

# Il Profilo dei servizi

## Indice

### Introduzione

#### 1. Il 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

*2.1 Le cure primarie: la sanità territoriale*

*2.2 Le cure palliative*

*2.3 Il settore materno infantile: le attività consultoriali territoriali*

*2.4 La riabilitazione territoriale*

*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)*

*2.10 I percorsi per minori e famiglie*

*2.11 L'inclusione sociale: il Reddito di cittadinanza*

Il presente documento è stato redatto dall'Ufficio di Piano della Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, in collaborazione con il Gruppo di lavoro "Ufficio di Piano Aziendale" dell'Azienda USL Toscana Centro

## Introduzione

La deliberazione della Giunta Regionale n. 1339/19 prevede che il Profilo dei servizi, che ogni Società della Salute/Zona Distretto è tenuta a redigere come parte integrante del Piano Integrato di Salute (di seguito PIS), è composto da due parti: il Quadro degli assetti organizzativi e il Quadro dell'offerta.

Il Quadro degli assetti organizzativi costituisce la prima parte del Profilo dei servizi, dedicata alla rappresentazione dell'assetto organizzativo dell'ambito territoriale e articolata in:

sanità territoriale, organizzata attraverso la zona-distretto;

- socio-sanitario, organizzato attraverso la Società della Salute o la convenzione sociosanitaria;
- socio-assistenziale, organizzata attraverso la Società della Salute o la convenzione sociosanitaria (qualora presente il modulo facoltativo socioassistenziale) e/o attraverso gli enti locali in forma singola o associata (unione dei comuni o convenzione sociale).

Per ciascuna articolazione devono essere riportate le informazioni relative alle singole strutture organizzative: denominazione, competenze, dotazione organica<sup>1</sup>.

Il Quadro dell'offerta di servizi è la seconda parte del Profilo dei servizi, dedicata alla rappresentazione delle tipologie dei servizi offerti in materia di sanità territoriale, socio-sanitario e socio-assistenziale (secondo le definizioni tratte dalle griglie propedeutiche della deliberazione della Giunta Regionale n. 573/17).

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 di utenti su base annua, volumi e tipologie dell'offerta ambulatoriale/assistenziale, intermedia, domiciliare, semi-residenziale e residenziale)<sup>2</sup>.

Si tratta di una prima rappresentazione dell'organizzazione della zona e dei servizi e delle prestazioni offerte che non sarà in grado di rappresentare la ricchezza l'offerta presente sul territorio zonale, ma che va oltre a quanto indicato dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1339/19, che in relazione alla sperimentazione delle linee guida regionali stabiliva che in prima applicazione sarebbe stato sufficiente *“limitarsi a rappresentare le tipologie dei servizi offerti, indicando i principali dati di attività.”*

---

<sup>1</sup> In fase di prima applicazione può limitarsi a rappresentare la macro-organizzazione dell'ambito territoriale.

<sup>2</sup> In fase di prima applicazione può limitarsi a rappresentare le tipologie dei servizi offerti indicando i principali dati di attività.

## 1. Il 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 delle Zone Distretto l'integrazione socio-sanitaria viene realizzata attraverso le Società della Salute (artt. 71 bis e 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 cittadini residenti (dato Istat al 01/01/2018) ed è suddiviso in otto zone distretto, in sette delle quali è stata istituita la Società della Salute.

L'ambito territoriale della Zona Distretto Fiorentina Nord Ovest è composto da sette Comuni: Calenzano, Campi Bisenzio, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa e Vaglia.

Tab. 1 - Gli abitanti della Zona Fiorentina Nord Ovest distinti per comune

Comuni	% sul Tot. Pop.al 1/1/2018	Di cui:	0-3	0-14	15-24	15-64	over 65	stranieri	n.famiglie
Scandicci	24,27%	50645	1462	6355	4584	30251	14.039	5259	21062
Lastra	9,73%	20308	670	2752	1918	12934	4622	2507	8035
Signa	9,06%	18901	650	2.902	1765	12.020	3979	2457	7037
Campi B.zio	22,38%	46696	1656	7108	4467	30040	9548	9316	16721
Calenzano	8,58%	17914	632	2497	1468	11070	4347	1406	6678
Sesto F.no	23,52%	49091	1465	6476	4253	29648	12967	4751	20125
Vaglia	2,46%	5134	142	590	463	3223	1321	331	2244
<b>Tot. zona =</b>		<b>208689</b>	<b>6677</b>	<b>28680</b>	<b>18918</b>	<b>129186</b>	<b>50823</b>	<b>26027</b>	<b>81902</b>

Fonte: dato Istat al 01/01/2018

### 1.1 Il supporto alla Zona Distretto

Come da previsione normativa, il Direttore della Società della Salute coincide con il Direttore della Zona Distretto, con funzioni però parzialmente diverse: gestione delle attività sanitarie territoriali, come Direttore della Zona Distretto, dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, come Direttore della Società della Salute. E' evidente che in ambito socio-sanitario le funzioni della Società della Salute e della Zona Distretto tendano a sovrapporsi.

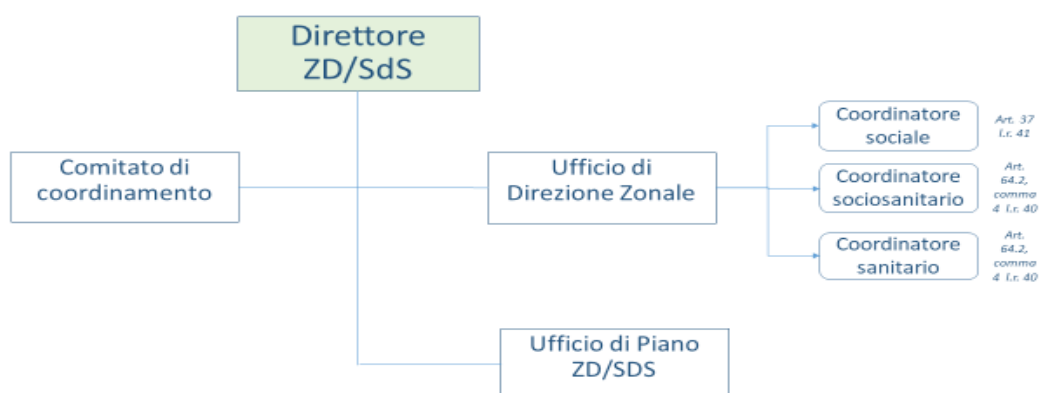
L'art. 64.2 della legge regionale n. 40/05, e ss.mm.ii. ("*Struttura a supporto del direttore di zona*"), prevede la costituzione dei seguenti organismi /uffici:

- un comitato di coordinamento, costituito da un MMG, un PDF, uno specialista ambulatoriale, un farmacista convenzionato, un rappresentante delle associazioni di volontariato, un coordinatore infermieristico, un coordinatore tecnico della prevenzione e dai responsabili delle unità funzionali;
- un ufficio di direzione zonale, composto da un coordinatore infermieristico, un coordinatore riabilitatore, dai coordinatori AFT, dal coordinatore sociale e dai responsabili delle unità funzionali;

- un ufficio di piano, la cui composizione e le cui funzioni sono state definite con la deliberazione della Giunta Regionale n. 269/19;
- un coordinatore sanitario e un coordinatore socio-sanitario, individuati dal Direttore tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale per coadiuvarlo nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.

L'art. 37 della legge regionale n. 41/05, e ss.mm.ii., prevede poi la figura di un coordinatore sociale individuato tra le professionalità sociali presenti, comprese anche quelle afferenti alla stessa Società della Salute o agli enti consorziati.

Allo stato attuale nell'ambito della Società della Salute Fiorentina Nord Ovest sono stati costituiti l'ufficio di direzione zonale (decreto del Direttore n. 13/19)<sup>3</sup> e l'Ufficio di Piano (decreto del Direttore n. 46/20)<sup>4</sup> e sono stati nominati il coordinatore sanitario, nella persona di Massimo Tilli, il coordinatore socio-sanitario, nella persona di Valeria Fabbri (decreto del Direttore n. 13/19) e il coordinatore sociale, nella persona di Cristina Bandini (decreto del Direttore n. 13/2019).



7

Con la deliberazione del Direttore Generale n. 1575/18 (modificata dalla deliberazione del Direttore Generale n. 1635/19), l'Azienda USL Toscana Centro ha costituito il gruppo di lavoro denominato "Ufficio di piano aziendale" per supportare gli Uffici di piano zonali nella predisposizione dei PIS e dei 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

<sup>3</sup> I componenti dell'Ufficio di direzione attualmente sono: Massimo Tilli (U.F. Attività Sanitarie di comunità), Guido Guidoni (U.F. Dipendenze), Franco Sirianni (U.F. Salute Mentale Adulti), Angela Manna (U.F. Salute Mentale Infanzia e Adolescenza), Valeria Fabbri (U.F. Assistenza Sociale), Cristina Bandini (U.O. Servizio Sociale Unico), Simona Gozzini (coordinatore delle attività infermieristiche), Laura Rosiello (coordinatore delle attività riabilitative) e Anna di Natale (coordinatore AFT). La Responsabile della struttura organizzativa di staff "Sviluppo Programmazione" (Laura Zecchi) partecipa alle riunioni dell'Ufficio di Direzione con funzioni di supporto tecnico.

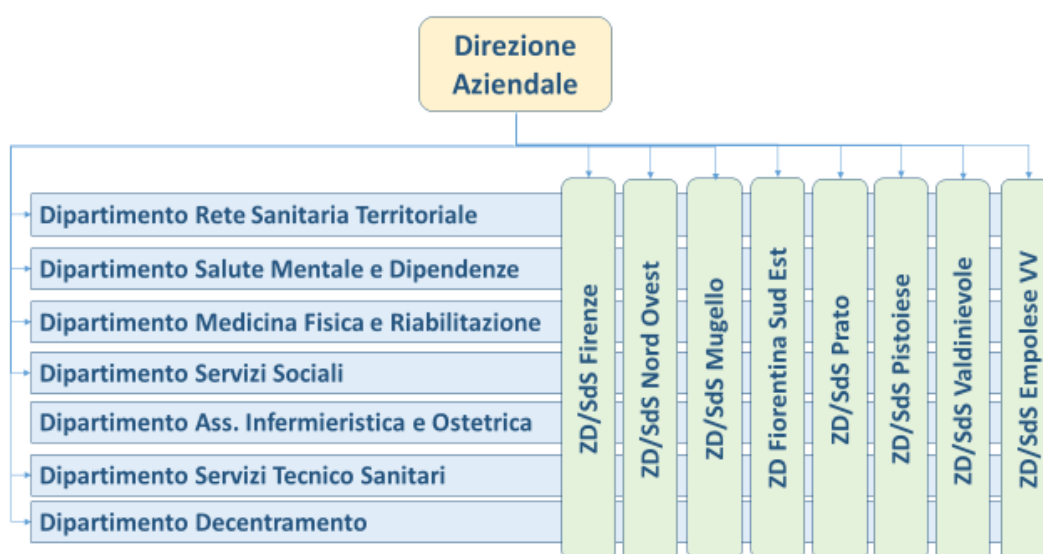
<sup>4</sup> I componenti dell'Ufficio di direzione attualmente sono: Andrea Francalanci (Direttore della Società della Salute), Laura Zecchi (P.O. Programmazione Strategica), Gianna Cecconi (P.O. Budget), Cristina Bandini (U.O. Servizio Sociale Unico), Sandra Sticci (P.O. Amministrativa), Natalia Giachetti (P.O. Affari generali e Personale), Claudio Lastrucci (P.O. Servizi Amministrativi Territoriali), Nicola Marini (P.O. Alta integrazione), Massimo Tilli (U.F. Attività Sanitarie di comunità) e Valeria Fabbri (U.F. Assistenza Sociale).

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<sup>5</sup>, oltre a garantire il “*coordinamento a livello di Azienda Usl 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 le 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 aziendale di budget e contabilità.

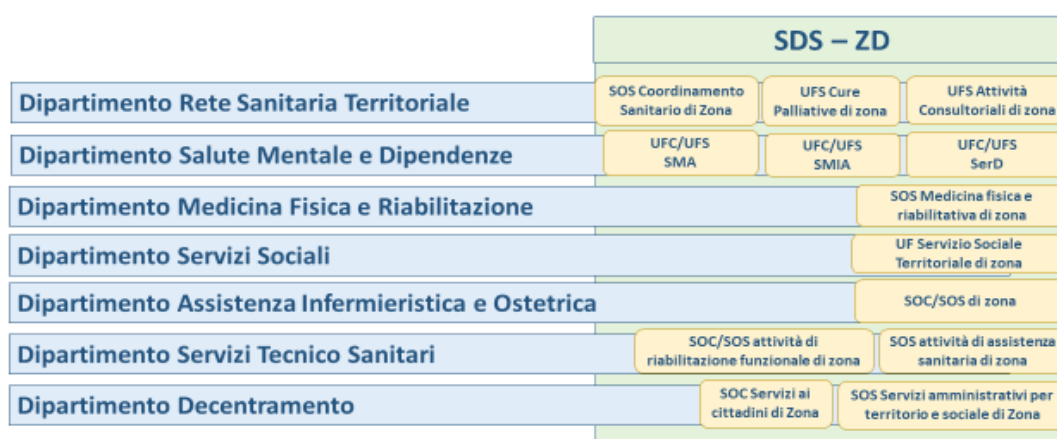
### 1.2 La sanità territoriale

La legge regionale n 40/05, e ss.mm.ii., stabilisce all'art. 71 bis, comma 4, 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 che operano attraverso un'organizzazione matriciale con i dipartimenti aziendali territoriali che garantisce unitarietà e coerenza sul territorio aziendale attraverso le strutture organizzative di zona.



<sup>5</sup> L'Ufficio è attualmente composto da un rappresentante delle seguenti strutture organizzative: Staff della Direzione Generale, Direzione Servizi Sociali, SOC Monitoraggio e programmazione performance clinico assistenziale di Prato, Pistoia, Empoli e relazioni con agenzie esterne, UFC Epidemiologia, SOC Controlling e SOC Servizi alle Zone-SdS

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 con i Dipartimenti aziendali.



4

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 (di seguito SOC e SOS) e in Unità Funzionali Complesse e Semplici (di seguito UFC, UFS).

Dal Direttore del Dipartimento dipendono direttamente le otto SOS con funzioni di coordinamento sanitario di zona, di cui una attribuita alla Zona Distretto Fiorentina Nord Ovest<sup>6</sup>.

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 legge regionale n. 40/05, e ss.mm.ii. e individuato dal direttore della Zona Distretto.

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 UFS di carattere zonale (la UFS "Cure Palliative e Hospice Firenze" e la UFS "Cure Palliative e Hospice Empoli, Prato e Pistoia");
- la UFC "Attività Consultoriali", composta da due unità funzionali semplici di carattere zonale (la UFS "Attività consultoriali Firenze e Empoli" e la 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

<sup>6</sup> Il responsabile SOS per la Zona Nord Ovest è attualmente Massimo Tilli, che ricopre anche l'incarico di coordinatore sanitario.

settore sono svolte sul territorio dalle UF di riferimento, specifiche per ogni zona: le UF Salute Mentale Adulti, le UF Salute Mentale Infanzia e Adolescenza e le UF Dipendenze.

Il Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione assicura percorsi riabilitativi semplici o complessi e integrati, sia in regime di degenza, che in ambito territoriale (ambulatoriale e domiciliare). Il Dipartimento si articola in due SOC e quattro 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”*.

Il Dipartimento dei Servizi Sociali si articola in una 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 Area si articola a sua volta in otto UF territoriali di valenza zonale<sup>7</sup>, i cui responsabili zonale sono assistenti sociali con incarico di Posizione Organizzativa di nomina aziendale, i quali possono coincidere o meno con il coordinatore socio-sanitario previsto dall'art. 64.2, comma 4, della legge regionale n. 40/05, e ss.mm.ii., e con il coordinatore sociale previsto dall'art. 37 della legge regionale n. 41/05, e 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 SOC e SOS di valenza zonale, sia con riferimento ai servizi infermieristici e ostetrici territoriali che ospedalieri.

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 SOC e 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.

Con riferimento al supporto amministrativo l'art. 64.1 della legge regionale n. 40/05, e ss.mm.ii., prevede al comma 2, lett. b), che il Direttore di zona *“coordina le attività tecnico amministrative a supporto della zona avvalendosi della apposita struttura amministrativa [...]”*. Tale struttura amministrativa aziendale è incardinata nel Dipartimento del Decentramento, costituito da SOC e SOS relative alle funzioni di *“CUP-Call Center”*, *“Urp e Tutela, Accoglienza e servizi ai cittadini”*, *“Servizi alle Zone-SdS”*, e *“Servizi amministrativi alle*

<sup>7</sup> La responsabile della UF Zona Distretto Nord Ovest è attualmente Valeria Fabbri

strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione, Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti pubblici e con soggetti privati". Con riferimento specifico al supporto alle Società della Salute/Zone Distretto 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*

Con atto del 22 giugno 2009 è stata istituita la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest con la stipula da parte di tutti gli enti aderenti dello Statuto e della Convenzione costitutiva del Consorzio ai sensi dell'art. 31 del decreto legislativo n. 267/00 e in conformità con quanto previsto dalla legge regionale n. 40/05, e ss.mm.ii..

In data 31 dicembre 2007 era stata sottoscritta apposita convenzione per la Gestione Associata dei Servizi Sociali e l'affidamento di questa al Consorzio Società della Salute Nord Ovest, con decorrenza dal 1° gennaio 2008.

A partire dal 29 marzo 2012 alla Società della Salute sono state confermate le attribuzioni da parte dei Comuni consorziati delle competenze gestionali in materia di assistenza sociale già attribuite al consorzio. La nuova convenzione definita "Convenzione GASS" (Gestione Associata Servizi Sociali) è stata approvata con deliberazione dell'Assemblea dei Soci n. 1/12.

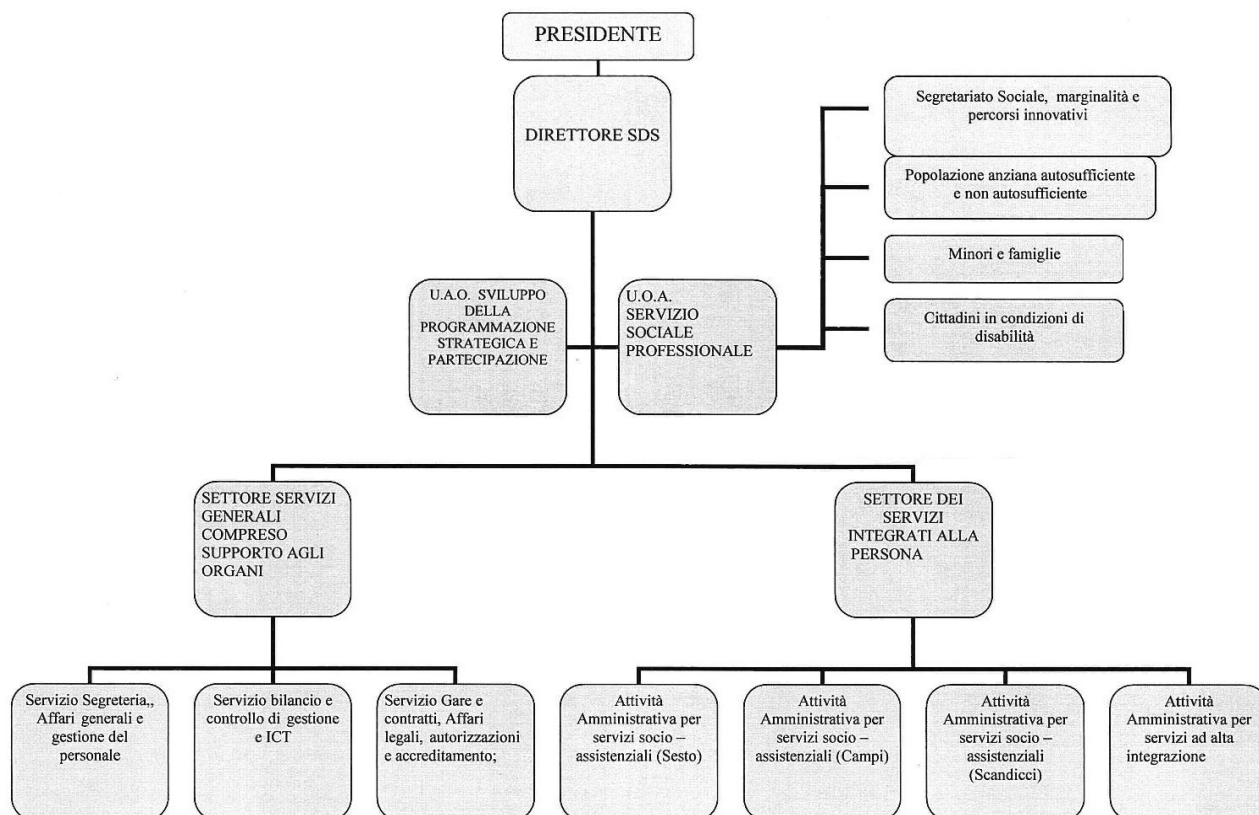
Con la deliberazione n. 33/14 l'Assemblea dei Soci ha espresso volontà di continuare ad attribuire alla Società della Salute l'esercizio delle funzioni di cui all'art. 71 bis, comma 3, della legge regionale n. 40/05, e ss.mm.ii., sussistendo le condizioni previste dalla stessa normativa regionale.

A seguito della revisione degli ambiti territoriali del Servizio Sanitario Regionale effettuata con la legge regionale n. 84/17, il Comune di Fiesole con la deliberazione del Consiglio Comunale n. 26/17 ha approvato l'atto di recesso dal Consorzio e il suo conseguente inserimento nell'ambito della Zona Distretto Fiorentina Sud Est. Dio tale decisione la Società della Salute ha preso atto con la deliberazione dell'Assemblea dei Soci n. 28/17.

Attualmente la Società della salute presenta la seguente organizzazione: L'attività amministrativa fa capo direttamente al Direttore e cui alle dirette dipendenze operano l'UOA "Sviluppo della programmazione strategica e partecipazione e l'UOA "Servizio Sociale Professionale", a cui fanno capo tutti gli assistenti sociali che operano nella Società della Salute, distinti per area di intervento di riferimento (minori e famiglie, persone anziane, persone con disabilità e persone in condizioni di marginalità).



Sono poi previsti due settori, il primo dei quali racchiude le funzioni trasversali degli affari generali e della gestione del personale, del bilancio e del controllo di gestione e degli affari legali e della gestione delle procedure di gara per l'affidamento dei servizi, mentre al secondo afferiscono le attività amministrative connesse agli interventi socio-assistenziali, distinte per Poli territoriali di riferimento<sup>8</sup>, nonché quelle connesse ai servizi ad alta integrazione socio-sanitaria.



<sup>8</sup> Il Polo amministrativo di Scandicci gestisce l'attività amministrativa dei Comuni di Scandicci e Lastra a Signa, il Polo amministrativo di Campi Bisenzio l'attività amministrativa dei Comuni di Campi Bisenzio e Signa e il Polo amministrativo di Sesto Fiorentino l'attività amministrativa dei Comuni di Sesto Fiorentino, Calenzano e Vaglia.

## 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 in materia di assistenza sanitaria territoriale, sociosanitaria e sociale.

### 2.1 Le cure primarie: la sanità territoriale

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

#### 2.1.1 Assistenza sanitaria di base

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 n. 158/12 (il cosiddetto "Decreto Balduzzi") prevede un nuovo assetto di cure primarie attraverso la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) aggregazioni mono professionali di medici di medicina generale, e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), nuovi luoghi di cura e 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.

Tab. 2 – L'assistenza sanitaria di base al 31dicembre 2019

	ZD <i>Sud Est</i>	SdS <i>Firenze</i>	SdS <i>Nord Ovest</i>	SdS <i>Mugello</i>	SdS <i>Pratese</i>	SdS <i>Valdinievole</i>	SdS <i>Pistoiese</i>	SdS <i>EVV</i>
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 Sedi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)	22	45	28	20	19	12	27	32
Sedi di Assistenza Turistica	7	10	7	6	5	4	7	7
	3				1		1	

### 2.1.2 La sanità d’iniziativa e il 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 a offrire prestazioni sanitarie, ma agisce su un’ampia gamma di interventi preventivi (ad esempio, l’educazione alla salute, la modifica degli stili di vita), differenziandoli a seconda del livello di rischio che ogni persona presenta di sviluppare una determinata condizione morbosa.

La sanità d’iniziativa costituisce, quindi, uno dei nuovi modelli assistenziali della sanità toscana (già a partire 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 (risorse della comunità, organizzazioni sanitarie, supporto all’auto-cura, organizzazione del team, supporto alle decisioni e 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 a operare sulla comunità e sull’intera popolazione di un determinato territorio.

La sanità d’Iniziativa si caratterizza inoltre 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 identificare le persone con una determinata patologia cronica, stratificarle per livello di rischio e valutare, oltre alle condizioni di salute, anche l’adesione alle raccomandazioni.

Tab. 3 – Le AFT e i MMG

	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

### 2.1.3 L’assistenza domiciliare

L’assistenza domiciliare è quell’insieme di attività sanitarie o sociali o socio-sanitarie fornite alla persona al proprio domicilio e può essere suddivisa in varie tipologie di intervento tra cui le forme sociali pure (dove manca la componente sanitaria) svolte essenzialmente dai comuni in forma singola o associata (consorzi socio-sanitari, quali le Società della Salute) 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 3.7.1 (“Non Autosufficienza”), essendo utilizzati principalmente da persone anziane non autosufficienti.

#### 2.1.4 L’ACOT e la continuità ospedale-territorio

L’Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT) di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 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. L’ACOT Promuove e utilizza strumenti di *handover* standardizzati nella fase di dimissione per una comunicazione efficace a garantire sicurezza del paziente. Inoltre 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 e assicurando il raccordo dei servizi coinvolti.

I servizi di continuità a disposizione dell’ACOT vanno dalla semplice fornitura di ausili assistenziali all’attivazione dei più complessi percorsi residenziali e domiciliari riabilitativi, per arrivare ai percorsi residenziali per stati vegetativi. 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).

Altri strumenti degni di essere menzionati sono la segnalazione ai referenti territoriali per i Gruppi del Programma IDEA per il supporto al *self management* (deliberazione della Giunta Regionale n. 545/17) e l’attivazione di pacchetti di interventi a sostegno della domiciliarizzazione del paziente (deliberazione della Giunta Regionale n. 905/17).

#### 2.1.5 Le 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 deliberazione della Giunta Regionale n. 909/17 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 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 e 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 deliberazione, 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;
- *Setting 2 - residenzialità sanitaria intermedia* (media intensità): strutture residenziali extra ospedaliere a bassa complessità assistenziale;
- *Setting 3 - residenzialità assistenziale intermedia* (bassa intensità): attivato nelle RSA.

Per tutte e tre i *setting*, 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 del Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Centro n. 1786/19.

Tab. 4 – Le cure intermedie al 31 dicembre 2018

	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
CI Setting 1 (sanitario)	24	-	-	-	-	-	-	-
CI setting 2 (sanitario)	53	36	-	-	25	-	16	-
CI Setting 3	-	-	-	11	-	12	14	-

#### 2.1.6 Le Case della Salute, i Presidi territoriali e il Piano regolatore del territorio

Le Case della Salute rappresentano un modello di sanità territoriale mediante il quale i cittadini hanno a disposizione, nell'ambito della propria Zona distretto, una struttura polivalente in grado di rispondere ai principali bisogni di salute della popolazione attraverso una molteplicità di figure professionali (MMG, PdF, medici specialisti, medici della continuità assistenziale, infermieri, assistenti sociali e personale amministrativo) che costituiscono il cardine della Casa della Salute 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 (persone anziane non autosufficienti o con disabilità). La Casa della Salute ha anche funzioni di orientamento e 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'Azienda USL Toscana Centro 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 deliberazione del Direttore Generale n. 477/19 (*"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 relativa al 2019 e indica la pianificazione già definita con i relativi tempi previsti per l'attuazione.

Tab. 5 – Le Case della Salute e gli altri presidi

	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
Casa della Salute attive	0	2	2	0	0	5	4	11
Casa della Salute in programma	5	3	1	0	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

Sul territorio della Zona Fiorentina Nord Ovest sono presenti due Case della Salute, a Scandicci e a Calenzano, mentre ne è prevista la realizzazione a Campi Bisenzio.

Presso la Casa della Salute di Calenzano sono svolte le seguenti attività: attività amministrative di vario tipo (CUP, esenzioni, cambio medico, ecc.), ambulatorio infermieristico, ambulatorio medici di medicina generale, assistenza italiani all'estero e stranieri in Italia, attività consultoriali, neuropsichiatria infantile, pediatra di libera scelta, prelievi ematici, salute mentale adulti, sanità d'iniziativa; servizi sociali e vaccinazioni.

Presso la Casa della Salute di Scandicci sono svolte le seguenti attività: attività amministrativa (esenzioni per reddito, CUP, rilascio esenzioni da patologia, scelta e cambio del medico di famiglia o del pediatra, ecc.), ambulatorio infermieristico, assistenza farmaceutica, assistenza infermieristica domiciliare, assistenza italiani all'estero e stranieri in Italia, attività consultoriali, ausili e protesi, certificazioni medico legali, guardia medica, infermiere di famiglia e comunità, medici di medicina generale, medicina dello sport, neuropsichiatria infantile, prelievi domiciliari, prelievi ematici, prevenzione igiene sicurezza luoghi di lavoro, riabilitazione, salute mentale adulti, servizi per le dipendenze, vaccinazioni, visite specialistiche ambulatoriali.

#### 2.1.7 Il 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 ai loro familiari. Si tratta di seminari facilitati da due conduttori della durata di due 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 psico-fisico 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 il miglioramento dello stato di salute auto percepito e dell'autostima, l'incremento dell'attività fisica, una maggior collaborazione con medici e personale sanitario e una migliore adesione alla terapia con riduzione delle emozioni difficili (ansia e paura).

I seminari sono gratuiti e vi possono partecipare sia le persone con malattie croniche che un loro familiare/amico o entrambi.

Tab. 6 – I seminari del progetto IDEA

<i>Progetto Idea</i>	<i>ZD Sud Est</i>	<i>SdS Firenze</i>	<i>SdS Nord Ovest</i>	<i>SdS Mugello</i>	<i>SdS Pratese</i>	<i>SdS Valdinievole</i>	<i>SdS Pistoiese</i>	<i>SdS Evv</i>
Seminari effettuati	0	3	0	1	3	0	1	1

### 2.1.8 L'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 Toscana Centro.

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 e immunoematologia.

Attività clinica:

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

## 2.2 Le cure palliative

Le cure palliative rappresentano 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 hanno trovato maggior definizione negli artt. 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;
- 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 *caregiver* 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.

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 e la definizione del livello di assistenza e del *setting* più adeguato vengono erogate principalmente ai reparti ospedalieri in collaborazione con l'ACOT e con i MMG, ma anche al domicilio e in RSA;
- cure palliative ambulatoriali: sul territorio aziendale sono previsti ambulatori dedicati a pazienti ancora autosufficienti per il controllo dei sintomi e la definizione del piano assistenziale;
- cure palliative precoci e simultanee: sono 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 supportarli nelle decisioni relative alle scelte terapeutiche nelle fasi avanzate di malattia e alla fine della vita e 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 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 MMG, 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 *caregiver*.

Gli interventi di base garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e un'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 e 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 e 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. L'*Hospice* costituisce un'alternativa alla casa quando questa non è, temporaneamente o definitivamente, idonea ad accogliere il malato e permette di proseguire le cure in un ambiente protetto, con un trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore. Il ricovero in *Hospice* non è effettuato di urgenza, ma è sempre programmato. La richiesta può provenire dal MMG, da un'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 costituiscono articolazioni organizzative. Le funzioni del *day-Hospice* sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno.

Tab. 7 - Posti letto Hospice e Day-Hospice al 31 dicembre 2018

	Sud Est	Firenze	Nord Ovest	Mugello	Prato	Pistoia	VDN	EVV
PL Hospice	10	11	10	0	10	2	11	0
PL DH	2	1	1	0	1	0	1	0

Tab. 8 – Le prestazioni di cure palliative erogate nel 2018

	Sud Est	Nord Ovest	Firenze	Mugello	Prato	Pistoia	VDN	EVV
Pazienti assistiti a domicilio 2° livello	281	252	366	149	205	135	202 (solo 1° liv.)	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		----

### 2.3 Il settore 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 e 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).

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 e 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 dell’infertilità in età adulta, anche maschile.

Il Consultorio costituisce infine un luogo centrale per l’informazione sui seguenti percorsi:

- procreazione responsabile: interventi regionali per l’educazione alla salute sessuale e riproduttiva e per l’accesso alla contraccezione gratuita previsti dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1251/18;
- diagnosi prenatale: accesso agli *screening* prenatali, test combinato e offerta degli *screening* appropriati e del *Non Invasive Prenatal Test* (NIPT) 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 e 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 deliberazione della Giunta Regionale n. 1251/18);
- percorso menopausa: ambulatorio specifico per la presa in carico del periodo menopausale dalla fisiologia agli aspetti patologici e diffusione di materiale informativo;
- prevenzione oncologici: *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 al servizio di tutte le Zone Distretto / Società della Salute 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 tre 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 queste 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 quelle 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 USL di organizzare una struttura dedicata a queste tematiche, risale al 2014. Nello stesso anno ogni Azienda USL allora esistente ha deliberato, individuando i vari referenti. Nel 2019 è stata prevista con deliberazione del Direttore Generale, l'unificazione di tutti i centri delle ex Aziende USL, mantenendo un riferimento per ciascuna di esse.

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 con scopo

preventivo di donne che hanno avuto patologie della gravidanza che possono correlare con patologie croniche future.

Infine nell'ambito della continuità T-H-T è inserita la Rete del Codice Rosa, 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 Donna", mentre per le vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione è il cosiddetto "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 e 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 e istituzioni e, *in primis*, con la rete territoriale dei Centri Antiviolenza, in linea con le direttive nazionali e internazionali.

Tab. 9 – Le sedi consultoriali

	Zona Fiorentina Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS Empolese Valdarno Valdelsa
Sedi consultoriali	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.CASCIAANO 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 CONS. COLUMBUS CONS. SCANDICCI CONS. SESTO F.NO	CONS. BARBERINO M.LLO CENTRO CONS. POLIVALENT E BSL CONS. DICOMANO CONS. FIRENZUOLA CONS. MARRADI	CONS.. MONTEMURLO CONS. POGGIO A CAIANO CENTRO CONS. 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, ecc.).

La riabilitazione assicura percorsi semplici o complessi e integrati, sia in regime di degenza che in ambito territoriale.

I percorsi riabilitativi territoriali sono erogati, sia in forma ambulatoriale, che domiciliare in ogni ambito del territorio aziendale dalle strutture organizzative del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione (medici fisiatristi) e del Dipartimento 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 gennaio 2017 e in Regione Toscana dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 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'équipe 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 dalla legge regionale n. 51/09.

Con la deliberazione del Direttore Generale n. 872/19 l'Azienda USL Toscana Centro ha provveduto ad approvare un piano di intervento triennale di percorsi di riabilitazione ambulatoriale nelle Zone Distretto, 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 all'uso di 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 Medicina Fisica e Riabilitazione 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 fisiatristi del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione per pazienti in fase post acuta, anche in collaborazione con l'ACOT e con le équipe 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 Medicina Fisica e Riabilitazione 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 USL stessa. I corsi sono condotti da istruttori laureati in scienze motorie e/o fisioterapia e si dividono in tre 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.

E' 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.

Per la Zona Fiorentina Nord Ovest i dati relativi all'attività fisica adattata sono i seguenti.

Tab. 10 – I dati AFA al 31 dicembre 2019

Erogatori	34
di cui no profit	31
di cui profit	3
Punti di erogazione	51
Corsi AFA A	135
Partecipanti	1.984
Corsi AFA B	5
Partecipanti	67
Corsi AFA C	6
Partecipanti	71

Ausili e presidi: il Servizio Sanitario Nazionale eroga alle persone con disabilità, 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, ecc.). 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 ecc.).

I dispositivi e l'assistenza tecnica e sanitaria forniti dal SSN sono specificati dal Nomenclatore dell'assistenza protesica, che è parte integrante dei LEA e attualmente sono regolati dal DPCM 12 gennaio 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 di Medicina Fisica e Riabilitazione è il 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 quattro ex ambiti territoriali si rapportano con i servizi amministrativi di Zona dedicati alla assistenza protesica, come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017.

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 Azienda USL Toscana Centro.

Ausili informatizzati per disabili: nella Zona Pratese, Pistoiese e Fiorentina operano tre laboratori per ausili informatici e per la comunicazione che sono riferimento pluri-zonale: LAAC Firenze per le quattro 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 con disabilità. 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 (deliberazione della Giunta Regionale n. 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 intensive (1° livello) e semiresidenziali estensive 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.

### *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 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 alimentari (DA), 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, con attività di consulenza specialista e di programmazione integrata degli interventi;
- alla rete comunitaria formale e informale quali scuole, luoghi di lavoro, cooperative sociali, associazioni di volontariato, associazioni di utenti e di familiari, con interventi di educazione sanitaria e di promozione della salute tesi a promuovere la prevenzione del disagio psichico, il superamento dello stigma e l'inserimento sociale di utenti in difficoltà.

Inoltre la UF SMA ricopre un ruolo centrale nella valutazione e nella presa in carico delle persone con autismo in età adulta all'interno delle UVMD previste dalla normativa vigente e costituite con deliberazione del Direttore Generale n. 1644/19.

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.

Tab. 11 – Le prestazioni dello SMA

	Firenze	Empoli	Prato	Pistoia
--	---------	--------	-------	---------

Psichiatri	56.849	13.709	14.549	13.452
Psicologi	12.845	5.849	5.837	8.775

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

Il Centro di Salute Mentale (CSM): è la sede in cui la U.F. opera attraverso la progettazione, l'attuazione e la verifica degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale.

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

Nella Zona Fiorentina Nord Ovest sono presenti tre centri di salute mentale: a Campi Bisenzio in via Rossini, a Sesto Fiorentino in via Monteverdi 35 e a Scandicci in Via Vivaldi.

I servizi semi-residenziali: 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.

Nella Zona Fiorentina Nord Ovest sono presenti tre centri diurni della salute mentale: il "Raggio Delta" a Campi Bisenzio, la "Luna Verde" a Sesto Fiorentino e "I Coriandoli" a Lastra a Signa.

I 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).

Nella Zona Fiorentina Nord Ovest sono presenti quattro strutture residenziali della salute mentale: l'"Isola delle Tartarughe" e "Il Sole" a Campi Bisenzio, "Passaggio a Nord Ovest" a Calenzano e "La Meridiana" a Scandicci.

Il progetto "Abitare Supportato" della 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.

Nella Zona Fiorentina Nord Ovest sono presenti tre progetti di "Abitare Supportato": a Sesto Fiorentino, a Scandicci e a Campi Bisenzio.

Tab. 12 – I progetti di “Abitare supportato” della SMA

	<i>Sud Est</i>	<i>Firenze</i>	<i>Nord Ovest</i>	<i>Mugello</i>	<i>Prato</i>	<i>Pistoia</i>	<i>VDN</i>	<i>EVV</i>
2016	0		3	4	19		36	17
2017	2		3	7	22		41	19

I servizi domiciliari: oltre agli appartamenti di “Abitare supportato”, l’U.F. SMA promuove e sostiene l’autonomia abitativa degli utenti in carico, fornendo supporto assistenziale 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.

I programmi socio-sanitari finalizzati al recupero delle abilità personali e sociali della persona in carico: oltre a promuovere l’autonomia abitativa, la U.F. SMA realizza progetti di inserimento terapeutico lavorativo, di accompagnamento al lavoro e di promozione dell'autonomia.

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

La SMA in carcere: il servizio di 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), collocato all’interno dei presidi ospedalieri e deputato al trattamento delle emergenze psicopatologiche in regime di ricovero, sia volontario che in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). 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 U.F. SMA. A tal fine l’équipe curante (medici psichiatri, infermieri, OSS) è la stessa che opera nelle strutture territoriali.

Tab. 13 – I posti negli SPDC

	<i>Firenze Sud Est</i>	<i>Firenze Q. 1 – 2 -3</i>	<i>Firenze Nord Ovest (Oblate) Sesto, Campi, Q. 5</i>	<i>Firenze Nord Ovest (Torregalli) Q.4 Scandicci</i>	<i>Mugello</i>	<i>Prato</i>	<i>Pistoia</i>	<i>VDN</i>	<i>EVV</i>
PL	10	12	12	8	4	12	9	4	12
DH	5				1			2	

## 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 U.F. SMIA hanno il compito di attuare inoltre le azioni previste dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1339/18 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 U.F. SMIA, anche per mezzo di attività sovrazionali, 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 dell'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 dell'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 dei 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 Multidimensionali per Tutela dei Minori (UVMT), allo scopo di potenziare l'approccio interprofessionale a questo ampio ambito di problematiche.

Dal 2019 è stata istituita l'U.F. 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.

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 i colloqui psicologici, cui seguono i percorsi di approfondimento, anche in integrazione con le altre professionalità operanti nell'U.F..

L'invio ai servizi avviene principalmente:

- 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 PdF per la diagnosi precoce in attuazione della deliberazione della Giunta Regionale n. 699/09 relativa al rapporto con i PdF 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 deliberazione della Giunta Regionale n. 1339/18;
- disturbi neuromotori;
- disturbi del linguaggio;

- disturbi dell'apprendimento;
- psicopatologia dell'adolescenza.

Integrazione con le istituzioni scolastiche: l'U.F. 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.

I servizi semi-residenziali e residenziali: si tratta di strutture che forniscono interventi riabilitativi in regime di semi-residenzialità e residenzialità e che sono rivolte a pazienti con patologie impegnative il cui progetto individualizzato preveda l'allontanamento temporaneo dal contesto familiare e/o sociale di appartenenza.

L'inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale viene disposto dalla SMIA con modalità e durata basate sui bisogni della persona e sul PTRI nell'ambito del progetto di vita. In alcuni casi l'inserimento in struttura residenziale viene disposto dall'autorità giudiziaria come misura alternativa alla pena detentiva.

L'équipe multidimensionale per la presa in carico della disabilità: la U.F. SMIA svolge un ruolo centrale nella valutazione e nella presa in carico dei minori con disabilità all'interno delle UVMD zonali (deliberazione del Direttore Generale n. 1644/19) ed è coinvolta a pieno titolo nella riorganizzazione della presa in carico delle persone con disabilità, prevista dal decreto legislativo n. 66/2017 e dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1449/17.

L'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 deliberazione della Giunta Regionale n. 769/19 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 (professionisti dell'area socio-sanitaria) e ai componenti della famiglia.

Con riferimento ai disturbi del comportamento alimentare è stata costituita nel Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda USL Toscana Centro, a cavallo fra SMA e SMIA, la "U.F.S. Disturbi dell'alimentazione" di valenza dipartimentale, deputata all'attuazione dei percorsi di prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare. Sono stati attivati due Centri di riferimento aziendale, a Empoli e a Firenze, per la prevenzione e la cura dei disturbi del comportamento alimentare, dove vengono erogate attività terapeutiche di prevenzione e sensibilizzazione delle problematiche alimentari, procedure di *screening* diagnostico preliminare con somministrazione di test psicometrici, interventi psicofarmacologici e psicoterapeutici individuali, riabilitazione nutrizionale, gruppi terapeutici con orientamento cognitivo-comportamentale, gruppi di sostegno e psico-educazione per familiari. Vengono anche organizzati incontri con i singoli familiari e gruppi riabilitativi.

## 2.7 Le dipendenze

I Servizi per le Dipendenze rispondono ai bisogni di quelle fasce di popolazione, sia giovanili che adulte, che presentano disturbi da uso di sostanze stupefacenti e psicotrope legali (alcool, 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 da:

- i servizi per le dipendenze patologiche (SerD), dove vengono fornite prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione in relazione ai disturbi da uso di sostanze e alle dipendenze comportamentali (nella Zona Fiorentina Nord Ovest ne sono presenti, a Scandicci, a Sesto Fiorentino e a Campi Bisenzio);
- i servizi residenziali (comunità), che forniscono trattamenti in regime residenziale e si articolano in diverse tipologie a seconda del bisogno prevalente (nella Zona Fiorentina Nord Ovest è presente una struttura riabilitativa residenziale denominata "Centro di Osservazione e Diagnosi" e ubicata a Campi Bisenzio);
- i servizi semi-residenziali (centri diurni), che forniscono trattamenti riabilitativi e risocializzanti durante alcune ore della giornata (nella Zona Fiorentina Nord Ovest è presente una struttura terapeutico-riabilitativa semiresidenziale denominata "Il Cannocchiale" e ubicata a Sesto Fiorentino);
- il Progetto "Servizio Flash- Unità di Stada" per ragazzi della Zona.

Nell'Azienda USL Toscana Centro opera una rete capillare di servizi per le dipendenze (SerD) 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 e altri operatori dell'area socio-sanitaria.

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

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

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

I percorsi di presa in carico dei SerD: 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.

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

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

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

Gli Inserimenti socio terapeutici in ambito lavorativo: oltre a promuovere l'autonomia abitativa, il SerD realizza progetti di inserimento terapeutico lavorativo, di accompagnamento al lavoro e di promozione dell'autonomia.

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.

Tab. 14 – I progetti di "Abitare supportato" delle 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

Al momento non esiste un progetto zonale di "Abitare Solidale", ma alcune persone in carico al servizio sono inserite in progetti di area realizzati con fondi regionali ovvero inseriti nel progetto realizzato dalla Misericordia nel Comune di Campi Bisenzio.



Il SerD in carcere: ai sensi del decreto legge n. 230/99 viene assicurata la presa in carico e la gestione dell'assistenza delle persone detenute tossico e alcolodipendenti. Nel 2018 nei SerD. carcerari (Sollicciano, La Dogaia e Santa Caterina) risultano prese in carico 623 persone.

*Tab. 15 – Le persone prese in carico dalle 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
TD	424	1.919	636	236	1.164	434	563	629
Alcool	138	703	177	126	293	167	143	304
GAP	19	213	65	13	182	47	56	87
Tabagisti	105	218	44	81	236	29	46	50
Altri	12	64	21	13	70	35	94	31
TOT	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 all'organizzazione e alla gestione dei servizi dedicati agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità, a detenere la responsabilità dei PDTAS in questione e a essere destinatario delle risorse regionali dedicate è la Società della Salute/Zona Distretto.

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 (deliberazione della Giunta Regionale n 269/19).

### 2.8.1 La non autosufficienza

Con la legge regionale n. 66/08 ("*Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza*") e con la deliberazione della Giunta Regionale n. 370/10 ("*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 con disabilità attraverso i seguenti strumenti:

- l'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 anziana non autosufficiente o con disabilità e le prestazioni sociosanitarie da erogare, in condivisione con la persona stessa e la sua famiglia.

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (di seguito 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 Società della Salute/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.

Nella Società della Salute Fiorentina Nord Ovest l'UVM è stata costituita con il decreto del Direttore n. 30/10<sup>9</sup>. La procedura per la valutazione della non autosufficienza è attivata dall'interessato, da un familiare o dai soggetti di cui all'art. 10, comma 1, della legge regionale n. 41/05, tramite la presentazione di un'istanza, contenente la segnalazione del bisogno, ai "Punti Insieme" che assicurano l'accoglienza e l'informazione. La valutazione multidimensionale della non autosufficienza effettuata dall'UVM è finalizzata a individuare i livelli di gravità della persona non autosufficiente e a determinare le prestazioni appropriate da inserire nel Piano di Assistenza Personalizzato (PAP).

La tabella seguente riporta il volume di attività del progetto non autosufficienza nelle singole Società della Salute/Zona Distretto dell'Azienda USL Toscana Centro, con riferimento alle richieste di valutazione da parte dell'UVM (segnalazione del bisogno) e le prese in carico della popolazione anziana ultrasessantacinquenne nell'anno 2018.

Tab. 16 – L'assistenza alla persona anziana non autosufficiente anno 2018 – numero assistiti trattati

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

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

<sup>9</sup> L'UVM è attualmente composta da Maria Pitta (medico) coordinatore, Renzo Cisbani (medico) geriatra, Veronica Cologni (assistente sociale), Cinzia Roselli (infermiera) e Lidia Ulivi (collaboratore amministrativo).

Tab. 17 – Le persone prese in carico di persone anziane da parte del servizio sociale

AREA ANZIANI 2019								
Comune	nr anziani in carico	di cui non auto sufficienti	di cui soli	di cui auto sufficienti	di cui soli	di cui con problema economico	di cui con problemati che di dipendenza	di cui con problema di salute mentale
<b>Calenzano</b>	<b>316</b>	<b>255</b>	<b>56</b>	<b>61</b>	<b>12</b>	<b>34</b>		<b>13</b>
<b>Campi Bisenzio</b>	<b>586</b>	<b>443</b>	<b>120</b>	<b>143</b>	<b>49</b>	<b>34</b>		<b>24</b>
<b>Lastra a Signa</b>	<b>487</b>	<b>429</b>	<b>48</b>	<b>58</b>	<b>26</b>			
<b>Scandicci</b>	<b>1157</b>	<b>874</b>	<b>162</b>	<b>283</b>	<b>51</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>14</b>
<b>Fiorentino</b>	<b>1068</b>	<b>791</b>	<b>168</b>	<b>277</b>	<b>76</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>28</b>
<b>Signa</b>	<b>330</b>	<b>277</b>	<b>15</b>	<b>53</b>	<b>12</b>	<b>6</b>		<b>11</b>
<b>Vaglia</b>	<b>88</b>	<b>51</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>5</b>		<b>2</b>
<b>TOTALE</b>	<b>4032</b>	<b>3120</b>	<b>579</b>	<b>884</b>	<b>229</b>	<b>117</b>	<b>7</b>	<b>92</b>

Ogni Società della Salute/Zona Distretto ha approvato il proprio *“Progetto per l’assistenza continua della persona non autosufficiente”* in coerenza con la legge regionale n. 66/08, gestito a livello zonale con una forte integrazione con l’Azienda USL Toscana Centro, anche sotto il profilo delle risorse. Nella Zona Fiorentina Nord Ovest il progetto è stato approvato con la deliberazione dell’Assemblea dei Soci n. 24/15, mentre con la deliberazione dell’Assemblea dei Soci n. 37/16, sono stati stabiliti i criteri per la determinazione delle soglie di esenzione e di non esenzione per l’accesso alle prestazioni del Fondo per la non autosufficienza e i tetti massimi di prestazione.

A seguito della riforma del servizio sanitario regionale 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 sul territorio aziendale, 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 residenti nel territorio dell’Azienda USL Toscana Centro, sono stati costituiti gruppi di lavoro inter-zonali e multi-professionali, coinvolgendo tutte le UVM zonali e i Dipartimenti aziendali interessati, avviando un processo di condivisione con le Assemblee dei Soci delle Società della Salute, la Conferenza dei Sindaci Integrata della Zona Distretto Fiorentina Sud Est e la Conferenza Aziendale dei Sindaci.

Questo lungo processo ha portato a un primo risultato con la deliberazione del Direttore Generale n. 1460/19 (*“Profili di armonizzazione dei nove “Progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” attuati nelle SdS/ZD dell’Azienda UsI Toscana Centro- approvazione”*), costruita e condivisa con le direzioni zonali e delle Società della Salute.

Il “*Progetto per l’assistenza continua della persona non autosufficiente*”, in coerenza con la legge regionale n. 66/08, prevede l’erogazione di servizi rientrati nelle seguenti aree:

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

L’area della domiciliarità: gli interventi per l’area della domiciliarità sono:

- i contributi per il *caregiver*: interventi di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia che si assume in proprio il carico assistenziale verso persone non autosufficienti. Nella Zona Fiorentina Nord Ovest sono previsti contributi differenziati a seconda dell’indice di Isogravità della persona non autosufficiente, determinati periodicamente con deliberazione dell’Assemblea dei Soci. Per poter accedere al contributo è necessario che un familiare sottoscriva specifico impegno all’assistenza nei confronti del congiunto non autosufficiente.
- I contributi per l’assistente familiare: sostegno alla persona e alla famiglia e la qualificazione del lavoro dell’assistente familiare. Nella Zona Fiorentina Nord Ovest sono previsti contributi differenziati a seconda dell’indice di Isogravità della persona non autosufficiente e delle ore settimanali di assistenza svolte dall’assistente familiare, determinati periodicamente con deliberazione dell’Assemblea dei Soci. Per poter accedere al contributo è necessario che la persona assistita o un suo familiare sottoscriva regolare contratto con un assistente familiare e documenti le spese sostenute. E’ possibile accedere a tali contributi anche ricorrendo a società che mettono a disposizione assistenti personali in somministrazione;
- 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:

- l’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);

- l'assistenza domiciliare per interventi di natura sanitaria, dedicata a persone non autosufficienti o dimesse di recente dall'ospedale, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche;
- l'assistenza domiciliare integrata: 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, OSS, fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.);
- l'assistenza domiciliare programmata: prevede la presenza periodica (settimanale, quindicinale, mensile) del medico di medicina generale al domicilio dell'assistito non ambulabile.

Sul territorio dell'Azienda USL Toscana Centro le prestazioni di assistenza domiciliare erogate nel 2018 dalle Società della Salute / Zone Distretto hanno superato complessivamente i 500.000 accessi domiciliari, nelle diverse forme di assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata, effettuata dal medico di medicina generale, e assistenza domiciliare solo sanitaria relativa agli accessi infermieristici e OSS.

Tab. 18 – L’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
ADI n. casi	147	381	86	177	211	108	28	173	1.312
di cui anziani	107	206	76	138	186	92	26	150	982
ADP n. casi	556	891	143	208	1.763	583	222	63	4.432
di cui anziani	532	850	138	200	1.626	556	217	62	4.182
AD solo sanitaria n. casi	2.182	6.382	3.723	1.464	4.994	4.716	6.828	3.566	33.860
di cui anziani	1.883	5.784	3.443	1.292	4.444	4.040	6.205	3.223	30.319

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

Tab. 19 – L’assistenza domiciliare anno 2018 – numero prestazioni erogate sul territorio della Toscana Centro

	Nr. 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)

Con riferimento al 2019 sono stati erogate dalla Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest, a valere sulle risorse del Fondo per la non autosufficienza, 23.301 ore di assistenza domiciliare diretta a favore di 200 persone anziane.

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’82,8%, 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.

L’area della semi-residenzialità: il Centro Diurno per persone anziane ultrasessantacinquenni 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.

Nella Zona Fiorentina Nord Ovest i progetti di inserimento in Centro Diurno sono temporanei e rinnovabili. I giorni settimanali di frequenza sono differenziati a seconda dell’indice di Isogravità della persona non autosufficiente, determinati periodicamente con deliberazione dell’Assemblea dei Soci. Le persone non autosufficienti con ISEE superiore alla soglia per l’accesso alle prestazioni sul Fondo per la non autosufficienza possono comunque beneficiare della quota sanitaria.

Le strutture semi-residenziali per persone anziane non autosufficienti presenti nella Zona Fiorentina Nord Ovest sono quattro, così distribuiti sul territorio: i centri diurni a gestione diretta “Sereni Insieme” e “Amaducci” Sesto Fiorentino e i centri diurni convenzionati “Villa Magli” a Calenzano, “Olinto Fedi” a Signa e “Il Sacro Cuore” a Campi Bisenzio.

L’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 a 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 a 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.

Nella Zona Fiorentina Nord Ovest i progetti di inserimento temporaneo e di sollievo in Centro Diurno non possono protrarsi oltre un determinato periodo stabilito periodicamente con deliberazione dell’Assemblea dei Soci. Gli inserimenti permanenti in RSA sono attivabili al momento della condivisione del PAP, compatibilmente con le risorse relative alle quote sociali e sanitarie. In caso di indisponibilità di risorse, le richieste sono inserite in lista di attesa. I criteri della lista di attesa sono stati stabiliti con la deliberazione dell’Assemblea dei Soci n. 7/17.

Nel 2019 sono stati assistite in RSA 818 persone anziane delle Zona Fiorentina Nord Ovest, di cui 42 con progetto temporaneo o di sollievo e 776 con progetto a tempo indeterminato.

La “libera scelta”: in base alla deliberazione della Giunta Regionale n. 995/16 (*“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 quello sociale (quota sociale o alberghiera), la persona potrà scegliere la struttura che preferisce. I gestori delle strutture autorizzate e accreditate che hanno sottoscritto l'accordo previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 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 *on-line* delle stesse, di modo da offrire ai cittadini tutte le informazioni utili per una scelta adeguata alle proprie esigenze.

Le RSA presenti sulla Zona Fiorentina Nord Ovest che hanno sottoscritto l'accordo sono 15, così distribuite sul territorio: “Villa Solaria” (di proprietà comunale e affidata in gestione a un soggetto terzo) e “San Giuseppe” a Sesto Fiorentino, “Villa Magli” a Calenzano, “Soggiorno Angelica”, “San Paolo della Croce”, “Villa Serena”, “Villa i Pitti” e “Olinto Fedi” a Signa, “Villa Michelangelo” e “Alfa Columbus” (di proprietà dell'Azienda USL Toscana Centro) a Lastra a Signa, “La Mimosa” a Campi Bisenzio “Acciaiolo” (di proprietà dell'Azienda USL Toscana Centro) e “Ledanice” a Scandicci e “MD Clinic” e “RSA Bivigliano” a Vaglia.

I moduli base e specialistici in RSA: il decreto del Presidente della Giunta Regionale 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 a Bassa Intensità Assistenziale (BIA): la combinazione bassa intensità assistenziale/bassa complessità organizzativa corrisponde a strutture organizzate con modulo BIA, 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:
  1. 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);
  2. 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;
  3. disabilità cognitivo comportamentale semi-residenziale: 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;
  4. 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;
  5. cure intermedie in RSA *setting* 3, di cui alle deliberazioni della Giunta Regionale n. 909/17 e n. 1596/19.

L'accordo regionale per la libera scelta regola i rapporti tra Aziende USL, Società della Salute 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.

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

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 valore di 11,59 per l'Azienda USL Toscana Centro, superando la soglia minima ministeriale prevista pari a 9,8.

Tab. 20 - Le giornate di assistenza in RSA erogate al 18 febbraio 2019

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

La deliberazione del Direttore Generale n. 1786/19 (*“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.

Tab. 21 – Il fabbisogno per strutture residenziali nel periodo 2020-2023

	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS Evv
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

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 descrivono brevemente i contenuti.

Progetto *“Home Care Premium”* (HCP): il progetto HCP, promosso e finanziato da INPS, viene realizzato in tutte le Società della Salute 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 Società della Salute 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).

L’erogazione delle prestazioni relative al progetto *“Home Care Premium 2019”* è iniziata a luglio 2019 e a febbraio 2020 risultano in carico 65 persone. Nel periodo luglio 2019 - febbraio 2020 le persone che hanno fatto domanda per il progetto sono state complessivamente 77. Le nuove domande potranno essere presentate fino al 31 gennaio 2022 e la scadenza del progetto è fissata da INPS a giugno 2022.

Tra le prestazioni integrative maggiormente richieste ed erogate nell'ambito del progetto figurano l'assistenza domiciliare, l'assistenza educativa, la fisioterapia e i supporti e il sollievo domiciliare (con l'assunzione di un secondo assistente familiare, anche per sostituzione ferie).

Tab. 22 – I servizi erogati nell'ambito del progetto HCP

Tipologia di prestazione	Nr.	%
Centro diurno anziani	4	3,8%
Assistenza educativa	9	8,5%
Fisioterapia	14	13,2%
Integrazione scolastica	1	0,9%
Logopedia	1	0,9%
OSS	20	18,9%
Psicologia	2	1,9%
Servizi sportivi	4	3,8%
Sollievo domiciliare	16	15,1%
Sollievo residenziale	3	2,8%
Supporti	26	24,5%
Trasporto	6	5,7%
Totale	106	100,0%

Progetto regionale gravissime disabilità: la Regione Toscana, attraverso una quota riservata delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze, 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 LEA, 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. Nella Zona Fiorentina Nord Ovest vengono erogati contributi per importi di € 700, € 850 e € 1.000 mensili sulla base della valutazione espressa dall'UVM. Nel 2019 sono stati erogati dalla Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest sul Fondo non autosufficienza Gravissime Disabilità 25 contributi a favore di persone anziane.

I progetti su 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 Società della Salute e, laddove assenti, le Zone Distretto, hanno aderito al progetto regionale per la sperimentazione di Caffè Alzheimer e l'Atelier Alzheimer.

Nella zona Fiorentina Nord Ovest sono stati attivati due Caffè Alzheimer e due Atelier Alzheimer per consentire una maggiore copertura del territorio e un miglior accesso ai servizi. Dopo la sperimentazione si è cercato di ricomprendere le esperienze, valutate molto positive e apprezzate dalle persone beneficiarie, nel progetto *“Domus Mea”* (POR FSE 2014 – 2020 Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia).

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

*Voucher* domiciliari FSE: nell'ambito dei Progetti Organizzativi Regionali di utilizzo del Fondo Sociale Europeo, finanziamento 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 una pluralità di servizi (infermiere, fisioterapista, operatore sociosanitario, un ricovero in RSA per un massimo di 12 giorni) ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi. L'erogazione dei voucher domiciliari è demandata all'ACOT, che gestisce anche gli ingressi nei posti letto di cure intermedie censiti nel GSS Ministeriale. Le giornate di assistenza nei posti letto delle cure intermedie confluiscono nel RFC 118. A questo proposito ogni Zona distretto/Società della Salute 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 alle persone con gravi disabili. Il progetto interviene nella fase di dimissioni ospedaliere, offrendo al paziente, previa valutazione da parte dell'ACOT, a supporto del rientro al domicilio, in attesa che venga organizzata una specifica presa in carico da parte dei servizi territoriali. La Zona Fiorentina Nord Ovest, con il progetto *“Accompagnati verso casa – Avec nous”* al 29 febbraio 2020 ha erogato 722 *voucher*, così suddivisi per tipologia.

*Tab. 23 – Le tipologie di pacchetti FSE ACOT erogati*

<b>tipologia pacchetto ACOT</b>	<b>N. pacchetti</b>
CURE INTERMEDIE 12 GG	28
FISIOTERAPICO BASSO	8
FISIOTERAPICO MEDIO	319
FISIOTERAPICO MEDIO, INFERMIERISTICO BASSO	10
FISIOTERAPICO MEDIO, INFERMIERISTICO MEDIO	5
OSA/OSS	118
OSA/OSS, FISIOTERAPICO BASSO	18
OSA/OSS, FISIOTERAPICO MEDIO	168
OSA/OSS, FISIOTERAPICO MEDIO E INFERMIERISTICO BASSO	22
OSA/OSS, FISIOTERAPICO MEDIO E INFERMIERISTICO MEDIO	12
OSA/OSS, INFERMIERISTICO BASSO	14
<b>Totale Numero pacchetti da inizio Progetto a 29/02/2020</b>	<b>722</b>

Il 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

Il POR FSE Demenze: la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest ha presentato il progetto “Domus Mea” (POR FSE 2014 – 2020 Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia DD 11439/2019), destinando il 60% delle risorse all'azione 2 (“Ampliamento dei servizi di assistenza familiare”) e il 40% all'Azione 1 (“Percorsi innovativi per demenza lieve o moderata”).

### 2.8.2 La disabilità

La deliberazione della Giunta Regionale n. 1449/17 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 Società della Salute/Zone Distretto.

In coerenza con le deliberazioni della Giunta Regionale n. 1449/17 e n. 1642/19 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) zonali, deputate alla valutazione e alla predisposizione del Progetto di vita della persona disabile.

Un primo passo verso l'attuazione della deliberazione della Giunta Regionale n. 1449/17 è stato fatto proprio attraverso la costituzione formale in tutte le Società della Salute/Zona Distretto delle UVMD zonali, come recepito nella deliberazione del Direttore Generale n. 1644/19<sup>10</sup>.

Nella Zona Fiorentina Nord Ovest le persone con disabilità in carico al 31 dicembre 2018 sono state 1.673.

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

- il Progetto "Non autosufficienza" per persone con meno di 65 anni: le risorse del Fondo per la non autosufficienza destinate alle persone con meno di anni 65 sono destinate all'erogazione delle prestazioni previste dal piano di assistenza personalizzato, nell'ambito delle seguenti tipologie:
  - a) interventi domiciliari sociosanitari forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
  - b) interventi in forma indiretta tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali;
  - c) inserimenti in strutture semiresidenziali;
  - d) inserimenti temporanei o di sollievo in residenza.

Nel 2019 nella Zona Fiorentina Nord Ovest sono stati finanziati a valere sulle risorse del Fondo per la non autosufficienza a favore di persone con età inferiore a 65 anni 48 progetti di assistenza domiciliare diretta per 14.714 ore complessive e 48 progetti di assistenza domiciliare indiretta.

- il Progetto Vita Indipendente (regionale e ministeriale): per "Vita Indipendente" si intende la possibilità, per una persona adulta con disabilità grave, di autodeterminarsi e di poter vivere come chiunque avendo la capacità di prendere decisioni riguardanti la propria vita e di svolgere attività di propria scelta. In relazione agli obiettivi del progetto individuale, viene concesso un contributo con cadenza mensile fino a un massimo di € 1.800,00. Nel 2019 nella Zona Fiorentina Nord Ovest sono stati finanziati 49 progetti per Vita Indipendente.
- il Progetto Gravissime Disabilità: Il progetto è rivolto a persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/13, che si trovino in almeno una delle condizioni previste dall'allegato A alla deliberazione della Giunta Regionale n. 1289/19. In relazione al livello di complessità assistenziale, viene attivata l'erogazione di un contributo economico mensile di importo variabile da un minimo di € 700,00 a un massimo di € 1.000,00.

---

<sup>10</sup>Per la Zona Fiorentina Nord Ovest l'UVMD è costituita e articolata nel seguente modo:

Nucleo di componenti fissi UVMD:

Coordinatore: Maria Pitta (medico) titolare, Marco Pulini (medico) sostituto, Chiara Pinzani (assistente sociale), Rossella Lichi (assistente sociale) sostituto, Lidia Ulivi (collaboratore amministrativo).

Componenti stabili UVMD Adulti: Stefano Berrettini (psichiatra) titolare, Augusta Alimenti (Fisiatra) titolare.

Componenti stabili UVMD Minori:

Micro equipe Autismo: Stefania Melli (neuropsichiatra) titolare, Brunella Centoni (psichiatra) sostituto, Chiara Casavecchia (psicologo) titolare, Ilaria Lotti (esercitante prof. della riabilitazione) titolare.

Micro equipe disabilità intellettiva: Francesca Roberti (neuropsichiatra) titolare, Grazia Mastrangelo (neuropsichiatra) sostituto, Alessandro Ridolfi (psicologo) titolare, Ilaria Lotti (esercitante prof. della riabilitazione) titolare.

Micro equipe disabilità neuromotoria: Nicoletta Mininni (neuropsichiatra) titolare, Francesca Roberti (neuropsichiatra) sostituto, Angela Manna (psicologo) titolare, Chiara Neri (esercitante prof. della riabilitazione) titolare.

Nel 2019 nella Zona Fiorentina Nord Ovest sono stati finanziati 58 progetti sul Fondo per la non autosufficienza “Gravissime Disabilità” per persone di età inferiore a 65 anni.

- Il Fondo per la non autosufficienza dedicato alla SLA: le persone affette da patologie dei motoneuroni, che si trovano nella fase avanzata della malattia, hanno diritto a un assegno di cura mensile di € 1.650,00. L'accertamento compete all'UVM zonale. La gestione amministrativa è stata attribuita dall'ASL Toscana Centro ad un ufficio unico sovrazonale (centro SLA).
- Il Dopo di Noi (legge n. 112/16): Il progetto “PerTuttoNoi” costituisce un sistema diffuso e articolato di servizi finalizzati all'accrescimento dell'autonomia, del benessere e dell'integrazione sociale delle persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare ovvero in previsione del venir meno della rete genitoriale e familiare, anche attraverso la definizione all'interno del progetto di vita personalizzato delle soluzioni per l'abitare, così come stabilito dalla legge n. 112/16. La Società della Salute Fiorentina Nord Ovest ha presentato il progetto a seguito dell'avviso pubblico approvato con la deliberazione della Giunta Regionale n. 11890/17 insieme al tavolo di co-progettazione costituito attraverso avviso di manifestazione di interesse e a cui hanno risposto diversi soggetti presenti sul territorio. Il progetto presentato, denominato “PerTuttiNoi”, è stato approvato con la deliberazione della Giunta Regionale n. 4872/18. Le istanze di partecipazione al progetto presentate sono state 52, di cui 39 relative al 2018 e 13 al 2019. Le persone idonee alla valutazione in possesso dei requisiti per l'accesso alle misure sono 48, di cui 44 ammesse agli interventi progettuali con valutazione positiva con attribuzione di punteggio di priorità. Delle 44 persone ammesse agli interventi sono state 32 quelle effettivamente beneficiarie di *voucher*. Le altre 12 persone idonee si trovano nelle seguenti situazioni: due persone idonee per progetti relativi all'ambito B, ma in attesa di entrare nei progetti residenziali per mancanza di posti, una persona idonea all'ambito A, in attesa che si raggiunga il numero minimo per far partire il progetto, e nove in fase di definizione di progetto di concerto con i *case manager*.

Il progetto di Zona è articolato sui tre ambiti di intervento:

- a) ambito A (“*Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione*”): 17 persone prese in carico. Svolgono differenti progetti di sperimentazione dell'autonomia (incontri, weekend o settimane fuori casa);
- b) ambito B (Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che riproducano quanto più possibile il contesto familiare): nella zona sono presenti quattro appartamenti (uno a Sesto F.no e tre a Scandicci) dedicati all'esperienza del dopo di noi. Presso questi appartamenti sono attualmente inserite 15 persone con disabilità. Uno di questi appartamenti, di nuova costruzione, è autorizzato come CAP da 10 posti di cui 5 dedicati al Dopo di noi;

- c) programmi innovativi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale).
- FSE Inclusione (per l'occupabilità di persone con disabili o in carico al servizio SMA).
  - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
  - Inserimento in struttura semiresidenziale o residenziale: 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/Società della Salute determinata in base all'ISEE. Nel 2019 nelle strutture socio-sanitarie sono state assistite 73 persone della Zona Fiorentina Nord Ovest con meno di 65 anni, di cui 68 in strutture residenziali e 5 in strutture semiresidenziali.
  - Integrazione scolastica: rapporto con le scuole e gli enti locali.

### 2.9 Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS) e il segretariato sociale

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 (art. 22, comma 4, della legge n. 328/00).

Nel 2018 cinque Società della Salute e la Zona Distretto Fiorentina Sud Est, insieme all'Azienda USL 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.

Tab. 24 – L'attività del SEUS nel 2018

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

Si tratta di un servizio di secondo livello perché, a 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".

Il segretariato sociale è un'attività complessa tesa a soddisfare il dovere delle istituzioni di informare i cittadini sul sistema di servizi e sull'offerta di prestazioni socio-sanitarie presenti sul territorio. Costituisce il contatto iniziale tra operatori e utenti con più finalità:

- accesso ai servizi e gestioni prima accoglienza;
- offerta di informazioni personalizzate orientamento;
- promozione dell'utilizzo dei servizi;
- accompagnamento dell'informazione con l'orientamento e la consulenza;
- la prima analisi e valutazione della domanda e inquadramento dell'area del bisogno;
- la consegna di moduli, formulari di domanda, materiale informativo;
- filtro e indirizzo, ovvero verifica della competenza dell'ente a rispondere alla domanda, la definizione di eventuale presa in carico o di passaggio o segnalazione ad altro operatore/servizio;
- tutela sociale attraverso l'individuazione di situazioni di emergenza.

Il segretariato si colloca sul territorio zonale ed è parte integrante del servizio sociale professionale all'interno di un più generale modello organizzativo trasversale volto all'ascolto e alla presa in carico dei bisogni della comunità, costituendo il punto di accesso funzionalmente e strutturalmente organizzato.

Nella Zona Fiorentina Nord Ovest il segretariato è presente in ogni Comune e coincide con le sedi comunali del servizio sociale professionale, con modalità di accesso dedicate.

Nella tabella sottostante sono rappresentati i carichi di lavoro dell'area del segretariato sociale.

*Tab. 25 – I carichi di lavoro del segretariato sociale*

<i>Comune</i>	<i>Schede P.U.A.</i>	<i>Invii ad altri servizi</i>
Calenzano	137	17
Campi Bisenzio	327	38
Lastra a Signa	133	42
Scandicci	518	106
Sesto Fiorentino	450	62
Signa	196	18

Vaglia	51	13
Fiesole	84	10
Totale	1.896	306

### 2.10 I percorsi per minori e famiglie

Al 31 dicembre 2018 nella Zona Fiorentina Nord Ovest le persone in carico afferenti al settore “Area Famiglie e Minori” sono state 3.075, di cui 2.857 per la tutela dei minori, 57 per affidi, 116 per adozioni e 45 per servizi di mediazione familiari.

Nella Zona Fiorentina Nord Ovest è presente un centro diurno per minori con servizi divisi per fasce di età situato a Campi Bisenzio presso il centro giovani Canapè

Sono presenti tre appartamenti per l'autonomia dei giovani di età compresa tra 16 e 21 anni (“Arca e Giona” a Scandicci, “Casa le Viole” a Campi Bisenzio e “Casa ConVoi” a Calenzano) e cinque appartamenti che accolgono donne sole e/o con figli (“Casa Stella” a Campi Bisenzio, “A casa con voi” a Calenzano, “Casa Itaca” a Sesto Fiorentino, “Maison d’Aqueil” e “Dentro lo specchio” a Scandicci).

Infine ci sono due strutture di emergenza, entrambe a Sesto Fiorentino: “Santa Chiara” per donne e “San Martino” per uomini.

Tab. 26 – L’attività dell’area minori e famiglie nel 2019

Comune	AREA MINORI E FAMIGLIE – ANNO 2019					DISABILI seguiti anche per tutela
	nr minori in carico	di cui per problemi di marginalità povertà	di cui per problemi di tutela	AFFIDATI AL SSP	di cui con disabilità	
<b>CALENZANO</b>	<b>137</b>	<b>30</b>	<b>64</b>	<b>24</b>	<b>46</b>	<b>3</b>
<b>SIGNA</b>	<b>262</b>	<b>79</b>	<b>114</b>	<b>14</b>	<b>69</b>	<b>11</b>
<b>CAMPI BISENZIO</b>	<b>544</b>	<b>152</b>	<b>212</b>	<b>43</b>	<b>166</b>	<b>34</b>
<b>LASTRA A SIGNA</b>	<b>204</b>	<b>32</b>	<b>132</b>	<b>32</b>	<b>23</b>	<b>15</b>
<b>SCANDICCI</b>	<b>819</b>	<b>158</b>	<b>360</b>	<b>32</b>	<b>293</b>	<b>111</b>
<b>SESTO F.NO</b>	<b>387</b>	<b>7</b>	<b>342</b>	<b>88</b>	<b>95</b>	<b>29</b>
<b>VAGLIA</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>3</b>
<b>TOTALE</b>	<b>2379</b>	<b>460</b>	<b>1242</b>	<b>238</b>	<b>701</b>	<b>206</b>

### 2.10 L’inclusione sociale: il Reddito di cittadinanza

Il Reddito di cittadinanza sostituisce le precedenti misure di contrasto alla povertà (SIA – REI) in base al decreto legge n. 4/19. È una misura di inserimento o reinserimento nel mondo del lavoro, di contrasto alla povertà, alla disegualianza e all’esclusione sociale, volta a favorire la promozione delle condizioni che

rendono effettivo il diritto al lavoro e alla formazione e all'inclusione sociale. Il Reddito di cittadinanza assume la denominazione di pensione di cittadinanza per nuclei familiari composti esclusivamente da uno o più componenti di età pari o superiore a 67 anni e si compone di due parti:

- erogazione di un contributo assegnato mensilmente attraverso una carta di pagamento elettronica (carta RdC) che varia in base al numero di componenti del nucleo familiare e alle risorse economiche già possedute dal nucleo medesimo. Prevede una componente aggiuntiva per nuclei familiari residenti in abitazioni in locazione;
- il Patto per il Lavoro, predisposto dai centri per l'impiego, ovvero il patto per l'inclusione sociale, predisposto dai servizi sociali, che operano – in forma singola o associata – in rete con i servizi per l'impiego, servizi sanitari e le scuole, nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà.

Nella Zona Fiorentina Nord Ovest sono state presentate 1.274 domande di Reddito di cittadinanza, mentre sono stati firmati 379 Patti di Inclusione.