



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DEL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 10/08/2026 (punto N 29)

Delibera N 1039 del 10/08/2026

Proponente

MONIA MONNI

DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

Pubblicità / Pubblicazione Atto pubblicato su BURT e Banca Dati (PBURT/PBD)

Dirigente Responsabile Alberto ZANOBINI

Direttore Federico GELLI

Oggetto:

Riqualificazione dell'articolazione modulare dei livelli di assistenza offerti nelle RSA.
Abbattimento liste di attesa RSA e adeguamento budget zonale alla popolazione residente -
Programmazione 2026-2027.

Presenti

Eugenio GIANI

Bintou Mia DIOP

David BARONTINI

Filippo BONI

Alberto LENZI

Cristina MANETTI

Leonardo MARRAS

Monia MONNI

Alessandra NARDINI

ALLEGATI N°2

ALLEGATI

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Riferimento</i>
1_	Si	Adeguamento moduli
2_	Si	assegnazione risorse

STRUTTURE INTERESSATE

<i>Denominazione</i>
DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

Allegati n. 2

- 1_ Adeguamento moduli*
0ce233dec0d81890c8ac8264d14c273e58b9993accb9f670059d5e594b74690d
- 2_ assegnazione risorse*
33e6b35d18b7d1bf7b4700a3982cee5ef1989d05bb142d0ceb94972363475242

LA GIUNTA REGIONALE

Richiamato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

Richiamato il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;

Vista la Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del Servizio Sanitario Regionale e successive modifiche, che detta i principi e le regole di funzionamento e di accesso al sistema sanitario nella Regione Toscana;

Vista la Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale” e successive modifiche, che detta i principi del sistema sociale integrato e le politiche per le persone a rischio di esclusione sociale;

Vista la legge regionale 18 Dicembre 2008, n. 66 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”;

Vista la legge regionale 28 Dicembre 2009, n. 82 “Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato”;

Considerato il Regolamento approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R “Regolamento di attuazione dell’articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41”;

Vista la Delibera della Giunta regionale n. 402 del 26 aprile 2004 “Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla delib. C.R.T n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle R.S.A.” e in particolare l’Allegato 1.B) Strutture residenziali – Indicazioni e parametri per l’articolazione “modulare” dei servizi;

Vista la Delibera della Giunta regionale n. 995 dell’11 ottobre 2016 “Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015”;

Considerata la Delibera della Giunta regionale n. 909 del 7 agosto 2017 “Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera”;

Considerata la Delibera della Giunta regionale n. 1402 dell’11 dicembre 2017 “Piano Regionale Demenze e Indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari in attuazione del Piano Nazionale Demenze. Recepimento del PDTA nazionale e delle Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per le demenze”;

Tenuto conto della Delibera della Giunta regionale n. 1508 del 19 dicembre 2022 “La programmazione dell’assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77”;

Vista la Delibera della Giunta Regionale n. 931 del 7 luglio 2025 “ Presa d'atto del Patto per il Welfare in Toscana e modifica del Protocollo di intesa tra RegioneToscana/ANCI e le rappresentanze dei Gestori delle RSA, Regione Toscana e OO.SS approvato con DGR n. 402 “;

Dato atto che le linee di indirizzo del presente provvedimento sono state condivise con i firmatari del patto per il welfare, di cui alla DGR n. 931/2025, nella riunione del 16 luglio 2026;

Ribadito che la suddetta DGR n. 931/2025 prevede l’attivazione dei seguenti tavoli di lavoro:

- confronto con le rappresentanze sindacali confederali e di categoria e dei gestori dei servizi sociosanitari per la revisione della DGRT n. 402/2024 che consenta di delineare, prima del rinnovo della tariffa programmata per gli anni 2026 e 2027, i criteri per la individuazione dei contratti di riferimento del settore dei servizi sociosanitari per contrastare eventuali pratiche volte a realizzare guadagni di efficienza attraverso il peggioramento delle condizioni di lavoro o la riduzione del costo del lavoro: da attivare a settembre 2026;
- confronto con ANCI Toscana e le Conferenze aziendali e regionali dei sindaci, insieme ai gestori dei servizi sociosanitari e alle organizzazioni sindacali e di categoria al fine di rilevare lo stato dell’arte circa la compartecipazione di cittadini e dei Comuni alla spesa dei servizi sociosanitari, anche per un corretto adeguamento delle tariffe a quanto stabilito dal DPCM LEA 2017 e a quanto previsto dalla GDR n. 1532/2024: da attivare nel 2027;
- analisi delle specifiche gestionali, le criticità circa la sostenibilità economica, nonché gli ambiti di sperimentazioni di innovazione strutturale e gestionale per le ASP che svolgono servizi sociosanitari: da attivare nel 2027;

Visto il PSSIR 2024-2026, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 67 del 30 luglio 2025;

Considerata la Deliberazione di Giunta regionale n. 843 del 02/08/2021 che approva il documento “Ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell’offerta delle RSA”, Allegato B alla stessa, in cui, oltre a delineare un quadro di contesto sulle strutture residenziali sociosanitarie, è stata effettuata un’analisi della gestione dell’emergenza Covid-19 da parte delle aziende UU.SS.LL. e individuata una proposta di revisione del modello indicando le azioni da mettere in atto, gli strumenti operativi, e i tempi previsti;

Dato atto che la revisione del modello, nel documento sopra richiamato, è stata declinata in 12 tematiche da affrontare singolarmente con il supporto di altrettanti Tavoli di lavoro e che è stato ritenuto necessario affrontare prioritariamente le tematiche:

- La programmazione e la governance del sistema
- Livelli di assistenza e governo dell’accesso in coerenza con i LEA
- Organizzazione dei moduli specialistici e dunque costituire i relativi Tavoli di lavoro;

Visto il Decreto del Direttore della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale n. 22908 del 16/11/2022 che costituisce i suddetti tavoli, i quali, con il coordinamento regionale, hanno previsto la partecipazione di rappresentanti del territorio (livello aziendale e zonale), dei gestori delle strutture e delle Organizzazioni Sindacali (loro rappresentanza), nonché il coinvolgimento del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, di ANCI e di AIMA per gli aspetti di competenza;

Specificato che i nominativi dei Rappresentanti delle Associazioni imprenditoriali delle RSA toscane, delle Centrali Cooperative-Settore Sociale e delle Organizzazioni Sindacali sono stati individuati dalle stesse e i rappresentanti del territorio sono stati individuati nel rispetto della rappresentanza territoriale e professionale;

Precisato che i Gruppi di lavoro che hanno affrontato le suddette tematiche, sono stati costituiti secondo quanto previsto dai rispettivi paragrafi dell'Allegato B della DGR n. 843/2021 e hanno visto la partecipazione di personale interno agli Uffici regionali nonché referenti dei servizi territoriali competenti per materia;

Considerato che i lavori dei Tavoli/Gruppi di lavoro hanno esitato in un documento congiunto "Ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell'offerta delle RSA. Prima attuazione" con l'obiettivo di avviare una profonda riforma dell'attuale modello di assistenza residenziale partendo da un confronto costruttivo che ha coinvolto tutti gli *stakeholder* del settore per programmare il futuro delle RSA e degli annessi servizi complementari, con un respiro di medio-lungo termine;

Considerata quindi la Deliberazione di Giunta regionale n. 1108 del 28/07/2025 con la quale si approva il documento "Ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell'offerta delle RSA. Prima attuazione", Allegato A) alla stessa;

Precisato che la DGR n. 1108/2025 specificava che gli esiti del lavoro del Tavolo 2: Livelli di assistenza e governo dell'accesso in coerenza con i LEA, di cui al Decreto del Direttore della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale n. 22908 del 16/11/2022 sopra richiamato sarebbero stati oggetto di un successivo atto in quanto si rendeva necessario un ulteriore approfondimento circa l'effettiva sostenibilità finanziaria;

Ribadito che, relativamente alla tematica dell'offerta residenziale specialistica, è stata ritenuta necessaria la successiva definizione dei requisiti organizzativi e strutturali e la revisione dei requisiti professionali, che esiterà nella modifica e integrazione del Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) approvato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R;

Precisato che, al fine di garantire omogeneità sul territorio regionale, sarà onere delle Aziende USL elaborare uno Schema di convenzione comune, specifica per ogni tipologia di modulo specialistico, sulla base degli elementi chiave riportati nel documento Allegato A) alla DGR n. 1108/2025;

Richiamato quanto stabilito dalla DGR n. 1108/2025, ovvero che ciascuna Azienda USL debba approvare un Protocollo per disciplinare modalità di accesso, monitoraggio, transizione e dimissione dai posti letto di modulo specialistico, nonché, rispetto al modulo per disabilità di natura cognitivo-comportamentale, una specifica procedura relativa alle modalità di collaborazione e all'integrazione funzionale tra UVM e CDCD con particolare riferimento agli inserimenti in urgenza;

Precisato che è demandata alle Aziende USL la possibilità, attraverso l'attivazione di specifici progetti sperimentali, di introdurre nel sistema ulteriori livelli di assistenza rispetto all'offerta specialistica attualmente prevista dalla normativa regionale;

Specificato, come già puntualizzato nella DGR n. 1108/2025 sopra richiamata, che l'adeguamento delle risposte residenziali specialistiche alle indicazioni contenute nel DPCM LEA sarà effettivo successivamente:

- alla fase di programmazione aziendale e zonale del fabbisogno di posti letto nell'ambito dell'offerta residenziale e della distribuzione dei posti letto di assistenza specialistica, rispetto alle indicazioni contenute nel documento di indirizzo elaborato dagli uffici regionali formulato sulla base degli Indicatori zonali per la programmazione riportati nel documento Allegato A) alla DGR n. 1108/2025, che dovrà concludersi entro il 30 novembre 2026;
- alla modifica e integrazione del Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 rispetto alla definizione dei requisiti organizzativi e strutturali e alla revisione dei requisiti professionali;
- alla successiva sottoscrizione di convenzione, specifica per ogni tipologia di modulo specialistico, per la definizione degli aspetti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori;

Precisato che la Regione Toscana si impegna a verificare costantemente le condizioni di sostenibilità finanziaria del sistema dei servizi alla luce delle dinamiche demografiche e della ricognizione della domanda e che in particolare procederà al monitoraggio dell'attuazione delle attività di competenza delle Aziende sanitarie, propedeutiche alla messa a regime delle azioni previste in materia di programmazione e governance del sistema e che sarà altresì monitorato l'utilizzo delle risorse alla luce dell'adeguamento delle risposte residenziali specialistiche alle indicazioni contenute nel DPCM LEA;

Ritenuto opportuno programmare le risorse economiche per le annualità 2027 ai fini dell'attuazione di quanto stabilito con il presente atto per l'adeguamento delle risposte residenziali specialistiche alle indicazioni contenute nel DPCM LEA;

Visto inoltre il monitoraggio periodico sulle liste di priorità delle Zone distretto/Società della Salute per l'inserimento in RSA delle persone anziane non autosufficienti ultra65enni, in possesso di PAI a seguito di valutazione UVM;

Rilevato che nei primi sei mesi dell'anno, nella maggior parte degli ambiti territoriali, la lista di priorità è risultata consistente con tempi di attesa, in alcuni casi, superiore alla media degli anni precedenti;

Ritenuto opportuno, al fine di inserire nel secondo semestre del 2026 un maggior numero di persone anziane non autosufficienti ultra65enni in RSA, dare indicazioni alle Aziende UU.SS.LL. per l'utilizzo di ulteriori risorse;

Considerato congrua la cifra di € 4.014.781,20, da assegnare e ripartire come da allegato 2) al presente provvedimento, sulla base delle liste di attesa dei richiedenti assistenza, presenti in ciascuna Zona distretto/Società della Salute a dicembre 2025;

Considerato altresì che a partire dal 2017, all'interno delle azioni intraprese per garantire su tutto il territorio regionale livelli uniformi di prestazioni offerte dalle RSA, la libera scelta dei cittadini e, al contempo, fornire una cornice di regole e condizioni certe all'interno delle quali i gestori delle strutture possano svolgere la loro attività e il sistema pubblico programmare e controllare le azioni di governance è stato individuato per ciascuna azienda UU.SS.LL. un budget da utilizzarsi per l'erogazione di prestazioni residenziali (RSA e Centri Diurni) in favore di anziani non autosufficienti;

Evidenziato che la ripartizione alle Aziende UU.SS.LL. è stata determinata tenendo conto delle quote sanitarie utilizzate dagli ambiti territoriali (Quote sanitarie storiche + quote sanitarie aggiuntive), dalla popolazione ultra 65enne residente e dalla riparametrazione dei posti convenzionati nel rispetto dell'indice di copertura medio regionale;

Considerato che il budget storico di alcuni ambiti territoriali non è stato adeguato negli anni alla popolazione residente prevedendo una ripartizione delle risorse economiche, destinate ai servizi territoriali e assistenziali, in base al numero, alla densità e alla caratteristiche demografiche dei residenti in ciascuna zona distretto;

Ritenuto opportuno provvedere al riconoscimento di un budget aggiuntivo a tutti gli ambiti territoriali che rientrano nella fattispecie suddetta, calcolato sulla base dei seguenti parametri:

- indice di appropriatezza (Utilizzo appropriato delle risorse assegnate);
- indice di spesa (Utilizzo di tutte le risorse assegnate);
- indice di copertura (Parametrazione del budget alla popolazione anziana ultra 65enne);

Evidenziato che sulla base degli indici suddetti si è provveduto a calcolare il budget aggiuntivo complessivo di € 5.985.218,80 alle Zone distretto individuate nell'allegato 2) al presente provvedimento;

Vista la Delibera della Giunta Regionale n. 1708 del 15 dicembre 2025 con la quale è stata assegnata alle Aziende UU.SS.LL., per le quote sanitarie annualità 2026, la somma complessiva di € 234.050.000,00, destinata all'inserimento in RSA e Centri Diurni di persone ultra65enni non autosufficienti, in possesso di PAI a seguito di valutazione UVM;

Dato atto che con le risorse stanziare con il presente atto, per l'anno 2026, la somma complessiva destinata all'inserimento in RSA e Centri Diurni di persone ultra65enni non autosufficienti, in possesso di PAI a seguito di valutazione UVM, ammonta a € 244.050.000,00;

Considerato che, per l'anno 2027, la quantificazione per l'attuazione di quanto stabilito con il presente atto per l'adeguamento delle risposte residenziali specialistiche alle indicazioni contenute nel DPCM LEA, per l'inserimento in RSA e Centri Diurni di persone ultra65enni non autosufficienti, in possesso di PAI a seguito di valutazione UVM, nonché le risorse previste dalla DGR n. 931/2025 a sostegno dell'adeguamento contrattuale a seguito del rinnovo del CCNL cooperative sociali ed altri eventuali rinnovi di settore (12 Mln), ammonta a € 276.050.000,00;

Dato atto che si provvederà nel mese di dicembre 2026, con la delibera di attribuzione per l'anno 2027 del budget residenzialità ad assegnare la somma complessiva di € 276.050.000 e a ripartirla alle tre Aziende UU,SS,LL.;

Ritenuto pertanto di dare indicazione alle Aziende UU.SS.LL di utilizzare la somma complessiva di euro 10.000.000,00, a valere sulle risorse di Fondo Sanitario Indistinto a loro assegnato per l'anno 2026 con Delibera della Giunta Regionale n. 1792 del 30 dicembre 2025, con la destinazione ivi effettuata a valere sul capitolo 25001 "Spese correnti livelli di assistenza territoriale" (fondo sanitario indistinto – competenza pura) del bilancio di previsione 2026-2028, annualità 2026 per complessivi euro 3.905.470.142,66 su tutto il territorio regionale, secondo la ripartizione di cui all'Allegato 2) alla presente deliberazione, parte integrante e sostanziale del presente atto, al fine di incrementare gli inserimenti in RSA di persone ultra65enni non autosufficienti, in possesso di PAI a seguito di valutazione UVM;

Vista la Legge Regionale 29 dicembre 2025 n. 63 "Bilancio di previsione finanziario 2026-2028";

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 8 del 19 gennaio 2026 di approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione finanziario 2026-2028 e del bilancio finanziario gestionale 2026-2028;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa, il documento “Riqualificazione dell'articolazione modulare dei livelli di assistenza offerti nelle RSA”, Allegato 1) al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di ribadire che, relativamente alla tematica dell'offerta residenziale specialistica, è stata ritenuta necessaria la successiva definizione dei requisiti organizzativi e strutturali e la revisione dei requisiti professionali, che esiterà nella modifica e integrazione del Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) approvato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R;
3. di precisare che, al fine di garantire omogeneità sul territorio regionale, sarà onere delle Aziende USL elaborare uno Schema di convenzione comune, specifica per ogni tipologia di modulo specialistico, sulla base degli elementi chiave riportati nel documento Allegato A) alla DGR n. 1108/2025;
4. di richiamare quanto stabilito dalla DGR n. 1108/2025, ovvero che ciascuna Azienda USL debba approvare un Protocollo per disciplinare modalità di accesso, monitoraggio, transizione e dimissione dai posti letto di modulo specialistico, nonché, rispetto al modulo per disabilità di natura cognitivo-comportamentale, una specifica procedura relativa alle modalità di collaborazione e all'integrazione funzionale tra UVM e CDCD con particolare riferimento agli inserimenti in urgenza;
5. di precisare che è demandata alle Aziende USL la possibilità, attraverso l'attivazione di specifici progetti sperimentali, di introdurre nel sistema ulteriori livelli di assistenza rispetto all'offerta specialistica attualmente prevista dalla normativa regionale;
6. di specificare, come già puntualizzato nella DGR n. 1108/2025 sopra richiamata, che l'adeguamento delle risposte residenziali specialistiche alle indicazioni contenute nel DPCM LEA sarà effettivo successivamente:
 - alla fase di programmazione aziendale e zonale del fabbisogno di posti letto nell'ambito dell'offerta residenziale e della distribuzione dei posti letto di assistenza specialistica, rispetto alle indicazioni contenute nel documento di indirizzo elaborato dagli uffici regionali formulato sulla base degli Indicatori zonali per la programmazione riportati nel documento Allegato A) alla DGR n. 1108/2025, che dovrà concludersi entro il 30 novembre 2026;
 - alla modifica e integrazione del Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 rispetto alla definizione dei requisiti organizzativi e strutturali e alla revisione dei requisiti professionali;

- alla successiva sottoscrizione di convenzione, specifica per ogni tipologia di modulo specialistico, per la definizione degli aspetti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori;
7. di precisare che la Regione Toscana si impegna a verificare costantemente le condizioni di sostenibilità finanziaria del sistema dei servizi alla luce delle dinamiche demografiche e della ricognizione della domanda e che in particolare procederà al monitoraggio dell'attuazione delle attività di competenza delle Aziende sanitarie, propedeutiche alla messa a regime delle azioni previste in materia di programmazione e governance del sistema e che sarà altresì monitorato l'utilizzo delle risorse alla luce dell'adeguamento delle risposte residenziali specialistiche alle indicazioni contenute nel DPCM LEA;
 8. di destinare per l'anno 2026, per le motivazioni espresse in narrativa e da assegnare e ripartire come indicato nell'allegato 2), al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale, le ulteriori risorse per complessivi euro 10.000.000,00 per l'inserimento in RSA di persone ultra65enni non autosufficienti, in possesso di PAI a seguito di valutazione UVM, così ripartite tra le tre Aziende:

Azienda Usl Toscana Nord Ovest	euro 5.576.454,57;
Azienda Usl Toscana Centro	euro 3.401.765,53;
Azienda Usl Toscana Sud Est	euro 1.021.779,90;
 9. di dare indicazione alle Aziende UU.SS.LL di utilizzare la somma complessiva di euro 10.000.000,00, a valere sulle risorse di Fondo Sanitario Indistinto a loro assegnato per l'anno 2026 con Delibera della Giunta Regionale n. 1792 del 30 dicembre 2025, con la destinazione ivi effettuata a valere sul capitolo 25001 "Spese correnti livelli di assistenza territoriale" (fondo sanitario indistinto – competenza pura) del bilancio di previsione 2026-2028, annualità 2026 per complessivi euro 3.905.470.142,66 su tutto il territorio regionale, secondo la ripartizione di cui all'Allegato 2) alla presente deliberazione, parte integrante e sostanziale del presente atto, al fine di incrementare gli inserimenti in RSA di persone ultra65enni non autosufficienti, in possesso di PAI a seguito di valutazione UVM;
 10. di prevedere che, relativamente all'utilizzo delle suddette risorse, gli enti beneficiari di ciascuna Zona-distretto sono tenuti a presentare al competente Settore della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale una dettagliata relazione sui risultati e rendiconto sui costi sostenuti entro il 15 febbraio 2027;
 11. di impegnare le zone-distretto a garantire il soddisfacimento del debito informativo, attraverso la puntuale, corretta ed esaustiva implementazione dei sistemi informativi regionali, in considerazione anche della necessità di Regione Toscana di adempiere alle richieste avanzate a livello nazionale dal tavolo adempimenti sui Livelli Essenziali di Assistenza;
 12. di precisare altresì che, trattandosi di FSR Indistinto, le risorse di cui al presente atto sulle disponibilità del capitolo 25001 (competenza pura) non potranno essere accantonate alla chiusura dell'esercizio 2026, qualora non fossero state utilizzate interamente;
 13. di dare atto che si provvederà, per le motivazioni espresse in narrativa, nel mese di dicembre 2026, con la delibera di attribuzione per l'anno 2027 del budget residenzialità ad assegnare la somma complessiva di € 276.050.000 e a ripartirla alle tre Aziende UU,SS,LL.;

14. di dare mandato ai competenti Settori della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale per l'adozione dei successivi atti e delle iniziative necessarie alla attuazione di quanto disposto con la presente delibera;
15. di trasmettere il presente atto ai soggetti interessati;
16. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio di Regione Toscana.

Il presente atto è pubblicato sul BURT ai sensi degli articoli 4, 5, 5 bis e 5 ter della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della L.R. 23/2007.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Il Dirigente Responsabile
ALBERTO ZANOBINI

Il Direttore
FEDERICO GELLI

Allegato 1

Premessa

La definizione delle RSA data dal DPR 14 gennaio 1997 recita: "presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle regioni e province autonome": una definizione che delinea una prestazione che è necessariamente diversa da quelle per le quali si stabilisce l'integrale pagamento a carico del SSN.

Il successivo DPCM 14.2.2001, "Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie", e il successivo DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", fanno riferimento – per l'individuazione delle tipologie di prestazioni ascrivibili all'area socio-sanitaria e il relativo finanziamento – all'intensità assistenziale di cui il singolo ospite necessita in base al proprio Progetto individualizzato, individuando tre livelli: fase intensiva (impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita); fase estensiva (minore intensità terapeutica, presa in carico comunque specifica, programma assistenziale di medio o prolungato periodo); fase di lungoassistenza (finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi).

Lo stesso DPCM 14.2.2001, così come le tabelle di cui all'allegato 1 C del DPCM 29.11.2001, prevede che i costi delle fasi intensiva e estensiva di anziani non autosufficienti con patologie cronico degenerative siano a totale carico del Ssn, mentre quelli della lungoassistenza siano ripartiti al 50% tra SSN e utente/Comune.

Quindi in sintesi: l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti rientra nei LEA. Per garantire l'applicazione di principi comuni in tutte le regioni, il DPCM 12.01.2017 ha stabilito la definizione e l'articolazione dell'assistenza residenziale in sottocategorie, delineandone i contenuti e le regole di riparto dei costi tra sanità e settore sociale (a carico dei comuni, con la compartecipazione dell'utenza determinata in base all'Isee). Nel rispetto di questi principi cornice, alle regioni è demandata l'organizzazione del servizio.

Il recente Dlgs 29/2024 in materia di riforma all'assistenza agli anziani ha confermato per l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti le regole di compartecipazione dell'art. 30 del DPCM 12.01.2017, prevedendo l'invarianza dei relativi finanziamenti.

Nel dettaglio, l'attuale assetto normativo distingue due diversi tipi di assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti:

1. i trattamenti estensivi che hanno l'obiettivo di assicurare cura e recupero funzionale per gestire esigenze temporanee (di norma non superiori a 60 gg) da erogare in strutture/moduli standard con adeguata intensità sanitaria (richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore);
2. i trattamenti che hanno l'obiettivo di assicurare lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.

La distinzione tra questi trattamenti è sostanziale: gli inserimenti temporanei estensivi sono totalmente a carico del SSN, mentre per quelli di lungoassistenza il SSN copre il

50% dei costi, con la restante quota a carico dell'utente, salvo l'intervento del comune.

Vale la pena in ogni caso ricordare che oggi i presidi residenziali per anziani che operano per conto del SSN erogano senz'altro prestazioni sanitarie ma, rispetto al complesso degli obiettivi assistenziali, l'assistenza sanitaria non è, di fatto, la componente che prevale in assoluto; lo dimostrano alcuni recenti evidenti sul mix professionale delle strutture, da cui risulta che sono soprattutto le figure socio-assistenziali a dominare: dai risultati della più recente indagine Istat sui presidi residenziali, risulta che le figure di tipo sanitario rappresentano meno del 25% del personale retribuito addetto all'ospite nelle strutture residenziali.

Livelli di assistenza e governo dell'accesso in coerenza con i L.E.A.

Contesto di riferimento: parziale appropriatezza ed organizzazione dei moduli specialistici in RSA sulla base delle necessità dell'utenza nonché della coerenza rispetto al DPCM LEA del 12.01.2017.

Esito: revisione del sistema in linea con le disposizioni previste dall'art 30 lettere a) e b) del DPCM Lea 12.01.2017

La L.R. 40/2005 e ss.mm. e la DGR n. 995/2016 prevedono che Aziende USL e Società della Salute/Zone Distretto esercitino la funzione di indirizzo e governo. In questo processo si inserisce la programmazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale con specifica distribuzione dei livelli di assistenza specialistica.

Tali risposte sono considerate dal Ministero della salute all'interno dei Livelli Essenziali di assistenza e definiti nelle categorie dell'art 30 lettere a) e b) del DPCM Lea 12.01.2017

L'accesso ai moduli base, a fronte di un Progetto Assistenziale Individualizzato che prevede un ricovero permanente, è assicurato attraverso il regime di libera scelta, ai sensi dell'articolo 2 comma 4 della L.R. n. 82/2009.

Il governo dell'accesso al modulo base, a fronte di un Progetto Assistenziale Individualizzato che prevede un ricovero temporaneo/di sollievo, nonché ai moduli specialistici e nel percorso di continuità ospedale-territorio è prerogativa della valutazione istituzionale pubblica e non si esercita la libera scelta, per garantire il massimo obiettivo di appropriatezza degli interventi.

Per la congruenza tra l'offerta di cui sopra e il DPCM Lea è opportuno ricordare quanto previsto dall'art. 30 lettere a) e b).

Tra i livelli di assistenza attualmente offerti nelle RSA rientrano:

a) Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale per persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore, con costi a carico SSR. (100% quota sanitaria)

La durata del trattamento non deve essere superiore a 60 gg ed è fissata in base alle condizioni dell'assistito e secondo specifica valutazione multidimensionale.

Nel modello toscano questa tipologia di risposta corrisponde attualmente al Setting 3 Cure intermedie in RSA

b) Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti, secondo Piano Assistenza Individualizzato (PAI)

Il relativo costo è per il 50% a carico del SSR e per il 50% a carico dell'utente con eventuale compartecipazione dell'EE.LL sulla base del reddito.

Nel modello toscano questa tipologia di risposta corrisponde ai seguenti moduli:

Modulo Bassa Intensità Assistenziale

Modulo Non autosufficienza stabilizzata, tipologia base

Modulo 2 Disabilità prevalentemente di natura motoria

Modulo 3 Disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale

Modulo 4 Stati vegetativi permanenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali > continuità da SUAP

La proposta di revisione del gruppo tiene conto di una migliore appropriatezza ed organizzazione dei moduli sulla base delle necessità dell'utenza nonché della coerenza, come detto, rispetto al DPCM LEA.

I moduli specialistici

L'invecchiamento della popolazione, caratteristica consolidata dei paesi sviluppati, sta modificando il quadro di morbidità e disabilità richiedendo un adeguamento delle risorse assistenziali, sia a livello clinico che organizzativo-gestionale.

La maggior parte dei bisogni sanitari e sociali dei cittadini è legata alle malattie croniche e alle loro conseguenze. Tali bisogni devono trovare risposta nella nuova organizzazione del territorio per rendere equo e sostenibile il sistema. La gestione della cronicità richiede nuovi approcci per meglio garantire la continuità delle cure e l'integrazione ospedale-territorio, con la revisione dell'intera filiera dei servizi, secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa intensità.

Nell'ambito della risposta residenziale è pertanto necessario:

- ridefinire i moduli specialistici all'interno delle RSA, aggiornati alla nuova fase epidemiologica
- identificare criteri di accesso per ogni modulo specialistico
- definire tempi massimi di ricovero nei moduli specialistici
- individuare i profili professionali e i livelli di assistenza del personale necessario, (medico, infermieristico, fisioterapico, occupazionale, OSS., ecc..)
- individuare indici di performance per controllo qualità ed appropriatezza.

MODULI AD ACCESSO TEMPORANEO

Ai sensi dell'art 30 lettera a) DPCM 12.01.2017

Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale per persone non autosufficienti con costi **100% a carico SSR**.

La durata del trattamento non superiore a **60 gg** è fissata in base alle condizioni dell'assistito e secondo specifica valutazione multidimensionale.

Spostamento all'interno di questa categoria dei seguenti moduli:

Modulo 2 > Riattivazione funzionale

Modulo 3 > Stabilizzazione e trattamento disturbi del comportamento

Inoltre, ai sensi della DGR n. 909/2017 «Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in dimissione ospedaliera» permane all'interno di questa categoria:

Setting 3 Cure Intermedie in RSA per un periodo massimo di 20 giorni.

MODULI LUNGOASSISTENZA O TEMPORANEO SECONDO IL PAI

Restano immutati ai sensi del DPCM LEA 2017

Modulo Bassa Intensità Assistenziale

Modulo Non autosufficienza stabilizzata, tipologia base

Modulo 4 Stati vegetativi permanenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali

che continueranno ad avere una compartecipazione pari al **50% a carico del SSR** e del 50% a carico dell'utente con eventuale compartecipazione degli EE.LL.

In sintesi:

DPCM 12/01/2017				
Art.	Tipo prestazione	Durata	Competenza oneri	MODELLO TOSCANO ATTUALE
30 comma a	Trattamenti estensivi	sessanta giorni e comunque fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale	100% SSN	Setting 3 – Cure Intermedie in RSA
30 comma b	Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.		50% SSN	BIA Modulo BASE Modulo 2 Motorio Modulo 3 Disturbo cognitivo comportamentale Modulo 4 SVP > continuità da SUAP

DPCM 12/01/2017				
Art.	Tipo prestazione	Durata	Competenza oneri	MODELLO TOSCANO FUTURO
30 comma a	Trattamenti estensivi	sessanta giorni e comunque fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale	100% SSN	Setting 3 – Cure Intermedie in RSA Modulo 2 Motorio Modulo 3 Disturbo cognitivo comportamentale
30 comma b	Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.		50% SSN	BIA Modulo BASE Modulo 4 SVP > continuità da SUAP

Organizzazione dei Moduli Specialistici

Come già evidenziato nella DGR n. 1108/2025, negli attuali modelli organizzativi delle strutture residenziali coesistono diverse modularità assistenziali senza reali specializzazioni; i posti letto dedicati ai moduli specialistici sono spesso gestiti in modo promiscuo dentro medesime strutture non consentendo lo sviluppo di modelli organizzativi efficaci in grado di offrire risposte appropriate ai diversi bisogni delle persone ospitate. Non sono previsti requisiti strutturali e organizzativi specifici e le liste di priorità per l'inserimento non sono gestite separatamente da quelle per il modulo per la non autosufficienza stabilizzata.

La stessa DGR n. 1108/2025 propone gli elementi essenziali per la revisione dei requisiti di autorizzazione al funzionamento dei moduli specialistici e fornisce indicazioni per per accesso, monitoraggio e dimissione dagli stessi da formalizzare con successivo Tavolo di lavoro specifico per la modifica del Regolamento 2/R/2018.

Autorizzazione all'esercizio delle RSA con moduli specialistici: elementi essenziali per la revisione dei requisiti di autorizzazione al funzionamento

Tutte le differenti offerte di modulo base e specialistico, dovranno essere autorizzate all'esercizio e accreditate in modo specifico per numero di posti e definizione degli spazi dedicati all'offerta, promuovendo le scelte anche in conseguenza delle vocazioni ed eccellenze delle strutture, delle condizioni logistico strutturali degli ambienti e della prossimità dei servizi ai cittadini.

Sarà necessaria la successiva definizione, con il supporto di uno specifico Tavolo di lavoro che sarà appositamente formalizzato, dei requisiti organizzativi e strutturali e la revisione dei requisiti professionali dei moduli/nuclei specialistici dedicati, che esiterà nella modifica e integrazione del Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) approvato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R.

Successivamente all'autorizzazione e all'accreditamento dei posti letto di modulo specialistico, è necessaria la stipula di specifica convenzione tra soggetti pubblici e soggetti gestori.

Sarà compito delle tre aziende elaborare una bozza di convenzione comune (una per ciascuna tipologia di modulo) sulla base degli elementi chiave declinati nella DGR n. 1108/2025 sopra richiamata.

Liste di priorità per l'ingresso nei moduli specialistici

Per assicurare appropriatezza dei percorsi assistenziali, l'accesso ai moduli specialistici avviene per **liste diversificate** per modulo specialistico e per livelli di priorità ai sensi della DGR n. 1119/2021.

In ogni zona l'accesso ai moduli specialistici è governato a livello zonale sia per l'ingresso che per la durata e con definizione della dimissione.

Il monitoraggio è a carico dell'équipe multidisciplinare con la presenza dello specialista e deve essere effettuata entro i termini del progetto individuale e garantire una continuità con la presa in carico successiva.

Nel caso si preveda un livello di assistenza post cognitivo può essere previsto dalla UVM un progetto di inserimento della persona in modulo appropriato.

Requisiti specifici dei moduli specialistici

La DGR n. 1108/2025 evidenzia alcuni elementi caratterizzanti i moduli specialistici che possono essere utilizzati per la revisione del regolamento e per caratterizzarne le specificità in vista dell'autorizzazione specifica da richiedere appunto per singola tipologia di moduli.

Modulo specialistico per disabilità cognitivo-comportamentale

Con la revisione del Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale nelle RSA la Regione Toscana si propone di adeguare la qualità dell'assistenza residenziale alla complessità dei bisogni della Demenza (sistema RSA per la demenza).

Non è sufficiente la diagnosi di Demenza per consentire il ricovero in un Modulo specialistico, anche se il Piano Assistenziale prevede il ricovero in RSA.

La Persona può essere orientata al Modulo Base oppure al Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale, secondo le sue condizioni cliniche e funzionali e secondo il livello e l'intensità del bisogno espresso.

Il ricovero nel Modulo specialistico è previsto solo se, per le condizioni cliniche e funzionali della persona attestata dallo specialista di branca, il Modulo Base non può garantire una assistenza rispondente ai suoi bisogni.

Caratteristiche TARGET (DGR n. 402/2004 e DGR n. 1402/2017):

si tratta di soggetti con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale, con prevalenza di problemi attinenti i disturbi del comportamento, come agitazione, aggressività, wandering. Sono soggetti che necessitano di una sorveglianza più stretta, sia per i rischi di fuga che per le cadute. In tali pazienti possono coesistere altre patologie, spesso intercorrenti, ma il problema prevalente è dato dal decadimento cognitivo e dallo stato di dipendenza.

Il modulo ha una valenza terapeutica oltre che di supporto assistenziale alla famiglia.

Profilo paziente e modalità di accesso al Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale:

Per autorizzare il ricovero in RSA, si richiede, come per tutti i casi di non autosufficienza, che la valutazione multidimensionale del caso definisca il bisogno di una forma di assistenza residenziale, sulla base delle condizioni della persona e del contesto di vita familiare.

Per la scelta tra Modulo Base e Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale, si valutano, con la consulenza del medico specialista di riferimento (CDCD), le condizioni del malato. In particolare, la combinazione di capacità di deambulazione e sintomi del comportamento (BPSD) può richiedere il ricovero nel Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale. Per il ricovero programmato nel Modulo specialistico, si inserisce la persona in una specifica lista di attesa.

È possibile un ricovero di emergenza su indicazione del Medico Specialista del CDCD, nel caso di un grave scompenso dei sintomi del comportamento, che non possono essere trattati a domicilio. In concomitanza con il ricovero, si attiva la valutazione multidimensionale per un eventuale proseguimento del ricovero nella modalità programmata o per l'erogazione di un diverso servizio.

Criteri di Inclusione:

- persona affetta da demenza con diagnosi definitiva;
- prognosi definitiva;

- disturbo comportamentale di grado severo (aggressività, agitazione, wandering); non controllato da strategie ambientali e/o terapia farmacologica, non riconducibile a cause acute intercorrenti (esclusione delirium);
- programma di trattamento predisposto;
- stabilità clinica (NEWS 0-1), che non necessita di ossigenoterapia in acuto (eccetto pazienti già in OTLT).

Criteri di Esclusione:

- instabilità clinica;
- paziente in fase terminale di malattia;
- delirium non indagato.

Modalità di accesso:

- **dall' Ospedale** (ACOT, pronto soccorso, reparti, low-care) su segnalazione e valutazione dei medici specialisti di struttura previa consulenza con CDCD
- **dal Territorio** su segnalazione e valutazione del MMG e specialisti ambulatoriali (da integrare con accesso ordinario attraverso la progettazione da parte della UVM e CDCD)

Finalità e durata del ricovero nel Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale

Il ricovero nel Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale ha una duplice finalità:

1. Alleggerimento temporaneo del carico assistenziale dei familiari, che può essere richiesto per loro esigenze di cura o per la necessità di un recupero di risorse personali;
2. "Riabilitazione" della persona, intesa come definizione di una metodologia di assistenza volta al mantenimento delle funzioni, al contenimento dei sintomi e alla qualità della vita. Questa metodologia viene condivisa con i familiari.

In ogni caso, il ricovero ha una durata temporanea, eventualmente procrastinabile, fino al raggiungimento dell'obiettivo.

Alle dimissioni è attivo un nuovo piano assistenziale, che prevede il trasferimento in un modulo base o verso il domicilio, con l'erogazione di altri servizi (Assistenza Domiciliare, Centro Diurno o altro).

Ambiente Ecologico Alzheimer

Il Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale è progettato in modo da offrire al malato un ambiente fisico e relazionale **ecologico**, cioè adeguato ai suoi bisogni.

L'ambiente fisico è sicuro, cioè non presenta vie di fuga né ostacoli fisici o psicologici per un malato che lo vive in autonomia, ed è progettato, sia nella definizione degli spazi che negli arredi, nelle luci e nei colori, in modo da facilitare l'orientamento. Gli stessi criteri progettuali si applicano ad un eventuale spazio esterno (Giardino Alzheimer).

L'ambiente relazionale è determinato dalle abilità di relazione della équipe, che richiedono una specifica formazione

L'Équipe: composizione e formazione

Per il conseguimento degli obiettivi di cura, l'équipe comprende le seguenti professionalità, come staff o attività di consulenza:

Consulenza

- Medico Specialista (terapie e follow up specialistico, formazione)

- Medico di Medicina Generale (valutazione della condizione di multipatologia e compatibilità delle terapie)

Per emergenze di tipo comportamentale, l'infermiere può contattare il medico del CDCD o altri colleghi del reparto di appartenenza dello specialista, per avere supporto in tempi brevi.

L'Équipe ha una composizione stabile: gli operatori non ruotano su altri servizi, per:

- essere sempre in grado di adeguare la relazione con il malato, oltre che ai cambiamenti indotti dalla malattia, alla sua storia e alle sue vocazioni;
- costruire e sviluppare le abilità di relazione anche nella dimensione della relazione di équipe e della relazione con i familiari dei malati;
- partecipare con continuità ai programmi di formazione.

Terapie non farmacologiche

Alle persone coinvolte può essere proposta la partecipazione ad attività che hanno una valenza terapeutica, tanto da essere indicate come Terapie non Farmacologiche.

Le attività sono svariate:

- Attività musicale (Musicoterapia)
- Cura di piccoli animali (Pet Therapy)
- Cura della bambola (Doll Therapy)
- Disegno e pittura
- Bricolage
- Terapia del Viaggio
- Ecc.

Queste attività possono essere condotte da esperti esterni affiancati da membri della équipe.

La loro efficacia non è tanto determinata dalla particolare tecnica scelta, quanto dalla qualità della relazione individuale che si riesce a costruire nello svolgimento di una attività di gruppo. L'attività proposta svolge quindi il ruolo di Mediatore di Relazione.

La qualità del lavoro svolto dalla équipe viene sviluppata e sostenuta da un progetto di formazione continua, che ha il focus sulla relazione, nelle dimensioni di Relazione di cura, Relazione di équipe e Relazione con i Familiari.

Modulo per disabilità prevalentemente di natura motoria

Caratteristiche utenza (DGR n. 402/2004):

pazienti che, in fase post-acuta e/o post-ospedaliera, necessitano di un intervento finalizzato al recupero di un migliore livello funzionale (es. esiti di ictus, malattia di Parkinson, fratture) anche se hanno usufruito di un primo ciclo di trattamento riabilitativo.

Criteri di Inclusione:

- Paziente stabile (NEWS 0-1), che non necessita di ossigenoterapia in acuto (eccetto pazienti già in OTLT)
- prognosi definitiva
- programma di trattamento predisposto
- Pazienti in fase post-acuzie stabilizzati generalmente affetti da un quadro di polipatologia cronica in condizioni di buon compenso clinico, con l'obiettivo principale di incrementare i livelli residui di autosufficienza. Tale categoria comprende:
 - pazienti con recenti fratture e/o apparecchi gessati con procrastinazione del carico, che necessitano di un lungo periodo di riposo a domicilio, in assenza di sostegno familiare adeguato;

- pazienti reduci da malattie acute, ad alto carico assistenziale che necessitano di riattivazione motoria e di tempo per adeguare l'organizzazione domiciliare (counseling fisioterapico al paziente ed ai familiari, prescrizione ausili).

Criteri di Esclusione:

- instabilità clinica
- paziente in fase terminale di malattia
- pazienti non in grado di raggiungere obiettivi di recupero (basso livello funzionale e/o cognitivo)
- pazienti con indicazione a riabilitazione intensiva.

Modalità di accesso:

- dall'Ospedale (ACOT, pronto soccorso, reparti, low-care) su segnalazione e valutazione dei medici specialisti di struttura
- dal Territorio su segnalazione del MMG e specialisti ambulatoriali.

Tempo massimo di ricovero: 60 giorni

Dimissione

Al raggiungimento degli obiettivi il paziente può essere dimesso verso:

- domicilio
- Modulo RSA Base

Protocollo per accesso, monitoraggio e dimissione dai moduli specialistici

Relativamente all'accesso in **Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale**, di norma l'inserimento avviene a seguito di una valutazione multidimensionale effettuata dalla Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) che redige un PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Come previsto dalle disposizioni regionali, la durata del ricovero nel modulo specialistico per la disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale è definita nel Progetto Assistenziale Individualizzato, in cui devono essere indicate obbligatoriamente le valutazioni periodiche da effettuarsi sugli obiettivi posti dallo stesso e comunque non deve protrarsi indicativamente oltre il terzo mese di permanenza in struttura.

In caso di accesso al Pronto soccorso, il CDCD, allo scopo di evitare al paziente affetto da demenza ricoveri ospedalieri impropri (che oltretutto comportano un grave rischio di danno psicosomatico e funzionale) disporrà anche di posti di modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale in struttura residenziale, ai quali potrà ricorrere direttamente in caso di urgenza per il periodo necessario a stabilizzare i sintomi e rivedere, quindi, il progetto individualizzato, in accordo con il MMG e il team delle cure primarie.

La presa in carico residenziale "in urgenza" delle persone con demenza e gravi disturbi del comportamento viene quindi gestita direttamente dal CDCD in sinergia con l'UVM ed è indicata nelle situazioni in cui non sia possibile una gestione domiciliare del caso ma non sia necessario un ricovero ospedaliero: ad esempio nel caso in cui la famiglia presenti una condizione di grave stress psicofisico ("burnout del caregiver"). Il ricovero si configura quindi come "terapeutico" in quanto ha come obiettivo principale la stabilizzazione dei disturbi del comportamento e, laddove possibile, il recupero della autonomia nelle attività di vita quotidiane (ADL). A tal fine è possibile dedicare posti letto "ad alta valenza terapeutica" in RSA dove siano presenti posti letto di modulo

specialistico per disabilità di natura cognitivo-comportamentale, da concordare con l'Azienda USL di riferimento.

Per quanto riguarda le modalità di ingresso, il CDCD comunicherà immediatamente il nominativo della persona affetta da demenza con BPSD non gestibile a domicilio e i riferimenti del caregiver e/o della famiglia alla UVM che contatterà quindi la famiglia per concordare l'ingresso.

Contestualmente l'UVM, in raccordo con il CDCD, redigerà il piano di assistenza individualizzato (PAI) indicando il periodo di permanenza sul posto letto.

La Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) mantiene la funzione propria per quanto riguarda la definizione dei Piani Assistenziali Personalizzati per i pazienti ad elevata complessità sociosanitaria, attivando e monitorando l'utilizzo appropriato dei servizi sociosanitari per non autosufficienti.

E' già funzionante in vari territori una efficace collaborazione tra il CDCD e l'UVM. Tale collaborazione e l'integrazione funzionale dovrà essere oggetto di specifiche procedure aziendali.

Al fine di facilitare la presa in carico nella rete, sia nel caso in cui il paziente affetto da demenza venga inviato in urgenza in struttura da parte del CDCD, sia in occasione di ricovero in ospedale, anche attraverso l'ACOT, viene trasmessa l'informazione all'UVM, affinché possa, in maniera tempestiva, procedere alla rimodulazione del PAI, in accordo con la famiglia, per reinserire, una volta ridotti i disturbi del comportamento, il paziente al proprio domicilio o, ove non sia possibile, indirizzarlo verso altri servizi della rete.

Nei casi di dimissione ospedaliera di persona con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale, con prevalenza di problemi attinenti i disturbi del comportamento, come agitazione, aggressività, wandering dunque la valutazione, elaborata tempestivamente, avviene a cura di ACOT in sinergia con la UVM integrata dallo specialista di branca, ovvero del CDCD.

La valutazione esprime un PAI con decorrenza e conclusione definita e prevede un monitoraggio a cura dell'equipe integrata dallo specialista di branca e un progetto di continuità elaborato a conclusione del PAI temporaneo.

Relativamente all'accesso in **Modulo per disabilità prevalentemente di natura motoria**, per i pazienti dimessi dall'ospedale, in fase post-acuzie stabilizzati generalmente affetti da un quadro di polipatologia cronica in condizioni di buon compenso clinico, con l'obiettivo principale di incrementare i livelli residui di autosufficienza, l'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) garantisce il governo dell'interfaccia Ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa. L'accesso dunque è subordinato alla valutazione della stessa ACOT e successiva autorizzazione da parte della Zona Distretto di residenza dell'assistito.

Anche nel caso di pazienti inviati dal Medico di Medicina Generale con riacutizzazione di cronicità, che necessitano di riattivazione motoria, ma senza necessità di ricovero in ospedale per acuti, l'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio svolge funzione di riferimento e di organizzazione del servizio in quanto strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio che fa capo funzionalmente alla Zona-Distretto; l'ACOT coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera, il MMG anche relativamente alle segnalazioni provenienti dal territorio qualora sia presente richiesta di inserimento.

In presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'ACOT, in quanto strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio attiva l'UVM zonale competente in una logica di continuità con il percorso valutativo progettuale proprio della persona in condizione di non autosufficienza permanente.

Per assicurare appropriatezza e definizione dei percorsi a tutela delle persone l'accesso ai diversi livelli di assistenza avviene per liste di accesso diversificate per livello di assistenza e conseguente tipologia di offerta e per accesso temporaneo o di lungo assistenza.

Allegato 2

AMBITO TERRITORIALE		ABBATTIMENTO LISTE DI ATTESA		ADEGUAMENTO POPOLAZIONE RESIDENTE				TOTALE ASSEGNATO
		LISTA D'ATTESA AL 31/12/25	RISORSE ASSEGNATE	INDICE APPROPRIATEZZA	INDICE SPESA	INDICE COPERTURA POPOLAZIONE ULTRA 65enne	RISORSE ASSEGNATE	
Azienda USL Toscana Nord Ovest	Lunigiana	9	18.084,60	100	100	79	199.717,34	217.801,94
	Apuane	32	63.296,10	95	98	61	777.392,00	840.688,10
	Piana di Lucca	42	90.423,00	100	100	66	802.241,46	892.664,46
	Valle del Serchio	7	18.084,60	100	100	81	170.533,57	188.618,17
	Pisana	80	180.846,00	99	97	89	339.420,30	520.266,30
	Alta Val di Cecina – Valdera	129	271.269,00	100	99	82	326.774,15	598.043,15
	Livornese	31	63.296,10	100	80	79	849.469,70	912.765,80
	Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	39	81.380,70	100	99	62	538.945,00	620.325,70
	Elba	36	72.338,40	95	98	65	156.841,74	229.180,14
	Versilia	74	153.719,10	100	94	83	402.381,71	556.100,81
	Pistoiese	51	108.507,60	100	80	70	767.779,78	876.287,38
Azienda USL Toscana Centro	Val di Nievole	42	90.423,00	98	100	72	480.438,56	570.861,56
	Pratese	161	343.607,40	100	100	95	173.283,49	516.890,89
	Firenze	206	443.072,70	93	97	165	0,00	443.072,70
	Fiorentina Nord-Ovest	192	415.945,80	100	96	117	0,00	415.945,80
	Fiorentina Sud-Est	61	135.634,50	100	85	126	0,00	135.634,50
	Mugello	36	81.380,70	100	91	140	0,00	81.380,70
	Empolese – Valdarno Inferiore	169	361.692,00	97	100	108	0,00	361.692,00
	Senese	90	189.888,30	100	100	128	0,00	189.888,30
Azienda USL Toscana Sud est	Alta Val d'Elsa	8	18.084,60	99	99	103	0,00	18.084,60
	Amiata Senese e Val d'Orcia - Val di Chiana Senese	68	144.676,80	100	100	108	0,00	144.676,80
	Aretina	65	135.634,50	100	99	111	0,00	135.634,50
	Casentino	14	27.126,90	100	96	105	0,00	27.126,90
	Valtiberina	50	99.465,30	100	94	110	0,00	99.465,30
	Valdarno	82	171.803,70	100	100	110	0,00	171.803,70
	Val di Chiana Aretina	43	90.423,00	100	99	114	0,00	90.423,00
	Amiata Grossetana - Colline Metallifere – Grossetana	68	144.676,80	100	100	108	0,00	144.676,80
	Colline dell'Albegna	0	0,00	100	90	94	0,00	0,00
	TOTALE	1885	4.014.781,20				5.985.218,80	10.000.000,00