



Profilo dei Servizi  
**Zona Distretto/SdS Firenze**  
AUSL Toscana Centro  
**Dati 2023**

*Febbraio 2024*

<b>PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>1 QUADRO DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI.....</b>	<b>5</b>
1.1 IL SUPPORTO ALLA ZONA DISTRETTO.....	5
1.2 LA SANITÀ TERRITORIALE.....	7
1.3 I SERVIZI SOCIO SANITARI E SOCIOASSISTENZIALI.....	11
<b>2 IL QUADRO DELL'OFFERTA.....</b>	<b>18</b>
2.1 CURE PRIMARIE: LA SANITÀ TERRITORIALE.....	18
- Assistenza sanitaria di base: le Cure Primarie.....	18
- Cure intermedie.....	19
- Assistenza ambulatoriale.....	21
2.2 LE CURE PALLIATIVE.....	22
- Il Girot.....	24
2.3 LA SANITÀ TERRITORIALE: IL DM 77/22 E LA DGRT 1508/22.....	24
- Dalla Casa della Salute al nuovo modello della Casa di Comunità.....	25
- La continuità territorio-ospedale-territorio: ACOT E COT.....	26
- Gli ospedali di comunità.....	28
- Lo sviluppo della telemedicina.....	28
- Unità di Continuità Assistenziale.....	28
- NEA 116117.....	28
2.4 L'AREA MATERNO INFANTILE: LE ATTIVITÀ CONSULTORIALI TERRITORIALI.....	30
2.5 LA RIABILITAZIONE TERRITORIALE.....	34
2.6 LA SALUTE MENTALE ADULTI.....	38
2.7 LA SALUTE MENTALE INFANZIA ADOLESCENZA.....	44
2.8 LE DIPENDENZE.....	48
2.9 I PERCORSI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA DISABILITÀ.....	51
2.10 NON AUTOSUFFICIENZA.....	51
2.11 DISABILITÀ.....	62

## **Premessa**

La DGRT 1339/2019 prevede che il profilo dei servizi, che ogni SdS/ZD deve redigere come parte integrante del PIS, è composto da due parti:

### **QUADRO DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI**

Il Quadro degli ASSETTI ORGANIZZATIVI costituisce la prima parte del profilo dei servizi, dedicata alla rappresentazione dell'assetto organizzativo dell'ambito territoriale, articolata in:

- Sanità territoriale organizzata attraverso la zona-distretto;
- Sociosanitario organizzato attraverso la Società della Salute o la convenzione sociosanitaria;
- Socioassistenziale organizzata attraverso la Società della Salute o la convenzione sociosanitaria (qualora presente il modulo facoltativo socioassistenziale) e/o gli enti locali in forma singola o associata (unione dei comuni o convenzione sociale).

Per ciascuna articolazione vanno riportate le informazioni relative alle singole strutture organizzative: denominazione, competenze, dotazione organica.

In fase di prima applicazione può limitarsi a rappresentare la macro-organizzazione dell'ambito territoriale

### **QUADRO DELL'OFFERTA**

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

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

In fase di prima applicazione può limitarsi a rappresentare le tipologie dei servizi offerti indicando i principali dati di attività.

La DGRT 1237 del 23/10/2023 “Indirizzi per la programmazione operativa annuale zonale (POA) per l’anno 2024 e tempistiche di approvazione” ha previsto, “ai fini della predisposizione del piano operativo annuale (POA) 2024, un aggiornamento a livello zonale del contesto di riferimento e del quadro di salute della popolazione”.

## **1 QUADRO DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI**

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

Il territorio dell'Azienda Usl Toscana Centro è composto da **72 comuni** con 1.604.409 residenti (dato ARS riferito al 2023), ed è suddiviso in **8 zone distretto**, in ognuna delle quali è istituita la **Società della Salute**.

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

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

### ***1.1 Il supporto alla Zona Distretto***

L'art. 64.2 l.r. 40/2005 ss.mm.ii. "**struttura a supporto del direttore di zona**" prevede la costituzione dei seguenti organismi /uffici:

- comitato di coordinamento - costituito da un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta, uno specialista ambulatoriale, un farmacista convenzionato, un rappresentante delle associazioni di volontariato, un coordinatore infermieristico, un coordinatore tecnico di prevenzione ed i responsabili delle unità funzionali;
- ufficio di direzione zonale - composto dai responsabili delle unità funzionali, il coordinatore infermieristico, il coordinatore riabilitatore, i coordinatori AFT, il coordinatore sociale;
- ufficio di piano- composto da personale aziendale e personale dei comuni, deputato alla elaborazione del PIS e del PIZ. La DGRT 269/2019 individua composizione e funzioni dell'ufficio di piano zonale.

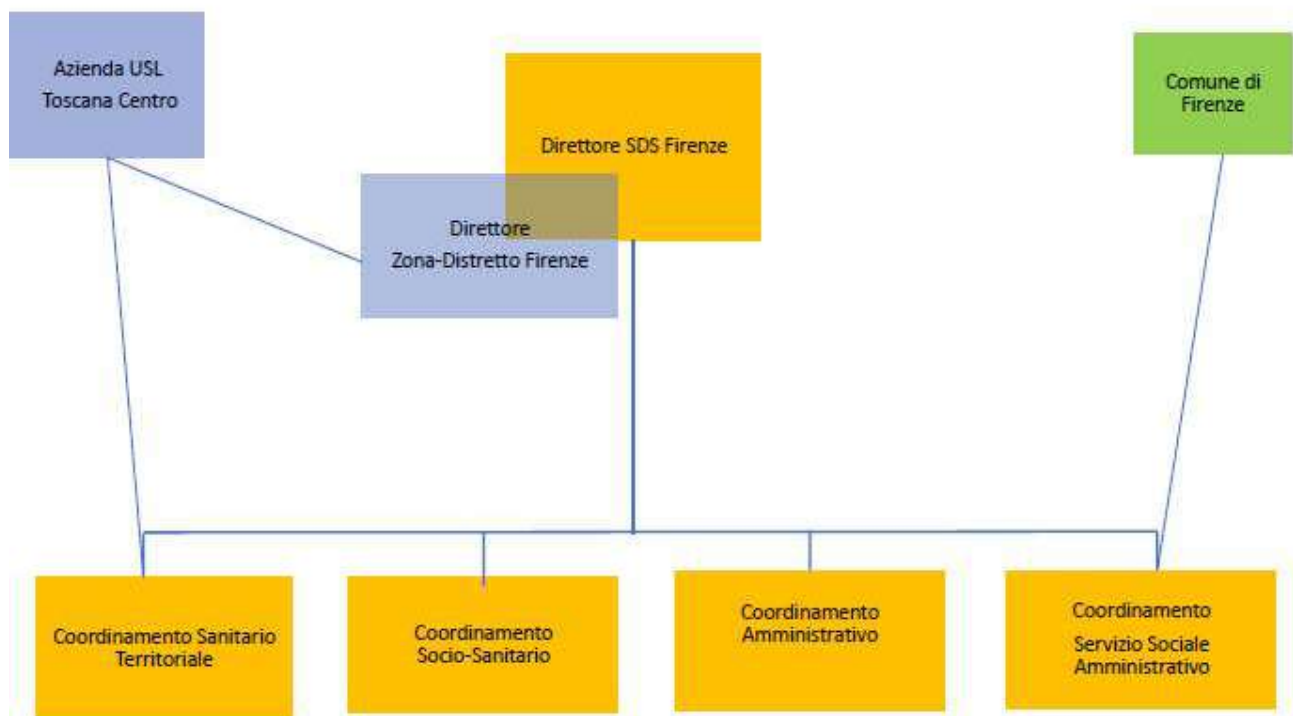
- coordinatore sanitario e coordinatore sociosanitario individuati dal direttore di Zona Distretto /SdS tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale per coadiuvarlo nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.

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

### Il coordinatore sociale

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

### ORGANIGRAMMA SDS FIRENZE (Delibera Giunta Esecutiva n. 17/2022)



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

- Marco Nerattini – Direttore SdS Firenze

- Annagilda Gigliofiorito – Dirigente Amministrativo SdS Firenze
- Raffaele Uccello – Dirigente Servizio Sociale Amministrativo Comune di Firenze
- Lorenzo Baggiani - Coordinatore Sanitario Servizi Territoriali Zona Firenze AUSL TC
- Grazia Raffa – I.F. Ufficio di Piano e Attività Generali SdS Firenze
- Elisabetta Masala – I.F. Anziani e Anziani non autosufficienti
- Silvia Sforzi - Resp UF Servizio Assistenza Sociale zona Firenze AUSL TC
- Sabrina Quercioli – I.F. Servizi amministrativi Zona Firenze AUSL TC
- Maria Grazia Vaggelli – I.F. Ufficio Programmazione e Bilancio SdS
- Isabella Ferrero – I.F. Disabili Adulti SdS Firenze

Nella Ausl Toscana Centro è stato modificato e rafforzato il gruppo di lavoro “Ufficio di piano aziendale”, costituito dall’Azienda Sanitaria per supportare gli uffici di piano delle SdS della Toscana Centro nella predisposizione dei Piani Integrati di salute (PIS) e dei Piani Operativi Annuali (POA), con particolare riferimento agli ambiti di programmazione per i quali è necessario rapportarsi con i Dipartimenti aziendali (*Dipartimento Servizio Sociale, Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione, Dipartimento Servizi Infermieristici e Ostetrici, Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari, Dipartimento del Decentramento, Dipartimento della Prevenzione, Dipartimento della Medicina Generale, Dipartimento Emergenza e Area Critica, Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione, Dipartimento del Farmaco, Dipartimento Area Tecnica ecc.*).

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

La programmazione trasversale e multiprofessionale risponde anche a principi di equità di accesso e trattamento per le persone che si rivolgono ai servizi

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

## 1.2 La sanità territoriale

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

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

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





In particolare, con riferimento alla sanità territoriale e a parte dei servizi sociosanitari, la Società della Salute si articola nelle seguenti strutture organizzative zonali, frutto dell'incrocio matriciale tra Dipartimenti e Zone Distretto, con le seguenti strutture:

Il **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale** si articola in due Aree, l'Area "Governo Servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati" e l'Area "Assistenza sanitaria territoriale e continuità" che a loro volta si articolano in strutture operative complesse o semplici (SOC e SOS) e in unità funzionali complesse e semplici (UFC, UFS) - vedi organigramma Asl TC.

Dal Direttore del Dipartimento dipendono direttamente le otto strutture operative semplici con funzioni di coordinamento sanitario di zona. Per la SdS/ZD di Firenze è prevista la SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Firenze. Il responsabile della SOS è un medico di comunità di nomina aziendale che può coincidere o meno con il Coordinatore Sanitario previsto dall'art. 64.2 comma 4 della LR 40/2005 ss.mm.ii (coordinatore sanitario e coordinatore sociosanitario individuati dal direttore di ZD).

All'interno dell'Area Assistenza sanitaria territoriale e continuità è incardinata la struttura organizzativa relative alle cure palliative: la "UFC Coordinamento aziendale Cure Palliative" composta da due unità funzionali semplici di carattere zonale: "UFS Cure Palliative e Hospice Firenze" e "UFS Cure Palliative e Hospice Empoli, Prato e Pistoia".

Il **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze** costituisce l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale e delle dipendenze nell'ambito del territorio di competenza. Il Dipartimento si articola in tre aree: l'area Salute Mentale Adulti, l'area Salute Mentale Infanzia e Adolescenza e l'area Dipendenze. Le attività istituzionali del settore sono svolte sul territorio dalle Unità Funzionali (UF) di riferimento, complesse (UFC) o semplici (UFS): U.F. Salute Mentale Adulti territoriale specifiche per ogni zona, U.F. Salute Mentale Infanzia Adolescenza territoriale specifiche per ogni zona e UF Dipendenze territoriale specifiche per ogni zona (vedi organigramma Asl TC). All'interno del Dipartimento SMD sono presenti altresì le UFC Disturbi dell'Alimentazione, UFC Riabilitazione pazienti psichiatrici autori di reato, UOC Professionale Psicologia.

Il **Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione** assicura percorsi riabilitativi semplici o complessi ed integrati, sia in regime di degenza che in ambito territoriale (ambulatoriale e domiciliare). Il Dipartimento si articola in due Strutture operative complesse (SOC) e quattro strutture operative semplici (SOS): la “SOC Medicina fisica e riabilitativa I”, suddivisa nella “SOS Medicina fisica e riabilitativa Firenze” e nella “SOS Medicina fisica e riabilitativa Empoli” e la “SOC Medicina fisica e riabilitativa II”, suddivisa nella “SOS Medicina fisica e riabilitativa Pistoia” e nella “SOS Medicina fisica e riabilitativa Prato” (vedi organigramma Asl TC).

Il **Dipartimento dei Servizi Sociali** si articola in una struttura operativa complessa “SOC Programmazione e governo dei servizi sociali” e in altre due strutture operative dipartimentali, la “SOS Verifica qualità delle prestazioni erogate dalle strutture” e la “SOSD Servizio Sociale Territoriale”. Quest’ultima si articola a sua volta in otto unità funzionali (UF) territoriali di valenza zonale. Per la SdS/ZD Firenze è prevista la UF Servizi Sociali Zona Firenze.

Il responsabile della UF zonale è un assistente sociale con incarico di Incarico di Funzione di nomina aziendale che può coincidere o meno con il Coordinatore Socio-Sanitario previsto dall’art. 64.2 comma 4 della L.R. 40/2005 ss.mm.ii (coordinatore sanitario e coordinatore sociosanitario individuati dal direttore di ZD) e con il coordinatore sociale previsto dall’art. 37 della L.R. 41/2005 ss.mm.ii.

Il **Dipartimento Assistenza Infermieristica e ostetrica** si configura come una struttura delle professioni sanitarie a valenza aziendale, dotata di autonomia gestionale e titolare di funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico e ostetrico. Il Dipartimento si articola nell’Area Programmazione e controllo risorse e cinque strutture operative complesse quali la “SOC Formazione e Ricerca”, la “SOC Monitoraggio, qualità e accreditamento”, la “SOC Outsourcing e appropriatezza dei consumi”, la “SOC Processi infermieristici di bed management e di donazione organi e tessuti” e la “SOC Progettazione e sviluppo. Alcune delle SOC e l’Area prevedono a loro volta strutture operative complesse (SOC) e semplici (SOS),

anche di valenza zonale, sia con riferimento ai servizi infermieristici e ostetrici territoriali che ospedalieri (vedi organigramma Asl TC).

Il **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie** si configura come una struttura delle professioni sanitarie a valenza aziendale, dotata di autonomia gestionale e titolare di funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto. Il Dipartimento si articola nell'Area Programmazione e controllo risorse e nella SOC Funzioni strategiche dipartimentali, nonché, a loro volta, in strutture operative complesse (SOC) e semplici (SOS), anche di valenza zonale, sia con riferimento alla riabilitazione funzionale, che all'assistenza sanitaria, alle attività tecniche della prevenzione, alle attività diagnostiche di laboratorio e per immagini (vedi organigramma Asl TC).

Il **Dipartimento Materno Infantile** si configura come una struttura aziendale articolata in tre Aree: "Area Ostetricia e Ginecologia", "Area Pediatria e neonatologia", "Area Territoriale Consultoriale". Tali aree sono a loro volta articolate in Strutture Operative semplice e complesse, alcune anche a valenza zonale, e UFC con funzioni relative alle attività consultoriali, di prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie in età pediatrica e sostegno alla famiglia, sia in ambito neonatologico che pediatrico, di gestione e collaborazione al percorso nascita regionale, oltre che di presa in carico di pazienti che sono affetti da patologie ginecologiche.

Con riferimento al **supporto amministrativo** l'art. 64.1 della LR 40/2005 ss.mm.ii al comma 2 lett. b) prevede che il direttore di zona "*coordina le attività tecnico amministrative a supporto della zona avvalendosi della apposita struttura amministrativa...*". Tale struttura amministrativa dell'Azienda UsI Toscana Centro è incardinata nel **Dipartimento dei Servizi Amministrativi Ospedale Territorio**. Il Dipartimento è costituito da strutture operative complesse (SOC) e strutture operative semplici (SOS) relative alle funzioni di CUP-Call Center, Urp e Tutela, Accoglienza e servizi ai cittadini, Servizi alle Zone-SdS, Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla

Prevenzione, Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti pubblici e con soggetti privati (vedi organigramma Asl TC).

Con riferimento specifico al supporto alle Società della Salute il Dipartimento prevede le specifiche

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

### **1.3 I servizi sociosanitari e socioassistenziali**

La Società della Salute di Firenze (costituita tra Azienda UsI Toscana Centro e Comune di Firenze) con deliberazione n. 9 dell'Assemblea dei Soci del 30 dicembre 2021 ha approvato lo schema di convenzione per la gestione diretta e unitaria delle materie indicate dal PSSIR 2018-2020, in attuazione dell'art. 71-bis L. R. T. n. 40/2005 e ss.mm.ii., e di seguito elencate:

- organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
- organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale.

Le attività attribuite dal Comune di Firenze sono:

- attività di servizio sociale professionale e attività gestionale relative ai servizi e agli interventi dell'area Anziani e dell'area Disabilità ricomprese negli obiettivi del Piano Esecutivo di Gestione riferiti alle attività assegnate alla gestione diretta da parte della SdS.

Le attività attribuite dall'Azienda USL Toscana Centro sono:

- attività di servizio sociale professionale relative all'area Anziani, all'area Disabili, all'area Salute Mentale e Dipendenze;
- attività relative alla gestione dei servizi socio-sanitari di natura residenziale e semiresidenziale per anziani e persone con disabilità (RSA, RSD socio-sanitaria, Centri diurni e strutture equivalenti) di titolarità di terzi e accreditati/convenzionati con l'Azienda o con altri Enti;

- attività relative alla gestione di servizi sanitari di natura residenziale e semiresidenziali per utenti afferenti ai servizi di Salute Mentale e Dipendenze.

La Società della Salute di Firenze, per lo svolgimento dei suoi servizi e delle sue attività, si avvale delle seguenti fonti di finanziamento:

- a) le risorse del Fondo sociale regionale assegnate dalla Regione Toscana per l'erogazione delle attività/servizi socio-assistenziali e sociali a rilevanza sanitaria, fatta eccezione per la quota di tali risorse da destinare alle attività del Comune la cui gestione non è attribuita alla SdS;
- b) le risorse del bilancio del Comune di Firenze attraverso le quali il Comune finanzia le attività socio-assistenziali e le attività sociali a rilevanza sanitaria di propria originaria competenza attribuite alla gestione diretta SdS;
- c) le risorse del Fondo sanitario regionale attraverso le quali l'Azienda USL Toscana Centro finanzia le attività sanitarie a rilevanza sociale e le attività ad alta integrazione socio-sanitaria di propria originaria competenza attribuite alla gestione diretta SdS;
- d) le risorse dei fondi strutturali e dei progetti regionali aventi vincolo di destinazione trasferite alla Società della Salute dalla Regione direttamente o per il tramite dell'Azienda USL Toscana Centro;
- e) le risorse di fonte comunitaria, nazionale, regionale o provenienti da privati, specificatamente assegnate alla SdS e che non devono essere da questa successivamente attribuite al Comune o all'Azienda Sanitaria per attività da questi gestite direttamente;
- f) accensione di prestiti;
- g) altri proventi ed erogazioni disposte a qualsiasi titolo;
- h) vendita di servizi ad altri soggetti pubblici;
- i) quote di compartecipazione ai servizi da parte degli utenti, qualora siano finalizzate alla gestione dei servizi stessi e ne finanzino la spesa;
- l) prestazioni a nome e per conto terzi;
- m) rendite patrimoniali;
- n) finanziamenti finalizzati assegnati all'Azienda Sanitaria o al Comune attinenti alle attività attribuite alla gestione diretta SdS.

I finanziamenti del Comune vengono stabiliti annualmente con riferimento al finanziamento dei servizi di assistenza sociale, come classificati attualmente dal Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali della Regione Toscana (DGR 580/2009), e delle attività sociali a rilevanza sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, in relazione a quanto riconducibile alle attività attribuite alla gestione diretta della SdS nell'ambito dei settori Anziani e Disabilità. Tali risorse devono comprendere anche le quote sociali relative alle attività residenziali e semiresidenziali, le risorse relative a qualsiasi forma di assistenza domiciliare, le valorizzazioni complete del personale che afferisce a tali settori e ogni altra componente dei bilanci comunali relativa alle attività in questione.

I finanziamenti dell'Azienda USL Toscana Centro vengono stabiliti annualmente, tramite negoziazione del budget, in riferimento alle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e alle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3-septies, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, relative ai settori della non autosufficienza e della disabilità, nonché degli altri settori definiti dal PSSIR 2018-2020. Al fine di determinare il finanziamento destinato alle SdS, l'Azienda USL Toscana Centro quantifica le risorse destinate alle attività per le persone non autosufficienti o disabili; tali risorse devono comprendere anche le quote sanitarie relative alle attività residenziali e semiresidenziali, le risorse relative a qualsiasi forma di assistenza domiciliare, le valorizzazioni complete del personale che afferisce a tali settori e ogni altra componente del bilancio aziendale relativa ai settori definiti dall'art. 71-bis, comma 3, lettera c) della L. R. T. 40/2005.

Le risorse finanziarie connesse alla gestione delle attività assegnate alla SdS dai due Enti consorziati rimangono iscritte nei bilanci dell'Azienda USL Toscana Centro e del Comune e costituiscono il budget virtualmente assegnato alla SdS stessa a supporto della gestione diretta. Resta ferma, in ogni caso, la possibilità per l'Azienda USL Toscana Centro e per il Comune, laddove lo ritengano opportuno in relazione a determinate attività e in accordo con la SdS, di trasferire direttamente alla SdS stessa le relative risorse finanziarie.

Il Direttore SdS assume il governo del budget delle strutture funzionali territorialmente afferenti alla Zona, di cui firma la scheda di budget. Le schede

budget vengono sottoscritte contemporaneamente dal Direttore SdS e dai Direttori delle strutture funzionali aziendali interessate e la relativa responsabilità economica ricadrà sul Direttore SdS e sui Direttori delle strutture funzionali coerentemente con gli obiettivi assegnati.

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

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

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

Per gli altri servizi di supporto tecnico, amministrativo e contabile (v. elenco Allegato "1" delibera Assemblea dei Soci n. 9 del 30/12/2021) la Società della Salute di Firenze può avvalersi delle strutture organizzative e del personale già

operante nei rispettivi Enti di appartenenza attraverso specifici accordi di avvalimento, come già a suo tempo era stato previsto dalla Delibera di Giunta della Regione Toscana n. 243/2011 in tema di disposizioni operative per il funzionamento delle Società della Salute in Toscana. Si segnala che il passaggio alle funzioni dirette da parte della SdS Firenze decorre dal mese di gennaio 2022.

Recentemente è stato approvato il Regolamento di organizzazione della Società della Salute di Firenze con delibera di Giunta Esecutiva n. 17 del 18 ottobre 2022, con cui si disciplinano i criteri di costituzione delle strutture organizzative operative e di supporto tecnico-amministrativo; la composizione dell'Ufficio di Direzione Zonale previsto dalla normativa regionale; le modalità di integrazione fra le strutture di SdS, Comune di Firenze e Azienda USL Toscana Centro; i criteri di costituzione dell'Ufficio di Piano.

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

#### **1. Coordinamenti:**

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

#### **2. Organismi collegiali:**

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



2. C) Staff di Direzione, coadiuva il Direttore nello svolgimento delle sue funzioni ed è composto dai Coordinatori suddetti e dalle posizioni di responsabilità di volta in volta interessate.

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

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

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

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

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

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

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

sociali a rilevanza sanitaria e dei progetti e interventi socio-assistenziali per anziani e disabili di diretta competenza della SdS.

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

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

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

## 2 IL QUADRO DELL'OFFERTA

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

### 2.1 Cure Primarie: la Sanità Territoriale

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

#### ■ Assistenza sanitaria di base: le Cure Primarie

L'assistenza primaria si configura come quell'insieme dei servizi sanitari erogati dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS), e costituisce la prima porta di ingresso dei cittadini al Servizio Sanitario. Per questo motivo il sistema delle Cure Primarie è da sempre oggetto di attenzione essendo uno degli snodi fondamentali del Servizio Sanitario, decisivo non soltanto per garantire l'assistenza di primo livello in modo ottimale ma anche per regolarizzare gli accessi alle cure specialistiche e perseguire una gestione più efficace ed economica di tutto il sistema.

A questo proposito l'art.1 del Decreto Balduzzi prevede un nuovo assetto di cure primarie attraverso la costituzione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), aggregazioni mono professionali di medici di medicina generale, e le UCCP (Unità complesse di cure primarie), nuovi luoghi di cura ed assistenza a carattere multi professionale, poliambulatori territoriali nei quali convergono le competenze di più figure professionali operanti nel servizio sanitario (medici specialisti, infermieri, ostetriche, professionisti della riabilitazione, assistenti sociali, MMG e PdF), che coincidono nella nostra realtà regionale con i modelli più evoluti di Case della Salute.

**Tabella 1: Assistenza sanitaria di base per SdS/Zona - Dati 2023**

<b>Assistenza sanitaria di base</b>	<b>SdS Firenze</b>	<b>SdS F.na Nord Ovest</b>	<b>SdS F.na Sud Est</b>	<b>SdS Mugello</b>	<b>SdS Pratese</b>	<b>SdS Pistoiese</b>	<b>SdS VdN</b>	<b>SdS EVV</b>	<b>TO T.</b>
<b>Medici di Medicina Generale</b>	<b>246</b>	<b>141</b>	<b>98</b>	<b>36</b>	<b>169</b>	<b>97</b>	<b>68</b>	<b>138</b>	<b>993</b>
<b>Pediatri di Famiglia</b>	<b>37</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>179</b>
<b>AFT</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>45</b>

<b>Medici di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>27</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>205</b>
<b>Sedi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>54</b>
<b>Sedi di Assistenza Turistica</b>		<b>6</b>	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>1</b>			<b>11</b>
<b>Forme organizzate dei MMG</b>	<b>164</b>	<b>114</b>	<b>60</b>	<b>22</b>	<b>145</b>	<b>83</b>	<b>55</b>	<b>124</b>	<b>767</b>

(fonte Dipartimento Rete Territoriale AUSL TC)

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

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

Il bisogno clinico, funzionale e sociale della persona è accertato tramite valutazione multidimensionale, cui segue la definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI) sociosanitario integrato, o Progetto di vita. Gli interventi domiciliari sociali e sanitari sono descritti al paragrafo 2.8.1 "Non Autosufficienza" essendo utilizzati principalmente da persone anziane non autosufficienti.

**Tabella 2: Tasso di pazienti trattati in AD (CIA 1, 2, 3) al 31.12.2023 (D22Z del NSG)**

SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoies e	SdS VdN	SdS EVV
-------------	---------------------	------------------	-------------	-------------	----------------	---------	---------

<b>Numerato re</b>	4.292	2.276	1.788	917	2.966	2.535	2.354	2.916
<b>Popolazio ne</b>	360.930	220.964	167.222	62.912	258.459	170.317	118.594	240.093
<b>Valore</b>	<b>12,53</b>	<b>10,30</b>	<b>10,69</b>	<b>14,58</b>	<b>11,48</b>	<b>14,88</b>	<b>11,89</b>	<b>12,15</b>

(fonte Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale AUSL TC)

### ■ Cure intermedie

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

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

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

- **SETTING 1 - low care (alta intensità):** strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera (riferimenti normativi nella *sezione D.6* dell'allegato A del “Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie” DPRG 79/R del 2016);
- **SETTING 2 - residenzialità sanitaria intermedia (media intensità):** strutture residenziali extra ospedaliere a bassa complessità assistenziale (riferimenti normativi nella *sezione D.7* dell'allegato A del “Regolamento in

materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie” (DPRG 79/R del 2016);

- **SETTING 3 - residenzialità assistenziale intermedia (bassa intensità):** attivato nelle RSA (DGRT 909/2017; DGRT 1596/2019).

Per tutte e tre le tipologie, la durata massima della degenza è di **20 giorni**; dopodiché la persona potrà tornare al proprio domicilio, seguito comunque dal proprio medico di famiglia o essere orientato verso altri percorsi e servizi che richiedono una valutazione multidimensionale. Il costo delle cure intermedie è a totale carico del SSN.

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

**Tabella 3: offerta di cure intermedie per setting e Zona/SdS**

Posti letto (dati al 01.12.2019)	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS Valdarno	SdS Versilia
CI Setting 1 (sanitario) requisiti D6 ALTA INTENSITA'	-	-	24	-	-	-	-	-
CI setting 2 (sanitario) requisiti D7 MEDIA INTENSITA'	36	-	53	-	25	16	-	-
Ci Setting 3 BASSA INTENSITA'	-	-	-	11	-	14	12	-

### **Assistenza ambulatoriale**

L’assistenza specialistica ambulatoriale è costituita dall’insieme delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche (elencate nel Nomenclatore in allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017) erogate dai medici specialisti, o comunque sotto la loro responsabilità clinica, negli ambulatori e nei laboratori territoriali o ospedalieri dell’Azienda o all’interno di strutture private accreditate, autorizzate e convenzionate con l’Azienda UsI.

Sinteticamente, l’assistenza specialistica si articola in:

Attività diagnostica:

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

Attività clinica:

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



## **2.2 Le Cure Palliative**

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

Rientrano nei LEA fin dal 2001, ma con il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 192 n. 502” trovano maggior definizione negli articoli 23, 31 e 38 comma 2.

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

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

- **Assistenza Domiciliare - Unità di cure palliative domiciliari** - Le cure palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale livello viene erogato dalle **Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari** che garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di équipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.
  - **Gli interventi di base** garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con la persona malata e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.
  - **Gli interventi di équipe specialistiche** multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.
- **Assistenza residenziale in Hospice** - L'hospice è un'articolazione della Rete assistenziale delle Cure Palliative che si può definire come una struttura specialistica di ricovero, che può accogliere temporaneamente o stabilmente le persone che si avvalgono del servizio di Cure Palliative. Costituisce un'alternativa alla casa quando questa non è, temporaneamente o definitivamente, idonea ad accogliere il malato: l'Hospice permette di

proseguire le cure in un ambiente protetto, con trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore. Il ricovero in Hospice non è effettuato d'urgenza, ma è sempre programmato. La richiesta può provenire dal Medico di Medicina Generale, da una Unità di Cure Palliative o da un reparto ospedaliero.

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

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

**Tabella 4: Posti letto Hospice e Day-Hospice al 22/11/2023**

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

Dati aggiornati al 22/11/2023 SAP <https://www611.regione.toscana.it/BOE/BI/>

**Tabella 5: Numero utenti e giornate di assistenza Hospice residenziale Anno 2023**

Posti letto	SdS Firenze	SdS F.na	SdS F.na	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VDN	SdS EVV
-------------	-------------	----------	----------	-------------	-------------	---------------	---------	---------

		Nord Ovest	Sud Est			e		
Nr. Utenti	267 332	-	201	-	291	-	202	232
gg. assistenza	3.288 5.443	-	3.319	-	3.523	-	2.603	2.510

Dati aggiornati al 22/01/2024 SAP <https://www611.regione.toscana.it/BOE/BI/>

### ■ Il Girot

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

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

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

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

La Casa della Salute (CdS) rappresenta un modello di Sanità territoriale mediante il quale i cittadini hanno a disposizione, nell'ambito della propria Zona distretto/SdS, una struttura polivalente in grado di rispondere ai principali bisogni di salute della popolazione attraverso una molteplicità di figure professionali (MMG, Pediatri di famiglia, medici specialisti, medici della continuità assistenziale, infermieri, assistenti sociali e personale amministrativo) che costituiscono il cardine della CdS stessa. L'integrazione professionale,

infatti, rappresenta uno degli elementi fondanti della Casa della Salute e in genere prevede l'assistenza diretta alla persona (presa in carico e follow-up) la prevenzione e la promozione della Salute (Sanità d'iniziativa e progetto IDEA) e lo sviluppo di percorsi di integrazione sociosanitaria (anziani non autosufficienti e disabili).

La Casa della Salute ha anche funzioni di orientamento ed accoglienza della popolazione favorendo l'accessibilità e la continuità dell'assistenza nell'arco della giornata oltre a promuovere la conoscenza e l'accesso ai percorsi sanitari e sociosanitari territoriali all'interno della propria sede con lo scopo ultimo di garantire ai cittadini prossimità ed equità di accesso alle cure.

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

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

Il DM 77/2022 la delibera regionale di recepimento DGRT 1508/22 “La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77” prevedono la realizzazione di CdC, HUB e Spoke, con bacini di utenza di riferimento diversi.

Per quanto riguarda la SdS/ZD Firenze, l'attuazione degli obiettivi generali avverrà seguendo due ambiti di intervento:

- il potenziamento e miglioramento delle Case della Salute con riqualificazione ed adeguamento delle strutture da un punto di vista funzionale, della sicurezza, consentire l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche, il tutto finalizzato al

miglioramento dell'offerta delle prestazioni sanitarie (attività specialistiche, continuità assistenziale), secondo la logica dei percorsi clinico-assistenziali integrati tra ospedale e territorio. Le strutture coinvolte sono: Montedomini, D'Annunzio, S.ta Rosa, Canova, Morgagni, Le Piagge.

- Il potenziamento e miglioramento della rete territoriale dei presidi secondari per i servizi di riabilitazione fisica, consultoriali, della salute mentale per adulti, della salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza, i servizi per le dipendenze (SERD) e la radiodiagnostica. Oltre alle case della Salute sono coinvolte le seguenti strutture: Palagi, Le Civette in San Salvi, Via R. Giuliani, P.za Dalla Piccola, Hospice ex IAPI, Hospice le Oblate, SPDC le Oblate, V.le Volta, V. Mariti, Borgo Pinti.

**Tabella 6: nr Strutture**

Casa della Comunità HUB in previsione attive	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoies e	SdS VdN	SdS EVV
	7	4	4	1	5	3	2	5

■ **La continuità territorio-ospedale-territorio: ACOT E COT**

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

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

**Tabella 7: Nr. percorsi assegnati suddivisi per tipologia percorso assegnato - Anno 2023**

	CDC A	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	TOTALE	
<b>Lungodegenza Low care (D6)</b>	3.592									3.592	<b>RESIDENZIALE</b>
<b>Cure intermedie (D7) Setting 2</b>	3.559			3		1.529				5.091	
<b>Cure Intermedie Setting 3</b>	3.782			2		612	927			5.323	
<b>Riab cod 56</b>	7						351	194		552	
<b>Riab ex art. 26 resid</b>	3.754			2		3				3.759	
<b>Percorso domiciliare o ambulatoriale Counseling riabilitativo</b>	6.409			3			1			6.413	
<b>Riab. territoriale Counseling A.I.U.T.I.</b>	22	4.170	2.370	1.866	710	2.415	2.039	1.868	3.313	18.773	<b>TERRITORIALE</b>
		582	289	255	117	252	185	133	515	2.328	
	1.051									1.051	
		373	153	333	36	121			42	1.107	
<b>Totale</b>	<b>22.176</b>	<b>5.125</b>	<b>2.812</b>	<b>2.464</b>	<b>863</b>	<b>4.932</b>	<b>3.552</b>	<b>2.195</b>	<b>3.870</b>	<b>47.989</b>	

**Tabella 8: Nr. percorsi assegnati suddivisi per richiedente - I semestre 2023**

	CDC A	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	TOT.
<b>Ospedale</b>	9.080	3.781	2.064	1.832	579	3.451	2.724	1.799	2.955	28.265
%	32,10%	13,40%	7,30%	6,50%	2%	12,20%	9,60%	6,40%	10,50%	100%
<b>Postacuzie</b>	12.765	1.143	639	488	220	1.353	660	303	458	18.029
%	70,80%	6,30%	3,50%	2,70%	1,20%	7,50%	3,70%	1,70%	2,50%	100%
<b>Territorio</b>	331	201	109	144	64	128	168	93	457	1.695
%	19,50%	11,90%	6,40%	8,50%	3,80%	7,60%	9,90%	5,50%	27%	100%
<b>Totale</b>	<b>16.111</b>	<b>4.582</b>	<b>2.504</b>	<b>2.227</b>	<b>757</b>	<b>4.207</b>	<b>3.209</b>	<b>2.035</b>	<b>3.652</b>	<b>39.284</b>

La riforma della sanità territoriale, però, introduce le Centrali Operative Territoriali (COT) con obiettivo quello di assicurare continuità, accessibilità e

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

#### ■ **Gli ospedali di comunità**

Ulteriore servizio previsto dalle normative nazionali e regionali di riforma della sanità territoriale è quello dell'Ospedale di Comunità (ODC). L'OdC sarà struttura residenziale di degenza post acuta a valenza territoriale zonale che riveste un ruolo complementare, di continuità e di integrazione sia rispetto al percorso di degenza ospedaliera in reparto per acuti, sia rispetto ai percorsi di presa in carico in assistenza domiciliare. A livello regionale è stabilita la presenza di almeno 1 Ospedale di comunità in ogni Zona-distretto/SDS e l'attivazione di 1 struttura ogni 50.000 abitanti.

#### ■ **Lo sviluppo della telemedicina**

La telemedicina rappresenta un servizio innovativo per contribuire a ridurre i divari territoriali grazie alla tecnologia, con obiettivi di efficienza dei sistemi sanitari oltre che di promozione dell'assistenza domiciliare secondo il paradigma della domiciliarità e della "casa come primo luogo di cura". Gli obiettivi legati alla telemedicina previsti dal PNRR e dal DM77/22 prevedono l'implementazione di tale tecnologia connessa alla cronicità e alla fragilità.

#### ■ **Unità di Continuità Assistenziale**

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), così come previsto dal DM77/22 e dalla DGRT1508/22 rappresenta un'équipe mobile distrettuale per la gestione di



situazioni clinico-assistenziali complesse e caratterizzate da difficoltà operativa. Tale attività verrà implementata quale servizio ordinario per favorire la domiciliarità.

#### ■ **NEA 116117**

Sulle spinte degli indirizzi normativi nazionali e regionali, verrà implementato il Numero Europeo Armonizzato 116117, quale servizio per le cure mediche non urgenti destinato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie non urgenti. Il NEA116117 rappresenta un servizio telefonico gratuito per la popolazione attivo 24h/24 e 7 giorni/settimana, che fornirà alle persone informazioni, interventi e servizi sia obbligatori sia facoltativi ed integrativi, che verranno previsti secondo gli indirizzi regionali. In considerazione delle evoluzioni stimulate dal PNRR, dal DM n.77/2022 e dalla riforma dei servizi territoriali, il NEA116117 si configura come un nuovo servizio per le persone per richiedere assistenza, prestazioni o consigli sanitari non urgenti e che si pone come supporto funzionale e/o operativo ad altre iniziative, quali quelle di teleconsulto, con obiettivi di miglioramento circa l'efficienza e l'efficacia del percorso assistenziale e di risposta ai bisogni.

### **2.3 L'Area Materno Infantile: le Attività Consultoriali Territoriali**

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

L'équipe consultoriale lavora con un approccio multidisciplinare ed integrazione con i servizi della Zona-distretto, scolastici e della comunità: per tali motivi, il DM77/22 ne prevede delle proiezioni nelle Case di comunità. Il settore di programmazione "Materno Infantile" è un ambito complesso, multiprofessionale (ginecologia, ostetricia, assistenza sociale, mediazione culturale ecc.): ha funzioni territoriali e di collaborazione con il settore ospedaliero.

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

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

- **Procreazione responsabile**

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

- **Diagnosi prenatale**

Accesso agli screening prenatali, test combinato e offerta degli screening appropriati e del Non Invasive Prenatal Test (NIPT)

- **Percorso nascita**

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

- **Depressione post partum**

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

- **Gravidanza fisiologica**

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

- **Vaccinazioni in gravidanza**

Percorso di attuazione delle linee ministeriali sulla vaccinazione in gravidanza attraverso la formazione degli operatori e la diffusione delle informazioni agli utenti, valutati anche attraverso specifici indicatori.

- **Percorso IVG**

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

- **Percorso Menopausa**

Ambulatorio specifico per la presa in carico del periodo menopausale dalla fisiologia agli aspetti patologici anche attraverso la diffusione di materiale informativo.

- **Prevenzione Oncologica**

Screening oncologici della sfera femminile, anche in collaborazione con ISPRO e valutata attraverso specifici indicatori;

- **Interventi mirati per la multiculturalità**

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

- **Progetto Persefone**

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

- **Progetto Mamma Segreta**

Il progetto nasce per prevenire l'abbandono alla nascita e sostenere le gestanti e le madri in gravi difficoltà garantendo a quest'ultime tutto il sostegno possibile da parte dei servizi territoriali e ospedalieri presenti sul territorio regionale. Obiettivo primario del progetto è la costruzione di un percorso di prevenzione e di tutela che permetta alla donna in difficoltà di affrontare con consapevolezza la propria situazione e la propria scelta, garantendo la formazione specifica di operatori ed equipe multiprofessionali che lavorano in continuità tra territorio-ospedale.

- **Medicina di Genere**

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

Infine, nell'ambito della continuità T-H-Tè inserita **la Rete del Codice Rosa, quale rete tempo dipendente e** percorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate. Quando è rivolto a donne che subiscono violenza di genere si parla del "Percorso per le donne che subiscono violenza" cd. Percorso Donna, mentre per le vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione è il c.d. Percorso per le vittime di crimini d'odio.

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

Il percorso opera in sinergia con enti, istituzioni ed in primis con la rete territoriale del Centri Antiviolenza, in linea con le direttive nazionali e internazionali.

## **2.4 La Riabilitazione territoriale**

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

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

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

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

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

- **Percorsi riabilitativi territoriali ambulatoriali**

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

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

- **Percorsi riabilitativi territoriali domiciliari**

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

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

- **Percorsi riabilitativi territoriali semiresidenziali e residenziali**

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

- **Attività Fisica Adattata (AFA)**

Si tratta di corsi indicati per patologie a carattere cronico promossi sul territorio della Società della Salute, in cui si eseguono specifici programmi di esercizi elaborati e verificati dall'azienda sanitaria stessa. I corsi sono condotti da istruttori laureati in scienze motorie e/o fisioterapia e sono previste diverse tipologie e modularità a seconda del target di riferimento e del grado di disabilità presente.

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

- **Ausili e Presidi**

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

- Protesi e ortesi sono apparecchiature che permettono di sostituire parti del corpo, supplire o migliorare le funzioni compromesse (ad esempio, le protesi oculari su misura, gli apparecchi acustici, busti e corsetti, etc.).
- Gli ausili (ad esempio le carrozzelle o i girelli) sono quegli strumenti utili per compiere azioni altrimenti impossibili o difficili da eseguire.
- I presidi sono oggetti che aiutano a prevenire o curare determinate patologie (come il catetere per l'incontinenza, i pannoloni etc.).

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

- **Ambulatori riabilitazione disabilità complessa**

A livello territoriale sono presenti ambulatori dedicati alla disabilità complessa, per patologie neurodegenerative ad andamento cronico (es. SLA), gestiti tramite gruppi di lavoro multidisciplinari per patologia (DGRT 1449/17). I gruppi di lavoro portano avanti azioni condivise per il governo clinico e riabilitativo a supporto dell'attività del MMG.

- **Riabilitazione extra ospedaliera semiresidenziale e residenziale**

L'inserimento nelle strutture residenziali a modulo riabilitativo estensive (2° livello) o intensivi (1° livello) e semiresidenziali estensive, in attuazione della DGRT 1449/2019 e della DGRT 1449/17, dovrà essere disposto dalle UVMD nell'ambito del progetto di vita sulla base del progetto di vita riabilitativo



personalizzato (PRTI) estensivo di durata semestrale elaborato dai professionisti del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione.

La Riabilitazione extra-ospedaliera residenziale e semiresidenziale ex art. 26 L.833/78 per disabili neuropsichici, nella Zona Distretto Firenze è gestita nei seguenti presidi:

<b>RESIDENZIALI</b>	
<b>NOMINATIVO STRUTTURA</b>	<b>N. POSTI CONVENZIONATI</b>
ODA - PRESIDIO VILLA SAN LUIGI	41
FONDAZIONE SAN SEBASTIANO - VILLA VALENTINA	37
ASS.NE FAMIGLIE DISABILI ANFFAS	16
VILLA MONTETURLI (GESTIONE DIRETTA)	40

<b>CENTRI DIURNI</b>	
<b>NOMINATIVO STRUTTURA</b>	<b>N. POSTI CONVENZIONATI</b>
COOP.VA PAMAPI	24
CTE Presidio CD PRESIDIO CINQUE VIE	40
ASS.NE FAMIGLIE DISABILI ANFFAS	80
AIABA CENTRO DIURNO DI SETTIGNANO	20
AIABA CENTRO DIURNO D'ANNUNZIO	9
CD ODA SAN LUIGI	17
FOND. SAN SEBASTIANO VILLA VALENTINA	25
CENTRO DIURNO ALBERO VIVO	GESTIONE DIRETTA

La Riabilitazione extra-ospedaliera residenziale e semiresidenziale ex art. 26 L.833/78 per disabili fisici, nella Zona Distretto Firenze è gestita nei seguenti presidi:

<b>NOMINATIVO STRUTTURA</b>
-----------------------------

<b>FIRENZE - FONDAZIONE DON GNOCCHI</b>
<b>CASA DI CURA VILLA DELLE TERME PRESIDIO MARCON</b>
<b>CRI PRESIDIO ANNA TORRIGIANI</b>
<b>VILLA IL SORRISO</b>

## **2.5 La Salute Mentale Adulti**

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

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

La Salute Mentale Adulti opera con azioni rivolte:

- *alle persone con disagio psicopatologico*, per trattare la sofferenza psichica, favorire modalità sane di relazioni e l'aderenza al trattamento, promuovere stili di vita adeguati al mantenimento della salute e prevenire il rischio di ricadute. Per alcune tipologie di disagio quali i disturbi dello spettro schizofrenico, i gravi disturbi dell'umore, i disturbi di personalità e i disturbi alimentari (DA), oltre che per i pazienti con doppia diagnosi per dipendenza da sostanze, sono attivati interventi integrati multiprofessionali e percorsi mirati;

- *ai familiari*, per affrontare il disagio collegato alla patologia del congiunto, per offrire percorsi terapeutici sistemici che consentano cambiamenti più efficaci e duraturi e attivare risorse inesprese affinché la famiglia da oggetto di cura possa diventare risorsa nel trattamento;
- *agli ambienti istituzionali* quali l'ospedale, le RSA e le altre strutture sanitarie e sociosanitarie della ASL ed extra ASL, con attività di consulenza specialista e di programmazione integrata degli interventi;
- *alla rete comunitaria formale e informale* quali scuole, luoghi di lavoro, cooperative sociali, associazioni di volontariato, associazioni di utenti e di familiari, con interventi di educazione sanitaria e di promozione della salute tesi a promuovere la prevenzione del disagio psichico, il superamento dello stigma e l'inserimento sociale di utenti in difficoltà.

Inoltre, la UF SMA ricopre un ruolo centrale nella valutazione e nella presa in carico delle persone con autismo in età adulta all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità zonali (UVMD) previste dalla normativa vigente e costituite con deliberazione Asl TC n. 1644 del 06/12/2019.

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

Gli interventi attivati sono i seguenti:

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

**Tabella 9: Nr. Prevalenza pazienti in carico ai servizi per la salute mentale territoriale<sup>1</sup> Anno 2022**

Servizio	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VDN	SdS EVV
Infanzia - adolescenza	15,1	16,3	14,6	18,3	0,4	0,7	1,1	31,4
Adulti	5,9	7,0	6,1	6,3	3,6	3,4	2,9	8,0

Dati ARS - Elaborazione su Flusso SALM regionale 2022

Di seguito si rappresenta sinteticamente l'offerta della Salute Mentale Adulti.

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

È la sede in cui la UF opera attraverso la progettazione, l'attuazione e la verifica degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale.

Gli operatori (medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale, tecnici della riabilitazione psichiatrica, OSS) svolgono attività di accoglienza e di presa in carico diagnostica e terapeutica dell'utenza e di definizione e attuazione dei programmi terapeutici e riabilitativi, oltre a fornire la opportuna consulenza ai gruppi di lavoro multidisciplinari di valutazione e presa in carico della disabilità e dell'autismo adulti.

- **Servizi Semiresidenziali**

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

- **Servizi Residenziali**

Si tratta di Strutture che forniscono interventi riabilitativi in regime di residenzialità e che sono rivolte a pazienti con patologie impegnative il cui progetto individualizzato preveda l'allontanamento temporaneo dal contesto

<sup>1</sup> Numero di residenti con almeno 4 prestazioni erogate dai CSM nell'anno / popolazione residente \*1000 - Valore standardizzato per età

familiare e/o sociale di appartenenza, secondo i livelli di assistenza previsti dalla L.R. 51/2009 e dal Regolamento di attuazione approvato con DPGR 79/R del 17/11/2016.

In relazione ai servizi residenziali per le persone con percorsi anche connessi alla salute mentale, verranno avviate riflessioni condivise tra le zone-distretto e le strutture aziendali circa l'implementazione di servizi appropriati a specifici bisogni assistenziali complessi.

- **Il progetto “Abitare Supportato” Salute Mentale**

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

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

Nel Comune di Firenze il progetto si configura nelle modalità del progetto “Housing”, gestito dalla SdS Firenze.

Il progetto in questione nasce dall'esigenza di contrastare l'esclusione e l'emarginazione delle persone inserite in percorsi di riabilitazione SMA /SERD , oltre che le persone in condizioni di fragilità, perseguendo l'obiettivo dell'integrazione sociale. Mira a proporre un sistema sperimentale di risposte abitative diversificate e personalizzate che rispondano all'esigenza di “riabilitazione” in continuità e/o ad integrazione con le strutture residenziali e favoriscano l'inclusione sociale. Le varie forme di “abitare” sperimentate, alcune finanziate con fondi regionali attualmente esauriti, altre frutto della collaborazione con il Terzo Settore, altre sviluppate in alloggi privati di proprietà dei pazienti, hanno confermato che la residenzialità costituisce uno dei punti più critici dell'intervento sia per SMA che per SERD, sia dal punto di vista tecnico che finanziario e che implementare queste esperienze inserite in percorsi

riabilitativi favorisce i cittadini ma anche i servizi in un'ottica di economia di scala.

Sulla base di queste premesse e considerate le caratteristiche clinico assistenziali dei pazienti portatori dello specifico bisogno è stato possibile individuare le seguenti tipologie di progetti da implementare:

1. Alloggi per l'ABITARE SUPPORTATO rivolti a persone in condizione di fragilità socio-abitativa in carico alle UFS SMA/SERD, in fase di compenso psicopatologico/tossicologico che abbiano compiuto un percorso terapeutico-riabilitativo prevalentemente in strutture comunitarie residenziali. I pazienti sono inseriti all'interno di un più ampio percorso di accompagnamento individuale e di reinserimento sociale e necessitano di un supporto per la permanenza a domicilio

2. Alloggi per l'AUTONOMIA POTENZIALE, rivolti a persone non necessariamente provenienti da percorsi di residenzialità per le quali si ritengono necessari percorsi graduali di avvicinamento all'autonomia;

3. Alloggi per l'AUTONOMIA RESIDUA, rivolti a persone che si trovano ad affrontare forme di fragilità connesse all'invecchiamento e/o alla cronicità, che necessitano di risposte a prevalente contenuto abitativo e di un sistema di "protezione" sociale.

**Tabella 10: Nr. appartamenti e persone inserite - 2023**

2023	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VDN	SdS EVV
<b>Nr. appartamenti</b>	<b>18</b>	-	-	<b>1</b>	<b>20</b>	-	<b>18</b>	<b>18</b>
<b>Nr. utenti</b>	<b>57</b>	-	-	<b>1</b>	<b>33</b>	-	<b>32</b>	<b>45</b>

- **Servizi Domiciliari**

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

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

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

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

- **Interventi di rete territoriale**

La UF SMA sostiene con proprie risorse l'attivazione di progetti integrati con altri partner ai fini della prevenzione, della promozione della salute e dell'inclusione sociale: polisportive per l'integrazione sociale, gruppi teatrali, attività di musicodanza terapia, eventi sociali, ecc. Questi interventi, oltre che essere offerti agli utenti, sono aperti alla partecipazione della cittadinanza con lo scopo di combattere lo stigma e contribuire a creare i presupposti per costruire una comunità inclusiva e competente e quindi meno vulnerabile al disagio psichico. Inoltre, sia a livello zonale che a livello aziendale, hanno preso avvio gli incontri della Consulta della Salute Mentale, quale progettualità di ottica comunitaria condivisa con le associazioni di esperienze, sia persone che famiglie.

- **SMA in carcere**

Il Servizio Salute Mentale Adulti assicura la gestione dell'assistenza delle persone detenute con problemi di salute mentale. Si occupa della diagnosi e della cura avendo come obiettivo la realizzazione di un progetto esterno seguendo sempre un approccio multiprofessionale.

A completamento della descrizione dei servizi della salute mentale adulti si rileva la presenza del **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)**, il servizio ospedaliero deputato al trattamento delle emergenze psicopatologiche in regime di ricovero, sia volontario che in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è collocato all'interno dei presidi ospedalieri. Il ricovero rappresenta solo un momento dell'intervento

complessivo di presa in carico ed è attuato in modo da garantire al paziente la continuità terapeutica con tutti gli altri luoghi di cura della UF SMA. A tal fine l'équipe curante (medici psichiatri, infermieri, oss) è la stessa che opera nelle strutture territoriali.

**Tabella 11: Nr Strutture SPDC Anno 2023**

<b>SPDC</b>	<b>SdS Firenze</b>	<b>SdS F.na Nord Ovest</b>	<b>SdS F.na Sud Est</b>	<b>SdS Mugello</b>	<b>SdS Pratese</b>	<b>SdS Pistoiese</b>	<b>SdS VDN</b>	<b>SdS EVV</b>
<b>PL</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>4</b>
<b>DH</b>		<b>5</b>			<b>1</b>			<b>2</b>



## **2.6 La Salute Mentale Infanzia Adolescenza**

L'ambito di intervento della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza è quello relativo ai disturbi neuropsichici in età evolutiva (psichiatrici, neurologici e neuropsicologici).

Le attività svolte riguardano interventi di prevenzione, diagnosi e trattamento e riabilitazione nell'ambito della patologia neurologica e psichiatrica e dei disturbi del neurosviluppo, attività di consulenza e apporto professionale istituzionale alle istituzioni scolastiche nell'ambito delle politiche di inclusione delle disabilità dell'infanzia e adolescenza, attività di formazione e di ricerca; sono definiti e attuati Percorsi Diagnostici Assistenziali Terapeutici per i Disturbi dello spettro autistico e per i Disturbi dello sviluppo Neuromotorio; Le UFSMIA hanno il compito di attuare inoltre le azioni previste dalla DGRT 1339 per le Disabilità intellettive di origine genetica e in particolare per la Trisomia 21, e di assicurare la presa in carico e la riabilitazione precoce dei disturbi sensoriali, in particolare per quanto riguarda le sordità infantili.

Le UFSMIA, anche per mezzo attività sovra zonali, assicurano, in collaborazione con il personale delle SOC di Pediatria e Neonatologia, il follow-up dei pretermine e dei bambini nati con fattori di rischio neuro evolutivo, in particolare nei punti nascita che ospitano una Terapia Intensiva Neonatale, ma anche in continuità con il Punto Nascita dell'AOU Careggi. Sono inoltre attive forme di collaborazione e azione congiunta per la presa in cura dell'epilessia. Infine, risulta importante sottolineare come vi sia costantemente attivo l'integrazione tra SMIA e SMA per la medicina di transizione.

L'approccio diagnostico e terapeutico attuato è multiprofessionale, e multidimensionale, con l'obiettivo di sviluppare azioni rivolte alla promozione della qualità di vita del bambino e all'adolescente nella sua globalità fisica, affettiva, comunicativa e sociale, secondo i principi della cura centrata sulla famiglia.

Sono state attivate soluzioni organizzative che tengono conto della estrema variabilità clinica e sociale delle persone e della necessità di attuare modelli di presa in carico dinamici e modificabili, sulla base delle esigenze e bisogni emergenti.

I percorsi assistenziali sono organizzati tenendo conto dell'età e delle tipologie patologiche prevalenti (prima infanzia, disturbi dello sviluppo motorio, disabilità intellettive, disturbi sensoriali, disordini neuropsicologici, disturbi psicopatologici di elevata complessità, integrando livelli di presa in carico più prossimi all'utenza e livelli di approfondimento e presa in carico più specializzati per le situazioni più complesse, sia zonali che multizonali, con la collaborazione tra le diverse UFC e in stretta integrazione con il Dipartimento Materno-Infantile, il Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari e il Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica e Ostetrica.

Sono state istituite in ciascuna Zona, in collaborazione con i Servizi Sociali le Unità di Valutazione per Tutela dei Minori, allo scopo di potenziare l'approccio interprofessionale a questo ampio ambito di problematiche.

- **L'accesso ai servizi**

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

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

Questo livello di presa in carico prevede un primo livello di accoglienza della domanda, mono professionale, e un successivo livello di approfondimento multiprofessionale.

Tutti i percorsi di seguito elencati prevedono la Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, condivisa con la famiglia, per la predisposizione di Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati. Per ogni fascia di età vengono definiti percorsi e azioni specifiche integrati con i percorsi educativi.

- *Disturbi dello Spettro Autistico*
- *Disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018*
- *Disturbi neuromotori*
- *Disturbi del linguaggio*
- *Disturbi dell'apprendimento*
- *Psicopatologia dell'Adolescenza*

- **Integrazione con le istituzioni scolastiche**

L'UFSMIA svolge attività integrate di valutazione e consulenza e intervento diretto per le istituzioni scolastiche di tutti gli ordini e gradi, attraverso la predisposizione dei profili funzionali e l'attività di consulenza per la redazione dei PEI e per le azioni per l'inclusione nella scuola.

- **Servizi Semiresidenziali e Residenziali**

Si tratta di Strutture che forniscono interventi riabilitativi in regime di semi-residenzialità e residenzialità e che sono rivolte a pazienti con patologie impegnative il cui progetto individualizzato preveda l'allontanamento temporaneo dal contesto familiare e/o sociale di appartenenza, secondo i livelli di assistenza previsti dalla L.R.51/2009 e dal Regolamento di attuazione approvato con DPGR 79/R del 17/11/2016.

L'inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale viene disposto dall'UFSMIA con modalità e durata basate sui bisogni della persona e sul PTRI nell'ambito del progetto di vita. In alcuni casi l'inserimento in struttura residenziale viene disposto dall'autorità giudiziaria come misura alternativa alla pena detentiva; in questi casi la scelta della struttura avviene in base alla prevalenza delle problematiche del minore: educative, dipendenze o salute mentale.

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

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

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

La SMIA svolge un ruolo centrale anche nella costituzione delle UVMT zonali, équipe multiprofessionali di natura integrata sociosanitaria di cui alla DGRT 769/2019 per la definizione del progetto di intervento rivolto a famiglie in condizioni di vulnerabilità, fragilità o difficoltà, composta da assistente sociale, educatore professionale, psicologo/neuropsichiatra/psichiatra/Professionista del SERD (professionisti dell'area sociosanitaria) e i componenti della famiglia.

- **Equipe di transizione per il passaggio infanzia adolescenza / età adulta Salute Mentale**

Implementazione di modalità integrate di presa in carico dell'adolescente e del giovane adulto sulla base delle modalità previste dal protocollo aziendale tra SMA e SMIA, con l'individuazione e la sperimentazione di attività condivise e integrate fra UFSMIA e UFSMA, al fine di facilitare l'accessibilità garantire l'attività possibilmente in luoghi fortemente integrati con il territorio.

Con riferimento ai **disturbi del comportamento alimentare** è da anni stata costituita nel Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda UsI Toscana Centro, in continuità fra SMA e SMIA, la "UFC Disturbi dell'alimentazione" di valenza dipartimentale, deputata all'attuazione dei percorsi di prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare. Sono stati attivati due Centri di riferimento aziendale, a Empoli e a Firenze, per la prevenzione e la cura dei disturbi del comportamento alimentare, dove vengono erogate attività terapeutiche di prevenzione e sensibilizzazione delle problematiche alimentari, procedure di screening diagnostico preliminare con somministrazione di test psicometrici, interventi psicofarmacologici e psicoterapeutici individuali, riabilitazione nutrizionale, gruppi terapeutici con orientamento cognitivo-comportamentale, gruppi di sostegno e psico-educazione per familiari. Vengono anche organizzati incontri con i singoli familiari e gruppi riabilitativi. Sono attive specifiche azioni per il rafforzamento di percorsi di presa in cura precoce e multidisciplinari. Il Servizio non ha limiti di età e si integra con diverse strutture aziendali per la garanzia di un approccio multidimensionale e di presa in carico precoce, in particolar modo con il Dipartimento dei Servizi Sociali e quello della Prevenzione.

## **2.7 Le Dipendenze**

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

La rete dei servizi per le dipendenze è composta:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Tabella 12: Presa in carico Dipendenze per percorso - anno 2022**

	<b>SdS Firenze</b>	<b>SdS F.na Nord Ovest</b>	<b>SdS F.na Sud Est</b>	<b>SdS Mugello</b>	<b>SdS Pratese</b>	<b>SdS Pistoiese</b>	<b>SdS VdN</b>	<b>SdS EVV</b>
<b>TD</b>	1.629	652	431	243	959	540	491	597
<b>Alcol</b>	596	199	167	145	283	182	177	419
<b>GAP</b>	138	53	14	13	154	32	31	62
<b>Tabagisti</b>	216	50	78	61	372	63	3	44
<b>Altri</b>	65	16	14	10	63	35	23	16
<b>TOT</b>	<b>2.644</b>	<b>970</b>	<b>704</b>	<b>472</b>	<b>1.831</b>	<b>852</b>	<b>725</b>	<b>1.138</b>

(Fonte: Bollettino Socio Epidemiologico 2022 – Ausl Toscana Centro)

#### • **I programmi di prevenzione**

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

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

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

- **Inserimenti socioterapeutici in ambito lavorativo**

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

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

**Tabella 13: Nr. appartamenti - 2023**

<b>Anno 2023</b>	<b>SdS Firenze</b>	<b>SdS F.na Nord Ovest</b>	<b>SdS F.na Sud Est</b>	<b>SdS Mugello</b>	<b>SdS Pratese</b>	<b>SdS Pistoiese</b>	<b>SdS VDN</b>	<b>SdS EVV</b>
<b>Nr. appartamenti</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>7</b>

Vedi descrizione progetto "Housing", pag. 40.

- **Ser.D. in carcere**

Ai sensi del D.L. 230/99 viene assicurata la presa in carico e la gestione dell'assistenza delle persone detenute tossico e alcolodipendenti. Nei Ser.D. Carcerari (Sollicciano e La Dogaia, Santa Caterina) risultano presi in carico nel 2022 **n. 857 utenti**.

## **2.9 I percorsi per la Non Autosufficienza e la Disabilità**

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

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

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

Il Piano regionale non autosufficienza per il triennio 2022-2024 (PRNA) è stato approvato con la delibera n. 256/2023, in attuazione del DPCM 3 ottobre 2022 che ha adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024. Ulteriori innovazioni normative ricadono sul tema a seguito del PNRR, della legge delega sulla disabilità e della definizione di specifici LEPS che necessitano di essere integrati con i LEA: acquisiscono così nuovo vigore le Leggi Regionali 66/2008 e 60/2017 dando rinnovati input alla presa in carico integrata delle persone.

Meritevole risulta poi l'implementazione dei PUA (Punti Unici di Accesso), come porta unitaria di accesso ai servizi all'interno delle Case di Comunità, così come descritto nel DM 77/22 e nella DGRT 1508/22. Il PUA diviene anche una modalità maggiormente semplice di accesso ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari oltre che di governo della domanda in backoffice, in stretta connessione con le équipe territoriali, anche delle UVM e UVMD.

## **2.10 Non Autosufficienza**

Con Legge Regionale n.66/2008 "*Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza*" e con la DGRT 370/2010 "*Approvazione progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente*" la Regione Toscana aveva delineato le linee guida per l'assistenza alle persone non autosufficienti



implementando nuove forme di assistenza e potenziando quelle già attive, con l'obiettivo di realizzare un sistema di assistenza di tipo universalistico che consenta il pieno riconoscimento dei diritti di cittadinanza e prestazioni sociosanitarie appropriate al bisogno della persona anziana o disabile attraverso i seguenti strumenti:

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

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

La tabella seguente riporta il volume di attività del progetto non autosufficienza nelle singole SdS/ZD, con riferimento alle richieste di valutazione da parte della UVM (segnalazione del bisogno) e le prese in carico della popolazione anziana ultra 65enne nell'anno 2023.

**Tabella 14: Assistenza alla persona non autosufficiente anno 2023 - numero assistiti trattati**

	<b>SdS Firenze</b>	<b>SdS F.naNord Ovest</b>	<b>SdS F.na Sud Est</b>	<b>SdS Mugello</b>	<b>SdS Pratese</b>	<b>SdS Pistoiese</b>	<b>SdS VdN</b>	<b>SdS EVV</b>	<b>TOSCA NA CENTRO</b>
<b>Totale</b>	11.182	5.464	5.054	2.505	8.942	5.985	4.587	6.039	<b>49.758</b>
<b>di cui anziani età 65+</b>	10.148	4.986	4.455	2.244	8.059	5.325	3.973	5.400	<b>44.590</b>

(Fonte: *archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview 2023, tab. 51.01*)

A seguito della riforma sanitaria toscana e della costituzione dell’Azienda UsI Toscana Centro si è reso opportuno creare sinergie e collaborazioni tra dipartimenti aziendali e le Società della Salute, attivando modalità di confronto sulle diverse realtà, frutto di storie e di contesti differenti, prevedendo da un lato profili di armonizzazione e dall’altro modalità di valorizzazione delle differenze zonali. Questo lungo processo ha portato ad un primo risultato con la deliberazione 1460 del 24/10/2019 “Profili di armonizzazione dei nove “Progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” attuati nelle SdS/ZD dell’Azienda UsI Toscana Centro- approvazione”, costruita e condivisa con le direzioni zonali e delle Società della Salute. Il percorso di armonizzazione è in fase di revisione, anche in relazione ai Regolamenti zonali.

- **Area della Domiciliarità**

Gli interventi per l’area della domiciliarità sono:

- **Sostegno domiciliare**, anche con adattamento domestico
- **contributi per il care giver**: interventi di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia che si assume in proprio il carico assistenziale verso persone non autosufficienti
- **contributi per l’assistente familiare**: sostegno alla persona e alla famiglia e la qualificazione del lavoro dell’assistente familiare
- **Gli interventi domiciliari sociali e sanitari forniti dal servizio pubblico in forma diretta**

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

- **Pronto badante**

Il progetto regionale sperimentale “Pronto Badante” garantisce, attraverso soggetti del terzo settore, un’attività di orientamento e sostegno per le famiglie che per la prima volta si trovano ad affrontare l’emergenza di gestire in famiglia un anziano fragile. I positivi risultati conseguiti della sperimentazione consentono di confermare e dare stabilità nel futuro alle

azioni intraprese, con una sempre maggiore integrazione coi percorsi volti a favorire la domiciliarità degli anziani

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

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

Assistenza Domiciliare Tutelare: assistenza rivolta a persone parzialmente non auto-sufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura della persona (fornitura dei pasti, pulizia della casa, lavaggio della biancheria, igiene personale, aiuto per pagare le bollette).

Assistenza Domiciliare per interventi di natura sanitaria (AD solo sanitaria), dedicata a persone non autosufficienti o dimesse di recente dall'ospedale, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): riguarda le situazioni più complesse, si definisce "integrata" poiché il servizio di assistenza medica è coordinato con quello socioassistenziale, e consiste in un insieme di servizi e interventi sociosanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione. Avviene attraverso prestazioni fornite da diversi professionisti (medici, infermieri, [operatori sociosanitari \(OSS\)](#), fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.).

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

Il 01.01.2023 è entrato in funzione il nuovo Flusso Ministeriale SIAD che introduce un indicatore di monitoraggio della presa in carico in ADI come % di pazienti over65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 aa "presi in carico" per tutte le classi di CIA<sup>2</sup>). Il valore del CIA può variare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana), con 4 livelli:

---

<sup>2</sup>CIA = numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA, giornate in cui viene eseguito almeno un accesso) / numero di Giornate di Cura (GdC, numero totale di giornate di presa in carico).

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

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

**Tabella 15: Indicatore D22Z del NSG - Tasso di pazienti trattati in AD per livello CIA I, II, III al 31.12.2023**

	SdS Firenze	SdSF.na Nord Ovest	SdSF.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
<b>Numero</b>	4.292	2.276	1.788	917	2.966	2.535	2.354	2.916	20.044
<b>Popolazione</b>	360.930	220.964	167.222	62.912	258.459	170.317	118.594	240.093	1.599.491
<b>Valore</b>	<b>11,89</b>	<b>10,30</b>	<b>10,69</b>	<b>14,58</b>	<b>11,48</b>	<b>14,88</b>	<b>19,85</b>	<b>12,15</b>	<b>12,53</b>

**Tabella 16: Assistenza domiciliare anno 2023 - numero casi trattati per tipo di percorso (ADI, ADP, AD)**

Tipologia		SdS Firenze	SdSF.na Nord Ovest	SdS F.na SudEst	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
<b>ADI</b>	<b>nr. casi</b>	543	135	99	129	41	7	69	21	<b>1.044</b>
	<b>di cui anziani</b>	344	101	67	88	33	7	60	16	<b>716</b>
<b>ADP</b>	<b>nr. casi</b>	487	242	181	99	697	309	518	11	<b>2.544</b>
	<b>di cui anziani</b>	464	237	173	95	618	274	485	11	<b>2.357</b>
<b>AD solo sanitaria</b>	<b>nr. casi</b>	4.782	4.089	2.543	1.422	7.882	8.154	4.712	3.237	<b>36.821</b>
	<b>di cui anziani</b>	4.198	3.444	2.198	1.256	6.389	6.462	3.800	2.729	<b>30.476</b>

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 - estrazione Infoview 2023, TAB. 51.02)

**Tabella 17: Assistenza domiciliare anno 2023 - nr. prestazioni erogate per tipo di percorso (ADI, ADP, AD)**

Tipologia		SdS Firenze	SdSF.na NordOvest	SdS F.na SudEst	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
ADI	erogazioni	7.738	1.490	803	1.832	1.135	353	3.054	415	16.820
	di cui anziani	4.596	1.156	485	1.075	951	353	2.385	208	11.209
ADP	erogazioni	6.780	4.074	2.410	1.520	11.707	5.719	12.338	149	44.697
	di cui anziani	6.317	3.937	2.348	1.456	10.684	5.498	11.554	149	41.943
AD solo sanitaria	erogazioni	45.389	49.490	31.398	23.238	65.216	57.844	47.130	40.866	360.571
	di cui anziani	38.634	44.604	27.828	20.646	56.172	50.330	40.889	34.462	313.565

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 - estrazione Infoview 2023, LEA C.7.1 - tracciato 2)

Il tema della registrazione delle attività domiciliari e dell'alimentazione del flusso assume un'importanza rilevante, essendo collegato alle risorse ministeriali, e necessita di maggiore implementazione e uniformità.

- **Area della semiresidenzialità**

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

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

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

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

L'inserimento può essere:

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

- **La DGRT 995/2016**

In base alla DGRT 995/2016 *"Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015"*, i destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili come posti in modulo base, attraverso titoli di acquisto la cui erogazione è subordinata alla definizione del Piano di Assistenza Personalizzato di tipo residenziale da parte della UVM. Attraverso il cosiddetto "titolo d'acquisto" - documento rilasciato dai servizi sociosanitari territoriali competenti in cui vengono indicati il corrispettivo sanitario (quota sanitaria) e sociale (quota sociale o alberghiera) destinato alla

Residenza scelta dallo stesso - la persona potrà ora scegliere la struttura che preferisce. I gestori delle strutture autorizzate e accreditate che hanno sottoscritto l'accordo previsto dalla DGRT 995 hanno l'obbligo di aderire al [portale web regionale delle RSA](#) e sono responsabili delle informazioni rese all'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, che si occupa della pubblicazione online delle stesse, di modo da offrire ai cittadini tutte le informazioni utili per una scelta adeguata alle proprie esigenze.

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

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

- MODULO BASE residenziale - La combinazione media intensità assistenziale/media complessità organizzativa corrisponde a strutture organizzate con modulo per la non autosufficienza stabilizzata Durata in base al piano di assistenza.
- MODULO BASE semi- residenziale. Il "Centro Diurno" è una struttura che si propone come intervento alternativo al ricovero e come supporto ai nuclei familiari che si occupano quotidianamente della persona non autosufficiente stabilizzata.
- MODULO BIA - La combinazione bassa intensità assistenziale/bassa complessità organizzativa corrisponde a strutture organizzate con modulo BIA (Bassa Intensità Assistenziale), un modulo di residenza assistenziale per anziani destinato a rispondere al bisogno di assistenza meno complesso.
- MODULI SPECIALISTICI - Le combinazioni alta intensità assistenziale/alta complessità organizzativa corrispondono a strutture organizzate rispettivamente con i seguenti moduli specialistici:
  - disabilità di prevalente natura motoria per persone che, in fase post-acuta e/o post ospedaliera necessitano di un intervento finalizzato al recupero di un migliore livello funzionale (es. esiti di ictus, Parkinson, fratture).
  - disabilità cognitivo comportamentale residenziale per persone con demenza e con gravi disturbi del comportamento in fase acuta (agitazione psicomotoria, aggressività eterodiretta e insonnia). La Durata è quella

prevista dal piano assistenziale individuale, in cui devono essere indicate obbligatoriamente le valutazioni periodiche da effettuarsi sugli obiettivi posti dal piano stesso.

- disabilità cognitivo comportamentale semiresidenziale Il Centro Diurno è un luogo che per sua natura assolve una duplice finalità: quella di presa in carico di anziani con disturbi cognitivi e del comportamento, sulla base dei potenziali residui espressi, e quella di accoglienza temporanea e di sollievo per la famiglia. Durata in base al piano di assistenza.
- stati vegetativi permanenti stabilizzati - terminali per persone completamente dipendenti anche per l'alimentazione, spesso nutrite in modo artificiale, con grave e persistente compromissione dello stato di coscienza, autonome nella funzione respiratoria.
- Cure intermedie in RSA setting 3di cui alle DGRT n. 909/2017 e 1596 del 16/12/2019.

L'accordo regionale per la libera scelta regola i rapporti tra Usl, SdS e gestori esclusivamente per i moduli base e lascia al governo di parte pubblica la responsabilità di orientamento e pianificazione per l'utilizzo dei posti di natura specialistica e dei posti in ambito semi-residenziale. La DGRT 843/2021 disegna un nuovo modello di programmazione e accesso ai servizi di tipo residenziale, richiedendo un lavoro sinergico tra l'azienda sanitaria e le zone, per garantire il rispetto di quanto previsto nei LEA nazionali.

**Tabella 18: Giornate di Assistenza in RSA erogate nel 2023**

Zona	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
<b>Giornate di Assistenza a fine anno</b>	712,555	207.018	196.393	75.494	190.302	105.962	54.916	208.600	<b>1.752.335</b>
<b>Posti letto equivalenti a fine anno</b>	1.952,21	567,17	538,06	206,83	521,38	290,31	150,45	571,77	<b>4.800,91</b>
<b>Popolazione anziana</b>	95.528	51.755	49.946	16.372	58.757	45.368	30.210	57.734	<b>405.670</b>
<b>Indicatore LEA E.9.1*</b>	<b>20,44</b>	<b>10,96</b>	<b>10,77</b>	<b>12,63</b>	<b>8,87</b>	<b>6,40</b>	<b>4,98</b>	<b>9,90</b>	<b>11,83</b>

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview del 05/02/2024)

L'indicatore della griglia LEA 9.1. "numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti" raggiunge nel



2023 **11,83** per l'Azienda UsI Toscana Centro, superando il valore di soglia minimo ministeriale previsto del 9,8.

**Tabella 19: Numero di anziani +75 anni non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)<sup>3</sup>.**

		SdS Firenze	SdSF.na Nord Ovest	SdS F.na SudEst	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
R1	nr. assistiti	1.156	-	804	-	613	506	-	94	3.173
	Tasso	21,27	-	30,04	-	19,81	20,43	-	3,03	14,33
R2	nr. assistiti	-	-	-	-	2	120	87	103	312
	Tasso	-	-	-	-	0,06	4,85	5,39	3,32	1,41
R2D	nr. assistiti	85	13	62	10	1	5	5	58	240
	Tasso	1,56	0,45	2,32	1,18	0,03	0,20	0,31	1,87	1,08
R3	nr. assistiti	1.254	497	822	326	330	226	90	461	4.006
	Tasso	23,07	17,16	30,71	38,53	10,66	9,13	5,57	14,87	18,09
Totale assistiti Residenziali		2.495	510	1.688	336	946	857	182	716	7.731
Demografia		54.357	28.964	26.767	8.462	30.943	24.762	16.150	30.996	221.401
Tasso		45,90	17,61	63,06	39,71	30,57	34,61	11,27	23,10	34,92

(fonte: archivio regionale D33Za - Anno 2023. Numero di assistiti residenziali >= 75 anni per 1.000 abitanti per intensità di cura - estrazione Infoview del 05/02/2024)

**Tabella 20: Numero di anziani +75 anni non autosufficienti in trattamento sociosanitario semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)<sup>4</sup>.**

		SdS Firenze	SdSF.na NordOvest	SdS F.na SudEst	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
SR1	nr. assistiti	159	74	97	20	48	40	39	50	527
	Tasso	2,93	2,55	3,62	2,36	1,55	1,62	2,41	1,61	2,38
SR2	N. assistiti	134	29	1		4	27	22	1	218
	Tasso	2,47	1,00	0,04		0,13	1,09	1,36	0,03	0,98
Totale assistiti Semiresidenziali		292	103	98	20	52	67	61	51	745

3R1 - Trattamenti erogati a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone terminali etc.);

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

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

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

4SR1 - Trattamenti Semiresidenziali e trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati;

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

*(fonte: archivio regionale D33Zb - D33Zb Anno 2023. Numero di assistiti semiresidenziali >= 75 anni per 1.000 abitanti per intensità di cura - estrazione Infoview del 05/02/2024)*

### **Ulteriori progettualità attivate sul territorio**

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

- **Progetto Home Care Premium**

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

- **Progetto regionale gravissime disabilità**

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

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

- **Progetti Demenze/Alzheimer**

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

Oltre alla rete dei servizi semiresidenziali e residenziali già attivi a livello locale le SdS, e laddove assenti le Zone Distretto, hanno aderito al progetto regionale per la sperimentazione di Caffè Alzheimer e l'Atelier Alzheimer.

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

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

- **Voucher domiciliari FSE**

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

- **POR FSE Demenze**

La Regione Toscana, con Decreto Dirigenziale n. 21776 del 25.10.2022, ha approvato l'Avviso pubblico "Sostegno ai servizi di cura domiciliare - bis" in continuità con la precedente iniziativa di sostegno alla domiciliarità per le persone con limitazione dell'autonomia e le iniziative per il potenziamento dei servizi di continuità assistenziale (Progetto FSC "SOSTEGNO SERVIZI CURA DOMICILIARE 2021, approvato e finanziato dalla Regione con il Decreto Dirigenziale n. 15118 del 16/08/2021.)

La SdS ha deciso di destinare il finanziamento alle seguenti azioni: 1) AZIONE 1 Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio per favorire l'accesso a servizi e prestazioni di carattere socio-sanitario di sostegno e supporto alla persona anziana o al disabile in condizioni di gravità al rientro a domicilio a seguito di una dimissione ospedaliera. 2) AZIONE 2 Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza per favorire l'accesso a servizi socio-assistenziali di sostegno e supporto alle persone con diagnosi di demenza, garantendo e incentivando la permanenza presso il proprio domicilio e contesto di vita. 3) AZIONE 3 - Ampliamento del servizio di assistenza familiare per

finanziare l'erogazione di contributi economici alla spesa per un "assistente familiare" regolarmente contrattualizzato ai fini di sostenere la domiciliarità dell'assistito 4) AZIONE 4 - Percorsi di assistenza ai minori disabili e ai loro familiari L'Azione finanzia l'accesso a servizi di carattere socio-assistenziale ai minori disabili e servizi di sostegno alle loro famiglie.

## **2.11 Disabilità**

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

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

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

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

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

- *il Progetto Non Autosufficienza < 65 anni*
- *il Progetto Vita Indipendente (regionale e ministeriale)*
- *il Progetto Gravissime Disabilità*
- *FNA dedicato alla SLA*
- *Dopo di Noi e Durante Noi (legge 112/2016)*
- *FSE Inclusione*
- *Assistenza Domiciliare Integrata*
- *Inserimento in struttura semiresidenziale o residenziale*
- *Integrazione scolastica: rapporto con le scuole ed ee.ll.*

- *Assistenza minori disabili in ambito scolastico*
- *Progetto Scuola - Servizio Sociale - Terzo Settore per l'inclusione sociale e lavorativa degli studenti con disabilità*
- *Accompagnamento assistito in favore di persone con disabilità*
- *Sportello tutela giuridica*
- *Progetto Indipendenza e Autonomia (InAut)*
- *Progetto SPIDER*
- *"Progetto attività motorie-sportive e/o di socializzazione Area Disabilità e/o Area Autismo"*
- *Progetto Demetra laboratorio botanico*

Preme sottolineare che anche in relazione alla disabilità, avrà uno specifico impatto con la necessità di avviare specifici percorsi formativi ai professionisti, con riferimento ai livelli organizzativi previsti dal DM 77/22 e PUA, diffuso su tutto il territorio: tali percorsi saranno finalizzati all'accoglienza del cittadino che segnala un bisogno e di informazione e orientamento della domanda al livello organizzativo successivo a quello dell'accesso.