



Atto indirizzo Piano Integrato di Salute Zona Valtiberina



INDICE

- 1. Premessa**
- 2. Analisi del contesto: PROFILO DI SALUTE E ANALISI TERRITORIALE ZONA VALTIBERINA**
- 3. Analisi dei bisogni di salute emergenti - Sintesi delle priorità strategiche e criticità riscontrate**
- 4 Analisi ciclo di programmazione 2020-2025**
- 5. Necessità di integrazione tra servizi sanitari, sociali e sociosanitari**
- 6. Importanza del coordinamento tra Comuni e ASL per la gestione efficace del PIS**
- 7. Indirizzi strategici**
- 8. Obiettivi a carattere di Area Vasta**
- 9. Modalità di coordinamento e governance del Piano**
- 10. Ruoli e responsabilità degli attori coinvolti**
- 11. Individuazione delle modalità di elaborazione tecnica del PIS**
- 12. Sostenibilità economica e modalità di finanziamento**
- 13. Monitoraggio e valutazione degli interventi**
- 14. Impegni della Conferenza Zonale Integrata / Assemblea SdS**

La Zona Valtiberina è composta dai seguenti Comuni:

| DENOMINAZIONE | ABITANTI (dati ISTAT 2025) | SUPERFICIE |
|----------------------|-----------------------------|------------------------|
| Anghiari | 5.390 | 130,92 km ² |
| Badia Tedalda | 949 | 119,03 km ² |
| Caprese Michelangelo | 1.318 | 66,53 km ² |
| Monterchi | 1.724 | 29,42 km ² |
| Pieve Santo Stefano | 2.974 | 156,1 km ² |
| Sansepolcro | 15.210 | 91,19 km ² |
| Sestino | 1.158 | 14,44 km ² |

1. Premessa

1.1 Riferimenti normativi:

- LRT 40/2005, ‘Disciplina del servizio sanitario regionale’ e s.m.i., art. 21 ‘Piani integrati di salute’;
- Comma 1. Il piano integrato di salute (PIS), in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e del piano attuativo locale, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale.
- Comma 3. Il PIS è approvato dalla conferenza zonale integrata o dalle società della salute ove esistenti, e si coordina e si integra con il piano di inclusione zonale (PIZ) di cui all’articolo 29 della l.r. 41/2005, ed è presentato nei consigli comunali entro trenta giorni dalla sua approvazione.
- Comma 4. In caso di accordo con la conferenza zonale dei sindaci il ciclo di programmazione del PIS può assorbire l’elaborazione del PIZ.

- Comma 5. Ai fini del coordinamento delle politiche sociosanitarie con le altre politiche locali in grado di incidere sullo stato di salute della popolazione e dell'integrazione fra i diversi strumenti di programmazione locale, il procedimento di formazione del PIS prevede il raccordo con le competenti strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate e la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del terzo settore.
 - Comma 6. Il PIS ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale e la parte operativa zonale - il Piano Operativo Annuale (POA) - è aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse di cui all' articolo 29, comma 5, della l.r. 41/2005.
 - Comma 7. La Giunta regionale elabora linee guida per la predisposizione del PIS e per la sua integrazione con il PIZ.
- LRT 40/2005 'Disciplina del servizio sanitario regionale' e s.m.i., art. 71 sexies:
- Comma 5. L'approvazione degli atti di programmazione, tra cui la proposta del PIS, avviene previo parere dei consigli degli enti locali, da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento e, nel caso di SdS, partecipano all'assemblea per l'approvazione dell'atto anche gli enti che non aderenti al consorzio.
- LRT 41/2005 'Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale' e s.m.i., art. 29 'Piano di inclusione zonale':
- Comma 4. Il PIZ è approvato dalla conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34, ovvero dalle società della salute, ove esistenti, e si coordina con le altre politiche socio-sanitarie integrate a livello di zona-distretto nell'ambito del piano integrato di salute di cui all'articolo 21 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).
 - Comma 5. Il PIZ ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale. La parte attuativa del PIZ viene aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse ricomprese nel fondo sociale regionale.
- Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2024-2026:
- Punto 1.1. Il quadro di riferimento normativo programmatico per la stesura del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale è composto da una cornice di norme, di atti di programmazione, di piani e programmi che nascono dai livelli internazionali, europei, nazionali e regionali.
 - Punto 2. Le sfide del modello toscano per un'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale pubblica e universalistica composte da sette obiettivi generali.
 - Punto 3. Fattori di crescita e azioni trasversali
 - Sezione Seconda. Obiettivi Specifici in riferimento agli Obiettivi Generali e ai Fattori di crescita e Azioni trasversali.
- DGRT 900/2025 'Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato Sociale e per la sua integrazione con il Piano Integrato Zonale (art. 21 comma 7 L.R. n. 40/05):
- Punto 2. Il Profilo di salute
 - Punto 3. Il piano integrato di salute (PIS) e la sua integrazione con il piano di inclusione zonale (PIZ)
 - Punto 4. Il Programma operativo annuale (POA)
 - Punto 5. Il monitoraggio e la valutazione
 - Punto 6. La gestione operativa del Piano integrato di salute

1.2 Riferimenti programmazione:

Il PSSIR 2024-2026 è stato approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale della Toscana n. 67 del 30/07/2025.

Esso individua sette Obiettivi Generali e nove Fattori di crescita e Azioni trasversali, ciascuno dei quali articolati in Obiettivi specifici.

Obiettivi Trasversali. 1. Promuovere la salute in tutte le politiche 2. L'assistenza territoriale 3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione 4. Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche 5. Appropriatezza delle cure e governo della domanda 6. La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale 7. Transizione ecologica e politiche territoriali.

Fattori di crescita e Azioni trasversali. 1. Formazione e rapporti con le università 2. Promozione della ricerca e della sperimentazione clinica: più salute con la ricerca 3. Bioetica: la medicina incontra le ragioni e i valori della persona 4. La partecipazione e orientamento ai servizi 5. L'amministrazione condivisa e la co-programmazione 6. Supportare le politiche per la salute attraverso il rafforzamento delle attività internazionali 7. Controllo di gestione e misure di efficienza energetica 8. Investimenti sanitari 9. La valorizzazione delle professioni e degli operatori della sanità

Il complesso degli Obiettivi generali, Fattori di crescita e Azioni trasversali, con i relativi Obiettivi specifici e i Piani di settore trattati dal Piano sanitario e sociale integrato regionale 2024-2026, costituisce il riferimento necessario per l'elaborazione del Piano Integrato di Salute 2026.

1.3 Rilevanza della collaborazione interistituzionale e multiprofessionale e Terzo Settore

- Il [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117](#) (Codice del Terzo settore, a norma dell'[articolo 1, comma 2 lettera b\), della legge 6 giugno 2016, n.106](#)), come noto, traccia un nuovo modello di collaborazione interistituzionale e di amministrazione condivisa basato sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private. L'obiettivo è quello di raggiungere vantaggio per il sistema integrato pubblico/terzo settore in due direzioni, quella della modulazioni di interventi calibrati sull'esigenza della comunità e la condivisione di risorse che ampliano la capacità d'intervento.
- La L.R. 22 luglio 2020, n. 65 “Norme di sostegno e promozione degli Enti del Terzo Settore”, all'art. 14, relativo ai “Piano di inclusione zonale e piano integrato di salute”, prevede che il piano di inclusione zonale di cui all'[articolo 29 della l.r. 41/2005](#) ed il piano integrato di salute di cui all'[articolo 21 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40](#) (Disciplina del Servizio sanitario regionale) siano attuati, relativamente agli aspetti concernenti il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, mediante la co-programmazione e la co-progettazione di cui al Titolo IV.
- Il 15 settembre 2025 si è riunito l'Ufficio di piano della Zona Valtiberina che ha dato indicazioni in merito alla definizione dei contenuti del PIS e del relativo atto di indirizzo, alla luce del PSSIR 2024/2026. L'Ufficio di Piano è stata aggiornato con Determinazione del Direttore di Zona Distretto n. 666 del 24/02/2025.
- A seguire nel corso della parte finale del mese di novembre ed a dicembre e gennaio si svilupperà la fase della partecipazione mediante convocazioni del Comitato di partecipazione, delle OOSS e degli ETS nell'ambito della coprogrammazione di cui all'art. 14 della LRT 65/2020, sopra citato.

1.4 Elenco degli atti e documenti normativi/regolamentari di riferimento della Zona Valtiberina

Per la Zona Valtiberina, vengono richiamati i seguenti atti in materia d programmazione:

- Deliberazione della Conferenza dei Sindaci Integrata dell'ex zona Distretto Aretina Casentino Valtiberina n. 9 del 21 maggio 2020 con la quale tra l'altro è stato deliberato di approvare il documento “PIS Zona Aretina Casentino Valtiberina”;
- Deliberazione n. 4 del 23/02/2022, “Monitoraggio Programmazione Operativa Annuale (POA) 2021 e aggiornamento Schede di Programmazione Operativa Annuale (POA) 2022;

- Deliberazione n. 3 del 21/02/2023, Monitoraggio della programmazione operativa annuale (POA) 2022 e approvazione delle schede di programmazione operativa annuale 2023
- Deliberazione della Conferenza Integrata n. 3 del 15/02/2024 nella quale si è approvata la programmazione Operativa annuale anno 2024 della Zona Valtiberina composta dalle Schede di Attività e dall’Albero della programmazione;
- Deliberazione delle Conferenza Integrata n. 7 del 13/09/2024 di approvazione della relazione di monitoraggio intermedio dello stato di attuazione delle schede POA riferito all’anno 2024;
- Deliberazione delle Conferenza Integrata n. 8 del 18/12/2024 di approvazione degli indirizzi per la programmazione annuale da riportare nel POA 2025 ”;
- Deliberazione della CZSI del 25/02/2025 n. 1 “Approvazione della Programmazione Operativa Annuale (POA) per l’anno 2025”;
- Deliberazione della CZSI n. 9 del 19/11/2025 di approvazione dell’atto di indirizzo per la stesura del PIS.

2. Analisi del contesto: PROFILO DI SALUTE E ANALISI TERRITORIALE ZONA VALTIBERINA

2.1.Demografia e stato di salute generale

La Zona Valtiberina si estende su una superficie di 673,1 Km², corrispondente al 3% della Regione Toscana, e comprende i Comuni di Sansepolcro, Anghiari, Monterchi, Pieve Santo Stefano, Sestino, Badia Tedalda e Caprese Michelangelo. Al 31 dicembre 2024 la popolazione residente era pari a 28.668 abitanti, con una densità di 42,9 abitanti per km² (minimo registrato: Badia Tedalda con 8,2 ab/km²). Il Comune di Sansepolcro concentra quasi il 53% della popolazione totale, mentre le aree periferiche presentano una bassa concentrazione abitativa (es. Badia Tedalda, Sestino, Caprese Michelangelo), creando difficoltà nella manutenzione dei servizi di prossimità. Si evidenzia una significativa contrazione demografica rispetto agli anni precedenti, più marcata nei comuni montani e periferici.

Il territorio è suddiviso in 63% aree di montagna interna (Badia Tedalda, Caprese Michelangelo, Pieve Santo Stefano e Sestino, per un totale di 422,57 Km²) e 37% collina interna (Anghiari, Monterchi e Sansepolcro, per 250,56 Km²). L’area urbanizzata rappresenta solo il 16% del territorio; il restante 84% è costituito da boschi e coltivi.

I principali indicatori demografici evidenziano un progressivo processo di invecchiamento della popolazione, come confermato dall’indice di vecchiaia pari a 294,2 anziani (≥ 65 anni) ogni 100 individui under 15 nel 2025. Tale valore, superiore sia alla media aziendale (253,2) che regionale (241,9), risulta in costante crescita. Questo fenomeno può essere in parte riconducibile al persistente calo del tasso di natalità (5 nati ogni 1.000 residenti nel 2023, tra i più bassi in Toscana rispetto a una media regionale di 5,70).

L’elevato indice di vecchiaia raggiunge picchi proprio nelle zone più periferiche (Sestino e Badia Tedalda), rilevando una popolazione fragile e complessa in un contesto di difficile collegamento.

Il progressivo invecchiamento della popolazione sta portando ad un incremento della percentuale di grandi anziani nei territori: nel 2025 le persone di 75 anni e più rappresentavano il 16,2% della popolazione residente, superiore alla media regionale (14,6%) e aziendale (15%). Anche questo valore è in costante crescita.

L’aspettativa di vita alla nascita è pari a 84,6 anni, inferiore sia al valore aziendale (85,4) che regionale (85,3) e con un trend in calo (dati 2022). In particolare, è di 80,5 anni per i maschi e 84,2 per le femmine.

Il tasso di mortalità generale in Valtiberina, ovvero il numero di deceduti nella popolazione residente nel triennio 2020-2022 mostra un trend in aumento rispetto al triennio 2018-2020: il tasso risulta di 907, superiore alle medie AUSL (853,2) e regionale (859,1). Tale incremento ha risentito anche dell’avvento della pandemia da COVID-19, che ha comportato un eccesso di mortalità rispetto all’atteso per tutto il periodo dal 2020 al 2022.

La mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (in particolare per cardiopatia ischemica) è superiore ai valori aziendali e regionali, mentre la mortalità per tumori è superiore alle medie aziendali ma inferiore a quelle regionali. Circa due terzi della mortalità generale sono attribuibili a queste principali patologie, che rappresentano anche la principale causa di ricovero ospedaliero. Tra gli uomini la mortalità per malattie cardiovascolari è significativamente superiore rispetto alle donne. Invece tra le donne la mortalità per tumori è più alta che per gli uomini.

Il dato sulla mortalità per specifica neoplasia registra valori superiori alla media regionale e aziendale per il carcinoma gastrico e prostatico.

Sia nei maschi che nelle femmine il tumore del polmone è la principale causa di decesso per neoplasia.

Tra la popolazione maschile, il tasso di mortalità per patologie del sistema circolatorio e per neoplasie risulta superiore rispetto ai valori medi regionali e aziendali. In particolare, si osservano tassi di mortalità più elevati per il tumore del polmone, del colon-retto, dello stomaco e della vescica, che presentano valori superiori rispetto ai corrispondenti dati regionali e aziendali.

Anche nella popolazione femminile la mortalità per patologie del sistema circolatorio e per neoplasie risulta superiore ai valori medi regionali e aziendali.

Per quanto riguarda le neoplasie, la mortalità femminile per tumore del polmone, pur essendo inferiore a quella maschile, risulta comunque superiore ai valori regionali e aziendali. Al contrario, per i tumori del colon-retto e dello stomaco si rilevano nelle donne tassi di mortalità superiori sia rispetto alla popolazione maschile sia alle medie regionali e aziendali.

Il tasso di ospedalizzazione generale per maschi e femmine (113,7) è inferiore al dato aziendale (119,7) e regionale (116,1).

Tumori e malattie del sistema circolatorio rappresentano le due principali cause di ospedalizzazione. Queste due patologie, infatti, causano poco meno di un terzo dell'ospedalizzazione totale. Vi sono però alcune differenze di genere. Tra le donne la prima causa di ospedalizzazione è rappresentata dalle patologie oncologiche, seguite da patologie circolatorie, traumatismi, patologie dell'apparato respiratorio e osteomuscolare, mentre tra gli uomini la prima causa di ospedalizzazione è rappresentata dalle malattie circolatorie, con un'incidenza quasi doppia rispetto alle donne, seguite da tumori e patologie dell'apparato digerente, respiratorio e traumatismi.

Nella zona si registrano valori di ricovero per gli uomini per malattie cerebrovascolari superiori (4,4/1000 ab) ai valori aziendali (3,6/1000 ab) e regionali (3,5/1000 ab).

2.2 Determinanti di salute

Variabili socio economiche

La Zona Valtiberina presenta un reddito imponibile medio inferiore rispetto alla media regionale, nonché un tasso di disoccupazione più basso rispetto alla media AUSL.

Il numero di pensioni e assegni sociali, indicatore delle potenziali difficoltà economiche della popolazione anziana, insieme all'importo medio delle prestazioni INPS, si attestano su valori inferiori rispetto alla media aziendale e regionale.

Il tasso di famiglie che chiedono l'integrazione dei canoni di locazione (indicatore che rileva la difficoltà delle famiglie sia in termini di disagio economico che in chiave di disagio abitativo) mostra un valore superiore (8,2) a quello aziendale (7,5) ma inferiore a quello regionale (9,9).

Il tasso grezzo di disoccupazione (24,6) mostra un valore inferiore a quello aziendale ma superiore a quello regionale (23,8).

L'indice di presenza del Terzo Settore formalizzato, pari al 37,2% (2023), si posiziona invece al di sopra dei corrispondenti valori regionali (29,6%) e aziendali (31,4%).

La percentuale di famiglie con isee inferiore a 6000 euro è inferiore alla media aziendale e regionale.

Relativamente alla propensione al gioco d'azzardo tra la popolazione maggiorenne, il dato grezzo registrato è inferiore rispetto ai valori aziendali e regionali.

Famiglie e minori

L'analisi dei dati relativi alla condizione dei minori e ai principali fenomeni sociali nella Valtiberina mette in evidenza alcune specificità rispetto al contesto aziendale della ASL Sud Est e alla media regionale.

La percentuale di minori sulla popolazione residente si attesta in Valtiberina al 12,9%, un valore inferiore sia a quello aziendale (13,7%) che a quello regionale (13,9%). Tale dato, in continua diminuzione, riflette in maniera diretta gli andamenti demografici caratterizzati da un lato dal calo della natalità e dall'altro dal progressivo invecchiamento della popolazione. Per quanto riguarda l'instabilità matrimoniale, essa appare in aumento, seguendo la tendenza rilevata a livello aziendale e regionale, sebbene i valori locali risultino complessivamente inferiori rispetto agli altri ambiti territoriali considerati.

In relazione ai servizi educativi per la prima infanzia, la Valtiberina presenta una capacità di accoglienza pari al 48,4% (valori 2023/24). Tale livello è più alto rispetto alla media aziendale (46,3) e regionale (47,7), e rimane significativamente superiore all'obiettivo nazionale fissato al 33%, con un trend in aumento, rappresentando quindi un risultato positivo in termini di accesso ai servizi.

Anche i dati sulla dispersione scolastica mostrano elementi favorevoli: l'indicatore adottato, misurato attraverso l'insuccesso scolastico nella scuola secondaria di secondo grado, evidenzia in Valtiberina un valore del 6,6%, sensibilmente più basso rispetto alla media aziendale (8,1%) e regionale (9,3%) (valore 2023-24), con un trend in diminuzione.

Per quanto concerne la tutela e l'accoglienza dei minori, il tasso di affidamento familiare risulta in linea con i valori della ASL e della Regione Toscana, così come la quota di accoglienza in strutture residenziali socio educative, che si colloca al di sotto del valore regionale (0,8% vs 1,1%).

Il tasso di minori coinvolti in interventi di educativa domiciliare mostra un trend in aumento, con valori superiori (14,3) alla media aziendale (11,8) e regionale (10,8).

Un ulteriore elemento di interesse riguarda il benessere percepito dagli adolescenti. Nella fascia di età compresa tra gli 11 e i 17 anni, infatti, si registra in Valtiberina una percentuale più alta di ragazzi che dichiarano soddisfazione nei rapporti con i propri amici e con i genitori, rispetto sia alla media aziendale sia a quella regionale. Analoga tendenza positiva emerge anche nell'indice di benessere culturale e ricreativo (andare a teatro, andare al cinema, visitare musei/mostre, andare a concerti di musica classica o ad altri concerti, andare a spettacoli sportivi, visitare monumenti o siti archeologici e praticare sport in maniera continuativa), che in Valtiberina risulta superiore ai valori di confronto.

Il tasso di giovani fra gli 11 e i 17 anni che riferiscono soddisfazione nel rapporto con i genitori mostra valori molto superiori alla media aziendale e regionale. Il numero di adolescenti e preadolescenti impegnati in associazioni o gruppi in Valtiberina raggiunge il dato più alto a livello aziendale (30%), a fronte di un valore regionale del 22,2%.

Appare tuttavia contraddittorio, alla luce di tali dati, il livello di diffusione dei fenomeni di bullismo e violenza a scuola. In Valtiberina, infatti, il 27,7% dei ragazzi dichiara di essere coinvolto in episodi di questo tipo, il valore più elevato all'interno della ASL Sud Est e in crescita rispetto al passato (dato 2023).

Infine, il tasso di donne che accedono per la prima volta ai centri antiviolenza si colloca tra i più bassi a livello aziendale. Tale indicatore va interpretato con estrema cautela, poiché risente di due fattori rilevanti: da un lato, l'emersione solo parziale del fenomeno, che a livello nazionale secondo ISTAT resta in larga parte sommerso (un terzo delle donne tra i 16 e i 70 anni ha subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita, ma quasi il 90% dei casi non viene denunciato e solo il 5% delle vittime si rivolge ai servizi dedicati); dall'altro lato, le differenze tra le aree zonali non riflettono necessariamente una diversa incidenza reale della violenza di genere, ma possono essere attribuite anche alla diversa presenza, articolazione e attività dei servizi sul territorio.

In conclusione, la Valtiberina si presenta come un contesto caratterizzato da alcuni aspetti positivi, quali una buona copertura dei servizi per la prima infanzia, un basso livello di dispersione scolastica, valori contenuti di minori in affidamento o in strutture residenziali, nonché una percezione positiva delle relazioni familiari e sociali da parte degli adolescenti. Permangono tuttavia alcune criticità significative, in particolare l'elevata

incidenza degli episodi di bullismo e il problema della bassa natalità, oltre alla necessità di leggere con cautela i dati relativi alla violenza di genere, che non sempre restituiscono in maniera fedele l'effettiva dimensione del fenomeno.

Stranieri

L'analisi della presenza straniera in Valtiberina evidenzia alcune peculiarità rispetto al contesto aziendale della ASL Sud Est e alla media regionale. La quota di residenti stranieri sul totale della popolazione si attesta al 10,7%, un valore leggermente inferiore alla media aziendale (11,2%) e al dato regionale (12%), in aumento. Se si osserva l'incidenza della popolazione straniera nel sistema scolastico, l'indicatore registra invece tra i valori più elevati in ambito aziendale, confermando una significativa presenza di minori stranieri nelle scuole della zona.

Un aspetto critico riguarda invece la condizione occupazionale: il tasso di disoccupazione degli stranieri in Valtiberina raggiunge il 48,1%, un livello sensibilmente più alto rispetto ai valori aziendali e regionali, e oltre il doppio rispetto alla media della popolazione italiana (21,5%), in aumento. Tale squilibrio rappresenta uno dei fattori che hanno determinato, negli ultimi anni, un rallentamento dei flussi migratori in ingresso verso la Toscana.

Particolarmente rilevante è la dinamica dei minori stranieri non accompagnati (MSNA). Negli anni fra il 2022 e il 2024 la percentuale di MSNA presi in carico e collocati dai servizi sociali territoriali in strutture residenziali socio-educative, sul totale dei minori collocati in tali strutture, ha registrato un sensibile aumento. I dati più recenti confermano una forte variabilità interna: al 31 dicembre 2024 la zona della Valtiberina presenta i valori più alti a livello aziendale e un'incidenza decisamente superiore alla media regionale, con un valore pari al 70%, in diminuzione dopo il picco avvenuto nel 2023.

Per quanto riguarda la salute, l'ospedalizzazione della popolazione straniera, al pari di quella della popolazione generale, risente ancora degli effetti indiretti della pandemia da Covid-19. I valori della Valtiberina risultano inferiori alla media aziendale e superiori alla media regionale, con valori più alti per il sesso femminili.

Al 31 dicembre 2024 la percentuale di minori stranieri presi in carico dal servizio sociale territoriale sul totale dei minori presi in carico (il tutto al netto dei MSNA) è del 49,3%, superiore alla media aziendale (34,2) e regionale (38,1).

Disabilità e non autosufficienza

Nel territorio della Valtiberina emerge una situazione particolarmente rilevante per quanto riguarda la non autosufficienza in età anziana. La prevalenza di persone con più di 65 anni residenti in strutture residenziali sanitarie assistite (RSA) permanenti risulta infatti molto elevata. In particolare, tra i soggetti di sesso maschile si osserva un valore pari al 11,7%, sensibilmente superiore rispetto alla media aziendale (8,5%) e a quella regionale (6,7%).

Accanto all'assistenza residenziale, un ruolo fondamentale è svolto dall'assistenza domiciliare, che rappresenta l'altra dimensione del percorso di cura e sostegno alla non autosufficienza. L'indicatore relativo ai servizi domiciliari, comprendenti prestazioni di tipo medico, sociale e infermieristico rivolte agli anziani, evidenzia in Valtiberina un livello di copertura particolarmente elevato, superiore non solo alla media aziendale ma anche a quella regionale. Ciò dimostra la capacità del territorio di garantire risposte significative alla domanda di assistenza direttamente nel contesto di vita delle persone.

Per quanto concerne la disabilità, la prevalenza delle persone prese in carico dai servizi sociali professionali si colloca in linea con i valori aziendali e regionali. L'indicatore è calcolato rapportando, ogni 1.000 residenti nella fascia d'età 0-64 anni, lo stock di persone con disabilità — ovvero soggetti certificati ai sensi della Legge 104/1992 e/o riconosciuti invalidi civili ai sensi della Legge 118/1971 — che abbiano una cartella sociale attiva e abbiano ricevuto nell'anno almeno una prestazione da parte dell'assistente sociale, indipendentemente dall'area specifica di presa in carico.

Nonostante questa sostanziale equivalenza nella presa in carico, l'incidenza complessiva della disabilità in Valtiberina risulta tra le più alte a livello aziendale, superando sia la media della ASL Sud Est che quella

regionale, con un trend in crescita. Lo stesso andamento si rileva anche per quanto riguarda l'incidenza di disabilità grave, che registra il dato più alto a livello aziendale, a conferma di una maggiore presenza sul territorio di situazioni ad elevata complessità assistenziale.

L'indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di I grado (che misura la percentuale di bambini con disabilità iscritti nelle scuole primaria e secondaria di I grado rispetto al totale degli iscritti, con lo scopo di valutare la capacità del sistema di favorirne l'inclusione scolastica) registra in Valtiberina valori bassi (4,4/100) rispetto alla media aziendale (4,9%) e regionale (4,6%).

Cronicità

Nella zona della Valtiberina, pur a fronte di un indice di vecchiaia elevato, presenta una prevalenza complessiva di malattie croniche con valori inferiori alla media regionale e aziendale.

Un'analisi più approfondita delle principali patologie croniche consente di delineare un quadro articolato. Per quanto riguarda il diabete, la prevalenza complessiva si attesta al 61% nei due sessi, un dato inferiore sia alla media aziendale (63,5%) che a quella regionale (63,5%). La prevalenza è maggiore nel sesso maschile che nel sesso femminile. In particolare, per il sesso femminile il valore si colloca ai limiti inferiori del range aziendale, configurandosi come uno degli indicatori più contenuti.

La prevalenza di scompenso cardiaco si attesta al 18,8%, risultando anch'essa inferiore sia al dato regionale (19%) che a quello aziendale (20,6%). Diverso è il quadro relativo all'ictus: tra gli uomini, la prevalenza raggiunge il 31,6%, il valore più elevato dell'intera area aziendale, contro una media maschile aziendale del 23,6% e regionale del 21,8. Tale patologia mostra inoltre una marcata differenza di genere, poiché la prevalenza femminile si ferma al 15,1% (dato comunque superiore alle medie aziendali e regionali, anche se in calo).

La cardiopatia ischemica presenta in Valtiberina un tasso complessivo di 33,9 casi per 1.000 abitanti, in calo rispetto agli anni precedenti, e inferiore alla media aziendale (45) e regionale (42,6). Anche in questo caso emerge una netta differenza di genere: negli uomini la prevalenza raggiunge 63,4 casi per 1.000 abitanti, mentre nelle donne si attesta a 18,7, tra i valori più bassi rilevati nei territori aziendali.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) mostra una prevalenza di 14,3 casi per 1.000 abitanti, leggermente superiore al dato regionale (14) ma inferiore alla media aziendale (14,4). Anche per questa patologia si osserva una maggiore incidenza tra i maschi (16,3) rispetto alle femmine (12,9). Tuttavia il dato è in aumento nelle femmine, e il numero di persone di sesso femminile affette da BPCO in Valtiberina è superiore alla media regionale ed aziendale.

Infine, la prevalenza di demenza nella popolazione di 16 anni e oltre si attesta a 13,2 casi per 1.000 abitanti, un valore che risulta superiore sia alla media aziendale sia a quella regionale. Anche in questo caso, come spesso accade per le patologie neurodegenerative, le donne registrano tassi più elevati (15,0) rispetto agli uomini (13,3).

Salute mentale

Nel territorio della Valtiberina i dati relativi alla salute mentale evidenziano una situazione articolata. Per quanto riguarda i soggetti in età evolutiva (infanzia e adolescenza), la prevalenza di residenti che hanno ricevuto almeno quattro prestazioni dai servizi di salute mentale territoriale nell'anno si attesta a 36,9 per 1.000 abitanti, un valore superiore rispetto alla media aziendale (34,6) e regionale (27,0). Tra gli adulti la presa in carico appare in linea con i dati aziendali e regionali. La presa in carico da parte dei servizi risulta dunque adeguata. Si registra una prevalenza molto elevata di utilizzo di antidepressivi, che in Valtiberina risulta tra le più alte dell'intero ambito aziendale.. Tale fenomeno può essere interpretato come un indicatore di sofferenza psicologica significativa nella popolazione, a fronte di una minore fruizione dei percorsi assistenziali strutturati.

Materno infantile

Per quanto concerne l'area materno-infantile, il tasso di mortalità infantile, ossia i decessi che si verificano entro il primo anno di vita, risultano valori superiori (1,9) ai valori aziendali (1,3) e regionali (1,5), indice che vada perseguita la costante implementazione dell'assistenza sanitaria alla madre e al bambino (dati 2020-

22). Un altro indicatore di rilievo, relativo ai nati vivi gravemente sottopeso, evidenzia in Valtiberina si registra un valore di 1 per 1.000 nati vivi, superiore sia alla media aziendale (0,8) che a quella regionale (0,7). Questo dato tuttavia risente dell'esiguo numeratore e alle poche nascite.

Prevenzione

L'analisi dei principali indicatori di prevenzione restituisce un quadro complesso. Il tasso di mortalità evitabile, cioè la mortalità attribuibile a cause prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria, presenta valori complessivamente superiori sia alla media aziendale sia a quella regionale. Nei maschi il valore risulta leggermente più elevato rispetto al dato aziendale e mostra un andamento in diminuzione. Gli infortuni sul lavoro costituiscono una criticità rilevante, poiché in Valtiberina si registrano tassi superiori sia alla media aziendale sia a quella regionale, sebbene con un andamento in diminuzione. Diversa la situazione in merito alla gravità degli incidenti stradali: l'indicatore del rapporto di lesività, che misura il numero di feriti in rapporto al numero di incidenti, risulta sostanzialmente sovrapponibile al dato regionale, indicando che la severità media degli incidenti avvenuti non si discosta dal contesto di riferimento più ampio.

Prevenzione e promozione della salute

In Valtiberina l'adesione agli screening per la prevenzione del tumore alla mammella e del colon retto non hanno raggiunto l'obiettivo regionale rispettivamente del 80% e 70%.

In particolare, le donne tra i 50 ed i 69 anni che hanno aderito allo screening mammografico sono il 63,9%, in diminuzione rispetto agli anni precedenti. Per quanto riguarda l'adesione allo screening colo rettale per persone di entrambi i sessi tra i 50 ed i 70 anni la zona Valtiberina è fra le zone con le percentuali di adesione più basse (44,5%), in aumento.

La copertura vaccinale per vaccino antinfluenzale riferita alla popolazione target di età >65 anni nella zona Valtiberina è del 58.5%, superiore alla media aziendale di 57% ma nettamente inferiore all'obiettivo regionale fissato al 75%, mostrando un trend in diminuzione.

Il vaccino HPV mostra una copertura della popolazione bersaglio (bambine che hanno compiuto 12 anni di età) del 74.1%, inferiore al dato medio aziendale (76.2%) ma in aumento.

Gestione delle principali patologie croniche

Il tasso di ospedalizzazione per i pazienti con scompenso cardiaco tra i 50 e i 74 anni, nella zona Valtiberina, è molto alto, pari a 183,4/100000 abitanti, ma comunque con un valore inferiore alla media aziendale e regionale, con un trend in diminuzione.

Gli indicatori relativi all'attività di monitoraggio ambulatoriale di tale patologia cronica sono rappresentati da almeno una misurazione di creatinina e almeno una misurazione di sodio e potassio. Entrambi, nella zona Valtiberina, hanno valori molto alti rispetto alla media aziendale e regionale.

L'indicatore sul trattamento farmacologico a livello ambulatoriale dei pazienti con scompenso cardiaco è rappresentato dalla percentuale di pazienti con tale diagnosi che assumono beta bloccanti, in Valtiberina è pari al 92,9%, fra i più alti a livello aziendale.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete scompensato in Valtiberina è il più alto a livello aziendale (dati 2024), indice di una vulnerabilità organizzativa territoriale. Ad esso corrisponde un tasso di amputazioni maggiori per diabete fra i più alti a livello aziendale (34.5 per milione di residenti).

I residenti con almeno una visita diabetologica mostrano valori bassi (25.5 su milione di residenti), a fronte di un dato aziendale di 29.8 per milione di residenti.

Il tasso di ospedalizzazione per BPCO è pari a 2,7/100000 residenti, fra i più bassi a livello aziendale e in diminuzione.

La percentuale di residenti con ictus in terapia antitrombotica è un indicatore del trattamento farmacologico a livello ambulatoriale dei pazienti che hanno avuto un ictus emorragico o TIA, utile ai fini della prevenzione delle recidive, purtroppo in Valtiberina è basso (16/100000 ab), inferiore al valore aziendale e in leggero calo.

Assistenza domiciliare e assistenza residenziale agli anziani

La percentuale degli accessi di cure domiciliari effettuati nei giorni festivi, proxy della continuità della presa in carico, risulta in Valtiberina pari al 11,0%, inferiore alla media aziendale.

La percentuale degli ultra 75 anni dimessi dall'ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni, indicatore proxy di continuità ospedale-territorio in particolare per i pazienti più fragili, è del 52,7%, valore più alto a livello aziendale e in aumento. Il tasso di ammissioni in RSA di over 65, indicatore di misura della copertura e dell'utilizzo dei servizi residenziali a livello territoriale, è di 8,6%, tasso superiore al valore aziendale (7,1%) e regionale (5%), in aumento. Gli assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero e con almeno un accesso al PS rivelano percentuali molto basse nella zona Valtiberina, pari al 8.8% e 17.6% rispettivamente, valori inferiori alla media aziendale e regionale.

Ricorso all'ospedalizzazione, al PS e appropriatezza diagnostica

Il team di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso in Valtiberina è pari a 80,2/1000 abitanti, fra i più bassi a livello aziendale. Il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica è pari a 4,6/100 ab, in linea con i valori della media aziendale e regionale. Il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali è di 7/1000 ab, valore superiore alla media regionale (6,1/1000 ab), ma inferiore ai valori aziendali (7,3).

Il tasso di ospedalizzazione in codice 56 (recupero e riabilitazione funzionale) in Valtiberina è pari a 1.5/1000 ab, dato che non si discosta dalla media regionale ed aziendale. Il tasso di accesso al Pronto Soccorso (indicatore indiretto per misurare l'efficacia di risposta assistenziale del territorio) è di 331.6/1000 ab, inferiore al dato aziendale e regionale ma con un trend in aumento.

Il tasso di Rm prescritte a persone con più di 65 anni di età, per la maggior parte inappropriate in quanto è usata per lo più per problemi di artrosi degenerativa, ha in Valtiberina valori inferiori se paragonati con la media aziendale e regionale.

Assistenza consultoriale e percorso materno infantile

Il tasso di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) è pari a 6/1000 ab, valore superiore alla media aziendale (5.1/1000 ab) e regionale (5.4/1000), con un trend in aumento.

Il tasso di abortività calcolato sulla popolazione straniera è invece in linea con la media aziendale e regionale.

Assistenza farmaceutica territoriale

Analizzando la spesa per i vari principi attivi, risulta che il consumo degli inibitori di pompa protonica, degli antibiotici e degli antidepressivi (SSRI) sia superiore alla spesa media dell'azienda SE e della regione Toscana, importante verificare quindi potenziali margini di inappropriatezza. Per quanto riguarda gli antidepressivi, la spesa media procapite risulta fra le più alte di tutta l'azienda.

Il consumo di farmaci antidepressivi è superiore rispetto alla media aziendale e regionale, mentre la percentuale di abbandono di pazienti in terapia antidepressiva (indicatore di compliance) è il più basso dell'azienda.

Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore che misura il consumo di farmaci oppioidi maggiori, ossia quello indicato per il trattamento del dolore severo, mostra valori elevati in Valtiberina rispetto alla media aziendale e regionale.

Salute mentale e dipendenze

Nella Zona Valtiberina, il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche standardizzato per età e sesso (esclusi i ricoveri per demenza) presenta valori molto bassi, pari a 115,7/100000 ab maggiorenne, se paragonati al tasso aziendale di 204,3/100000 ab e regionale (223,1/100000 ab). Il basso tasso di ospedalizzazione per malattie mentali è indice di un buon intervento preventivo e curativo della rete capillare e integrata di servizi nel territorio.

Tuttavia, i ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche, indice dell'integrazione ospedale-territorio e di presa in carico delle problematiche dei pazienti da parte dei centri di salute mentale, in Valtiberina presentano valori superiori (8%) rispetto alla media aziendale (5,2%) e regionale (6.7%). Il tasso di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenne è un indicatore atto a valutare l'efficacia di accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali che possono

opportunamente trattare le patologie alcol correlate, sia in termini di prevenzione che di cura. In Valtiberina tale indicatore è il più basso dell'azienda.

Viene allegato al presente atto di indirizzo la presentazione effettuata alla Conferenza Zonale dei Sindaci Integrata della Zona Valtiberina in data 19/11/2025 contenente descrizioni sintetiche e grafici relativi al Profilo di salute (Allegato1).

3. Analisi dei bisogni di salute emergenti - Sintesi delle priorità strategiche e criticità riscontrate

| Obiettivi di salute | Criticità principali | Interventi prioritari |
|--|--|--|
| 1. Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno della domiciliarità | <ul style="list-style-type: none"> Mortalità per patologie cardiovascolari e tumori superiore alla media regionale Alta prevalenza di ictus negli uomini (28,1%) Incremento ospedalizzazioni per patologie croniche (diabete complicato) | <ul style="list-style-type: none"> Rafforzare l'assistenza domiciliare integrata e la continuità ospedale-territorio Potenziare reti di prossimità nei comuni montani Migliorare la presa in carico territoriale dei pazienti cronici Attivazione pdta Ictus e percorsi di gestione condivisa |
| 2. Promuovere l'autonomia, la partecipazione e la qualità della vita delle persone con disabilità e non autosufficienti | <ul style="list-style-type: none"> Indice di vecchiaia molto elevato, elevata percentuale di grandi anziani (>75 aa) Alta prevalenza di non autosufficienza, disabilità e disabilità gravi Alta prevalenza di demenza Basso indice di inserimento di alunni con disabilità a scuola Elevata quota di over 75 in RSA (8,6%) e crescente domanda di assistenza | <ul style="list-style-type: none"> Promuovere la prevenzione della fragilità, della solitudine e dell'isolamento sociale Promuovere percorsi di autonomia e inserimento lavorativo e scolastico delle persone con disabilità Promuovere l'invecchiamento attivo Potenziare medicina di iniziativa e follow-up Rafforzare la prevenzione secondaria e il follow-up ambulatoriale |
| 3. Promuovere la salute mentale e il benessere psicologico della popolazione | <ul style="list-style-type: none"> Alto consumo di antidepressivi e ricoveri psichiatrici ripetuti (8%) | <ul style="list-style-type: none"> Rafforzare l'accessibilità e l'integrazione dei servizi territoriali Promuovere la salute mentale e il benessere psicosociale nelle scuole e comunità Sviluppare interventi di prevenzione del disagio giovanile (spazi di ascolto, counseling scolastico) |

| Obiettivi di salute | Criticità principali | Interventi prioritari |
|---|---|--|
| 4. Promuovere la salute materno-infantile e tutelare il benessere delle famiglie e della popolazione giovanile | <ul style="list-style-type: none"> Bassa natalità (5,67 nati/1.000 ab) e riduzione dei minori residenti (13,2%) Aumento IVG e bassa adesione agli screening oncologici Crescente instabilità familiare Fenomeni di bullismo e cyberbullismo con il valore più alto in azienda Violenza di genere fenomeno sommerso Aumento mortalità infantile e nati sottopeso | <ul style="list-style-type: none"> Sviluppare un Piano integrato per il benessere giovanile (educazione emotiva, prevenzione bullismo, supporto psicologico scolastico). Consolidare servizi per la genitorialità e sostegno alla conciliazione vita-lavoro. Potenziare reti antiviolenza e di prevenzione dei comportamenti a rischio nei giovani Potenziare la prevenzione oncologica e gli screening Migliorare la promozione della salute sessuale, riproduttiva e affettiva Potenziare la prevenzione del disagio giovanile e della solitudine Campagne contro il bullismo Campagne contro la violenza di genere, promozione dell'educazione affettiva nelle scuole |
| 5. Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche e promozione dell'inclusione | <ul style="list-style-type: none"> Reddito medio inferiore alla media regionale Alta disoccupazione tra stranieri (48,1%) Crescente presenza di MSNA (83,3% dei minori in struttura) Elevata incidenza di famiglie con richiesta di sostegno abitativo (8,2%) | <ul style="list-style-type: none"> Sviluppare progetti di inserimento lavorativo (es. welfare di comunità, agricoltura sociale, servizi alla persona). Promuovere educazione finanziaria e abitativa e favorire accesso ai bandi di sostegno. Potenziare integrazione socio-lavorativa dei cittadini stranieri, specie donne e giovani. |
| 6. Prevenzione, promozione della salute e corretti stili di vita | <ul style="list-style-type: none"> Copertura vaccinale antinfluenzale insufficiente (58,7% vs obiettivo 75%) Aderenza agli screening oncologici sotto obiettivi regionali Tasso mortalità evitabile e infortuni sul lavoro superiori alla media regionale Mortalità generale (907/100.000) superiore a media AUSL e regionale. Mortalità per malattie cardiovascolari e tumori più | <ul style="list-style-type: none"> Migliorare adesione a screening e vaccinazioni, potenziare prevenzione secondaria Promozione della medicina di genere Promuovere sicurezza sul lavoro e prevenzione degli incidenti Diffondere la cultura della prevenzione e della salute pubblica e prevenzione primaria Programmi di educazione sanitaria di comunità su alimentazione, fumo, sedentarietà e consumo di alcol (con coinvolgimento di scuole, associazioni sportive e farmacie). Campagne di prevenzione |

| Obiettivi di salute | Criticità principali | Interventi prioritari |
|---|---|--|
| | <p>elevata, in particolare per tumore polmonare, colon-retto, stomaco, prostata e vescica.</p> <ul style="list-style-type: none"> Aspettativa di vita in calo (84,6 anni, inferiore a media toscana). | <p>cardiovascolare con giornate di screening gratuiti per ipertensione, glicemia, colesterolo, BMI, e counselling breve per la cessazione del fumo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Attivazione di percorsi “Cammini della Salute” nei Comuni della Valtiberina, con gruppi di cammino, fisioterapisti e volontari della salute Campagne di sensibilizzazione al riconoscimento precoce dell’ictus • |
| 7. Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura | <ul style="list-style-type: none"> Difficoltà logistiche nei comuni montani, spopolamento delle aree periferiche Assistenza territoriale da rafforzare Integrazione ospedale-territorio migliorabile Ricoveri evitabili per patologie croniche Differenze di accesso e utilizzo dei servizi tra Comuni Limitata diffusione di PDTA e telemedicina Divario infrastrutturale e connettività insufficiente Scarsa alfabetizzazione digitale della popolazione e degli operatori Rischio di disuguaglianze digitali Scarsa interoperabilità dei sistemi informativi | <ul style="list-style-type: none"> Sviluppare modelli di sanità di prossimità (Case della Comunità, telemedicina) Potenziare la rete assistenziale territoriale e la continuità assistenziale post-dimissione Migliorare l’appropriatezza clinica e organizzativa delle cure Ridurre ricoveri evitabili e accessi impropri al PS Promuovere strumenti digitali e telemonitoraggio domiciliare Sostenere la trasformazione digitale del sistema sociosanitario e dei servizi territoriali |
| 8. Promuovere lo sviluppo sostenibile, la transizione ecologica e l’approccio “One Health” | <ul style="list-style-type: none"> Frammentazione istituzionale e scarso coordinamento intersetoriale Limitata disponibilità di dati ambientali e sistemi integrati Disuguaglianze territoriali e vulnerabilità ambientali | <ul style="list-style-type: none"> Valorizzare la relazione tra salute umana, ambientale e animale Promuovere mobilità sostenibile, qualità dell’aria e gestione sostenibile dei rifiuti Integrare la dimensione ambientale nella programmazione sociosanitaria Ridurre disuguaglianze ambientali e rafforzare la resilienza climatica |
| 9. Azioni di governance territoriale | <ul style="list-style-type: none"> Governance frammentata tra enti sanitari, sociali e | <ul style="list-style-type: none"> Favorire coesione territoriale e partecipazione tramite Terzo Settore |

| Obiettivi di salute | Criticità principali | Interventi prioritari |
|---------------------|--|--|
| | Comuni <ul style="list-style-type: none"> • Carenza di personale sanitario e sociosanitario nelle aree interne • Difficoltà di coordinamento istituzionale | <ul style="list-style-type: none"> • Potenziare co-programmazione e co-progettazione locale • Valorizzare e formare il personale territoriale • Promuovere innovazione organizzativa, digitalizzazione e monitoraggio sistematico degli esiti |

Linee trasversali di indirizzo:

1. **Governance territoriale integrata** (sanità – sociale – terzo settore).
2. **Potenziamento della prevenzione** in tutte le fasce d'età.
3. **Digitalizzazione e telemedicina** per garantire equità territoriale.
4. **Approccio intersetoriale** (scuola, lavoro, urbanistica, ambiente).
5. **Monitoraggio continuo** tramite indicatori di salute zonali e di esito.

4 Analisi ciclo di programmazione 2020-2025

Estratto dell'ultimo monitoraggio intermedio e confronto con gli indirizzi strategici e gli obiettivi di salute del PIS 2020-2025

Dall'ultima relazione di Monitoraggio Intermedio sui Piani Operativi Aziendali (POA) 2025 – Valtiberina emerge che sono stati monitorati i seguenti programmi :

- Riorganizzazione rete presidi territoriali.
- Potenziamento integrazione operativa.
- Governo liste d'attesa.
- Sostenere e assistere le persone con disabilità.
- Sanità d'Iniziativa.
- Assistere nella residenzialità e nella domiciliarità.
- Promozione di sani stili di vita e prevenzione.
- Continuità ospedale-territorio.
- Contrasto dipendenze.
- Potenziamento dei percorsi partecipativi e welfare di comunità.
- Rafforzare la rete dei servizi a contrasto della violenza di genere.
- Reti cliniche integrate e strutturate.
- Salute mentale degli adolescenti e dei giovani adulti.
- Equità, appropriatezza delle cure e qualità della presa in carico in salute mentale.
- Contrasto alla povertà
- Sviluppo integrazione e inclusione sociale
- Migliorare i servizi di supporto, di assistenza e cura per minori e famiglia

Da tale analisi deriva che occorre integrare gli obiettivi raggiunti con quelli propri del PSSIR, secondo il seguente prospetto:

| Obiettivi PSSIR 2024–2026 | Macroobiettivi a livello zonale (Valtiberina) | Azioni prioritarie per la programmazione territoriale |
|---------------------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Attivare tavoli intersetoriali “Salute in tutte le politiche” (coinvolgendo scuola, sport, urbanistica, ambiente) |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>1. Promuovere la salute in tutte le politiche (Health in all policies)</p> <p>Prevenzione, promozione della salute e corretti stili di vita</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere la salute ambientale e la sostenibilità in ottica One Health • Realizzare campagne di prevenzione e screening oncologici • Promuovere le campagne vaccinali • Iniziative sulla sicurezza nei luoghi di lavoro in collaborazione con INAIL e ASL • Promuovere benessere psicologico e corretti stili di vita nelle scuole e nelle comunità • Incremento prevenzione primaria ictus e patologie cerebrovascolari: campagne di educazione alla salute cardiovascolare (alimentazione, fumo, sedentarietà), giornate di screening per ipertensione, glicemia e colesterolo, screening opportunistico per la fibrillazione atriale negli over 65, attivazione di gruppi di cammino e percorsi di attività fisica adattata (“Cammini della Salute”). |
| <p>2. Rafforzare l'assistenza territoriale</p> | <p>Presenza in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Potenziare la rete territoriale di cure primarie (IfeC, Case della Comunità) • Potenziare medicina di iniziativa e follow up ambulatoriale • Sviluppare progetti di domiciliarità e presa in carico delle fragilità nei comuni montani |
| | <p>Promuovere la salute materno-infantile e la tutela della salute e dello sviluppo della popolazione giovanile</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzare l'accessibilità e l'integrazione dei servizi di salute mentale territoriali • Potenziare la prevenzione del disagio giovanile |
| | <p>Promozione della salute mentale e del benessere psicologico</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione del bullismo • Potenziare i consultori familiari e i percorsi nascita integrati • Sostenere i servizi per la prima infanzia e la conciliazione vita-lavoro • Migliorare la promozione della salute sessuale, riproduttiva e affettiva • Attuare e diffondere PDTA per la gestione integrata delle principali patologie croniche, in particolare attivazione di percorsi integrati per la gestione dell'ipertensione e del diabete, ictus e TIA, con protocolli uniformi di presa in carico e gestione post-acuta condivisi tra ospedale e territorio. • Monitoraggio continuo dei pazienti cronici attraverso strumenti di |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>telemonitoraggio per pressione, glicemia e saturazione (in linea con PNRR).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementare la riabilitazione precoce e domiciliare post-ictus, integrando fisioterapisti, logopedisti e terapisti occupazionali nel percorso territoriale. • Monitorare l'aderenza alla terapia antitrombotica e antipertensiva, tramite recall periodici e telemonitoraggio. • Attivazione di sistemi di telemonitoraggio domiciliare per i pazienti cronici a rischio cerebrovascolare. |
| 3. Integrazione sociale, sociosanitaria e politiche di inclusione | Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, favorire l'integrazione e l'inclusione | <ul style="list-style-type: none"> • Integrare servizi sociali e sanitari nei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) • Promuovere l'inclusione sociale e lavorativa degli stranieri • Ridurre le disuguaglianze sociali attraverso reti di prossimità • Sviluppare progetti per l'inclusione lavorativa, abitativa e sociale • Rafforzare la partecipazione civica e l'inclusione dei cittadini stranieri e dei minori non accompagnati • Promuovere progetti scuola-salute e peer education per la prevenzione del disagio giovanile • Favorire l'invecchiamento attivo e prevenire le fragilità, la solitudine e l'isolamento sociale |
| | Promuovere l'inclusione, l'autonomia e la qualità della vita delle persone con disabilità e non autosufficienti | |
| 4. Circolarità tra territorio, cure di transizione e rete ospedaliera | <p>Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura</p> <p>Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Implementare percorsi di transizione ospedale-territorio • Rafforzare le reti assistenziali • Sviluppare telemonitoraggio e presa in carico multiprofessionale • Attivare e valorizzare gli Ospedali di Comunità come nodo intermedio della rete territoriale |
| 5. Appropriatezza delle cure e governo della domanda | Azioni di sistema e governance territoriale | <ul style="list-style-type: none"> • Attuare percorsi formativi sull'appropriatezza prescrittiva e organizzativa • Monitorare l'uso dei farmaci ad alto consumo e dei dispositivi (in collaborazione con ARS/ASL) • Introdurre audit clinici e percorsi di |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>miglioramento continuo della qualità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diffondere PDTA e strumenti digitali per la gestione appropriata delle cronicità |
| 6. Trasformazione digitale del sistema sociosanitario | Sostenere la trasformazione digitale del sistema sociosanitario e dei servizi territoriali | <ul style="list-style-type: none"> • Diffondere la telemedicina, il telemonitoraggio e il teleconsulto multiprofessionale per pazienti cronici e fragili • Digitalizzare la presa in carico sociale e sanitaria (cartella sociosanitaria integrata) • Promuovere l'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico e l'interoperabilità dei sistemi informativi • Rafforzare le competenze digitali di operatori e cittadini e migliorare la connettività territoriale |
| 7. Transizione ecologica e salute ambientale | Promuovere la transizione ecologica e l'approccio "One Health" | <ul style="list-style-type: none"> • Integrare la salute ambientale nella progettazione territoriale e sanitaria • Promuovere la mobilità sostenibile, l'agricoltura sana e le energie rinnovabili • Realizzare percorsi di educazione ambientale e "One Health" nelle scuole e comunità • Valorizzare la relazione tra salute umana, animale e ambientale nelle politiche locali |

5. Necessità di integrazione tra servizi sanitari, sociali e sociosanitari

La complessità dei bisogni rilevati nel territorio della Valtiberina rende necessaria una forte integrazione tra servizi sanitari, sociali e sociosanitari, al fine di garantire continuità assistenziale, appropriatezza degli interventi e risposte tempestive e coordinate. L'invecchiamento della popolazione, la diffusione di patologie croniche e condizioni di multi-morbilità, la presenza di fragilità sociali e la dispersione territoriale evidenziano l'esigenza di percorsi condivisi e multidisciplinari, capaci di superare la frammentazione degli interventi.

La Convenzione socio sanitaria stipulata nel 2023 richiede un'importante attività di manutenzione e di sostegno ai ruoli di coordinamento tra operatori e di condivisione delle informazioni economiche e degli strumenti informatici dedicati.

L'integrazione tra Azienda USL Toscana Sud-Est, Comuni, Zona-Distretto e Terzo Settore rappresenta un elemento imprescindibile per assicurare una presa in carico unitaria, in particolare per le persone non autosufficienti, per le persone con disabilità e per i cittadini con bisogni complessi. Il raccordo operativo tra cure primarie, servizi specialistici, assistenza infermieristica di comunità, servizi sociali territoriali e unità valutative multiprofessionali consente di costruire percorsi personalizzati efficaci e orientati alla promozione dell'autonomia, alla prevenzione delle fragilità e alla riduzione dei ricoveri evitabili.

In questo quadro, l'integrazione non è solo un obiettivo organizzativo, ma un presupposto imprescindibile per garantire equità di accesso, qualità delle prestazioni e sostenibilità complessiva del sistema socio-sanitario locale.

6. Importanza del coordinamento tra Comuni e ASL per la gestione efficace del PIS

Un efficace governo del Piano Integrato di Salute richiede un coordinamento stabile e strutturato tra i Comuni della Zona-Distretto Valtiberina e l’Azienda USL Toscana Sud-Est. La programmazione socio-sanitaria integrata, infatti, può realizzarsi pienamente solo attraverso un raccordo continuo tra le politiche sociali di competenza comunale e i servizi sanitari e sociosanitari garantiti dall’Azienda sanitaria. Tale coordinamento consente di individuare priorità condivise, definire obiettivi comuni, garantire uniformità dei percorsi assistenziali e ottimizzare l’utilizzo delle risorse disponibili.

L’allineamento decisionale tra amministrazioni locali e ASL risulta particolarmente rilevante in un territorio come la Valtiberina, caratterizzato da un’elevata dispersione geografica, dalla presenza di piccoli comuni montani e da bisogni crescenti legati all’invecchiamento della popolazione e alla gestione della cronicità. Il coinvolgimento attivo dei Comuni nella governance del PIS, insieme alla responsabilità tecnica dell’Azienda sanitaria, permette di assicurare una programmazione coerente, capace di rispondere alle specificità locali e di promuovere equità di accesso ai servizi su tutto il territorio.

In questo quadro, il coordinamento interistituzionale rappresenta un elemento essenziale per garantire l’efficacia degli interventi, la continuità assistenziale e la costruzione di un sistema socio-sanitario realmente integrato e orientato ai bisogni della comunità.

7. Indirizzi strategici

7.1 PIS e PIZ

La Zona Valtiberina individua lo strumento di programmazione del PIS come strumento che assorbe anche il PIZ, di cui all’art. 29 della LRT 41/2005 e smi, allo scopo di realizzare piena integrazione tra gli obiettivi e azioni nel settore sanitario, socio sanitario, assistenziale e socio assistenziale.

7.2 Definizione Indirizzi strategici e priorità di intervento

Gli indirizzi strategici si basano sugli obiettivi generali del PSSIR 2024-2026 e sulle caratteristiche del territorio.

L’approccio integrato tra Comuni, ASL, Terzo Settore e comunità locale costituisce elemento fondamentale per garantire equità, qualità e continuità assistenziale.

Ai sensi della LRT 40/2005, articolo 21, comma 4, la Conferenza Zonale Integrata / Assemblea SdS esprime 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.

Rappresentano indirizzi prioritari:

- garantire l’equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura, rafforzare la sanità di iniziativa, la medicina di comunità e i percorsi territoriali integrati, anche mediante l’uso della telemedicina, promuovere l’autonomia, la partecipazione e la qualità della vita delle persone con disabilità e non autosufficienti, attuare la Legge 62/2024, potenziando l’assistenza domiciliare integrata, i progetti di vita indipendente e il sostegno ai caregiver;
- tutelare l’invecchiamento attivo e la salute delle persone anziane e fragili, promuovere la prevenzione della fragilità, l’attività motoria adattata, la socialità e il volontariato senior come leve di salute, ridurre le disuguaglianze e promuovere la coesione sociale e territoriale, attuare politiche di contrasto alla povertà, inclusione abitativa e lavorativa, valorizzare le comunità locali come luoghi di salute, sostenere il benessere di minori e giovani, prevenendo disagio, violenza e isolamento, realizzare percorsi educativi e di prevenzione integrata tra scuola, servizi sociali e sanitari, con sportelli di ascolto e progetti di comunità;
- prevenire e ridurre la mortalità evitabile da patologie croniche e oncologiche, rafforzare la prevenzione primaria e secondaria, la promozione di stili di vita sani e la partecipazione agli screening;

- sviluppare la sanità di prossimità e i servizi domiciliari integrati, attuare il nuovo modello di sanità territoriale, le Case di Comunità, le Centrali Operative Territoriali e i servizi domiciliari per garantire continuità assistenziale;
- favorire la partecipazione della comunità alla programmazione e valutazione delle politiche di salute, promuovere processi di cittadinanza attiva, reti associative, percorsi partecipativi e bilanci di salute territoriali.

La Conferenza Zonale dei Sindaci Integrata nella seduta del 19/11/2025 ritiene che gli indirizzi strategici e le priorità d'intervento siano declinate in modo analitico come risulta dal prospetto seguente:

| Indirizzi strategici | Priorità d'intervento |
|--|---|
| 1. Presa in carico integrata delle malattie croniche, continuità assistenziale e sostegno della domiciliarità | <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzare l'assistenza domiciliare integrata e la continuità ospedale-territorio • Potenziare reti di prossimità nei comuni montani • Migliorare la presa in carico territoriale dei pazienti cronici • Attivazione pdta Ictus e percorsi di gestione condivisa |
| 2. Promuovere l'autonomia, la partecipazione e la qualità della vita delle persone con disabilità e non autosufficienti | <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere la prevenzione della fragilità, della solitudine e dell'isolamento sociale • Promuovere percorsi di autonomia e inserimento lavorativo e scolastico delle persone con disabilità • Promuovere l'invecchiamento attivo • Promuovere l'attività fisica adattata AFA • Potenziare medicina di iniziativa e follow-up • Rafforzare la prevenzione secondaria e il follow-up ambulatoriale |
| 3. Promuovere la salute mentale e il benessere psicologico della popolazione | <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzare l'accessibilità e l'integrazione dei servizi territoriali • Promuovere la salute mentale e il benessere psicosociale nelle scuole e comunità • Sviluppare interventi di prevenzione del disagio giovanile (spazi di ascolto, counseling scolastico) |
| 4. Promuovere la salute materno-infantile e tutelare il benessere delle famiglie e della popolazione giovanile | <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare un Piano integrato per il benessere giovanile (educazione emotiva, prevenzione bullismo, supporto psicologico scolastico). • Consolidare servizi per la genitorialità e sostegno alla conciliazione vita-lavoro. • Potenziare reti antiviolenza e di prevenzione dei comportamenti a rischio nei giovani • Potenziare la prevenzione oncologica e gli screening • Migliorare la promozione della salute sessuale, riproduttiva e affettiva • Potenziare la prevenzione del disagio giovanile e della solitudine |

| Indirizzi strategici | Priorità d'intervento |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Campagne contro il bullismo • Campagne contro la violenza di genere, promozione dell'educazione affettiva nelle scuole |
| <p>5. Garantire equità di accesso, prossimità e qualità nei percorsi di cura attraverso l'attuazione del nuovo modello di sanità territoriale</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare modelli di sanità di prossimità • Potenziare la rete assistenziale territoriale e la continuità assistenziale post-dimissione Assicurare l'assistenza sanitaria primaria nelle aree interne, maggiormente periferiche; • Migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa delle cure • Ridurre ricoveri evitabili e accessi impropri al PS • Promuovere strumenti digitali, la telemedicina nelle sue forme, telemonitoraggio domiciliare, teleconsulto, teleassistenza, televisita; • Promuovere la fruibilità del Fascicolo Sanitario Elettronico; • Sostenere la trasformazione digitale del sistema sociosanitario e dei servizi territoriali |
| <p>6. Contrasto alle disuguaglianze socio-economiche e promozione dell'inclusione</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare progetti di inserimento lavorativo (es. welfare di comunità, agricoltura sociale, servizi alla persona). • Promuovere educazione finanziaria e abitativa e favorire accesso ai bandi di sostegno. • Potenziare integrazione socio-lavorativa dei cittadini stranieri, specie donne e giovani. |
| <p>7. Prevenzione, promozione della salute e corretti stili di vita</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Migliorare adesione a screening e vaccinazioni, potenziare prevenzione secondaria • Promozione della medicina di genere • Promuovere sicurezza sul lavoro e prevenzione degli incidenti • Diffondere la cultura della prevenzione e della salute pubblica e prevenzione primaria • Programmi di educazione sanitaria di comunità su alimentazione, fumo, sedentarietà e consumo di alcol (con coinvolgimento di scuole, associazioni sportive e farmacie). • Campagne di prevenzione cardiovascolare con giornate di screening gratuiti per ipertensione, glicemia, colesterolo, BMI, e counselling breve per la cessazione del fumo. • Attivazione di percorsi “Cammini della Salute” nei Comuni della Valtiberina, con gruppi di cammino, fisioterapisti e volontari della salute • Campagne di sensibilizzazione al riconoscimento precoce dell'ictus |

| Indirizzi strategici | Priorità d'intervento |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 8. Promuovere lo sviluppo sostenibile, la transizione ecologica e l'approccio “One Health” | <ul style="list-style-type: none"> • Valorizzare la relazione tra salute umana, ambientale e animale • Promuovere mobilità sostenibile, qualità dell'aria e gestione sostenibile dei rifiuti • Integrare la dimensione ambientale nella programmazione sociosanitaria • Ridurre disuguaglianze ambientali e rafforzare la resilienza climatica |
| <ul style="list-style-type: none"> • 9. Azioni di governance territoriale | <ul style="list-style-type: none"> • Favorire coesione territoriale e partecipazione tramite Terzo Settore • Potenziare co-programmazione e co-progettazione locale • Valorizzare e formare il personale territoriale • Promuovere innovazione organizzativa, digitalizzazione e monitoraggio sistematico degli esiti |
| <ul style="list-style-type: none"> • 10. Buon utilizzo degli immobili e loro valorizzazione | <ul style="list-style-type: none"> • Adeguamento dei presidi territoriali alle normative vigenti • In alternativa valutare formule di alienazione e costruzione di edifici ex novo destinati alle attività sanitarie e socio sanitarie • Riduzione dell'impatto energetico degli edifici privilegiando la produzione di energia e calore da fonti rinnovabili • Utilizzo, secondo criteri di razionalità e di pieno impiego, degli immobili in essere anche in relazione all'apertura delle Case della Comunità <p>Alienazione degli immobili non produttivi e/o non utilizzati</p> |

8. Obiettivi a carattere di Area Vasta

Nel quadro dello sviluppo di sistemi territoriali integrati e coordinati a livello di Area Vasta, emergono alcuni obiettivi condivisi tra più ambiti zonali che assumono particolare rilevanza anche per la Zona-Distretto Valtiberina. Tra questi si colloca il completamento della costruzione dell’Ufficio di Piano zonale e la contestuale istituzione dell’Ufficio di Piano aziendale/di Area Vasta, quale struttura di raccordo e coordinamento tra gli Uffici di Piano delle diverse zone e l’Azienda sanitaria locale.

Rientra tra le priorità sovrazonali anche l’attuazione delle azioni nazionali di capacitazione degli Ambiti Territoriali Sociali e il rispetto dello standard di dotazione dell’assistenza sociale professionale, definito nella proporzione di un assistente sociale ogni 5.000 abitanti. Parallelamente, un obiettivo strategico riguarda l’attivazione e il consolidamento delle équipe professionali di ambito zonale dedicate ai principali percorsi assistenziali, in particolare nell’area della non autosufficienza, della disabilità, dei consultori e dell’integrazione sociale-lavoro.

Nel contesto dell’assistenza territoriale, assume inoltre rilievo l’attivazione delle micro-équipe delle Case della Comunità, insieme alla definizione condivisa dei percorsi assistenziali integrati attivabili attraverso il

Punto Unico di Accesso (PUA), con l'obiettivo di garantire omogeneità, prossimità e continuità delle cure sull'intero territorio di Area Vasta.

9. Modalità di coordinamento e governance del Piano

L'attuazione del PIS è affidata alla Direzione della Zona Distretto Valtiberina. La governance è garantita attraverso la collaborazione permanente tra Comuni, Azienda USL Toscana Sud Est e Terzo Settore, il raccordo con i Tavoli tematici zonali (anziani, disabilità, minori, salute mentale, povertà, cronicità), e la valutazione annuale degli indicatori di salute e benessere.

10. Ruoli e responsabilità degli attori coinvolti

La governance del Piano Integrato di Salute della Zona-Distretto Valtiberina si fonda su una chiara definizione di ruoli e responsabilità tra gli attori istituzionali coinvolti. I **Comuni** esercitano le funzioni di programmazione e gestione degli interventi e dei servizi di propria competenza in ambito sociale, garantendo il raccordo con le politiche territoriali, l'individuazione delle priorità locali e il contributo alla presa in carico delle situazioni di fragilità. L'**Azienda USL Toscana Sud-Est** assicura l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, il coordinamento clinico-assistenziale, l'integrazione delle attività territoriali e la responsabilità tecnica dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali.

La **Zona-Distretto**, tramite il Direttore e l'Ufficio di Piano, svolge funzioni di coordinamento strategico e operativo del PIS, promuove l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, supporta la definizione del POA annuale e garantisce il monitoraggio dell'attuazione delle azioni programmate. Le **professioni sanitarie e sociali**, incluse le équipe delle Case della Comunità, i servizi sociali territoriali, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti, l'infermieristica di comunità e i servizi della salute mentale, concorrono in modo integrato alla presa in carico delle persone, assicurando multidisciplinarietà, continuità assistenziale e personalizzazione degli interventi.

Un ruolo fondamentale è svolto anche dal **Terzo Settore**, che partecipa alla co-programmazione e co-progettazione degli interventi, contribuisce alla realizzazione dei servizi di prossimità e favorisce la partecipazione attiva della comunità. In questo assetto, la definizione di responsabilità chiare e condivise rappresenta un presupposto essenziale per garantire efficacia, trasparenza e coerenza nell'attuazione del Piano Integrato di Salute.

11. Individuazione delle modalità di elaborazione tecnica del PIS

L'elaborazione tecnica del Piano Integrato di Salute è coordinata dal Direttore di Zona e dall'Ufficio di Piano, che assicurano la raccolta e l'analisi dei dati, la redazione dei contenuti e la coerenza del documento con il PSSIR 2024–2026 e con le linee guida regionali. Il processo si svolge in stretto raccordo con i Comuni, l'Azienda USL Toscana Sud-Est, le équipe territoriali e i servizi sociali, attraverso momenti strutturati di confronto tecnico e integrazione multiprofessionale.

Il contributo del Terzo Settore è garantito tramite consultazioni e attività di co-programmazione. La proposta tecnica elaborata dall'Ufficio di Piano viene quindi sottoposta alla Conferenza Zonale Integrata per la valutazione strategica e l'approvazione finale, assicurando un percorso partecipato, basato su evidenze e orientato ai bisogni reali della comunità.

12. Sostenibilità economica e modalità di finanziamento

La sostenibilità economica del Piano Integrato di Salute della Zona-Distretto Valtiberina si fonda su un utilizzo integrato e coerente delle risorse disponibili a livello comunale, aziendale e regionale. L'attuazione

del PIS e del relativo Piano Operativo Annuale (POA) avviene nel rispetto dei vincoli programmati definiti dalla Regione Toscana, attraverso il ricorso ai fondi destinati alla spesa sociale e sociosanitaria, alle risorse del Fondo Sociale Regionale, ai finanziamenti aziendali e ai contributi specifici previsti dalla normativa nazionale e regionale in materia di non autosufficienza, disabilità, servizi territoriali e progetti di inclusione. La Zona-Distretto, tramite l’Ufficio di Piano, assicura il coordinamento economico delle azioni previste, garantendo la coerenza tra gli obiettivi programmati e le risorse effettivamente disponibili, nonché la verifica della loro corretta allocazione. L’integrazione tra Comuni e ASL consente una gestione più efficiente ed equilibrata dei costi, favorendo economie di scala, la razionalizzazione dei servizi e la riduzione della frammentazione degli interventi.

Il monitoraggio annuale del POA rappresenta uno strumento essenziale per valutare l’impatto economico delle azioni realizzate, identificare eventuali scostamenti e orientare correttamente le scelte programmate future, garantendo la sostenibilità complessiva del sistema socio-sanitario territoriale.

13. Monitoraggio e valutazione degli interventi

Il monitoraggio e la valutazione degli interventi previsti dal Piano Integrato di Salute costituiscono elementi essenziali per garantire efficacia, trasparenza e coerenza con gli obiettivi strategici della Zona-Distretto Valtiberina. Il processo valutativo è coordinato dall’Ufficio di Piano, che assicura la raccolta sistematica dei dati, l’analisi degli indicatori di risultato e di processo e la predisposizione di report periodici utili alla verifica dello stato di attuazione del PIS e del Piano Operativo Annuale (POA).

La valutazione si basa su indicatori misurabili e condivisi con l’Azienda USL Toscana Sud-Est e con i Comuni, relativi in particolare alla prevenzione, alla gestione delle cronicità, alla qualità dell’assistenza territoriale, alla domiciliarità, all’inclusione sociale e alla riduzione dei ricoveri evitabili. Tali strumenti consentono di individuare tempestivamente eventuali scostamenti dagli obiettivi programmati e di adottare le necessarie azioni correttive.

La Conferenza Zonale Integrata è periodicamente aggiornata sugli esiti del monitoraggio e svolge un ruolo di indirizzo e verifica, assicurando che le attività realizzate siano coerenti con i bisogni della popolazione e con le priorità strategiche del territorio. Il sistema di monitoraggio contribuisce così a un miglioramento continuo della programmazione e della qualità dei servizi socio-sanitari.

14. Impegni della Conferenza Zonale Integrata / Assemblea SdS

- **Collaborazione e condivisione degli obiettivi:** la Conferenza assicura un impegno congiunto alla definizione delle priorità strategiche del PIS, promuovendo il coordinamento tra Comuni, Azienda USL Toscana Sud-Est e soggetti del Terzo Settore.
- **Partecipazione attiva al processo di attuazione:** la Conferenza garantisce un coinvolgimento costante nelle fasi di elaborazione, implementazione e valutazione del PIS e del POA, contribuendo alla coerenza delle scelte e alla continuità delle azioni programmate.
- **Coinvolgimento della comunità e comunicazione:** è assicurata la realizzazione di attività di informazione e consultazione rivolte ai cittadini, alle associazioni e agli stakeholder territoriali, attraverso strumenti di comunicazione trasparenti e modalità partecipative strutturate.
- **Rispetto delle tempistiche e delle scadenze:** la Conferenza si impegna a rispettare i tempi stabiliti dalla programmazione regionale e zonale per l’approvazione del PIS e del POA, monitorando le scadenze operative necessarie alla piena attuazione delle azioni previste.

Sansepolcro, 19/11/2025



Piano Integrato di Salute 2024– 2026 Zona Valtiberina

Presentazione Obiettivi di
Salute alla Conferenza dei
Sindaci



Indicatori di salute

Profilo di salute: quadro geo-demografico

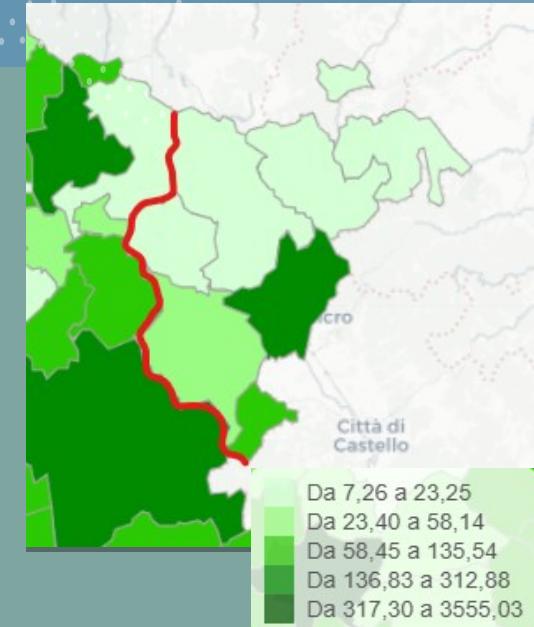
Popolazione:

- | • 2022 | • 2023 | • 2024 |
|----------|----------|----------|
| • 28.858 | • 28.737 | • 28.668 |

Geografia e popolazione

La Zona Valtiberina si estende su **673,1 km²** con una densità di soli 42,9 abitanti per km². Al 31 dicembre 2024 contava **28.668 abitanti**, concentrati per il 53% nel Comune di Sansepolcro.

La bassa densità abitativa, particolarmente marcata nei comuni montani come Badia Tedalda (8,2 ab/km²), crea sfide significative nella gestione dei servizi di prossimità.



Caratteristiche territoriali

- 7 comuni complessivi nella zona
- Solo il 16% del territorio urbanizzato
- 84% di boschi e coltivi
- Aree periferiche con difficoltà di accesso ai servizi

Una popolazione che invecchia rapidamente

294,2 **16,2%**

Indice di vecchiaia

Anziani (≥ 65 anni) ogni 100 giovani under 15, superiore alle medie aziendale (253,2) e regionale (241,9)

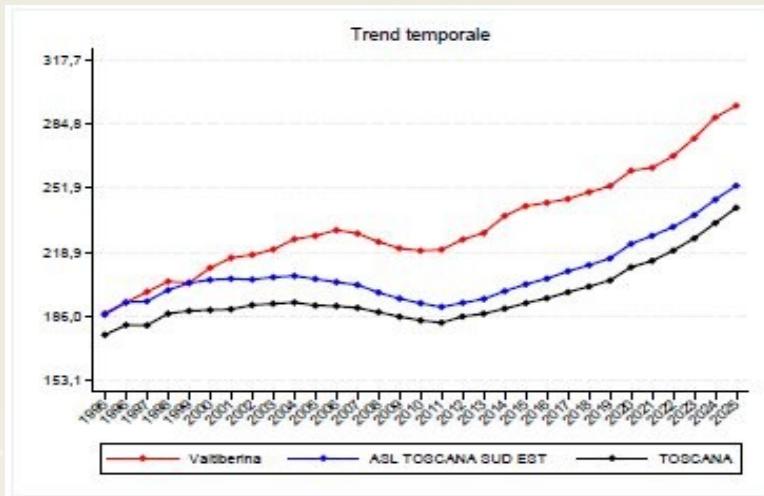
Grandi anziani

Percentuale di popolazione con 75 anni e oltre, sopra la media regionale (14,6%) e aziendale (15%)

5

Tasso di natalità

Nati ogni 1.000 residenti nel 2023, tra i più bassi in Toscana (media regionale 5,70)



Il fenomeno è particolarmente accentuato nelle zone periferiche come Sestino e Badia Tedalda.

Stato di salute e mortalità

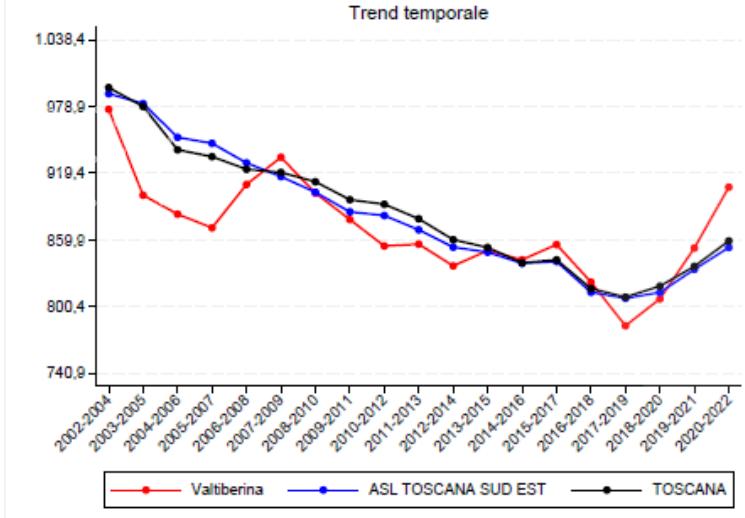
Mortalità generale:
907/100.000 (↑
rispetto media
regionale)

Mortalità maschile per
tumori del polmone e
colon-retto superiore
alla media

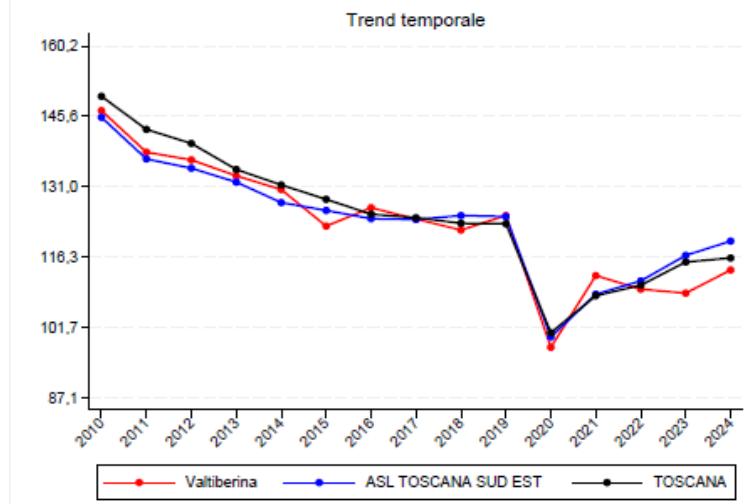
Principali cause:
malattie
cardiovascolari e
tumori

Ospedalizzazione
complessiva sotto la
media regionale

Tasso di mortalità generale, valori 2020-2022



(b) Trend per zona, Asl e regione



(b) Trend per zona, Asl e regione

Tasso di ospedalizzazione generale, valori 2024

ICTUS

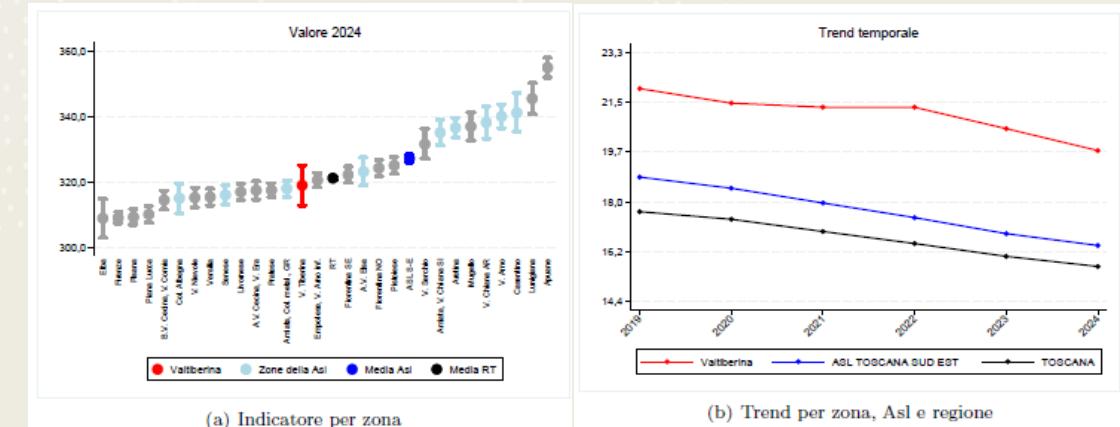
Dato critico: Per gli uomini, il tasso di ricovero per malattie cerebrovascolari (4,4/1000 ab) supera i valori aziendali (3,6) e regionali (3,5), richiedendo attenzione specifica nella prevenzione cardiovascolare maschile.



Cronicità

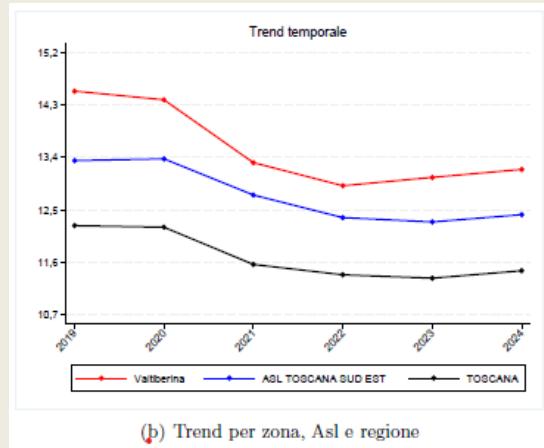
| Indicatore | Zona | Toscana | AUSL | Peggiore RT | Range RT | Migliore RT |
|----------------------------------|-------|---------|-------|-------------|-----------|-------------|
| Prevalenza cronicità | 319,0 | 321,2 | 327,2 | 355,0 | ◆ ● | 308,9 |
| Prevalenza diabete | 61,0 | 63,5 | 63,5 | 71,9 | ◆ ● | 55,6 |
| Prevalenza scompenso cardiaco | 18,8 | 19,0 | 20,6 | 24,4 | ◆ ● | 15,1 |
| Prevalenza ictus | 19,8 | 15,6 | 16,4 | 20,8 | ● ◆ ● | 13,0 |
| Prevalenza cardiopatia ischemica | 33,9 | 34,9 | 36,1 | 44,2 | ◆ ● | 31,4 |
| Prevalenza BPCO | 14,3 | 14,0 | 14,4 | 16,4 | ● ◆ | 9,8 |
| Prevalenza demenza | 13,2 | 11,5 | 12,4 | 15,0 | ● ◆ ● | 8,3 |

Cronicità

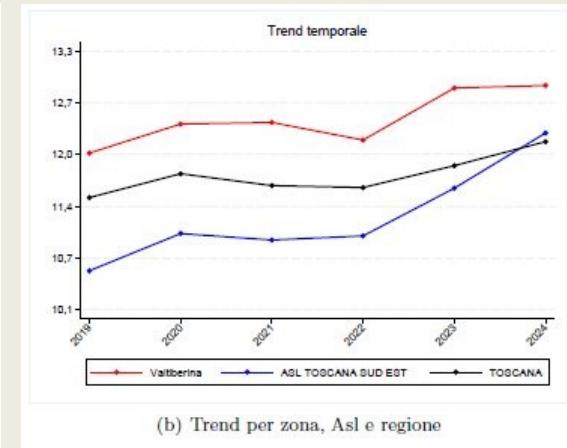


PREVALENZA COMPLESSIVA
INFERIORE ALLE MEDIE, MA CON
SPECIFICITÀ RILEVANTI:

ICTUS NEGLI UOMINI: 31,6%
(VALORE PIÙ ELEVATO DELL'AREA
AZIENDALE VS 23,6% AZIENDALE E
21,8% REGIONALE)

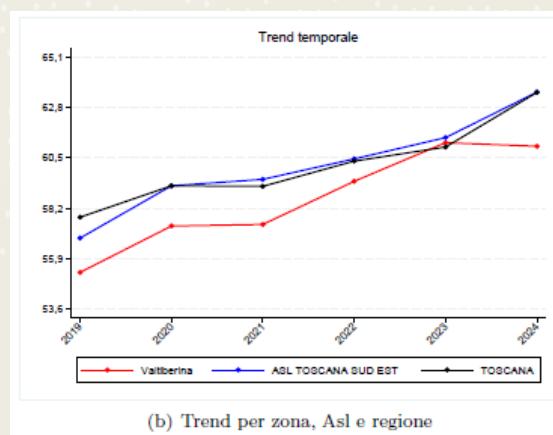


**DEMENZA: 13,2 CASI/1000 AB,
SUPERIORE ALLE MEDIE
(PARTICOLARMENTE NELLE
DONNE: 15,0 VS 13,3 UOMINI)**

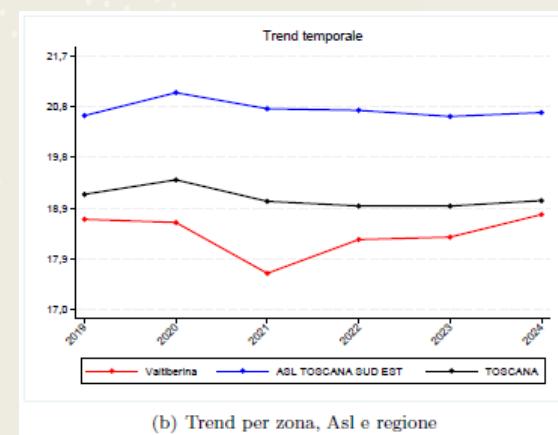


**BPCO NELLE DONNE: IN
AUMENTO, SUPERIORE ALLE
MEDIE AZIENDALI E REGIONALI**

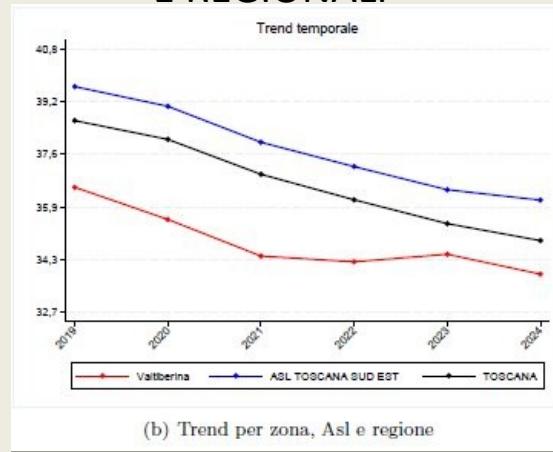
Cronicità



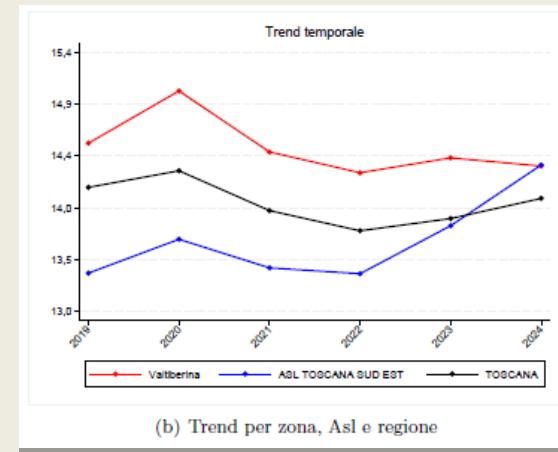
DIABETE INFERIORE ALLE MEDIE AZIENDALI E REGIONALI



SCOMPENSO CARDIACO INFERIORE ALLE MEDIE



CARDIOPATIA ISCHEMICA



BPCO MASCHI E FEMMINE

Determinanti sociali e contesto economico

- Reddito medio e pensioni inferiori alla media regionale
- Richieste di sostegno abitativo: 8,2%
- Forte presenza del Terzo Settore (37,2%)
- Buona capacità dei servizi per l'infanzia (48,4% copertura nidi)
- Gioco d'azzardo: dato grezzo inferiore ai valori aziendali e regionali

Stranieri

- Quota di stranieri su totale della popolazione inferiore alle medie aziendali e regionali
- Disoccupazione stranieri: 48% (più alto dei valori di riferimento)
- Percentuale di MSNA presi in carico e collocati dai servizi sociali territoriali con i più alti valori aziendali





Giovani e Famiglie

Minori: 12,9% della popolazione

Instabilità matrimoniale in aumento

Dispersione scolastica bassa (6,6%)

Bullismo in crescita (27,7%)

Alta soddisfazione relazionale e partecipazione associativa dei giovani (30%)

Violenza di genere: fenomeno sommerso

Popolazione straniera e minori non accompagnati

Presenza e integrazione

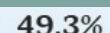
Gli stranieri rappresentano il **10,7% della popolazione**, leggermente inferiore alle medie aziendale (11,2%) e regionale (12%), ma con incidenza elevata nel sistema scolastico.

Criticità occupazionale: Il tasso di disoccupazione degli stranieri raggiunge il 48,1%, oltre il doppio della popolazione italiana (21,5%) e sensibilmente più alto dei valori aziendali e regionali.



MSNA in strutture residenziali

Al 31/12/2024, percentuale di minori stranieri non accompagnati sul totale dei minori collocati: valore più alto a livello aziendale, in diminuzione dopo il picco del 2023

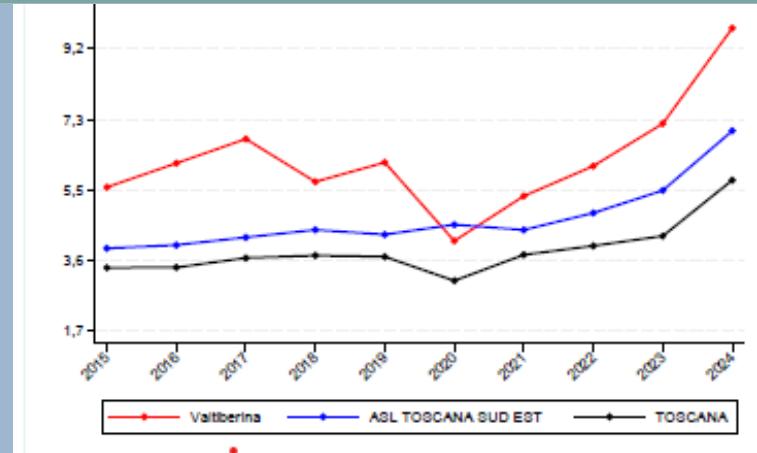


Minori stranieri in carico

Percentuale di minori stranieri presi in carico dal servizio sociale territoriale (esclusi MSNA), superiore alle medie aziendale (34,2%) e regionale (38,1%)

Disabilità e non autosufficienza

- Alta quota over 75 (16,2%) e anziani in RSA (8,6%)
- Disabilità grave tra le più alte a livello aziendale
- Buona copertura assistenza domiciliare
- Inclusione scolastica da migliorare (4,4%)



(b) Trend per zona, Asl e regione
Figura 7.8: Incidenza di disabilità, valori 2024

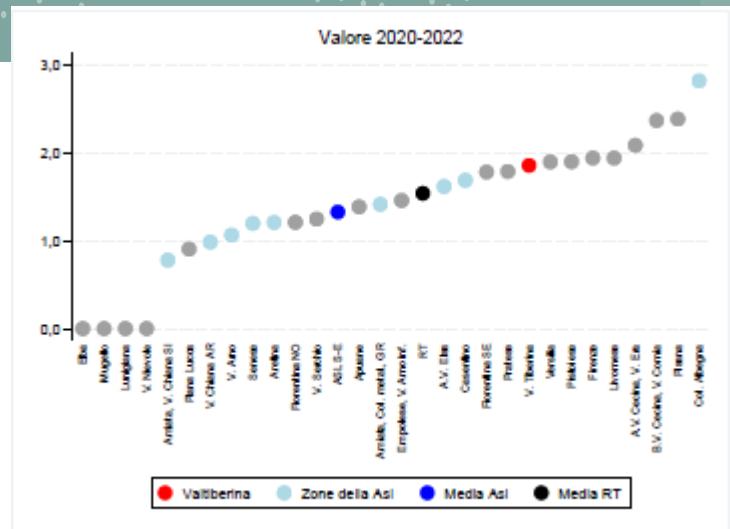
Salute mentale

- Uso elevato di antidepressivi
- Buona presa in carico dai servizi territoriali per soggetti in età evolutiva



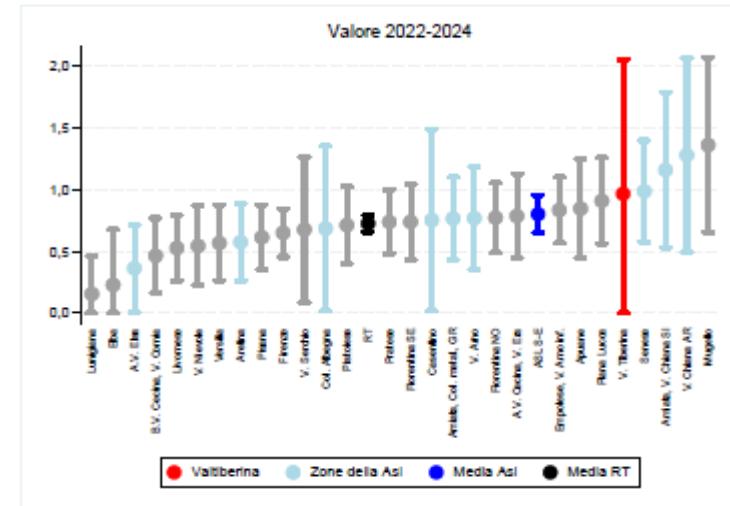
Materno infantile

- Tasso di mortalità infantile con valori superiori alla media aziendale
- Nati vivi sottopeso con valori superiori



(a) Indicatore per zona

Figura 9.1: Tasso di mortalità infantile, valori 2020-2022



(a) Indicatore per zona

Figura 9.2: Percentuale di nati vivi gravemente sottopeso, valori 2022-2024

Prevenzione

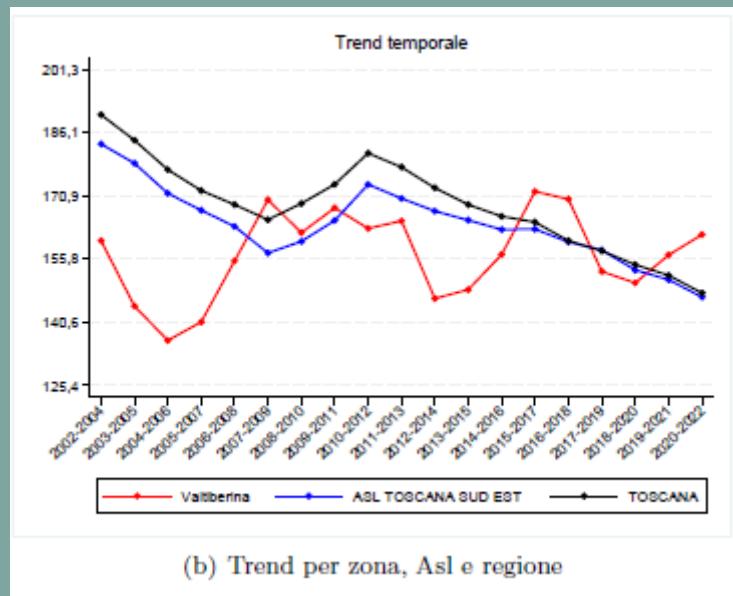


Figura 10.3: Tasso di mortalità evitabile, valori 2020-2022

Tasso di mortalità per cause evitabili con valori superiori, superiore nei maschi

Infortuni sul lavoro con tassi superiori



Indicatori di ricorso ai servizi

Prevenzione e promozione della salute

Adesione screening mammella (63,9%) – sotto obiettivo (80%)

Adesione screening colon-retto (44,5%) – sotto obiettivo (70%)
ma in aumento

Copertura vaccino antinfluenzale (58,5%) – sotto obiettivo (75%), in calo

Vaccino HPV (74,1%) – sotto media aziendale
ma in aumento

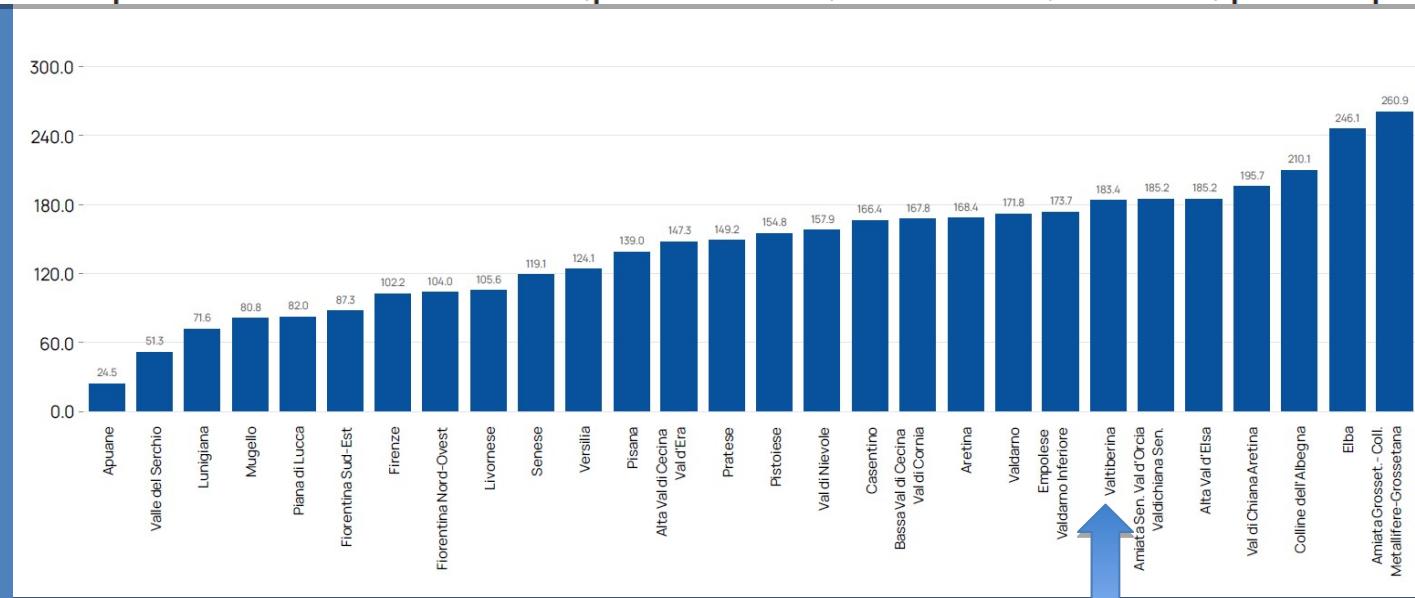
Gestione patologie croniche – Cardiovascolari

Scompenso cardiaco:
tasso ospedalizzazione
183,4/100k ↓ trend
positivo

Monitoraggi
(creatinina, sodio,
potassio) molto alti

Beta-bloccanti: 92,9%
dei pazienti –
eccellente

D03CC Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco



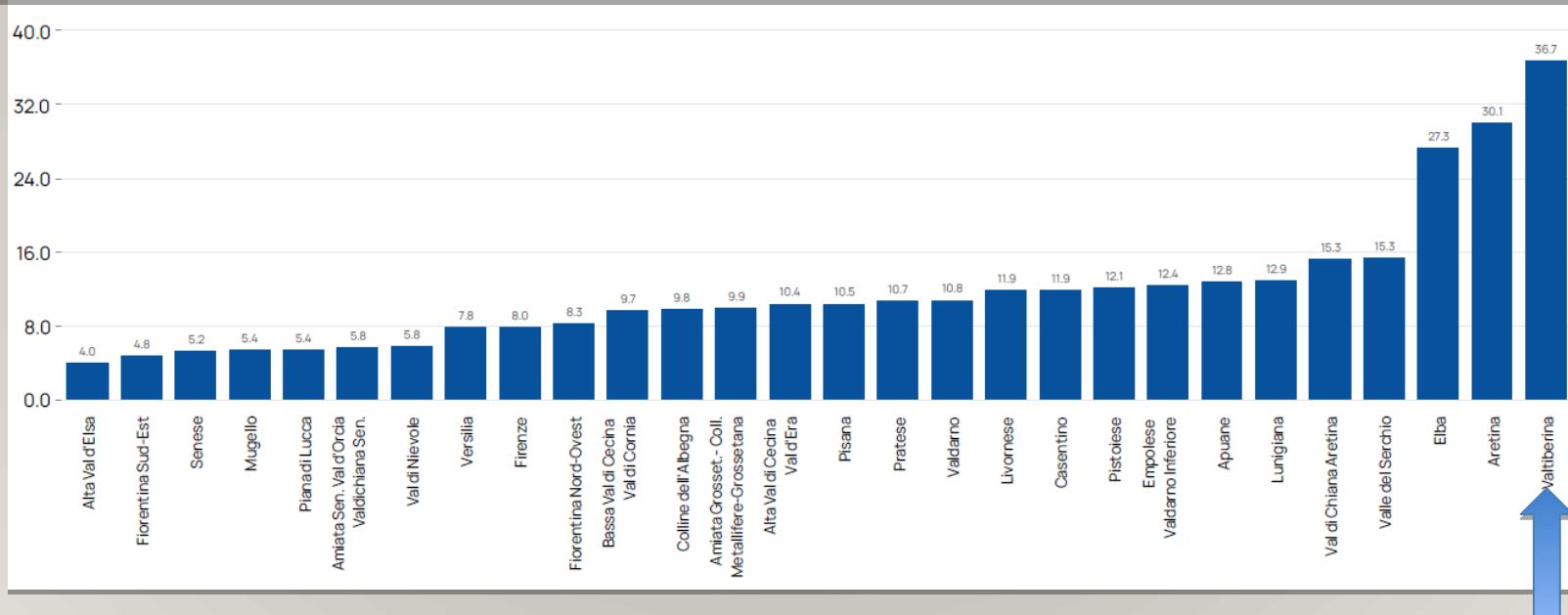
Gestione patologie croniche – Diabete

Tasso ospedalizzazione
per diabete
scompensato: ● più
alto dell'azienda

Amputazioni maggiori:
34,5/milione ●

Visite diabetologiche:
25,5/milione (basso)

D03CA Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete

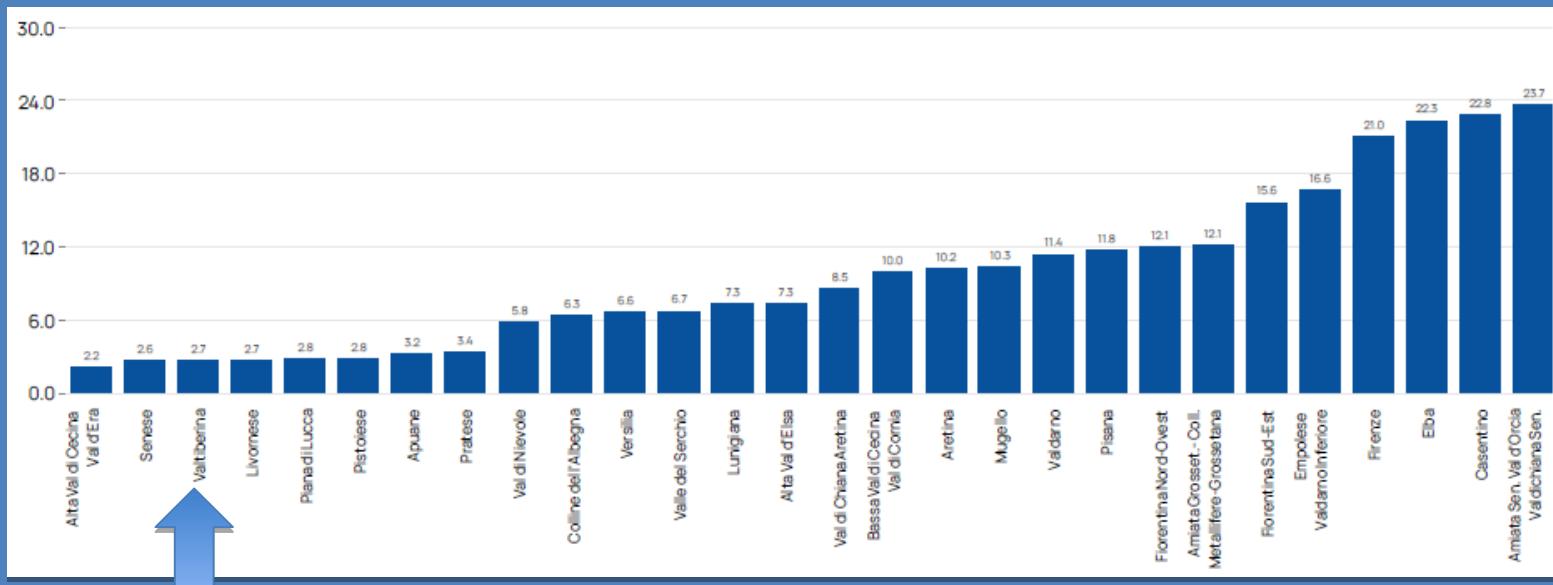


Gestione patologie croniche – BPCO e ictus

BPCO: tasso
2,7/100k – basso e
in diminuzione

Ictus in terapia
antitrombotica:
16/100k – in calo

D03CB Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per BPCO



Assistenza domiciliare e residenziale

Cure domiciliari nei festivi: 11% – sotto media

Dimessi 75+ con accesso domiciliare entro 2 giorni: 52,7% migliore valore aziendale

Ammissioni RSA over 65: 8,6% sopra media

Ricoveri da RSA: 8,8% basso

Ospedalizzazione e PS

Ospedalizzazione totale: 80,2/1000 bassa

Età pediatrica: 4,6/100 in linea

Patologie ambulatoriali: 7/1000 sopra media regionale

PS: 331,6/1000 trend in aumento

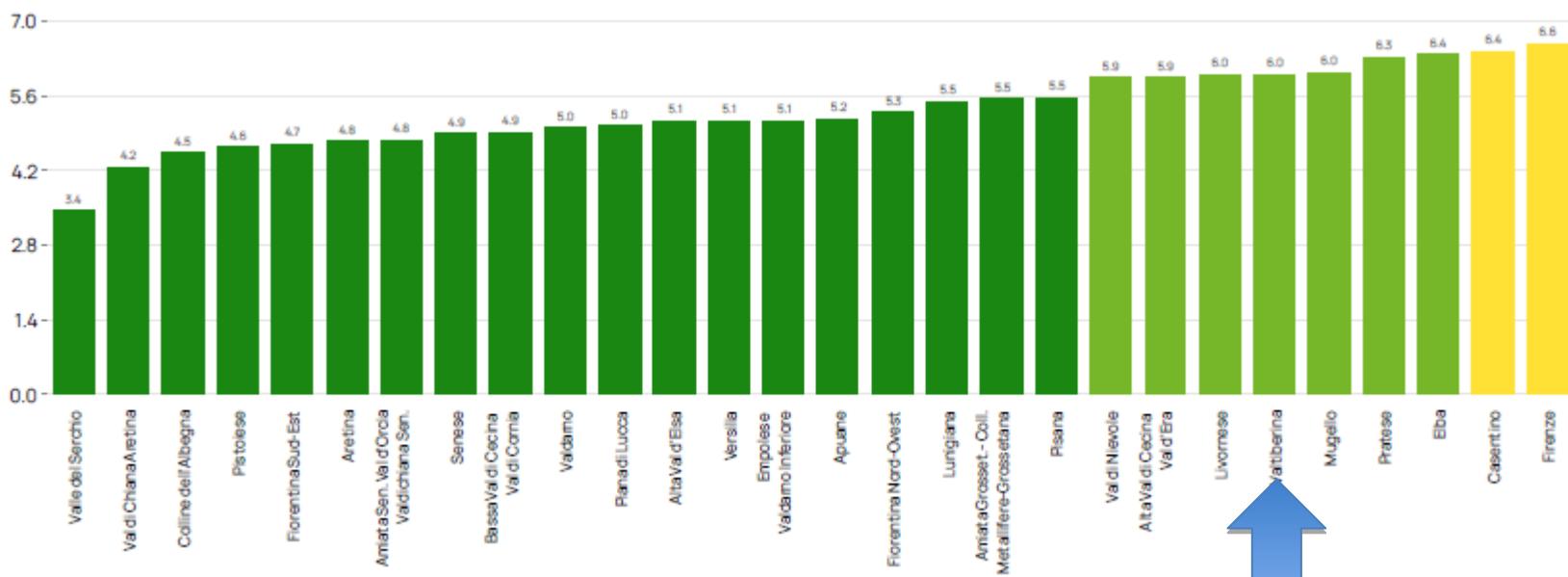
RM >65 anni: inferiore alla media (appropriatezza)

Percorso materno-infantile

IVG: 6/1000 sopra media regionale

IVG popolazione straniera: in linea

C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti



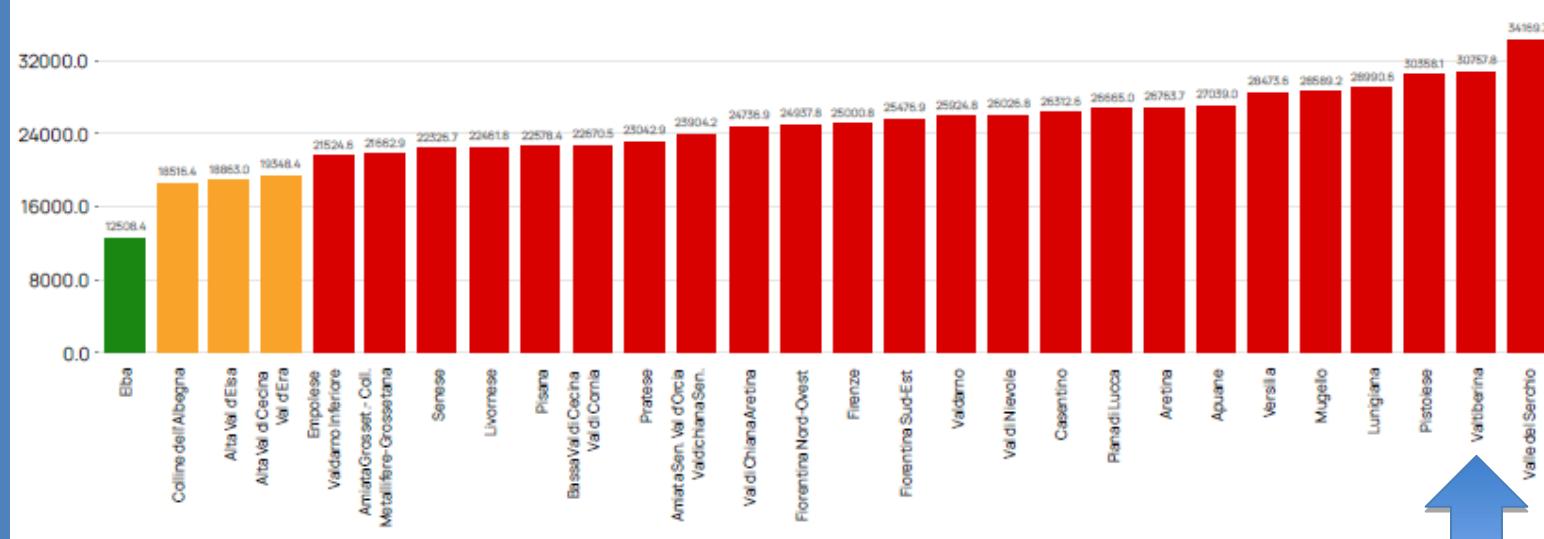
Assistenza farmaceutica territoriale

PPI, antibiotici,
SSRI: consumo
superiore alla
media

Abbandono
antidepressivi:
basso

Opioidi maggiori:
elevato uso =
buona presa in
carico dolore

D15C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi



Salute mentale e dipendenze

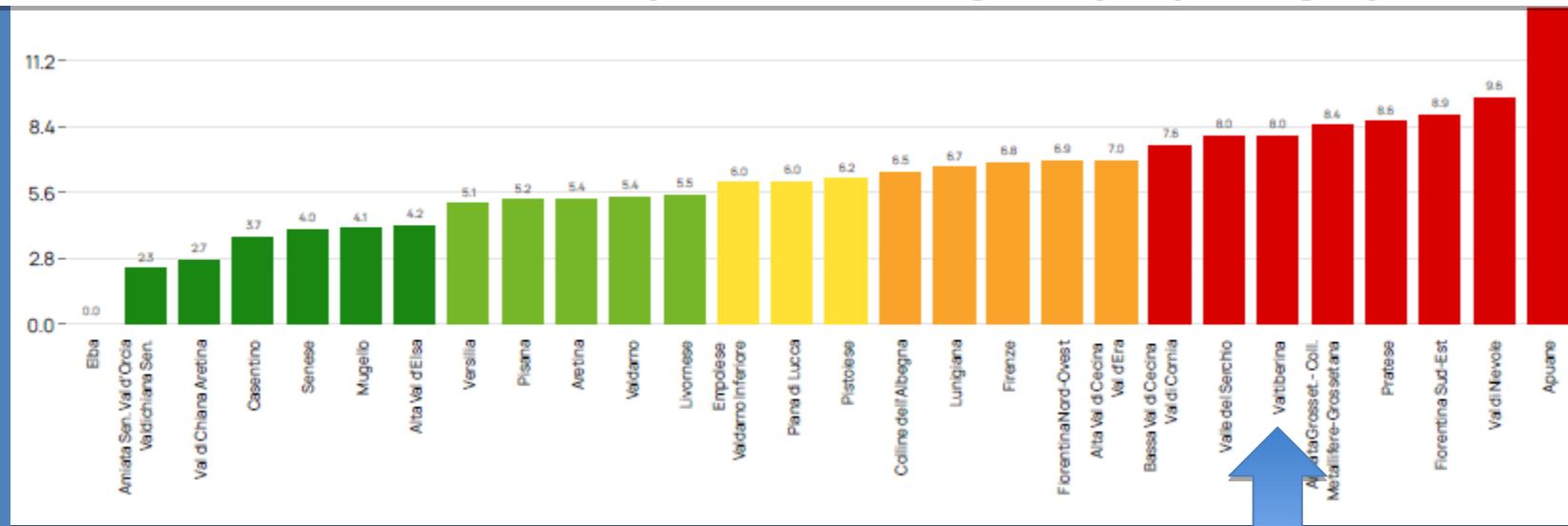
Ospedalizzazioni
psichiatriche: 115,7/100k
molto basso

Contatto entro 7 giorni
con il DSM degli utenti
maggiori residenti
dalla dimissione del
ricovero ospedaliero: alto

Ricoveri psichiatrici
ripetuti: 8% sopra media

Dipendenze: tasso più
basso aziendale

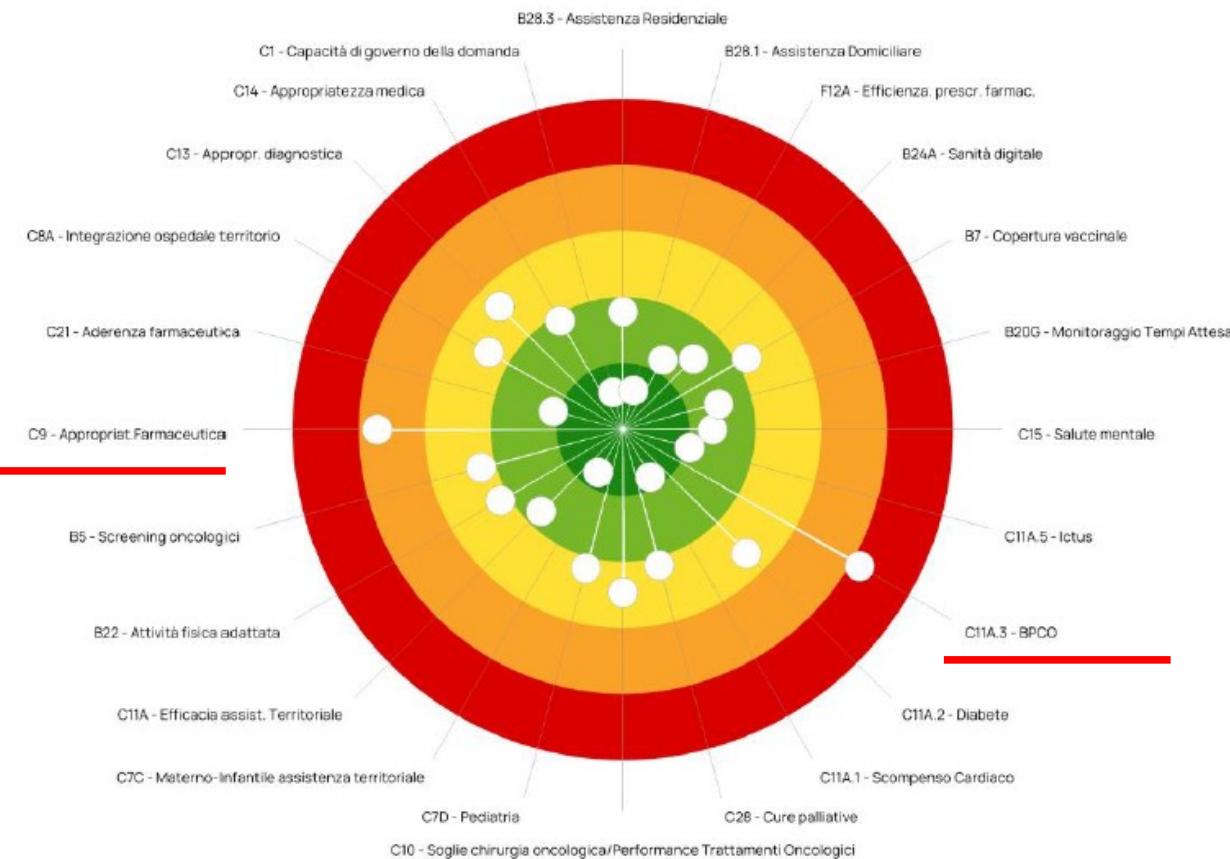
C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche



MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI E SERVIZI TERRITORIALI, Anno 2024

Bersaglio 2024

Valtiberina



Nel complesso, il quadro mostra un territorio in linea con gli obiettivi regionali, con margini di miglioramento nelle aree di appropriatezza farmaceutica e BPCO.

Che cos'è il Piano Integrato di Salute



Strumento di programmazione
sociosanitaria territoriale



Integra salute, sociale,
prevenzione e sviluppo locale



In coerenza con il PSSIR 2024–
2026



Coinvolge Comuni, ASL, Terzo
Settore, Scuola e Comunità

Come si costruisce il PIS

Definizione Profilo di salute

Condivisione del profilo di salute: analisi dei bisogni di salute e della capacità di risposta dei territori, partecipazione e trasparenza

Definizione obiettivi PIS (in linea con obiettivi PSSIR)

Novembre
2025

Atto di indirizzo

Redazione PIS

Febbraio
2026

PSSIR 2024-2026

Obiettivi generali

1-Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies"

2-L'assistenza territoriale

3-Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione

4-Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche

5-Appropriatezza delle cure e governo della domanda

6-La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale

7-Transizione ecologica e politiche territoriali

Conclusioni

PIS COME STRUMENTO
CONDIVISO TRA COMUNI,
ASL E COMUNITÀ

FOCUS SU PROSSIMITÀ,
EQUITÀ E INNOVAZIONE

LA SALUTE COME BENE
COMUNE DEL TERRITORIO

