

## ***Profilo dei Servizi - 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, sociosanitario 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.*

# Il Profilo dei servizi

## *Indice*

### *1. Quadro degli assetti organizzativi*

*1.1 Il supporto alla Zona Distretto*

*1.2 La sanità territoriale*

*1.3 I servizi socio-sanitari e socio-assistenziali*

### *2. Il Quadro dell’offerta*

*2.2. La Sanità Territoriale*

*2.3. Le Cure Palliative*

*2.4 Le Attività Consultoriali Territoriali*

*2.5 La Riabilitazione*

*2.5. La Salute Mentale Adulti*

*2.6 La salute Mentale Infanzia e Adolescenza*

*2.7 Il SerD*

*2.8 Il percorso per la non autosufficienza e per la disabilità*

*2.9 Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)*

# 1. Quadro degli assetti organizzativi

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

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

L'ambito territoriale della zona distretto "*Mugello*" è composto dai Comuni di Barberino del Mugello, Borgo San Lorenzo, Scarperia e San Piero, Dicomano, Vicchio, Firenzuola, Marradi, Palazzuolo sul Senio.

## 1.1. Il supporto alla Zona Distretto

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

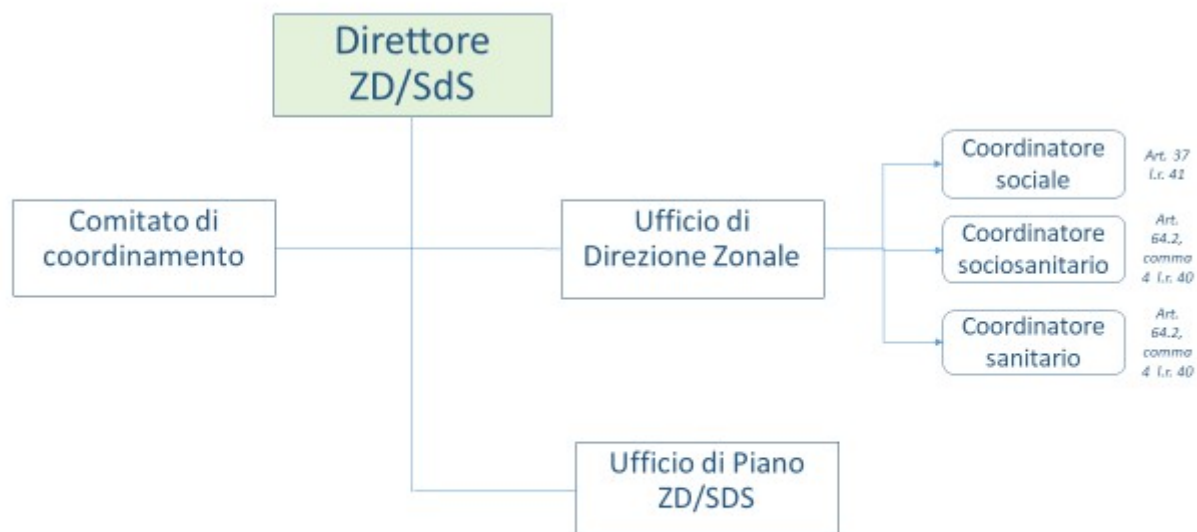
- comitato di coordinamento - costituito da 1 MMG, 1 PDF, 1 specialista ambulatoriale, 1 farmacista convenzionato, 1 rappresentante associazioni volontariato, 1 coordinatore infermieristico, 1 coordinatore tecnico prevenzione, i responsabili delle unità funzionali;
- ufficio di direzione zonale - composto da responsabili delle unità funzionali, 1 coordinatore infermieristico, 1 coordinatore riabilitatore, i coordinatori AFT, il coordinatore sociale;
- ufficio di piano (composto da personale asl e personale comuni, deputato alla elaborazione del PIS e del PIZ) che se costituita la SdS dovrebbe trovare spazio nella organizzazione SdS, se non costituita dovrebbe trovare spazio nella convenzione per l'integrazione socio sanitaria ex art. 71 bis.  
La DGRT 269/2019 individua composizione e funzioni dell'ufficio di piano zonale.
- coordinatore sanitario e coordinatore sociosanitario individuati dal direttore di ZD tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale per coadiuvarlo nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.

Laddove invece 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 della Società della Salute Mugello è la Dr.ssa Patrizia Baldassarri:

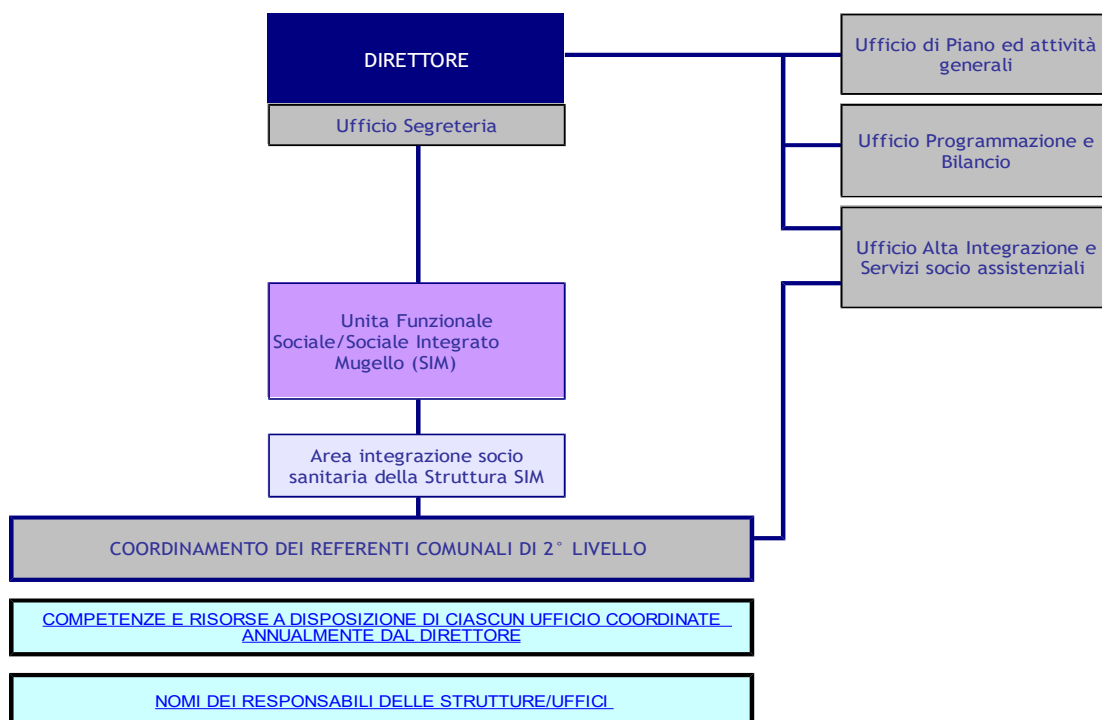
- a) è responsabile dell'attuazione e della verifica delle prestazioni sociali previste negli atti di programmazione zonale;
- b) coordina gli interventi previsti nella rete locale dei servizi;

c) fa parte dell'ufficio di direzione di cui all'articolo 64, comma 6, della l.r. 40/2005.



7

## DOTAZIONE ORGANICA SDS MUGELLO



Con la delibera n. 1635 del 28/11/2019 è stato modificato e rafforzato il gruppo di lavoro “Ufficio di piano aziendale”, costituito dall’azienda sanitaria per supportare gli uffici di piano delle SdS/Zone Distretto della Toscana Centro nella predisposizione dei Piani Integrati di salute (PIS) e dei Piani Operativi Annuali (POA), con particolare riferimento agli ambiti di programmazione per i quali è necessario rapportarsi con i Dipartimenti aziendali (Dipartimento Servizio Sociale, Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione, Dipartimento Servizi Infermieristici e Ostetrici, Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari, Dipartimento del Decentramento, Dipartimento della Prevenzione, Dipartimento della Medicina Generale, Dipartimento Emergenza e Area Critica, Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione, Dipartimento del Farmaco, Dipartimento Area Tecnica ecc.).

L’ufficio di piano Aziendale, oltre a garantire il “Coordinamento a livello di Azienda 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/Zone Distretto tra loro e con i Dipartimenti aziendali interessati dalla programmazione territoriale, sostiene la collaborazione, la trasversalità e la coerenza fra territori della Toscana Centro, lavora alla redazione di documenti comuni e garantisce il supporto dell’epidemiologia per la redazione dei profili di salute e la presenza di un unico esperto di budget e contabilità dell’azienda sanitaria.

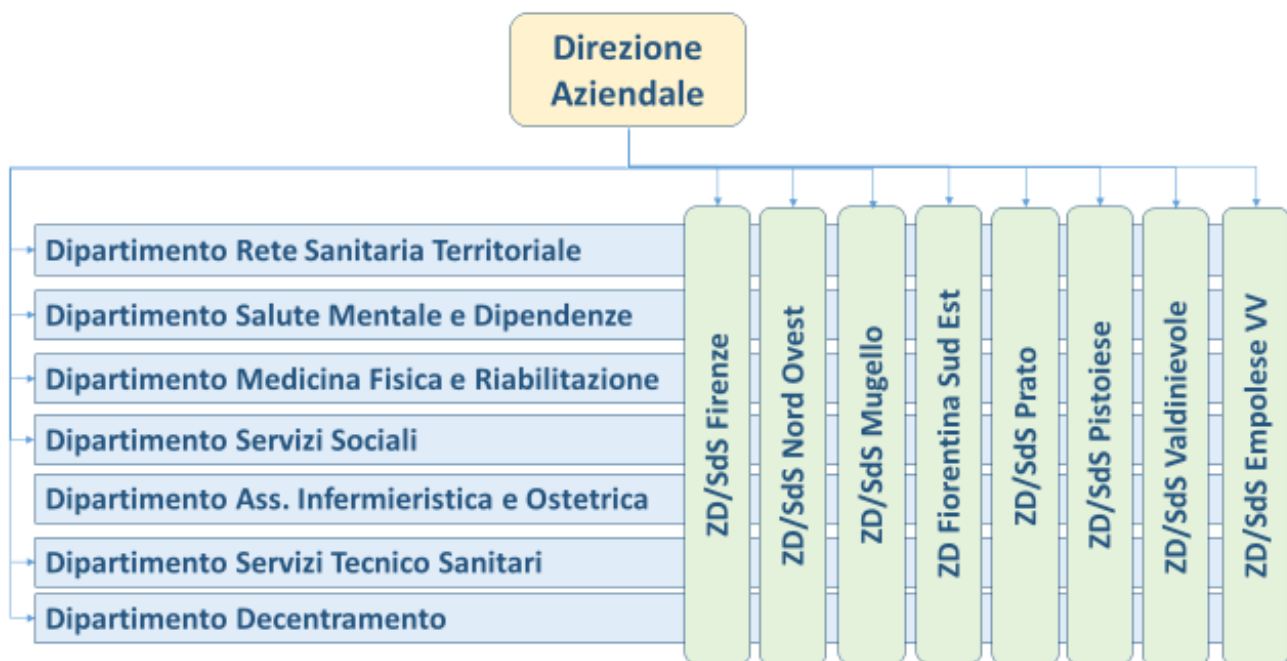
L’ufficio è composto da un rappresentante delle seguenti strutture organizzative: Staff della Direzione Generale; Direzione Servizi Sociali; SOC Monitoraggio e programmazione performance clinico assistenziale Prato, Pistoia, Empoli e relazioni con agenzie esterne; UFC Epidemiologia; SOC Controlling; SOC Servizi alle Zone-SdS.

## **1.2. La sanità territoriale**

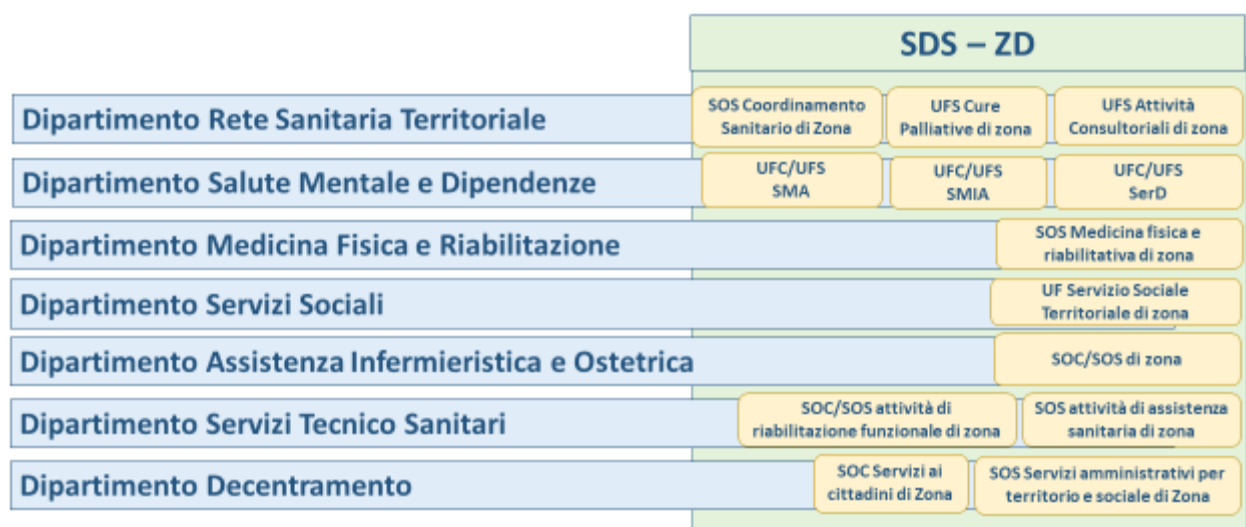
LR 40/2005 ss.mm.ii. art. 71 bis, comma 4, stabilisce che “fatto salvo quanto previsto al comma 3, lett c), **la gestione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale è esercitata dall’azienda sanitaria tramite le proprie strutture organizzative**, in attuazione della programmazione operativa e attuativa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

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

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



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



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

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

Il Coordinatore sanitario di cui sopra è il Dr. Piero Salvadori .

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

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

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

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

Il **Dipartimento dei Servizi Sociali** si articola in una struttura operativa complessa “SOC Programmazione e governo dei servizi sociali” e in tre aree, l’Area Qualità professionale a cui corrisponde la SOS Qualità professionale, l’Area Qualità delle prestazioni erogate dalle strutture a cui corrisponde la SOS Verifica qualità delle prestazioni erogate dalle strutture e l’Area Servizio Sociale Territoriale a cui corrisponde la SOS Servizio Sociale Territoriale. Quest’ultima si articola a sua volta in otto unità funzionali (UF) territoriali di valenza zonale. Per la SdS/ZD Mugello è prevista la UF Zona Mugello.

Il responsabile della UF zonale è un assistente sociale con incarico di Posizione Organizzativa di nomina aziendale che può coincidere o meno con il Coordinatore Socio-Sanitario previsto dall’art. 64.2 comma 4 della LR 40/2005 ssmmii (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 in due Aree, l’Area Programmazione e controllo risorse e l’Area Indirizzo, progettazione e monitoraggio a loro volte in strutture operative complesse (SOC) e semplici (SOS) di valenza zonale, sia con riferimento ai servizi infermieristici e ostetrici territoriali che ospedalieri (vedi organigramma Asl TC).

Il **Dipartimento Servizi Tecnico Sanitari** si configura come una struttura delle professioni sanitarie a valenza aziendale, dotata di autonomia gestionale e titolare di funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto. Il Dipartimento si articola in due Aree, l’Area Gestione Operativa e l’Area Indirizzo, progettazione e monitoraggio nonché in strutture operative complesse (SOC) e semplici (SOS) di valenza zonale, sia con riferimento alla riabilitazione funzionale, che all’assistenza sanitaria, alle attività tecniche della prevenzione, alle attività diagnostiche di laboratorio e per immagini (vedi organigramma Asl TC).

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



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

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

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

### **1.3. I servizi socio-sanitari e socio-assistenziali**

La Società della Salute Mugello è un ente diritto pubblico, costituita in forma di consorzio e dotata di personalità giuridica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica, attraverso la quale la Regione attua le proprie strategie di intervento per l’esercizio delle attività territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. La Società della Salute Mugello è costituita da dall’Azienda Toscana Centro e dai Comuni di Barberino del Mugello, Borgo San Lorenzo, Scarperia e San Piero, Dicomano, Firenzuola, Marradi, Palazzuolo e Vicchio e svolge oltre all’attività di programmazione anche l’attività di gestione dei servizi sociali delegati dai comuni sopra citati e dei servizi socio-sanitari ad lata integrazione (anziani non autosufficienti e disabili).I servizi sociali e sociosanitari sono garantiti da Strutture amministrative e specifiche strutture professionali - Sociale Integrato Mugello (SIM), e servizio infermieristico territoriale - composti da assistenti sociali comunali e dell'Azienda Toscana Centro e da infermieri professionali che rispondono ai bisogni dei cittadini in termini di appropriatezza delle prestazioni con un più efficace controllo della spesa pubblica.

La SdS ha come fine istituzionale non solo l’offerta di prestazioni ma anche la salute e il benessere sociale e si impegna a favorire la partecipazione alle scelte sui servizi socio-sanitari dei cittadini, attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative, coinvolgendo le energie positive presenti nella società civile, in particolare il volontariato e il Terzo Settore. Lo strumento fondamentale di programmazione della Società della Salute è il Piano Integrato di Salute (PIS), che si concretizza nella definizione delle linee politiche sociali e sanitarie a livello di zona-distretto, e che si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione.

## 2. Il Quadro dell'offerta

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

### 2.1. Cure Primarie: la Sanità Territoriale

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

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

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

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

<b>Assistenza sanitaria di base al 31/12/2019</b>	<b>ZD Sud Est</b>	<b>SdS Firenze</b>	<b>SdS Nord Ovest</b>	<b>SdS Mugello</b>	<b>SdS Pratese</b>	<b>SdS Valdinievole</b>	<b>SdS Pistoiese</b>	<b>SdS EVV</b>
Medici di Medicina Generale	129	321	179	50	190	80	119	160
Pediatri di Famiglia	20	46	28	7	30	16	19	29
AFT	5	8	5	2	7	3	5	7
Medici di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)	22	45	28	20	19	12	27	32
Sedi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)	7	10	7	6	5	4	7	7
Sedi di Assistenza Turistica	3				1		1	

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

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

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

La Sanità d’Iniziativa, inoltre, si caratterizza per la presenza di un team multi professionale (medici, infermieri, specialisti ecc.) in grado di integrare le proprie competenze specifiche attraverso un programma di interventi proattivi formalizzato all’interno di specifici percorsi (PDTA) utilizzando a questo scopo sistemi informatici

capaci in prospettiva di indentificare le persone con una determinata patologia cronica stratificarla per livello di rischio e valutare oltre alle condizioni di salute anche l'adesione alle raccomandazioni.

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

- **Assistenza domiciliare**

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

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

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

- **ACOT e continuità ospedale territorio**

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

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

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

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

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

- **Cure intermedie**

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

La DGRT 909/2017 ribadisce l'attribuzione territoriale delle cure intermedie e conferma l'obiettivo di garantire cure a pazienti post-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). Tariffa 154 euro.
- **SETTING 2 - residenzialità sanitaria intermedia (media intensità):** strutture residenziali extra ospedaliere a bassa complessità assistenziale (riferimenti normativi nella sezione D.7 dell'allegato A del "Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" DPRG 79/R del 2016). Tariffa 132 euro.
- **SETTING 3 - residenzialità assistenziale intermedia (bassa intensità):** attivato nelle RSA (DGRT 909/2017; DGRT 1596/2019). Tariffa 119 euro.

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

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

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

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

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

La Casa della Salute rappresenta un modello di Sanità territoriale mediante il quale i cittadini hanno a disposizione, nell'ambito della propria Zona distretto/SdS, una struttura polivalente in grado di rispondere ai principali bisogni di salute della popolazione attraverso una molteplicità di figure professionali (MMG, Pediatri di famiglia, medici specialisti, medici della continuità assistenziale, infermieri, assistenti sociali e personale amministrativo) che costituiscono il cardine della CdS stessa. L'integrazione professionale, infatti, rappresenta uno degli elementi fondanti della Casa della Salute e in genere prevede l'assistenza diretta alla persona (presa in carico e follow-up) la prevenzione e la promozione della Salute (Sanità d'iniziativa e progetto IDEA) e lo sviluppo di percorsi di integrazione socio-sanitaria (anziani non autosufficienti e disabili).

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

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

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

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

- **Self Management**

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

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

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

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

Progetto Idea	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Prates e	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
Seminari effettuati periodo 01/04/2019 – 31/12/2019	0	3	0	1	3	0	1	1
Seminari in programmazione nel 2020				4 (comuni di Firenzuola, Scarperia e San Piero, Barberino del Mugello e Dicomano)				

- **Assistenza ambulatoriale**

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

Sinteticamente, l'assistenza specialistica si articola in:



#### Attività diagnostica:

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

#### Attività clinica:

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

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

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

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

## 2.2. Le Cure Palliative

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

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

Le Cure Palliative:

- Includono la prevenzione, la diagnosi precoce, la valutazione globale e la gestione dei problemi fisici, tra cui il dolore e altri sintomi di sofferenza, disagio psicologico, sofferenza spirituale e bisogni sociali. Quando possibile, questi interventi devono essere basati sull'evidenza/prove.
- Forniscono il supporto per aiutare i pazienti a vivere più pienamente possibile fino alla morte, facilitando una comunicazione efficace, aiutando loro e le loro famiglie a determinare obiettivi di cura.
- Sono applicabili lungo tutto il decorso della malattia, in base ai bisogni del paziente.
- Vengono fornite in combinazione con terapie che intervengono sulla malattia ogniqualvolta necessario.
- Possono influenzare positivamente il decorso della malattia.
- NON INTENDONO affrettare né posporre la morte, affermano la vita e riconoscono il morire come un processo naturale.
- Forniscono il supporto alla famiglia e ai caregivers durante la malattia del paziente, e durante il loro lutto.
- Vengono somministrate nel riconoscimento e nel rispetto dei valori culturali e del credo del paziente e della famiglia.
- Sono applicabili in tutti gli ambiti di assistenza sanitaria (luogo di residenza e istituzioni) e in tutti i livelli (dal primario al terziario).
- Possono essere fornite da professionisti con formazione di base in cure palliative.
- Richiedono cure palliative specialistiche con un team multi-professionale a cui rinviare i casi complessi. IAHPC (International Association for Hospice and Palliative Care) 2018.

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

- **Consulenze di cure palliative** - Le consulenze per il controllo dei sintomi e la gestione del fine vita, la definizione del livello di assistenza e del setting più adeguato, vengono erogate principalmente ai reparti ospedalieri in collaborazione con l’Agenzia per la continuità ospedale Territorio (ACOT) e con i Medici di Medicina Generale, ma anche al domicilio e in RSA.
- **Cure palliative ambulatoriali** - Sul territorio dell’Azienda sono previsti ambulatori dedicati a pazienti ancora autosufficienti, per il controllo dei sintomi e la definizione del piano assistenziale.

- **Cure Palliative Precoci e Simultanee** - erogate in collaborazione con i MMG e gli specialisti. L'intervento precoce delle cure palliative ("early palliative care") non solo nelle patologie oncologiche ma in tutti i malati con patologie croniche degenerative in fase avanzata si sta sempre più affermando come un modello nuovo e più efficace di intervento: è in grado di migliorare la qualità di vita dei malati, di aumentare la loro consapevolezza rispetto alla situazione clinica e di supportarli nelle decisioni relative alle scelte terapeutiche nelle fasi avanzate di malattia e alla fine della vita, di garantire una maggiore appropriatezza delle cure, con una riduzione degli accessi in pronto Soccorso, dei ricoveri nei reparti per malati acuti e della mortalità in ospedale, con un conseguente miglioramento della qualità della vita del paziente.
  
- **Assistenza Domiciliare – Unità di cure palliative domiciliari** - Le cure palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale livello viene erogato dalle **Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari** che garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di 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 il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.
  - **Gli interventi di équipe specialistiche** multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.
  
- **Assistenza residenziale in Hospice** - L'hospice è un'articolazione della Rete assistenziale delle Cure Palliative che si può definire come una struttura specialistica di ricovero, che può accogliere

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

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

Le funzioni del **day-Hospice** sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno.

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

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

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

### **Prestazioni Cure palliative erogate nel 2018**

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

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

## **2.3. Materno Infantile: le Attività Consultoriali Territoriali**

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

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

Oltre alla tutela della salute della donna si prevede un potenziamento della rete consultoriale attraverso la riorganizzazione dei Consultori Giovani, anche mediante una ridistribuzione territoriale ed un potenziamento delle attività, in modo da sviluppare le attività di informazione ed educazione alla procreazione responsabile,

di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, di intercettazione e presa in carico del disagio giovanile e di avvio di un percorso di prevenzione infertilità in età adulta, anche maschile.

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

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

- **Procreazione responsabile**

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

- **Diagnosi prenatale**

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

- **Percorso nascita**

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

- **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

- **Percorso IVG**

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

- **Percorso Menopausa**

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

- **Prevenzione Oncologica**

Screening oncologici della sfera femminile, anche in collaborazione con ISPRO

- **Interventi mirati per la multiculturalità**

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

- **Progetto Persefone**

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

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

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

- **Progetto Mamma Segreta**

Il progetto nasce per prevenire l'abbandono alla nascita e sostenere le gestanti e le madri in gravi difficoltà garantendo a quest'ultime tutto il sostegno possibile da parte dei servizi territoriali e ospedalieri presenti sul territorio regionale. Obiettivo primario del progetto è la costruzione di un percorso di prevenzione e di tutela che permetta alla donna in difficoltà di affrontare con consapevolezza la propria situazione sia che decida di tenere il bambino sia che decida di non riconoscerlo, partorendo quindi in anonimato. La legge italiana garantisce infatti il diritto per tutte le donne, comprese le donne in condizioni di clandestinità, di partorire in anonimato gratuitamente ricevendo la necessaria assistenza sanitaria per loro stesse e per il bambino.

- **Medicina Di Genere**

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

È stata svolta attività di formazione in tutte le aziende ed è nato un ambulatorio sperimentale multidisciplinare (diabetologia, ginecologia, cardiologia) per la presa in carico nel post parto di donne che hanno avuto patologie della gravidanza che possono correlare con patologie croniche future, con scopo preventivo. Infine nell'ambito della continuità T-H-T è inserita la Rete del Codice Rosa coordinata dal dirigente medico responsabile delle attività consultoriali dell'Azienda Usl Toscana Centro.

Il Codice Rosa è un percorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate. Quando è rivolto a donne che subiscono violenza di genere si parla del "Percorso per le donne

che subiscono violenza" cd. Percorso Donna, mentre per le vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione è il c.d. Percorso per le vittime di crimini d'odio.

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

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

	<b>Zona Fiorentina Sud Est</b>	<b>SdS Firenze</b>	<b>SdS Nord Ovest</b>	<b>SdS Mugello</b>	<b>SdS Pratese</b>	<b>SdS Valdinievole</b>	<b>SdS Pistoiese</b>	<b>SdS Empolese Valdarno Valdelsa</b>
<b>Sedi consultoriali</b>	CONS. DI GRASSINA CONS. DI GREVE PRESIDIO DI IMPRUNETA CONS. TAVARNELLE CONS. INCISA CONS. PONTASSIEVE DISTR.SOCIO SANITARIO REGGELLO CONS. RIGNANO S.ARNO CONS. S.CASCIANO V.P. PRESIDIO DI FIGLINE VALDARNO	CONS. PALAGI CONS. CANOVA CONS. MORGAGNI LE PIAGGE (OSTERIA) CONS. D'ANNUNZIO CONS. CAMERATA	CONS. CALENZANO CONS. ROSSINI ALFA COLUMBUS CONS. SCANDICCI CONS. SESTO F.NO	CONS. BARBERINO M.LLO CENTRO POLIVALENT E BSL CONS. DICOMANO CONS. FIRENZUOLA CONS. MARRADI	CONS.. MONTEMURLO CONS. POGGIO A CAIANO CENTRO SALUTE DONNA PRATO CONS. VAIANO	C.S.S. LAMPORECCHIO CONS. MONSUMMANO T. C.S.S. MONTECATINI CENTRO SOCIO SANITARIO PESCIA	CONS. DI AGLIANA CONS. MONTALE CENTRO DONNA CONS. BOTTEGONE CONS. FORNACI CONS. QUARRATA CONS. SAN MARCELLO	CONS. LIMITE CONS. CASTELF.NO CONS. CERRETO CONS. CERTALDO CONS. EMPOLI CONS. FUCECCHIO CONS. MONTELUPO CONS. MONTESPERTOLI CONS. CASTELFRANCO CdS LE CAPANNE H DEGLI INFERMI CONS. P. EGOLA CONS. S. CROCE CdS GAMBASSI CdS VINCI

## 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 fisiatrici) e del Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari (professionisti della riabilitazione: fisioterapisti, logopedisti, educatori ecc.), con la collaborazione degli altri professionisti che possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo. Tali prestazioni sono LEA da ottemperare secondo quanto previsto dal DPCM 12/1/17 ed in Regione Toscana dalla DGR 595/05.

- **Percorsi riabilitativi territoriali ambulatoriali**

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

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

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

- **Percorsi riabilitativi territoriali domiciliari**

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

Alcuni interventi domiciliari di durata breve si configurano come counseling (addestramento dei caregiver, addestramento ausili ecc.) e risultano di grande efficacia in particolar modo nei percorsi di continuità

ospedale territorio. Nell'ambito dell'intervento domiciliare è possibile anche la presa in carico medico specialistica da parte del fisiatra della SoS MFR della Zona di riferimento.

- **Percorsi riabilitativi territoriali semiresidenziali e residenziali**

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

- **Attività Fisica Adattata (AFA)**

Si tratta di corsi indicati per patologie a carattere cronico promossi sul territorio della Società della Salute/Zone- Distretto, in cui si eseguono specifici programmi di esercizi elaborati e verificati dall'azienda sanitaria stessa. I corsi sono condotti da istruttori laureati in scienze motorie e/o fisioterapia e si dividono in 3 tipologie di corso a seconda del problema salute rilevato:

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

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

**REGIONE TOSCANA****Rilevazione attività AFA prevista dalla DGR n:903/2017**

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

Rilevazione alla data 31/12/2019

dati AFA	Zona Mugello
N. erogatori	12
di cui no profit	8
di cui for profit	4
N. punti erogazione	15
N. Comuni della Zona	8
N. Comuni in cui è attivata AFA	7
Copertura Comuni	87,50%
N. Corsi AFA A. *	32
N. Partecipanti Ai Corsi AFA A. **	514
N. Corsi AFA B. *	1
N. Partecipanti Ai Corsi AFA B. **	2
N. Corsi AFA C. *	5
N. Partecipanti Ai Corsi AFA C. **	38
POP >65 anni al 31.12.18	15606

**LEGENDA:**

\* La classificazione in tre tipologie (A, B, C) è stata definita dalla DGR n.903/2017

AFA A.: AFA per soggetti con autonomia funzionale conservata (all.A DGRT 1418/16)

AFA B.: AFA Otago, per soggetti con autonomia funzionale conservata e a rischio di caduta (DGRT 878/15)

AFA C.: AFA per soggetti con ridotta competenza funzionale (all.B DGRT 1418/16)

\*\*si tratta del numero di persone frequentanti i Corsi alla data di rilevazione o comunque alla data in cui si è svolta l'ultima sessione di attività fisica. Il dato è **OBBLIGATORIO in mancanza di questo dato si stimerà un numero medio di partecipanti a corso di 16**.

\*\*\* L'indicatore è calcolato:

AFA A. : n° Corsi x 1.000 abitanti &gt;65anni

AFA B. : n° Corsi x 15.000 abitanti &gt;65 anni

AFA C. : n° Corsi x 15.000 abitanti &gt;65 anni

- **Ausili e Presidi**

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

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

I dispositivi e l'assistenza tecnica e sanitaria forniti dal SSN sono specificati dal Nomenclatore dell'assistenza protesica, che è parte integrante dei Livelli essenziali di assistenza ed attualmente sono regolati dal DPCM 12/01/17. Trattandosi di un percorso sanitario ad alta valenza amministrativa, forte è l'integrazione fra Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa e Dipartimento del Decentramento. Il Dipartimento MFR è riferimento aziendale per la prescrizione e il collaudo di ausili complessi da inserirsi nel progetto riabilitativo individuale, che costituiscono il 30% degli ausili prescritti in azienda. Fornisce opera di sensibilizzazione verso i medici prescrittori afferenti agli altri Dipartimenti aziendali. È anche riferimento per il 100% della attività di riciclo, ricondizionamento e sanificazione. Le SOS di Medicina fisica e Riabilitativa operanti nei 4 ex ambiti territoriali si rapportano con i servizi amministrativi di Zona dedicati alla assistenza protesica, come previsto dal DPCM 12/1/17.

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

- **Ausili informatizzati per disabili**

Nella Zona Pratese, Pistoiese e Fiorentina operano 3 laboratori per ausili informatici e per la comunicazione. Questi laboratori sono riferimento pluri-zonale: LAAC Firenze per le 4 zone fiorentine, LZA Prato per la Zona pratese e per la Zona Empolese e Valdarno inferiore, Laboratorio per la comunicazione e l'apprendimento

Pistoia, riferimento per Pistoia e Valdinievole. Questi laboratori effettuano consulenze per la prescrizione ausili per la comunicazione e per la strutturazione di postazioni dedicate alle persone disabili in ambito lavorativo scolastico e domotico (sia hardware che software).

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

- **Ambulatori riabilitazione disabilità complessa**

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

- **Riabilitazione extra ospedaliera semiresidenziale e residenziale**

L'inserimento nelle strutture residenziali estensive (2° livello) o intensivi (1° livello) e semiresidenziali estensive, in attuazione della DGRT 1449/2019 e della DGRT 1449/17, dovrà essere disposto dalle UVMD nell'ambito del progetto di vita sulla base del progetto di vita riabilitativo personalizzato (PRTI) estensivo di durata semestrale elaborato dai professionisti del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione.

La Riabilitazione extra-ospedaliera residenziale e semiresidenziale ex art. 26 L.833/78 mdc 1,4,5,8 è variamente presente nelle Zone. In ambito fiorentino opera l'unica struttura ex art. 26 L. 833/78 mdc 1 (neurologico) a gestione pubblica (Villa il Sorriso) dedicata alle mielolesioni ed alle patologie neurodegenerative (SM). In ambito pistoiese opera per il privato accreditato Fondazione Turati mdc 1 (neurologico) e 8 (ortopedico). Le altre strutture Private accreditate ex art. 26 operano tutte nelle Zone fiorentine (Fondazione Don Gnocchi, CRI Torrigiani, Villa delle Terme, IFCA Ulivella-Glicini) mdc 1 neurologico, 4 respiratorio, 5 cardiologico e 8 ortopedico.

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

## 2.5. La Salute Mentale Adulti

La mission del servizio della Salute Mentale Adulti è quella di attuare interventi mirati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici in età adulta (>18 anni). Il Dipartimento e le UF SMA zonali assicurano la globalità degli interventi per la popolazione in età adulta per quanto concerne i disturbi psichici individuali o familiari, le patologie psichiatriche e il disagio psicosociale, operando in modo multiprofessionale attraverso il lavoro integrato di più figure professionali quali psichiatri, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali, operatori socio sanitari e operatori tecnici dell'assistenza.

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

La Salute Mentale Adulti opera con azioni rivolte:

- *alle persone con disagio psicopatologico*, per trattare la sofferenza psichica, favorire modalità sane di relazioni e l'aderenza al trattamento, promuovere stili di vita adeguati al mantenimento della salute e prevenire il rischio di ricadute. Per alcune tipologie di disagio quali i disturbi dello spettro schizofrenico, i gravi disturbi dell'umore, i disturbi di personalità e i disturbi del Comportamento alimentare

(DCA), oltre che per i pazienti con doppia diagnosi per dipendenza da sostanze, sono attivati interventi integrati multi-professionali e percorsi mirati;

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

Gli interventi attivati sono i seguenti:

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

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

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

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

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

- **Servizi Semiresidenziali**

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

- **Servizi Residenziali**

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

La Salute Mentale Adulti promuove e sostiene l'autonomia abitativa degli utenti in carico fornendo supporto assistenziale sia al loro domicilio che negli appartamenti supportati (abitazioni private in cui convivono due o più utenti).

- **Il progetto "Abitare Supportato" Salute Mentale**

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

AB. SUPP.	Sud Est	Firenze	Nord Ovest	Mugello	Prato	Pistoia	VDN	EVV
2016	0			2	19		36	17
2017	2			2	22		41	19
2018				2				

- **Servizi Domiciliari**

Oltre agli appartamenti supportati, l'UF SMA promuove e sostiene l'autonomia abitativa degli utenti in carico fornendo supporto assistenziale sia al loro domicilio, realizzando interventi di supporto a persone con problemi di salute mentale nello svolgimento delle azioni quotidiane legate alla gestione domestica e alla cura



di sé, favorendo il superamento dell'isolamento sociale e l'integrazione nei contesti abitativi di riferimento all'interno della comunità locale di appartenenza aiutandole a uscire dalla condizione di isolamento sociale. Le prestazioni di assistenza domiciliare vengono erogate in coerenza con il progetto di cura personalizzato della persona.

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

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

- **Interventi di rete territoriale**

La UF SMA sostiene con proprie risorse l'attivazione di progetti integrati con altri partner ai fini della prevenzione, della promozione della salute e dell'inclusività sociale: polisportive per l'integrazione sociale, gruppi teatrali, attività di musico-danza terapia, eventi sociali, ecc.. Questi interventi, oltre che essere offerti agli utenti, sono aperti alla partecipazione della popolazione generale con lo scopo di combattere lo stigma e contribuire a creare i presupposti per costruire una comunità inclusiva e competente e quindi meno vulnerabile al disagio psichico.

- **SMA in carcere**

Il Servizio Salute Mentale Adulti assicura la 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 reparto ospedaliero deputato al trattamento delle emergenze psicopatologiche in regime di ricovero, sia volontario che in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, è collocato all'interno dei presidi ospedalieri. Il ricovero rappresenta solo un momento dell'intervento complessivo di presa in carico ed è attuato in modo da garantire al paziente la continuità terapeutica con tutti gli altri luoghi di cura della UF SMA. A tal fine l'équipe curante (medici psichiatri, infermieri, oss) è la stessa che opera nelle strutture territoriali.

SPDC	Mugello
PL	4
DH	1

## 2.6. La Salute Mentale Infanzia Adolescenza

L'ambito di intervento della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza è quello relativo ai disturbi neuropsichici in età evolutiva (psichiatrici, neurologici e neuropsicologici) che interessano il 18-22% della popolazione generale in età da 0-17 anni.

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.

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 dell'utenza e della necessità di attuare modelli di presa in carico dinamici e modificabili, sulla base delle esigenze e bisogni emergenti.

I percorsi assistenziali sono organizzati tenendo conto dell'età e delle tipologie patologiche prevalenti (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.

Dal 2019 è stata istituita l'UFS Disturbi dell'Alimentazione, con valore sovra zonale, che garantisce a tutta l'Azienda la diagnosi e la presa in carico ambulatoriale intensiva dei Disturbi dell'alimentazione. Il Servizio non ha limiti di età.

	Sud Est	Nord Ovest	Firenze	Mugello	Prato	Pistoia	VDN	EVV
Nuovi accessi	605	832	1721 + 450 ccg	234	1145	623	410	830
Presi in carico					3211	2934		2415
Alunni con cert104	2936				1167	1712		912
104 gravità	1173				405	676		318

- **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.

L'invio ai servizi avviene principalmente attraverso:

- Tramite accesso diretto, anche per mezzo dei Centri Consulenza Giovani (Servizi a bassa soglia della UFC SMIA Firenze)
- Direttamente da parte delle SOC di Pediatria, attraverso la prenotazione su agenda dedicata, per il follow-up neonatologico che si svolge in collaborazione con la SOC di Pediatria, presso il reparto ospedaliero.
- Attraverso il CUP Aziendale per le situazioni urgenti (tramite il numero verde del Fast Track) e per gli altri livelli di priorità tramite gli altri canali di prenotazione
- Tramite FAST TRACK anche per i Percorsi integrati con i pediatri di famiglia per la diagnosi precoce in attuazione della DGRT 699/2009 relativa al rapporto con i Pediatri di famiglia per l'individuazione precoce dei disturbi del neuro-sviluppo.

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

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

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'UF SMIA 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 disciplinate dal D.Lgs. 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'UF SMIA con modalità e durata non 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. 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. Sono attualmente presenti 2 strutture residenziali terapeutiche per adolescenti a media intensità (convenzionate), e 1 è in corso di convenzionamento. Sono inoltre previste per l'anno 2020 tre nuove strutture residenziali a bassa intensità.

Per quanto riguarda la risposta semiresidenziale, è presente un Centro Diurno convenzionato per adolescenti con problematiche psicopatologiche gravi (San Miniato), e strutture semiresidenziali riabilitative per minori con autismo (Prato, Pistoia e Firenze) e per disabilità intellettive e motorie (Pistoia e Firenze).

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

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

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

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

Con riferimento ai disturbi del comportamento alimentare è stata costituita nel Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda Usl Toscana Centro, in continuità fra SMA e SMIA, la "UFS Disturbi dell'alimentazione" (v Pag.) 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.

## **2.7. Le Dipendenze**

I Servizi per le Dipendenze rispondono ai bisogni di quelle fasce di popolazione, sia giovanile che adulta, che presentano disturbi da uso di sostanze stupefacenti e psicotrope legali (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) che forniscono trattamenti in regime residenziale e si articolano in diverse tipologie a seconda del bisogno prevalente;
- dai Servizi semi-residenziali (centri diurni) che forniscono trattamenti riabilitativi e risocializzanti durante alcune ore della giornata.

Nell'Azienda Usl Toscana Centro opera una rete capillare di **servizi per le dipendenze (Ser.D)** che assicurano interventi e prestazioni nei singoli ambiti territoriali con accesso diretto alle cure e garanzia dell'anonimato, in

un'ottica di integrazione multidisciplinare, attraverso équipe multiprofessionali composte da psichiatri, tossicologi, psicologi, educatori, infermieri, personale di riabilitazione, operatori socio sanitari, assistenti sociali ed altri operatori dell'area socio-sanitaria.

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

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

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

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

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

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

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

- **I programmi di prevenzione**

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

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

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

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

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

Appartamenti abitare supportato Dipendenze	Zona Fiorentina Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS Empolese Valdarno Valdelsa
Anno 2018			1	1	1	1		7

- **Inserimenti socio terapeutici in ambito lavorativo**

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

- **Ser.D. in carcere**

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

***Presa in carico Dipendenze per percorso – anno 2018***

	Zona Fiorentina Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS Empolese Valdarno Valdelsa
<b>TD</b>	424	1.919	636	236	1.164	434	563	629
<b>Alcool</b>	138	703	177	126	293	167	143	304
<b>GAP</b>	19	213	65	13	182	47	56	87

<b>Tabagisti</b>	105	218	44	81	236	29	46	50
<b>Altri</b>	12	64	21	13	70	35	94	31
<b>TOT</b>	698	3.001	943	469	1.945	712	902	1.166

## 2.8. I percorsi per la Non Autosufficienza e la Disabilità

La presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della persona con disabilità costituisce la parte centrale dei due macro percorsi diagnostico terapeutico socio assistenziali (PDTAS) che coinvolgono dipartimenti aziendali, le Società della Salute / Zone Distretto e, in alcuni casi, gli enti locali (Comuni e Unioni dei Comuni).

Il soggetto pubblico deputato alla organizzazione ed alla gestione dei servizi dedicati agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità, a detenere la responsabilità dei PDTAS in questione e ad essere destinatario delle risorse regionali dedicate è la Società della Salute / Zona Distretto. In particolare, nel contesto della Toscana Centro, sono le sette SdS Firenze, Fiorentina Nord Ovest, Mugello, Pistoiese, Pratese, Valdinievole, Empolese Valdarno Valdelsa e la Zona Distretto Fiorentina Sud Est attraverso la Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio sanitaria ex art. 70 bis l.r. 40/2005 ss.mm. ii..

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

### 2.8.1 Non Autosufficienza

Con Legge Regionale n. 66/2008 *"Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza"* e con la DGRT 370/2010 *"Approvazione progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente"* la Regione Toscana ha delineato le linee guida per l'assistenza alle persone non autosufficienti implementando nuove forme di assistenza e potenziando quelle già attive, con l'obiettivo di realizzare un sistema di assistenza di tipo universalistico che consenta il pieno riconoscimento dei diritti di cittadinanza e prestazioni socio-sanitarie appropriate al bisogno della persona anziana o disabile attraverso i seguenti strumenti:

- Accesso attraverso i ["Punti insieme"](#), presenti su tutto il territorio, che garantiscono accoglienza, informazione, orientamento alle diverse opportunità e tipologie di assistenza.
- La costituzione di Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) in ogni ambito zonale;
- Il piano personalizzato di assistenza (PAP), nel quale sono individuati gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non



autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni sociosanitarie da erogare, in condivisione con la persona e la famiglia.

**L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)** è l'équipe multiprofessionale deputata alla valutazione del bisogno della persona non autosufficiente, attraverso strumenti di valutazione multidimensionale delle condizioni della persona, sia dal punto di vista sanitario che sociale, ed all'elaborazione dei Piani di Assistenza Personalizzati (PAP). La UVM, costituita in ogni SdS/Zona distretto, 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 Società della Salute Mugello organizza la propria attività, ai sensi della L.R. 66/2014 e successive deliberazioni regionali così come declinata nel proprio regolamento di accesso ai servizi di cui alla deliberazione dell'Assemblea n. 1/2015 modificata con deliberazione dell'Assemblea n. 1/2020.

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

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

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

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

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

A seguito della riforma sanitaria toscana e della costituzione dell'Azienda Usl Toscana Centro si è reso opportuno creare sinergie e collaborazioni tra dipartimenti aziendali e le Società della Salute / Zone

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

Questo lungo processo ha portato ad un primo risultato con la deliberazione 1460 del 24/10/2019 "Profili di armonizzazione dei nove "Progetti per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" attuati nelle SdS/ZD dell'Azienda Usl Toscana Centro- approvazione", costruita e condivisa con le direzioni zonali e delle Società della Salute.

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

- a) area della domiciliarità;
- b) area della semiresidenzialità;
- c) area della residenzialità (permanente e/o temporanea e di sollievo);

**a) Area della Domiciliarità**

Gli interventi per l'area della domiciliarità sono:

- ***contributi per 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.

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 socio-assistenziale, e consiste in un insieme di servizi e interventi socio sanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione. Avviene attraverso prestazioni fornite da diversi professionisti (medici, infermieri, operatori socio sanitari (OSS), fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.).
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): prevede la presenza periodica (settimanale, quindicinale, mensile) del medico di medicina generale al domicilio dell'assistito non ambulabile.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**b) Area della semiresidenzialità**

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

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

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

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

L'inserimento può essere:

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

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

- MODULO BASE residenziale - La combinazione media intensità assistenziale/ media complessità organizzativa corrisponde a strutture organizzate con modulo per la non autosufficienza stabilizzata. Durata in base al piano di assistenza.

- MODULO BASE semi- residenziale. Il “Centro Diurno” è una struttura che si propone come intervento alternativo al ricovero e come supporto ai nuclei familiari che si occupano quotidianamente della persona non autosufficiente stabilizzata.
- MODULO BIA - La combinazione bassa intensità assistenziale/bassa complessità organizzativa corrisponde a strutture organizzate con modulo BIA (Bassa Intensità Assistenziale), un modulo di residenza assistenziale per anziani destinato a rispondere al bisogno di assistenza meno complesso.
- MODULI SPECIALISTICI - Le combinazioni alta intensità assistenziale/alta complessità organizzativa corrispondono a strutture organizzate rispettivamente con i seguenti moduli specialistici:
  - disabilità di prevalente natura motoria per persone che, in fase post-acuta e/o post ospedaliera necessitano di un intervento finalizzato al recupero di un migliore livello funzionale (es. esiti di ictus, parkinson, fratture).
  - disabilità cognitivo comportamentale residenziale per persone con demenza e con gravi disturbi del comportamento in fase acuta (agitazione psicomotoria, aggressività eterodiretta e insonnia). La Durata è quella prevista dal piano assistenziale individuale, in cui devono essere indicate obbligatoriamente le valutazioni periodiche da effettuarsi sugli obiettivi posti dal piano stesso.
  - disabilità cognitivo comportamentale semiresidenziale Il Centro Diurno è un luogo che per sua natura assolve una duplice finalità: quella di presa in carico di anziani con disturbi cognitivi e del comportamento, sulla base dei potenziali residui espressi, e quella di accoglienza temporanea e di sollievo per la famiglia. Durata in base al piano di assistenza.
  - stati vegetativi permanenti stabilizzati – terminali per persone completamente dipendenti anche per l'alimentazione, spesso nutrite in modo artificiale, con grave e persistente compromissione dello stato di coscienza, autonome nella funzione respiratoria.
  - Cure intermedie in RSA setting 3 di cui alle DGRT n. 909/2017 e 1596 del 16/12/2019.

L'accordo regionale per la libera scelta regola i rapporti tra Usl, SdS e gestori esclusivamente per i moduli base e lascia al governo di parte pubblica la responsabilità di orientamento e pianificazione per l'utilizzo dei posti di natura specialistica e dei posti in ambito semi-residenziale.

La deliberazione 1786 del 19/12/2019 “Pianificazione strategica dei posti letto di Cure Intermedie e RSA e ripartizione moduli specialistici” individua l'offerta complessiva dell'Azienda Usl Toscana Centro da raggiungere gradualmente nel prossimo triennio per poter migliorare il livello dei servizi per le persone anziane non autosufficienti.

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

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

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

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

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

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

#### **d) Ulteriori progettualità attivate sul territorio**

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

- **Progetto Home Care Premium**

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

- **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 per le specifiche esigenze dell'individuo.

- **Voucher domiciliari FSE**

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



- **Pronto Badante**

Il progetto regionale sperimentale “Pronto Badante” garantisce, attraverso soggetti del terzo settore, un’attività di orientamento e sostegno per le famiglie che per la prima volta si trovano ad affrontare l’emergenza di gestire in famiglia un anziano fragile. I positivi risultati conseguiti della sperimentazione consentono di confermare e dare stabilità nel futuro alle azioni intraprese, con una sempre maggiore integrazione coi percorsi volti a favorire la domiciliarità degli anziani

## 2.8.2 Disabilità

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

In coerenza con le DGRT 1449/2017 e 1642/2019, e con la normativa nazionale, un ruolo centrale per la presa in carico della persona disabile viene rivestito dalle **Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD) zonale**, deputata alla valutazione ed alla predisposizione del Progetto di vita della persona disabile. Un primo passo verso l’attuazione della DGRT 1449 è stato fatto proprio attraverso la costituzione formale in tutte le SdS/ZD delle UVMD zonali, come recepito nella deliberazione aziendale n. 1644 del 06/12/2019.

ZD/SdS	Componenti fissi UVMD			
	Coordinatore	Medico del Distretto	Assistente sociale	Amministrativo
SdS Mugello	Geri Toccafondi	Titolare: Geri Toccafondi	Titolare Annalisa Carpini; Sostituta Stefania Marulli	Titolare Simona Arrighini; Sostituto: Francesca Pintus

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

- **Il Progetto Non Autosufficienza < 65 anni**

La parte del Fondo regionale per la Non Autosufficienza destinato a soggetti disabili di età inferiore ai 65 anni riguarda progetti esposti anche singolarmente nella presente relazione come ad esempio 'Vita Indipendente', e mira a fare in modo che le persone disabili possano essere supportate da un contributo mensile destinato all'assunzione di un assistente personale, per poter espletare la loro più piena autonomia. La criticità sta nel fatto che ormai dal suo nascere il progetto non ha avuto implementazione di risorse, con permanenza nella lista di attesa di un numero di persone che sarebbe auspicabile poter soddisfare. L'altro e più recente progetto specifico coperto dalla risorse del FNA riguarda le Gravissime Disabilità, ed è destinato allo stesso scopo di Vita Indipendente, ma per casi molto gravi e determinati dal punto di vista sanitario: anche in questi contesti, infatti, è stato riconosciuto il pieno diritto dei soggetti ad essere sostenuti per l'esercizio delle loro funzioni essenziali.

- **Il Progetto Vita Indipendente (regionale e ministeriale)**

Si tratta di un progetto regionale che si sostanzia nella possibilità di concedere un finanziamento ad una persona adulta con gravi disabilità per realizzare un'assistenza personale autogestita, attraverso la libera scelta e la conseguente assunzione con regolare contratto di lavoro, di un assistente personale, formato e retribuito sulla base delle proprie necessità individuali. Il progetto prevede azioni correlate all'assunzione di un assistente personale che riguardano la cura personale (alzarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc), l'assistenza personale (nelle attività domestiche, sul lavoro, per lo studio, ecc) e gli interventi per l'accessibilità e la mobilità (spostamenti, commissioni, uscite, ecc). Per l'individuazione dell'assistente personale la persona disabile può fare ricorso a personale privato o personale di cooperative sociali o associazioni, mentre non è prevista - fatti salvi casi particolari ed eventualmente solo in via eccezionale e del tutto transitoria - la possibilità di assumere parenti ed affini. I destinatari del progetto sono le persone con disabilità grave fisicomotoria, che esprimono la volontà di rimanere nel proprio domicilio e che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale, finalizzato alla conduzione di una normale vita personale e familiare. I requisiti specifici

richiesti sono l'età superiore ai 18 anni, una condizione di disabilità fisicomotoria e/o sensoriale grave, non correlata a deficit cognitivi, con certificazione di gravità ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge n. 104/92. Gli interessati ad accedere al contributo dovranno presentare il proprio progetto ogni anno nel periodo in cui è pubblicato l'avviso per la presentazione. Il progetto dovrà essere redatto in apposito modulo come da indicazioni del bando e presentato ad uno dei Punti Insieme della Zona Sociosanitaria di residenza che successivamente provvederanno ad inoltrare la richiesta all'UVM per la valutazione. I soggetti che stanno già beneficiando del contributo di Vita Indipendente verranno valutati in ordine cronologico di presentazione della domanda ed avranno priorità rispetto ai nuovi utenti. L'erogazione del finanziamento dei progetti ritenuti ammissibili avverrà sulla base dell'ordine cronologico di presentazione della domanda e sulla base delle risorse disponibili.

- **Il 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.

- **Dopo di Noi (legge 112/2016)**

Prevede un programma triennale di servizi tesi all'autonomia delle persone disabili (dal co-housing a laboratori per la simulazione di una vita indipendente, ad esperienze di week end, settimanali o mensili fuori dalla propria abitazione o dalla struttura, ecc). Lo stesso ha avuto inizio a giugno 2018, attraverso una coprogettazione con il terzo settore, in risposta a un avviso non competitivo della Regione, ed avrà la durata di 3 anni. Vengono realizzate azioni di co-housing e le prime esperienze di autonomia diurna-laboratoriale e di fine settimana.

- **FSE Inclusione (occupabilità disabili e sma)**

Oltre alle azioni messe in atto con il progetto SdS degli Inserimenti Socio-Assistenziali, normati dal Regolamento del sistema zonale dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, l'obiettivo dell'avvicinamento degli utenti in condizione di svantaggio sociale e di fragilità è stato perseguito negli ultimi anni attraverso due progetti europei. Il primo, conclusosi alla fine del 2018, denominato A.L.I., Autonomia, Lavoro, Inclusione, ha avuto come destinatari soggetti con disabilità psichiche in carico ai servizi sanitari, ed ha visto nella nostra zona lo svolgimento di tirocini lavorativi superiori a sei mesi di ca 20 persone. Il secondo, denominato CO.MU (Crescita Occupazione Mugello), è attualmente in corso ed è destinato a soggetti fragili. Lo stesso va comprendendo anche azioni di

orientamento e formazione, preliminari e contestuali agli inserimenti lavorativi, con l'obiettivo dello svolgimento degli stessi per ca 25 persone, e l'assunzione a tempo determinato per almeno tre di essi. Si tratta di metodologie di collaborazione pubblico-privato in partenariato di progetto, che vanno ampliando la rete dei servizi a supporto dell'occupabilità sul territorio.

- **L'Assistenza Domiciliare Integrata** - Nel progetto assistenziale individualizzato autorizzato dalla Commissione Territoriale Assistenza possono essere previsti i seguenti interventi:
  - Sostegno per l'igiene e la cura della persona;
  - Sostegno per l'igiene della casa e degli indumenti;
  - Sostegno per una corretta deambulazione e aiuto nell'utilizzo di ausili;
  - Accompagnamento per visite mediche o altre necessità quando ritenuto indispensabile dalla Commissione;
  - Preparazione e aiuto nella somministrazione dei pasti nei casi ritenuti gravi dalla Commissione.

Per gli interventi è prevista la compartecipazione al costo dell'assistenza domiciliare in base all'ISEE estratto del solo assistito (deliberazione della Giunta Regione Toscana n. 385/2009), come specificato nell'allegato B della TABELLA SCAGLIONI ISEE visibile in Servizi Offerti.

- **L'inserimento in struttura semiresidenziale o residenziale** - L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) definisce nel Piano di Assistenza Personalizzato (PAP) l'inserimento di disabili accertati ai sensi della L.104/92 residenti nel territorio della SDS Mugello, in Strutture Residenziali in modo temporaneo (massimo 60 giorni annui) o permanente. A seguito del PAP la persona è inserita nella graduatoria zonale unica.

Per l'inserimento effettivo occorre compilare i moduli:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dell'assistito e/o amministratore di sostegno;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei tenuti agli alimenti;
- eventuale domanda di contributo alla S.d.S. per il pagamento della quota sociale.

L'inserimento nella strutture residenziali avviene quando l'assistito è primo in graduatoria e si libera una quota sanitaria. La quota sanitaria è a carico del servizio sanitario nazionale. L'assistito e/o l'amministratore di sostegno può decidere liberamente la struttura in cui essere inserito purché vi sia un posto disponibile.

Se l'assistito ha richiesto la compartecipazione alla SdS per la quota sociale l'inserimento potrà avvenire solo se è stata presentata tutta la documentazione richiesta nei moduli sopra indicati.

Documenti necessari per chi chiede il contributo al pagamento della retta sociale:

- ISEE estratto dell'assistito
- Dichiarazione di altri redditi non soggetti ad IRPEF di natura previdenziale ed assistenziale (esempio: assegno sociale, assegno d'accompagnamento)

L'assistito o l'amministratore di sostegno paga la retta sociale di propria competenza alla RSA. La SdS provvederà al pagamento dell'eventuale contributo per la retta sociale direttamente alla RSA.

#### **ELENCO DELLE RSA DELLA ZONA MUGELLO**

<b>RSA</b>	<b>COMUNE</b>
<b>S. FRANCESCO</b>	<b>SCARPERIA (FI)</b>
<b>GIOTTO</b>	<b>BORGIO S LORENZO (FI)</b>
<b>VILLA SAN BIAGIO</b>	<b>DICOMANO (FI)</b>
<b>VILLA VAL VERDE</b>	<b>FILIGARE - FIRENZUOLA</b>
<b>VILLA LE ORTENSIE</b>	<b>COVIGLIAIO - FIRENZUOLA</b>
<b>SS. ANNUNZIATA</b>	<b>FIRENZUOLA (FI)</b>
<b>VILLA ERSILIA</b>	<b>MARRADI (FI)</b>
<b>S. GIUSEPPE</b>	<b>- RONTA - BSL</b>
<b>PALAZZUOLO residenti</b>	<b>PALAZZUOLO (FI)</b>
<b>PALAZZUOLO non residenti</b>	<b>PALAZZUOLO (FI)</b>
<b>BEATO ANGELICO RSA</b>	<b>BORGIO SAN LORENZO (FI)</b>
<b>IL GIRASOLE residenziale</b>	<b>BORGIO SAN LORENZO (FI)</b>
<b>IL GIRASOLE notturno</b>	<b>BORGIO SAN LORENZO (FI)</b>

- **Integrazione scolastica: rapporto con le scuole e ee.II. -**

Nel Progetto Educativo Individualizzato (PEI) autorizzato dalla Commissione Territoriale Assistenza possono essere previsti i seguenti interventi:

- Attività di accompagnamento e socializzazione per l'inserimento nell'ambiente scolastico;
- Supporto e sostegno alla persona nella propria cura, nella gestione delle attività e degli spazi scolastici;
- Supporto negli interventi socio educativi nel percorso scolastico.

Il servizio favorisce l'integrazione scolastica dei minori disabili accertati ai sensi della Legge n. 104/92. Le attività si svolgono prevalentemente presso la scuola del disabile, in orario scolastico, secondo le modalità e i tempi stabiliti nel progetto individualizzato.

## **2.9 Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)**

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

favore di coloro che vengono a trovarsi in situazioni di emergenza sociale (L. 328/2000 art. 22, comma 4).

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

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

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

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