

Rientrano nei LEA fin dal 2001, ma con il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502” trovano maggior definizione negli articoli 23, 31 e 38 comma 2.

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

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

Tabella3:Posti letto Hospice e Day-Hospice al 31.12.2024

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

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

Tabella 4: Numero utenti e giornate di assistenza Hospice residenziale Anno 2024

	SdS Firenze		SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VDN	SdS EVV
Struttura	Oblate	Istituto Prosperius	Campi B.zio	S. Felice a Ema	-	Fiore di Primavera	-	La Limonaia	San Martino
Nr. Utenti	286	317	150	237	-	229	-	216	225
Nr. Ammissioni	280	306	150	229	-	224	-	212	223
Nr. Dimissioni	281	309	136	232	-	221	-	212	221
gg. assistenza	3.078	5.563	2.418	2.975	-	4.021	-	3.268	2.522

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

- 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.

- **La continuità territorio-ospedale-territorio: COT**

La riforma della sanità territoriale introduce le Centrali Operative Territoriali (COT) con obiettivo quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dei percorsi dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, 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, socio-sanitari 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. (ogni SdS inserisca le Cot di afferenza 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 DM 77/22 prevedono l’implementazione di tale tecnologia connessa alla cronicità e alla fragilità.

- **NEA 116117**

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

2.4 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. Tale settore di programmazione 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.