cittadini prevalentemente di provenienza straniera, verso i quali risulta necessario svolgere attività di informazione, orientamento e accompagnamento, nell'erogazione dei servizi. In un contesto storico che pone sempre di più l'esigenza di configurare percorsi di integrazione di persone provenienti da paesi terzi, è obiettivo primario di questa proposta attivare percorsi di collaborazione con l'ASP "Fraternita dei Laici", per garantire servizi di informazione volti a favorire una vera integrazione. Negli anni, la popolazione straniera stabilmente residente è aumentata, si è stabilizzata e radicata, ma resta comunque il bisogno di avere uno "servizio" che si offra per accompagnare tutti i cittadini, in particolar modo le persone in situazione di fragilità, per accedere e beneficiare di tutti quei servizi che con l'informatizzazione delle procedure possono risultare più "difficili" come ad esempio ricongiungimenti familiari, cittadinanza, esami per permesso di lungo soggiorno, iscrizioni scolastiche on line ecc.

Il servizio dovrà garantire attività di front-office e di back-office, in concomitanza con l'apertura degli uffici pubblici. Il personale impiegato per l'erogazione dei servizi sopra descritti dovrà avere competenze linguistiche e sarà soggetto attivo in percorsi di formazione con le pubbliche amministrazioni coerenti con le attività svolte. Tra le varie azioni dello sportello particolare attenzione sarà posta al servizio di mediazione linguistico culturale attivo per almeno 6 ore settimanali, meglio se alternando mattina e pomeriggio durante la settimana.

Nel territorio attualmente sono maggiormente richieste le lingue Bangla, Urdu, Inglese, mentre su richiesta, con un preavviso di 24/48 ore dovranno essere garantite anche altre lingue delle popolazioni presenti nel territorio.

Obiettivi specifici

Offrire conoscenze finalizzate a mettere l'utente in condizioni di poter acquisire informazioni utili per poter accedere ed utilizzare i servizi esistenti sul territorio con attività di

- * informazione di primo livello sui procedimenti comunali, in particolare per i servizi sociali, iscrizioni scolastiche, bandi per erogazioni di contributi, bandi per la casa, residenza, iscrizione anagrafe, etc.;
- * supporto all'utenza per la conoscenza e l'utilizzo dei servizi online;
- * informazioni per il rinnovo dei permessi di soggiorno e cittadinanza e avvio delle richieste mediante l'utilizzo della procedura informatizzata;
- * attività di mediazione linguistico culturale mediante la presenza di un mediatore da programmare sulla base delle attività del servizio di sportello.

Descrizione del monitoraggio

Non direttamente di competenza dei Servizi Sociali comunali

Data del monitoraggio

27/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività**Educare in Comune****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Contrasto alla povertà
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Prevenzione e sensibilizzazione
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc
Argomenti	-
Popolazione target	Minori
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	01/06/2023 - 17/09/2025

Descrizione

Il progetto finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le politiche per la famiglia, presentato dal Comune di Arezzo in partenariato con Legambiente, NO Mad Filodramma Aps, Libera Accademia del Teatro, ACB social inclusion, FIAB, Istituto comprensivo IV Novembre, prevede un finanziamento di € 77.340,00 finalizzato ad azioni volte al superamento della povertà educativa.

Il progetto ha preso avvio con azioni di campi estivi, gratuiti, offerti a ragazzi e ragazze e attività promosse all'interno della scuola superiore di primo grado dell'Istituto IV Novembre.

Le azioni di questo progetto si coordinano con azioni di altri progetti che verranno realizzati nel territorio di Saione e con la progettualità dello Spazio famiglia 2.0 in via di definizione presso i locali di Via Masaccio n. 6.

Il progetto nei primi mesi di attività ha visto il coinvolgimento di circa n. 500 bambini e bambine, di cui n. 36 per campi estivi, n. 410 studenti per 18 classi coinvolte su temi ambientali e di rispetto delle differenze, n. 38 per piedibus e n. 22 con le famiglie in attività estiva. Il progetto è proseguito per tutto l'anno 2024 e si concluderà nel settembre del 2025.

Obiettivi specifici

****Promuovere azioni in contrasto alla povertà educativa all'interno di un quartiere della città di Arezzo****

Descrizione del monitoraggio

Progetto terminato il 17/09/2025

Data del monitoraggio

27/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività**Sportello di Mediazione Culturale****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Integrazione sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Servizi di mediazione culturale
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	22/10/2024 - 21/08/2025

Descrizione

Il Comune di Arezzo, in qualità di Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Aretino ha attivato il servizio di mediazione linguistico-culturale, in favore di componenti di nuclei beneficiari della misura dell'Assegno di Inclusione (ADI) ed individui in simili condizioni di disagio economico.

La finalità è quella di favorire il dialogo e la relazione con le persone ed i nuclei familiari provenienti da paesi terzi, famiglie straniere e dar vita ad azioni di sviluppo locale, partendo da una logica di azione corresponsabile e partecipata. Per quanto riguarda il contesto territoriale in cui si inserisce il servizio, alla data del 01 gennaio 2023 nel Comune di Arezzo risultano residenti 1.463 Pakistani e n. 1.492 Bengalesi, i quali rappresentano il 25% della popolazione straniera.

Nel triennio 2020/2023 l'Area Tutela Minori e Famiglia del Servizio di Assistenti Sociali del Comune di Arezzo, ha preso in carico circa 30 nuclei familiari di origine pakistana o bengalese, in cui la quasi totalità delle situazioni risulta essere composta da situazioni complesse, caratterizzate da elevata vulnerabilità sociale, economica e genitoriale.

L'oggetto del servizio è la mediazione linguistico-culturale, che comprende attività di traduzione ed interpretariato, mediazione, facilitazione all'accesso dei servizi, rapporti con singoli e gruppi per facilitare la comunicazione, le relazioni con i servizi e la trasmissione di informazioni utili alla vita nella comunità locale. Comprende altresì la consulenza sulle specifiche caratteristiche dei singoli gruppi della migrazione e la comprensione di problematiche, bisogni, comportamenti. Il servizio ha natura sociale ed è previsto tra gli interventi e servizi di contrasto alla povertà di cui all'art. 7 comma 1 lett. c) del d.lgs. 147/2017, ammissibili al finanziamento a valere sulla Quota Servizi del Fondo Nazionale per la lotta alla povertà e all'inclusione sociale, annualità 2019 e 2022.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici sono:

- Favorire processi di crescita.
- Promuovere l'informazione come trasferimento di conoscenze.
- Favorire la comunicazione, come fattore strategico per la condivisione del progetto collettivo di sviluppo.
- Stimolare il cambiamento, come rottura di schemi tradizionali e riorganizzazione del territorio.
- Contribuire alla valorizzazione ed alla diffusione delle culture di provenienza delle comunità di immigrati, alla conoscenza reciproca ed allo sviluppo del dialogo interculturale.
- Educare alla differenza, considerandola come una risorsa da valorizzare costantemente nei rapporti dialogici con l'altro/differente.
- Prevenzione degli stati di disagio, emarginazione e/o disadattamento socio-ambientale.
- Consolidamento dei legami familiari ed apertura del nucleo verso l'esterno, mediante l'apporto di tutte le risorse esistenti nel territorio.
- Contrasto alla povertà educativa.
- Elaborazione di un Progetto individuale personalizzato in equipe multidisciplinare.

Descrizione del monitoraggio

L'attività viene svolta all'interno del Centro per le Famiglie

Data del monitoraggio

27/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività**Assistenza residenziale nei moduli motori****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Assistere nella residenzialità e nella domiciliarietà
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Definizione piano personalizzato, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo riabilitativo - motorio
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Il modulo motorio (ricovero temporaneo attivo presso le Residenze Sanitarie Assistite) è destinato a soggetti over 65 che, in dimissione ospedaliera, necessitano di un percorso di recupero per l'acquisizione di un migliore livello funzionale e/o il completamento di programmi terapeutici già avviati in regime ospedaliero. Il modulo motorio è costituito da n. 8 posti letto dedicati presso una RSA a gestione diretta ASL.

Obiettivi specifici

- facilitare la continuità della cura in dimissione ospedaliera
- assicurare assistenza residenziale per attività riabilitativa estensiva

Descrizione del monitoraggio

L'attività si sta svolgendo secondo le modalità programmate. Nel modulo motorio di Pesciola (8 p.l.) sono stati inseriti, nel 2025, 41 persone.

Data del monitoraggio

27/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Progetto Dopo di Noi****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Supporto autonomia, Abilitazione e riabilitazione, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Interventi e servizi per l'assistenza alle persone con disabilità grave, con età 18-64 anni, prive del sostegno familiare o perchè lo stesso risulta non in grado di fornire l'adeguato supporto al fine di sviluppare un percorso di autonomia che può prevedere anche l'inserimento in situazioni residenziali (L.112/2016).

Obiettivi specifici

- Assicurare assistenza e servizi alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare
- Favorire un graduale processo di acquisizione di autonomie in vista del distacco dall'ambiente familiare

Descrizione del monitoraggio

L'ambito A, finalizzato ai percorsi di autonomia, ha visto l'utilizzo di fondi proventi da residui circa 20.000 € delle delibere precedenti alla 508/2024 utilizzati per concludere percorsi che richiedevano un'evoluzione delle abilità e delle competenze sociali.

Il 2025 ha visto l'uscita dal progetto di un partner impegnato storicamente nell'ambito B negli appartamenti, in cui erano presenti 4 adulti con disabilità. Per gli abitanti sono stati definiti altri progetti anche tenendo conto del modificarsi della situazione sanitaria di due utenti e dell'età (63 anni) le cui condizioni non erano più compatibili con l'organizzazione della casa. Per gli altri due, che avevano un progetto di alcuni giorni, sono stati ipotizzati altri progetti. L'appartamento è stato chiuso a fine novembre 2025.

Data del monitoraggio

27/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Laura Del Tordello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Interventi per persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Residenza Sanitario assistenziale per Disabili, A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Comunità Alloggio Protetta, Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

L'assistenza alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo, di età inferiore ai 65 anni, è garantita da una gamma di interventi che consentono quanto più possibile di mantenere la persona a domicilio ma prevede anche soluzioni semi/residenziali e residenziali finanziati dal Fondo Disabilità (cd Quote Disabilità dal Fondo Sanitario indistinto)

Obiettivi specifici

- 1)Attivazione di percorsi assistenziali personalizzati
- 2)Mantenere la persona con disabilità al domicilio
- 3) Ricorso a strutture residenziali laddove non ci siano le condizioni per la permanenza al domicilio
- 4)Circolarità delle risposte assistenziali
- 5)Equità accesso alle prestazioni sociosanitarie

Descrizione del monitoraggio

Le attività si stanno svolgendo secondo le modalità programmate seguendo i progetti individualizzati dei beneficiari, ad oggi sono destinate a questa area circa 250 ore mensili di assistenza domiciliare.

Data del monitoraggio

28/01/2026

Referente attività Scheda compilata da

Laura Del Tordello	Sabrina Palei
--------------------	---------------

Aretina

Titolo della scheda di attività

A.TE.DO.M.

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Assistere nella residenzialità e nella domiciliarità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata, Definizione piano personalizzato, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Supporto autonomia, Assistenza domiciliare socio-assistenziale
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	01/03/2024 - 01/03/2027

Descrizione

Il progetto A.TE.DO.M. è stato elaborato in virtù del PR FSE+ 2021-2027 - PAD attività 3.K.7 - "Sostegno alle persone con limitazione dell'autonomia e ai loro familiari per l'accesso ai servizi di cura socio-sanitari".
Interventi di sostegno alle cure domiciliari.
Il progetto prevede un sistema di assistenza domiciliare alle persone anziane non autosufficienti, persone disabili che si trovano in una condizione di limitata autonomia, in dimissione ospedaliera, persone affette da demenza che vivono a domicilio che necessitano di percorsi per la cura e sostegno al familiare. Potenziamento del servizio di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti e disabili con patologie degenerative assimilabili al decadimento cognitivo. Servizi domiciliari di carattere socio assistenziale per minori con disabilità.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici al sostegno della domiciliarità di persone con problematiche di tipo cognitivo e o persone completamente non autosufficienti si realizzano con :
1) mantenimento della continuità post ospedale (dimissioni difficili)
2) mantenimento a domicilio di persone affette da demenza con interventi di cura e sostegno di operatori qualificati
3) mantenimento a domicilio di persone non autosufficienti attraverso il potenziamento di interventi a sostegno della spesa per l'assistente familiare privata
4) servizi di carattere socio assistenziale e socio educativo per minori con disabilità e del supporto alle loro famiglie

Descrizione del monitoraggio

Sono proseguite le attività previste dal bando FSE (2024-2027) articolate nelle 4 azioni.
Nel mese di maggio, visto il numero ridotto degli interventi nell'azione 3 e il crescente numero di segnalazioni da parte degli specialisti dell'UFSMIA di bambini con disabilità bisognosi di un percorso personalizzato di supporto, è stato deciso, previo parere positivo della Regione Toscana, di modificare il budget, trasferendo parte di quello dedicato all'azione 3 verso l'azione 4 (40.000 €). Con tale trasferimento è stato preventivata l'attivazione di circa 15 pacchetti di educatore/oss secondo i progetti personalizzati, per un totale di 77 interventi da inizio progetto. Per l'azione 1 il trend di richieste attivazioni nel 2025 è stato coerente con il 2024 e nelle due annualità sono stati corrisposti 269 pacchetti di supporto nelle dimissioni ospedaliere attraverso le attività domiciliari delle figure dell'operatore socio sanitario e del fisioterapista. Per l'azione 2 sono stati attivati 56 pacchetti. Infine per l'azione 3 sono stati attivati 46 contributi.

Data del monitoraggio

28/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Assistenza residenziale nel modulo cognitivo****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Assistere nella residenzialità e nella domiciliarietà
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Valutazione diagnostica multidisciplinare, Definizione piano personalizzato, Consulenza specialistica, Residenza Sanitaria Assistenziale RSA Modulo Cognitivo
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

L'offerta residenziale per soggetti con decadimento cognitivo necessita del mantenimento dei 10 posti letto dedicati nelle RSA (modulo cognitivo ex DGRT 402/2004), finalizzati a garantire la circolarità della risposta assistenziale tra il CD Alzheimer e la RSA. La commissione UVM, in collaborazione con la geriatra territoriale, valuta se il disturbo comportamentale e cognitivo debba essere gestito con il ricovero temporaneo nel modulo dedicato al fine di sostenere la famiglia nel forte peso assistenziale; nelle fasi meno acute l'assistenza è garantita tramite il Centro Diurno. I posti del CD Alzheimer sono 12.

Obiettivi specifici

Favorire i ricoveri temporanei di sollievo al fine di mantenere la persona nel proprio contesto di vita. Garantire la presa in carico integrata in una logica di continuità assistenziale. L'integrazione e il coordinamento tra il momento della valutazione della UVM, l'accesso in RSA e la definizione del Piano operativo delle attività all'interno della struttura. Garantire la circolarità della risposta assistenziale. Garantire risposte residenziali per anziani privi di rete familiare o in presenza di rete inadeguata. Favorire un rallentamento del decadimento cognitivo,. Favorire la circolarità degli interventi.

Descrizione del monitoraggio

Le azioni si stanno svolgendo con regolarità secondo il progetto generale della struttura e dei singoli progetti individualizzati. Presso la Rsa Maestrini sono attivi 10 pl. l'ingresso e il periodo del ricovero viene seguito dal geriatra territoriale della ZD. Nel corso del 2025 sono stati accolti nel modulo specialistico 33 persone. Ad oggi non si riscontrano persone in lista di attesa. Nel periodo estivo, attraverso una programmazione dettagliata è stato possibile dare sollievo alle famiglie inserendo utenti del CDA.

Data del monitoraggio

28/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**L'accesso alle RR.SS.AA.: un aiuto agli anziani non autosufficienti****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Assistere nella residenzialità e nella domiciliarità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Valutazione diagnostica multidisciplinare, Residenza Sanitaria Assistenziale Stato vegetativo, Definizione piano personalizzato, Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo riabilitativo - motorio, Residenza Sanitaria Assistenziale RSA Modulo Base, Residenza Sanitaria Assistenziale RSA Modulo Cognitivo
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

L'offerta residenziale è garantita da n. 16 RRSSAA di cui n.6 sono a gestione diretta ASL e n. 10 sono pubbliche/private che hanno stipulato l'Accordo ai sensi della DGRT 995/2016. Progressivamente verranno sottoscritti gli accordi contrattuali a scadenza.

A seguito della riorganizzazione dell'offerta residenziale delle RR.SS.AA a gestione diretta, è stato costituito un unico presidio residenziale mediante la unificazione dell'R.S.A Pesciola e R.S.A Centro Koinè per un totale di 56 posti che prevede un'articolazione di posti letto così descritta:

- 31 posti modulo base
- 10 posti stati vegetativi persistenti
- 8 posti modulo motorio
- 7 posti cure intermedie setting 3

Obiettivi specifici

- 1) Applicare la libera scelta degli ingressi per anziani non autosufficienti in RSA
- 2) Favorire i ricoveri temporanei di sollievo al fine di mantenere l'anziano nel proprio contesto di vita
- 3) Garantire la presa in carico integrata in una logica di continuità assistenziale
- 4) Equità accesso nelle RR.SS.AA.
- 5) Specializzazione dei percorsi assistenziali residenziali specifici nel rispetto dei bisogni di cura e assistenza individuali

Descrizione del monitoraggio

Il ricorso ai ricoveri in RSA definitivi sono disciplinati dall'applicazione del regolamento sulle liste di priorità; si evidenzia che la media delle persone in lista di attesa è circa di 60 persone al mese.

Vista la limitata disponibilità di posti letto nelle RSA della Zona Aretina, molti utenti ricorrono a quelle fuori zona.

Da luglio 2024, con il modificarsi dell'autorizzazione della RSA PESCAIOLA per un totale di 56 posti letto, sono stati attivati 7 posti in Rsa di cure intermedie, setting utili alle dimissioni ospedaliere e che insieme ai moduli specialistici - Motorio e SVP - rappresentano una risposta a connotazione più specialistica. E' stato ottimizzato ed affinato il tourn over per l'utilizzo dei posti letto nei moduli specialistici. Per il 2025 la quota sanitaria ha visto un aumento ad euro a 59,10 euro per il modulo base. Nel 2025 è stata chiusa una RSA di 19 posti letto, questo rappresenta per il territorio una riduzione dei posti disponibili per la cittadinanza.

Data del monitoraggio

28/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività
Vita indipendente

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Strutture/percorsi sperimentali, Supporto autonomia, Definizione piano personalizzato, Valutazione diagnostica multidisciplinare
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Progetto di Vita Indipendente per le persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita. Si prevede l'erogazione di un contributo economico finalizzato al sostegno alla spesa per l'assunzione di un assistente privato, come l'assistente personale o il fisioterapista, spese per il trasporto (servizio pubblico o del privato sociale) o per l'iscrizione ad attività sportive, al fine di favorire lo sviluppo della capacità di autodeterminarsi, DGRT n. 753 del 25/06/2024 - Anno 2025.

Obiettivi specifici
Il progetto di vita indipendente presentato dalla persona dovrà essere prioritariamente orientato alla realizzazione dei seguenti obiettivi: supporto a percorsi lavorativi; supporto a percorsi formativi; sostegno al ruolo genitoriale; percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine; sviluppo di attività sociali e culturali; supporto per lo svolgimento di attività sportive; potenziamento e/o mantenimento dell'autonomia motoria.

Descrizione del monitoraggio
Del finanziamento del bando triennale FSE di 2.289.818,35 sono stati approvati a marzo 2025 87 progetti, per una spesa di 523.530 euro; ad oggi sono in lista di attesa 29 persone; molti richiedenti hanno presentato progetti economici, che poi non hanno trovato un giustificativo di spesa corrispondente. Ad oggi ci sono dei residui non spesi per i quali si attende indicazioni dalla Regione per l'impiego per altre richieste.

Data del monitoraggio
28/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Laura Del Tordello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Assistenza residenziale nel modulo vegetativo****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Assistere nella residenzialità e nella domiciliarietà
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Residenza Sanitaria Assistenziale Stato vegetativo, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

L'assistenza alle persone in stato vegetativo viene garantita nel modulo dedicato nella RSA (ex DGRT 402/2004 modulo stato vegetativo persistente) N. 10 p.l. presso una RSA a gestione diretta ASL.

Obiettivi specifici

- assicurare l'assistenza residenziale con modalità temporanea ai soggetti in stato vegetativo
- supportare la rete familiare

Descrizione del monitoraggio

Si prosegue l'attività di presa in carico e gestione delle persone non autosufficienti in stato vegetativo o con bisogni ad esso assimilabili.

Data del monitoraggio

28/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Assistenza domiciliare alle persone con disabilità gravissima****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Valutazione diagnostica multidisciplinare, Supporto autonomia, Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Erogazione di un contributo economico per sostegno alla spesa per l'assistenza di un caregiver privato ai soggetti affetti da disabilità gravissima al fine della permanenza a domicilio.
DGRT 1186 del 21/10/2024

Obiettivi specifici

- assicurare alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo risposte omogenee ed eque al bisogno di assistenza presso il proprio domicilio.
- differire l'istituzionalizzazione
- supportare la famiglia nella gestione del congiunto

Descrizione del monitoraggio

Le attività si stanno svolgendo secondo le modalità programmate seguendo i progetti individualizzati dei beneficiari. Viene garantito attraverso forme di assistenza domiciliare indiretta e mediante contributo economico riconosciuto secondo i criteri stabiliti dalla normativa di riferimento.

Data del monitoraggio

28/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Laura Del Tordello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Sostegno del ruolo di cura e assistenza del CAREGIVER FAMILIARE****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Definizione piano personalizzato, Supporto autonomia, Valutazione diagnostica multidisciplinare
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Il progetto ha come obiettivo principale quello di sostenere il caregiver familiare che si prende cura del congiunto tramite l'erogazione di un contributo economico previa valutazione dell'esistenza di requisiti derivanti da condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo come definito dall'art. 3 del DM 26 settembre 2016.

Obiettivi specifici

Riconoscere al caregiver familiare il ruolo di cura e di assistenza erogando un contributo mensile al fine di mantenere al domicilio della persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo migliorando la qualità di vita della stessa.

Descrizione del monitoraggio

Solo con la conferma dei fondi da parte regionale provenienti da quelli nazionali avvenuti nel mese di aprile è stato possibile poter proseguire gli interventi con regolarità secondo le modalità programmate. Il finanziamento ha garantito la soddisfazione delle domande storiche con interventi da 400 euro.

Data del monitoraggio

28/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Laura Del Tordello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Intervento Indipendenza e Autonomia - IN AUT****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Supporto autonomia, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

L'attività ha l'obiettivo di sostenere progetti individuali di autonomia alla persona con disabilità tramite misure finalizzate a specifici percorsi di studio, formazione, inserimento lavorativo, compreso il sostegno alle funzioni genitoriali, alla vita domestica e di relazione

Obiettivi specifici

Potenziamento dei progetti individualizzati tramite rimborso spese per attività di supporto allo studio, alla formazione, all'inserimento lavorativo, alle attività sportive e di socializzazione, supporto ai percorsi di deistituzionalizzazione o uscita dalla famiglia di origine anche tramite soluzioni di co-housing

Descrizione del monitoraggio

Sono stati attivati, nel 2025, 15 progetti.

Data del monitoraggio

28/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Laura Del Tordello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Assistere nella domiciliarità le persone anziane non autosufficienti****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Assistere nella residenzialità e nella domiciliarità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Non Autosufficienza
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Consulenza specialistica, Valutazione diagnostica multidisciplinare, A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata, Definizione piano personalizzato, Supporto autonomia, Strutture semiresidenziali per persone anziane
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Il Fondo della Non Autosufficienza, ai sensi della L.R. n. 66/2008 ha consentito di realizzare le seguenti prestazioni:

- * Assistenza Domiciliare Diretta;
- * Assistenza Domiciliare Indiretta, tramite l'erogazione di contributi a favore degli utenti che hanno un contratto con assistente familiare e contributo al familiare per il lavoro di cura.
- * Attivazione di posti di ricovero di sollievo/emergenza assistenziale in R.S.A.;
- * Risposta semi residenziale in Centri Diurni.

Obiettivi specifici

- 1) Attivazione di percorsi assistenziali personalizzati finalizzati
- 2) Mantenere l'anziano a domicilio
- 3) Equità accesso alle prestazioni sociosanitarie

Descrizione del monitoraggio

Attività proseguite come previsto e in parte incrementate grazie ad una integrazione di un finanziamento una tantum da parte di Regione Toscana (Progetto "Circolarità e umanizzazione dell'assistenza domiciliare integrata")

Data del monitoraggio

28/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Luisa Evangelista	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività

SPORTELLLO NEO MAGGIORENNI "STRADA FACENDO"

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Migliorare i servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Supporto all'inserimento lavorativo, Sostegno socio-educativo scolastico
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Lo sportello Neomaggiorenni "Strada Facendo" è indirizzato ai giovani del territorio aretino tra i 17 e i 22 anni, che vivono fuori dalla famiglia d'origine. L'obiettivo è quello di sostenere i ragazzi/e nel gettare le basi per la costruzione di un percorso verso l'autonomia favorendo al contempo il loro protagonismo. Stimolare una riflessione su di sé offrendo un servizio di informazione ed orientamento oltre che strumenti utili per la realizzazione degli obiettivi dei neomaggiorenni. Allo stesso tempo, particolare attenzione sarà data all'ascolto e alla comprensione delle personali aspettative e specifici bisogni dei ragazzi/e. Attraverso gli incontri verranno esplorate le loro personali aspirazioni, fornendo supporto nella declinazione pratica e temporale della loro realizzazione.

Obiettivi specifici

Lo Sportello Neomaggiorenni "Strada Facendo" vuole offrire ai giovani che vi faranno accesso informazioni, ascolto ed orientamento. Per questo motivo è stato pensato di inserirlo all'interno del servizio Informagiovani del Comune di Arezzo, essendo uno spazio di facile accesso per i ragazzi/e ed un capiente contenitore per le loro domande, dubbi ma anche idee e progetti. Lo sportello sarà strutturato in tre o più incontri con ciascun ragazzo/a. Verranno individuati gli obiettivi da porsi e da raggiungere al massimo entro un anno. Questi potranno appartenere a una delle seguenti macro-aree: Scuola, Formazione, Lavoro, Sport, Socializzazione e Tempo Libero. L'obiettivo generale poi verrà declinato insieme al ragazzo/a in obiettivi specifici e successivamente in azioni, visibili e rilevabili, che permetteranno di valutare nel tempo cosa è stato messo in campo per raggiungerli. La figura dell'operatore dello Sportello Neomaggiorenni "Strada Facendo" fungerà da stimolo e da strumento operativo, per raccogliere, insieme ai ragazzi/e, le informazioni necessarie al raggiungimento dei loro obiettivi e costruire/consolidare la loro relazione con il territorio favorendo la conoscenza/fruizione della rete territoriale dei servizi grazie anche alle connessioni già attivate tramite il Tavolo Locale istituito all'interno della sperimentazione Care Leavers.

Descrizione del monitoraggio

Progetto a termine, concluso nel 2025 come programmato.

Data del monitoraggio

30/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Paola Garavelli	Paola Garavelli

Aretina

Titolo della scheda di attività

Rete dei servizi di prevenzione e di accoglienza in caso di violenza di genere (Provincia di Arezzo)

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della violenza di genere
Area di programmazione	Violenza di genere
Settore prevalente	Strutture di protezione
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Casa rifugio, Casa di seconda accoglienza, Retta per accesso a servizi residenziali, Centri antiviolenza
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

L'intervento è realizzato dalla Provincia di Arezzo (capofila) in sinergia con i servizi sociali e il Codice Rosa di tutte le 5 Zone. I soggetti firmatari del Protocollo di Intesa sono: Prefettura, Provincia, Tribunale, Procura della Repubblica, Azienda USL TSE, Ufficio Scolastico Territoriale, Consigliera di Parità, Associazione Pronto Donna, Centro Anti Violenza.

Prevede risposte, ormai consolidate da anni, che vengono offerte a donne e ai loro figli minori che subiscono violenza e intendono intraprendere percorsi di fuoriuscita dalla violenza e di autonomia.

ACCOGLIENZA DI EMERGENZA H72 (6 posti letto) :

Si tratta di un'accoglienza in emergenza per donne sole o con figli/e minori, che devono essere allontanate nell'immediato dalla propria abitazione e che non possono essere ospitate, fin da subito, in Casa Rifugio. Si tratta di uno spazio, utilizzabile per un tempo limitato (72 ore), utile alla donna per maturare consapevolmente la scelta di intraprendere un percorso di uscita dalla violenza. Tale scelta, viene elaborata insieme agli operatori del pronto Donna (psicologhe, educatrici, avvocate ecc.) che rilevano inoltre la "valutazione del rischio". Tale accoglienza in emergenza può essere attivata da tutti i componenti firmatari del "Protocollo di intesa contro la violenza".

PRONTA EMERGENZA (6 posti letto)

Si tratta di una struttura Residenziale che si colloca in una dimensione di media protezione, che ospita le donne sole o con figli minori, se maschi sotto gli 11 anni, a medio ed alto rischio che si trovano nelle seguenti condizioni:

- in attesa di inserimento in una Casa Rifugio ;
- in attesa di elaborare, insieme alle operatrici del pronto Donna e alle Assistenti Sociali territoriali, un programma/progetto di uscita dalla violenza;

- accoglienza in Emergenza qualora la struttura H72 fosse al completo.

In questo contesto intermedio intervengono a sostegno della donna, oltre gli A.S. territoriali referenti per ogni singolo caso, gli operatori di accoglienza del Centro Antiviolenza.

L'accoglienza temporale è di 15 giorni. Questo periodo può essere rinnovato per ulteriori 15 qualora ci fossero particolari necessità senza comunque superare 1 mese di accoglienza in modo da non "congestionare" la disponibilità ad altre richieste provenienti dal territorio provinciale.

SECONDA ACCOGLIENZA (n. 6 posti letto)

Sono strutture residenziali per un'accoglienza a bassa soglia : generalmente per alcune donne rappresenta una delle ultime fasi del percorso verso l'autonomia fase in cui può iniziare ad "organizzarsi" nel territorio (lavoro, casa ecc.). L'Associazione garantisce alle ospiti della Casa, consulenze legali e psicologiche ed elabora insieme alla donna e ai servizi sociali del territorio percorsi pianificati e individualizzati . Questo tipo di accoglienza ha una durata semestrale (3 mesi rinnovabili per ulteriori 3).

INFORMAZIONE, PERCORSI FORMATIVI, SENSIBILIZZAZIONE.

Obiettivi specifici

- * rafforzare la rete di protezione delle donne vittime di violenza;
- * favorire percorsi di accoglienza per le vittime di abusi e violenza nell'ambito di un progetto di aiuto in situazioni emergenziali e propedeutico alla elaborazione di un eventuale percorso assistenziale;
- * interventi di sostegno economico finalizzati a percorsi di fuoriuscita e di autonomia;
- * promuovere la formazione e la sensibilizzazione sui temi della violenza di genere.

Descrizione del monitoraggio

Partendo dalla lettura dei dati dell'anno 2025 è stato richiesto, da parte delle rappresentanti territoriali di mantenere tutte le strutture esistenti, rimodulando i costi della Struttura di pronta Emergenza e mantenendo, se possibile il "sostegno economico a donne che escono da situazioni di violenza anche in deroga ai regolamenti comunali".

E' stato pertanto concordato, con la Fondazione Thevenin e l'Associazione Pronto Donna, una rimodulazione dei costi della Struttura di Pronta Emergenza che, nell'anno 2025, aveva un carattere sperimentale.

Data del monitoraggio

Aretina

Data del monitoraggio
30/01/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Patrizio Lucci	Tiziana Innocenti

Aretina

Titolo della scheda di attività
Tutela salute mentale richiedenti asilo

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Prevenzione, cura e riabilitazione di persone socialmente fragili
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Adulti
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Accoglienza, Psicoterapia, Definizione piano personalizzato, Colloqui psicologico-clinici, Visite psichiatriche, Supporto all'autonomia, Terapie farmacologiche
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Accessi dei richiedenti asilo al servizio di salute mentale con il supporto di mediazione etnoclinica, mediante mediatori linguistico culturali formati e supervisione mensile della equipe da parte di esperti nell'approccio interculturale alla salute mentale. Raccordo con il sistema dell'accoglienza per la reciproca comprensione delle problematiche e degli strumenti di prevenzione e cura.

Obiettivi specifici
-Riconoscere e trattare precocemente il disturbo da stress post-traumatico che è molto frequente e se non trattato, grave nelle persone vittime di tratta e di tortura. -Prevenire la patologia psichiatrica nelle persone richiedenti asilo collaborando alla formazione degli operatori dell'accoglienza. - Individuare risorse o ambiti di integrazione con il tessuto sociale del territorio

Descrizione del monitoraggio
Il progetto è iniziato permettendo una valida integrazione degli interventi sanitari con quelli di mediazione culturale (presso il Centro di Salute Mentale di Arezzo un giorno a settimana è presente la Mediatrice Culturale del Progetto Prosit)

Data del monitoraggio
11/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Massimo Valentini	Giampaolo Di Piazza

Aretina

Titolo della scheda di attività
Interventi non farmacologici dei disturbi di ansia

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Adulti
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Accoglienza, Supporto all'autonomia, Interventi psicoeducativi
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Il programma prevede l'attivazione di interventi non farmacologici individuali e di gruppo psicoeducativi e cognitivo-comportamentali manualizzati per la gestione dei disturbi d'ansia.

Obiettivi specifici
- Fronteggiare e gestire la sintomatologia ansiosa senza farmaci, promuovendo la presa di posizione attiva della persona rispetto al proprio malessere. - Valutare la possibilità di creare utenti esperti

Descrizione del monitoraggio
Le risorse impiegate sono derivanti dall'utilizzo di quota parte dell'attività del personale della Unità Funzionale che va ad incidere sul totale dell'attività erogata. Per favorire la formazione dei tirocinanti di psicologia e gli educatori, sono stati accolti nel corso delle attività.

Data del monitoraggio
11/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Giampaolo Di Piazza	Giampaolo Di Piazza

Aretina

Titolo della scheda di attività
Intervento psico educativo familiare integrato

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Adulti
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia, Abilitazione e riabilitazione, Individuazione precoce e proattiva del disturbo, Visite psichiatriche, Interventi psicoeducativi, Supporto all'autonomia, Terapie farmacologiche
Argomenti	-
Popolazione target	Dipendenze
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
La teoria stress-vulnerabilità-coping è un modello esplicativo della patogenesi dei disturbi mentali secondo il quale, se l'effetto combinato della vulnerabilità genetica e dei fattori stressanti supera la soglia individuale di adattamento, ciò favorisce la comparsa dei sintomi del disturbo mentale a cui la persona è vulnerabile e questo può essere contrastato dalle strategie di coping. Lo scopo principale di questo metodo è il miglioramento delle capacità dei componenti della famiglia di comunicare costruttivamente e di risolvere insieme i problemi.

Obiettivi specifici
- valutazione dei punti di forza e di debolezza dei componenti della famiglia - insegnamento di abilità di comunicazione efficaci - insegnamento di metodo strutturato di risoluzione dei problemi

Descrizione del monitoraggio
intervento in corso e pianificato anche per il 2026

Data del monitoraggio
11/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Raffaele Pasquini	Giampaolo Di Piazza

Aretina

Titolo della scheda di attività**Servizi di salute mentale: la presa in carico post ospedaliera****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Continuità ospedale-territorio
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Adulti
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Terapie farmacologiche, Centro Diurno Psichiatrico, Colloqui psicologico-clinici, Definizione piano personalizzato, Assistenza domiciliare socio-assistenziale, Visite psichiatriche
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Il progetto prevede l'attivazione della presa in carico ambulatoriale con l'attivazione del contatto entro 7 gg. con il Dipartimento di Salute Mentale degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissioni del ricovero ospedaliero.

Riferimento: indicatore a supporto dei profili "Contatto entro 7 gg. con DSM dal ricovero".

Obiettivi specifici

- Ottimizzazione della produzione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.
- Obiettivo di continuità e consolidamento.

Descrizione del monitoraggio

Redatti durante la degenza Accordi terapeutici e Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati con i pazienti 18-25 anni in modo da promuovere continuità ospedale-territorio con interventi di iperprossimità.

Data del monitoraggio

11/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Giampaolo Di Piazza	Giampaolo Di Piazza

Aretina

Titolo della scheda di attività**Valutazione degli esiti dei percorsi in comunità terapeutica con strumenti standardizzati****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Adulti
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Accoglienza, Interventi psicoeducativi, Trattamenti terapeutico riabilitativi di carattere intensivo, Psicoterapia, Interventi sulla rete sociale, formale e informale, Supporto all'autonomia, Terapie farmacologiche, Visite psichiatriche
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Gli esiti del percorso di pazienti ospiti di Comunità (SRP1) con gravi disturbi psicotici o della personalità che necessitano di riabilitazione vengono valutati attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati

Obiettivi specifici

- valutazione oggettiva dei miglioramenti
- personalizzazione del progetto riabilitativo

Descrizione del monitoraggio

Per ogni ingresso in Comunità ed in Residenza sarà approntato un accordo terapeutico / Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato con partecipazione attiva del paziente.

Data del monitoraggio

11/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Giampaolo Di Piazza	Giampaolo Di Piazza

Aretina

Titolo della scheda di attività

PNRR - Missione 6 - DM 77/2022

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Riorganizzazione rete presidi territoriali
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza sanitaria di base, Continuità assistenziale (ex-guardia medica), Azioni a supporto self management, Sanità di iniziativa, Strutture Residenziali a maggiore rilievo sanitario, Assistenza ambulatoriale non integrata, Cure intermedie, Presidi territoriali, Assistenza domiciliare non integrata (cure domiciliari), Assistenza farmaceutica - Servizi territoriali e ospedalieri
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	31/12/2021 - 31/12/2026

Descrizione

Il Programma di riorganizzazione dei Servizi Territoriali dell'Azienda USL Toscana Sud Est, in conformità al nuovo modello di servizi previsto dal PNRR Salute e D.M. 77/2022 si prefigge di realizzare lo sviluppo della sanità territoriale ed il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria attraverso l'adozione di nuovi modelli organizzativi, nuove tecnologie digitali e Telemedicina, percorsi socio assistenziali.

Gli ambiti operativi che prevedono la riorganizzazione sono: Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrale Operativa Territoriale, Infermiere di famiglia e di Comunità, reti cliniche integrate e strutturate, telemedicina.

La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Gli Ospedali di Comunità sono considerati strutture di degenza post acuta della rete assistenziale territoriale, in grado di supportare, con la medicina generale, sia la fase di de-ospedalizzazione di persone fragili o anziane, sia di offrire l'opportunità della presa in carico, accedendo dal territorio, alle persone in situazioni di complessità assistenziale e/o con patologie croniche che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, affinché si evitino ricoveri ospedalieri impropri.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

In questo contesto si prevede di rafforzare le reti cliniche integrate e strutturate con una maggiore integrazione tra la Medicina Generale e la Medicina Specialistica.

Per la telemedicina si prevede di attivare un progetto sperimentale a valere sui fondi PNRR, volto a facilitare le dimissioni di soggetti con fragilità.

Per la Zona Aretina si prevede la realizzazione, come indicato nel PNRR, di 2 Case della Comunità HUB: Casa della Comunità Hub Arezzo 1 in Via Guadagnoli e Casa della Comunità Hub Arezzo 2 in Via Baldaccio d'Anghiari a cui saranno collegate le già esistenti (o da costituirsi) Case della Salute/Comunità SPOKE dei comuni situati attorno al Capoluogo e che compongono l'Ambito Aretino: Subbiano, Capolona, Castiglion Fibocchi, Civitella in Val di Chiana, Monte San Savino. Le Case di Comunità HUB e SPOKE costituiranno la rete dei servizi territoriali di prossimità della Zona Aretina. In tali ambiti si prevede di rafforzare le Case della Salute con sedi periferiche (Monte San Savino).

Il nuovo modello di sanità territoriale contempla la realizzazione dell'Ospedale di Comunità come struttura nuova da edificare in via Laschi.

La Centrale Operativa Territoriale C.O.T. è stata inaugurata ed è attiva presso l'area Colle del Pionta ad Arezzo.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi della riorganizzazione prevista dal DM77, recepito dalla DGRT 1508/2022 si focalizza sulle reti di prossimità territoriali e si caratterizzeranno per il potenziamento della presa in carico della cronicità, l'implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA), la razionalizzazione della rete ambulatoriale territoriale e il rafforzamento della medicina generale.

La Missione 6 permetterà una maggiore interrelazione strutturata tra i professionisti, lo sviluppo delle reti territoriali e una maggiore integrazione tra ospedale e territorio attraverso equipe multidisciplinari. Sarà potenziata anche l'assistenza domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti e disabili. Tali reti di prossimità territoriale dovranno essere

Aretina

Obiettivi specifici	
supportate da idonee infrastrutture informative per l'implementazione e lo sviluppo della telemedicina specie in contesti marginali e periferici.	
Descrizione del monitoraggio	
Prosecuzione nei lavori previsti dal PNRR come da coronoprogramma, per tutti gli interventi previsti, Case della Comunità HUB 1 di via Guadagnoli, Casa della Comunità HUB 2 di Via Baldaccio d'Anghiari e Ospedale di Comunità di via Laschi.	
Data del monitoraggio	
12/02/2026	
Referente attività	Scheda compilata da
undefined undefined	Lucia Mondani

Aretina

Titolo della scheda di attività**Benessere Psicologico Adolescenza****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Salute mentale infanzia e adolescenza
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Minori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Individuazione precoce e proattiva del disturbo, Psicoterapia, Consulenza specialistica
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Presa in carico precoce del disagio giovanile

Obiettivi specifici

Costruire percorsi che facilitano l'accesso degli adolescenti ai servizi, attraverso la creazione di servizi a bassa soglia e interventi di rete con gli attori istituzionali e del Terzo Settore che intervengono coi i giovani

Descrizione del monitoraggio

Progetto a termine concluso. Realizzati percorsi sulle abilità relazionali tramite la metodologia "super skills"

Data del monitoraggio

12/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Susanna Giaccherini	Susanna Giaccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Progetto "Autismo"

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Salute mentale infanzia e adolescenza
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Minori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Orientamento e training, Supporto alla autonomia, Interventi sulla rete sociale, formale e informale, Definizione piano personalizzato, Abiltazione e riabilitazione, Continuità assistenziale del passaggio all’età adulta
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	16/09/2024 - 25/09/2025

Descrizione
Il progetto è stato definito dai professionisti delle UF SMIA e SMA e si inserisce nell'ambito della programmazione regionale degli interventi dedicati alle persone con disturbo dello spettro autistico. La finalità è quella di incrementare il livello di inclusione sociale dei soggetti presi in carico a integrazione dei percorsi eventualmente già attivati, in modo da migliorare le abilità sociali e relazionali, rafforzare le autonome capacità di gestione della vita quotidiana. Le attività sono rivolte sia a minori che ad adulti, esse possono essere svolte presso il nuovo "Centro per i Disturbi del Neurosviluppo", presso il domicilio dei beneficiari, presso le sedi degli ETS partner della Co-progettazione, presso luoghi di socializzazione esterni.

Obiettivi specifici
- Realizzazione di interventi di psico-educativi e riabilitativi, come previsti dalle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico; - Percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione; - Progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa.

Descrizione del monitoraggio
Finanziamento concluso a dicembre 2025. Sono stati realizzati percorsi individuali laboratoriali indirizzati al miglioramento delle abilità relazionali con interventi attuati anche in contesti di vita.

Data del monitoraggio
12/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Maria Grazia Piergiovanni	Luciano Luccherino

Aretina

Titolo della scheda di attività
Laboratori 5G

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Migliorare i servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Minori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Rapporti con Autorità giudiziaria, Interventi sulla rete sociale, formale e informale, Gruppi di sostegno per i familiari
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	01/01/2024 - 30/06/2025

Descrizione
Laboratori di supporto alla genitorialità

Obiettivi specifici
Strutturazione di interventi di supporto alla genitorialità specifici per le diverse fasce di età: o-6 anni 6-11 anni 11-14 anni 14-18 anni I laboratori riguarderanno le seguenti tematiche: empatia ed emozioni, compiti evolutivi, importanza delle regole, comunicazione efficace e gestione dei conflitti

Descrizione del monitoraggio
Realizzati percorsi di sostegno alla genitorialità. Attualmente l'ATS è divenuta referente del progetto svolto in coordinamento con i servizi specialistici dell'Azienda Sanitaria.

Data del monitoraggio
12/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Susanna Giaccherini	Susanna Giaccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività**Presa in carico integrata: Gruppi Tutela Minori e Vulnerabilità Familiare****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Migliorare i servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Minori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Interventi sulla rete sociale, formale e informale, Definizione piano personalizzato, Rapporti con Autorità giudiziaria, Consulenza in ambito scolastico, Gruppi di sostegno per i familiari, Collaborazione con Dipendenza Patologiche
Argomenti	-
Popolazione target	Minori
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Prosecuzione e consolidamento delle attività del Gruppo Tutela Minori . Le attività del GTM interessano le seguenti aree di azione:

- * Analisi delle nuove richieste di indagine socio-familiare provenienti dal Tribunale dei Minorenni e/o dal Tribunale Ordinario
- * Analisi nuovi decreti provenienti dal TdM e/o dal TO
- * Individuazione dell'equipe multi professionale coinvolta in ogni singolo caso e attribuzione dei compiti specifici, con individuazione del referente del caso
- * Monitoraggio andamento progetti assistenziali e tempistica di produzione delle relazioni per il TdM e/o TO
- * Analisi delle situazioni complesse in carico anche se non ancora processate dal TdM e/o TO
- * Calendarizzazione della discussione delle situazioni complesse

Definizione di una programmazione condivisa con Enti Locali, Tribunale e Terzo Settore nell'ambito di interventi di prevenzione e presa in carico in materia di famiglie vulnerabili

Obiettivi specifici

- * rafforzare il confronto multi professionale e impegno condiviso tra gli operatori, sulla base di accordi informati e partecipati, tali da evidenziare in modo trasparente i vari centri di responsabilità implicati nella risposta al bisogno
- * coinvolgere gli operatori di altri servizi (es. SMA, SerD, SMIA) che possono essere coinvolti negli incontri del GTM in relazione alla congruenza relativamente al bisogno specifico
- * attribuire i compiti professionali e la successione delle azioni relative al progetto assistenziale per ciascun minore e nucleo familiare
- * lavoro di rete inter istituzionale e con la comunità locale

Descrizione del monitoraggio

Attività svolte come programmato per l'integrazione sociosanitaria rispetto alla presa in carico di minori in situazioni di tutela o di grave vulnerabilità familiare

Data del monitoraggio

12/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Susanna Giaccherini	Susanna Giaccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività**Psicoeducazione familiare ed autismo - Provincia di Arezzo****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Salute mentale infanzia e adolescenza
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Salute mentale - Minori
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Colloqui psicologico-clinici, Gruppi di sostegno per i familiari, Individuazione precoce e proattiva del disturbo
Argomenti	-
Popolazione target	Famiglie
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Il progetto si propone di mettere a punto interventi di Psicoeducazione familiare nella fase immediatamente successiva alla diagnosi, nella prima infanzia, e nella fase della transizione dall'adolescenza all'età adulta.

Obiettivi specifici

- 1) potenziare, nelle due fasi critiche considerate, l'interazione paziente-gruppo familiare più efficace nel migliorare le competenze socio comunicative dei pazienti e i loro comportamenti adattivi.
- 2) condividere il percorso assistenziale con i servizi sociali e gli insegnanti, per integrare la dimensione sanitaria con quella sociale ed educativa

Descrizione del monitoraggio

Garantito un percorso continuativo di psico-educazione familiare realizzato in modo tempestivo rispetto alla comunicazione della diagnosi

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Luciano Luccherino	Luciano Luccherino

Aretina

Titolo della scheda di attività**Centro per i disturbi del neurosviluppo****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sviluppo integrazione e inclusione sociale
Area di programmazione	Socio-assistenziale
Settore prevalente	Integrazione sociale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Realizzazione di uno spazio di integrazione tra servizi socio-sanitari, Enti Locali e ETS per una programmazione condivisa di interventi volti allo sviluppo delle autonomie di vita, di percorsi professionali lavorativi, di orientamento e inclusione lavorativa per soggetti con disturbo del neurosviluppo.

Obiettivi specifici

Definizione di una convenzione tra Asl e Comune di Arezzo (come Ente capofila di zona) per la gestione delle attività del centro.

Descrizione del monitoraggio

Nel 2025 è stata firmata la Convenzione tra la Zona Distretto e il Comune di Arezzo con cui si declinano le modalità operative di attivazione dei servizi che verranno realizzati dalle associazioni proposte dal Comune di Arezzo o appartenenti alla Fondazione Arezzo Comunità. Sono state anche firmati gli accordi operativi con le associazioni suddette.

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Luciano Luccherino	Luciano Luccherino

Aretina

Titolo della scheda di attività**Centrale Operativa Territoriale (COT).****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Continuità ospedale-territorio
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Cure intermedie, Assistenza ambulatoriale non integrata, Assistenza domiciliare non integrata (cure domiciliari), Presidi territoriali
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

La COT è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Rappresenta lo strumento operativo per il governo delle transizioni ospedale-territorio, territorio-territorio e territorio-ospedale. Il servizio attiva un team di figure multiprofessionali, che garantiscono interventi integrati a supporto della dimissione dei pazienti complessi dai reparti ospedalieri verso domicilio, o verso setting residenziali di natura sanitaria- assistenziale o socio-assistenziale (Cure Intermedie), Hospice e Cure Palliative Domiciliari o strutture residenziali riabilitative intra ed extra-ospedaliere.

- * Costituisce l'interfaccia con le Case della Comunità, la rete ospedaliera e le reti dei servizi territoriali;
- * Collega la rete dei professionisti dell'assistenza territoriale consentendo a questi ultimi la ricezione delle segnalazioni corredate da tutte le informazioni necessarie alla presa in carico della persona;
- * Monitora e rende disponibili le strutture dell'assistenza territoriale
- * Garantisce l'ottimizzazione del flusso di dimissione ospedaliera attraverso il raccordo stretto con la funzione ospedaliera e il bed management.
- * Gestisce in maniera appropriata i setting territoriali includendo anche il raccordo con le cure palliative, la salute mentale, l'ADI e le dipendenze.
- * Sarà dotata di piattaforma che renderà visibili le disponibilità e consentirà di eseguire l'accettazione del paziente e di facilitare i processi di ammissione e di dimissione verso strutture intermedie o al domicilio.
- * Tracerà e monitorerà le transizioni della persona da un luogo di cura all'altro o da un livello clinic o assistenziale all'altro e sviluppa in maniera strutturata la presa in carico dei pazienti cronici a domicilio tramite il telemonitoraggio e televisita.
- * Promuoverà e utilizzerà strumenti di handover standardizzati.
- * Attiverà, in caso necessario, l'Unità di Valutazione ultidimensionale e gli altri servizi socio-sanitari e sociali del territorio.
- * Verrà attivata tramite la CO 116117 e attraverso i punti di accesso diretti e mediati.

La sede della COT è prevista in nuova struttura dedicata in fase di ultimazione, presso Viale Cittadini (zona Pionta). Tempi di attivazione previsti: marzo 2024.

Obiettivi specifici

Obiettivo della COT è quello di assicurare coordinamento, continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale attraverso l'attivazione ed il governo dei seguenti percorsi:

- transizione ospedale- territorio
- transizione territorio-territorio (segnalazione da MMG ed IFeC)
- transizione territorio-ospedale.

- Implementare le prese in carico ADI a partire dalle segnalazioni a COT provenienti da ospedale, in modo da prendere in carico precocemente i pazienti a domicilio con bisogni sanitari complessi, attraverso il coinvolgimento del MMG, degli IFeC e di tutte le altre figure specialistiche operanti sul territorio, garantendone l'integrazione.

-Implementare le segnalazioni tramite portale informatico da parte del PS e di tutte le strutture sanitarie territoriali (cure Intermedie, Low Care, Setting riabilitativi residenziali extraospedalieri), attraverso il censimento del personale afferente e l'accessibilità al sistema informatico di segnalazione.

Descrizione del monitoraggio

La Centrale Operativa Territoriale (COT) rappresenta un nodo centrale per la gestione della cronicità, particolarmente rilevante per una popolazione anziana e dispersa sul territorio. E' un modello organizzativo che coordina la presa in carico dei pazienti, raccordando ospedale e territorio per garantire la continuità assistenziale. Gestisce i passaggi tra i setting assistenziali, specialmente per casi complessi e cronici, in linea con il DM 77/2022.

Aretina

Descrizione del monitoraggio
Funzione: Coordina l'assistenza domiciliare, le cure primarie, le case di comunità e gli Ospedali di Comunità, facilitando le dimissioni. Finalità: Migliorare la sinergia tra servizi sanitari e sociali, riducendo i tempi di degenza. Nel corso dell'anno 2026 sarà implementato il collegamento con la Centrale NEA 116117 per la segnalazione diretta e la presa in carico dei bisogni dei cittadini. Sarà, inoltre, implementata la connessione con le CdC e gli Ospedali di Comunità anche attraverso il ruolo della Continuità Assistenziale garantita dai medici RUAP secondo quanto previsto dal nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) siglato con i medici di medicina generale. Infine sarà strutturato il sistema di trasmissione delle informazioni agli Ospedali di Comunità tramite un software che permetterà una supervisione e un monitoraggio in tempo reale dei casi segnalati e del loro percorso.

Data del monitoraggio
16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività

Case della Comunità

Classificazione

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Riorganizzazione rete presidi territoriali
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Sanità di iniziativa, Assistenza specialistica ambulatoriale, Assistenza sanitaria di base, Assistenza ambulatoriale non integrata, Continuità assistenziale (ex-guardia medica)
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	31/12/2020 - 30/12/2021

Descrizione

La Casa della Comunità rappresenta un nuovo modello per la sanità territoriale. Attraverso la sua realizzazione i cittadini possono disporre di un presidio impegnato e organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e quindi per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria. Saranno costituite due Case della Comunità Hub alle quali saranno collegate le già esistenti (o da costituirsi) Case della Salute/Comunità SPOKE dei comuni situati attorno al Capoluogo e che compongono l'Ambito Aretino: Subbiano, Capolona, Castiglione Fibocchi, Civitella in Val di Chiana, Monte San Savino, in cui si sta progettando l'implementazione di questo sistema.

Casa della Comunità Hub Arezzo 1 Via Guadagnoli

* Servizi di Cure Primarie erogati da equipe multidisciplinare (MMG, Infermieri di Comunità, Assistente Sociale, Medici dipendenti di Cure Primarie)

* Servizi Infermieristici (riferimenti per Assistenza Domiciliare e Infermiere di Comunità)

* CUP

* Punto Unico di Accesso (PUA)

* Ambulatori Specialistici per la patologia ad elevata prevalenza:

Cardiologia, Diabetologia, Neurologia, Geriatria Territoriale, Pneumologia Territoriale

* Ambulatori specialistici territoriali (Oculistica, Equipe Riabilitazione)

* Spazi ulteriori per ambulatorio di Diagnostica e monitoraggio della cronicità

* Ambulatori Medici MMG + C.A. (h 24 7/7gg)

* Servizi Sociali (Non Autosufficienza; Disabilità ecc.)

* Spazi Riunione

* Telemedicina e infrastruttura informatica: Tele monitoraggio, Tele visita e Tele consulto, Tele assistenza

Casa della Comunità Hub Arezzo 2 in Via Baldaccio d'Anghiari

Polo cittadino in via di sviluppo non distante dall'ospedale in linea d'aria, ospiterà una seconda equipe di Cure Primarie (MMG e Specialisti) e ambulatori infermieristici per complessivi 9 ambulatori e un PUA.

Adiacente alla struttura è previsto il Nuovo Punto Prelievi per il quale risulta già specifico progetto, e che verrà ad assorbire totalmente vari punti prelievi esistenti ed in particolare quello attuale del Centro socio-sanitario di via Guadagnoli e quello dell'ospedale San Donato.

Obiettivi specifici

- realizzazione di una nuova organizzazione dei servizi sanitari territoriali, basata sul principio dell'integrazione
- favorire la presa in carico del cittadino
- presenza di sedi strutturali organizzate per la gestione proattiva delle patologie croniche

Descrizione del monitoraggio

Aretina

Descrizione del monitoraggio	
Nel corso dell'anno 2026 la Zona Distretto Aretina vedrà l'apertura di due nuove Case di Comunità Hub sul territorio della città di Arezo, che diventeranno il punto di riferimento per i bisogni sanitari differibili della popolazione residente e dei cittadini temporaneamente presenti sul territorio. Il modello organizzativo di queste du strutture è definito secondo i criteri del DM 77 e tra le varie figure cisarà la presenza di un medico a Rapporto orario che dovrà garantire la presa in carico dei bisogni cronici 24/24 ore, 7 giorni su 7. Accanto alle due CdC Hub saranno presenti anche due CdC spoke sul territorio limitrofo a quello cittadino ed in particolare sulle due AFT periferiche (Civitella, Monte San Savino e Subbiano, Capolona, Castiglion Fibocchi), che avranno una copertura medica 6 giorni su 7, 12 ore al giorno. A tale scopo si procederà ad una graduale e progressiva riorganizzazione delle attuali Case della Salute.	
Data del monitoraggio	
16/02/2026	
Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività**Riabilitazione funzionale del fisioterapista nelle disfunzioni del pavimento pelvico****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Reti cliniche integrate e strutturate
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza ambulatoriale non integrata, Assistenza specialistica ambulatoriale
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

I problemi delle disfunzioni del pavimento pelvico coinvolgono una grande fascia della popolazione adulta sia maschile che femminile con un impatto sullo stile di vita e sulla limitazione funzionale.

Di particolare impatto sono gli eventi traumatici e/o microtraumi ripetuti (parto operativo, lavoro usurante, malattie respiratorie) e la fase nel post chirurgia pelvica (prostatectomia e interventi sulla pelvi femminile).

Il fisioterapista riabilita gli uomini e le donne con disfunzioni del pavimento pelvico accedendo al percorso secondo quanto previsto dal Nuovo nomenclatore della Specialistica Ambulatoriale. DM 25/11/2024

Obiettivi specifici

Implementare il servizio di riabilitazione funzionale attraverso la presa in carico del fisioterapista dei pazienti che presentano disfunzioni del pavimento pelvico.

Descrizione del monitoraggio

Il programma è finalizzato alla presa in carico dei pazienti che hanno presentato disfunzioni del pavimento pelvico sia maschili che femminili. L'ambulatorio di FISIOTERAPIA DEL PAVIMENTO PELVICO si trova c/o PO SAN DONATO. Si accede all'Ambulatorio con richiesta di Specialistica Ambulatoriale fatta dallo MEDICO. L'ambulatorio è aperto dal Lunedì al Venerdì dalle 07.00 alle 17.30. SPECIALISTA UROLOGO, GINECOLOGO, PROCTOLOGO, CHIRURGO Ospedaliero o del MMG se il paziente ha eseguito una Visita Specialistica con un MEDICO PRIVATO (LR006 RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO) prenotabile con AGENDA CUP ESCLUSIVA dagli Operatori della Riabilitazione al CARO. Negli anni precedenti tale attività ha garantito una presa in carico di un numero consistente di utenti. Si ripropone per l'anno in corso.

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Emiliano Ceccherini	Emiliano Ceccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività**Ambulatorio Fisioterapia Respiratoria****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Continuità ospedale-territorio
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza specialistica ambulatoriale
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Preso in carico dei pazienti in dimissione dai reparti di Pneumologia, UTIP e Pneumologia Intensiva Respiratoria con un bisogno riabilitativo

Obiettivi specifici

I programmi specifici di fisioterapia respiratoria sono finalizzati alla prevenzione delle recidive e dei ricoveri ripetuti e a migliorare la qualità di vita delle persone prese in carico. Il Paziente dimesso a domicilio, segnalato alla COT, avrà un PAI formulato dal medico specialista dimettente (pneumologo), che sarà condiviso con i fisioterapisti che seguiranno il paziente a livello ambulatoriale.

Descrizione del monitoraggio

L'attività è iniziata nell'anno 2025 ed è finalizzata alla presa in carico di pazienti in dimissione ospedaliera. L'ambulatorio si trova c/o PO SAN DONATO. L'ambulatorio di Fisioterapia Respiratoria prevede la presenza del Medico Pneumologo e del Fisioterapista. L'ambulatorio è aperto dal Lunedì al Venerdì dalle 11.30 alle 13.30. Si accede all'Ambulatorio con richiesta di Specialistica Ambulatoriale fatta dallo Pneumologo Ospedaliero (LR015 RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO RESPIRATORIA INDIVIDUALE e LR016 RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO RESPIRATORIA DI GRUPPO) prenotabile con AGENDA CUP ESCLUSIVA dagli Operatori della Riabilitazione al CARO o con Piano di Trattamento Riabilitativo Individuale (a seconda della complessità) redatto dallo Pneumologo Ospedaliero e dal Fisioterapista che vanno in lista d'attesa P3 c/o CARO. Vista l'efficacia di tale attività per l'anno appena trascorso, si ripropone per l'anno in corso.

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Emiliano Ceccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività**AFA - Attività Fisica Adattata e prevenzione delle cadute****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Promozione di sani stili di vita e prevenzione
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Azioni a supporto dell'invecchiamento attivo, Riabilitazione di iniziativa
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Attivazione percorsi di attività fisica adattata, non sanitaria, volta all'implementazione dei corretti stili di vita della popolazione.

I corsi sono rivolti sia alle persone con sindromi dolorose croniche (osteoporosi, artrosi o altre situazioni croniche che determinano limitazioni della mobilità) sia alle persone con esiti stabilizzati di disturbi neuromotori (ictus, Parkinson, ecc.). Sono inoltre previsti alcuni corsi per le persone anziane a rischio cadute.

Obiettivi specifici

- * incremento della rete degli erogatori dei corsi AFA
- * incremento del numero degli utenti ai corsi AFA
- * incremento del numero di erogatori dei corsi per soggetti affetti da fibromialgia
- * mantenimento dell'attività volta alla prevenzione delle cadute

Descrizione del monitoraggio

Nel Corso dell'anno 2025 nella ZD di Arezzo sono attivi i CORSI AFA in tutti i 6 comuni con una copertura del 100% con n° 33 punti eroganti. I corsi sono stati organizzati da 15 provider di cui N° 8 non profit e N° 7 profit. La tipologia di corsi attivati è suddivisa in:

AFA A (Soggetti con autonomia conservata)

AFA B (Soggetti con autonomia conservata e a rischio caduta)

AFA C (Soggetti con ridotta competenza funzionale)

Per mantenere gli indicatori in linea con gli obiettivi prefissati abbiamo fatto incontri con MMG al fine di sensibilizzare l'importanza dell'AFA ai fini preventivi e quindi facilitare l'invio ai corsi. Anche per l'anno in corso, abbiamo proseguito nel rapporto di collaborazione con i mmg per mantenere standard elevati di presa in carico degli utenti e garantire il coinvolgimento del maggior numero di utenti.

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Emiliano Ceccherini	Emiliano Ceccherini

Aretina

Titolo della scheda di attività**CAT - Centro Ausili Alta Tecnologia****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Abilitazione e riabilitazione
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Il Centro si occupa del processo di valutazione, individuazione e supporto all'utilizzo di ausili tecnologici, sia nell'ambito di disabilità motorie che nell'ambito di disabilità cognitivo-linguistica, attraverso valutazione in equipe multidisciplinare composta da: logopedista, fisiatra, fisioterapista, ingegnere, consulente alla pari.

Obiettivi specifici

- * individuazione, prova, addestramento ausili di comunicazione
- * prove e addestramento ausili motori
- * incremento valutazioni ambientali finalizzate all'individuazione dell'ausilio corretto
- * supporto processo di acquisto e fornitura dell'ausilio

Descrizione del monitoraggio

L'attività del CAT è ad accesso libero per le valutazioni degli ausili tecnologici ed avviene tramite un semplice contatto telefonico per fissare un appuntamento. Il personale della Riabilitazione presente al CAT composto da N° 1 Fisioterapista N° 1 Logopedista un Ingegnere e un Segretario e consulente. Inoltre per le prescrizioni degli ausili sono referenti i medici specialisti (Fisiatra, Neuropsichiatra Infantile, Neurologo etc.).

Principali attività svolte: Prova ed addestramento carrozzine elettriche, scooter e propulsori elettrici cercando di trovare tra i modelli in magazzino, quello adatto alle esigenze della persona incrementando così il riciclo e il risparmio. Prova ed addestramento al sollevatore manuale ed elettrico, personalizzazione ausili con operatori del settore, commissione e verifica appropriatezza prescrizione protesi ed ausili (con medico validatore), monitoraggio pazienti con gravi patologie degenerative, valutazione ambientale (barriere architettoniche, spazi fruibili nell'abitazione), prove ed addestramento ausili a bassa tecnologia, valutazione della postura, valutazione della postazione di lavoro (anche scolastica), ricerca nuove soluzioni assistive, supporto agli uffici protesi e operatori del settore, supporto al processo di acquisto ausili non in gara, mantenimento rapporti con rappresentanti di categoria, individuazione, prova ed addestramento ausili di comunicazione a bassa ed alta tecnologia, creazione di materiale di comunicazione, avvio e supporto a progetti di comunicazione Aumentativa Alternativa, ricerca di dispositivi per la sicurezza personale, supporto a personale docente scolastico, ricerca di sistemi alternativi di guida, ricerca di sistemi di controllo domotico per l'autonomia della persona con gravissime disabilità, formazione.

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Emiliano Ceccherini	Valentina Scali

Aretina

Titolo della scheda di attività**Cure Intermedie: Ospedale di Comunità e Low Care****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Continuità ospedale-territorio
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Cure intermedie
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture per evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Obiettivi specifici

Migliorare il percorso di presa in carico dei pazienti nei setting di Cure Intermedie attraverso la formulazione di un'istruzione operativa zonale, condivisa con le varie strutture afferenti alla Zona Distretto, che regolamenti l'accesso e le modalità di funzionamento.
Realizzazione del nuovo Ospedale di Comunità in via Laschi ad Arezzo, secondo il cronoprogramma definito nel progetto del PNRR.

Descrizione del monitoraggio

Nella zona Aretina è presente un Ospedale di Comunità, ex Low Care setting 1, privato convenzionato con la disponibilità di 24 p.l. ed è in costruzione con i fondi PNRR un Ospedale di Comunità di 20 p.l..
Gli ospedali di comunità, definiti dal DM 77/2022, sono strutture sanitarie di ricovero intermedie (solitamente 15-20 posti letto) tra il domicilio e l'ospedale per pazienti che necessitano di cure a bassa intensità clinica. Svolgono una funzione cruciale nel ridurre ricoveri impropri, gestire dimissioni protette e fornire stabilizzazione clinica o recupero funzionale.
Nel nuovo ODC l'assistenza infermieristica sarà garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7. L'assistenza medica sarà assicurata dai medici incaricati; nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. Per quanto riguarda SGLab l'assistenza medica ed infermieristica è definita dalla Convenzione stipulata.

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività**UVMD****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Definizione piano personalizzato
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

In base alla D.G. n. 1333 del 10 dicembre 2019 che recepisce la DGRT 1449/2017 è stata costituita a livello di Zona Distretto la UVM Disabilità composta da un gruppo stabile e dedicato di professionisti formato da: medico di comunità, assistente sociale, Infermiere di Famiglia e di Comunità e amministrativo di supporto che può essere integrato, sia nella fase istruttoria della valutazione, che nella seduta effettiva di redazione del Progetto di Vita, da professionisti e specialisti individuati tra quelli di riferimento della persona, in funzione del bisogno prevalente. Possono essere coinvolti referenti di altri enti/soggetti che hanno un ruolo nella definizione del Progetto di Vita.

La DGRT 1055 del 11/10/2021 fornisce gli strumenti per la presa in carico, con il D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62 e la DGRT 1614 del 23/12/2024 si rinnova la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e l'attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

Obiettivi specifici

- Assicurare la presa in carico e il governo integrato delle risorse e dei servizi in favore delle persone under '65 con disabilità favorendo la definizione del Progetto di Vita della persona con disabilità attraverso la valorizzazione della persona e alla sua partecipazione al progetto di vita.
- Per l'anno 2025 è prevista lo sviluppo e l'applicazione del Nuovo Progetto di vita tramite applicativo WP3 Aster.

Descrizione del monitoraggio

L'UVMD (Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità) è un organo tecnico-operativo zonale che valuta i bisogni delle persone con disabilità, elaborando progetti di vita personalizzati (PAP) e garantendo l'accesso ai servizi socio-sanitari e ai contributi, come quelli per la vita indipendente. Composta da medici, assistenti sociali e amministrativi, opera presso le Società della Salute (SdS)/Zone-Distretto, coinvolgendo attivamente la persona e i caregiver.

La definizione del Progetto di Vita avviene all'interno della Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità (UVMD) composta da figure sanitarie e sociali, con la partecipazione attiva della persona (e/o suo rappresentante legale, e/o della famiglia) e di eventuali altri soggetti individuati dall'interessato.

Il Progetto di vita:

individua le aree di intervento e gli obiettivi a partire dai desideri e dalle aspettative della persona;
 individua i servizi appropriati attivabili e le risorse necessarie, sia pubbliche che della persona, della famiglia e del territorio e della comunità;
 viene elaborato e definito nella UVMD con l'importante partecipazione attiva della persona (e/o rappresentante legale), la famiglia e la rete di riferimento. Il Progetto di Vita prevede tempi di verifica e scadenza.
 A partire dal marzo 2026 la Zona Aretina entrerà nel percorso sperimentale definito dal Ministero delle Politiche Sociali

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Sabrina Palei

Aretina

Titolo della scheda di attività**Progetto GAP "Strada Facendo"****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Contrasto dipendenze
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Dipendenze senza Sostanze
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Trattamenti pedagogico-riabilitativi
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	01/03/2025 - 30/03/2026

Descrizione

Il progetto intende potenziare i percorsi di prevenzione, clinica e riabilitazione del SerD di Arezzo rivolti agli adolescenti/giovani adulti in trattamento per DGA (o in situazione di vulnerabilità per lo sviluppo delle dipendenze da comportamento come il gioco d'azzardo, il gaming, la dipendenza da internet ecc.), alle loro famiglie e alla comunità locale attraverso al messa in atto di diverse azioni (realizzazione di percorsi e laboratori professionalizzanti per adolescenti/giovani adulti, attivazione di percorsi di gruppo per gli adolescenti e i loro genitori, incontri di sensibilizzazione nel territorio sui rischi del gioco d'azzardo e delle altre dipendenze da comportamento).

Obiettivi specifici

- Potenziamento dell'offerta riabilitativa rivolta agli adolescenti/giovani adulti;
- Rafforzamento dell'offerta ambulatoriale per la clinica dell'adolescente/giovane utente in trattamento presso il SerD di Arezzo o Casa della Comunità per DGA (o a rischio di sviluppo del disturbo);
- Rafforzamento dell'offerta ambulatoriale per la clinica del DGA attraverso attivazione di percorsi di gruppo per i genitori di adolescenti/giovani utenti in trattamento o a rischio sviluppo del disturbo, da svolgersi presso il SerD di Arezzo o Casa di Comunità;
- Raccordo con la rete territoriale GdL GAND e l'Associazione di auto-aiuto dei giocatori d'azzardo e collaborazione con il TS per la realizzazione di eventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione generale.

Descrizione del monitoraggio

In corso la realizzazione delle azioni coprogettate con EETS che termineranno a maggio 2026 con l'attesa completa realizzazione del piano

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Marco Becattini	Marco Becattini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Orti fior di carota

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Contrasto dipendenze
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Dipendenze con Sostanze
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Gruppi di sostegno per utenti, Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, Supporto all'autonomia
Argomenti	-
Popolazione target	Dipendenze
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Percorso tutoriale di promozione di abilità relazionale e acquisizione competenze specifiche per la coltivazione di prodotti agricoli, semina e piantumazione di orti in affitto e conduzione fattoria didattica.

Obiettivi specifici
- Recupero abilità socio-relazionali - formazione professionale - Tutoraggio professionale - Percorsi laboratoristici in agricoltura sociale

Descrizione del monitoraggio
in corso

Data del monitoraggio
16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Marco Becattini	Marco Becattini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Senza tabacco

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Contrasto dipendenze
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Dipendenze con Sostanze
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Gruppi di sostegno per utenti, Patologie correlate
Argomenti	-
Popolazione target	Dipendenze
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Gruppi chiusi di tabagisti per l'acquisizione e consolidamento della motivazione a cessare il tabagismo.

Obiettivi specifici
Cura del tabagismo Recovery Terapia di gruppo

Descrizione del monitoraggio
in corso 2026, raggiunti obiettivi 2025

Data del monitoraggio
16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Daniele Pieralli	Marco Becattini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Alcologia di rete

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Contrasto dipendenze
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Dipendenze con Sostanze
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Gruppi di sostegno per utenti, Gruppi di sostegno per familiari, Interventi di riduzione del danno, Supporto all'autonomia
Argomenti	-
Popolazione target	Dipendenze
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Sostegno e integrazione con le reti territoriali dei club di automutuo aiuto in alcologia e diffusione di competenze ecologico territoriali per il contrasto della cultura del bere.

Obiettivi specifici
Accompagnamento degli assistiti per alcol nei club di alcolisti in trattamento e Alcolisti Anonimi e promozione loro attività territoriali.

Descrizione del monitoraggio
raggiunti obiettivi 2025 riprogrammato 2026

Data del monitoraggio
16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Marco Becattini	Marco Becattini

Aretina

Titolo della scheda di attività
Percorsi residenziali per persone dipendenti

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Contrasto dipendenze
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Dipendenze con Sostanze
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche, Servizio residenziale terapeutico per minori e giovani adulti, Servizio residenziale terapeutico riabilitativo, Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento, Servizio residenziale pedagogico riabilitativo, Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o puerperio
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Inserimento nelle comunità terapeutiche convenzionate con il SSR o il SSN per la cura residenziale delle persone dipendenti

Obiettivi specifici
Stabilizzazione del quadro clinico con superamento delle dinamiche di uso e di dipendenza attraverso l'esperienza terapeutica gruppale e psicoterapeutica pedi tipo pedagogico riabilitativo, terapeutico RIABILITATIVO E PER LE DOPPIE DIAGNOSI

Descrizione del monitoraggio
trattati in percorsi ad alta intensità assistenziale di tipo rsidenziale un numero maggiore di persone previsto nella programmazione 2025 con incremento di spesa

Data del monitoraggio
16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Marco Becattini	Marco Becattini

Aretina

Titolo della scheda di attività**Azioni di prevenzione e contrasto alla diffusione dell'infezione COVID-19****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Azioni di contrasto alla diffusione dell'infezione da SARS-COV 2
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Strutture Residenziali a maggiore rilievo sanitario
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Collaborazione con l' AFT per le vaccinazioni a domicilio e nelle RSA.

Sorveglianza sanitaria e screening delle RSA, RSD, RA e centri diurni secondo un protocollo di monitoraggio come da indicazioni regionali.

Monitoraggio dei casi Covid positivi all'interno delle RSA, RSD, RA

Obiettivi specifici

- Protocollo di monitoraggio degli screening nelle RSA.
- Report di monitoraggio dei casi covid positivi all'interno delle RSA, RSD, RA

Descrizione del monitoraggio

L'attività si è conclusa e non sarà riprosta in considerazione del quadro epidemiologico attuale della patologia

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività**Nuova Sanità d'Iniziativa****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sanità d'Iniziativa
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Azioni a supporto self management, Sanità di iniziativa
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

Il nuovo modello regionale della sanità d'iniziativa (Delibera DG 1052/16) promuove l'evoluzione del superamento della gestione per singoli PDTA e del passaggio alla presa in carico integrata, basata sul profilo di rischio e sulla complessità del singolo paziente, sviluppandosi sulla realtà organizzata delle AFT.

Obiettivi specifici

- miglioramento della gestione proattiva delle malattie croniche a più alta incidenza territoriale
- estensione della sanità d'iniziativa all'80% della popolazione
- costituzione di setting assistenziali differenziati a seconda della gravità, con chiamata attiva dei pazienti

Descrizione del monitoraggio

Alla luce dei nuovi accordi regionali con la medicina generale e dei nuovi modelli organizzativi, si ritiene opportuno non riproporre questa attività.

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività

Tommaso Condello

Scheda compilata da

Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività
Reti cliniche

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Reti cliniche integrate e strutturate
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Sorveglianza dell'anziano fragile, Riabilitazione di iniziativa, Assistenza ambulatoriale non integrata, Sanità di iniziativa
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Il progetto reti cliniche prevede la presa in carico integrata, team assistenziale territoriale e specialista di riferimento, di pazienti affetti da alcune malattie croniche: scompenso, ictus, diabete, BPCO, Nefropatia/Insufficienza renale cronica, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Dementie.

Obiettivi specifici
* favorire l'integrazione tra MMG e Specialisti di riferimento * promuovere la presa in carico globale e continua del paziente * evitare accessi impropri al PS e ospedalizzazioni inappropriate

Descrizione del monitoraggio
Tale attività può essere compresa nei nuovi modelli organizzativi territoriali previsti dal DM 77

Data del monitoraggio
16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività**Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Reti cliniche integrate e strutturate
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza ambulatoriale non integrata, Sanità di iniziativa, Assistenza specialistica ambulatoriale, Assistenza sanitaria di base, Assistenza domiciliare non integrata (cure domiciliari)
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

I percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) sono strumenti di governo clinico che permettono di delineare il miglior percorso clinico praticabile all'interno di una determinata organizzazione e della sua rete di riferimento. Permettono di assicurare la presa in cura, l'appropriatezza dell'assistenza, l'equità dell'assistenza e la continuità assistenziale. Sono attivi nella nostra Azienda i PDTA relativi a: Diabete, Scompenso Cardiaco, Ictus, BPCO, Malattia Renale Cronica, Sclerosi Multipla, Disturbi cognitivi e Demenze, Parkinson, Cure Palliative Domiciliari e in corso di definizione i PDTA per l'Artrite Reumatoide e Percorsi Oncologici

Obiettivi specifici

- 1) Migliorare la qualità di vita del paziente con patologia cronica,
- 2) migliorare la cura delle patologie croniche riducendo le complicanze e gli esiti,
- 3) Ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera,
- 4) Migliorare l'appropriatezza degli interventi,
- 5) Migliorare la compliance ai farmaci.

Descrizione del monitoraggio

Tale attività può essere compresa nei nuovi modelli organizzativi territoriali previsti dal DM 77

Data del monitoraggio

16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività
Percorso SLA

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Sostenere e assistere le persone con disabilità
Area di programmazione	Socio-Sanitario
Settore prevalente	Disabilità
Sotto-settore prevalente	-
Attività	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata, Valutazione diagnostica multidisciplinare, Definizione piano personalizzato, Consulenza specialistica, Assistenza domiciliare socio- assistenziale
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
La SLA è una malattia neuromuscolare degenerativa a decorso cronico progressivo che porta rapidamente il paziente alla immobilità generalizzata con impossibilità ad alimentarsi e a respirare autonomamente. La malattia, che conduce spesso a invalidità marcata in tempi brevi, comporta problematiche assistenziali complesse sul piano clinico e sociale. Lo sforzo degli operatori coinvolti nell'assistenza è volto a garantire la massima continuità della presa in carico tra ospedale e territorio e la permanenza del paziente nel proprio ambiente familiare il più a lungo possibile.

Obiettivi specifici
- migliorare la qualità dell'assistenza al malato di SLA - garantire il mantenimento del paziente al proprio domicilio

Descrizione del monitoraggio
Garantire supporto ai pazienti affetti da SLA in fase avanzata e alle loro famiglie

Data del monitoraggio
16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività
Progetto Trasporto per cicli di prestazioni terapeutiche di persone in condizioni di fragilità

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Riorganizzazione rete presidi territoriali
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Assistenza specialistica ambulatoriale
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	01/12/2023 - 31/12/2025

Descrizione
Il progetto si configura come servizio di trasporto gratuito per persone con una situazione di fragilità socio-economica che necessitano di un ciclo di prestazioni terapeutiche prescritte dal MMG, PLS o medico specialista.

Obiettivi specifici
Creare una rete di risposte territoriale al fabbisogno di utenti fragili tramite soggetti ETS che hanno partecipato alla co-progettazione.

Descrizione del monitoraggio
Garantire il supporto negli spostamenti da e verso strutture sanitarie dei pazienti fragili attraverso la procedura messa in atto dalla Regione ed attuata a livello di Zona Distretto.

Data del monitoraggio
16/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Tommaso Condello	Raffaella Prati

Aretina

Titolo della scheda di attività
VaccinarSI

Classificazione	
Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Promozione di sani stili di vita e prevenzione
Area di programmazione	Prevenzione e promozione
Settore prevalente	Malattie infettive e vaccini
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Controllo malattie infettive, Risposta a emergenze infettive, Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione
Garantire la puntuale applicazione del PNPV, in particolare nell'età infantile, negli anziani e nei malati cronici. E' un obiettivo imprescindibile al fine di prevenire le malattie infettive e le loro complicanze. Per aumentare la copertura vaccinale è fondamentale rimuovere gli ostacoli che possono dissuadere dalla vaccinazione.

Obiettivi specifici
Aumento della copertura vaccinale nei bambini. Aumento della copertura vaccinale per influenza negli anziani. Diminuzione della percentuale di inadempienti totali 0-16 anni

Descrizione del monitoraggio
Garantire la copertura vaccinale per le principali malattie prevenibili con il vaccino sulla popolazione adulta e su quella pediatrica gestite dalla medicina generale e dalla Pediatria di Libera Scelta

Data del monitoraggio
17/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Elena De Sanctis	Tommaso Condello

Aretina

Titolo della scheda di attività**Sviluppo dell'infermieristica di Comunità****Classificazione**

Obiettivo di salute	-
Programma Operativo	Assistere nella residenzialità e nella domiciliarietà
Area di programmazione	Cure primarie - Sanità territoriale
Settore prevalente	Assistenza territoriale
Sotto-settore prevalente	-
Attività	Sanità di iniziativa, Azioni a supporto self management
Argomenti	-
Popolazione target	-
Modalità di gestione	-
Tipologia	-
Durata	-

Descrizione

La cronicità è l'elemento su cui ruota tutto il DM77/2022. L'infermieristica di Comunità è costruita per la gestione e l'autogestione della cronicità nel mantenimento delle capacità residue il più a lungo possibile agendo all'interno delle Case della Comunità.

Obiettivi specifici

- acquisizione dello stato di salute e dei bisogni nell'ambito delle malattie croniche da parte di tutti gli Infermieri di Famiglia e Comunità della Zona Distretto;
- collaborazione con la medicina generale nella diffusione dei programmi e dei momenti di incontro;
- programmazione di momenti dedicati alla cronicità in tutte le Case di Comunità della Zona distretto;
- arruolamento di familiari e assistenti familiari con un contatto di assistenza domiciliare aperto;

Descrizione del monitoraggio

L'attività si è svolta secondo le modalità programmate. Nello specifico è stata conclusa la formazione prevista nel PAF 2025 seguendo le linee di indirizzo date da Regione Toscana. E' in corso l'implementazione Aster Cloud WP3 e della piattaforma per la pianificazione dell'assistenza infermieristica Kairos.

Data del monitoraggio

17/02/2026

Referente attività	Scheda compilata da
Eleonora Salutini	Eleonora Salutini

Aretina

Piano Integrato di Salute (PIS) e Programmazione operativa annuale (POA) 2026

Zona Distretto Aretina

Conferenza dei Sindaci
23/02/2026

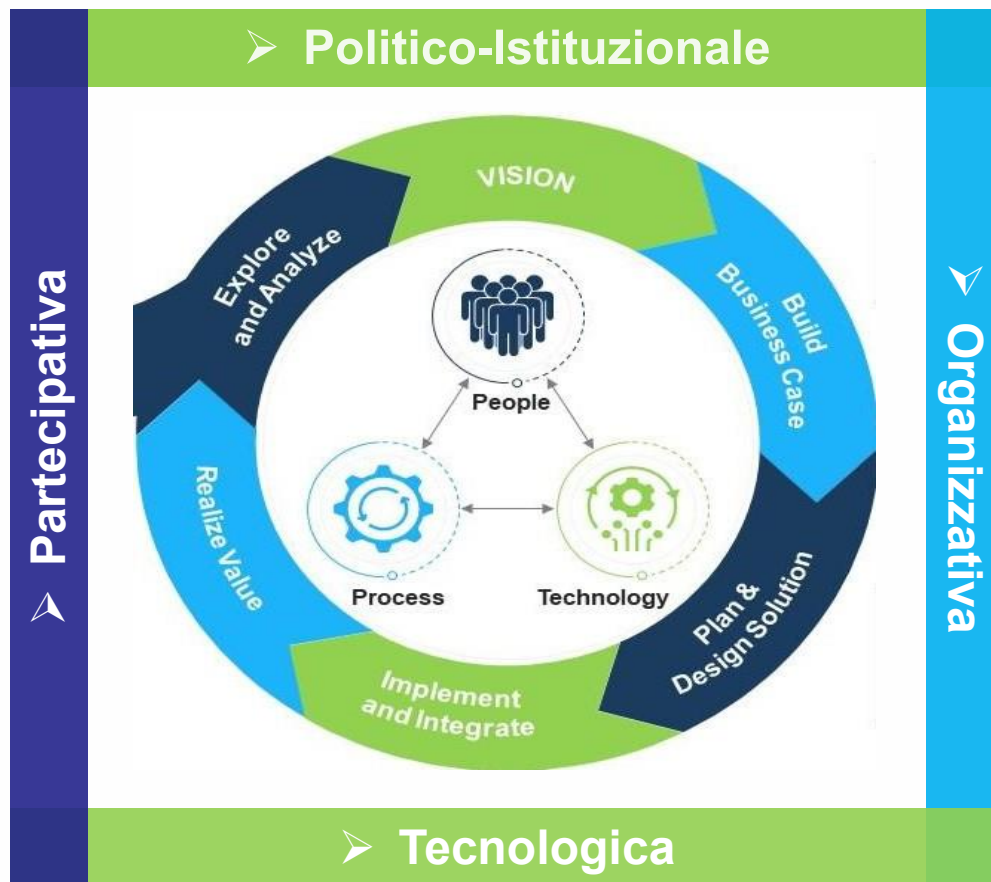


Introduzione

- Il Piano Integrato di Salute (PIS) mira a garantire **equità di accesso e qualità nelle cure** attraverso il riordino delle reti territoriali.
- La governance della Zona agisce come perno per la presa in carico integrata delle malattie **croniche**, il sostegno alla **domiciliarità** ed in generale la gestione dei bisogni **complessi**, assicurando continuità assistenziale tra ospedale e territorio e valorizzando il ruolo strategico della Prevenzione.
- Rafforzare la governance della Zona Distretto è quindi una sfida centrale per l'integrazione socio-sanitaria. L'obiettivo è **superare la frammentazione** tra i servizi ospedalieri, territoriali e sociali per creare un sistema che metta davvero al centro il cittadino.



Integrazione



Integrazione Politico-Istituzionale



- La governance parte da una visione condivisa tra i Comuni e l'Azienda Sanitaria definita nell'Atto di Indirizzo. Definendo **indirizzi strategici e priorità di intervento** la Conferenza si qualifica come reale sede di impulso alla programmazione, che si specifica poi nella definizione operativa delle responsabilità, risorse e obiettivi comuni tra Sanità e Sociale.
- In questo ambito è fondamentale il ruolo **dell'Ufficio di Piano unificato** quale struttura tecnica deputata al supporto alla definizione, monitoraggio e valutazione degli interventi del Piano Operativo Annuale ed alla loro coerenza con gli obiettivi strategici del PIS. Il sistema di monitoraggio contribuisce così ad un miglioramento continuo della programmazione e della qualità dei servizi socio-sanitari



Integrazione Organizzativa



- Il secondo ambito di integrazione attiene ai Modelli Organizzativi, in particolare inerenti la **Casa della Comunità** che, grazie anche ai fondi del PNRR diventa l'hub della governance territoriale. Qui operano Equipe Multiprofessionali, non solo medici, ma infermieri di famiglia, assistenti sociali, psicologi e specialisti che lavorano nello stesso spazio fisico.
- Altro elemento portante del nuovo sistema è il **Punto Unico di Accesso (PUA)**, un "front-office" intelligente che orienta il cittadino evitando che debba “rimbalzare” tra uffici diversi. Il PUA non è un semplice sportello informativo, ma il luogo della valutazione multidimensionale. Vi operano insieme l'assistente sociale e l'infermiere di comunità, coadiuvati anche da figure di estrazione amministrativa. Quando un cittadino presenta un bisogno complesso (es. un anziano non autosufficiente), il PUA attiva l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale). L'obiettivo è di evitare che l'utente debba frammentare la propria domanda tra servizi diversi, garantendo una risposta unitaria.



Integrazione Tecnologico-Informativa



- Focalizzato sulla **digitalizzazione** e sulla disponibilità di **dati** strutturati finalizzati al monitoraggio continuo. Senza dati condivisi, la governance rimane "cieca".
- Rilevanza centrale del **Fascicolo Sanitario e Sociale Elettronico**; questo permetterà agli operatori sociali e sanitari di consultare le informazioni rilevanti (nel rispetto della privacy) per una presa in carico globale. A monte dell'output finale FSE occorre che si realizzi un dialogo strutturato nella rete informatica aziendale di tutti i **sottosistemi** adesso in uso nei vari servizi ospedalieri e territoriali, tendendo così ad una Cartella Clinica informatizzata.
- Per il monitoraggio è fondamentale prediligere sempre **Indicatori di Risultato** (KPI), passando dal monitoraggio della "spesa" al monitoraggio della "salute". Ad esempio, misurare la riduzione dei ricoveri impropri grazie a una migliore assistenza domiciliare, oppure la riduzione dei codici minori trattati in Pronto Soccorso perché intercettati dalla Casa della Comunità.



Integrazione Partecipativa



- Ultimo elemento di integrazione, non per ordine di importanza, è quello legato alla **Partecipazione** dei **cittadini** e del **Terzo Settore**. La governance non è solo per gli "addetti ai lavori".
- La Co-programmazione e Co-progettazione con il Terzo Settore; occorre coinvolgere gli enti privati senza scopo di lucro che hanno finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale come **partner strategici** nella lettura dei bisogni del territorio.
- Coinvolgere i cittadini attraverso la creazione di **consulte** o **forum** permanenti per raccogliere i feedback sulla qualità della presa in carico permetterà di completare il ragionamento in termini di valore.
- Nei programmi operativi del POA 2026 sono individuate le azioni che permettono di affrontare gli obiettivi delineati. L'individuazione degli obiettivi è stato frutto di un percorso di partecipazione che ha visto coinvolti tutti gli stakeholders della zona. Abbiamo **previsto che tale percorso prosegua** nel corso dell'anno al fine di attuare quanto previsto, monitorarne i risultati, eventualmente adeguare la previsione e verificarne gli esiti



Obiettivi di Salute

- *Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura e riorganizzazione reti territoriali*
- *Prevenzione e promozione della salute e corretti Stili di vita*
- *Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità*
- *Potenziamento dei percorsi consultoriali, di assistenza e di cura dei minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere*
- *Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta, contrasto alle dipendenze*
- *Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, favorire l'integrazione e l'inclusione*
- *Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e sostegno alle persone anziane non autosufficienti*
- *Rafforzare il sistema di governance della Zona Distretto*
- *Innovazione e sviluppo*
- *Appropriatezza prescrittiva e garanzia di cure adeguate*



FileModificaVisualizzaCronologiaSegnalibriStrumentiAiuto

Impossibile contattare il server xProweb - Regione Toscana x

https://proweb.toscana.it/app/cruscotto

☆📌📄👤🔖☰

REGIONE TOSCANA

anci toscana

FEDERAZIONE SANITÀ anci

Home

Cruscotto

Conoscenza

Dispositivo di piano

Monitoraggio

Programmazione ope

Archivio

Aziendale

Stampe

Anagrafica operatori

Roberto Franceschi

Direttore di zona

Anno di programmazione operativo 2026

?

PIS: 2026

Zona: Aretina

Situazione monitoraggio POA 2026

Programmi20

Schede attività99

Risorse totali22.783.990,00 €

Socio-Sanitario

Socio-assistenziale

Prevenzione e promozione

Violenza di genere

Cure primarie - Sanità territoriale

WindowsTaskbar

SystemTray

Anno di programmazione operativo 2026

? PIS: 2026 Zona: Aretina

Situazione monitoraggio POA 2026

Programmi

20

Schede attività

99

Risorse totali

22.783.990,00 €

● Nuove ● Riportate ● Concluse

Categoria	Nuove	Riportate	Concluse
Socio-Sanitario	31	1	0
Socio-assistenziale	17	0	0
Prevenzione e promozione	5	5	0
Violenza di genere	2	0	0
Cure primarie - Sanità territoriale	17	0	0

Roberto Franceschi

Direttore di zona

WindowsTaskbar

SystemTray

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina
- 20 - Appropriatezza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa



01 – Reti cliniche integrate e strutturate

Si attua nel nuovo modello di Sanità Territoriale, previsto al DM 77.

Permette l'integrazione delle varie figure professionali che operano a vario titolo all'interno dei percorsi assistenziali e che trovano piena integrazione nelle Case della Comunità che saranno il luogo dove gli assistiti potranno ricevere la risposta appropriata ai bisogni di salute differibili.

Tale integrazione avverrà attraverso un modello organizzativo che metta in rete le figure professionali anche attraverso strumenti di **telemedicina** e sistemi informatizzati condivisi (**cartella clinica domiciliare informatizzata**) per favorirne la comunicazione e la visione unitaria delle problematiche del paziente.

Favorire la condivisione delle problematiche clinico-assistenziali tra i vari servizi afferenti alla zona distretto e tra questi e la rete ospedaliera per una maggiore integrazione della presa in carico della cronicità e degli esiti sul territorio

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

**Resp.: Tommaso
Condello**

Obiettivo di Salute:
*Garantire equità di
accesso, prossimità e
qualità nei percorsi
di cura e
riorganizzazione reti
territoriali*



02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali

Il Programma è finalizzato al governo delle transizioni di cura, assistenza e riabilitazione da e verso ospedale, principalmente per dare risposta ai pazienti co bisogni socio-sanita complessi e per implementare progressivamente la gestione anche dei bisogni più semplici.

- 1) Assicurare la transizione nei vari setting assistenziali dei pazienti complessi affetti da patologie croniche
- 2) Implementare la transizione del percorso territorio-ospedale anche attraverso il modello delle CdC Hub (**Guadagnoli e Baldaccio**) e Spoke, secondo quanto previsto dal PNRR e Dal DM77
- 3) Favorire l'integrazione tra **COT** e **riabilitazione** per la presa in carico delle segnalazione verso le strutture residenziali riabilitative
- 4) Favorire l'integrazione tra COT e **Cure Palliative** con la finalità d'implementare le segnalazioni per le prese in carico domiciliari e verso hospice
- 5) Favorire la collaborazione con i **MMG** nella presa in carico dei pazienti cronici in Cure Intermedie per ridurre i ricoveri ripetuti in ospedale
- 6) Favorire lo sviluppo del modello **Ospedale di Comunità** così come previsto dal PNRR.
- 7) Sviluppare percorsi funzionali anche per i pazienti con dimissione difficile attraverso la relazzazione di reti e specifici **PDTA**



Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

**Resp.: Tommaso
Condello**

Obiettivo di Salute:
*Garantire equità di
accesso, prossimità e
qualità nei percorsi
di cura e
riorganizzazione reti
territoriali*

03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita

Il Programma si focalizza sui seguenti aspetti della promozione e della prevenzione della salute, Favorendo il lavoro in equipe multidisciplinari, finalizzate alla conoscenza reciproca e allo scambio di informazioni in modo tale da implementare la presa in carico globale della persona e favorire la cultura della prevenzione, declinandola nelle varie espressioni (vaccinazione, screening, educazione alla salute, AFA):

- 1) la prevenzione delle malattie infettive prevenibili tramite **vaccinazione**
- 2) la prevenzione delle patologie sottoposte a **screening**, anche tramite il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.
- 3) la promozione di **sani stili di vita** attraverso campagne informative e formative rivolte a diverse fasce della popolazione
- 4) attività fisica adattata (**AFA**) e campagne di prevenzione terziaria finalizzate alla corretta gestione degli esiti di malattia anche attraverso percorsi di presa in carico domiciliare.

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriatezza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

**Resp.: Tommaso
Condello**

Obiettivo di Salute:
*Prevenzione e
promozione della
salute e corretti Stili
di vita*



04 – Presa in carico delle Cronicità

Il DM 77/2022 attua la Missione 6 "Salute" del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e mira a costruire un sistema di assistenza territoriale integrata, capace di garantire continuità assistenziale, prossimità e presa in carico globale del paziente, in particolare cronico e fragile.

Architettura organizzativa:

1. **Casa della Comunità CdC** (È il punto di accesso principale alla rete territoriale, offre servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di base, 24h/7 giorni su 7. Coordina la presa in carico del paziente cronico attraverso équipe multiprofessionali (MMG, infermieri di famiglia e comunità, specialisti ambulatoriali, assistenti sociali); Piano Assistenziale Individuale (PAI); Integrazione con servizi domiciliari e sociali.
2. **Ospedale di Comunità OdC** (Gestisce pazienti cronici in fase di instabilità clinica o post-acuta, che non necessitano di ospedalizzazione in acuzie)
3. **Assistenza domiciliare ADI** (Garantisce interventi programmati e continuativi a domicilio. Supportata da infermieri di comunità e strumenti di telemonitoraggio, MMG/PLS (medico di riferimento del paziente, Servizi sociali, Specialisti territoriali.)
4. **Centrale Operativa Territoriale COT** (Coordina e monitora i percorsi di presa in carico. Gestisce la continuità assistenziale ospedale-territorio-territorio-territorio, Supporta la teleassistenza e la gestione delle transizioni di cura.



Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Tommaso Condello

Obiettivo di Salute:
Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità

05 – Continuità assistenziale

Garantire la presa in carico delle patologie croniche attraverso l'implementazione del modello del Medico del ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) tramite attività avanzate da svolgere all'interno delle Case di Comunità:

La finalità del presente programma è quella di garantire una copertura sul territorio h 24, 7 giorni su 7 per riuscire a fornire una risposta appropriata ai bisogni che non necessitano di una presa in carico del servizio di emergenza/urgenza, legati alla cronicità anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina e diagnostica di I livello ed il supporto di figure specialistiche per le patologie croniche di maggiore prevalenza sul territorio:

- a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda;
- b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di processi assistenziali dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza, anche con modalità e modelli innovativi, individuati concordemente a livello di comitato aziendale;
- c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

**Resp.: Tommaso
Condello**

Obiettivo di Salute:
*Presa in carico
integrata delle
malattie croniche,
continuità
assistenziale e
sostegno alla
domiciliarità*



06 – Sostegno alla domiciliarità

Il programma di assistenza **domiciliare** mira a garantire il supporto delle persone fragili e dei loro familiari evitando, dove possibile, l'istituzionalizzazione.

Tale servizio nell'ultimo anno è stato implementato con l'introduzione e l'aggiornamento di un programma informatico **WP3** che mira ad integrare le informazioni tra i vari professionisti coinvolti nella gestione della domiciliarità, garantendo a ciascuno la possibilità di registrare le prestazioni effettuate a domicilio e la possibilità di segnalare eventuali bisogni di nuova insorgenza tramite la segnalazione alla COT zonale. Tale sistema sarà ulteriormente implementato con la possibilità di accedere alle informazioni sanitarie del **fascicolo sanitario elettronico (FSE)** e la realizzazione di una cartella clinica informatizzata condivisa oltre che la possibilità ad accedere a strumenti di telemedicina per richiedere consulti ed approfondimenti diagnostici.

Garantire e costruire una rete strutturata ed organica di tutte le figure professionali che operano sulla domiciliarità per poter dare una risposta strutturata e multidisciplinare ai pazienti a domicilio oltre che favorirne l'assistenza di base attraverso progettualità di tipo socio-sanitario.

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

**Resp.: Tommaso
Condello**

Obiettivo di Salute:
*Presa in carico
integrata delle
malattie croniche,
continuità
assistenziale e
sostegno alla
domiciliarità*



07 – Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere

Sviluppare la Rete Codice Rosa a supporto delle persone vittime di violenza, in particolare donne, bambini/e e soggetti in situazione di vulnerabilità attraverso il rafforzamento, all'interno dei servizi sanitari e sociosanitari, della capacità di rilevare la violenza e di sostenerne il processo di emersione; più in generale di promuovere una cultura della prevenzione della violenza attraverso una metodologia di lavoro multidisciplinare e di coordinamento tra enti e stakeholders;

Azioni:

- Definizione modalità di attivazione, di raccordo operativo e metodologie di lavoro condiviso sul tema della violenza tra i vari attori del sistema dei servizi sociosanitari (COT, Case di Comunità, Consultori, Reti aziendali, Dipartimenti, MMG, Associazioni ecc.);
- Formazione sulla prevenzione della violenza;
- Sviluppo di competenze specifiche negli operatori sanitari/sociali nel lavoro multiprofessionale integrato di equipe e di rete.
- Definizione percorsi per l'accoglienza e la presa in carico all'uscita dal Pronto Soccorso che coinvolgano i servizi sociosanitari territoriali, le comunità terapeutiche, il privato sociale e le reti antiviolenza presenti sul territorio;

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Sabrina Palei

Obiettivo di Salute:
Potenziamento dei percorsi consultoriali, di assistenza e di cura dei minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere



08 – Potenziamento dei servizi consultoriali

CURE PRIMARIE CONSULTORIALI: Mantenimento del programma di screening per il tumore della cervice uterina con test HPV come test di screening primario

PMA: Accoglienza, informazione, presa in carico ed accompagnamento delle persone e delle coppie che affrontano difficoltà di infertilità. Presenza di personale qualificato all'interno dei consultori (inclusi psicologi, ginecologi, ostetriche) che permetta un'offerta più completa di supporto clinico ed emotivo lungo tutto il percorso PMA.

PERCORSO NASCITA: Il potenziamento dei servizi consultoriali nel Percorso Nascita mira a creare un'assistenza più continua, multidisciplinare, accessibile e di qualità dal periodo preconcezionale alla prima infanzia, rafforzando competenze, personale e rete territoriale.

MENOPAUSA: Mantenimento degli spazi consultoriali dedicati alle donne in menopausa. Proposta proattiva durante l'effettuazione dell' HPV Test (Screening cervice uterina) dei servizi dedicati alla sfera menopausale con possibilità di orientamento dei servizi specifici più appropriati ai bisogni.

CONSULTORIO GIOVANI: Promozione dello Spazio Giovani. Invito al Consultorio per gli allievi del terzo anno scuola media inferiore. Incontri di gruppi-classe presso gli Istituti stessi e tenuti da due operatori consultoriali.

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Irene Moncini

Obiettivo di Salute:
Potenziamento dei percorsi consultoriali, di assistenza e di cura dei minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere



09 – Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie

Sperimentazione nuovi strumenti di coinvolgimento dei minori, consolidamento del programma P.I.P.P.I., supporto alle famiglie e alla genitorialità

Linee guida europee, ministeriali, regionali, approccio multidisciplinare, lavoro in equipe, collaborazione con ETS (Codice del terzo settore d.lgs. 117/2017, procedure di co-programmazione e co-progettazione)

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Paola Garavelli

Obiettivo di Salute:
Potenziamento dei percorsi consultoriali, di assistenza e di cura dei minori e famiglie e contrasto alla violenza di genere



10 – Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti

Verifica degli interventi terapeutici riabilitativi, non soltanto farmacologici ma anche relazionali con particolare attenzione alla valorizzazione delle risorse e delle capacità mantenute dal paziente.

Favorire percorsi di transizione da servizi di salute mentale infanzia-adolescenza così come promuovere interventi di iperprossimità e ricorso a applicativi internet e social per fornire informazioni e interagire con i bisogni dell'utenza.

Promuovere percorsi di salute che favoriscano la partecipazione attiva dell'utente attraverso una rete di interventi integrati tra sanitario e sociale.

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Arecina
- 20 - Appropriatazza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Gianpaolo Di Piazza

Obiettivo di Salute:
Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta, contrasto alle dipendenze



11 – Contrasto alle dipendenze

In superamento degli esiti della pandemia si intende rilanciare la prevalenza della popolazione Dipendente perseguendo il rafforzamento della rete stretta con Stakeholders, Enti del Terzo Settore e Istituzioni al fine di recuperare un patto di sussidiarietà e solidarietà con famiglie e con la comunità locale finalizzato all'anticipazione della presa in carico.

A fronte di una spinta ai consumi rafforzata nelle accresciute e diversificate proposte di Addiction indirizzate ai giovani anche in età minore, alle donne specificatamente nella IV e V decade di vita, agli anziani e alla popolazione migrante di prima e seconda generazione si perseguono azioni di promozione della Salute e di rafforzamento della consapevolezza riguardo i rischi di Addiction come previsto nel Piano di contrasto alle Dipendenze Nazionale e Regionale . Entro maggio si completerà il progetto "**Strada Facendo** " coprogettato con ATI con EE. del TS e si avvieranno subito dopo altre azioni in corso di coprogettazione finanziate con risorse trasferite alla Zona dalla Regione e le azioni locali del progetto aziendale "**Alza la Testa**" che anticiperanno l'ottica integrata e di rete ispirata dai Piani Nazionali e Regionali per il Contrasto alle Dipendenze articolati su forme di prevenzione generale e mirata orientata alla recovery di persone minacciate dal Disturbo e i loro familiari e persone di riferimento, il rafforzamento e l'innovazione dell'offerta di cura, la diversificazione e il potenziamento dei percorsi di riabilitazione.

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Marco Becattini

Obiettivo di Salute:
Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta, contrasto alle dipendenze



12 – Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza

L'aumento della richiesta clinica, della complessità delle situazioni psico-patologiche emergenti evidenziano la necessità di promuovere i seguenti campi di azione:

- Presa in carico precoce dei **disturbi del neuro sviluppo**: si intende investire su una diffusione di conoscenze tra gli attori (pediatri di libera scelta, insegnanti, che entrano più precocemente in contatto con elementi di fragilità nel percorso evolutivo dei minori al fine di attivare il più precocemente possibile un percorso di valutazione specialistica);
- Miglioramento dell'efficacia degli interventi sui disturbi del neurosviluppo attraverso un investimento più sistematico su percorsi di parent training e percorsi terapeutici di miglioramento delle **skills relazionali** e sociali dei minori;
- Costruzione dei percorsi di **integrazione clinico-sociale** nell'ambito di tutela minori, attraverso la valorizzazione delle attività del Gruppo Tutela Minori;
- Realizzazione di percorsi clinici e di promozione di skills relazionali indirizzati a minori che si trovano in condizione di grave **vulnerabilità familiare**;
- Attivazione di percorsi di prevenzione rispetto al **disagio adolescenziale** in stretta connessione con gli istituti scolastici territoriali.

Programmi Operativi	
01	Beti cliniche integrate e strutturate
02	Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
03	Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
04	Presa in carico delle Cronicità
05	Continuità Assistenziale
06	Sostegno alla Domiciliarità
07	Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
08	Potenziamento dei servizi consultoriali
09	Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
10	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
11	Contrasto alle dipendenze
12	Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
13	Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
14	Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
15	Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
16	Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
17	Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
18	Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
19	Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina
20	Appropriatezza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Luciano Luccherino

Obiettivo di Salute:
Promozione della salute mentale e del benessere psicologico dell'infanzia-adolescenza e dell'età adulta, contrasto alle dipendenze



13 – Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà

Attuazione misure di contrasto alla povertà, sostegno al reddito, promozione inclusione sociale e riduzione disuguaglianze sociali.

Focus su sperimentazione rivolta alla riformulazione del modello degli appartamenti per anziani, con particolare riferimento alle tipologie a bassa intensità assistenziale, con l'obiettivo di migliorarne la diffusione sul territorio e di fornire una risposta adeguata agli anziani in condizione di solitudine e limitata autonomia;

Linee guida europee, ministeriali, regionali, approccio multidisciplinare, lavoro in equipe, collaborazione con ETS (Codice del terzo settore d.lgs. 117/2017, , procedure di co-programmazione e co-progettazione)

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Paola Garavelli

Obiettivo di Salute:
Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, lotta alla povertà, favorire l'integrazione e l'inclusione



14 – Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato

Il Programma ha l'obiettivo principale di definire con la persona il suo progetto personalizzato. Questo è raggiungibile creando e valorizzando attività di supporto e di sostegno garantendo interventi integrati per rispondere alle diverse necessità di inclusione, assistenza, di partecipazione ai diversi settori della vita sociale, dalla scuola, lavoro, famiglia, tempo libero.

La centralità del **Progetto di Vita individuale**, personalizzato e partecipato guida l'intera architettura dei servizi e dei percorsi che portano alla definizione dei progetti delle persone con disabilità. Dall'integrazione multidisciplinare e multisettoriale alla coprogettazione e coinvolgimento del terzo settore, per creare risposte rispondenti alle necessità, ai desideri delle persone con disabilità valorizzandone il ruolo attivo nella costruzione della propria realtà di vita.

Dal 01/03/2026 parte la sperimentazione anche per la Provincia di Arezzo (Responsabile del procedimento, chi riceve le istanze, budget di progetto, ...)

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Arezzo
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Sabrina Palei

Obiettivo di Salute:
*Promuovere
l'inclusione,
l'autonomia e la
qualità della vita
delle persone con
disabilità e sostegno
alle persone anziane
non autosufficienti*



15 – Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità

Il Programma prevede l'integrazione tra UF Assistenza Sociale, Cure Primarie, Cure Palliative e l'attività dell'infermiere di Comunità e di Famiglia al fine di garantire una presa in cura e in carico sia nell'assistenza domiciliare che residenziale alle persone non autosufficienti. Gli interventi anche secondo il principio della circolarità, devono mirare a favorire, laddove possibile, il mantenimento delle persone **presso il proprio contesto di vita**.

Presa in carico integrata tra UF e tra Enti:

- 1) Assicurare il setting di cura più adeguato per la persona non autosufficienti e con malattie evolutive irreversibili;
- 2) Garantire la continuità di cura e della presa in carico nella fasi di transizione tra i vari setting (ospedale - territorio - domicilio - cure intermedie - hospice - rsa, ecc);
- 3) Favorire interventi di sollievo e al care giver al fine di mantenere la persona nel proprio contesto di vita;
- 4) Contrastare l'isolamento, la solitudine e stimolare il mantenimento delle autonomie con forme di sostegno anche diurno per supportare la permanenza della persona a domicilio;
- 5) Assicurare l'assistenza residenziale ai soggetti in stato vegetativo;
- 6) Sperimentare nuove forme di setting assistenziali anche per persone anziane al limite della autosufficienza.



Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriatazza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Sabrina Palei

Obiettivo di Salute:
*Promuovere
l'inclusione,
l'autonomia e la
qualità della vita
delle persone con
disabilità e sostegno
alle persone anziane
non autosufficienti*

16 – Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione

Il sistema dei servizi territoriali della Toscana si fonda su inclusione, coesione e pari opportunità, contrastando disuguaglianze in un contesto di bisogni complessi e vulnerabilità crescenti. Centrale è lo sviluppo del capitale sociale delle comunità attraverso la partecipazione (ad esempio con i Comitati di Partecipazione istituiti a livello di Zona Distretto dalle Aziende Sanitarie) e lo strumento dell'Amministrazione condivisa di cui alla L.R. 65/2020.

Ai fini dell'obiettivo in oggetto, il programma si focalizza sulle attività del Comitato di Partecipazione zonale e di coinvolgimento della cittadinanza, anche nei processi decisionali e di programmazione, e sulle forme di partecipazione basate sulla sussidiarietà orizzontale che trovano espressione nell'amministrazione condivisa, attraverso i processi di co-programmazione e co-progettazione previsti dal Codice del Terzo Settore. Questi processi combinano le competenze decisionali dei soggetti pubblici con i saperi dei portatori di interessi generali, valorizzando risorse e attività locali per proporre soluzioni innovative.

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriatazza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Raffaella Prati

Obiettivo di Salute:
*Rafforzare il sistema
di governance della
Zona Distretto*



17 – Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale

Il programma si propone di individuare quelle azioni che, realizzate a livello di Zona Distretto, garantiscano un'offerta coordinata ed integrata di assistenza sanitaria e sociale di qualità e più vicina ai cittadini, in modo da rispondere in modo coordinato ai bisogni complessi (povertà, disabilità, giovani, ...):

- L'aggiornamento e il completamento della Convenzione sociosanitaria, quale strumento di integrazione territoriale;
- Il sistema di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale (PUA) finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedano unitariamente prestazioni sanitarie e sociosanitarie e azioni di protezione sociale;
- La valutazione multidimensionale per la presa in carico integrata della persona anziana non autosufficiente e con disabilità (UVM e UVMD);
- La formazione, supervisione, prevenzione del burn out degli operatori sociali e potenziamento dei servizi sociali;
- Gestione integrata e coordinata dei finanziamenti disponibili stanziati per non autosufficienza, disabilità, povertà e inclusione sociale, ecc (FSE+ Pad 3.h.10, SEUS..)

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriatazza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Raffaella Prati

Obiettivo di Salute:
*Rafforzare il sistema
di governance della
Zona Distretto*



18 – Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale

Il programma operativo si propone di focalizzare a livello zonale le azioni attraverso cui contribuire all'obiettivo imprescindibile di una sanità innovativa e sostenibile per migliorare concretamente l'accesso alle cure e la qualità dell'assistenza convergendo verso una progressiva semplificazione dei processi, sia sanitari che amministrativi, evitando il *digital divide*:

- Collaborazione con la MMG per l'alimentazione del **FSE 2.0** e delle cartelle cliniche elettroniche; - Incentivazione alla creazione di documenti clinici nativamente digitali;
- Centrale Operativa Territoriale completamente operativa ed interconnessa alla rete digitale del SSR;
- Consolidamento del sistema informativo territoriale regionale (AsterCloud) e supporto all'integrazione tra questo e la **Cartella Clinica Elettronica** per garantire continuità nella presa in carico del paziente tra Ospedale, Territorio, Ospedali di Comunità e Hospice;
- Informazione e diffusione di contenuti sulla APP Toscana Salute per FSE2.0, anche attraverso il Comitato di Partecipazione;
- **Televisita**, telemonitoraggio e teleconsulto;
- Utilizzo della piattaforma documentale **Alfresco**, infrastruttura per la gestione elettronica dei documenti amministrativi e tecnici in modo standardizzato e conforme alle normative sulla conservazione digitale e sulla trasparenza amministrativa;

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Resp.: Roberto Franceschi

Obiettivo di Salute:
Innovazione e sviluppo

19 – Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina

Il programma operativo La logica progettuale della transizione ecologica di zona-distretto consiste nel contribuire alla trasformazione del territorio in un ecosistema resiliente, sano e giusto, integrando politiche ambientali, sociali e sanitarie secondo i seguenti assi strategici:

- **Prossimità**, riorganizzazione dei servizi in chiave territoriale;
- Efficienza **energetica** del patrimonio pubblico;
- Equità sociale e coesione;
- Educazione ambientale e sanitaria;
- **Digitalizzazione** degli archivi cartacei (Utilizzo della piattaforma documentale **Alfresco**, infrastruttura per la gestione elettronica dei documenti amministrativi e tecnici in modo standardizzato e conforme alle normative sulla conservazione digitale e sulla trasparenza amministrativa);
- **Ecosostenibilità** e Biocompatibilità nella progettazione/riqualificazione degli immobili dedicati ai servizi territoriali;
- Promozione di comportamenti virtuosi su spreco, riutilizzo dei materiali e raccolta differenziata (riduco-riuso-riciclo);

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretina
- 20 - Appropriata e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

**Resp.: Roberto
Franceschi**

**Obiettivo di Salute:
Innovazione e
sviluppo**



20 – Appropriatelyzza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Il Programma vuole dare una risposta alla necessità di ridefinire l'Erogazione delle prestazioni specialistiche e diagnostiche, secondo l'appropriatezza e i livelli di priorità anche tramite il dove si prescrive si prenota

- Favorire l'utilizzo e l'implementazione delle piattaforme aziendali e dei sistemi di prenotazione.
- Sensibilizzare i medici rispetto all'appropriatezza di alcune prescrizioni
- Sviluppare azioni finalizzate ad informare la popolazione sui percorsi fruibili digitalmente e sull'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici
- Favorire percorsi condivisi tra medicina generale e specialistica per la presa in carico dei pazienti cronici.
- Assicurare un **timing** di accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche adeguate
- Favorire l'equità di accesso ai servizi
- **Semplificare** per il cittadino/utente il processo di prenotazione

Programmi Operativi

- 01 - Reti cliniche integrate e strutturate
- 02 - Continuità ospedale-territorio e riorganizzazione rete presidi territoriali
- 03 - Prevenzione Sanitaria, Educazione alla Salute e Promozione Sani Stili di Vita
- 04 - Presa in carico delle Cronicità
- 05 - Continuità Assistenziale
- 06 - Sostegno alla Domiciliarità
- 07 - Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della Violenza di Genere
- 08 - Potenziamento dei servizi consultoriali
- 09 - Implementazione dei servizi di supporto, di assistenza e di cura per minori e famiglie
- 10 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale adulti
- 11 - Contrasto alle dipendenze
- 12 - Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale infanzia e adolescenza
- 13 - Sviluppo integrazione e inclusione sociale e contrasto alla povertà
- 14 - Progettualità, sostegno e supporto alle persone con disabilità per un progetto personalizzato
- 15 - Sostegno e assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella domiciliarità e nella residenzialità
- 16 - Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità, co-programmazione e co-progettazione
- 17 - Sviluppo di un sistema integrato di governo zonale
- 18 - Digitalizzazione del sistema socio sanitario territoriale
- 19 - Transizione ecologica della Zona Distretto Aretna
- 20 - Appropriatelyzza e qualità delle cure. Governo della domanda, appropriatezza prescrittiva e organizzativa

**Resp.: Tommaso
Condello**

Obiettivo di Salute:
*Appropriatezza
prescrittiva e
garanzia di cure
adeguate*

