

Prima attuazione del Piano Attuativo 2013

La Legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l'anno 2012) ha prorogato i piani e programmi regionali attuativi del programma regionale di sviluppo (PRS) 2006–2010 sino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal PRS 2011 – 2015. Risultano pertanto prorogati il Piano Sanitario Regionale il Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010 e il Piano Integrato Sociale Regionale 2007 – 2010.

In assenza dell'approvazione del Piano sanitario e sociale integrato regionale non è possibile approvare il Piano integrato di salute, che, come previsto dal punto 3 della lettera B della delibera G.R.T. 243 del 11 aprile 2011 deve essere approvato entro 4 mesi dall'approvazione del nuovo Piano Regionale.

Secondo quanto previsto dalla delibera di Giunta Regionale n°243 dell'11 aprile 2011 "Approvazione disposizioni operative per il funzionamento delle Società della Salute in Toscana. Modifica alla DGRT n° 1265 del 28 dicembre 2009", la Società della Salute di Firenze con delibera di Assemblea dei soci n°7 del 30/6/2011 ha quindi prorogato la validità del Piano integrato di salute 2008-2010.

In assenza della pubblicazione del nuovo Piano sociosanitario integrato regionale, la Società della Salute provvede all'aggiornamento del Piano integrato di salute (come previsto dal punto 6 dell'art.21 della L.40/2005 e smi) attraverso l'approvazione dei Piani operativi annuali.

1. Il quadro di riferimento per le risorse

Il trasferimento delle risorse dalla Regione ha risentito dei tagli effettuati a livello nazionale. Il Fondo nazionale per la non autosufficienza non è stato finanziato negli anni 2011 e 2012. Il Fondo Nazionale per le politiche sociali è stato sostanzialmente azzerato nel 2012. Già à nel 2011 il fondo per la non autosufficienza non era stato finanziato e la voce maggiore di finanziamento regionale per i servizi sociali, derivata dal Fondo nazionale per le politiche sociali, aveva visto attribuire meno di un quinto delle risorse che erano state attribuite nel 2007 e un terzo di quelle attribuite nel 2009. A questi tagli di trasferimento di risorse per il sociale ed il sociosanitario, per quanto riguarda i comuni, si è aggiunta anche la riduzione dei trasferimenti dallo Stato ed i vincoli del Patto di stabilità, che hanno avuto un effetto diretto anche sulle politiche sociali.

Per quanto riguarda i finanziamenti di livello nazionale per i servizi sociali e sociosanitari il 2013

si presenta come un anno che registra una prima inversione di tendenza rispetto ai due anni precedenti. La Legge di stabilità per il 2013 ha dunque rifinanziato in parte sia il Fondo Sociale Nazionale che il Fondo Nazionale della Non autosufficienza. La Conferenza delle Regioni ha dato il via libera al riparto dei 2 fondi per l'anno 2013, ma quest'ultima, in sede di Conferenza Unificata, ha sottolineato che tali risorse sono comunque insufficienti e dovranno essere utilizzate, per quanto riguarda il Fondo nazionale per le non autosufficienze, prioritariamente per le disabilità gravi, il sostegno e la cura domiciliare con una presa integrata sociosanitaria. Ancora non è valutabile la ricaduta a livello locale

del rifinanziamento del Fondo nazionale per le politiche. Per quanto riguarda il Fondo della non autosufficienza rimangono invece invariate le risorse trasferite, in quanto il rifinanziamento del Fondo nazionale ha reintegrato le risorse regionali che nei due anni precedenti avevano compensato il taglio nazionale.

2. Indicazioni regionali sulla riorganizzazione del servizio sanitario, con impatto sul sociosanitario

In assenza dell'approvazione del Piano sanitario e sociale integrato regionale, la Regione Toscana, anche a seguito del Decreto Legge 95/2012 (Spending review), per far fronte alla riduzione consistente di risorse in questo momento di crisi in cui però il bisogno sociosanitario della popolazione tende ad aumentare, ha individuato azione di riorganizzazione del servizio sanitario con le delibere di Giunta regionale n°754/2012 e 1235/2012 "B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale". Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo".

Le proposte hanno un grosso impatto sul sistema sanitario e socio sanitario della Regione Toscana. In particolare, per le aree di interesse del Piano attuativo, viene sottolineato il ruolo del territorio. "Il suddetto ruolo potrà esplicarsi in maniera efficace nell'ambito di un "distretto forte", in grado di trasmettere ai cittadini fiducia circa la qualità e la sicurezza dei servizi erogati nel territorio, dove sia assicurata la continuità ospedale - territorio e l'integrazione socio - sanitaria."

Per ridurre il ricorso improprio al ricovero ospedaliero la regione promuove lo sviluppo omogeneo di strutture di cure intermedie, anche attivando azioni di sistema in materia di residenzialità, volte a migliorare qualità e appropriatezza dei servizi offerti alla popolazione anziana non autosufficiente, favorendo la differenziazione dell'offerta e la creazione di modelli residenziali alternativi, anche attraverso l'intervento sulle RSA.

In sede di prima attuazione del Piano attuativo 2013 si fa espressamente riferimento ai punti 5. (Interventi sulle RSA e altre offerte alternative) e 6. (Potenziamento delle cure intermedie) dell'allegato B della DGRT 754/2012. Il punto 6 è stato anche ricondotto al Sub-obiettivo 1.6 (Sviluppo sistema delle cure intermedie come alternativa che consenta l'utilizzo corretto delle risorse) di cui all'allegato A) della DGRT 1235/2012. Inoltre la prima attuazione del Piano Attuativo 2013 recepisce anche quanto previsto dal Sub-obiettivo 1.2 (Riassetto dei presidi distrettuali attraverso la definizione di un "piano regolatore" aziendale) della DGRT 1235/2012 attraverso la proposta di riorganizzazione predisposta dall'Azienda USL di Firenze per la nostra zona.

La prima attuazione quindi conferma gli obiettivi previsti dal Piano Integrato di Salute 2008-2010, integrando lo stesso con i seguenti punti:

- Proposta di sperimentazione di tipologie innovative di residenzialità e sperimentazione del "Triage" (vedi successivo punto 4.1)
- Individuazione di ulteriori prestazioni per i Piani Assistenziali Personalizzati a disposizione della UVM (vedi successivo punto 4.2)
- Servizi innovativi: il progetto Home Care Premium – Inps, gestione ex Inpdap (vedi successivo punto 4.3)

- Riorganizzazione territoriale dei servizi aziendali (vedi successivo punto 4.4)

3. Azioni di attuazione del Piano Integrato di salute in continuità

3.1. La non autosufficienza

La SdS continua l'attività prevista dalla normativa regionale in relazione alla non autosufficienza. Nel 2012 i nuovi utenti valutati dalla UVM sono stati 1.676, con una media mensile di 140 nuovi valutati. I valutati con isogravità => 3 sono l'80%. Sono pertanto confermati gli obiettivi del Piano Integrato di Salute in materia

In questo ambito con la prima attuazione del Piano Attuativo si assegnano le risorse per le prestazioni relative agli interventi per il mantenimento delle persone al domicilio, così come previsto nell'allegato B). L'obiettivo è di operare una marcata diminuzione delle persone in lista di attesa per l'inserimento in Centro Diurno e per l'attivazione del contributo per l'assistente familiare. Si potenzia anche l'intervento nei confronti delle persone con demenza

In questo quadro si ritiene anche necessario l'attivazione di uno specifico percorso di integrazione di prestazioni sanitarie nell'assistenza domiciliare erogata dai servizi sociali del comune al fine di rafforzare l'appropriatezza delle prestazioni.

3.2. Il Fondo sociale

In Sede di prima attuazione del Piano attuativo si assegna la prima tranche di risorse finalizzate alle prestazioni ed agli interventi concordati con la Direzione Servizi Sociali del Comune di Firenze e finalizzati a garantire la continuità dei servizi nel quadro degli obiettivi del Piano Integrato di Salute in materia.

4. Azioni di modifica e integrazione del Piano Integrato di salute

4.1. Proposte di sperimentazioni

Nel quadro degli obiettivi di cui ai punti 5. (Interventi sulle RSA e altre offerte alternative) e 6. (Potenziamento delle cure intermedie) dell'allegato B della DGRT 754/2012 e al punto 6 di cui all'allegato A) della DGRT 1235/ la SdS ha approvato, dopo il periodo di sperimentazione effettuato in attuazione del progetto "Azioni di revisione della gestione del percorso anziani della SdS di Firenze" due deliberazioni.

In particolare con la Delibera n° 43 del 19 dicembre 2012 – si richiede alla Regione Toscana la sperimentazione di tipologie innovative di residenzialità e dell'attivazione di posti di cure intermedie.

Con la Delibera n° 44 del 19 dicembre 2012 si è proposta la sperimentazione del "Triage", cioè di una struttura riabilitativo-residenziale ad alta intensità assistenziale.

Per lo specifico dei progetti, che troveranno attuazione nel 2013, si rimanda alle citate deliberazioni, che vengono assunte come parte integrante del Piano Integrato di Salute.

In sede di prima attuazione del Piano Attuativo 2013 si prevede l'individuazione di risorse per l'attività del Triage, così come individuate nell'allegato B).

4.2. Individuazione di ulteriori prestazioni per i Piani Assistenziali Personalizzati a disposizione della UVM

L'evoluzione del bisogno segnala l'esigenza anche di un potenziamento della tipologia delle prestazioni a disposizione della UVM in relazione all'assistenza domiciliare.

In particolare una parte delle prestazioni di assistenza domiciliare (quella finalizzata peculiarmente all'assistenza diretta alla persona non autosufficiente) può essere considerata come una prestazione sanitaria di rilevanza sociale, ovvero come una prestazione nella quale la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per la quale quindi viene convenuta una ripartizione di costi tra il servizio sanitario e i Comuni.

Si individuano pertanto prestazioni sanitarie di rilevanza sociale l'assistenza domiciliare che si realizzi tramite interventi di assistenza diretta alla persona (assistenza tutelare) in favore di utenti non autosufficienti valutati dall'UVM con livello di isogravità superiore a 0 (zero) e il cui PAP indichi, nell'ambito delle prestazioni previste, il servizio di assistenza domiciliare finalizzato in tutto o in parte all'erogazione di interventi di assistenza diretta alla persona (assistenza tutelare). La ripartizione del carico economico sarà attuata come stabilito del DPCM 14 febbraio 2001 e dall'allegato 3 del PSR 2008-2010 in materia di integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare in favore di anziani non autosufficienti. A tale scopo sarà attivato uno specifico accordo promosso dalla SdS fra il Comune e l'Azienda Sanitaria di Firenze. Il Direttore della SdS è pertanto incaricato di dare attuazione a quanto previsto.

Si evidenzia inoltre la presenza di una fascia di utenti, prevalentemente collocati nelle prime fasce di isogravità, per i quali la permanenza a domicilio potrebbe essere facilitata dall'attivazione di servizi di Telesoccorso, Teleassistenza e Telecare. In questo ambito si ritiene di attivare l'erogazione di questi servizi per utenti non autosufficienti valutati dall'UVM con livello di isogravità superiore a 0 (zero), attraverso uno specifico atto convenzionale con il Comune di Firenze e l'Asp di Montedomini. Saranno anche individuate i criteri per la definizione dei PAP e definite le modalità economiche per l'attivazione del servizio. Il Direttore della SdS è pertanto incaricato di dare attuazione a quanto previsto.

4.3. Servizi innovativi: il progetto Home Care Premium – Inps, gestione ex Inpdap

La Società della Salute di Firenze ha aderito al progetto “Home Care Premium 2012: Progetti Innovativi e Sperimentali di Assistenza Domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti e fragili” (di seguito HCP 2012) promosso dall’INPS - Gestione Ex Inpdap”.

Il suddetto progetto HCP 2012, è disciplinato dall’INPS - Gestione ex INPDAP tramite un apposito regolamento di adesione, che ne specifica tutte le modalità di attivazione e di svolgimento.

Il progetto Home Care Premium 2012 prevede la possibilità di beneficiare di una serie di contributi e servizi per dipendenti e pensionati pubblici, i loro coniugi conviventi e i loro familiari di primo grado, residenti nel territorio della città di Firenze, valutati non autosufficienti secondo le procedure e le schede previste nel progetto Home Care Premium 2012 e/o accertati con handicap grave ai sensi della L.104/92.

Il progetto è articolato in "prestazioni socio assistenziali prevalenti" e "prestazioni socio assistenziali integrative": le prime sono a carico delle famiglie dei soggetti beneficiari, che usufruiranno di un contributo mensile dell’Inps fino ad un massimo di 1.200 euro; le seconde sono invece a cura dei servizi territoriali, a cui l’Inps riconoscerà per ogni soggetto assistito un contributo annuo variabile da 600 a 3.000 euro. Inoltre, l’Inps stanzierà un contributo aggiuntivo pari al 10 per cento dei contributi mensili erogati alle famiglie (il cosiddetto "premium", il cui utilizzo dovrà essere rendicontato alla fine del progetto).

Il progetto partirà ad aprile 2013 con la comunicazione alle famiglie potenzialmente interessate, che entro maggio dovranno essere selezionate, con un numero minimo di 50 I programmi socio-assistenziali partiranno quindi a giugno 2013, per concludersi a settembre 2014. Questi progetti sono diretti agli iscritti all’INPS Gestione Dipendenti Pubblici - pensionati della Pubblica Amministrazione - e ai loro familiari, in condizione di NON autosufficienza e vengono finanziati attraverso il Fondo Credito e attività sociali, alimentato dal prelievo obbligatorio dello 0,35% sulle retribuzioni del personale della Pubblica Amministrazione in servizio.

I progetti si rivolgono ai pensionati della Pubblica Amministrazione appartenenti alle categorie dei cosiddetti “Né/Né”), né troppo poveri per accedere ai servizi pubblici, né troppo abbienti per poter sostenere economicamente interventi privati di assistenza. L’intera iniziativa è soggetta a monitoraggio continuo per identificare le migliori esperienze maturate sul territorio di cui si propone il trasferimento anche ad altre realtà territoriali.

L’adesione al progetto ha comportato la sottoscrizione di un Accordo di Programma fra la SdS e l’Inps – gestione ex Inpdap. L’accordo ha permesso alla SdS di ricevere un contributo di € 200.000,00 finalizzato al rafforzamento del sistema gestionale. Con questo finanziamento si prevede l’apertura di uno Sportello di informazione e consulenza per la compilazione della domanda da parte del cittadino, che è rivolto all’utenza prevista e collabora con gli sportelli

sociali/punti insieme del progetto sulla non autosufficienza e il Punto Unico di accesso di Firenze.

Allo sportello opererà 1 operatore di carattere amministrativo: Saranno operativi anche assistenti sociali (presenza prevista in turnazione di 2 unità), che però opereranno essenzialmente ai domicili degli utenti.

Lo sportello sarà aperto al pubblico per 4 ore le mattine di lunedì, martedì, mercoledì, venerdì e sabato e per 4 ore il pomeriggio del giovedì.

Con l'adesione a questo progetto si potranno prendere in carico ulteriori utenti con un benefico per tutto il sistema oltre a sperimentare l'operatività di uno sportello sociale finalizzato alla non autosufficienza attivo per sei giorni la settimana.

4.4. Riorganizzazione territoriale dei servizi aziendali

La fotografia dell'attuale distribuzione dell'offerta dei servizi dell'Azienda Sanitaria di Firenze sul territorio di competenza rispecchia una situazione che certamente è in larga parte frutto di un'eredità storica consolidatasi nel tempo e che non sempre coincide con le soluzioni che si sarebbero potute realizzare a seguito di scelte integrate e coerenti, sia all'interno delle singole Zone, che tra le Zone stesse.

Una prima analisi effettuata attraverso la rilevazione dei servizi territoriali erogati dall'Azienda e del fabbisogno espresso dalla popolazione ha fatto emergere la necessità di una riflessione più attenta sull'attuale distribuzione dell'offerta sanitaria nonché l'opportunità di una rimodulazione della stessa in base alle caratteristiche del territorio e della popolazione residente.

La necessità di garantire la massima centralità ai cittadini all'interno dei percorsi sanitari e sociosanitari e, insieme, l'obiettivo di farlo al meglio anche a fronte di risorse limitate, fa nascere l'esigenza sempre più sentita di elaborare un modello - oggi teorico ma da ricondurre, con il tempo, nella realtà - che si basi su alcuni principi ispiratori fondanti:

- Equità di accesso per ogni Zona
- Appropriata delle prestazioni erogate
- Efficienza dei servizi
- Miglioramento continuo
- Sviluppo di nuove modalità di erogazione dei servizi
- Ampliamento della gamma dei servizi attualmente offerti dall'Azienda

Per questo, l'Azienda Sanitaria di Firenze sta elaborando uno studio finalizzato alla definizione di un modello di distribuzione dei servizi sul territorio con l'intenzione di rispondere al meglio alle esigenze della popolazione tenendo conto delle caratteristiche geografiche, demografiche e sanitarie di ogni singola Zona.

L'obiettivo è quello di garantire servizi appropriati sia rispetto alla densità di popolazione che insiste sul territorio considerato, sia rispetto all'estensione geografica dell'area interessata.

In questo modo l'offerta dei servizi dell'Azienda Sanitaria di Firenze sul territorio delle singole Zone sarà dimensionata in base a criteri omogenei adottati a seguito di un'attenta analisi del reale fabbisogno del territorio

Per ripensare ad una riorganizzazione del territorio è stato compiuto un lavoro in stretta sinergia con le Zone partendo dalla condivisione di un'analisi delle criticità e dei punti di forza più evidenti della situazione attuale.

Esiste notevole diversificazione dei servizi offerti nei vari ambiti territoriali dovuta non sempre a una differenziazione socio-culturale del territorio, ma ad approcci diversi che gli operatori utilizzano nel rapporto con gli utenti e questo comporta il rischio di dare risposte frammentarie, poco coordinate e integrate, non sistematiche.

Non sempre si sono sviluppati la cultura dei percorsi e del colloquio tra territorio e realtà ospedaliera e questo rende difficoltosa la presa in carico non garantendo la continuità assistenziale anche perché mancano spesso procedure uniche, trasversali e condivise.

L'eccessiva frammentazione in varie sedi comporta problemi di disomogeneità dell'offerta ed inoltre incide negativamente sui requisiti di sicurezza, di accreditamento, di accessibilità, di dotazione di personale e di strumentazione.

Deve essere assicurata una maggiore chiarezza dei modelli organizzativi, consentendo alle Zone di operare l'integrazione trasversale necessaria alla presa in carico e di garantire una programmazione secondo i bisogni.

Diventa quindi indispensabile per l'Azienda dare rilievo all'attività di programmazione, partendo dalla definizione dei livelli di assistenza che devono essere garantiti dai presidi territoriali e dai presidi ospedalieri, con l'obiettivo di caratterizzare in modo più definito sia gli uni che gli altri al fine di evitare le duplicazioni e di definire percorsi integrati fra ospedale e territorio.

Il modello elaborato cerca di rispondere in modo adeguato alle esigenze della popolazione del territorio in termini di equità d'accesso, appropriatezza dell'offerta, miglioramento dell'accessibilità, efficiente implementazione dell'offerta.

Per agevolare l'elaborazione del modello teorico di distribuzione dei servizi sono stati creati 3 griglie di lavoro che sono stati compilati e condivisi dai coordinatori sanitari delle varie zone per l'individuazione della dotazione di servizi ideale. Nella prima fase è stato eseguito la condivisione della distinzione dei servizi tra OSPEDALE e TERRITORIO, secondo la seguente griglia:

DOTAZIONE SERVIZI COMPLETA	TERRITORIO	OSPEDALE
PRELIEVI	X	X
ATTIVITA' INFERMIERISTICA AMB. E DOMIC.	X	
ATTIVITA' AUTORIZZATIVI E CERTIFICATIVI SANITARIA	X	
CONSULTORI		
OSTETRICO GINECOLOGICO	X	
PEDIATRICO/VACCINAZIONI	X	
IMMIGRATI	X	
ADOLESCENTI	X	
ASSISTENZA FARMACEUTICA INTEGRATIVA		X
RIABILITAZIONE	X	X
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		X
RADIOLOGIA TRADIZIONALE		X
ECOGRAFIA	X (in cons. ost-gin)	X
ATTIVITA' AMMINISTRATIVE	X	
PUA	X	
COMMISSIONE UVM	X	
SERT	X	
SMIA	X	
SMA	X	
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex GMT)	X	
POLIAMBULATORIO		
ODONTOIATRIA	X	
GERIATRIA	X	
ORTOPEDIA	X	X
CARDIOLOGIA	X	X
ECOCARDIOGRAFIA	X	X
ANGIOLOGIA	X	X
ORL	X	
AUDIOLOGIA	X	
OCULISTICA	X	
DERMATOLOGIA	X	
FISIATRIA	X	
NEUROLOGIA	X	
UROLOGIA	X	X
CHIRURGIA	X	X
ALLERGOLOGIA		X
DIETETICA	X	X
MEDICINA LEGALE	X	
MEDICINA SPORTIVA	X	

Dopo aver concordato tale divisione dei servizi è stato costruito un'ulteriore suddivisione dei servizi definendo le dotazioni di BASE, INTERMEDIA e COMPLETA secondo la seguente griglia:

TOTALE ATTIVITA' TERRITORIALE	DOTAZIONE BASE	DOTAZIONE MEDIA	DOTAZIONE COMPLETA
PRELIEVI	X	X	X
ATTIVITA' INFERMIERISTICA AMB. E DOMIC.	X	X	X
ATTIVITA' AUTORIZZATIVI E CONSULTORI:		X	X
OSTETRICO GINECOLOGICO		X	X
PEDIATRICO / VACCINAZIONI IMMIGRATI		X (PLS)	X (PLS)
ADOLESCENTI		X	X
ASSISTENZA FARMACEUTICA INTEGRATIVA			X
RIABILITAZIONE		X	X
ECOGRAFIA			X (in cons ost-gin)
ATTIVITA' AMMINISTRATIVE	X	X	X
PUA			X
COMMISSIONE UVM			X
SERT			X
SMIA			X
SMA			X
SOCIALE			X
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex GMT)		X	X
POLIAMBULATORIO:			
ODONTOIATRIA			X
GERIATRIA		X	X
ORTOPEDIA			X
CARDIOLOGIA		X	X
ANGIOLOGIA			X
ORL			X
AUDIOLOGIA			X
OCULISTICA		X	X
DERMATOLOGIA			X
FISIATRIA		X	X
NEUROLOGIA		X	X
UROLOGIA			X
CHIRURGIA			X
MEDICINA LEGALE			X
MEDICINA SPORTIVA			X

Come ultima fase di questa procedura di ripartizione sono stati individuati eventuali zone intercomunali con declinazione dei relativi criteri di distribuzione dei servizi.

I servizi sono stati divisi in tre dotazioni-tipo denominati 'base', 'intermedia' e 'completa'. Le dotazioni si differenziano per contenuti, complessità di risposta e tipo di tecnologia.

La dotazione 'base' comprende i servizi che sono stati considerati fondamentali, data la significativa richiesta da parte della popolazione.

I servizi definiti come dotazione 'intermedia' sono servizi essenziali in termini di salute con una complessità elevata. Quando si fa riferimento ad attività specialistica pensiamo ad attività di primo accesso ai servizi, che quindi possa concludersi o con una chiusura del percorso dell'utente o con un invio diretto al secondo livello ospedaliero.

La dotazione dei servizi 'completa' racchiude tutte le prestazioni che devono essere presenti al livello territoriale.

Dopo aver definito le 3 categorie delle dotazione dei servizi sono stati calcolati i criteri delle varie dotazioni.

Le seguenti dimensioni sono stati scelte come parametri di riferimento :

- Area e range di distanze;
- Residenti e densità di popolazione dei comuni e quartieri;

La logica di distribuzione dei servizi segue un modello a “scatole cinesi” dove la dotazione completa contiene per definizione tutti i servizi della dotazione intermedia e della dotazione base, così come il modello intermedio contiene tutti i servizi della dotazione base. Quindi se per una zona si definisce una dotazione teorica di 3 completi, 5 intermedi e 12 base si intende:

- 3 completi
- 2 intermedi (perché 3 saranno già ricompresi nei completi)
- 7 base (perché 5 saranno già ricompresi negli intermedi).

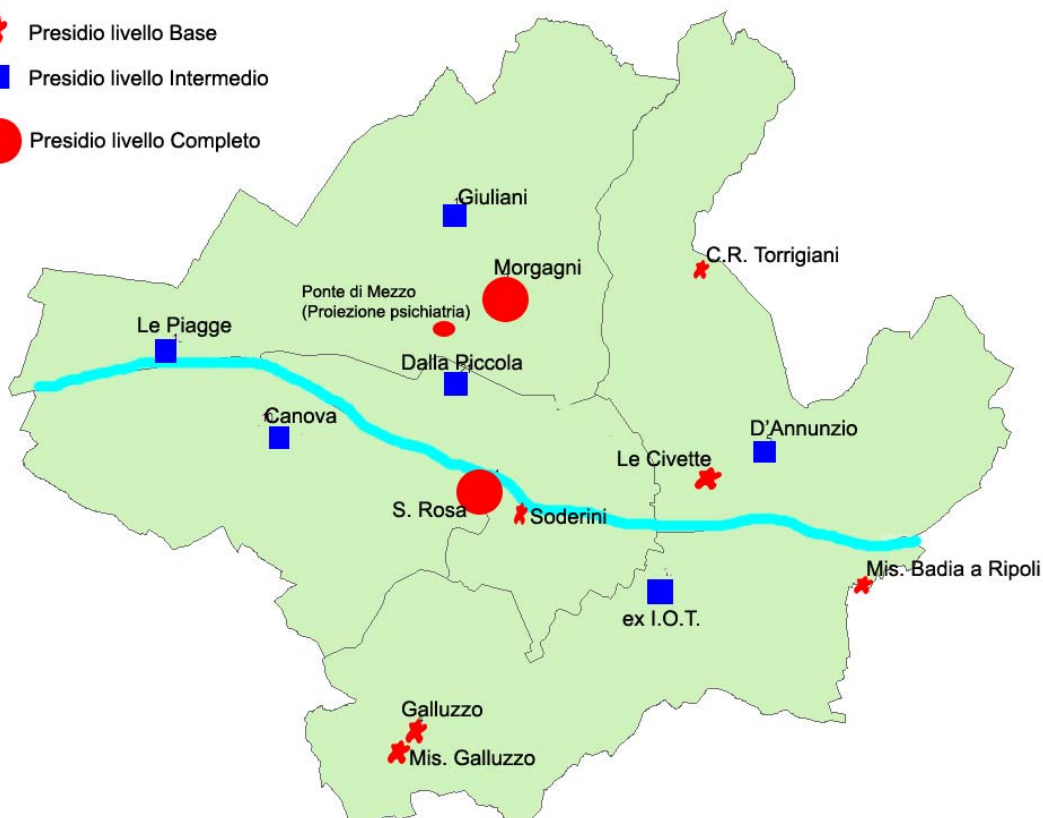
Sarà comunque salvaguardata l'esigenza delle zone più svantaggiate (Oltrarno) con specifici interventi.

Sulla base di questi criteri la riorganizzazione per la zona di Firenze può essere rappresentata dalle seguenti cartine:

Situazione entro il 2013




Presidi ASL - Stato di transizione

- ✱ Presidio livello Base
- Presidio livello Intermedio
- Presidio livello Completo



Situazione entro il 2015

Presidi ASL - Stato definitivo

-  Presidio livello Base
-  Presidio livello Intermedio
-  Presidio livello Completo



Allegato B)**Dispositivo finanziario della prima attuazione del Piano Attuativo 2013****Fondo della Non Autosufficienza:**

Risorse da attribuire: € 4.484.218,60

Assistenti familiari e assegni cura	€ 2.100.000,00	SdS	
Triage	€ 304.402,37	SdS	
Assistenza domiciliare	€ 1.300.000,00		Comune di Firenze Direzione Servizi Sociali
Rette RSA temporanee e Centri Diurni	€ 779.816,23		Comune di Firenze Direzione Servizi Sociali
Totale	€ 4.484.218,60		

Fondo della Non Autosufficienza utenti di età inferiore ai 65 anni

Risorse da attribuire: € 314.044,38

Vita Indipendente	€ 59.395,28	SdS	Comune di Firenze
Rette RSA e Centri Diurni	€ 254.649,10		Direzione Servizi Sociali
Totale	€ 314.044,38		

Fondo progetto Chronic Care Model (per la presa in carico della persona con demenza)

Risorse da attribuire: € 243.075,75

Trasporti utenti CD Alzheimer Le Civette	€ 40.000,00	ASL di Firenze
Rette RSA e Centri Diurni per persona con demenza	€ 203.075,75	Comune di Firenze Direzione Servizi Sociali
Totale	€ 243.075,75	

Fondo Sociale Regionale

Risorse da attribuire: € 1.949.662,78

Risorse attribuite con la prima attuazione: € 1.865.384,85

S.E.D. minori	ZN28	€ 122.096,77
Rette minori	ZN28	€ 406.135,04
Rette disabili	DN25	€ 24.160,46
Affittacamere	DN18	€ 6.350,00
Accoglienza invernale	DN18	€ 48.289,58
Servizio mensa	ZN33	€ 11.758,06
Sussidi adulti e anziani	ZN31	€ 6.317,43
Mense e docce	DN18	€ 62.337,92
Rette marginalità	DN18	€ 163.616,69
Sussidi per adulti, anziani e minori	ZN35	€ 26.224,60
Servizi per prevenzione e inclusione tossicodipendenti	ZN04	€ 78.194,95

Contributi di aiuto persone disabili	ZN34	€ 33.483,17
Contributo di aiuto persone disabili	ZN31	€ 16.336,71
Sussidi minori	ZN32	€ 9.800,00
Sussidi adulti e anziani	ZN32	€ 9.942,24
Contributo di aiuto personale disabili	ZN32	€ 8.000,00
Trasporto disabili	DN15	€ 104.924,21
Centri diurni disabili a gestione diretta	DN15	€ 108.516,90
Strutture Dopo di noi	DN15	€ 212.386,15
Servizi domiciliari	DN24	€ 111.456,30
Rette RSA, RA, CD	DN25	€ 8.656,73
Rette disabili	DN25	€ 286.400,94
		€ 1.865.384,85