



Profilo dei Servizi

Dati 2024 e 2023

PREMESSA

1	QUADRO DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI.....
1.1	IL SUPPORTO ALLA ZONA DISTRETTO.....
1.2	LA SANITÀ TERRITORIALE.....
1.3	I SERVIZI SOCIO SANITARI E SOCIOASSISTENZIALI.....
	IL QUADRO DELL'OFFERTA.....
2.1	CURE PRIMARIE: LA SANITÀ TERRITORIALE.....
-	<i>Assistenza sanitaria di base: le Cure Primarie.....</i>
-	<i>Cure intermedie.....</i>
-	<i>Assistenza ambulatoriale.....</i>
2.2	LE CURE PALLIATIVE.....
-	<i>Il Girot.....</i>
2.3	LA SANITÀ TERRITORIALE: IL DM 77/22 E LA DGRT 1508/22.....
-	<i>Dalla Casa della Salute al nuovo modello della Casa di Comunità.....</i>
-	<i>La continuità territorio-ospedale-territorio: COT.....</i>
-	<i>Gli ospedali di comunità.....</i>
-	<i>Lo sviluppo della telemedicina.....</i>
-	<i>NEA 116117.....</i>
2.4	LE ATTIVITÀ CONSULTORIALI TERRITORIALI.....
2.5	LA RIABILITAZIONE TERRITORIALE.....
	LA SALUTE MENTALE ADULTI.....
2.7	LA SALUTE MENTALE INFANZIA ADOLESCENZA.....
2.8	LE DIPENDENZE.....
	I PERCORSI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA DISABILITÀ.....
2.9	NON AUTOSUFFICIENZA.....
2.10	DISABILITÀ.....
2.11	IL SERVIZIO EMERGENZA URGENZA SOCIALE (SEUS).....
2.12	SERVIZI PER LA FAMIGLIA E LA TUTELA MINORILE _____
2.13	SERVIZI PER L'INCLUSIONE SOCIALE _____

Premessa

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

1. QUADRO DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI

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

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

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

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

2. QUADRO DELL'OFFERTA

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

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

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

La DGRT 1127 del 28/10/2024 "Indirizzi per la programmazione operativa annuale zonale (POA) per l'anno 2025 e tempistiche di approvazione" prevede, "ai fini della predisposizione del piano

operativo annuale (POA) 2025, un aggiornamento a livello zonale del contesto di riferimento e del quadro di salute della popolazione”.

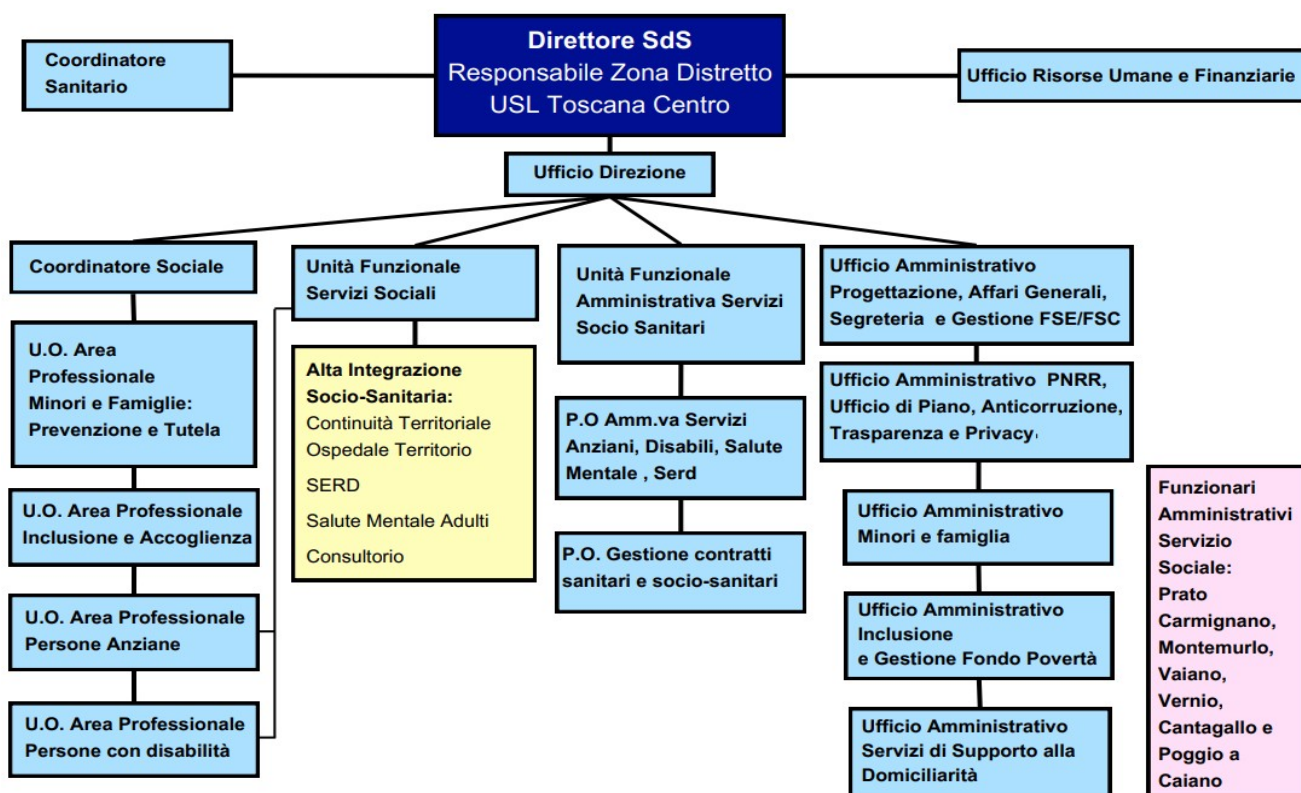
1 QUADRO DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI

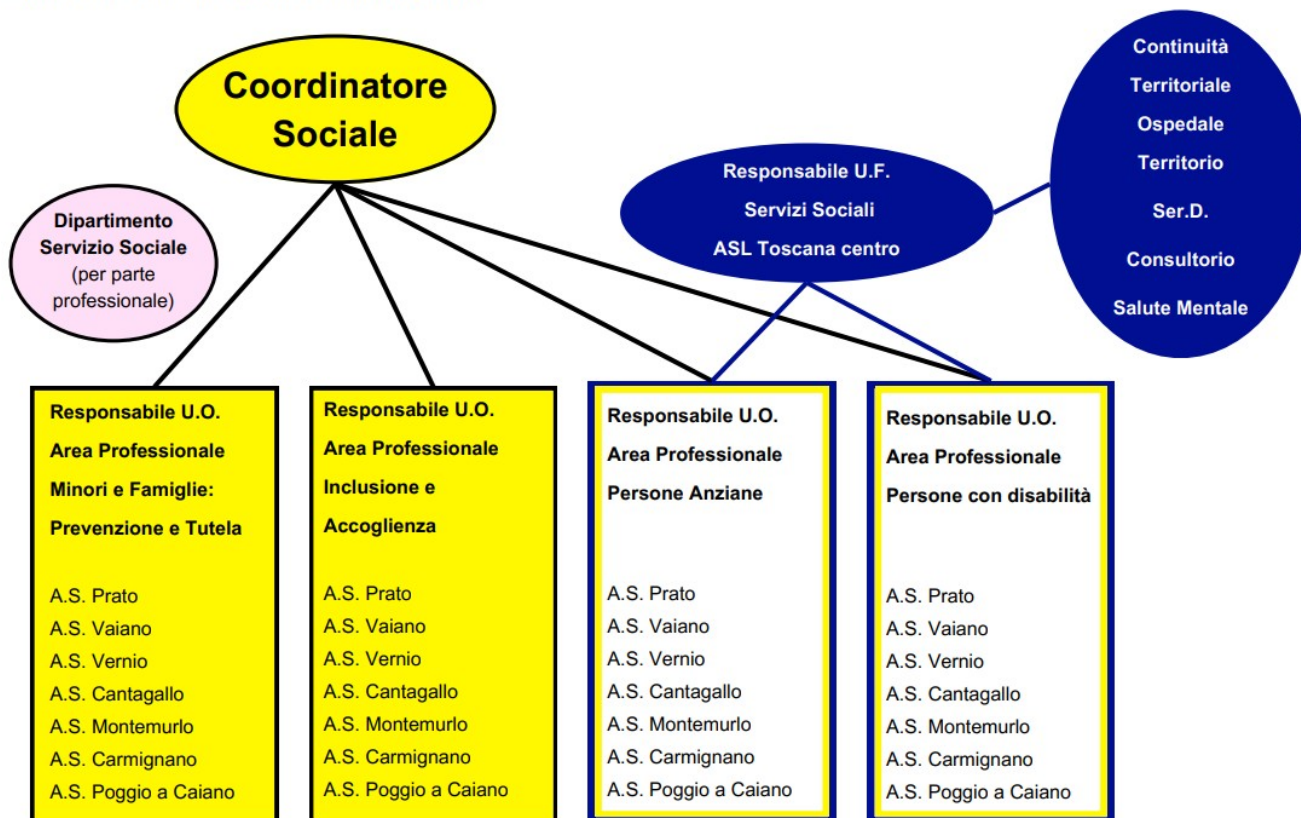
La normativa regionale definisce la zona – distretto come l’ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. Nell’ambito territoriale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

Il territorio dell’Azienda Usl Toscana Centro è composto da **72 comuni** con 1.605.995 residenti (dato ISTAT al 01.01.2024), ed è suddiviso in **8 zone distretto**, in ognuna delle quali è istituita la **Società della Salute**.

L’ambito territoriale della zona distretto “ Pratese” ha un proprio assetto organizzativo disciplinato dalla Delibera di G.E.n. 33 del 18.12.2024.

Allegato B Organigramma S.d.S. Area Pratese Del. G.E. n. 33 del 18/12/2024





L'assetto organizzativo dell'Ente è oggetto di periodiche revisioni, dovute all'attuazione della gestione diretta dei servizi socio assistenziali e socio sanitari, avviata nel 2021. Ad oggi l'assetto organizzativo interno della SdS è disciplinato con Regolamento di organizzazione, aggiornato da ultimo con Deliberazione di Giunta esecutiva n. 33 del 18/12/2024.

La SdS, come previsto dalla L.R. n. 40/2025, ha prevalentemente personale comandato/distaccato e assegnato funzionalmente dagli Enti consorziati (Comuni e Azienda USL).

La SdS, al 31.12.2023, disponeva di personale proprio, nel numero di due Dirigenti a tempo determinato e di un Direttore.

La SdS Pratese è per sua natura un Ente di nuova costituzione che dal 2021 gestisce direttamente i servizi sociali e socio-sanitari del territorio della Zona Pratese.

La situazione del personale del Consorzio SdS, sia in regime di comando, distacco e assegnazione funzionale si è profondamente modificata negli ultimi due anni.

Al 31.12.2024 la situazione del **personale amministrativo** è la seguente: vi sono n. 27 unità di personale, che operano sulle funzioni gestite dal Consorzio, con la seguente provenienza:

- 6 dipendenti SDS (2 Dirigenti a t.d - 1 Amministrativo C a t.d. - 3 Assistenti Sociali, queste ultime 4 risorse di personale sono interamente finanziate con fondi Ministeriali);

- 6 dipendenti del Comune di Prato distaccati (1 D e 5 C);
- 7 dipendenti del Comune Prato comandati (3 D e 4 C);
- 4 dipendenti USL assegnati funzionalmente (2 BS, di cui uno al 50%, 1C e 1D);
- 1 comandato dal Comune Montemurlo (1 C);

3 interinali (amministrativi).

Al 31.12.2024 la situazione del **personale Assistente Sociale** è la seguente: nell'ambito della SdS operano Assistenti Sociali dipendenti del Comune di Prato, dipendenti dei singoli Comuni, dipendenti della SdS e dipendenti della Azienda USLTc sia a tempo indeterminato che a tempo determinato, complessivamente 72 unità, organizzate nelle 4 Aree Professionali.

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

1.1 Il supporto alla Zona Distretto

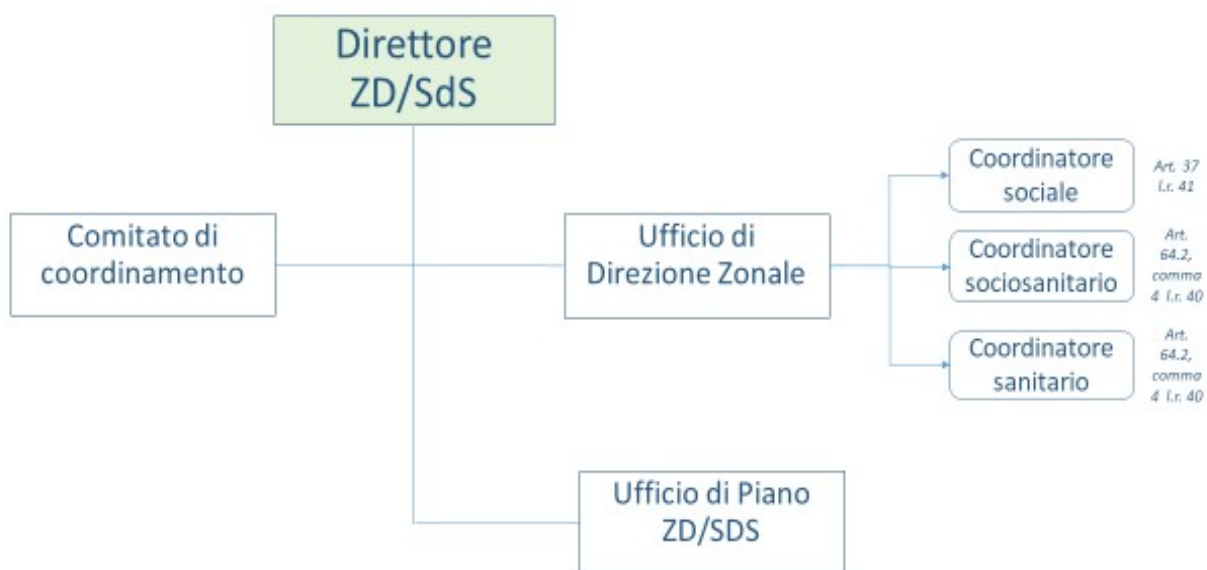
L'art. 64.2lr 40/2005 ss.mm.ii. "**struttura a supporto del direttore di zona**" prevede la costituzione dei seguenti organismi /uffici:

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

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

Il coordinatore sociale

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



Anche nella Società della Salute Pratese, così come previsto dalla normativa è previsto un Ufficio di Piano Zonale, purtroppo, tale ufficio soffre da ormai due anni di criticità legate alla presenza di personale. L'impegno dell'anno 2025 sarà quello di meglio strutturare e implementare l'attività dell'Ufficio di Piano Zonale.

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

L'Ufficio di Piano Aziendale, oltre a garantire il “Coordinamento a livello di Azienda 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 Società della Salute e le strutture aziendali interessate dalla programmazione territoriale, sostiene la collaborazione, la trasversalità e la coerenza fra territori della Toscana Centro, lavora alla redazione di documenti comuni e garantisce il supporto dell'epidemiologia per la redazione dei profili di salute e la presenza di un unico esperto di budget e contabilità dell'Azienda Sanitaria. L'ufficio di Piano aziendale, con le proprie funzioni, garantisce il supporto agli Uffici di Piano zonali, ai fini della programmazione territoriale (PIS/PIZ/POA) nella:

- elaborazione Schede POA di natura trasversale, comuni a tutte le SdS della TC
- elaborazione dati economici forniti dal CDG in base a criteri comuni e condivisi (utili per il budget integrato di zona e valorizzazione delle singole schede POA)
- confronto con Dipartimenti, Aree, UUFF aziendali

e garantisce integrazione e coerenza tra la programmazione territoriale e gli obiettivi di budget annuali (qualitativi ed economici) dei Dipartimenti e delle SdS.

L'ufficio di Piano aziendale è stato aggiornato con la Delibera del Dg della AUSL TC 536/2024 ed è costituito da rappresentanti di diverse strutture aziendali:

- Staff Direzione Sanitaria
- Staff Direzione Amministrativa
- Direzione dei Servizi Sociali
- UFC Epidemiologia
- Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione - SOC Controlling e CE mensili
- Dipartimento servizi amministrativi ospedale territorio

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

La sanità territoriale

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

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

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



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

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

Nel Dipartimento sono presenti, nella Area “Governo Servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati” le otto strutture operative semplici con funzioni di coordinamento sanitario di zona. Per la SdS/ZD Pratese è prevista la SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Prato. Il responsabile della SOS è un medico di comunità di nomina aziendale che può coincidere o meno con il Coordinatore Sanitario previsto dall’art. 64.2 comma 4 della LR 40/2005 ss.mm. ii (coordinatore sanitario e coordinatore sociosanitario individuati dal direttore di ZD).

All’interno dell’Area Assistenza sanitaria territoriale e continuità è incardinata la struttura organizzativa relative alle cure palliative: la “UFC Coordinamento aziendale Cure Palliative” composta da due unità funzionali semplici di carattere zonale: “UFS Cure Palliative e Hospice Firenze Empoli” e “UFS Cure Palliative e Hospice Prato e Pistoia”. Per quanto riconducibile al DM 77/22 e DGRT 1508/22 nel Dipartimento è presente la SOC Innovazione organizzativa per la gestione della cronicità e sanità di iniziativa.

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

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

e nella “SOS Medicina fisica e riabilitativa Prato” (vedi organigramma Asl TC). Prevista infine la SOS Centro di coordinamento aziendale medicina integrata.

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

Il responsabile della UF zonale è un assistente sociale con Incarico di Funzione di nomina aziendale che può coincidere o meno con il Coordinatore Socio-Sanitario previsto dall’art. 64.2 comma 4 della L.R. 40/2005 ss.mm. ii (coordinatore sanitario e coordinatore sociosanitario individuati dal direttore di ZD) e con il coordinatore sociale previsto dall’art. 37 della L.R. 41/2005 ss.mm.ii. In afferenza alla stessa struttura, anche gli incarichi trasversali inerenti i percorsi sociosanitari.

La Direzione del Dipartimento dei Servizi sociali è rappresentata dalla Direzione dei Servizi Sociali dell’Azienda USL Toscana Centro, alla quale afferiscono anche la Cooperazione Sanitaria Internazionale e l’Ufficio promozione Relazioni Internazionali.

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

Il **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie** si configura come una struttura delle professioni sanitarie a valenza aziendale, dotata di autonomia gestionale e titolare di funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto. Il Dipartimento si articola nell’Area Programmazione e

controllo risorse e nella SOC Funzioni strategiche dipartimentali, nonché, a loro volta, in strutture operative complesse (SOC) e semplici (SOS), anche di valenza zonale, sia con riferimento alla riabilitazione funzionale, che all'assistenza sanitaria, alle attività tecniche della prevenzione, alle attività diagnostiche di laboratorio e per immagini (vedi organigramma Asl TC).

Il **Dipartimento Materno Infantile** si configura come una struttura aziendale articolata in due Aree: "Area Ostetricia e Ginecologia" e "Area Pediatria e neonatologia", oltre alla "SOS Fertilità Consapevole". Le aree sono a loro volta articolate in Strutture Operative complesse, alcune anche a valenza di presidio ospedaliero e con funzioni relative alla pediatria.

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

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

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

1.2 I servizi sociosanitari e socioassistenziali

La Società della Salute Pratese ha un organigramma e un funzionigramma disciplinato dalla Delibera di G.E. n. 33 del 18.12.2024. Il Regolamento di Organizzazione prevede

Ufficio Risorse Umane e Finanziarie
Ufficio del Coordinatore Sociale

cinque Uffici di tipo Amministrativo:

- Ufficio Amm.vo Minori e Famiglia
- Ufficio Amm.vo Inclusione e Gestione Fondo Povertà
- Ufficio Amm.vo Servizi di Supporto alla Domiciliarità

- Ufficio Amm.vo PNRR, Ufficio di Piano, Anticorruzione, Trasparenza e Privacy
- Ufficio Amm.vo Progettazione, Affari generali, Segreteria e Gestione FSE/FSC e ulteriori Progetti

quattro Unità Operative Professionali:

- Unità Operativa Area Professionale “Minori e Famiglie: Tutela e Prevenzione”,
- Unità Operativa Area Professionale “Inclusione e Accoglienza”,
- Unità Operativa Area Professionale “Persone Anziane”,
- Unità Operativa Area Professionale “Persone con Disabilità”.

Di seguito il Funzionigramma di tali Uffici, di cui all’Allegato C della Deliberazione di G.E. SdS n. 33 del 18/12/2024

Funzionigramma della Società della Salute Area Pratese	
Uffici e Unità Funzionali	Funzionigramma
Ufficio Risorse Umane e Finanziarie	Gestione della Convenzione per la gestione diretta e predisposizioni rendicontazioni per Enti consorziati
	Atti recepimento/destinazione fondi ministeriali e regionali e supporto predisposizione atti
	Gestione dei rapporti contabili e finanziari con gli Enti Consorziati (Comuni e Azienda USL)
	Rapporti con consulente fiscale
	Predisposizione Bilancio e gestione contabilità
	Supporto alle Unità Funzionali per le Rendicontazioni e certificazioni
	Rapporti con Tesoreria
	Servizio economale
	Rapporti con Collegio Sindacale
	Controllo di gestione, monitoraggio dei conti e budget zona
	Gestione contabilità, fatture, liquidazioni e tutti gli adempimenti conseguenti
	Gestione delle attività relative al personale – assunzioni e gestione assenze presenze
	Piano delle performance e valutazione obiettivi del personale
	Gestione delle buste paghe e della parte contributiva
	Gestione F24 ed invii telematici
	Predisposizione del Conto annuale del personale
	Rendicontazione generale delle attività e reportistica
	Relazioni sindacali e costituzione Fondi
Predisposizione delle rendicontazioni relativamente a progetti e fondi assegnati	
	Funzioni trasversali di progettazione, monitoraggio e rendicontazione Progetti PNRR M5C2 e

Ufficio Amm.vo PNR, Ufficio di Piano, Anticorruzione, Trasparenze Privacy	coordinamento degli interventi
	Privacy, Anticorruzione e Trasparenza
	Assistenza al contenzioso
	Supporto nelle attività di programmazione locale annuale e pluriennale: profilo di salute, POA-PIS/PIZ
	Ufficio di Piano
	Conservazione documenti e sulle procedure di scarto di archivio
Ufficio Amm.vo Minori e Famiglie	Centro per le Famiglie, Centro Affidi, Centro Adozioni e Contributo Affido
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana.
	Rendicontazione e supporto alla progettazione e al monitoraggio di progetti e fondi assegnati
	Interventi socio educativi per minori
	Inserimenti in strutture residenziali e gruppi appartamento per adolescenti e giovani dai 0 ai 21 anni
	Inserimenti in strutture semiresidenziali e attività di socializzazione
	Inserimenti residenziali di donne con minori in carico alla tutela e donne sole o con minori vittime di violenza
	Inserimenti residenziali di minori stranieri non accompagnati
	Monitoraggio budget assegnato per i servizi
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana
Ufficio Amm.vo Servizi di Supporto alla Domiciliarità	Assistenza domiciliare socio assistenziale (non autosufficienza, disabilità e altre fragilità sociali)
	Procedimenti di riscossione e recupero morosità relativo alle compartecipazioni dei servizi
	Assegno di cura (over e under 65 solo per popolazione anziana) e accomodamento ragionevole
	Progetti e servizi di supporto rivolti ad persone con fragilità (pasti caldi, ecc).
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana e altri Enti pubblici
	Monitoraggio budget assegnato per i servizi
	Progetto Pronto Badante
	Inserimenti in strutture residenziali persone con fragilità
	Procedimenti accesso agli atti e istruttorie relative alle istanze di revisione e ricorsi gerarchici
	Procedimenti accertamento estraneità affettiva
	Trasporto sociale e Trasporto scolastico
	Trasporto persone con fragilità socio-economica
	Rendicontazione e supporto alla progettazione e al monitoraggio di progetti e fondi assegnati
Ufficio Amm.vo Inclusione e Gestione Fondo Povertà	Interventi economici di integrazione al reddito
	Gestione del Fondo Povertà

	Gestione del Servizio Segretariato Sociale
	Gestione del Progetto Social Board
	Accoglienza Notturna e Mensa Sociale
	Interventi e servizi di contrasto a situazioni di grave emarginazione sociale
	Monitoraggio budget assegnato per i servizi
	Partecipazione Progetto SEUS - Pronto intervento sociale
	Gestione Programma ADI
	Gestione Centro Diurno per Adulti
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana e altri Enti pubblici
Ufficio Amm.vo Progettazione, Affari Generali, Segreteria e gestione FSC/FSE e altre Progettualità	Gestione Ufficio per le attività a supporto della procedura relativa all'Amministrazione di Sostegno
	Supervisione Progetto Home Care Premium
	Progettazione, monitoraggio, rendicontazione progetti finanziati di competenza dell'Ufficio (con particolare riferimento a Regione Toscana, FSE, Fondo Sviluppo e Coesione, Aree interne ecc..)
	Ufficio Stampa, comunicazione e gestione sito web
	Funzioni trasversali sui progetti finanziati, informazione e comunicazione sui progetti, gestione di specifiche progettualità assegnate all'Ufficio e supporto progettuale agli altri Uffici SdS
	Attività Amministrativa e di Supporto agli organi (convocazioni, verbalizzazioni sedute, raccolta e pubblicazione atti deliberativi Giunta e Assemblea SdS).
	Segreteria Direttore SdS (gestione agenda, rubriche e contatti)
	Supporto al Comitato di Partecipazione e alla Consulta del Terzo Settore
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana e altri Enti pubblici
Coordinatore Sociale	Attività di coordinamento e di integrazione del Servizio Sociale Professionale per garantire unitarietà e coerenza delle azioni alla programmazione in ambito sociale e socio-sanitario nella zona Pratese
	Collaborazione con il Direttore nella gestione delle attività della SdS, partecipazione al processo di pianificazione strategica e concorso alla formulazione di proposte e pareri e alla gestione complessiva della SdS
	Formulazione di indirizzi sulle attività di assistenza sociale per garantire i livelli omogenei ed uniformi delle stesse su tutto l'Ambito
	Coordinamento del personale professionale Assistenti Sociali della SdS
	Monitoraggio Progetto Seus - Pronto intervento sociale
	Formulazione di proposte al Direttore e all'Ufficio di Direzione per le parti di competenza, ai fini dell'elaborazione dei Bilancio annuale e pluriennale, dei progetti e delle attività
	Collaborazione con il personale dei Comuni e della Azienda alla programmazione, predisposizione, attuazione e rendicontazione dei progetti e gare/avvisi in ambito sociale e socio-sanitario di livello locale, regionale, ministeriale ed europeo
Unità Operativa Area Professionale Persone Anziane	Destinatari: persone anziane (oltre 65 anni) non autosufficienti e autosufficienti in situazione di fragilità.
	Attività di coordinamento del Servizio Sociale Professionale nella per la propria Area Prof.le

	Progetti personalizzati per l'integrazione sociale delle persone in carico alla propria Area Prof
	Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area di competenza
	Coordinamento Equipe Multidisciplinari per i percorsi dell'Area di competenza
	Coordinamento della UVM per la competenza sociale
	Interventi a sostegno di donne anziane vittime di violenza, maltrattamento e abuso (anche a carattere di emergenza/urgenza)
	Integrazioni funzionali con COT
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la RT
	Gestione e coordinamento, dal punto di vista professionale, dei servizi e prestazioni inerenti la propria Area di riferimento, in sinergia con gli Uffici Amministrativi e contabili
	Gestione e coordinamento, dal punto di vista professionale, del Servizio Domiciliare di tutte le Aree Professionali, in sinergia con gli Uffici Amministrativi e contabili
	Monitoraggio le strutture di accoglienza rivolte a persone in carico alla propria Area Professionale
	Coordinamento Tavoli interistituzionali e coordinamento e partecipazione a Protocolli d'Intesa per l'Area di competenza
	Predisposizione e gestione di eventuali liste di attesa per i servizi dell'Area di competenza
	Approvazione contributi economici di integrazione al reddito per persone in carico alla propria Area Professionale e monitoraggio budget virtuale
	Partecipazione Progetto Pronto Intervento Sociale PIS (ex SEUS)
	Collaborazione alla progettazione e alla stesura e di capitolati, progetti comunitari, nazionali e regionali relativi all'Area di riferimento
	Monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti fondi assegnati
	Gestione di specifici progetti dell'area persone anziane (es. Progetto Caffè ed Atelier Alzheimer, progetto Demenze, PNRR, ecc..)
	Approvazione sul programma informatico ASTER CLOUD SINSS degli interventi e servizi attivati dall'Area di competenza
Unità Operativa	Destinatari:famiglie con problematiche relative alle responsabilità familiari ed alla tutela minorile anche in un'ottica di prevenzione; minori in stato di abbandono, di pregiudizio o di grave trascuratezza; minori con condotte devianti o a rischio di devianza; minori stranieri non accompagnati (MSNA) di età inferiore ai 15 anni e minori stranieri non accompagnati (MSNA) di età superiore che presentano disturbi nel processo evolutivo; donne vittime di violenza, maltrattamento e abuso con figli; minori con certificazione ai sensi della Legge 104/92 non in situazione di gravità sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria; minori con

Area Professionale Minori e Famiglie: Prevenzione e Tutela	problematiche legate a psicopatologie; minori sottoposti a procedimenti penali.
	Coordinamento, gestione e monitoraggio professionale del Centro per le Famiglie del Centro Adozioni e del Centro Affidi di Area Pratese
	Attività di coordinamento del Servizio Sociale Professionale nell'Area Pratese per la propria Area Professionale
	Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area di riferimento
	Progetti personalizzati per l'integrazione sociale delle persone in carico alla propria Area
	Interventi a sostegno di donne vittime di violenza, maltrattamento e abuso con figli (anche a carattere di emergenza/urgenza)
	Collaborazione alla costruzione dei dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana
	Coordinamento dell' Unità di Valutazione Multidisciplinare Tutela Minori UVMT per competenza sociale
	Coordinamento Tavoli interistituzionali e coordinamento e partecipazione a Protocolli d'Intesa per l'Area di competenza
	Interventi di sostegno alla genitorialità e interventi di prevenzione a f
	Approvazione sul programma informatico ASTER CLOUD SINSS degli interventi e servizi attivati dall'Area di competenza
	Gestione e coordinamento, dal punto di vista professionale, dei servizi e prestazioni inerenti la propria Area di riferimento, in sinergia con gli Uffici Amministrativi e contabili
	Monitoraggio delle strutture di accoglienza rivolte a persone in carico alla propria Area Professionale e cura degli inserimenti
	Partecipazione Progetto PIS Pronto Intervento Sociale (EX SEUS)
	Predisposizione e gestione di eventuali liste di attesa per i servizi dell'Area
	Approvazione contributi economici di integrazione al reddito per persone in carico alla propria Area Professionale e monitoraggio budget virtuale
	Collaborazione alla progettazione e alla stesura e di capitolati, progetti comunitari, nazionali e regionali relativi all'Area di riferimento
	Monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti e fondi assegnati
	Coordinamento Equipe Multidisciplinari per i percorsi dell'Area di competenza
	Approvazione contributi economici per l'affidamento familiare di minori
Gestione di specifici progetti dell'area di competenza (Arianta, PIPPI, PNRR, ecc...)	

	<p>Approvazione sul programma informatico ASTER CLOUD SINSS degli interventi e servizi attivati dall'Area di competenza</p> <p>Collaborazione alla progettazione e realizzazione di progetti di prevenzione, promozione dei diritti, protezione e tutela dei minori</p>
Unità Operativa Area Professionale Persone con Disabilità	Destinatari: persone con disabilità che abbiano una certificazione rilasciata ai sensi della L.104/92 compresi i minori con certificazione di disabilità in situazione di gravità seguiti su mandato dell'Autorità Giudiziaria e in collaborazione, se necessario con l'Area Professionale Minori e Famiglie: prevenzione e Tutela.
	Attività di coordinamento del Servizio Sociale Professionale nell'Area Pratese per la propria Area Professionale
	Progetti personalizzati per l'integrazione sociale delle persone in carico alla propria Area
	Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area di riferimento
	Componente UVMD e sviluppo progetto di vita con budget di salute
	Coordinamento Equipe Multidisciplinari per i percorsi dell'Area di competenza
	Monitoraggio delle strutture di accoglienza rivolte a persone in carico alla propria Area Professionale e cura degli inserimenti
	Interventi a sostegno di donne vittime di violenza, maltrattamento e abuso sole o con figli (anche a carattere di emergenza/urgenza) con certificazione ai sensi della Legge 104/92
	Gestione e coordinamento, dal punto di vista professionale, dei servizi e prestazioni inerenti la propria Area di riferimento, in sinergia con gli Uffici Amministrativi e contabili
	Inserimenti socio-lavorativi/socio-terapeutici di persone con disabilità
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana
	Monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti e fondi assegnati
	Approvazione contributi economici di integrazione al reddito per persone in carico alla propria Area Professionale e monitoraggio budget virtuale
	Collaborazione alla progettazione e alla stesura e di capitolati, progetti comunitari, nazionali e regionali relativi all'Area di riferimento
	Gestione di specifici progetti dell'area di competenza (Dopo di Noi, Vita Indipendente, PNRR, ecc..)
	Coordinamento Tavoli interistituzionali e coordinamento e partecipazione a Protocolli d'Intesa per l'Area di competenza
	Predisposizione e gestione di eventuali liste di attesa per i servizi dell'Area
	Partecipazione Progetto Pronto Intervento Sociale PIS (ex SEUS)
	Approvazione sul programma informatico ASTER CLOUD SINSS degli interventi e servizi attivati dall'Area di competenza
Unità Operativa Area Professionale Inclusione e	Destinatari: persone di età da 18 anni a 65 anni; nuclei familiari con figli minori in condizione di svantaggio sociale non sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria; persone che hanno fatto richiesta di permesso di soggiorno ai sensi dell'articolo 31 del D.LGS N. 286/98, Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) di età superiore a 15 anni con percorsi evolutivi nella norma che necessitano di progetti e percorsi formativi e personali volti all'autonomia; persone in situazioni di grave emarginazione sociale e persone senza dimora.

Accoglienza	Attività di coordinamento di Servizio Sociale Professionale nell'Area Pratese per la propria Area Professionale
	Progetti personalizzati per l'integrazione sociale delle persone in carico alla propria Area
	Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area di riferimento, in particolare indagini per articolo 31 D.LGS N. 286/98
	Interventi a sostegno di donne sole vittime di violenza, maltrattamento e abuso (anche a carattere di emergenza/urgenza)
	Coordinamento e gestione del Segretariato sociale/Punto unico di accesso
	Collaborazione alla costruzione dei dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana
	Interventi e servizi di contrasto a situazioni di grave emarginazione sociale e progetti legati alle persone senza fissa dimora
	Gestione e coordinamento, dal punto di vista professionale, dei servizi e prestazioni inerenti la propria Area di riferimento, in sinergia con gli Uffici Amministrativi e contabili
	Coordinamento Tavoli interistituzionali e coordinamento e partecipazione a Protocolli d'Intesa per l'Area di competenza
	Predisposizione e gestione di eventuali liste di attesa per i servizi dell'Area
	Coordinamento Equipe Multidisciplinari per i percorsi di inclusione sociale
	Partecipazione Progetto PIS Pronto Intervento Sociale (ex SEUS)
	Gestione di specifici progetti dell'Area di competenza (PNRR, Social Board, ecc)
	Monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti e fondi assegnati
	Gestione e monitoraggio del Programma Assegno di Inclusione e/o strumenti similari
	Approvazione contributi economici di integrazione al reddito per persone in carico alla propria Area Professionale e monitoraggio budget virtuale
	Monitoraggio delle strutture di accoglienza rivolte a persone in carico alla propria Area Professionale e cura degli inserimenti (compresa Accoglienza notturna/dormitorio)
	Monitoraggio dei percorsi di inserimento lavorativo
	Collaborazione con Ufficio Casa del Comune di Prato e partecipazione a commissioni specifiche sul tema dell'emergenza alloggiativa
	Approvazione sul programma informatico ASTER CLOUD SINSS degli interventi e servizi attivati dall'Area di competenza

2 IL QUADRO DELL'OFFERTA

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

2.1 Cure Primarie: la Sanità Territoriale

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

- Assistenza sanitaria di base: le Cure Primarie

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

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

Tabella 1: Assistenza sanitaria di base per SdS/Zona - Dati 2024

<i>Assistenza sanitaria di base</i>	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS Valdarno	SdS Val di Pesa	TO T.
Medici di Medicina Generale	248	156	113	40	174	106	71	146	0
Pediatri di Famiglia	39	34	29	2	33	17	17	30	0
AFT	10	4	6	2	8	5	3	7	0
Medici di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)	28	22	45	20	19	12	27	32	0
Sedi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)	7	7	9	6	7	4	7	7	0

<i>Sedi di Assistenza Turistica</i>	0	0	0	0	1	1	0	0	0
<i>Forme organizzate dei MMG</i>	171	121	77	24	153	96	55	136	0

(fonte Dipartimento Rete Territoriale AUSL TC)

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

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

Il bisogno clinico, funzionale e sociale della persona è accertato tramite valutazione multidimensionale, cui segue la definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI) sociosanitario integrato, o Progetto di vita. Gli interventi domiciliari sociali e sanitari sono descritti al paragrafo 2.8 "Non Autosufficienza" essendo utilizzati principalmente da persone anziane non autosufficienti.

- Cure intermedie

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

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

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

- **SETTING 1 - low care (alta intensità):** strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera (riferimenti normativi nella *sezione D.6* dell'allegato A del "Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" DPRG 79/R del 2016);
- **SETTING 2 - residenzialità sanitaria intermedia (media intensità):** strutture residenziali extra ospedaliere a bassa complessità assistenziale (riferimenti normativi nella *sezione D.7* dell'allegato A del "Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" DPRG 79/R del 2016);
- **SETTING 3 - residenzialità assistenziale intermedia (bassa intensità):** attivato nelle RSA (DGRT 909/2017; DGRT 1596/2019).

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

Nella tabella seguente sono riportati i dati dell'offerta di cure intermedie nelle zone.

Tabella 2: offerta di cure intermedie per setting e Zona/SdS

Zona	SdS Firenze						SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est			SdS Mugello	SdS Pratese		SdS Pistoiese		SdS VdN	SdS EVV	
	1	1	-	-	-	-	-	5	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lungodegenza	2	4	-	-	-	-	-	1	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Cure Intermedie Setting 1	-	-	30	32	-	-	-	2 1	-	1 2	-	-	42	-	-	-	-	-
Cure Intermedie Setting 2	-	-	10	8	22	12	-	2 5	5	-	-	23	-	34 ¹	-	-	38	12 *2
Cure Intermedie Setting 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	8	-	-

(fonte Dipartimento Rete Territoriale AUSL TC)

- Assistenza ambulatoriale

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

Sinteticamente, l'assistenza specialistica si articola in:

Attività diagnostica:

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

Attività clinica:

- Visite specialistiche: prima visita, visita a completamento della prima, visita di controllo, visita multidisciplinare
- Attività terapeutica: radioterapia, medicazione, sutura, iniezione, infiltrazione, incisione, attività chirurgica, dialisi, trattamento odontoiatrico, applicazione apparecchio gessato, psicoterapia, ecc.

¹ 16 posti letto sospesi per lavori OdC

² 12 posti letto sospesi per lavori OdC

- Riabilitazione: terapia educativa, training disturbi cognitivi, rieducazione motoria, rieducazione del linguaggio, rieducazione cardiorespiratoria, ecc.

-

2.2 *Le Cure Palliative*

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

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

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

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

prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale livello viene erogato dalle **Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari** che garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di équipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

- **Gli interventi di base** garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con la persona malata e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.
- **Gli interventi di équipe specialistiche** multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.

▪ **Assistenza residenziale in Hospice** - L'hospice è un'articolazione della Rete assistenziale delle Cure Palliative che si può definire come una struttura specialistica di ricovero, che può accogliere temporaneamente o stabilmente le persone che si avvalgono del servizio di Cure Palliative. Costituisce un'alternativa alla casa quando questa non è, temporaneamente o definitivamente, idonea ad accogliere il malato: l'Hospice permette di proseguire le cure in un ambiente protetto, con trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore. Il ricovero in Hospice non è effettuato d'urgenza, ma è sempre programmato. La richiesta può provenire dal Medico di Medicina Generale, da una Unità di Cure Palliative o da un reparto ospedaliero.

Le cure palliative in Hospice, nell'ambito della Rete locale di Cure Palliative, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che a prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la

quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono erogate da equipe multidisciplinari e multiprofessionali che assicurano cure e assistenza in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette. Le cure in Hospice sono garantite in modo omogeneo: gli Hospice sono inseriti nei LEA distrettuali, anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

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

Tabella 3: Posti letto Hospice e Day-Hospice al 31.12.2024

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

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

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

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

Dimissioni									
gg. assistenza	3.078	5.563	2.418	2.975	-	4.021	-	3.268	2.522

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

- Il Girot

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

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

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

- Dalla Casa della Salute al nuovo modello della Casa di Comunità

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda la Zona Pratese sono previste la realizzazione di:

- Casa della Comunità di Poggio a Caiano
- Casa della Comunità di Vaiano
- Casa della Comunità di Montemurlo
- Casa della Comunità Misericordia e Dolce
- Casa della Comunità di San Paolo
- Ospedale di Comunità del Misericordia e Dolce
- ospedale di Comunità La Melagrana

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

La riforma della sanità territoriale introduce le Centrali Operative Territoriali (COT) con obiettivo quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dei percorsi dell'assistenza sanitaria e

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

- Gli ospedali di comunità

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

- Lo sviluppo della telemedicina

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

- NEA 116117

Sulle spinte degli indirizzi normativi nazionali e regionali, è stato implementato il Numero Europeo Armonizzato 116117, quale servizio per le cure mediche non urgenti destinato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie non urgenti. Il NEA116117 rappresenta un servizio telefonico gratuito per la popolazione attivo 24h/24 e 7 giorni/settimana, che fornirà alle persone informazioni, interventi e servizi sia obbligatori sia facoltativi ed integrativi, che verranno previsti secondo gli indirizzi regionali. In considerazione delle evoluzioni stimulate dal PNRR, dal DM n.77/2022 e dalla riforma

dei servizi territoriali, il NEA116117 si configura come un nuovo servizio per le persone per richiedere assistenza, prestazioni o consigli sanitari non urgenti e che si pone come supporto funzionale e/o operativo ad altre iniziative, quali quelle di teleconsulto, con obiettivi di miglioramento circa l'efficienza e l'efficacia del percorso assistenziale e di risposta ai bisogni.

Le Attività Consultoriali Territoriali

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

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

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

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

- **Procreazione responsabile**

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

- **Diagnosi prenatale**

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

- **Percorso nascita**

Preso 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; ambulatorio gestione clinica; corsi di accompagnamento alla nascita; percorsi di assistenza al puerperio e supporto all'accudimento del neonato e alla famiglia; consulenza sulla salute della madre e del bambino; sostegno allattamento; sostegno alla genitorialità. Inoltre, verrà rafforzata la digitalizzazione di tale percorso.

- **Depressione post partum**

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

- **Gravidanza fisiologica**

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

- **Vaccinazioni in gravidanza**

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

- **Percorso IVG**

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

- **Percorso Menopausa**

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

- **Prevenzione Oncologica**

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

- **Interventi mirati per la multiculturalità**

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

- **Progetto Persefone**

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

- **Progetto Mamma Segreta**

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

- **Medicina di Genere**

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

Infine, nell'ambito della continuità T-H-T è inserita **la Rete del Codice Rosa, quale rete tempo dipendente e** percorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate. Quando è rivolto a donne che subiscono violenza di genere si parla del "Percorso per le donne che subiscono violenza" cd. Percorso Donna, mentre per le vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione è il c.d. Percorso per le vittime di crimini d'odio. Il percorso è attivo qualunque sia la modalità di accesso al servizio sanitario, sia esso in area di emergenza-urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria e prevede precise procedure di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in

carico globale, da parte di un'equipe multidisciplinare per la presa in carico delle problematiche provenienti dall'ospedale e anche per quelle che si possono presentare in cronico.

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

2.4 La Riabilitazione territoriale

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

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

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

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

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

- **Percorsi riabilitativi territoriali ambulatoriali**

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

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

- **Percorsi riabilitativi territoriali domiciliari**

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

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

- **Percorsi riabilitativi territoriali semiresidenziali e residenziali**

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

- **Attività Fisica Adattata (AFA)**

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

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

- **Ausili e Presidi**

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

- Protesi e ortesi sono apparecchiature che permettono di sostituire parti del corpo, supplire o migliorare le funzioni compromesse (ad esempio, le protesi oculari su misura, gli apparecchi acustici, busti e corsetti, etc.).
- Gli ausili (ad esempio le carrozzelle o i girelli) sono quegli strumenti utili per compiere azioni altrimenti impossibili o difficili da eseguire.

- I presidi sono oggetti che aiutano a prevenire o curare determinate patologie (come il catetere per l'incontinenza, i pannoloni etc.).

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

- **Ambulatori riabilitazione disabilità complessa**

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

- **Riabilitazione extra ospedaliera semiresidenziale e residenziale**

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

La Riabilitazione extra-ospedaliera residenziale e semiresidenziale ex art. 26 L.833/78 mdc 1,4,5,8 è variamente presente nelle Zone. Nella Zona Pratese sono presenti n. 3 Centri Semiresidenziali ex art.26 per persone con Disabilità: Politano, Franco Primi della Fondazione Santa Rita e CTR di ANFASS.

2.5 *La Salute Mentale Adulti*

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

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

La Salute Mentale Adulti opera con azioni rivolte:

- *alle persone con disagio psicopatologico*, per trattare la sofferenza psichica, favorire modalità sane di relazioni e l'aderenza al trattamento, promuovere stili di vita adeguati al mantenimento della salute e prevenire il rischio di ricadute. Per alcune tipologie di disagio quali i disturbi dello spettro schizofrenico, i gravi disturbi dell'umore, i disturbi di personalità e i disturbi alimentari (DA), oltre che per i pazienti con doppia diagnosi per dipendenza da sostanze, sono attivati interventi integrati multiprofessionali e percorsi mirati;
- *ai familiari*, per affrontare il disagio collegato alla patologia del congiunto, per offrire percorsi terapeutici sistemici che consentano cambiamenti più efficaci e duraturi e attivare risorse inespresse affinché la famiglia da oggetto di cura possa diventare risorsa nel trattamento;
- *agli ambienti istituzionali* quali l'ospedale, le RSA e le altre strutture sanitarie e sociosanitarie della ASL ed extra ASL, con attività di consulenza specialista e di programmazione integrata degli interventi;
- *alla rete comunitaria formale e informale* quali scuole, luoghi di lavoro, cooperative sociali, associazioni di volontariato, associazioni di utenti e di familiari, con interventi di educazione sanitaria e di promozione della salute tesi a promuovere la prevenzione del disagio psichico, il superamento dello stigma e l'inserimento sociale di utenti in difficoltà.

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

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

Gli interventi attivati sono i seguenti:

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

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

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

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

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

- **Servizi Semiresidenziali**

Sono i luoghi deputati a svolgere attività riabilitativa intensiva con lo scopo di promuovere l'autonomia del paziente e la sua piena integrazione sociale. L'accesso avviene su indicazione dell'équipe che ha in carico la persona e la frequenza è in relazione alla tipologia d'intervento

indicata nel progetto individualizzato. Sono previste verifiche intermedie e la dimissione una volta raggiunti gli obiettivi prefissati.

- **Servizi Residenziali**

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

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

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

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

- **Servizi Domiciliari**

Oltre agli appartamenti supportati, l'UF SMA promuove e sostiene l'autonomia abitativa degli utenti in carico fornendo supporto assistenziale sia al loro domicilio, realizzando interventi di supporto a persone con problemi di salute mentale nello svolgimento delle azioni quotidiane legate alla gestione domestica e alla cura di sé, favorendo il superamento dell'isolamento sociale e l'integrazione nei contesti abitativi di riferimento all'interno della comunità locale di appartenenza aiutandole a uscire dalla condizione di isolamento sociale. Le prestazioni di assistenza domiciliare vengono erogate in coerenza con il progetto di cura personalizzato della persona.

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

Oltre a promuovere l'autonomia abitativa, la UF SMA realizza progetti di inserimento terapeutico lavorativo, di accompagnamento al lavoro e di promozione dell'autonomia. Questi interventi

possono talvolta concretizzarsi anche in interventi di carattere economico, in coerenza con il progetto di cura personalizzato della persona.

- **Interventi di rete territoriale**

La UF SMA sostiene con proprie risorse l'attivazione di progetti integrati con altri partner ai fini della prevenzione, della promozione della salute e dell'inclusione sociale: polisportive per l'integrazione sociale, gruppi teatrali, attività di 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. Inoltre, sia a livello zonale che a livello aziendale, hanno preso avvio gli incontri della Consulta della Salute Mentale, quale progettualità di ottica comunitaria condivisa con le associazioni di esperienze, sia persone che famiglie.

- **SMA in carcere**

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

- **SPDC**

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

2.6 La Salute Mentale Infanzia Adolescenza

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

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

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

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

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

I percorsi assistenziali sono organizzati tenendo conto dell'età e delle tipologie patologiche prevalenti (prima infanzia, disturbi dello sviluppo motorio, disabilità intellettive, disturbi sensoriali, disordini neuropsicologici, disturbi psicopatologici di elevata complessità, integrando livelli di presa in carico più prossimi all'utenza e livelli di approfondimento e presa in carico più

specializzati per le situazioni più complesse, sia zonali che multizonali, con la collaborazione tra le diverse UFC e in stretta integrazione con il Dipartimento Materno-Infantile, il Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari e il Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica e Ostetrica.

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

- **L'accesso ai servizi**

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

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

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

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

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

- **Integrazione con le istituzioni scolastiche**

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

- **Servizi Semiresidenziali e Residenziali**

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

L'inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale viene disposto dall'UF 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; in questi casi la scelta della struttura avviene in base alla prevalenza delle problematiche del minore: educative, dipendenze o salute mentale.

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

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

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

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

Con riferimento ai **disturbi del comportamento alimentare** è da anni stata costituita nel Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda UsI Toscana Centro, in continuità fra SMA e SMIA, la "UFC Disturbi dell'alimentazione" di valenza dipartimentale, deputata all'attuazione dei percorsi di prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare. Sono stati attivati due Centri di riferimento aziendale, a Empoli e a Firenze, per la prevenzione e la cura dei disturbi del comportamento alimentare, dove vengono erogate attività terapeutiche di prevenzione e sensibilizzazione delle problematiche alimentari, procedure di screening diagnostico preliminare con somministrazione di test psicometrici, interventi psicofarmacologici e psicoterapeutici

individuali, riabilitazione nutrizionale, gruppi terapeutici con orientamento cognitivo-comportamentale, gruppi di sostegno e psico-educazione per familiari. Vengono anche organizzati incontri con i singoli familiari e gruppi riabilitativi. Sono attive specifiche azioni per il rafforzamento di percorsi di presa in cura precoce e multidisciplinari. Il Servizio non ha limiti di età e si integra con diverse strutture aziendali per la garanzia di un approccio multidimensionale e di presa in carico precoce, in particolar modo con il Dipartimento dei Servizi Sociali e quello della Prevenzione.

2.7 *Le Dipendenze*

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

La rete dei servizi per le dipendenze è composta:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabella 5: Presa in carico Dipendenze per percorso – anno 2024

<i>Percorso</i>	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV
TD	1.600	678	447	303	903	563	534	623
Alcol	645	239	174	181	347	180	212	435
GAP	114	82	24	10	163	54	38	60
Tabagisti	327	122	156	102	551	184	0	63
Altri	82	31	11	13	73	56	33	22
TOT	0	0	0	0	0	0	0	0

(Fonte: Bollettino Socio Epidemiologico 2024 – Ausl Toscana Centro)

- **I programmi di prevenzione**

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

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

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

- **Inserimenti socioterapeutici in ambito lavorativo**

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

- **Il progetto “Abitare Supportato” Dipendenze**

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. Per la Zona Pratese è stato anche sottoscritto uno specifico accordo fra Comune di Prato, Azienda USL Tc e SdS.

- **Ser.D. in carcere**

Ai sensi del D.L. 230/99 viene assicurata la presa in carico e la gestione dell'assistenza delle persone detenute tossico e alcolodipendenti. Nei Ser.D. Carcerari (Sollicciano, Gozzini, Minorile, La Dogaia, Santa Caterina) risultano presi in carico, nel 2024, **1.205 persone**.

Tabella 6: Presa in carico Dipendenze per percorso – anno 2024

<i>UFS Dipendenze in carcere</i>	TD	Alcolisti	DG A	TOTALE
Sollicciano	490	30	3	523
Gozzini	41	4	-	45
Minorile	30	1	-	31
La Dogaia	498	7	1	506
Santa Caterina	96	4	-	100
TOT	1.155	46	4	1.205

(Fonte: Bollettino Socio Epidemiologico 2024 – Ausl Toscana Centro)

I PERCORSI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA DISABILITÀ

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

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

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

Il Piano regionale non autosufficienza per il triennio 2022-2024 (PRNA) è stato approvato con la delibera n. 256/2023, in attuazione del DPCM 3 ottobre 2022 che ha adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024. Ulteriori innovazioni normative ricadono sul tema a seguito del PNRR, della legge delega sulla disabilità e della definizione di specifici LEPS che necessitano di essere integrati con i LEA. Fondamentale poi la riforma della disabilità: la valutazione, il riconoscimento e quanto attiene ai percorsi sanitari e sociosanitari in tema di disabilità sono oggetto delle modifiche normative richieste dal PNRR.

Il Governo, con la Legge Delega 227/21 ha avviato un complesso percorso di revisione concluso con il D.lgs. 62/2024. Si tratta di una riforma prevista dal PNRR - Missione 5 "Inclusione e Coesione" Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore", riguardante la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato. L'obiettivo è quello di assicurare alla persona il riconoscimento della propria condizione di disabilità, rimuovendo gli ostacoli e attivando i sostegni utili al pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti.

Il decreto introduce cambiamenti significativi nella valutazione e nell'assistenza delle persone con disabilità, quali:

- L'importanza delle parole sostituite con: «persona con disabilità»;
- Modifica alle procedure e alle modalità di accertamento delle condizioni di disabilità con un rafforzamento di un approccio multidisciplinare e l'introduzione della cosiddetta "valutazione di base", di competenza INPS;

- Adozione da parte delle commissioni di competenza delle classificazioni internazionali della salute e disabilità (ICD – International Classification of Diseases - Classificazione internazionale delle Malattie, e ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health – Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) quali strumenti omogenei per la valutazione di base delle condizioni di disabilità, accompagnata da una modifica complessa dei criteri di valutazione non solo medico-legale, ma anche di funzionamento personale e sociale;
- Il progetto di vita della persona con disabilità, redatto sulla base delle aspirazioni, competenze, capacità e desideri della persona di concerto con le commissioni UVMD territoriali (Unità di valutazione multidimensionale disabilità), sottolineando la centralità della persona ed il rispetto del diritto di autodeterminazione. Il progetto di vita è finalizzato a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità per migliorare le condizioni personali e di salute nei diversi ambiti di vita, facilitandone l’inclusione sociale e la partecipazione nei diversi contesti di vita, su base di uguaglianza con gli altri, connesso all’elaborazione del “budget di progetto” per la sua concretizzazione e all’individuazione di un referente;
- Rafforzamento dell’approccio di integrazione sociosanitaria e di competenza delle UVMD territoriali, multidimensionali e multiprofessionali;
- Obblighi di informazione alla persona con disabilità;
- Revisione degli indirizzi e dei componenti delle UVMD

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

Con il D.Lgs 62/2024 si prevede una fase di sperimentazione sia del procedimento di valutazione di base con decorrenza dal 1° gennaio 2025, sia del procedimento di valutazione multidimensionale e del progetto di vita individuale (personalizzato e partecipato); in particolare, tale sperimentazione riguarderà la provincia di Firenze.

2.8 Non Autosufficienza

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

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

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

Nella Zona Pratese è costituita una UVM con il Coordinamento del Medico di Comunità e la presenza di Assistenti Sociali e Infermieri e Geriatri.

La tabella seguente riporta il volume di attività del progetto non autosufficienza nelle singole SdS/ZD, con riferimento alle richieste di valutazione da parte della UVM (segnalazione del bisogno) e le prese in carico della popolazione anziana ultra 65enne nell'anno 2024.

Tabella 7: Assistenza alla persona non autosufficiente anno 2024 – numero assistiti trattati

<i>SdS Firenz e</i>	<i>SdS F.na Nord</i>	<i>SdS F.na Sud</i>	<i>SdS Mugel lo</i>	<i>SdS Prates e</i>	<i>SdS Pistoie se</i>	<i>SdS VdN</i>	<i>SdS EVV</i>	<i>AUSL Toscana Centro</i>
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------	--------------------	------------------------------------

		<i>Ovest</i>	<i>Est</i>						
Totale	13.319	5.650	5.789	2.224	8.255	4.975	4.274	7.476	51.962
di cui anziani età 65+	11.880	5.061	5.055	1.947	7.314	4.470	3.633	6.585	45.945

(Fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview 2024, tab. 51.01)

Di seguito si riportano i dati attività/servizi erogati a favore delle persone anziane dalla Società della Salute nell'anno 2023.

Tab.2 Società della Salute Area Pratese. Area Persone anziane. Anno 2023.

Tipo Intervento	Utenti	Spesa
Strutture residenziali (RSA) quota sociale	860	€ 3.700.941,44
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	198	€ 622.292,38
Assegni di cura (contributo per contratto badante)	230	€ 523.737,56
Assistenza Domiciliare	710	€ 2.873.250,81
Pasti a domicilio	165	€ 327.716,51
Addendum – fondo di integrazione retta RSA	43	€ 18.316,00
Progetto FSE- A DOPO BIS Sostegno ai servizi di cura domiciliare	273	€ 500.000,00
Progetto FSE - A DOPO bis Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare	68	€ 166.927,46
PROGETTO INPS Home Care Premium – Ass. Domiciliare	212	€ 354.022,58
Progetto CircolaMente (Caffe' e Atelier Alzheimer)	24	€ 38.648,00
Progetto "Dopo ospedale è meglio a casa" (per le dimissioni complesse da Ospedale)	542	€ 130.802,69
Totale	3325	€ 9.256.655,43

A seguito della riforma sanitaria toscana e della costituzione dell'Azienda Usl Toscana Centro si è reso opportuno creare sinergie e collaborazioni tra dipartimenti aziendali e le Società della Salute, attivando modalità di confronto sulle diverse realtà, frutto di storie e di contesti differenti, prevedendo da un lato profili di armonizzazione e dall'altro modalità di valorizzazione delle differenze zonali. Questo lungo processo ha portato ad un primo risultato con la deliberazione 1460

del 24/10/2019 “Profili di armonizzazione dei nove “Progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” attuati nelle SdS/ZD dell’Azienda Usl Toscana Centro- approvazione”, costruita e condivisa con le direzioni zonali e delle Società della Salute. Il percorso di armonizzazione è in fase di revisione, anche in relazione ai Regolamenti zonali.

- **Area della Domiciliarità**

Gli interventi per l’area della domiciliarità sono:

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

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

- **Pronto badante**

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

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

- Assistenza Domiciliare Tutelare: assistenza rivolta a persone parzialmente non auto-sufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura della persona (fornitura dei pasti, pulizia della casa, lavaggio della biancheria, igiene personale, aiuto per pagare le bollette).
- Assistenza Domiciliare per interventi di natura sanitaria (AD solo sanitaria), dedicata a persone non autosufficienti o dimesse di recente dall’ospedale, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): riguarda le situazioni più complesse, si definisce “integrata” poiché il servizio di assistenza medica è coordinato con quello socioassistenziale, e consiste in un insieme di servizi e interventi sociosanitari erogati al paziente all’interno

della sua abitazione. Avviene attraverso prestazioni fornite da diversi professionisti (medici, infermieri, operatori sociosanitari (OSS), fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.).

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

Il 01.01.2023 è entrato in funzione il nuovo Flusso Ministeriale SIAD che introduce un indicatore di monitoraggio della presa in carico in ADI come % di pazienti over65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 aa “presi in carico” per tutte le classi di CIA³). Il valore del CIA può variare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana), con 4 livelli:

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

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

Tabella 8: Tasso di pazienti trattati in AD (CIA 1, 2, 3) al 31.12.2024 (D22Z del NSG)

	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
Numerat ore	6.279	2.912	2.563	929	3.799	2.296	2.546	3.637	24.961
Popolazi one	363.837	222.016	167.447	63.337	260.972	170.487	119.555	241.196	1.608.847
Valore	17,26	13,12	15,31	14,67	14,56	13,47	21,30	15,08	15,51

(fonte Regione Toscana, PowerBI, Monitoraggio indicatori Nuovo Sistema di Garanzia)

³ CIA = numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA, giornate in cui viene eseguito almeno un accesso) / numero di Giornate di Cura (GdC, numero totale di giornate di presa in carico).

Tabella 8a: Tasso di pazienti trattati in AD - CIA 1- al 31.12.2024 – Punteggio massimo con indicatore superiore a 4

	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
Numeratore	2.661	1.431	962	481	1.449	1.199	1.123	1.837	11.143
Popolazione	363.837	222.016	167.447	63.337	260.972	170.487	119.555	241.196	1.608.847
Valore	7,31	6,45	5,75	7,59	5,55	7,03	9,39	7,62	6,93

(fonte Regione Toscana, PowerBI, Monitoraggio indicatori Nuovo Sistema di Garanzia)

Tabella 8b: Tasso di pazienti trattati in AD - CIA 2- al 31.12.2024 – Punteggio massimo con indicatore superiore a 2,5

	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
Numeratore	1.741	748	628	219	1.015	646	777	975	6.749
Popolazione	363.837	222.016	167.447	63.337	260.972	170.487	119.555	241.196	1.608.847
Valore	4,79	3,37	3,75	3,46	3,89	3,79	6,50	4,04	4,19

(fonte Regione Toscana, PowerBI, Monitoraggio indicatori Nuovo Sistema di Garanzia)

Tabella 8c: Tasso di pazienti trattati in AD - CIA 3- al 31.12.2024 – Punteggio massimo con indicatore superiore a 2

	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
Numeratore	1.877	733	973	229	1.335	451	646	825	7.069
Popolazione	363.837	222.016	167.447	63.337	260.972	170.487	119.555	241.196	1.608.847
Valore	5,16	3,30	5,81	3,62	5,12	2,65	5,40	3,42	4,39

(fonte Regione Toscana, PowerBI, Monitoraggio indicatori Nuovo Sistema di Garanzia)

Tabella 9: Assistenza domiciliare anno 2024 – numero casi trattati per tipo di percorso (ADI, ADP, AD)

Tipologia	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL

										TC
ADI	nr. casi	717	114	207	77	81	36	44	445	1.721
	di cui anziani	517	87	152	58	72	30	35	384	1.335
ADP	nr. casi	316	174	113	46	610	224	404	5	1.892
	di cui anziani	304	155	104	40	531	189	382	5	1.710
AD solo sanitaria	nr. casi	7.051	3.605	3.241	1.234	5.103	3.260	2.775	4.409	30.678
	di cui anziani	6.065	3.178	2.804	1.079	4.423	2.920	2.254	3.758	26.481

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview 2024, TAB. 51.02)

Tabella 10: Assistenza domiciliare anno 2024 – nr. prestazioni erogate per tipo di percorso (ADI, ADP, AD)

Tipologia		SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Total e AUSL TC
ADI	erogazioni	20.022	1.900	2.491	1.074	3.718	2.106	5.933	9.120	46.364
	di cui anziani	15.692	1.372	2.044	638	3.341	1.469	3.644	7.909	36.109
ADP	erogazioni	5.863	4.715	3.661	940	15.926	6.840	17.914	66	55.925
	di cui anziani	5.608	4.360	3.586	893	14.539	6.522	16.487	66	52.061
AD solo sanitaria	erogazioni	162.493	111.880	84.097	39.846	134.835	149.315	125.340	130.087	937.893
	di cui anziani	141.408	98.950	75.932	35.538	113.947	135.791	109.462	113.401	824.429

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview 2024, TAB. 51.02 – tracciato 2)

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

- **Area della semiresidenzialità**

Il Centro Diurno per persone anziane >65 anni non autosufficienti è collocato all'interno del sistema diversificato dei servizi e interventi integrati, secondo la logica della circolarità e dell'interscambio tra le diverse tipologie di prestazioni. Esso opera a sostegno dell'azione della

famiglia, in particolare per le situazioni caratterizzate da elevata intensità assistenziale per le quali sia possibile definire un programma di “cura” con l’obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell’assistito e dei suoi familiari.

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

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

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

L’inserimento può essere:

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

- **La DGRT 995/2016**

In base alla DGRT 995/2016 “*Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l’erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015*”, i destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta nell’ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili come posti in modulo base, attraverso titoli di acquisto la cui erogazione è subordinata alla definizione del Piano di Assistenza Personalizzato di tipo residenziale da parte della UVM. Attraverso il cosiddetto “titolo d’acquisto”

– documento rilasciato dai servizi sociosanitari territoriali competenti in cui vengono indicati il corrispettivo sanitario (quota sanitaria) e sociale (quota sociale o alberghiera) destinato alla Residenza scelta dallo stesso – la persona potrà ora scegliere la struttura che preferisce. I gestori delle strutture autorizzate e accreditate che hanno sottoscritto l'accordo previsto dalla DGRT 995 hanno l'obbligo di aderire al portale web regionale delle RSA e sono responsabili delle informazioni rese all'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, che si occupa della pubblicazione online delle stesse, di modo da offrire ai cittadini tutte le informazioni utili per una scelta adeguata alle proprie esigenze.

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

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

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

indicate obbligatoriamente le valutazioni periodiche da effettuarsi sugli obiettivi posti dal piano stesso.

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

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

Tabella 11: Numero di anziani +75 anni non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti, per tipologia di trattamento (intensità di cura)⁴. Sufficiente con indicatore superiore a 24,6; punteggio massimo con indicatore superiore a 41.

R1, R2, R3	SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
Totale assistiti	2.601	637	1.545	437	1.053	686	229	1.060	8.248
Demografia	54.096	28.546	26.326	8.239	30.403	24.256	15.846	30.480	218.192
Tasso / Indicatore	48,08	22,31	58,69	53,04	34,63	28,28	14,45	34,78	37,80

⁴ R1 - Trattamenti erogati a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone terminali etc.);

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

R2D - Trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività¹

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

R1	nr. assistiti	1.143	-	683	-	626	329	-	376	3.157
	Tasso	21,13	-	25,94	-	20,59	13,56	-	12,34	14,47
R2	nr. assistiti	127	14	59	13	1	6	2	54	276
	Tasso	2,35	0,49	2,24	1,58	0,03	0,25	0,13	1,77	1,26
R2D	nr. assistiti	2	-	1	-	1	142	84	91	321
	Tasso	0,04	-	0,04	-	0,03	5,85	5,30	2,99	1,47
R3	nr. assistiti	1.329	623	802	424	425	209	143	539	4.494
	Tasso	24,57	21,82	30,46	51,46	13,98	8,62	9,02	17,68	20,60

(fonte: archivio regionale D33Z - Anno 2024. Numero di assistiti residenziali >= 75 anni per 1.000 abitanti per intensità di cura – estrazione Infoview del 13/01/2025)

Tabella 12: Numero di anziani +75 anni non autosufficienti in trattamento sociosanitario semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti, per tipologia di trattamento (intensità di cura)⁵.

		SdS Firenze	SdS F.na Nord Ovest	SdS F.na Sud Est	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS VdN	SdS EVV	Totale AUSL TC
Totale assistiti Semiresidenziali		182	70	73	16	78	113	85	65	682
SR1	nr. assistiti	108	52	72	16	73	88	54	65	528
	Tasso	1,97	1,75	2,62	1,83	2,30	3,49	3,29	2,05	2,33
SR2	N. assistiti	74	18	1	-	5	25	31	-	154
	Tasso	1,35	0,61	0,04	-	0,16	0,99	1,89	-	0,68

(fonte: archivio regionale D33Zb - D33Zb Anno 2024. Numero di assistiti semiresidenziali >= 75 anni per 1.000 abitanti per intensità di cura - estrazione BI 13/01/2025)

⁵ SR1 - Trattamenti Semiresidenziali e trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati;

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

- **Progetto Home Care Premium**

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

- **Progetti Demenze/Alzheimer**

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

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

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

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

- **Voucher domiciliari FSE**

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

- **Pronto Badante**

Il progetto regionale sperimentale “Pronto Badante” garantisce, attraverso soggetti del terzo settore, un'attività di orientamento e sostegno per le famiglie che per la prima volta si trovano ad affrontare

l'emergenza di gestire in famiglia un anziano fragile. I positivi risultati conseguiti della sperimentazione consentono di confermare e dare stabilità nel futuro alle azioni intraprese, con una sempre maggiore integrazione coi percorsi volti a favorire la domiciliarità degli anziani

2.9 Disabilità

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

Anche in coerenza con le riforme della normativa nazionale, un ruolo centrale è rivestito dalle **Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD) zonale**, deputata alla valutazione ed alla predisposizione del Progetto di vita della persona disabile.

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

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

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

Di seguito i servizi/prestazioni attivate erogati dalla Società della Salute a favore delle persone con disabilità nell'anno 2023.

Tab. 2 Società della Salute Area Pratese. Area persone con disabilità. Anno 2023.

Tipo Intervento	Utenti	Spesa
Strutture residenziali (CAP e RSD) quota sociale	126	€ 1.496.109,76
Strutture semi-residenziali (Centri Diurni) quota sociale	201	€ 1.763.003,04
Inserimenti socio-terapeutici	116	€ 276.447,00
Attività ludico motoria in acqua	226	€ 160.411,88
Sostegno educativo domiciliare	68	€ 54.804,08
Assistenza scolastica per alunni con disabilità (materna, elementare e media)	274 42.664 ore	€ 984.194,49
Assistenza scolastica per alunni con disabilità (istituti superiori)	133 19.447,5 ore	€ 448.624,65
Percorsi trasversali scuola lavoro alunni con disabilità (PCTO)	35	€ 29.358,00
Trasporto sociale	429	€ 1.262.829,25
SOS-TENGO Interventi educativi e psicologici	31	€ 29.027,32
PRASSI (Dopo di Noi 515\23)	31	€ 455.931,59
Vita indipendente	66	€ 824.892,87
Progetto Indipendenza e autonomia InAut	32 (23 non hanno ancora richiesto il rimborso)	€ 152.465,87
Progetto Disabilità gravissime	162	€ 1.567.654,70
Progetto Care Giver	80	€ 2.169.854,87
Totale	2010	€ 10.107.954,67

2.10 Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)

Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS) è un sistema regionale integrato che mira a riorganizzare i servizi sociali pubblici a livello territoriale, tanto nell'area vasta (Azienda USL Toscana Centro) quanto nelle Società della Salute, con l'obiettivo di garantire una gestione efficiente, efficace e appropriata degli interventi di emergenza e urgenza sociale. Il sistema regionale SEUS, affida la gestione del servizio di Pronto Intervento Sociale (PIS) a un soggetto del Terzo Settore, selezionato tramite gara pubblica, che si occupa di fornire un servizio specializzato e dedicato, attivo 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.

Il SEUS è stato istituito in conformità con le normative regionali e nazionali, come stabilito dalla Legge 328/2000 (art. 22, comma 4) e dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021/2023, che riconoscono il Pronto Intervento Sociale come un livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS), quindi un diritto esigibile dai cittadini.

Grafico 1: Segnalazioni al Servizio PIS del SEUS anno 2023, Toscana Centro

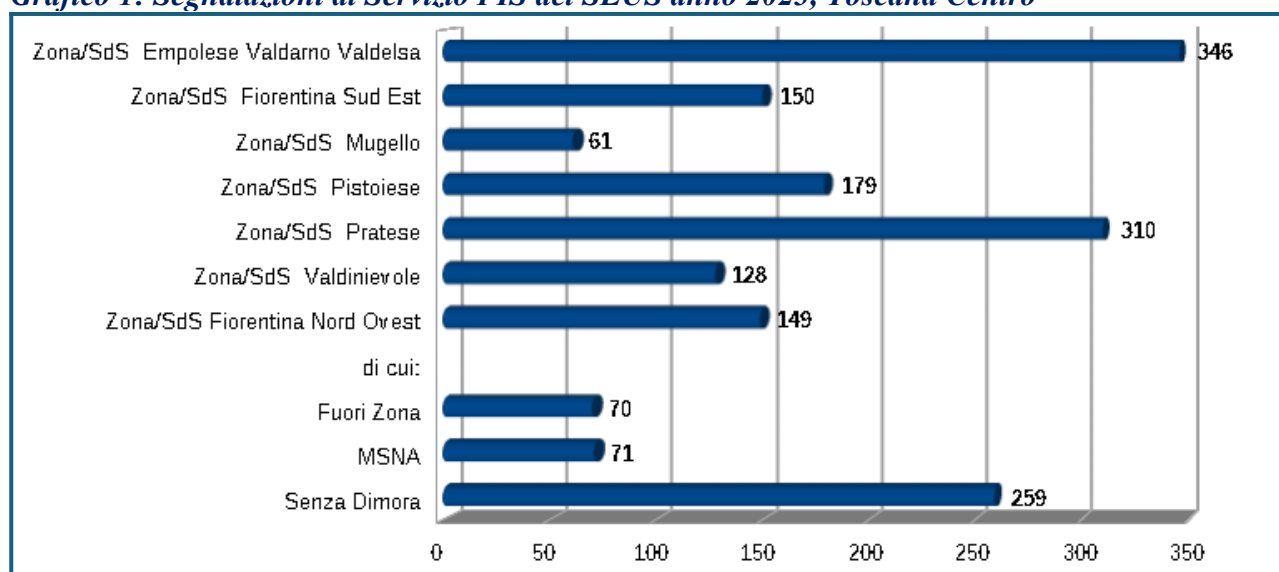
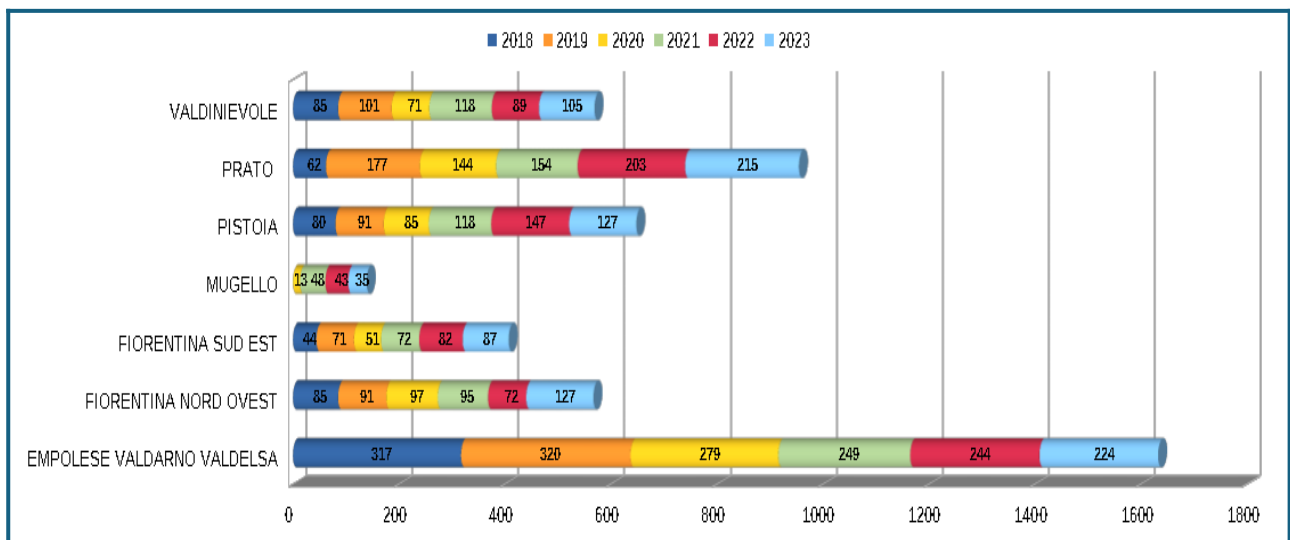


Grafico 2: Trend segnalazioni al Servizio PIS del SEUS, dal 2018 al 2023 Toscana Centro.



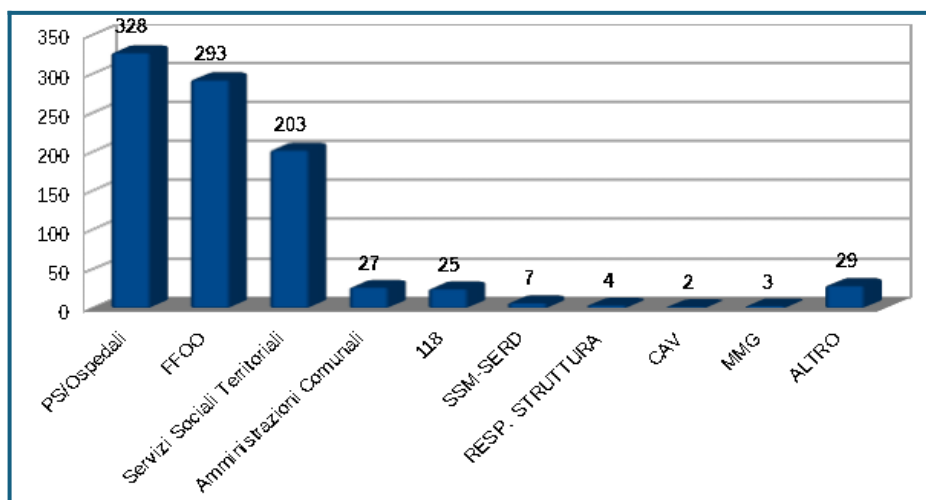
Il SEUS rappresenta la struttura organizzativa pubblica per gli interventi di servizio sociale professionale nelle situazioni di emergenza e urgenza, sia a livello personale che familiare. Questo sistema coinvolge diversi attori, tra cui la Regione Toscana, l'ANCI Toscana, l'OAS Toscana, i Dipartimenti dei Servizi Sociali delle Aziende USL Toscane, le zone-distretto e le Società della Salute (SdS).

Il Servizio PIS del SEUS è un servizio di secondo livello, il che significa che le persone non vi accedono direttamente, ma tramite segnalazioni a un numero verde provenienti da:

- i servizi sociali del territorio,
- le forze dell'ordine,
- il dipartimento di emergenza urgenza sanitaria,
- gli amministratori degli enti locali.

Tali segnalazioni riguardano situazioni di emergenza e urgenza sociale, come violenza e abuso (ad esempio, nel percorso "Rete Codice Rosa"), abbandono, non autosufficienza, maltrattamenti, condizioni di povertà e altre problematiche sociali, nonché eventi legati a calamità naturali o emergenze climatiche che richiedono un pronto intervento.

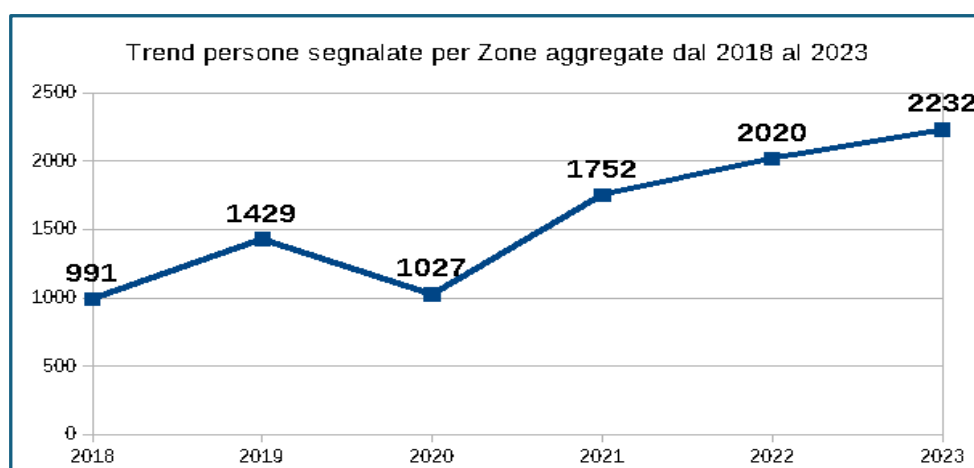
Grafico 3: Segnalanti al numero verde dedicato del servizio di Pronto Intervento Sociale, per la Toscana Centro.



A seguito di una segnalazione, la Centrale Operativa del Servizio PIS del SEUS, composta da assistenti sociali professionisti, effettua una valutazione e attiva prontamente le squadre territoriali UTESS (composte da assistenti sociali professionisti e operatori di assistenza di base a supporto) per un intervento specifico e mirato di soccorso sociale. L'intervento si conclude con la gestione dell'emergenza o dell'urgenza. Una volta risolta e messa in tutela la situazione, la presa in carico della persona viene trasferita al servizio sociale competente sul territorio, garantendo così la continuità assistenziale.

Nel 2023, nelle 14 zone distretto della Regione Toscana collegate alla Centrale Operativa del PIS, sono state registrate 1.574 segnalazioni, corrispondenti ad altrettante persone in situazioni di emergenza e urgenza sociale. Tuttavia, il numero totale di persone coinvolte (ad esempio, minori al seguito di vittime di violenza), è stato di 2.232, tutte beneficiarie di un intervento di Pronto Intervento Sociale.

Grafico 4: Trend persone beneficiarie di Pronto Intervento Sociale, sul totale delle zone distretto sperimentanti in Regione Toscana (14)



Delle 1.574 segnalazioni ricevute dal servizio PIS del SEUS, nel 2023, per situazioni di emergenza e urgenza sociale, 644 (il 40,91%) hanno dato luogo a interventi che hanno comportato l'inserimento in struttura delle persone beneficiarie. Di questi, 437 (il 67,86%) inserimenti in struttura sono stati effettuati per le zone distretto della Toscana Centro. È importante sottolineare che le zone distretto della Toscana Centro nel 2023 collegate alla Centrale Operativa del SEUS erano 7 (con l'eccezione di Firenze, che non aderisce), risultando quindi più numerose rispetto alle zone distretto della Toscana Sud Est, che ne contava 4 in fase di sperimentazione, e della Toscana Nord Ovest, con 2 zone distretto sperimentanti. Ciò significa che, oltre agli inserimenti in struttura, gli interventi svolti e i processi di soccorso riescono a sviluppare progettualità personalizzate con le persone, garantendo un supporto che va oltre la semplice accoglienza in strutture, per favorire un percorso di recupero, inclusione e supporto continuo.

Tabella 13: Inserimenti in struttura per la Toscana Centro (437), anno 2023, sul totale degli inserimenti in struttura a livello regionale (644).

AREA VASTA TOSCANA CENTRO	nr	% sul totale degli inserimenti in struttura
EMPOLESE VALDARNO VALDELSA	91	14,13%
FIorentina NORD OVEST	80	12,42%
FIorentina SUD EST	37	5,75%
MUGELLO	22	3,42%
PISTOIA	57	8,85%
PRATO	104	16,15%
VALDINIEVOLE	44	6,83%
FIRENZE (non aderente SEUS)	2	0,31%

2.12. Servizi per la Famiglia e la Tutela Minorile

Il Servizio Sociale Professionale, in collaborazione con la famiglia, costruisce la risposta ai bisogni della/del bambina/o che sono organizzate all'interno del Progetto Quadro definito per ogni bambino e per la sua famiglia. Attraverso di esso si realizza un accordo tra tutti le/gli attrici/attori interessate/i al pieno e armonico sviluppo della/del bambina/o relativo ai bisogni evolutivi cui rispondere e gli interventi necessari per la realizzazione di tale risposta. Il percorso di accompagnamento della/del bambina/o e della sua famiglia che il Servizio Sociale Professionale, anche attraverso l'U.V.M.T. effettua, è l'insieme delle fasi di lavoro attraverso le quali viene seguita una famiglia, dal momento di segnalazione di elementi di preoccupazione rispetto alle risposte ai bisogni evolutivi di una/un bambina/o, all'analisi di suddetta segnalazione, all'eventuale decisione di avviare un insieme di azioni, fino alla conclusione del percorso. La finalità è quella di garantire ad ogni bambina/o una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare con la relativa progettazione di un piano di azione unitario, partecipato, sostenibile e realizzabile in un tempo congruo definito congiuntamente in équipe con la famiglia.

Nell'anno 2023 sono stati attivati e erogati dalla Società della Salute i seguenti servizi/attività/prestazioni a favore dei Minori e Famiglie

Tab.1 Società della Salute Area Pratese.

Tipo Intervento	Utenti	Spesa
Struttura residenziale per Minori (Minori accolti) + MSNA + donne sole o con minori	317	€ 4.546.888,64
Struttura semi-residenziale per Minori (Minori accolti)	142	€ 1.163.811,54
Attività pomeridiana di socializzazione per bambini e ragazzi	71	€ 99.778,95
Affidamenti Familiari (con contributo economico)	68	€ 472.785,81
Sostegno Educativo per bambini e ragazzi	511	€ 1.099.042,90
Incontri protetti per diritto di visita genitori/figlio	91	€ 70.535,38
SOS-TENGO Interventi educativi e psicologici	15	€ 13.552,00
Totale	1215	€ 7.466.395,22

2.13. Servizi per l'inclusione sociale

In questa area di intervento sono racchiusi tutti i servizi a favore delle persone che vivono in situazione di marginalità sociale con l'obiettivo dell'inclusione sociale.

Tab. 3 Società della Salute Area Pratese. Area cittadinanza, povertà ed inclusione sociale. Anno 2023.

Tipo Intervento	Utenti	Spesa
Contributi economici	902	€ 553.147,08
Inserimenti in strutture residenziali a bassa soglia (Casa Betania e Villa Egle)	21	€ 152.042,36
Sportello Segretariato Sociale – Nuovi Accessi	2627	€ 188.095,53
Progetto di Contrasto alla violenza Arianta 5	18	€ 58.690,01
Servizio Mensa La Pira	305	€ 60.407,90
Distribuzione beni prima necessità	511	€ 54.530,95
Centro Diurno/Servizi Via Borgo Valsugana	150	€ 202.916,10
Accoglienza Notturna (Via Borgo Valsugana e Via Roma)	140	€ 303.960,00
Inserimenti in struttura residenziale a bassa soglia Casa Anna	60	€ 176.352,00
Progetto FSE - SALPO Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate seconda edizione	78	€ 333.946,10
SOS-TENGO Interventi educativi e psicologici	10	€ 9.927,00
Centro Anti-Violenza – Nuovi Accessi (NOTA: 79 accessi di donne senza residenza a Prato)	484	€ 104.895,00
Progetto FSE Bridges – Servizi di inclusione sociale a favore di persone detenute Carcere La Dogaia	196	€ 29.814,43
Totale	5502	€ 2.228.724,46