

Relazione Sanitaria per la progettazione della Cittadella della Salute di Livorno

Redazione :

Luca Lavazza

Rosa Maranto

Cinzia Porrà

Antonella Tomei

hanno collaborato:

Laura Adorni Pallini

Nicola Artico

Moira Borgioli

Milli Caschili

Stefania Giusti

Paola Guglielmi

Eluisa Lo Presti

Lucia Mancino

Angelo Meselella

Antonella Tomei

Indice

1. Parte generale

1.1 Caratteristiche generali della Rete Territoriale

1.1.2 La diffusione della Rete nel Territorio

1.1.2. Le Cure Primarie

1.1.3. Le Cure Intermedie e l'ACOT

1.1.4. Le Cure Palliative

1.1.5. I Consultori

1.1.6. La salute mentale

1.1.7. Le Dipendenze

1.2 Profilo di salute della Zona Distretto Livornese : una visione di sintesi

1.2.1 Determinanti di salute

1.2.2. Famiglie e Minori

1.2.3. Stranieri

1.2.4. Cronicità

1.2.5. Disabilità e Non Autosufficienza

1.2.6. Salute mentale

1.2.7. Materno Infantile

1.2.8. Prevenzione

1.2.9. Criticità riscontrate e aree di intervento

1.3. La Mission della Rete Territoriale

1.3.1. I LEA territoriali

1.3.2. Gli indirizzi regionali

1.3.2.1. Cure Primarie

1.3.2.2. Consultori

1.3.2.3. La Salute Mentale

1.3.2.4. Le Dipendenze

1.3.2.5. La Non Autosufficienza e la Disabilità

1.3.3. Ulteriori prospettive

1.3.4. L'esperienza COVID: riflessi e orientamenti nella programmazione

2. Attività

2.1 Percorsi assistenziali e ricorso ai Servizi

2.1.1. Le Cure Primarie

2.1.2. Le Cure Palliative

2.1.3. I Consultori

2.1.4. La Salute Mentale

2.1.5. Le Dipendenze

2.2 Sintesi di indicatori di esito clinico

2.3. L'attività nell'anno pandemico 2020

3. Specificità della Rete Territoriale

4. Struttura della Cittadella della Salute

4.1. Contesto

4.2. La Vision

4.2.1. L'ambiente e la cura

4.2.2 Telemedicina e Informatica?: perchè sì

4.2.3. I Setting

4.3. Dimensionamento

4.4. Le caratteristiche dei setting

4.4.1 Caratteristiche comuni

4.4.2 Caratteristiche specifiche

5. Il Padiglione 24 da Centro socio sanitario a Casa della Salute nel contesto della Cittadella della salute

1. Parte generale

1.1 Caratteristiche generali della Rete Territoriale

La Rete territoriale opera attraverso una serie di strutture dislocate in vari punti della Zona distretto a supporto della rete dei servizi e dei processi inerenti le aree di intervento sanitario e socio sanitario.

Tale Rete è costituita da una serie di sottoreti che si intersecano in alcuni nodi fisici costituiti prevalentemente dai Centri Socio-Sanitari/Case della Salute e sono in stretta connessione tra di loro attraverso percorsi integrati.

1.1.2. La diffusione della Rete nel Territorio

geolocalizzazione delle strutture

1.1.3. Le Cure Primarie

L'attuale distribuzione territoriale dei Centri socio sanitari/Case della Salute della Zona distretto di Livorno comprende:

- il Centro socio sanitario Nord, in via Fiera di Sant'Antonino;
- il Centro socio sanitario EST, in Via Impastato;
- il Centro socio sanitario Sud, in via del Mare, in corso di ristrutturazione;
- il Centro socio sanitario Centro presso il plesso ospedaliero di Viale Alfieri.
- Il Centro Socio Sanitario di Collesalvetti, in via del Bosco, 7;
- la Casa della Salute a Stagno (Comune di Collesalvetti), in via C. Marx 57/58;
- il Presidio Poliambulatoriale di Capraia Isola

Il modello organizzativo sottostante privilegia un'assistenza sanitaria e socio sanitaria integrata di prossimità verso il cittadino e i suoi bisogni, facilitandone il ricorso e l'accesso all'interno dei contesti di vita quotidiana e, il più possibile, sociale e familiare allo stesso noti.

L'obiettivo, quindi, è quello di mantenere in maniera capillare i servizi e le attività necessarie presso tali strutture e di accentrare, solo nei casi in cui questo risulti funzionale ad un miglioramento nell'erogazione e nell'appropriatezza del servizio reso, quelle attività che per loro natura richiedono una gestione del percorso unitario.

In tale contesto si colloca l'intervento di ristrutturazione dell'edificio in Via del Mare che, nel frattempo, è stata ripensato come Casa della Salute, per avvalersi della presenza importante della medicina generale, con la finalità di favorire una presa in carico del cittadino/paziente in maniera integrata rispetto ai suoi bisogni di salute.

L'ingresso nella struttura, completamente rieditata, previsto nel corso del 2022, consentirà di riappropriarsi, da parte degli utenti che gravitano nei quartieri posti a sud della città, non solo di tutti i servizi sanitari e socio assistenziali di base attualmente offerti presso gli altri centri socio sanitari, ma di poter fruire di un approccio sistemico ai propri bisogni e alle proprie necessità.

Altrettanto la ristrutturazione appena avviata del Padiglione 24, situato all'interno del perimetro del Presidio Ospedaliero di Livorno, prevede un salto di qualità dall'attuale connotazione di centro socio sanitario a quello di Casa della Salute, con la presenza non solo dell'assistenza primaria, ma anche della continuità assistenziale, in prossimità a quelle discipline e/o aree di intervento di natura consultoriale, di cronicità e specialistiche volte anche a decongestionare il ricorso all'assistenza ospedaliera, limitandola ai casi di acuzie; altresì, con la possibilità di attivare tutti quei percorsi volti a favorire la cura e l'assistenza del paziente presso il proprio domicilio, specie laddove intervengano anche difficoltà legate allo status fisico o sociale del singolo. Si rimanda per un approfondimento al punto 4.6 di questo documento.

Ulteriore immobile oggetto di intervento è quello di proprietà comunale in Viale Marconi, dove ha sede il CIP.

1.1.4. Le Cure Intermedie e l'ACOT

Nella rete territoriale, uno snodo importante è costituito dalla Agenzia per la continuità ospedale territorio (ACOT) implementata ai sensi della DGRT 679/2016, ma già presente nella ZDL dal 2011 con atto costitutivo Determina DG ASL 6 n. 246 /2011. ACOT gestisce i casi di dimissione difficoltosa verso i percorsi di Cure intermedie, domiciliarietà con assistenza AD e progetti specifici anche di assistenza sociosanitaria (compresi i progetti FSE) e, viceversa l'ingresso in tali percorsi dal territorio su richiesta dei MMG / PDF.

Per tale attività si avvale di organico strutturato anche con assistente sociale "in house" e collegamenti funzionali con la Riabilitazione Funzionale.

Le Cure Intermedie nella ZDL sono strutturate mediante convenzione con la clinica "Villa Tirrena". In base a tale accordo e in rispondenza alla DGRT 909 / 2017 è attivato in tale struttura un setting livello 1.

1.1.5. Le Cure Palliative

L'Unità funzionale di cure palliative coordina le attività assistenziali di cure palliative previste dalle normative nazionali e regionali. Il servizio è erogato tramite:

- l'accoglienza del paziente in hospice, setting residenziale situato presso la struttura ospedaliera, dove vengono accolti pazienti in fase avanzata di malattia per l'accompagnamento al fine vita. L'Hospice ha a disposizione della città di Livorno e provincia n°12 posti letto, di cui in 8 in stanza singola e due in doppia.
- l'assistenza domiciliare di livello base e specialistico, con equipe dedicata h 24 e tramite l'ambulatorio di cure palliative.

Inoltre è prevista un'attività in ospedale sia di consulenze nei reparti che di supporto, negli stessi, di pazienti complessi. Gli altri nodi della rete collegati con i servizi di cure palliative sono la Medicina generale, l'ACOT, le Cure primarie, il Coordinamento locale dei trapianti. Si sottolinea la fondamentale collaborazione con il Terzo settore (Associazione Cure palliative Livorno), che in convenzione con la Azienda, garantisce la possibilità di erogare il servizio domiciliare come da LEA.

I compiti essenziali delle Cure Palliative Domiciliari sono la valutazione multidimensionale dei bisogni clinici, psicologici, spirituali e sociali del paziente, la valutazione delle necessità del

nucleo familiare, la definizione di un piano assistenziale individuale rielaborato in base alla variazione dei bisogni.

La figura della psicologa è attivata anche nella fase post mortem per il supporto al lutto.

L'assistente spirituale segue i bisogni espressi da paziente e familiare.

1.1.6. I Consulteri

La rete dei Consulteri della Zona Livornese è articolata, secondo le indicazioni regionali, in Consulteri Principali e Secondari, come descritto nella tabella 1, collocate presso i CSS/CdS.

Tab 1

Tab 1 – Rete dei Consulteri della Zona Livornese		
Tipologia	Sede	Attività
Principale	Consultorio Centro	Consultorio Familiare e Spazio Migranti Ambulatorio dedicato MGF Consultorio Giovani Centro di Coordinamento Violenza di Genere
	Consultorio Est	Consultorio Familiare Spazio Famiglie, Mediazione familiare, UVMi, Pediatria di comunità
Secondario	Consultorio Nord	Consultorio Familiare Pediatria di comunità
	Consultorio Sud (in corso di ristrutturazione)	Consultorio Familiare
	Consultorio Collesalveti	Consultorio Familiare Pediatria di comunità
	Consultorio Stagno	Consultorio Familiare Pediatria di comunità

Tutti I Consulteri garantiscono le prestazioni di competenza per la tutela della salute della donna e lavorano in raccordo tra di loro e in collaborazione con gli altri Servizi Territoriali e Ospedalieri, le Istituzioni, il Terzo Settore.

I due Consulteri principali si avvalgono della presenza di un'equipe completa (ginecologo, ostetrica, psicologo, assistente sociale) e hanno un'ampia disponibilità di offerta oraria garantendo tutte le prestazioni previste dalla normativa e ampliando quindi il proprio target ai minori e alla famiglia; hanno inoltre ciascuno una connotazione specifica con un'attività rivolta all'intero bacino di utenza zonale, in base alle caratteristiche strutturali e del contesto in cui operano:

Il Consultorio Est:

- costituisce il punto di riferimento zonale per le attività rivolte alla Famiglia, in particolare per i percorsi relativi la genitorialità e la conflittualità familiare: Home visiting, Spazio Famiglie, Mediazione Familiare, Unità di Valutazione Minori (UVMi). Tale funzione è favorita anche dalla presenza del centro di psicoterapia dell'UFSMA all'interno dell'edificio.

Il Consultorio Centro:

- svolge un'attività orientata alla continuità H/T nel Percorso Nascita e nel percorso IVG favorita dalla vicinanza al Punto Nascita e agli Ambulatori della Ginecologia.
- prevede percorsi specifici e facilitati dedicati ai migranti con presenza costante di mediatori culturali nelle fasce di accesso dedicate; è uno degli ambulatori dedicati aziendali per le Mutilazioni dei Genitali Femminili (MGF)
- vi ha sede il Consultorio Giovani, unico punto centrale aperto quattro pomeriggi la settimana con percorsi specifici per i giovani tra 14 e 24 anni
- è sede del Centro di Coordinamento zonale sulla violenza e la posizione logistica favorisce le connessioni con il P.S. nei percorsi del Codice Rosa

1.1.7. La salute mentale

La **Salute mentale adulti**, UFSMA Livorno, si articola nelle seguenti strutture che, con livelli di intensità assistenziali differenziati, hanno il compito di curare, assistere e tutelare i pazienti con disturbi della salute mentale.

Tab 2

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	SPDC collocato al X° padiglione del PO di Livorno ed è predisposto per 13 posti letto totali di cui 3 utilizzabili per pazienti Covid-19 positivi
Centri di Salute Mentale	CSM Poggiali collocato in via del Prato, piano terreno al suo interno vi è anche un CD per interventi riabilitativi di base e una Accoglienza 24 ore (attualmente sospesa per problemi di accreditamento strutturali)
	CSM Frediani collocato temporaneamente in via Venuti piano terreno; al suo interno vi è anche un CD per interventi riabilitativi di base
Comunità Terapeutiche (CT)	CT Basaglia, CT Graziani, CT Sonnino, CT Villa Magnolia
Centri Diurni (CD)	CD Basaglia, CD Proviamoci, CD Blu Cammello, CD Villa Porcelli per pazienti affetti da Autismo
Appartamenti supportati	presso Struttura Basaglia e molti altri nelle varie zone della città

L'accesso del cittadino-utente comporta di norma la presa in carico del medesimo presso il Centro di Salute Mentale territorialmente competente che da quel momento valuta i suoi bisogni e determina un percorso individualizzato di prevenzione, cura e riabilitazione.

La **Salute Mentale Infanzia e Adolescenza**, UFSMIA Livorno, svolge attività clinica rivolta ai soggetti tra 0 e 18 anni articolata in:

- 1-attività ambulatoriale di primo accesso e di presa in carico dei disturbi psicopatologici, dei disturbi del neurosviluppo / del linguaggio e dell'apprendimento, delle condizioni di disabilità psichica e neuromotoria (inclusa collaborazione sistematica e strutturata con le scuole): presso il Pad 8 del P.O. e il CSS Nord
- 2-attività di seminternato organizzate in collaborazione/appalto con cooperative esterne per i Disturbi dello spettro autistico (CD Villa Porcelli) e per i Disturbi del comportamento e della sfera affettiva nell'età evolutiva (CD Via Verdi);

3 - attività educative domiciliari per i minori vittime di abuso e maltrattamento che abbiano sviluppato disturbi psicopatologici

Attua inoltre collaborazioni strutturate con

- Il dipartimento di emergenza-urgenza (supporto alle consulenze di pediatri e psichiatri in PS) e con la rete ospedaliera (consulenze nel reparto di pediatria)
- il SerD per ragazzi con condizioni rilevanti di dipendenza da sostanze di abuso
- I Centri di III° livello (in particolare IRCCS Stella Maris e Ospedale Meyer)
- il Consultorio, con il servizio sociale di tutela minori del Comune di Livorno, con le forze dell'ordine e con il Tribunale per i Minorenni di Firenze e Ordinario.

1.1.8. Le Dipendenze

L'articolazione della rete zonale delle Dipendenze prevede oltre ai presidi dove svolge regolarmente l'attività l'UF (SerD di via Scali e "Rotondina" presso il P.O.) strette relazioni con i servizi di Salute Mentale Adulti e Infanzia Adolescenza, il Consultorio, alcuni reparti del Presidio Ospedaliero, in particolare il Pronto Soccorso e l'UO Malattie Infettive e i MMG. Il SerD collabora con i servizi deputati agli interventi di riduzione del danno, come il Centro fisso a bassa soglia, l'unità di strada in contesti di spaccio e consumo di sostanze, l'unità di strada in luoghi di aggregazione giovanile, con le comunità terapeutiche residenziali e diurne private accreditate, con numerose associazioni e gruppi di auto aiuto nell'ambito della dipendenza da sostanze e da gioco d'azzardo (AUSER, Caritas, Arci, Gamanon, Centro Prevenzione Usura). Cooperative e associazioni di volontariato fanno parte della rete, quali attuatori di progetti di reinserimento socio-lavorativo. Infine il Ministero della Giustizia (UEPE, Magistratura di Sorveglianza), Il Tribunale per i Minorenni, il Servizio Sociale del Comune, la Prefettura, le Forze dell'Ordine rappresentano ulteriori interlocutori. L'obiettivo è costruire un sistema di cura e protezione per le persone, i familiari e la comunità sociale.

1.2 Profilo di salute della Zona Distretto Livornese: una visione di sintesi.

Il "Profilo di salute 2020" è elaborato sulla base di un set di indicatori - indicatori per il monitoraggio della salute della popolazione e indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi assistenziali e dei servizi territoriali - che rispondono a due bisogni di lettura dei territori. Il set è stato predisposto dal gruppo di lavoro regionale costituito da Regione Toscana (Osservatorio Sociale Regionale e Centro Regionale di documentazione per l'Infanzia e Adolescenza), Agenzia Regionale di Sanità e Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa. Il Profilo di salute persegue l'obiettivo di offrire un quadro conoscitivo del territorio, di facilitare la lettura dei bisogni di salute e di risposta dei servizi e la conseguente programmazione locale, individuando le priorità di intervento in termini di determinanti sociali e bisogni di salute, attraverso l'analisi e la descrizione di dinamiche sanitarie e sociali nell'ambito di diverse aree tematiche:

- *Fattori geografici, aspetti demografici e stato di salute*
- *Determinanti di salute*
- *Famiglie e minori*
- *Stranieri*

- *Cronicità*
- *Disabilità e Non autosufficienza*
- *Salute mentale*
- *Materno infantile*
- *Prevenzione*
- *Ricorso ai servizi*

L'attenzione è indirizzata in particolar modo su alcune di queste aree come indirizzo non solo attuale, ma prospettico, per l'individuazione delle risposte in termini di servizi, prestazioni e percorsi che la programmazione a medio lungo periodo deve essere in grado di prevedere per rispondere ai bisogni di salute della popolazione che insiste sulla Zona distretto.

Per le caratteristiche demografiche si rimanda al punto 1.2 della relazione sanitaria sul Nuovo Ospedale.

1.2.1 Determinanti di salute

Determinanti di salute

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di pensioni sociali e assegni sociali	4,39	3,58	4,11	5,21		2,18
Reddito imponibile medio	22.464,89	21.133,26	20.903,71	18.220,33		25.533,78
Importo medio mensile pensioni INPS	1.044,65	950,34	936,28	835,13		1.068,81
Famiglie con integrazione canoni locazione	11,07	9,34	11,21	16,13		3,40
Tasso grezzo di disoccupazione	26,42	21,90	25,54	39,63		13,65
Indice presenza terzo settore formalizzato	12,07	18,20	17,74	9,80		26,61
Percentuale famiglie con ISEE inferiore a 6.000 Euro	8,41	6,63	7,44	9,35		4,81
Percentuale di 14-19enni che consuma 3+ porzioni di frutta e verdura al giorno	22,53	23,96	22,93	17,04		31,31
Percentuale di 14-19enni obesi	2,02	2,32	2,30	5,28		0,74
Percentuale di 14-19enni che non pratica attività fisica	14,58	13,08	12,58	21,32		8,18
Percentuale di 14-19enni fumatori regolari	19,69	19,22	19,34	31,01		10,24
Percentuale di 14-19enni bevitori eccedentari (binge drinkers)	31,19	33,40	34,24	47,79		26,52
Percentuale di 14-19enni che hanno consumato sostanze psicotrope	32,35	30,07	30,60	47,50		22,21
Propensione al gioco d'azzardo nella popolazione maggiorenne	1.598,92	1.535,39	1.441,28	3.695,41		627,88

legenda:

- valore della zona Livornese (pallino) in riferimento alla distribuzione regionale (barra orizzontale celeste)

- media regionale (barra verticale nera)

- media aziendale (rombo nero)

Come si può notare dal quadro di sintesi, gli indicatori relativi alla situazione reddituale mettono in evidenza una condizione migliore rispetto alla media regionale, ma gli indicatori di sofferenza economica, abitativa e lavorativa danno in ritorno uno **scenario tendenzialmente più critico** in confronto al valore toscano. Da questa contraddizione si può forse evincere una certa dualità nelle condizioni socio economiche della popolazione residente; da una parte le generazioni adulte e anziane che sono stabilmente inserite nel mercato del lavoro beneficiano di capacità reddituali adeguate, dall'altra le generazioni più giovani, con maggiore difficoltà di accesso occupazionale e quelle adulte in difficoltà in quanto espulse dal mercato del lavoro.

In merito agli stili di vita, i comportamenti giovanili denotano alcune note critiche: scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà, abitudine al fumo, consumo eccedentario di alcol e consumo di sostanze psicotrope segnalano abitudini di vita che possono condurre a situazioni di rischio. Una menzione a parte meritano le evidenze dello studio ESPAD del CNR nel Comune di Livorno, che oltre a confermare quanto detto poco sopra mettono in risalto nuove frontiere di comportamenti a rischio, particolarmente presenti tra i giovani livornesi: uso di sigarette elettroniche, consumo di psicofarmaci non prescritti e energy drinks, propensione al gioco d'azzardo.

1.2.2. Famiglie e Minori

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Percentuale di minori residenti	14,64	14,86	14,37	12,38		16,85
Indice di instabilità matrimoniale	5,08	4,14	4,56	5,57		3,05
Indicatore di Lisbona servizi educativi	38,60	38,31	35,94	19,78		51,89
Esiti negativi scuola secondaria II grado	8,74	8,82	8,08	11,88		5,85
Tasso minori in affidamento familiare	2,12	1,82	2,04	0,67		3,61
Tasso minori in struttura residenziale	1,12	1,03	1,09	1,97		0,26
Tasso di minori coinvolti in interventi di educativa nell'anno	4,44	8,19	7,88	3,84		17,55
Indice di benessere relazionale con i pari (IBRP)	56,23	55,32	56,50	46,51		66,31
Indice di benessere culturale e ricreativo (IBCR)	29,43	28,36	27,66	20,51		40,65
Soddisfazione con i genitori ragazzi 11-17 anni	65,54	56,80	58,40	47,58		66,38
Ragazzi 11-17 anni che frequentano ass. o gruppi	20,45	23,10	22,90	15,60		32,49
Ragazzi 11-17 anni che commettono violenza/bullismo	12,82	15,00	16,10	19,14		7,87
Tasso di donne con primo accesso ai Centri Antiviolenza	1,99	1,87	1,50	2,23		0,22

- valore della zona Livornese (pallino) in riferimento alla distribuzione regionale (barra orizzontale celeste)
- media regionale (barra verticale nera)
- media aziendale (rombo nero)

Come si può notare dal quadro di sintesi, la presenza di minori sul territorio è tendenzialmente in linea con la media regionale, ma la tenuta della quota di minori è stata garantita finora soprattutto dalla componente straniera, che è rallentata negli ultimi anni e che se continuerà nelle dinamiche attuali potrebbe mettere definitivamente a rischio il ricambio generazionale, peraltro già in crisi.

L'instabilità matrimoniale, e quindi familiare, mostra valori molto alti ed è in crescita e questo è un elemento da tenere sotto stretta attenzione perché la rottura dei legami familiari significa anche un allentamento delle reti primarie di supporto e quindi un elemento di crisi per la tenuta del sistema di protezione sociale. Oltretutto questa dinamica è accentuata dal fatto che si sta assottigliando la composizione media familiare che è passata dai 2,8 componenti medi del 1991 agli attuali 2,2.

Questa situazione si riflette con un impatto importante sui Servizi dovuto al forte aumento delle richieste di Valutazione delle competenze genitoriali e di interventi di sostegno alla genitorialità disposti dal Tribunale Ordinario nelle separazioni conflittuali che si aggiungono a quelle richieste dal Tribunale dei Minori.

Gli indicatori relativi alla sfera della educazione e istruzione indicano una buona presenza di servizi educativi per l'infanzia e una situazione in miglioramento relativamente al possibile disagio scolastico con impatto positivo sul fenomeno della dispersione scolastica.

Le misure relative agli interventi sociali per minori e famiglie, e dunque alle situazioni di disagio familiare, evidenziano dimensioni da monitorare costantemente in particolare per quelli che riguardano situazioni delicate di minori allontanati dalla famiglia di origine (minori in affidamento familiare e in strutture residenziali). Il dato sugli interventi di sostegno socio educativo, invece, non sembra segnalare criticità rilevanti.

Gli indicatori di benessere relazionale dei giovani 11-17 anni mette in luce una bassa partecipazione civica dei ragazzi, mentre per i rapporti con i genitori e con i pari e per la fruizione di attività culturali/ricreative la zona è in linea con la media regionale. Si rileva un dato sul bullismo più basso del dato toscano e tra i più bassi tra le zone.

Il complesso e sfaccettato tema della violenza di genere, dati anche i numeri dei centri antiviolenza (CAV), che peraltro rappresentano solo la classica punta dell'iceberg del fenomeno (nel 2019 vi si sono rivolte 180 donne della Zona livornese), si impone all'attenzione come uno dei campi in cui occorre concentrare un particolare impegno, connesso anche ad un lavoro di cambiamento culturale non certo banale. Nella Zona sono presenti due CAV (0.33 per 50.000 donne residenti), Ippogrifo e Randi, che lavorano in stretta sinergia con i Servizi Territoriali e la Rete Codice Rosa. Inoltre 138 bambini sono stati vittime di maltrattamenti in famiglia e 112 di violenza assistita (*dati dal XII° rapporto sulla violenza di genere in Toscana*). Per un quadro più completo da considerare i 162 accessi in PS su tale tematica e 79 prese in carico del Consultorio (con 287 accessi) *legenda:*

1.2.3. Stranieri

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Percentuale stranieri iscritti in anagrafe	7,53	11,34	8,66	6,39		19,14
Percentuale stranieri nelle scuole	8,07	14,64	10,16	6,45		28,60
Tasso grezzo di disoccupazione stranieri	53,99	38,94	51,12	73,70		20,00
Percentuale MSNA accolti in struttura su minori in struttura	3,33	23,58	16,53	65,79		0,00
Tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera	96,99	103,03	96,69	150,91		72,11
Tasso richiedenti asilo	1,70	2,18	2,39	0,00		5,35
Percentuale minori stranieri tra i minori presi in carico dal servizio sociale territoriale (al netto dei MSNA)	28,30	34,84	32,18	48,34		12,69

Il fenomeno migratorio è arrivato in ritardo rispetto a quanto avvenuto in Toscana e oggi l'incidenza della popolazione straniera è sensibilmente inferiore ai valori medi regionali. I flussi migratori di stranieri hanno comunque permesso la tenuta della dinamica demografica, sia in termini numerici che di ricambio generazionale assicurando la presenza di coorti di popolazione più giovane, elemento fondamentale per la dinamicità di un territorio.

Una presenza che porta però con sé anche elementi di forte complessità in termini di integrazione e di accesso ai servizi e dunque di riorganizzazione degli stessi. Riguardo all'integrazione, è senza dubbio un elemento positivo la sensibile crescita degli iscritti stranieri al sistema di istruzione, con quote però inferiori ai valori regionali in virtù della più bassa presenza straniera sul territorio.

In chiave di accesso ai servizi si nota come il tasso di ospedalizzazione sia in calo e più basso di quello medio regionale, elemento rivelatore anche della crescita in termini di appropriatezza nell'utilizzo dei servizi, oltre che di una struttura per età molto più giovane di quella autoctona. Il complesso e sfaccettato tema dell'accoglienza trova nel territorio un positivo segnale di apertura, anche se il tasso di richiedenti asilo è più basso della media toscana, così come la % di stranieri in carico al servizio sociale territoriale.

1.2.4. Cronicità

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Prevalenza cronicità	326,30	331,86	330,82	362,18		312,68
Prevalenza diabete	77,58	70,79	74,04	78,21		60,64
Prevalenza scompenso cardiaco	19,22	23,54	23,46	29,76		18,68
Prevalenza ictus	12,46	15,27	14,40	19,04		12,46
Prevalenza cardiopatia ischemica	43,96	46,56	48,05	60,47		41,78
Prevalenza BPCO	51,79	51,83	52,83	69,85		43,05
Prevalenza demenza	15,03	15,86	14,32	20,07		11,09

La situazione relativa alle cronicità mette chiaramente in evidenza, in un contesto dove il livello di attenzione deve rimanere comunque alto a prescindere dai posizionamenti zonal, quali sono le principali criticità del territorio:

- 1) tutti i fenomeni osservati, tranne la cardiopatia ischemica, sono in aumento;
- 2) per quanto riguarda il diabete, il valore zonale è decisamente superiore al dato medio regionale.

Le patologie croniche hanno, insieme alla non autosufficienza, un peso determinante sui servizi territoriali e la medicina generale. Circa un terzo della popolazione toscana soffre di almeno una malattia cronica, nella maggioranza anziani.

Il numero di malati cronici non dipende solo dall'incidenza, ma anche dalla capacità di aumentare l'aspettativa di vita alla diagnosi grazie ad un'assistenza appropriata ed efficace nel prevenire eventi acuti. *Il numero assoluto di cronici sul proprio territorio stima il carico assistenziale e permette di prevedere le risorse necessarie.* I malati cronici sono in maggioranza donne, mediamente più anziane degli uomini, tuttavia in termini relativi, una volta aggiustata per età, la prevalenza della cronicità tra le donne è minore rispetto agli uomini (320 vs 345 x1.000)

Nella zona Livornese i residenti di 16 anni e oltre che hanno almeno una patologia cronica sono circa 53.000, il 36% degli over 16 residenti. Il tasso standardizzato per età di prevalenza della cronicità è dunque di 326 affetti da cronicità ogni 1.000 residenti, un dato che, vista anche la struttura per età zonale, deve costituire una priorità assoluta negli obiettivi di salute, pur essendo inferiore alla media regionale e aziendale (entrambe al 332‰). La presenza di cronicità è maggiore nei maschi (24.800 persone, 342‰) rispetto alle femmine (28.000 persone, 312‰).

Il diabete è senza dubbio una criticità e mostra valori in crescita. Ci sono ad oggi circa 12.600 persone affette da questa patologia (circa 6.200 maschi e 6.400 femmine) e la prevalenza è di 78 ogni 1.000 residenti, superiore a quella media regionale (71‰) e tra le più elevate in Toscana. La prevalenza è maggiore nei maschi (88‰) rispetto alle femmine (69‰)

Lo scompenso cardiaco ha nella zona Livornese valori tradizionalmente inferiori alla media toscana (tra i più bassi a livello zonale). Attualmente sono circa 3.200 le persone che ne soffrono (1.750 maschi e 1.450 femmine), per una prevalenza di 19 ogni 1.000 residenti (media regionale 23,5), più elevata nei maschi (25‰) rispetto alle femmine (15‰).

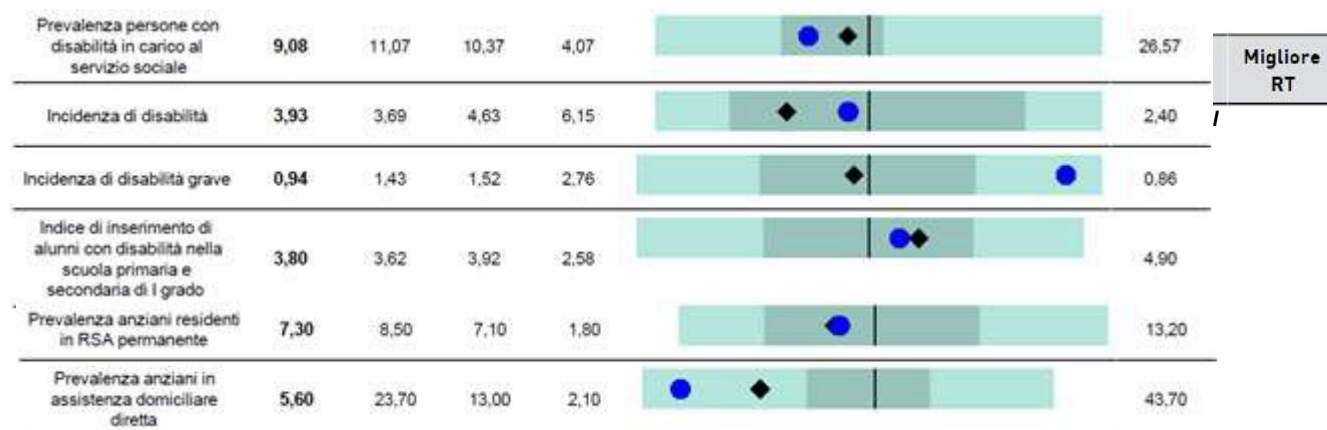
La prevalenza dell'ictus interessa nella zona Livornese circa 2.000 persone, 12,5 ogni 1.000 residenti, con valori al di sotto della media regionale (15‰), un andamento in crescita e una maggiore presenza tra i maschi (1.100 persone, 16‰) rispetto alle femmine (900 persone, 10‰).

La cardiopatia ischemica è positivamente in calo e mostra valori costantemente al di sotto della media regionale (che è del 47‰). Le persone affette da tale patologia cronica sono circa 7.250 (4.450 maschi e 2.800 femmine) con una prevalenza nella popolazione di 44 ogni 1.000 residenti e una presenza nella componente maschile (62‰) doppia rispetto a quella femminile (29‰).

La broncopneumopatia interessa circa 8.400 persone (4.000 maschi e 4.350 femmine): 52 ogni 1.000 residenti. Il trend è in crescita e il valore zonale dopo anni costantemente al di sotto del dato regionale (media 52‰) sembra ormai essersi allineato ad essa. Come per le altre patologie croniche è presente una differenza di genere (56‰ maschi vs 49‰ femmine).

Per la prevalenza della demenza la zona Livornese fa rilevare valori in linea con la media regionale, con una forbice che si è progressivamente assottigliata, e in crescita. La patologia riguarda circa 2.500 persone (900 maschi e 1.600 femmine): 15 ogni 1.000 residenti. È presente una leggera differenza di genere (13‰ maschi vs 16‰ femmine).

1.2.5. Disabilità e Non Autosufficienza



La **disabilità** presente nella zona può essere stimata in circa 1.600 persone 0-64 anni, mentre le persone con disabilità 0-64 anni conosciute e in carico al servizio sociale professionale sono poco meno di 1.200, con un tasso sui residenti di pari età del 9 per 1.000. La disabilità è un ambito di difficile misurazione, sia per la complessità del tema e la difficoltà definitoria/classificatoria delle disabilità che per l'assenza, di fatto, di dati affidabili a livello

zonale. Ne deriva che il tentativo di quantificazione del fenomeno può avvenire soltanto attraverso stime derivate da indagini nazionali (tasso di limitazione funzionale di fonte Istat) al quale è possibile affiancare alcuni dati di fonte amministrativa (indennità di accompagnamento agli invalidi civili di fonte INPS e dati delle commissioni di valutazione ex L. 104/92). Applicando dunque il tasso di limitazione funzionale elaborato da Istat alla popolazione 2019 della zona Livornese si avrebbero in ritorno circa 10.000 persone con limitazioni funzionali, di cui circa 1.600 nella fascia 6-64 anni e circa 8.400 tra la componente anziana. Dopo tale stima, una fonte di tipo amministrativo molto importante è rappresentata dalle indennità di accompagnamento agli invalidi civili (totali, parziali, ciechi civili e sordomuti) che nel territorio della zona Livornese ammontano per il 2019 a circa 6.100, per oltre l'80% a persone over 65 e per il restante 20% (ovvero circa 1.200) a 0-64enni.

Nella zona Livornese al 2019 sono presenti 1.164 persone 0-64 anni con disabilità in carico al servizio sociale professionale per una prevalenza di 9 ogni 1.000 residenti 0-64. Si tratta di uno dei valori più bassi in Toscana (media 11‰).

L'indicatore incidenza della disabilità misura quante persone in età 0-64 anni hanno avuto il primo accertamento ex L. 104/92 (Commissioni mediche di accertamento dell'INPS) nell'anno ogni 1.000 residenti 0-64 anni, ed è utile per valutare i nuovi potenziali utenti con disabilità dei servizi sociali professionali. Come tutti gli indicatori basati sui dati amministrativi dei servizi, anche questo riflette in parte il livello di attività degli stessi e la loro capacità di intercettare il target di utenza. Dal 2015 al 2019 si è passati in Toscana dai 9.500 ai circa 10.200 accertamenti annui, che hanno portato l'indicatore dal 3,4 al 3,7 per 1.000 evidenziando quindi una leggera crescita nel tempo. L'intervallo dei dati territoriali si muove tra il 2,4 e il 6,2 per 1.000.

Nella zona Livornese nel 2019 circa 500 persone 0-64 anni hanno avuto il primo accertamento ex L. 104/92 con certificazione di disabilità, corrispondenti al 4‰ dei residenti 0-64 anni, un valore tendenzialmente stabile e sostanzialmente in linea con il dato medio regionale (3,7‰).

Nell'anno scolastico 2019/20 risultavano inseriti nelle scuole primarie e secondarie di I° grado 462 bambini e ragazzi con disabilità, ovvero il 3,8% del totale degli iscritti, valore in linea con il dato medio regionale.

La **non autosufficienza**, data la struttura per età della popolazione locale ed il processo di progressivo invecchiamento, sarà una delle sfide più complesse da affrontare per il sistema di welfare locale sia in chiave di prevenzione che di risposta dei servizi. L'incidenza della non autosufficienza è percentualmente in linea con quella regionale, ma in ragione della numerosità più alta delle classi anziane ha e avrà nel tempo una incisività maggiore rispetto ad altri territori. Le risposte in termini di residenza in RSA e di assistenza domiciliare, prendendo il trend 2016-2019 evidenziano un sensibile sforzo in termini di potenziamento dei servizi e del sistema di cura e assistenza a questo particolare e cruciale target di utenza. Occorre però un miglioramento per quanto riguarda il segmento dell'assistenza domiciliare.

- **Prevalenza anziani residenti in RSA permanente**

Gli anziani non autosufficienti residenti in RSA permanente sono circa 8,5 ogni 1.000 ultra64enni in Toscana, pari a 9.600 persone, di cui 6.800 donne. Il numero può essere in realtà una sottostima del numero reale, a causa di problematicità che ancora permangono nella raccolta dati da parte del flusso informativo. Ad ogni modo, anche escludendo tali

criticità, questi anziani rappresentano comunque un sottogruppo della popolazione anziana non autosufficiente, costituito da coloro che si trovano in una condizione ormai irreversibile, che una valutazione multidimensionale ha valutato di gravità più alta della media e senza una rete sociale privata o familiare in grado di assistere l'anziano al proprio domicilio. Graduatorie che mettano in risalto zone a maggior o minor prevalenza rispetto alla media regionale risultano forse meno utili in questo caso, trattandosi di un indicatore che risente, oltretutto delle condizioni di salute della popolazione, dell'organizzazione zonale dell'assistenza territoriale, la quale ovviamente incide sulla politica di governo della risposta (domiciliare o residenziale). Guardando l'intero periodo si nota per la zona Livornese una crescita dell'indicatore che nel 2019 si allinea al dato medio aziendale, rimanendo leggermente al di sotto di quello regionale. Si parla infatti di 380 anziani residenti in RSA permanente, 7 ogni 1.000 anziani residenti (contro 8,5‰ regionale) con una maggiore incisività della componente femminile (264 persone, 8‰) rispetto a quella maschile (116 persone, 7,26‰).

- Prevalenza anziani in assistenza domiciliare diretta

Altra faccia dell'assistenza territoriale alla non autosufficienza è il percorso domiciliare. Gli anziani che nel 2019 hanno avuto almeno una prestazione di assistenza domiciliare (infermieristica, medica, sociale) sono stati poco meno di 29mila circa (di cui 19mila donne), pari a 28,3 ogni 1.000 ultra64enni.

Anche in questo caso il numero può rappresentare una sottostima del reale numero di assistiti al domicilio, a causa di criticità informative e criteri di selezione (solo anziani valutati da unità di valutazione multidimensionale e considerati in condizione di bisogno sociosanitario complesso). Anche questa misura permette di monitorare l'andamento della risposta data al bisogno nel tempo e in funzione delle scelte di programmazione fatte.

Per l'assistenza domiciliare diretta si riscontra nella zona Livornese un andamento più oscillatorio rispetto alle curve aziendale e regionale, con valori al di sotto di queste. Nel 2019 sono presenti 287 anziani assistiti con una prevalenza di 6 ogni 1.000 anziani residenti.

1.2.6. Salute mentale

Salute mentale

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Prevalenza pazienti in carico ai servizi per la salute mentale territoriale	7,50	11,98	11,40	6,14		23,60
Prevalenza uso di antidepressivi	8,15	8,22	8,72	10,97		4,97

La situazione relativa alla salute mentale, dati gli indicatori disponibili, evidenzia una situazione in media con i valori di riferimento regionali: sia i dati dei servizi dedicati, che il consumo di antidepressivi, che risulta anche positivamente in calo (pur rimanendo la Toscana una delle regioni con il consumo più elevato).

Dato l'esiguo numero di indicatori a disposizione, la tematica necessita di ulteriori futuri approfondimenti.

a) Prevalenza pazienti in carico ai servizi per la salute mentale territoriale

L'indicatore rappresenta una stima delle persone che vivono con problemi di salute mentale tali da richiedere un percorso di cura da parte dei servizi.

- Infanzia e adolescenza

Nella zona Livornese le problematiche di salute mentale dell'infanzia e adolescenza vedono coinvolti al 2019 circa **1.800 bambini e ragazzi in carico al servizio dedicato** per un tasso di circa **68 ogni 1.000** residenti di pari età, con valori abbastanza stabili e in linea con la media regionale

- Adulti

In relazione all'età adulta, il dato di salute mentale della zona Livornese rileva al 2019 circa 1.750 persone con almeno 4 prestazioni nell'anno da parte dei servizi per un tasso di circa **12 ogni 1.000** residenti, anch'esso in linea con la media regionale.

b) Prevalenza uso di antidepressivi

Circa 368mila persone fanno uso di antidepressivi in Toscana, pari al 10% della popolazione residente e l'indicatore, in generale diminuzione dal 2010, è stabile rispetto all'anno precedente. Tra le donne si osserva una prevalenza doppia, ne fa uso l'10,5% contro il 5,6% tra gli uomini (percentuali standardizzate per età). L'indicatore, pur non riuscendo a cogliere tutte le persone che soffrono di depressione (sono considerate solo quelle che hanno fatto ricorso alla prescrizione medica) fornisce una stima del fenomeno nella propria zona, utile alla programmazione nell'ambito della cura alla depressione.

Nella zona Livornese sono circa 17.200 le persone che fanno uso di antidepressivi, circa il 10% della **popolazione**, dato in linea con la media regionale e che vede un andamento decrescente. Sensibile la differenza di genere: i 5.300 maschi interessati generano una prevalenza standardizzata del 6%, le 11.900 femmine una prevalenza del 13% (entrambi i generi in perfetta media toscana).

1.2.7. Materno Infantile

materno infantile

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di mortalità infantile	2,84	2,35	2,74	4,65		0,63
Percentuale di nati vivi gravemente sottopeso	0,79	0,87	0,90	1,83		0,58

La situazione relativa alla **salute materno infantile**, dati gli indicatori disponibili, evidenzia criticità sia in termini di percentuale di nati vivi sottopeso che di interruzioni volontarie di gravidanza, rappresentando quindi un'area da attenzionare.

- Mortalità infantile

La mortalità infantile misura i decessi che avvengono nel primo anno di vita. È un importante indicatore dello stato di salute di una popolazione e, in particolare, della qualità dell'assistenza sanitaria e sociale fornita alla madre e al bambino. I valori più elevati di mortalità si osservano infatti proprio nel primo anno di età nelle popolazioni ad alta mortalità generale. Ciò è quello che accade nei Paesi in via di sviluppo, come ad esempio, la gran parte dei paesi africani, dove il tasso di mortalità infantile è 10 volte più elevato di quello osservato in Europa. Nei Paesi ad economia avanzata, tra cui l'Italia, il progressivo miglioramento delle condizioni di vita ha invece determinato una continua diminuzione della mortalità generale e di quella infantile. Nel triennio 2014-2016 (ultimo disponibile) sono state 196 le morti infantili, pari a 2,3 ogni 1.000 nati.

Il trend del fenomeno nella zona Livornese, dopo un andamento oscillante ma improntato alla diminuzione, ha registrato un aumento negli ultimi anni, posizionandosi in linea con la media aziendale (2,7‰) e sostanzialmente anche con quella regionale (2,3‰). Nel triennio 2014-2016 si sono registrati **11 decessi nel primo anno di vita**, per un **tasso di mortalità del 2,8‰**.

- Percentuale di nati vivi gravemente sottopeso

I nati vivi gravemente sottopeso possono rappresentare un proxy della salute della donna in gravidanza. Nel triennio 2017-2019 sono stati lo 0,9% dei nuovi nati in Toscana. Il trend dell'indicatore a causa della bassa numerosità del fenomeno, può presentare oscillazioni, ma mostra una tendenza in aumento dal 2001 ad oggi. La variabilità interna alla regione è piuttosto marcata. Dopo un andamento tendenzialmente decrescente dal 2003 al 2012 (costantemente al di sotto della media regionale), l'indicatore ha seguito un trend in aumento fino al 2015/17 e negli due trienni di analisi il valore zonale è sceso leggermente al di sotto del dato toscano. Nel triennio 2017-2019 nella zona Livornese sono nati **26 bambini gravemente sottopeso, ovvero 8 ogni 1.000 nati vivi** (media regionale 9)

- Tasso di abortività per IVG

Il trend del fenomeno nella zona Livornese è in diminuzione, come nel resto della Regione, pur mantenendosi al di sopra della media toscana (7.4 vs 6.1). Superiore alla media toscana anche la % di interruzioni volontarie di gravidanza ripetute (31,3% vs 28,3%).

Si tratta quindi di un settore da attenzionare particolarmente e su cui continuare a investire in termini di prevenzione (*dati Valutazione della performance*).

1.2.8. Prevenzione

Prevenzione

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di mortalità evitabile	175,12	166,47	178,04	200,38		138,82
Infortuni sul lavoro indennizzati	13,70	10,20	11,10	7,70		13,70
Rapporto di lesività degli incidenti stradali	1.277,36	1.326,23	1.325,61	1.574,16		1.214,97

Le dimensioni della prevenzione mostrano una situazione generale di progresso positivo, risultato anche delle politiche impostate negli anni su questo tema.

La **mortalità evitabile** è in diminuzione, così come l'**infortunistica sul lavoro** e la **lesività degli incidenti stradali**. Per la mortalità evitabile e per la sicurezza sul lavoro si osservano però valori al di sopra della media regionale e rappresentano ambiti sui quali è necessario un ulteriore step di miglioramento.

Con **944 morti** nel triennio 2014-2016, il tasso della **mortalità evitabile** è di 175 decessi evitabili ogni 100.000 residenti (media toscana 166,5), con una considerevole variabilità di genere (236 x 100.000 nei maschi contro 121 nelle femmine).

Nella zona Livornese il valore più recente dell'indicatore parla di 1.500 **infortuni sul lavoro indennizzati**, 14 ogni 1.000 residenti a fronte di una media regionale del 10,2%. Evidente anche in questo caso il miglioramento, con una sensibile diminuzione del fenomeno rispetto al 2000, quando il tasso era oltre il 25%. Altrettanto evidente però l'urgenza di affrontare il tema della sicurezza sul lavoro considerato il valore zonale più elevato ed è costantemente al di sopra della media regionale e aziendale

Nel 2018 nella zona Livornese si sono verificati 1.060 **incidenti stradali**, che hanno prodotto 1.354 feriti per un rapporto di lesività di circa 1.277 feriti ogni 1.000 incidenti (1,3 feriti ad incidente). L'andamento, così come per la regione, è oscillatorio e si registra una differenza positiva rispetto ai valori medi regionali.

1.2.9. Criticità riscontrate e aree di intervento

DETERMINANTI DI SALUTE	Gap occupazionale e sui livelli di istruzione; Povertà e disagio abitativo da monitorare Alcuni stili di vita giovanili denotano comportamenti a rischio: attività fisica, fumo, alcol e sostanze psicotrope. Gioco d'azzardo in crescita
FAMIGLIE E MINORI	Diminuisce la presenza di minori, cresce l'instabilità familiare Minori e famiglie in disagio Partecipazione civica giovanile da migliorare Violenza di genere: da attivare interventi di prevenzione
STRANIERI	Alta disoccupazione straniera: quale integrazione? Cresce il bisogno legato ai Minori stranieri non accompagnati
DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	Cresce (e crescerà) la non autosufficienza. Necessità di ripensare i servizi
CRONICITA'	In deciso aumento (data anche la struttura per età zonale).

Molto critica la situazione del diabete

SALUTE MENTALE	Servizi per la salute mentale alle prese con nuove complessità Uso di antidepressivi da monitorare
MATERNO INFANTILE	Mortalità infantile in crescita % nati sottopeso da monitorare Prevenzione dell'IVG e in particolare delle IVG ripetute
PREVENZIONE	Mortalità evitabile da migliorare; Infortuni sul lavoro sono priorità

Gli elementi su cui puntare per la riorganizzazione territoriale possono essere sintetizzati in:

1. l'assistenza sociosanitaria: promozione del dialogo tra le istituzioni sanitarie e sociali, in funzione delle rispettive competenze, con particolare riferimento alla non autosufficienza e riabilitazione;
2. l'assistenza domiciliare e residenziale: strumenti per una omogenea e condivisa classificazione dei pazienti da avviare ai due setting assistenziali, prestazioni, costi e individuazione delle risorse con modelli innovativi;
3. le strutture territoriali deputate alla presa in carico dei pazienti cronici (case della salute ed ulteriori modelli)
4. la rete delle farmacie
5. l'integrazione ospedale-territorio;
6. il sistema di monitoraggio delle reti integrate;
7. la formazione del personale e aggiornamento professionale, comprese le nuove figure professionali.

1.3. La Mission della Rete Territoriale

I nuovi modelli di rete integrata prevedono la creazione di forme di assistenza sanitaria intermedia tra ospedale e territorio dove tutti gli operatori collaborano alla presa in carico comune dei pazienti, in riferimento a quanto previsto dal paragrafo 10 "Continuità ospedale-territorio" del DM n. 70 del 2015. Tali forme intermedie possono concretizzarsi, secondo alcuni modelli, in strutture territoriali (Case della salute, Presidi territoriali di assistenza, Presidi di prossimità, Ospedali di Comunità, ...) nelle quali, da una parte, dare attuazione alla medicina di iniziativa con la creazione e l'operatività di team multi-professionali in costante contatto con i professionisti che operano all'interno degli ospedali, dall'altra, rispondere ai bisogni sanitari e sociali dei pazienti anziani e delle persone con disabilità con maggiori e diversificate necessità assistenziali. Tali strutture, variamente denominate, dimensionate e distribuite sul territorio fungono, localmente, da raccordo tra i diversi servizi, ancor più promuovendone, ove possibile, la concentrazione in edifici visibili e riconoscibili dalla popolazione. Il coinvolgimento sempre maggiore dei cittadini per la promozione della loro salute, infatti dovrà realizzare il nuovo paradigma di una "sanità di iniziativa" che non veda

solo una “medicina di iniziativa” del sistema verso il cittadino ma anche una propensione del cittadino verso la promozione della propria salute.

Le suddette strutture possono essere così definite: “strutture polivalenti e funzionali che ospitano, in uno stesso spazio fisico, funzioni dell’assistenza primaria, garantendo la continuità assistenziale, anche specialistica, e le attività di prevenzione attraverso il lavoro in team multiprofessionali e multidisciplinari del personale dedicato”.

In particolare, esse sono la sede della presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche in una logica di medicina di iniziativa, in collegamento con altre articolazioni territoriali per garantire il più alto grado di qualità dei percorsi di cura e di integrazione sociosanitaria, oltre al necessario collegamento con l’ospedale.

Queste strutture sono un cantiere aperto sul futuro dell’assistenza primaria, una tappa del più ampio percorso di riorganizzazione dell’assistenza territoriale, che non si limita all’individuazione di forme strutturali, prevedendo prevalentemente nuove modalità funzionali di raccordo tra i professionisti ed i servizi, per far fronte alle criticità odierne e migliorare complessivamente la qualità dei servizi secondo un circuito virtuoso che concorra ad elevare il livello di appropriatezza anche dell’assistenza intraospedaliera.

Risulta evidente che, al di là degli assetti organizzativi delle strutture territoriali, la cui ampiezza e potenzialità di aggregazione e di offerta dipenderà da variabili presenti nel contesto locale, sono importanti gli aspetti funzionali ed operativi, tra i quali:

- l’affermarsi di un sistema unico multicentrico, nel quale ogni componente del sistema sia in grado di raccordarsi con le altre componenti e di rendere documentabile il contributo di valore fornito ai processi di presa in carico e di cura. Un sistema nel quale i singoli pazienti possano essere monitorati lungo il loro percorso assistenziale attraverso appositi strumenti informatici (ad esempio cartella elettronica personalizzata, il Fascicolo Sanitario Elettronico), oltre a strumenti (come registri, PAI, centri servizi) che consentano una modalità pro-attiva degli interventi (medicina d’iniziativa), per richiamare i pazienti in tempi e modi prefissati e fornire adeguati “alert” in caso di “assenza-fuga”;

- l’attuazione di una strategia di prioritizzazione degli interventi attraverso il concretizzarsi di un disegno gestionale ed assistenziale correlato all’intensità di cura, in grado di diversificare i pazienti sulla base del loro livello di complessità e di differenziare, quindi, le caratteristiche dell’offerta, articolando Piani di assistenza individualizzati (PAI) e concordati tra i componenti dei Team multi-professionali chiamati a gestire i “Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali sociali” (PDTAS). Questi costituiscono il fulcro intorno al quale ruotano servizi e risorse umane, strumenti attraverso i quali si integrano in modo non routinario più servizi e più professionisti anche appartenenti a strutture differenti per erogare servizi sanitari e sociali, con una presa in carico globale della persona per una specifica situazione patologica o per garantire l’assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita. Essi rispondono alla esigenza di innovare l’organizzazione sanitaria e la filiera gestionale in senso multifunzionale ed interdisciplinare, individuando un forte richiamo alla presa in carico totale e trasversale del cittadino al fine di migliorare la qualità delle cure, individuandone i diversi percorsi ospedale-territorio, strutture dipartimentali e distretto, le risorse e gli strumenti necessari al perseguimento dell’appropriatezza, della sicurezza e della sostenibilità.

- l’attuazione di una politica di gestione delle risorse umane, mirata a promuovere il cambiamento e a valorizzare le leadership emergenti nel sistema organizzativo ed improntata sui modelli di Rete collaborativa all’interno della rete assistenziale, coerentemente con i nuovi

indirizzi nazionali sulle nuove funzioni e responsabilità in seno alle diverse figure professionali sanitarie.

1.3.1. I LEA territoriali

Nel DPCM 9 gennaio 2017 fondamentalmente vengono ripresi i LEA previsti dal DPCM. 29 novembre 2001, ma con una più dettagliata definizione e descrizione di linee prestazionali e servizi, meglio e direttamente rappresentate nell'articolato che, in alcune parti (es. l'assistenza a valenza sociosanitaria) si configura quasi come un testo unico.

Il Capo III del DPCM 9 gennaio 2017 individua le 9 aree di attività in cui si articola l'assistenza distrettuale riprendendo sostanzialmente i contenuti del su citato DPCM e degli Accordi collettivi nazionali siglati con le categorie interessate. La farmaceutica viene declinata in maniera puntuale (articoli 8 e 9) introducendo novità normative quali: la farmacia dei servizi, come individuata dai decreti legislativi adottati ai sensi della legge 69/2009, la fornitura dei generici, la distribuzione diretta dei farmaci attraverso i servizi territoriali ed ospedalieri dei servizi sanitari regionali, i medicinali innovativi e quelli off-label.

Il Capo IV (articoli 21-35) dispone in merito alle norme riguardanti l'assistenza sociosanitaria. Il provvedimento individua e descrive le diverse tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità ed impegno assistenziale, ai quali corrispondono diversi percorsi, confermando sostanzialmente quanto già previsto precedentemente, ma anche con elementi di novità quali l'introduzione delle cure palliative domiciliari, una marcata attenzione alla salute mentale dei minori e l'estensione dell'area delle dipendenze a tutte le dipendenze patologiche e i comportamenti di abuso (fra queste anche la ludopatia, come fra l'altro stabilito dall'art. 5 del decreto legge 158/2012) prevedendo anche interventi di riduzione del danno. Viene recepita la L. n.134 del 2015, che prevede l'aggiornamento dei LEA per la diagnosi precoce, la cura e il trattamento individualizzato dei disturbi dello spettro autistico. Inoltre per quanto riguarda l'Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie, quindi l'attività dei Consultori, delinea in modo più articolato le attività da svolgere con un'attenzione particolare alle attività psicologiche e sociali.

Il DPCM del 2017 in particolare ha completato il quadro dei principali provvedimenti normativi in materia di cure palliative definendo all'interno della rete locale di cure palliative per la prima volta il nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, le visite multidisciplinari per le cure palliative inclusa la stesura del PAI, le visite di controllo per la rivalutazione del PAI (art. 15). In oltre nell art. 21 viene descritto il percorso di presa in carico attraverso la valutazione multidimensionale di bisogni sotto il profilo clinico funzionale e sociale.

L'approccio per "percorso" rappresenta una novità importante e concorre ad identificare il malato con bisogni di cure palliative. Queste escono dall'orizzonte temporale dell'end stage e si estendono anche alle fasi precoci di malattie inguaribili ad evoluzione sfavorevole. Nell'art. 23 si tratta delle cure palliative domiciliari e si definisce che sia il livello di base che quello specialistico siano erogati dall'Unita di Cure Palliative e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata. L'art.31 ridefinisce il compito degli Hospice nell'ambito dei livelli di assistenza residenziale territoriale. Nell'art. 38 si sancisce che le cure palliative per la prima volta sono espressamente citate come prestazioni cliniche farmaceutiche strumentali ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico e che devono essere garantite durante l'attività di ricovero ordinario.

Complessivamente, nell'applicazione dei LEA, il concetto da seguire non è tanto quello che intende l'"essenzialità" come "sufficienza" della prestazione, ma piuttosto quello che si riferisce all' "adeguatezza" della prestazione stessa e alla sua idoneità a conseguire obiettivi di benessere e di equità che vanno oltre il piano strettamente finanziario.

1.3.2. Gli indirizzi regionali

Il Piano Sanitario Socio Sanitario Integrato Regionale 2018-2020 rappresenta una visione di salute con una prospettiva di forte cambiamento. La scelta è stata quella infatti di non tenere separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali così come la parte descrittiva della rete ospedaliera da quella della rete territoriale, con una forte attenzione al contesto sociale e alle prospettive future. Seguendo la stessa filosofia le macro azioni di piano non sono declinate come avviene tradizionalmente in base ai singoli settori, ma vengono invece definite dedicandole a 9 destinatari (TARGET), concentrandosi quindi sui bisogni della persona più che dei Servizi. **Quest'approccio, anche se per semplicità espositiva, non viene riportato nella relazione, deve comunque essere tenuto costantemente presente nella formulazione dei percorsi e costituisce la cornice in cui i diversi Servizi devono operare.**

1.3.2.1. Cure Primarie

La necessità di rendere il territorio più strutturato ed organizzato in modo da garantire ai cittadini adeguate risposte ai bisogni di salute passa attraverso il potenziamento delle Case della salute, dei letti di cure intermedie e di hospice nonché con lo sviluppo dell'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità.

CASE DELLA SALUTE

La legge regionale 40/2005 definisce la casa della salute "struttura polivalente che opera nell'ambito della zona distretto e fa parte integrante dell'organizzazione del servizio sanitario regionale". La regione Toscana con il recente Atto di indirizzo sulle Case della Salute (Delibera n.770 del 22 giugno 2020 – Allegato A), ha inteso superare l'approccio che basava la caratterizzazione della CdS prevalentemente su requisiti strutturali (presenza di servizi, numero di professionisti ed orario di apertura) come definiti nella DGR 117/2015 (precedenti indirizzi CdS), riconoscendo invece, come elementi caratterizzanti, i requisiti di processo, vale a dire le progettualità elaborate per ciascuna CdS, contenenti obiettivi, attività e percorsi di orientamento e assistenziali, definiti dai team che lavorano in ciascuna CdS. Sulla base degli obiettivi e percorsi, all'interno di tali progettualità, si determinano conseguentemente i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali necessari al loro soddisfacimento. La casa della salute rappresenta pertanto contemporaneamente sia un modello organizzativo delle sedi di erogazione dell'assistenza sia la modalità organizzativa che un team multi professionale assume per garantire livelli integrati di assistenza e si prevede che in ogni zona-distretto sia presente almeno una casa della salute.

In ogni casa della salute il team multiprofessionale deve garantire:

- Accessibilità, accoglienza e presa in carico dei bisogni sanitari e socio sanitari
- Continuità della assistenza mediante il collegamento con i medici di continuità assistenziale
- Orientamento a trovare risposte adeguate al bisogno sociosanitario e socioassistenziale
- Presa in carico delle situazioni acute differibili
- Gestione della complessità, cronicità e fragilità
- Modalità di collegamento con ospedale ed attività ambulatoriali, in particolare il team multiprofessionale può collaborare con agenzia continuità ospedale territorio (ACOT) nella fase di dimissione dei pazienti complessi, usufruire degli ambulatori specialistici di secondo livello presenti in ospedale come pure delle prestazioni di day service multiprofessionale e multidisciplinare sempre presenti in ospedale.

In tale contesto i professionisti sanitari e sociosanitari della CdS partecipano attivamente alla valutazione del bisogno presente nella comunità e alla definizione degli interventi e percorsi assistenziali e la casa della salute diventa così il punto di riferimento continuativo per la popolazione con il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. La vicinanza strutturale con il presidio ospedaliero rappresenta elemento importante di facilitazione nella attuazione dei percorsi

CURE INTERMEDIE

Il potenziamento della offerta di cure intermedie a livello territoriale destinate a pazienti che necessitano di interventi di media /bassa intensità clinica e per degenze di media durata contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio al pronto Soccorso e ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. La Regione Toscana, dopo aver approvato con la DGRT 679 del 2016 (aggiornamento DGRT 995/18) gli indirizzi regionali per l'effettiva costituzione in tutte le Zone-Distretto/SdS dell'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT), quale strumento di garanzia del governo dell'interfaccia ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa, approva nel 2017 la DGRT 909. Con tale deliberazione ha fornito gli indirizzi per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera; sono stati individuati tre setting differenziati in base alla diversa intensità assistenziale e per ciascun setting sono state definite le caratteristiche funzionali e organizzative richieste, ed è inoltre stata individuata una specifica tariffa di riferimento. In seguito la Delibera GRT n.273 del 2 marzo 2020, attuativa del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020, e in particolare della scheda operativa n.19 "Le cure di transizione: i servizi domiciliari e residenziali di cure intermedie", ha indicato le azioni da sviluppare per la messa a regime dell'assistenza intermedia sul territorio regionale. La Delibera n.818 del 29 giugno 2020, Setting di cure intermedie residenziali: indicazioni alle aziende sanitarie, ha definito lo standard di posti letto di cure intermedie per numero di abitanti. Infine la Delibera GRT n.1596 del 16 dicembre 2019 con l'approvazione del documento "Attivazione modulo Cure Intermedie in RSA" ha sistematizzato in maniera organica le caratteristiche del modulo Cure Intermedie in sperimentazione con riferimento al setting 3 della Delibera GRT n.909/2017.

HOSPICE

La Regione ha deliberato in materia di Cure Palliative da più di 20 anni recependo le leggi nazionali e integrandole con linee di indirizzo proprie. Fra le più importanti disposizioni si evidenziano:

Le DGR 996/2000 e 467/2007 sui requisiti e gli standard strutturali e di funzionamento degli Hospice e delle cure palliative, che ha dato avvio alla costituzione dei primi Hospice nel nostro territorio (2002).

La DGR 443/2011 che recepisce l'Accordo Stato-Regioni del 27 giugno 2007 e l'Accordo Stato-Regioni del 20 marzo 2008, in materia di cure palliative pediatriche, l'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 - Linee Guida per la costruzione della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore”

La DGR 1225/2012 che recepisce l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 su accreditamento delle strutture Hospice, delle Unità di Cure Palliative e Terapia del Dolore;

La DGR 199/2014 che recepisce la legge 38 del 2010 sull'articolazione della rete delle cure palliative, i setting di cura e le modalità di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale. Tale legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore all'interno dei percorsi assistenziali sanitari che costituisce un obiettivo prioritario degli ultimi Piani Sanitari Nazionali. Il servizio sanitario assicura un programma di cura individuale e personalizzato che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente, offre un'assistenza che deve rispettare standard di qualità e appropriatezza evidenziando, così come sottolineato dal legislatore, le diverse specificità dei percorsi assistenziali nelle cure palliative e nella terapia del dolore.

La definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, garantendo equità d'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, nella tutela e promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale, e di un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

La DGR 1337/2018 ridefinisce i criteri per l'adeguamento ed il funzionamento della rete regionale delle cure palliative

La DGR 352/2018, fornisce indicazioni circa l'umanizzazione delle cure e l'autodeterminazione del cittadino: primi indirizzi attuativi per l'attuazione della Legge 219 /2017

La DGR n. 1550/2019 prevede l'implementazione dei posti letto in Hospice al fine di rientrare nello standard previsto dai L.E.A.

La DGR 213/2021, ribadisce la necessità di incrementare il numero di posti Hospice.

Assistenza infermieristica e Infermiere di Famiglia e Comunità

L'infermieristica di famiglia e di comunità rappresenta una nuova modalità di presa in carico dei cittadini attraverso un approccio infermieristico diverso, più olistico, così come richiamato dalla Regione Toscana nella delibera 597 del giugno 2018, che permette di creare una relazione centrata sulla persona e sulla famiglia nella lettura della globalità dei loro bisogni, in sinergia con i medici di medicina generale e con gli altri professionisti della salute che operano nella rete territoriale.

Questo approccio innovativo, che si fonda sui concetti di territorialità, prossimità, proattività, equità e multiprofessionalità/multidisciplinarietà, punta a rafforzare il territorio, investendo sulle competenze infermieristiche, trasversali ed avanzate, per soddisfare il fabbisogno quotidiano proprio all'interno dei contesti familiari e dove l'ambito domiciliare rappresenta infatti il contesto ideale in cui perseguire gli obiettivi di salute dei singoli e delle famiglie.

La nuova organizzazione, nel rispetto della territorialità e della prossimità, prevede che ad ogni singolo infermiere sia affidato un gruppo di popolazione ben identificato geograficamente, di cui egli può gestire i processi infermieristici in ambito familiare e in quello della comunità di riferimento, operando sempre in collaborazione con il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, il medico di comunità e l'équipe multiprofessionale nel suo complesso, per aiutare la cittadinanza a trovare le soluzioni alle varie problematiche.

Ogni assistito o familiare può quindi contare sulla presenza costante dell'infermiere di famiglia e comunità, un ulteriore punto di riferimento nell'ambito dell'assistenza territoriale, in grado di garantire anche l'accompagnamento e l'orientamento in tutta la rete di offerta sanitaria e sociale.

1.3.2.2. Consulitori

Il PSSIR individua nella rete consultoriale, all'interno della Zona-distretto, un importante strumento di attuazione degli interventi previsti a tutela della salute globale della donna e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari. Le attività consultoriali rivestono un ruolo fondamentale nel territorio in quanto la peculiarità del lavoro multidisciplinare di équipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali del servizio sanitario regionale. L'evoluzione del contesto con nuovi bisogni sociali e sanitari e nuove forme di povertà, esclusione, emarginazione, maggiore fragilità e percezione del disagio, nuove scoperte sull'influenza del genere nella malattia e nelle cure, hanno portato da una parte a recuperare il fondamento del lavoro di équipe e dell'attenzione agli aspetti psicologici e sociali, già presenti nella L 405/75, dall'altra ad ampliare i compiti "storici" verso altre aree, con interventi trasversali in molti dei target del PSSIR (genitori, bambini, donne, giovani, stranieri) che necessitano di una forte connessione tra i vari Servizi, in particolare per i percorsi di prevenzione, riconoscimento, accoglienza, presa in carico, del disagio.

Le attività consultoriali rivestono un ruolo centrale in particolare:

- nel percorso nascita dalla fase preconcezionale ai primi anni di vita del bambino
- nella prevenzione, intesa nel senso ampio di prevenzione oncologica (screening Pap test e HPV test); promozione delle vaccinazioni (neonatale e pediatriche, in adolescenza, in fase pregravidica e in gravidanza); prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (MST) e prevenzione delle gravidanze indesiderate attraverso la promozione della contraccezione e la distribuzione gratuita;
- negli interventi sui giovani
- nella violenza di genere
- nella genitorialità (prevenzione, sostegno, protezione e cura) durante le varie fasi del ciclo di vita delle famiglie

1.3.2.3. La Salute Mentale

Obiettivi primari sono:

- Organizzazione di un livello di intervento che intercetti quella tipologia di bisogni sempre più espressi in "acuto" dai soggetti più fragili e a rischio di marginalizzazione, con capacità di intervenire per aiutare cittadini in grave difficoltà offrendo una rete necessaria, pronta e immediatamente disponibile, sicura e protettiva, di supporto alla presa in carico globale delle persone;
- Offerta di percorsi di cura e d'assistenza adeguati in ogni luogo di cura del territorio, garantendo appropriatezza e qualità delle cure;
- Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce: implementare gli interventi più efficaci di prevenzione a livello di popolazione, favorire le abitudini positive e l'adozione di comportamenti sani. Individuare precocemente coloro che manifestano i primi sintomi di malattia;
- Presa in carico tempestiva in equipe multiprofessionali con progetti terapeutico riabilitativi individuali condivisi con il paziente e possibilmente con i suoi familiari o caregivers che si basano su:
 1. la personalizzazione delle cure, incluso il benessere individuale e la cura di sé
 2. lo sviluppo di nuovi modelli di presa in carico ed integrazione della rete assistenziale anche tramite l'utilizzo di sistemi di telemedicina con l'obiettivo di fornire servizi migliori, più sicuri, più efficienti e raggiungendo contemporaneamente un numero elevato di persone coinvolte attivamente nell'adesione alle cure e ai percorsi di salute;
 3. il pensare a come creare valore per i cittadini attraverso una valutazione dei loro bisogni
 4. il rimodellamento della capacità di lavoro, favorendo percorsi formativi e l'accesso al mondo del lavoro attraverso tirocini con tutor, in modo tale che le abilità, le capacità e le interazioni siano migliorate.

Per quanto riguarda l'Infanzia e Adolescenza in Toscana, all'interno del Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale 2018-20, è contenuto un focus dedicato alla disabilità ed uno alla salute mentale. In entrambi ci sono specifiche indicazioni per il settore UFSMIA. Viene data anche particolare attenzione alla continuità assistenziale nel passaggio tra l'età minorile e l'età adulta oltre che tra i setting ospedalieri e territoriali e viceversa. Le aree di particolare interesse richiamate nel documento sono: follow up dei neonati con rischio neuroevolutivo; presa in carico tempestiva dei disturbi del neurosviluppo (compreso lo spettro autistico); potenziamento della rete di presa in carico dei disturbi del comportamento alimentare; collaborazione con le istituzioni scolastiche nell'ambito dei disturbi del linguaggio e dell'apprendimento; presa in carico tempestiva ed adeguata delle emergenze ed urgenze psicopatologiche nell'infanzia e nell'adolescenza.

1.3.2.4. Le Dipendenze

Il PSSIR richiama l'attenzione all'integrazione tra i Servizi, alla promozione di interventi di bassa soglia e riduzione del danno rivolti a coloro che consumano sostanze psicoattive legali ed illegali e che, spesso, vivono in condizioni di forte marginalità sociale e che scelgono di rimanere "invisibili" ai servizi deputati al trattamento, al potenziamento di percorsi di

assistenza differenziati, alla necessità di promuovere, soprattutto nelle fasce più giovani, una coscienza critica sui consumi, nonché alla definizione di strategie di prevenzione e presa in carico delle nuove dipendenze, soprattutto delle dipendenze senza sostanze.

1.3.2.5. La Non Autosufficienza e la Disabilità

La Regione Toscana promuove attività rivolte al mantenimento dello stato di autosufficienza dell'anziano e, nell'eventuale passaggio ad una condizione di non autosufficienza, prevede azioni di informazione capillare ai familiari ed ai care givers per l'accesso ai servizi tramite I Punti Insieme). La Regione Toscana a favore dei cittadini non autosufficienti prevede una serie di interventi (L.R 667/2008- valutazione UVM e PAP) per favorire la domiciliarità e per rendere appropriati, sicuri e di qualità servizi semiresidenziali e residenziali, attraverso un processo di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento. Per la cura e l'assistenza delle persone con demenza, la Regione prevede risposte diversificate sulla base dei singoli bisogni ed il rafforzamento della rete integrata sul territorio.

Per quanto riguarda la disabilità, nel Focus2 del PSSIR 2018-2020, la Regione prevede una rete di servizi sociosanitari rispondenti alle diverse specificità e agli obiettivi specifici nelle varie fasi di vita della persona (Progetto di Vita) e nelle Zone Distretto/ SDS sono messe a disposizione UVMD, equipe multidisciplinari competenti, per la definizione di percorsi individuali condivisi con la persona, la sua famiglia, associazioni che operano nel campo dell'inclusione sociale.

1.3.3. Ulteriori prospettive

La storica definizione di salute come completo benessere psicofisico si sta modificando con la "capacità di adattarsi ed autogestirsi", una formulazione più concreta e dinamica basata sulla resilienza e sulla capacità di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità, il proprio equilibrio e senso di benessere. I Servizi territoriali pertanto devono sempre più orientare i propri interventi principalmente in un'ottica di prevenzione che tenga conto dei determinanti di salute e che agisca attraverso il potenziamento dei fattori protettivi. Sappiamo infatti che i fattori che incidono sullo stato di salute sono molteplici: biologici (propri di ciascun individuo), socioculturali (il grado di istruzione, le condizioni di lavoro e abitative, l'ambiente) e legati ai comportamenti individuali. Realisticamente è improbabile che un Servizio possa andare ad incidere direttamente su questi fattori. Avendoli presenti e conoscendo i bisogni del proprio Territorio si può comunque ridurre il rischio di molte patologie lavorando contestualmente sia nel ridurre le disuguaglianze nell'accesso che nel sostegno ai processi di resilienza dei singoli, familiari e delle comunità. Molti, anche se non tutti gli elementi che possiamo individuare tra i fattori di protezione, declinati per target di popolazione (esempio migranti) possono divenire il focus di percorsi specifici di sviluppo di competenze correlate a percorsi di benessere per i vari livelli dell'ecologia della persona.

Gli interventi che progetteremo nel futuro dovranno pertanto inserirsi necessariamente in questa cornice di contesto.

Particolare attenzione sarà data alle **Cure di transizione**, interpretate come transizione tra ospedale e domicilio e viceversa oppure tra ospedale/casa verso il fine vita, comprendenti molte tipologie di cure e servizi extraospedalieri, con finalità diverse (riabilitazione funzionale,

riattivazione, mantenimento, accompagnamento, ecc) e praticabili in setting molto differenti. In comune hanno:

- una visione olistica del paziente, come persona che in una fase della vita ha una serie di bisogni che, nel loro insieme, determinano il livello di complessità e intensità delle cure e dell'assistenza, oltre la necessità di avere un luogo di vita adeguato che può essere diverso dalla sua normalità

- finalità, pari alla cura della malattia, come la dignità della persona, il decoro del percorso, la preoccupazione della vita successiva o del modo in cui morire.

Pensando alla situazione epidemiologica, ma anche sociale, le **Cure palliative** devono ampliare la loro attività verso le patologie cronico-evolutive a prognosi infausta, non oncologiche. Questo permetterà di poter pianificare insieme al paziente e alla sua famiglia il percorso ottimale secondo i suoi desideri e le caratteristiche della sua patologia in collaborazione con gli specialisti che lo hanno in cura (vedi attuazione della legge 219/2017 sul consenso informato e le DAT). I risultati che si possono attendere da un'anticipazione della presa in carico da parte delle cure palliative (cure simultanee) sono la diminuzione di ricoveri inutili nei reparti e al pronto soccorso, una maggior appropriatezza nelle terapie farmacologiche, emotrasfusioni, negli esami diagnostici e negli altri interventi terapeutici (NIA, PEG, tracheo, dialisi, impianto di defibrillatori, NIV etc.), la presa in carico del paziente e della sua rete familiare o amicale per quanto riguarda i bisogni psicologici, spirituali e sociali. Infine la possibilità da parte del paziente di scegliere non solo come vivere la parte finale della propria esistenza, ma anche il luogo a lui più consono.

I **Consultori**, con un approccio olistico alla salute, la multidisciplinarietà e l'integrazione con gli altri servizi socio sanitari, hanno saputo anticipare una visione innovativa del concetto di salute e della sua promozione che, a distanza di pochi anni, sarebbe stata ripresa e diffusa a livello internazionale. Ancora oggi, questi servizi di base e di prossimità con la comunità e i cittadini, mantengono tutta la loro attualità per la sanità pubblica in particolare per la loro capacità di adattabilità e di intercettare i nuovi bisogni di una società in continuo cambiamento. Inoltre si ha una valorizzazione dei Consultori come primo anello e filtro nella catena assistenziale delle patologie riproduttive così come in altri percorsi di salute. Elemento strategico rimane la tutela della salute della donna, in quanto questo influisce non solo sulla persona stessa, ma in tutto il contesto familiare e sociale, attraverso modelli per la presa in carico sociosanitaria differenziati. In un'ottica di genere il Consultorio deve poi offrire sempre di più, soprattutto nelle fasce di popolazione più giovane, servizi anche ai ragazzi e ai giovani adulti (consulenze andrologiche, consulenze sulle IST e Hiv, consulenze contraccettive, consulenze psicologiche e sessuologiche, percorso nascita / genitorialità, maltrattamento).

Nella **Salute Mentale** è fondamentale ridurre la cronicità e le forme di disabilità facendo ricorso quanto più possibile all'empowerment ottenibile dalla integrazione in rete con tutti gli stakeholders del territorio, in particolare con il mondo dell'associazionismo. Favorire inoltre percorsi di cure intermedie ospedale-territorio per trattare fasi subacute di ripresa della patologia, nella fase di dimissione per favorire il reinserimento domiciliare e per alleviare momenti di criticità negli ambienti di vita. I Servizi di Salute Mentale devono quindi assumere un ruolo di protagonisti nella costruzione del "progetto di vita" della persona con sofferenza

psichica, sfruttando il “budget di salute” nella mediazione e relazione con tutti gli interlocutori della comunità.

Nella **SMIA** porsi una prospettiva organizzativa, sperimentata anche in funzione dell'emergenza Covid, di prevedere un livello intermedio di accesso di visite “Programmabili Speciali”, per distinguerle dalle Programmabili normali che spesso hanno tempi di attesa importanti, con un pool di specialisti dedicati ad una lettura rapida della domanda e della sua decodifica, al fine di modulare e pianificare, con tempi pensati per ogni casistica, la risposta.

Nelle **Dipendenze** le prospettive riguardano un ulteriore sviluppo della rete dei servizi con attenzione particolare ai seguenti temi:

-Cronicità e marginalità

-Progettualità a media intensità di cura del gioco d'azzardo patologico

-Prevenzione del gioco d'azzardo

-Dipendenze digitali dei giovani, in raccordo con il Consultorio, fenomeno sempre più esteso che ha visto un accentuarsi nel periodo pandemico

A seguito di recepimento delle direttive regionali, da parte dell'Azienda USL Toscana Nord ovest, sono state elaborate procedure e istruzioni operative per una precisa definizione dei percorsi riservati alla **Non autosufficienza e alla disabilità**, oggi in applicazione sul territorio della ZD Livornese. Per la non autosufficienza sono previsti un potenziamento dell'offerta di assistenza domiciliare diretta ed indiretta attraverso il FNA e una implementazione dei servizi semiresidenziali (attualmente 8 posti per non autosufficienti e 12 per pazienti con disturbi cognitivi-alzheimer) e moduli specialistici interni alle RRSSAA.

Sulla ZD Livornese, oltre a non essere presente un modulo Bia, non sono stati attivati finora moduli specialistici quali il “modulo motorio” ed il “modulo stati vegetativi”; risultano insufficienti al fabbisogno i posti riservati alle persone con disturbi cognitivi (tot.14).

Per la disabilità le varie fonti di finanziamento consentiranno la permanenza a domicilio di persone che necessitano di assistenza continua ma anche lo sviluppo di nuove risposte secondo la logica del “durante e dopo di noi” e percorsi individualizzati di socializzazione e accompagnamento al lavoro.

1.3.4. L'esperienza COVID: riflessi e orientamenti nella programmazione

L'esperienza concreta della pandemia da Coronavirus ha mostrato chiaramente la necessità di strutturare un sistema sanitario territorializzato in grado di offrire sia assistenza ordinaria che di fronteggiare minacce straordinarie. Questa riflessione costituisce una finestra di opportunità per superare il paradigma centrato sulla medicina specialistica e ospedaliera, puntando invece sullo sviluppo di un community based approach, una assistenza comunitaria di qualità, presente e forte sul territorio. La deospedalizzazione non può infatti prescindere dal rafforzamento e dal potenziamento dei servizi di assistenza territoriale e domiciliare, in termini di edilizia, tecnologia, digitalizzazione, capitale umano, di quantità e qualità adeguata ai bisogni della popolazione, in particolare, ma non solo, per il governo delle patologie croniche, e in grado di essere duttili per poter rispondere a bisogni improvvisi e diversificati. Un approccio territoriale, con un'ottica di prevenzione e basato sull'offerta attiva declinata in base

alle esigenze dei singoli target, consente inoltre di diminuire le disuguaglianze raggiungendo strati della popolazione e gruppi sociali altrimenti a rischio di esclusione.

Le Reti, laddove ben costituite e consolidate, hanno dimostrato di essere la modalità più efficace per garantire una presa in carico delle persone anche in condizioni straordinarie e impreviste rimodulando le porte di accesso al Sistema così come è stata fondamentale la capacità dei Servizi di adattarsi con rapidità al nuovo contesto.

L'esperienza del Covid ha riconfermato la necessità che tutte le strutture di accoglienza stiano costantemente in collegamento con i servizi territoriali, osservino le indicazioni aziendali per l'adozione di comportamenti per la prevenzione dei vari rischi per la salute degli ospiti.

Inoltre l'esperienza pandemica ha messo in gioco anche alcuni elementi fondamentali del progettare gli ambienti e gli spazi sanitari quali il digitale (necessità di potenziamento dei presidi tecnologici per cartella informatizzata, videoconsulti, teleriabilitazione,...), la flessibilità, la separazione dei percorsi, l'ampiezza degli spazi in grado di garantire il distanziamento e favorire la multiprofessionalità caratteristica di tutti i Servizi Territoriali.

2. Attività

Vengono presi in esame i dati relativi all'anno 2019 sia perchè forniscono un quadro non alterato dall'anno pandemico sia perchè provenienti da flussi consolidati.

2.1 Percorsi assistenziali e ricorso ai Servizi

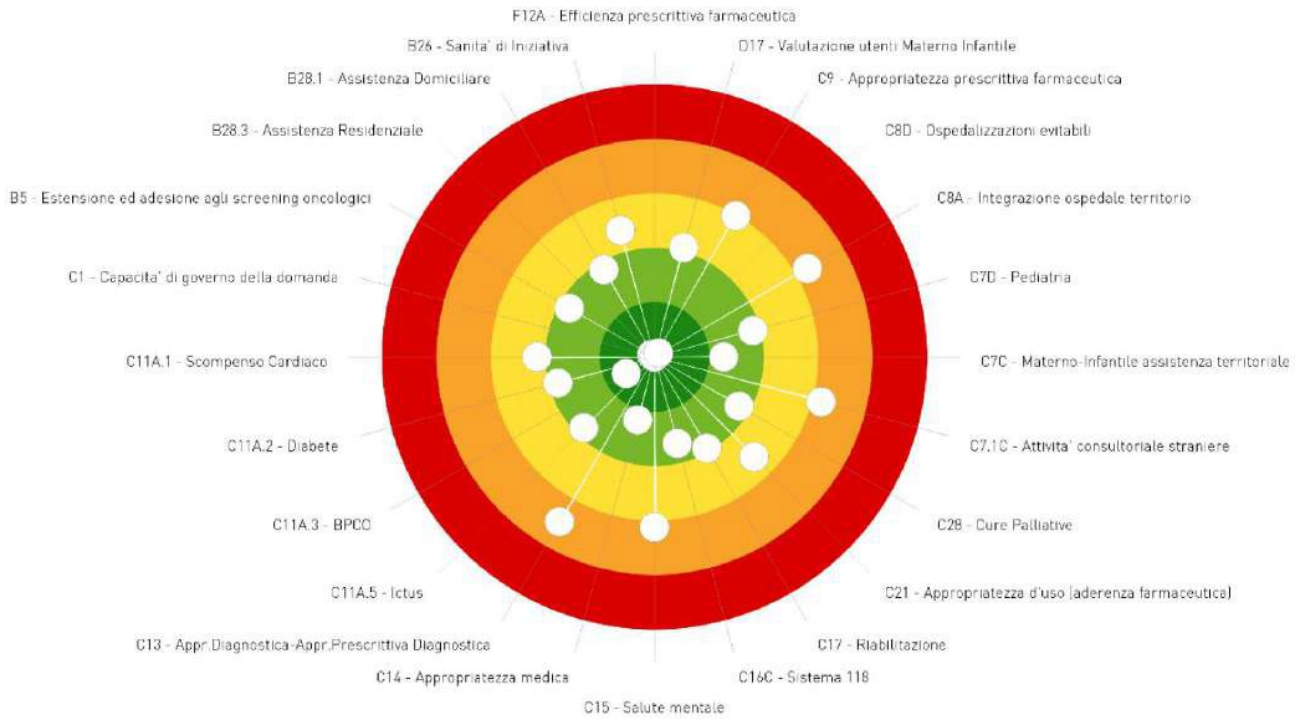
Al fine di fornire un quadro relativo al ricorso ai servizi da parte della popolazione della zona Livornese, si riportano di seguito:

- il bersaglio relativo al monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali e servizi territoriali della Zona Livornese elaborato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna
- I dati di attività e un quadro specifico degli indicatori, di cui il bersaglio rappresenta la sintesi, suddivisi in 7 aree tematiche:
 - prevenzione e promozione della salute
 - gestione delle principali patologie croniche
 - Assistenza domiciliare e residenziale degli anziani
 - Ricorso all'ospedalizzazione, al pronto soccorso e appropriatezza diagnostica
 - Assistenza consultoriale e percorso materno infantile
 - Assistenza farmaceutica territoriale
 - Salute mentale e dipendenze

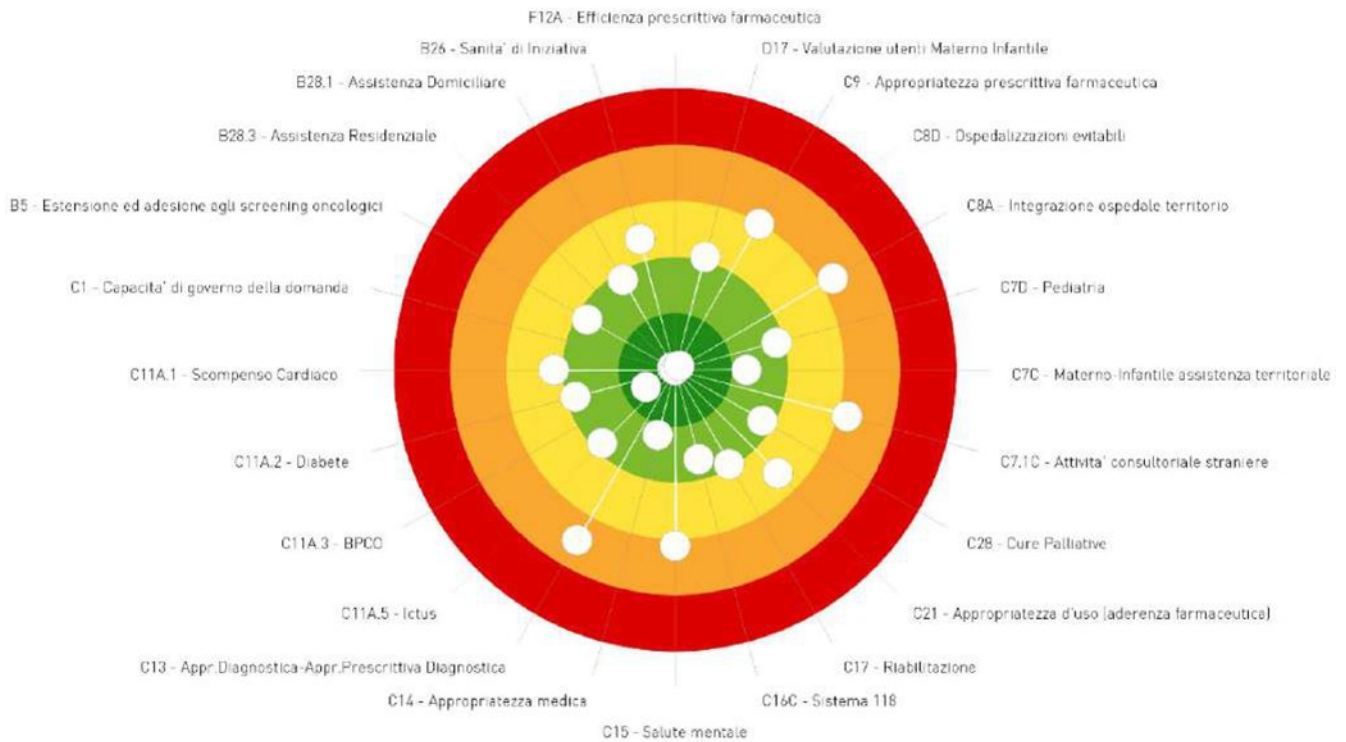
Sia il bersaglio che la tavola di indicatori operano una valutazione zonale sulla base di 5 fasce di colori:

- Performance ottima (punto di forza): verde scuro
- Performance buona: verde
- Performance media (margini di miglioramento): giallo
- Performance scarsa (situazione preoccupante da migliorare): arancione
- Performance molto scarsa (punto di debolezza): rosso

Bersaglio 2019 Zona distretto Livornese



Bersaglio 2019 Zona distretto Livornese



2.1.1. Le Cure Primarie

- segnalazioni ACOT:

Tab 3

ZONA	segnalazioni		n. valutazioni effettuate da ACOT	esito: inviati a..				POR FSE
	n. segnalazioni dimissioni complesse	n. dimissioni semplici		Cure intermedie	AD o ADI	ospedale comunità	altro setting	n. POR FSE attivati
LIVORNESE	1203	181	1723 (VALUTAZIONI DELLE SEGNALAZIONI 1203+ VALUT.SUCCESSIVE 520)	188 VILLA TIRRENA		224	117 CURE PALLIATIVE	313

- ospedale di comunità :

Tab 4

Giornate di degenza	Giornate letto possibili	Degenza media	Posti letto medi	Tasso di occupazione	Turn over	Indice di rotazione
6282	7665	18,64	21	82%	4,04	0,82

- attività AFA : 48 punti di erogazione , 162 corsi , partecipanti 2954 persone
- attività consultorio anziani fragili 1345 utenti che hanno goduto di una prestazione
- ADP attivate 956
- Cure Domiciliari:

Tab 5

PRELIEVI DOMICILIARI eseguiti da ADI					
2019	prel. CENTRO TRASF.	prel dom	TAO	prel.Urg	Totale prelievi
gennaio	93	52	28	19	99
febbraio	92	66	23	11	192
marzo	92	64	25	15	196
aprile	88	66	51	17	134
MAGGIO	96	63	50	16	129
giugno	95	46	33	24	103
luglio	98	57	31	16	104
agosto	91	79	31	19	129
settembre	100	71	25	14	110
ottobre	102	18	91	17	228
novembre	97	19	50	19	185
dicembre	80	42	54	13	189
					1798

Tab 6

DATI ATTIVITA' CURE DOMICILIARI					
DATI ATTIVITA' CURE DOMICILIARI	2015	2016	2017	2018	2019
ASSISTITI ATTIVATI AD	1406	1899	1586	1348	1599
ASSISTITI ATTIVATI ADI			540	532	575
TOTALE ASSISTITI			2126	1880	2174
PRESTAZIONI	78018	97800	96026	93442 (19277AD +74165 ADI)	102.464 = 79.459 AD+ 21.881 ADI+ 1.124 prel CT
TOTALE PRESTAZIONI				93442	102464
ACCESSI	31717	30877	31481	29715 (24200 AD + 5515 ADI)	33.058 = 25807 AD +6127 ADI +1.124 prel CT
TOTALE ACCESSI				29715	33058
PROPOSTE ADI H =>T				478	546
ATTIVAZIONI ADI T =>T				116	169

2.1.2. Le Cure Palliative

Nell'anno 2019 sono stati segnalati n° 496 pazienti di cui 433 hanno avuto un ricovero in hospice. Il tempo medio di attesa dalla segnalazione al ricovero e' stato di 1,13 giorni. Nell'anno 2019 la percentuale maggiore dei ricoveri in Hospice è risultata proveniente dal Presidio Ospedaliero, di questi il reparto principale è rappresentato dall'area medica per il 68%. Il 27% proveniva dal Domicilio con cure palliative domiciliari attive/struttura sociosanitaria residenziale. Il totale dei pazienti oncologici ricoverati nel 2019 è stato 256, il 41,8% (181) ha avuto una degenza inferiore/uguale a 7 giorni; di questi, 70 (38,6%) provenivano dal domicilio.

Tab 7

Giornate di degenza	Giornate letto possibili	Degenza media	Posti letto medi	Tasso di occupazione	Turn over	Indice di rotazione
2865	4380	6,38	12	65,00%	3,49	36,08

Sono state effettuate dai medici dell'U.F. Cure Palliative 890 consulenze a pazienti ricoverati in vari reparti del presidio ospedaliero e O.D.C. e 666 visite presso l'ambulatorio coordinato dal CORD di Livorno.

Nel corso dell'anno 2019 l'Unita' di Cure Palliative Domiciliari ha svolto la seguente attivita':

- 1) Assistenza domiciliare (ADI di II° livello con presa in carico)
- 2) Consulenze mediche a domicilio (ADI di I° livello Cure Palliative)

Il servizio ha ricevuto 728 segnalazioni assistenziali svolte dal medico Palliativista, 609 utenti presi in carico come ADI di II° livello Cure Palliative.

Tab 8

Tab 9

Consulenze pazienti oncologici	
N° malati	113
N° casi	130

Consulenze pazienti NON oncologici	
N° malati	113
N° casi	71

Delle 609 prese in carico, 397 sono stati pazienti oncologici (di cui 1 minori di 18 anni)

Tab 10

Numero accessi domiciliari per figura professionale nell'anno per Malati Oncologici deceduti	
Figura professionale	accessi
infermiere	3239
Medico esperto in Cure Pall.	2909
Oss	2234

Tab 11

Numero accessi domiciliari per le figure professionali nell'anno 2019	
Figura professionale	accessi
infermiere	5007
Medico esperto in Cure Pall.	4558
Oss	4582

Gli indicatori di valutazione della performance presi in esame per le Cure Palliative sono quattro e purtroppo riguardano ancora solo la popolazione di pazienti oncologici. l'Unità Funzionale Cure Palliative Zona Livornese è l'unica nella Regione a raggiungere lo standard previsto sull'indicatore relativo la % dei deceduti per tumore preso in carico dalle Cure palliative (68.1) ritenuto principale in quanto segnala la capacità del Servizio di intercettare e gestire la richiesta di cure palliative del territorio. Gli altri indicatori riguardano

- il tempo di attesa per il ricovero dalla segnalazione dove in pratica non vi è lista d'attesa
- il periodo di ricovero=>30 giorni in cui il risultato è in linea con la soglia prevista dall'indicatore. Si segnala la difficoltà che alcune volte si incontra nella dimissione di pazienti con disagio sociale che influenza il percorso assistenziale più della patologia di cui il paziente è affetto.
- I ricoveri con provenienza da ospedale o domicilio non assistito con periodi di ricovero =<7giorni: questo indicatore è l'unico che non raggiunge lo standard, con un trend comunque in miglioramento nel 2020, in quanto mostra una percentuale ancora altissima di pazienti che muoiono entro pochi giorni dal ricovero, perché segnalati dai reparti o dal territorio, e di conseguenza presi in carico, troppo tardivamente.

2.1.3. I Consulenti

La realtà dei Consulenti è ben radicata da anni nella Zona Livornese ed essi costituiscono un punto di riferimento importante per la popolazione. Gli Indicatori del Sistema di Valutazione della Performance della sanità toscana danno evidenza di questo restituendo l'immagine di un Consultorio che pone particolare attenzione a diminuire le disuguaglianze nell'accesso ai Servizi e che si rivolge a tutte le fasce d'età. La partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita è la più elevata in Toscana 73.1 (vs 53.4 RT e 55.3 TONO) e la partecipazione per titolo di studio è una delle poche performance positive a livello regionale. La continuità nel

post-partum è in pratica garantita a quasi tutte le puerpere. Molto è stato investito inoltre sulla prevenzione IVG che storicamente ha avuto sempre un tasso molto elevato nella zona livornese e che negli ultimi anni sta avendo un trend in diminuzione. Il Consultorio rappresenta il punto dove maggiormente vengono rilasciati i documenti/certificati IVG (83% vs 52 RT e 66.3 TONO) e a livello aziendale. Il tasso di accesso al Consultorio della fascia di età 14-24 è di 72.8 (vs 49.6 RT e 56.5 TONO) con % di accesso specificamente al percorso contraccezione del 38.9 (vs 23.9 RT e 25.9 TONO).

Tab 12 Dati attività Consultori anno 2019

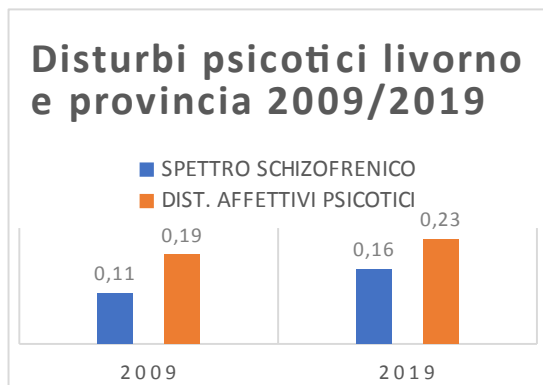
Consultorio	Utenti	Accessi	Prestazioni
Consultorio Centro	6675	13739	14643
Consultorio Est	7129	16683	17725
Consultorio Nord	3014	6093	6527
Consultorio Collesalveti	951	1986	2125
Consultorio Stagno	510	694	733
TOTALE	15370	38992	41753

L'evoluzione del contesto ha comportato un impegno sempre più ampio, oltre che verso i percorsi "classici", anche verso tematiche emergenti quali ad esempio migrazione, violenza, genitorialità, conflittualità familiare. In entrambi i casi si sono resi necessari un rafforzamento del lavoro d'equipe e di rete, il potenziamento dell'offerta attiva, una maggiore flessibilità, nonché la proposta di diverse modalità di offerta e di nuovi modelli organizzativi in una logica di percorso, ma sempre centrato sui bisogni della persona.

2.1.4. La Salute Mentale

Negli ultimi 10 anni si è osservato per la SMA un significativo aumento dei disturbi gravi (dati ex asl 6)

- Degenze 2019: 472 TSO 66 (Piombino 5, Cecina 13, Lucca 2, Livorno 46)
- Ricoveri ripetuti entro 7 gg: 29 (6,68%)
- Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg: 38 (9,52%)
- N. pazienti in trattamento ambulatoria e territoriale: 1715
- N. casi con programmi di riabilitazione psichiatrica in equipe multiprofessionali:466
- N. casi in accoglienza 24 ore : 29



Per la SMIA il numero di accessi complessivi al servizio nel 2019 è stato di 1.793 utenti per un totale di 28.157 prestazioni di cui 5.040 neuropsichiatriche; 4.071 psicologiche; 19.046 riabilitative.

2.1.5. Le Dipendenze

Tab 13

N° UTENTI SERD LIVORNO	2019
Tossicodipendenti	1075
Alcooldipendenti	199
Gioco d'Azzardo	89
ALTRO	12
Totale	1375

2.2 Sintesi di indicatori di esito clinico

Il Decreto 12 marzo 2019-Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, individua gli indicatori di riferimento. Si tratta prevalentemente di indicatori da considerare come una proxy della funzionalità dei servizi territoriali in termini di accesso e presa in carico o indice dell'appropriatezza dei percorsi e dell'offerta dei Servizi.

Alcuni riferimenti a tali indicatori (es. Cure Palliative, Consultori) sono riportati nei paragrafi relativi le attività. Il sistema sarà un punto di riferimento per verificare l'efficacia delle attività svolte secondo questo nuovo modello nella Cittadella della Salute.

2.3. L'attività nell'anno pandemico 2020

Nel 2020 l'organizzazione dei percorsi territoriali ha subito le seguenti modifiche :

- a) Per quanto riguarda le Cure Primarie il 2020 ha comportato l'introduzione di 2 grandi novità :
 - il progetto Usca
 - Cure intermedie Covid

Il progetto USCA (Unità Speciali Continuità Assistenziale) nasce in seno alla situazione di crisi creatasi a seguito della pandemia da coronavirus, esplosa nel marzo 2020. Il 6 di Aprile si costituiva a Livorno il primo gruppo di professionisti dedicati all'assistenza domiciliare dei pazienti colpiti da infezione. Il gruppo è formato interamente da medici under 40 ed infermieri dell'ADI, che hanno reso il servizio il fiore all'occhiello della risposta sanitaria territoriale all'emergenza. Durante la prima ondata di pandemia i

servizi sanitari sono stati coinvolti per lo più per soddisfare le necessità ospedaliere, dovendo far fronte ad un numero crescente di ricoveri. Le USCA, in quel momento, sono state il fulcro della risposta sanitaria del territorio collaborando in maniera strettissima con la Medicina Generale e gli altri Servizi Territoriali. Il servizio è stato attivato già in fase emergenziale ed è stato creato completamente da zero e plasmato dai suoi operatori in costante supervisione da parte della Direzione Territoriale Zonale. Le USCA, seguendo con successo una media di 1800 pazienti il mese, hanno resistito, insieme agli altri attori dell'Azienda Sanitaria già presenti in fase pre-covid, all'urto dei numeri e alla crescente pressione derivante dalla necessità di cure, erogando la massima qualità possibile di prestazioni. Le attività intraprese dalle USCA, nel corso dell'anno, hanno cambiato totalmente la concezione di medicina territoriale, facendo sì che queste Unità Speciali rendessero più fluida e dinamica la risposta sanitaria che al cittadino serviva. Modello valido da riproporre a fine pandemia in ottica anche di trasformazione della Continuità Assistenziale.

Contestualmente nel mese di aprile è stato aperto il reparto Cure Intermedie Covid con 12 posti letto. L'apertura di questi posti letto è stata fondamentale nel difficile momento perché ha permesso di alleggerire la pressione sugli ospedali Covid dell'Azienda e rappresenta un'ulteriore risorsa per il territorio e per quei pazienti che, seppur in condizioni di stabilità e di miglioramento, necessitano ancora di cure mediche prima di poter essere dimessi e ritornare al proprio domicilio.

- b) Le **Cure intermedie** di Villa Tirrena sono state classificate come covid free e al contempo è stata estesa la loro competenza anche a casi di setting 2/3 in considerazione della chiusura dell'Ospedale di Comunita' il cui personale è andato ad alimentare la neo struttura di cure intermedie covid (289 ricoveri da ACOT)
- c) Sono state aperte strutture della tipologia **Alberghi sanitari**; dal mese di aprile a novembre 2020 Hotel La Vedetta e Hotel Villa Gemma (tipologia albergo sanitario ordinario) con gestione di 142 ospiti. Dal novembre 2020 alla prima decade di maggio 2021 Hotel sanitario assistito con team Usca Hotel Charme Resort con gestione di 260 ospiti.
- d) Già nella prima fase dell'emergenza Covid, **l'Infermieristica** è stata coinvolta nelle risposte all'evento pandemico. Pur mantenendo le attività assistenziali previste sul territorio, sono state organizzate le risorse con interventi finalizzati alla persona e alla famiglia, alla collettività, alle strutture residenziali, spaziando tra interventi tecnici (tamponi, prelievi, medicazioni, drive through, etc), informativi/educativi (call center), di contact tracing, assistenziali a domicilio o nei nuovi setting presenti con l'emergenza covid (Alberghi sanitari, alberghi sanitari protetti, USCA,) non ultima la campagna vaccinazioni. La trasversalità degli interventi è stata estesa a tutti setting assistenziali, comprensivi di salute mentale e cure intermedie Covid, cure palliative.
- e) Le **Cure palliative** in un primo momento sono rimaste un pò ai margini della gestione dei pazienti covid, svolgendo in sostanza un'attività di consulenza sia per i colleghi USCA del domicilio che dei colleghi dei reparti covid. In particolare la collaborazione ha riguardato aspetti relativi alla comunicazione con i familiari dei pazienti, interventi terapeutici per il trattamento dell'agitazione psicomotoria e della dispnea e infine la sedazione palliativa dei pazienti più gravi. L'esperienza, in particolare della gestione dei pazienti morenti nei reparti, in collaborazione con gli specialisti, ha fatto maturare la

riflessione e la conseguente decisione di avere a disposizione un piccolo setting di letti hospice anche per i pazienti covid positivi. Questo modulo entrerà in funzione entro il mese di giugno 2021.

- f) I **Consultori** sono rimasti attivi anche durante la fase straordinaria dell'emergenza garantendo a livello zonale una apertura mattino/pomeriggio in tutto l'arco della settimana mantenendo in presenza tutta l'attività non differibile, in particolare per i percorsi nascita, IVG, contraccezione,violenza, riorganizzando tempi, spazi e modalità di accesso, per il suo svolgimento in sicurezza. Nel contempo sono state trovate modalità diverse di erogazione da remoto sia per il livello individuale che di gruppo. Le donne, i giovani e le famiglie già in carico al Servizio sono state contattate proattivamente e seguite con quest'ultime modalità proseguendo così i percorsi di sostegno intrapresi. Particolare attenzione è stata posta alla rilevazione precoce del disagio psichico in gravidanza e puerperio e del rischio di violenza accentuati dal periodo pandemico.
- g) La pandemia da COVID-19 ha avuto sulla **Salute mentale** un impatto notevole comportando un aumento delle riacutizzazioni psicotiche con conseguente ospedalizzazione, intossicazioni da sostanze, tentativi di suicidio e soprattutto autolesionismo in particolare in fasce di età molto giovani spesso minori. Si è dovuto ricoverare in SPDC molti soggetti tra i 16 e 18 anni per i quali non esiste un adeguato numero di possibilità di accesso nei reparti specializzati. Le sindromi presentate dai pazienti sono state caratterizzate da gravi stati di agitazione psicotica spesso sostenute da sostanze e/o alcool. Frequentissimi i disturbi di personalità gravi con scompenso comportamentale, le forme neuropsichiatriche (stati confusionali acuti) e le forme psicorganiche (patologie respiratorie, metaboliche, cardiache). I pazienti ricoverati in SPDC asintomatici o paucisintomatici Covid positivi sono stati 3. Sono state effettuate consulenze in Televisita a pazienti che si trovavano in albergo sanitario. E' aumentato notevolmente il numero delle criticità in ambito familiare nella gestione dei pazienti durante il lockdown in particolare per la convivenza 24h con i pazienti che non potevano frequentare i centri.
- h) Per la **Salute mentale infanzia adolescenza**, dopo un primo periodo di circa due mesi in cui si è drasticamente ridotta l'attività frontale come da disposizioni generali, l'attività clinica è ripresa e si è comunque sensibilmente modificata per l'impossibilità di mantenere i pre-esistenti contesti terapeutici e riabilitativi di gruppo, per l'adattamento dei setting terapeutico-riabilitativi secondario all'introduzione dei DPI (cosa particolarmente critica con pazienti in età evolutiva) e per la necessità di ricorrere ad attività in remoto mai prima attivate (colloqui, visite, riunioni, convocazioni istituzionali). Già nell'ultimo trimestre 2020 si è registrato un incremento molto marcato degli accessi al servizio di utenti con patologie gravi sia sul piano psichico (come testimoniato a livello nazionale dai media) sia per quanto riguarda i disturbi del neurosviluppo.
- i) L'emergenza sanitaria correlata alla pandemia non ha determinato significativi cambiamenti nell'apertura del **SerD**, ma una riorganizzazione delle attività e della sala d'attesa, con inizio dell'utilizzo dello strumento della telemedicina/teleconsulto. E' stata effettuata in remoto anche l'attività del gruppo di sostegno per i genitori così come tutte le attività di formazione e le riunioni di reparto. Particolarmente utile lo strumento del teleconsulto è risultato per le verifiche dei trattamenti in comunità terapeutica.

L'integrazione pubblico-privato ha permesso di applicare le stesse procedure in tutte le strutture, favorirne il monitoraggio, rendere fruibili strumenti di screening, diagnosi e trattamenti. Nel periodo febbraio-maggio 2020 si è osservata una riduzione di nuovi accessi (-27%), riduzione di visite mediche e prestazioni psicologiche in presenza, a fronte di un aumento di prestazioni in remoto (+287%). Nel complesso sono rimasti stabili gli utenti in carico, con un lieve aumento delle persone dipendenti da sostanze, riduzione delle persone affette da disturbo da gioco d'azzardo e mantenimento di coloro che ricevono.

- j) Massima attenzione è stata dedicata durante l'emergenza covid agli ospiti delle strutture sociosanitarie (persone anziane o con disabilità): un monitoraggio continuo per l'adozione delle necessarie strategie di tutela.

3. Specificità della Rete Territoriale

La rete delle Farmacie dei Servizi

L'emergenza pandemica ha evidenziato la necessità di coinvolgere nel sistema la "Farmacia" ampliandone la portata a "Farmacia dei Servizi": Le farmacie, attraverso la distribuzione capillare sul territorio e la professionalità che esprimono, svolgono una funzione di grande rilevanza per l'interfaccia del cittadino con il SSN, non solo nell'ambito della dispensazione e consegna dei farmaci, con le connesse attività di informazione sul corretto uso e conservazione del farmaco, ma anche e, sempre più in prospettiva, in ragione dell'erogazione - direttamente o in collaborazione con altri professionisti - di servizi e prestazioni.

La farmacia deve pertanto trovare spazi nell'organizzazione sanitaria, il farmacista non è più soltanto il professionista abilitato alla dispensazione dei medicinali, ma diviene parte integrante di una più completa ed efficiente rete di assistenza volta a far fronte alle attuali esigenze di salute dei cittadini nella prospettiva di un'ottimizzazione delle risorse e della qualificazione dei livelli assistenziali. Tra i nuovi compiti e funzioni assistenziali attribuiti alla "farmacie dei servizi", nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio sanitari regionali, figura la loro partecipazione al servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) a supporto delle attività del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di famiglia (PDF).

Nella nuova concezione, la "farmacia dei servizi" realizza il paradigma della "sanità di iniziativa" dove la promozione delle cure (medicina di iniziativa) trova rispondenza nei comportamenti individuali (prendersi cura).

4. Struttura della Cittadella della Salute

4.1. Contesto

Lo sviluppo della Cittadella della Salute è prevista nell'area dei padiglioni che costituiscono il vecchio Ospedale di Livorno con un articolato intervento di ristrutturazione degli edifici che tende da una parte a recuperare, valorizzandolo, un patrimonio storico e di appartenenza della città, dall'altro a dotare la cittadinanza di servizi moderni e adatti alle attuali esigenze in termini di qualità relativamente la formazione e le risorse digitali, strutturali, strumentali, tecnologiche. La contiguità della Cittadella al Nuovo Ospedale, situazione non frequente

nell'ambito della conversione dei vecchi ospedali, costituisce un importante punto di forza in quanto facilita la continuità assistenziale sia per il cittadino che per gli Operatori. La contiguità o comunque la vicinanza fisica favorirà l'unitarietà e l'integrazione degli interventi. Il cittadino infatti potrà muoversi all'interno della Cittadella e da/verso l'ospedale attraverso percorsi ben delineati. Gli Operatori dei vari Servizi, Ospedalieri e Territoriali, potranno altresì con facilità trovare momenti di incontro e di condivisione.

La Cittadella della Salute comprenderà al suo interno Servizi sanitari, Servizi Socio-Sanitari, Servizi e Attività Sociali ed educative, Attività di Formazione. Il nuovo complesso agirà quindi come un punto di riferimento e un agente di cambiamento, favorendo un rapporto tra l'ospedale, la sanità territoriale e la sua comunità.

Il contesto inoltre permette di inserire le attività sanitarie in un ambiente in cui lasciare ampio spazio alle aree "verdi" con indubbi effetti positivi sul benessere di cittadini ed operatori nonché sull'ecosistema urbano.

L'intervento di riqualificazione dell'Area inoltre consentirà lo spostamento di alcune attività sanitarie da edifici al momento decentrati dove potranno essere invece concentrate alcune attività amministrative generali non di diretto accesso del cittadino.

4.2. La Vision

La vision che ispira la progettualità della Cittadella della Salute ha alla base il principio di migliorare l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone con uno spostamento del baricentro dall'Ospedale al Territorio, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica.

In particolare la strategia comprende:

- il rafforzamento dei percorsi relativi la prevenzione con un approccio One Health, di salute circolare e l'assistenza sul territorio nel suo complesso;
- il rafforzamento dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali;
- la continuità Ospedale/Territorio con privilegio dell'abitazione come luogo di cura
- l'equità di accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni;
- la transizione dai percorsi verticali orientati al singolo paziente e alla cura della specifica patologia (PDTA) a reti integrate di cure primarie orientate alla salute delle comunità nella loro situazione epidemiologica, e della persona, nell'insieme della sua condizione di salute
- la strutturazione di edifici e organizzazioni capaci di essere resilienti, con capacità pertanto del sistema di modificare temporaneamente il proprio funzionamento a fronte di un evento rilevante e imprevisto.
- l'approccio intersettoriale dalla persona al "macrosistema salute", che tenga conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire l'appropriatezza della prevenzione, della diagnosi e della cura
- la promozione della ricerca scientifica anche in ambito territoriale e in un'ottica di medicina di genere

4.2.1. L'ambiente e la cura

Un più universale accesso alle prestazioni e alle cure si declina in una serie di requisiti e indicatori dei sistemi sanitari, definiti dalle diverse Istituzioni, che si traducono in criteri di

localizzazione, dimensionamento, organizzazione funzionale e spaziale, tecnologie e disponibilità di attrezzature, da utilizzare nella progettazione delle strutture che devono altresì tenere conto anche delle dinamiche evolutive.

Essi rappresentano la cerniera tra le persone che chiedono cura e assistenza e i Servizi che erogano le prestazioni necessarie. L'architettura delle strutture sanitarie razionalista del secolo scorso ha privilegiato gli aspetti tecnici e funzionali, l'evoluzione della riflessione ha condotto a tenere conto anche di altri aspetti parimenti importanti.

Il rapporto che il bello ha con lo stare bene e la salute, che la neurobiologia indaga, è da tempo noto all'architettura delle strutture sanitarie. Il design delle caratteristiche spaziali-funzionali e psico-sensoriali dell'ambiente espande quindi i confini della cura della salute.

Un edificio, infatti, che non consente alle persone che lo utilizzano di raggiungere, per esempio, determinati livelli di privacy o non rende leggibile la modalità di fruizione di uno spazio o l'utilizzo di una attrezzatura, altera i livelli di stress nelle persone generando reazioni emotive negative quali ansia, depressione, frustrazione.

In quest'ottica i dieci principi che Renzo Piano propose nel 2001, assicurare la cura, sviluppare una cultura della salute, lavorare in rete, garantire l'efficacia della cura e l'umanità per chi è assistito e chi assiste, che sono stati declinati al capitolo 4.1 della relazione sanitaria sul Nuovo Ospedale, sono da riproporre anche nella progettazione della Cittadella della Salute, in quanto la visione che propongono suona oggi quanto mai attuale anche per questo contesto. Parimenti si intendono estesi alla Cittadella anche i concetti del design per l'infection control esposti sempre nel citato capitolo. L'equità della prevenzione e delle cure passa inoltre anche attraverso ambienti pensati secondo i principi del "Design for all" e delle "Indicazioni per l'allestimento di spazi per i percorsi sanitari delle persone con disabilità" della Regione Toscana (ARS, pubblicazione n. 108), per consentire l'accesso alle persone con disabilità fisico motoria, sensoriale e intellettiva.

4.2.2. Tecnologia e Informatica? Perché sì

La tecnologia è progredita rapidamente negli ultimi anni e sta continuando a farlo, con cambiamenti associati in più aree, tra cui anche quelle di interazione e integrazione tra ospedale e territorio.

Stiamo assistendo ad un maggior uso della telemedicina e dei sistemi di robotica, con un miglioramento della gestione pre-ospedaliera e post-ospedaliera del paziente e nelle fasi di assistenza a fine vita.

Questo richiederà una gestione ambulatoriale e domiciliare notevolmente sviluppate per consentire la diagnosi e la gestione di molte condizioni senza necessità di ricovero ospedaliero che sarà invece riservato quasi esclusivamente ai pazienti con malattia acuta grave. Il paziente non acuto sarà in grado di effettuare consulenze specialistiche, essere monitorato, completare i controlli di follow-up regolari con un infermiere e/o un medico tramite videochiamata e di discutere eventuali problemi o preoccupazioni.

L'esperienza dell'Isola di Capraia sulla telemedicina, che ha coinvolto le figure sanitarie presenti sull'Isola, rappresenta un esempio dell'utilità del sistema nei processi sanitari e assistenziali da estendere anche ai modelli assistenziali della sanità penitenziaria particolarmente rappresentati sul territorio provinciale.

Un modello digitale dell'ADI sarà in grado di rendere fruibile la telemedicina e la connected care, sia per monitorare i pazienti a distanza e favorire l'assistenza continuativa a domicilio sia per alimentare un data set di informazioni utili per la programmazione dove le funzioni educative e assistenziali dell'infermiere rappresentano un valido elemento di competenza.

Questo sistema di follow-up ridurrà il numero di appuntamenti ambulatoriali presi dopo la dimissione e diminuirà i tassi di riammissione.

Le risorse del PNRR, misura M6C2 (Innovazione ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale) rivolte prevalentemente all'ospedale, potranno essere intercettate e sfruttate in due direzioni:

-Investimento 1.1 (Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero): integrazione dei sistemi informativi dell'ospedale e del territorio per supportare la continuità assistenziale, documentale e diagnostico-terapeutica (telemedicina)

-Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione: sperimentazione integrazione dei sistemi gestionali territoriali sempre in integrazione con gli ospedalieri

4.2.3. I Setting

La dislocazione dei setting è strutturata secondo un grading di complessità decrescente nella collocazione tra l'ospedale e le strutture di assistenza diurna/domiciliare, per consentire continuità assistenziale e facilità di connessioni tra professionisti, fino agli ambulatori specialistici e alla medicina territoriale "di quartiere" (medicina generale, infermieristica di famiglia, consultorio, ecc.)

In quest'ottica una collocazione strategica dovrà essere attribuita all' "Agenzia di Continuità Ospedale Territorio", ipotizzata al pad 8 che si configura come una struttura "ponte", una "cerniera" tra l'ospedale e il Territorio, stante il ruolo fondamentale che l'ACOT dovrà assumere nel processo di integrazione H/T. Per i letti di Cure Intermedie, considerando lo standard di 0,4/1000 abitanti si prevedono complessivamente per la Zona 70 pl come indicato nel paragrafo 4.2.1 della Relazione sanitaria sul Nuovo Ospedale, di cui circa metà collocate sempre all'interno dell'8° padiglione.

La **Cittadella della Salute** comprenderà:

- A. la Casa della Salute, già programmata al padiglione 24 e rimodulata come specificato nel punto 4.6
- B. le cure di transizione, articolate sia come residenzialità che come domiciliarità, in stretta connessione tra di loro e con le degenze intermedie a più alta intensità collocate all'8° padiglione
 - I. RSA moduli specialistici
 - II. Hospice
 - III. Team dell'ADI
 - IV. Team dell'ADI delle Cure Palliative
- C. gli Ambulatori specialistici non legati alla cronicità e l'ambulatorio Ferite Difficili
- D. la Medicina sportiva
- E. la Riabilitazione Funzionale ambulatoriale

- F. l'UF Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (prevedendo il trasferimento oltre che delle attività attualmente erogate in Ospedale, anche di quelle erogate presso il CSS Nord)
- G. gli Ambulatori della Libera Professione
- H. le attività del Dipartimento di Prevenzione
- I. la Formazione comprendente anche spazi per il Polo Universitario per la Laurea in Infermieristica e per la Simulazione
- J. la struttura direzionale Zona Distretto

Inoltre in una visione di luogo attento alle esigenze dei familiari e degli operatori nonché aperto alla città la Cittadella avrà al suo interno:

- un Asilo Nido per le famiglie dei dipendenti e del quartiere
- un centro fitness per i dipendenti
- una Foresteria per l'accoglienza di:
 - pazienti e/o familiari residenti fuori zona
 - professionisti impegnati in servizi fuori sede

4.3. Dimensionamento

La Zona di Livorno presenta uno dei più alti tassi di mortalità regionale per tumore.

Nell'Azienda USL Nordovest, il cui territorio ha una popolazione di circa 1.250.000 abitanti, nel triennio 2013-2015 il Tasso di Mortalità per Tumori Standardizzato per età x 100.000 abitanti è stato di 291,26. Pertanto il bacino potenziale aziendale di cure palliative per gli oncologici è di circa 4300 pazienti/anno. Il fabbisogno stimato di posti letto hospice è di 1 su 56 persone decedute per patologia oncologica. Non si tiene ancora conto del fabbisogno per pazienti end stage non oncologici, i quali rappresentano ad oggi già un terzo dei ricoveri.

Nel territorio della nostra azienda vi è, dai flussi regionali, una stima di 4347 decessi per tumore, il fabbisogno previsto è di 78 posti letto. Per la ex ASL6 1169 decessi stimati con un fabbisogno di 21 pl, 9 in più di quelli attuali, tenendo conto per il momento solo della patologia oncologica e quindi sicuramente non adeguati per tutto l'effettivo fabbisogno, che deve tener conto anche dell'evoluzione concettuale delle cure palliative sia come supporto al paziente non ancora nella fase del fine vita, sia nella presa in carico per tempi di degenza maggiori rispetto allo standard in situazioni particolari (sociali, clinico/assistenziali...)

Si ipotizzano pertanto n.18 posti letto di cui 2 articolati in ambienti adatti per ospitare nuclei familiari in un tempo più prolungato, oltre ad un'area dedicata al day hospice.

Per far fronte alle esigenze della popolazione non autosufficiente si prevede l'attivazione moduli specialistici quali il "modulo motorio" ed il "modulo cognitivo" di 10 pl ciascuno.

Per gli ambulatori di pertinenza ospedaliera un'ipotesi numerica è stata effettuata al punto 4.2.5 della Relazione sanitaria sul Nuovo Ospedale. A questi vanno aggiunti gli ambulatori della Libera Professione Intramoenia e quelli dei diversi setting che saranno trasferiti dal Territorio.

Di seguito una tabella di sintesi con il dimensionamento delle attività previste di cui al punto 4.2.3. (esclusi quelli del punto A relativi la Casa della Salute):

Ambiti di attività	Dimensionamento	Note
RSA specialistici e per Alzheimer + 10 p.l. moduli e attività + 10 p.l. giardino	Posti letto 20 (10 p.l. modulo motorio + 10 pl modulo cognitivo) + At�elier Alzheimer e Caff� Alzheimer con giardino sensoriale	La collocazione delle zone dedicate all'Alzheimer devono essere collocate al piano terra
Hospice	Posti letto 16 + 2 monocali per nuclei familiari + 1 ambulatorio di day hospice	Spazio verde, spazi comuni e stanza spiritualit� a disposizione pazienti e familiari
Team dell'ADI	2 ambulatori + 1 open space per front office e segreteria organizzativa per 4 postazioni di lavoro + spazi dedicato alle attivit� dei 5 team infermieristici	Gli spazi dedicati ai team devono prevedere postazioni multiple per inserimento dei dati e valutazione dei casi, oltre ad arredi per il materiale e le attrezzature per le attivit� domiciliari
Team dell'ADI delle Cure Palliative	2 grandi ambienti * + 1 stanza per volontariato	*1 open space per pi� postazioni come base logistico/operativa e 1 ampia stanza per riunioni di team
Ambulatori specialistici	40 ambulatori	Ambulatori di livello 1
Ambulatori specialistici della Libera Professione	20 ambulatori	Ambulatori di livello 1 da collocare in una area ad hoc
Medicina sportiva	circa mq 400	
Riabilitazione Funzionale ambulatoriale	circa mq 1100	Collocazione al piano terra
UF Salute Infantile e Adolescenza Mentale e	27 ambulatori: 17 per trattamento riabilitativo individuale (18 mq), 3 per attivit� di psicomotricit� (20mq), 4 per visite neuropsichiatriche (17 mq), 3 per visite neurologiche (18 mq) + 8 stanze per consulenze sociali e psicologiche (17 mq), palestra per fisioterapia di gruppo (30 mq) + 1 stanza multisensoriale (16 mq) + 1 ambiente per osservazione con specchio unidirezionale + 2 stanze gruppi (di 20 mq)	Collocazione al piano terra per la maggior parte delle attivit�. I locali hanno ampiezza differenziata in base alle varie attivit� previste: logopedia, fisioterapia, valutazioni neuropsichiatriche, psicologiche, attivit� di gruppo, ecc... Parte dei servizi igienici adatti a bambini piccoli. 2 sale d'attesa differenziate (totale 35-40 posti)
Attivit� Dipartimento Prevenzione del di	circa 3000 mq	Locali tra ambulatori e uffici (da specificare)
Formazione	circa 1000 mq	La maggior parte dei locali

	devono essere idonei ad attività didattica
Struttura direzionale Zona Distretto	15 uffici + 1 sala riunioni

N.B. Non sono stati inseriti i locali necessari comuni previsti dai requisiti d'esercizio (accoglienza, servizi igienici, depositi, archivi, etc) se non in caso di specifiche particolari.

4.4. Le caratteristiche dei setting

4.4.1 Caratteristiche comuni

Le caratteristiche comuni dei setting sono ricavabili da quanto espresso nel capitolo 4.2 sulla Vision e nel punto 1.3.4 sull'esperienza COVID; dovranno inoltre essere rispondenti a tutto quanto previsto dalle vigenti normative in materia di accreditamento e requisiti di esercizio di funzionamento.

Si sottolinea inoltre la necessità di considerare la componente della disabilità individuali e le sue interazioni con l'ambiente e le strutture anche negli aspetti architettonici e strutturali degli edifici come uno dei fattori per facilitare l'accesso ai Servizi sanitari e la loro fruizione affinché la disabilità non sia un fattore ostativo del ricorso ai Servizi sanitari e di conseguenza un fattore di disuguaglianza dello stato di salute di questa popolazione. La configurazione del layout interno dei locali dovrà consentire di disporre di un adeguato spazio, privo di ostacoli alla deambulazione e tale da agevolare il libero passaggio e le manovre di operatori con attrezzature su ruote e di utenti con ausili alla deambulazione. Nella scelta delle porte si deve considerare il sistema di apertura e il relativo ingombro. Da considerare questo aspetto anche nella scelta degli arredi e delle attrezzature; da privilegiare le dotazioni che consentano un elevato grado di flessibilità e personalizzazione soprattutto in relazione alla possibilità di regolazione (altezza, inclinazione, posizione reciproca, etc.). Il miglioramento dell'esperienza vissuta dal soggetto nel momento in cui li utilizza, ad esempio attraverso lo sviluppo dell' "Evidence Based Design" (EBD), può ottenere risultati più soddisfacenti e promuovere la funzione "curativa" degli ambienti sanitari. La valutazione andrà fatta considerando il carattere multidimensionale della disabilità, analizzando quindi il complesso degli ostacoli che si possono presentare nella definizione dei percorsi sia per quanto riguarda l'ambiente fisico, le sensazioni e le percezioni delle persone con disabilità.

Richieste	
4.4.1.a	completa fruibilità dello spazio, in condizioni ergonomiche adeguate, da parte di utenti in qualsiasi condizione fisica e/o cognitiva
4.4.1.b	immediata identificabilità dei diversi ambienti e delle loro funzioni, favorita anche dall'utilizzo di arredi e di elementi di segnaletica di tipo esplicito, dinamico ed interattivo (cartelli) e implicito (es. colori, tipologia di finitura delle pavimentazioni e/o delle pareti, elementi di illuminazione, etc.)
4.4.1.c	configurazione friendly environment
4.4.1.d	ambiente digitale in tutti i contesti

4.4.1.e	layout fisico che consenta di garantire diffusione delle persone e adeguato distanziamento tra le stesse
4.4.1.f	utilizzo di sistemi che aiutano a innalzare le misure di biosicurezza
4.4.1.g	soluzioni che sviluppino elementi di flessibilità
4.4.1.h	presenza di zone dedicata alle operazioni di igiene delle mani
4.4.1.i	il 40 % degli ambienti ad uso ufficio collocati nelle aree di degenza o ambulatoriali deve avere predisposizione impiantistica tale da poter essere trasformati in caso di necessità in ambulatori
4.4.1.l	differenziazione dei percorsi anche all'interno dello stesso setting assistenziale (es. differenziare l'accesso di utenti della fascia età infantile da quella adolescenziale per UFSMIA)
4.4.1.m	Dotazione dei setting anche di alcuni spazi più ampi adatti per attività di gruppo per utenti, incontri di equipe, attività didattica/formativa interna
4.4.1.n	Da prevedere ai varchi di ingresso della Cittadella postazioni strutturate di check-point

4.4.2 Caratteristiche specifiche

Le caratteristiche specifiche dei diversi setting (Hospice, Moduli RSA, Servizi per l'Alzheimer, etc) sono declinate nelle relative indicazioni nazionali e regionali.

Di seguito le caratteristiche delle diverse Aree presenti nei setting.

Area di attesa

La qualità dell'attesa per l'erogazione di un servizio influenza significativamente la percezione complessiva della qualità del servizio stesso. In sintonia con quanto già riportato nella relazione sul Nuovo Ospedale, si deve però uscire da una logica tradizionale di sala d'attesa ripensando questa area come un insieme di differenti microhabitat, collocati nei vari contesti, capaci di assecondare le persone nelle loro diverse necessità, siano queste di tipo fisico, psicologico o emotivo nonché occasione di comunicazione e promozione della salute.

Sono da individuare zone riconducibili a

- "spazi di sosta", spazi cioè di rapida transizione collocati, ad esempio, in prossimità degli accessi alla struttura, degli snodi, del connettivo orizzontale e verticale e nelle vicinanze delle aree di accoglienza/accettazione
- "spazi di attesa" propriamente detti, destinati invece alla permanenza temporanea, collocati nelle vicinanze di un'area ambulatoriale o di degenza, tenendo presente che il nuovo modello organizzativo è articolato prevalentemente con accessi programmati o comunque "preselezionati" nell'area precedente in modo da ridurre il tempo dell'attesa a quello strettamente necessario.

Nel dimensionamento e nella configurazione degli spazi di attesa occorrerà tener conto dell'area funzionale in cui essi sono inseriti (degenza, ambulatori, etc.), della tipologia dei

Servizi, del tempo di occupazione, dei flussi e delle caratteristiche dell'utenza (numero, età, caratteristiche psico-fisiche e socio-culturali, presenza di accompagnatori) con suddivisione dell'ambiente in nuclei flessibili. La disposizione delle sedute deve garantire al paziente/utente di osservare con immediatezza gli eventuali sistemi di chiamata a monitor e di visionare la postazione del personale in quanto elementi di rassicurazione per le persone. Per le sedute occorrerà anche tenere in considerazione le loro caratteristiche ergonomiche e di regolabilità in relazione alle varie tipologie di utenti.

Richieste	
4.4.2.a	Per consentire ai cittadini la scelta di una collocazione idonea in base alle proprie esigenze di riservatezza o di socializzazione articolazioni planimetriche e organizzative degli spazi con un elevato grado di flessibilità. Da prevedere zone con sedute isolate o divise in piccoli gruppi, in modo da permettere all'utente di decidere il grado di interazione sociale preferito
4.4.2.b	Utilizzo delle "soft qualities" e presenza di elementi con potenzialità ristorative per incidere positivamente sulla percezione del tempo e sulle dinamiche relazionali emozionali e sensoriali

Area di Accoglienza/Acettazione

Nell'ambito dello spazio di accoglienza/acettazione si considerano sia le zone dedicate allo svolgimento delle attività in front-office e di relazione con il pubblico che le zone di lavoro del personale strettamente legate alle attività in cui i cittadini si relazionano nella fase iniziale del loro percorso assistenziale.

Lo spazio è generalmente costituito da un lato pubblico e uno privato, riservato agli Operatori, che devono poter usufruire anche di una zona non direttamente aperta al pubblico che permette le relazioni spaziali e funzionali con gli accessi, i connettivi verticali e orizzontali e con le zone di attesa.

Richieste	
4.4.3.a	Soluzioni che pur privilegiando gli open space garantiscono privacy acustica

Area degli Ambulatori

L'area operativa ambulatoriale è costituita dall'insieme di spazi, raggruppati in aree omogenee, che rispondono alla funzione di accogliere l'attività clinica finalizzata alle procedure di diagnosi, alla definizione del programma terapeutico, al monitoraggio dell'evoluzione clinica della malattia; svolge anche attività didattica e tutoriale, oltre ad attività di tipo formativo interno finalizzate all'aggiornamento professionale.

Gli ambulatori sono generalmente utilizzati da personale con differenti ruoli che lavora anche contemporaneamente all'interno dello stesso spazio. Inoltre, il paziente è solitamente

accompagnato dal familiare che, in alcuni contesti specifici o per tipologie specifiche di persone, rimane all'interno dello spazio durante il colloquio, la visita e/o il trattamento. Altre prestazioni di consulenza sono rivolte simultaneamente a più persone (es. coppie). Di questo se ne dovrà tenere conto nella morfologia dell'ambulatorio che come standard dovrà avere un dimensionamento adeguato per poter garantire la presenza contemporanea di due utenti in sicurezza e senza ostacolare l'operatività del personale.

La distribuzione degli spazi interna così come le dimensioni variano a seconda della tipologia di attrezzature necessarie alla visita così come possono essere richieste condizioni di illuminazione particolari che consentano di oscurare totalmente l'ambiente o di maggiore isolamento acustico.

Richieste	
4.4.4.a	Modulazione delle caratteristiche degli ambulatori in base alla loro tipologia. Tenere conto del diverso modo di utilizzare e percepire lo spazio da parte dei bambini. Le dimensioni dello spazio, la tipologia di arredi e di attrezzature, la tipologia delle finiture e gli elementi ristorativi per la distrazione devono essere a misura di bambino nelle aree in cui costituiscono la popolazione target prevalente (es UFSMIA), ma da considerare, anche se in modo più limitato, negli altri contesti.
4.4.4.b	Soluzioni interne ed esterne che garantiscono privacy visiva e acustica
4.4.4.c	Per tutelare la riservatezza della persona dispositivi per comunicare all'esterno il temporaneo divieto di accesso all'ambulatorio. Nella scelta del dispositivo si devono considerare caratteristiche riferite alla riconoscibilità, alla capacità comunicativa e alla facilità di attivazione da parte del personale.
4.4.4.d	È necessario prevedere spazi per le funzioni di telemedicina: teleconsulto e telediagnosi per il network territoriale e per situazioni assistenziali gestite a domicilio o con difficile accesso ospedaliero (isole, carceri)
4.4.4.e	Locali per specchio unidirezionale per la complessità delle osservazione e per le attività di supervisione e formazione nel setting SMIA.
4.4.4.f	See and Teach infermieristico quale metodologia educativa nell'utilizzo corretto dei device
4.4.4.g	Presenza di Ambulatori infermieristici ferite difficili e stomie (n. 3 ambulatori)
4.4.4.h	Presenza di ambulatori odontoiatrici (n. 3 ambulatori), chirurgia ambulatoriale (n. 2 ambulatori), medicina traslazionale (n. 2 ambienti per studi dedicati alla ricerca)

Area delle degenze/residenzialità territoriali

Nell'area delle degenze territoriali:

- sfruttare le similitudini delle cure di transizione, per livello di complessità, per categorie diverse di pazienti, per poter utilizzare la consulenza degli specialisti medici, spesso a comune, e per rendere flessibili questi moduli, tutti ispirati ad un modello di “casa”
- umanizzare gli ambienti con il modello “casa”, declinato con specificità per ciascuna tipologia di ospite, per avvicinare il paziente quanto più possibile all’ambiente domestico quando vi deve tornare o per allontanarlo il meno possibile quando invece non vi tornerà più. Si esce quindi dalla logica della degenza tout court e si disegnano spazi comuni per pazienti e familiari

Richieste	
4.4.5.a	Attivazione di un'area di transional care dedicata all'educazione nella fase di dimissione dell'utente/famiglia/ care giver
4.4.5.b	Sono privilegiate soluzioni che forniscono illuminazione flessibile al numero di letti presenti, dinamica durante la giornata e modulata in base alle esigenze
4.4.5.c	Ambiente che consenta al paziente e ai suoi familiari relazioni simili a quelle dell'ambiente familiare;
4.4.5.d	nell’hospice prevedere 2 soluzioni di monolocali per accogliere nuclei familiari per degenze prolungate

5. Il Padiglione 24: da Centro Socio Sanitario a Casa della Salute nel contesto della Cittadella della Salute

La visione complessiva della progettualità relativa alla Cittadella della Salute ha determinato una rivisitazione del progetto iniziale previsto per il padiglione 24 per caratterizzarlo in modo più completo come Casa della Salute e in stretto raccordo con gli altri servizi presenti all’interno della Cittadella. In quest’ottica, pur non rientrando quindi nella specifica progettazione della Cittadella ora richiesta, si è ritenuto comunque opportuno richiamarlo per una visione complessiva. La Casa della Salute che si viene a configurare è una Casa della Comunità vista come un punto di riferimento e di accoglienza per la popolazione in grado di orientare ai servizi di assistenza primaria sanitaria, socio-sanitaria e sociale i cittadini e come strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare quelli per la cronicità. Tale struttura avrà il ruolo di Hub per le altre Case della Salute che saranno sviluppate sul Territorio in una rete in cui, al di là dei semplici requisiti strutturali, sono riconosciuti elementi qualificanti e caratterizzanti, i requisiti di processo, quindi le progettualità elaborate contenenti obiettivi, attività e percorsi di orientamento e assistenziali, definiti dai team che vi operano. Le parole chiave saranno multiprofessionalità, interdisciplinarietà e integrazione.

La Struttura quindi ospiterà al suo interno il Punto prelievi, il CUP, il Coordinamento AFA, Ambulatori per la Medicina Generale, per la Continuità Assistenziale, per la Specialistica della cronicità (cardiologia, neurologia, diabetologia, oculistica, pneumologia non invasiva, geriatria) e per l’Infermieristica di Famiglia e di Comunità; si prevede anche l’allocazione:

- del Consultorio Anziani Fragili con un taglio specificamente orientato alla prevenzione;
- degli Assistenti Sociali dell'Area Non Autosufficienza e Disabilità;
- del Punto Unico di Accesso alla Valutazione multidisciplinare dell'UVM e della UVMD;
- del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

Per dare spazio a queste ultime attività che qualificano la progettualità della Casa della Salute si prevede l'allocazione degli ambulatori della Libera Professione, inizialmente pensato in tale edificio, in un'altra struttura più consona della Cittadella della Salute.

Tra gli interventi rivolti alla cronicità si prevedono interventi educativi dedicati all'empowerment dell'utente nella gestione del proprio stato di salute, nel rispetto delle indicazioni regionali sul progetto IDEA.

In una visione ampia dell'assistenza rivolta alla Comunità, quindi, non concentrata esclusivamente sulla cronicità, ma all'intero corso dell'esistenza, all'interno della Casa della Salute si troverà il Consultorio principale "Centro" dedicato, secondo un approccio di medicina di genere, alla tutela della donna, del bambino, dei giovani, con il potenziamento delle diverse tipologie di attività già in essere in quel presidio e che troveranno ulteriore sviluppo con l'ambulatorio della fertilità consapevole e con l'ambulatorio per l'IVG farmacologica situati anch'essi all'interno della Struttura. Infatti va tenuto presente che il Consultorio Centro svolge anche molte attività rivolte non solo al bacino di riferimento (standard di riferimento 1 Consultorio/20.000 abitanti), ma a quello di tutta la Zona.

Abbreviazioni:

ACOT: Agenzia di Continuità Ospedale Territorio
AD: Assistenza Domiciliare
ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
AFA: Attività Fisica Adattata
CAV: Centri Anti Violenza
CD: Centro Diurno
CDCD: Centro Disturbi Cognitivi e Demenze
CdS: Casa della Salute
CI: Cure Intermedie
CIP: Centro Intermedio Polifunzionale
CSM: Centro di Salute Mentale
CSS: Centro Socio Sanitario
CT: Comunità Terapeutica
CUP: Centro Unico Prenotazione
DPI: Dispositivi Individuali di Protezione
EBD: Evidence Based Design
ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
FSE: Fondo Sociale Europeo
H/T: Ospedale/Territorio
IDEA: Incontri di educazione all'autogestione delle malattie croniche
IRCCS: Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
IVG: Interruzione Volontaria di Gravidanza
LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
MGF: Mutilazioni Genitali Femminili
MMG: Medici Medicina Generale
MST: Malattie Sessualmente Trasmesse
PAD: Padiglione
PAI: Piani di assistenza individualizzati
PI: Posti Letto
PDF: Pediatri di Famiglia
PDTA: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PDTAS: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Sociali
PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PO: Presidio Ospedaliero
PS: Pronto Soccorso
RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale
SerD: Servizio per le Dipendenze
SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
UF: Unità Funzionale
UFSMA: Unità Funzionale Salute Mentale Adulti
UFSMIA: Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

USCA: Unità Speciali Continuità Assistenziale
UVM: Unità di Valutazione Multidimensionale
UVMD: Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità
UVMi: Unità di Valutazione Minori
UEPE: Ufficio Esecuzione Penale Esterna
ZDL: Zona Distretto Livornese