

La programmazione dell’assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77

Sommario

Introduzione e analisi del contesto	3
1. Lo sviluppo dell’assistenza territoriale attraverso il PNRR: Missioni 5 e 6 e DM 77/22	4
2. Il Distretto: funzioni e standard organizzativi regionali	9
2.1 Gli strumenti di programmazione	11
2.2 Le Reti Territoriali Integrate	13
3. I punti di accesso al sistema	15
3.1 Il Punto Unico di Accesso	15
3.2 L’Unità di Valutazione Multidimensionale	17
4. I luoghi di cura ed i servizi	18
4.1 Le Case della Comunità	18
4.2 Le Aggregazioni Funzionali Territoriali	22
4.3 L’Infermiere di Famiglia e Comunità, le professioni sanitarie nel territorio e lo psicologo di base	24
4.4 Le cure primarie per la cronicità - Sanità d’iniziativa	26
4.5 L’Unità di Continuità Assistenziale	27
4.6 Gli Specialisti dell’Assistenza Territoriale	27
4.7 L’Assistenza Domiciliare Integrata	28
4.8 Gli Ospedali di Comunità	29
4.9 La rete delle cure palliative	30
4.10 Il consultorio	32
4.11 I servizi sociosanitari e l’integrazione in materia di salute mentale adulti e infanzia-adolescenza e le dipendenze	33

4.12 I servizi sociali e l'inclusione	34
4.13 Le Centrali Operative Territoriali	35
4.14 La Centrale Operativa 116117	37
4.15 La Telemedicina	38
4.16 Il sistema informativo territoriale unico regionale	39
4.17 Prevenzione collettiva e sanità pubblica	41
5. Fabbisogno di personale per il funzionamento dei servizi e piani di formazione	42
6. Cronoprogramma	43
7. Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di organizzazione	44

IL CONTESTO.

L'inversione della piramide demografica ed il conseguente aumento dell'incidenza e della prevalenza delle patologie croniche, associati ai cambiamenti economico-sociali derivati dalla pandemia SARS-cov2 ed alla consapevolezza di quanto il sistema sociosanitario abbia subito un impatto assai pesante, impongono un profondo ripensamento ed una **riorganizzazione dei sistemi sanitari, socio-sanitari e sociali della nostra Regione**.

La capacità di risposta alla fase pandemica, che la Toscana ha dimostrato, ha permesso di **sostenere l'onda d'urto** ma ha evidenziato una serie di **sfide da affrontare** nell'immediato futuro, a partire dal confermare e rilanciare i principi base del nostro sistema sanitario e sociale, cioè il carattere **universale, pubblico e di qualità** dell'assistenza nonché la centralità dell'intervento pubblico attraverso le politiche regionali.

Queste ultime sollecitano, anche attraverso le indicazioni date dal nostro Consiglio Regionale attraverso la **Risoluzione n. 184**, un modo nuovo e diverso di posizionarsi da un punto di vista organizzativo, sviluppando quanto più possibile un **modello di presa in carico del cittadino più continuo e vicino al suo domicilio**, spostando sempre più i servizi e l'assistenza dai luoghi istituzionali verso l'ambiente di vita delle persone.

Da anni infatti la richiesta di assistenza è sempre meno legata a un bisogno semplice, più spesso essa è legata ad un complesso di patologie, a volte correlate con forti caratteri di non autosufficienza o di disabilità, o di fragilità, o infine di marginalità e disuguaglianza sociale. In questi casi la richiesta è di **presa in carico globale** e di assistenza non solo sanitaria, ma anche di risposte sociali e socio-assistenziali.

Pertanto, la **“casa come luogo di salute e di cura”** diventa il luogo dove la persona assistita, soprattutto se fragile, può sviluppare maggiori possibilità di guarigione o di recupero funzionale, ed in questo senso è strategico **l'approccio multidimensionale e multidisciplinare** integrato fra tutti gli attori del sistema sanitario, sociale, socio-sanitario pubblici e privati.

È questa forse la più profonda eredità che ci lascia la pandemia covid: a bisogni complessi la risposta non può essere solo individuale ma deve agire nella **dimensione collettiva e comunitaria**. Accanto alla creazione di servizi solidi, continuativi e prossimi nel territorio, occorre attivare risposte di **cura, assistenza e tutela più vicine alle persone in termini relazionali e comunitari**.

1. LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE ATTRAVERSO IL PNRR: MISSIONI 5 E 6 E DM 77/22.

Il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, che si compone di azioni operative e di azioni di riforma raggruppate in Missioni e Componenti tematiche, indica la via da seguire per raggiungere gli obiettivi elencati.

La **Missione 5**, dedicata a **inclusione e coesione sociale** e affidata alla gestione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in rapporto diretto con gli ambiti territoriali (**per la Toscana le Zone-distretto**), inquadra all'interno della sua Componente 2: "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" i propri obiettivi specifici connessi al **rafforzamento del ruolo dei servizi sociali territoriali** come strumento di resilienza, al miglioramento del sistema di protezione e di azioni di inclusione a favore di persone in condizioni di estrema emarginazione e di deprivazione abitativa, all'integrazione tra politiche e investimenti nazionali per garantire un approccio multiplo che riguardi sia la disponibilità di case pubbliche e private più accessibili, sia la rigenerazione urbana e territoriale. Riconosce inoltre il ruolo dello sport nell'inclusione e integrazione sociale come strumento di contrasto alla marginalizzazione di soggetti e comunità locali.

Nell'ambito di queste finalità generali, sono definite le aree progettuali destinate a servizi sociali, disabilità e marginalità sociale articolate in tre "Investimenti": sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli **anziani non autosufficienti**, percorsi di autonomia per **persone con disabilità, housing temporaneo e stazioni di posta**; e due "Riforme": legge quadro per le disabilità e sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

La **Missione 6**, dedicata all'**area sanitaria** e affidata alla gestione diretta da parte della Regione nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, e nello specifico la Componente 1, si focalizza sulle **reti di prossimità territoriali**. L'ulteriore sviluppo di tali reti, già esistenti in Toscana, formate dall'insieme delle strutture, dei servizi, dei professionisti e delle comunità di riferimento e supportate da idonee infrastrutture informative, riguarda la casa come primo luogo di salute e di cura, le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, messi in rete dalle Centrali Operative Territoriali. Le azioni di riforma prevedono la definizione di una vera e propria **riorganizzazione della sanità territoriale** con ulteriori dotazioni strutturali e standard di offerta, coadiuvati dal **supporto dell'innovazione digitale**, garantendone l'integrazione con le reti ospedaliere e dell'emergenza-urgenza al fine di produrre interventi coordinati.

Lo sviluppo delle reti territoriali nel contesto toscano contribuisce a sostenere **l'integrazione socio-sanitaria già esistente**, che a sua volta dà consistenza alle reti territoriali stesse in un rapporto bidirezionale di connessione reciproca. Le politiche per l'integrazione sociosanitaria necessitano di essere riconsiderate alla luce del PNRR (missioni 5 e 6) nonché, per l'ambito più strettamente riferito alle politiche sociali, al quadro programmatico e di indirizzo rappresentato dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023. La nostra Regione dispone di un **impianto normativo** robusto, rappresentato rispettivamente dalle

LL.RR 40 e 41 del 2005 per l'ambito sanitario e per l'ambito sociale, che hanno posto le basi per una corretta integrazione sociosanitaria, sia dal punto di vista istituzionale sia dal punto di vista organizzativo sia, per alcuni servizi specifici, dal punto di vista economico-finanziario.

Il **sistema dei servizi territoriali** è oggetto specifico del DM 77/2022 “Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”, che definisce appunto modelli e standard per l'attuazione dell'azione di riforma prevista dalla Missione 6. In Toscana ciò si realizza anche attraverso il consolidamento dell'integrazione sociosanitaria oggetto della Missione 5, con particolare attenzione **all'assistenza domiciliare e all'area delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza** (estendendo e consolidando l'esperienza pluriennale del programma nazionale P.I.P.P.I. di prevenzione dell'istituzionalizzazione dei minori), alle politiche per l'inclusione sociale degli adulti ed infine alle politiche per le **persone anziane**, le persone con limitazioni dell'autonomia e le **persone in condizione di disabilità**.

Nel loro insieme, le azioni operative e le azioni di riforma organizzativa offrono, anche in relazione ai consistenti finanziamenti rivolti al sistema territoriale, la possibilità di sostenere e potenziare la rete di servizi e interventi sociali, sanitari e sociosanitari, secondo un approccio teso a favorire l'**integrazione ed il coordinamento tra i diversi percorsi assistenziali**. Per quanto concerne la parte sanitaria, si ha l'opportunità di una ulteriore strutturazione della rete assistenziale territoriale, integrata con gli altri livelli del sistema, omogenea ed equa a livello regionale, in grado di rispondere alle sfide attuali, anche attraverso **eventuali modifiche della normativa vigente**.

Nel dare attuazione al **DM 77/2022** la Regione Toscana intende non soltanto garantire l'adempimento delle indicazioni ed il rispetto degli standard in esso contenuti, ma anche **valorizzare le peculiarità del modello toscano** e sviluppare ulteriori aspetti di innovazione che permettano al servizio socio-sanitario regionale di mantenere il livello di eccellenza. Nel fare ciò i principi di riferimento saranno: **la comunità, l'integrazione e l'innovazione**.

Se si volesse definire in modo sintetico il cosiddetto “Modello Toscano”, si potrebbe riassumere come un sistema che adotta come riferimento principale il quadro complesso dei **determinanti di salute e dello sviluppo sostenibile** e che agisce per rispondere ai bisogni delle persone, delle famiglie e delle comunità attraverso una **struttura integrata di tipo sanitario, sociosanitario e sociale** sviluppata su una comune base territoriale. Un impianto sostenuto da un **sistema di governance multilivello** fondato sulla cooperazione interistituzionale tra Regione, Aziende Sanitarie, zone-distretto, Comuni e loro forme associative e consortili, con il coinvolgimento importante degli enti del terzo settore, anche alla luce delle riforme adottate nel periodo precedente e connesse, tra l'altro, alla sperimentazione dei nuovi istituti della **co-programmazione e della co-progettazione** (Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 e Legge regionale 22 luglio 2020, n. 65).

In questo quadro generale il **sistema socio-sanitario** regionale ha perseguito negli anni la massima qualità e appropriatezza delle cure e delle attività di prevenzione e promozione della salute, l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, l'efficacia degli interventi, con una costante tensione verso la riduzione delle disuguaglianze,

valorizzando il patrimonio professionale e strutturale di cui il SSR si è dotato nel corso del tempo pur nelle difficoltà derivanti dalla gestione dell'equilibrio economico del sistema.

Con particolare riferimento alla dimensione dell'**integrazione socio-sanitaria** sono state ricercate le forme organizzative più adeguate, lo sviluppo della rete dei servizi, la qualificazione costante dei processi, alimentando le connessioni indispensabili, all'interno degli ambiti territoriali di programmazione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni, con e tra gli enti locali e gli Enti del Terzo Settore, con gli enti del territorio ed il volontariato, per un approccio appropriato ed evoluto a bisogni complessi ed il più possibile vicino alle persone. Il modello toscano, nella propria evoluzione, tende pertanto all'attuazione operativa degli approcci complessi delineati prima dalla **One Health** e ora dalla **Planetary Health**.

Tenendo conto dei diversi modelli di governance adottati a livello nazionale, **l'attuazione coordinata e integrata della Missione 5 e della Missione 6** intende condurre al rafforzamento dell'offerta territoriale, aggiungendo ulteriori livelli **di integrazione strutturale e sistemica tra sanità, ambito sociosanitario e ambito sociale**, qualificando le relazioni tra i diversi soggetti in Reti Territoriali Integrate, in una logica di maturazione e consolidamento dell'esperienza toscana delle zone-distretto e delle Società della Salute senza mai perdere di vista le **diverse identità del territorio** fatto di aree rurali e montane estese, di centri urbani e di territori di varia natura oro-geografica, nonché il protagonismo e l'iniziativa del terzo settore e delle reti informali e di prossimità.

Costituire i nodi della **Rete Territoriale Integrata** toscana significa anche aprire un percorso di rafforzamento dell'identità e delle funzioni delle **zone-distretto**, che in Regione Toscana vedono coincidere esattamente ambito zonale sociale, sociosanitario e sanitario. Zone-distretto chiamate a dialogare con i Comuni da un lato, e con le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere Universitarie dall'altro, attraverso un'infrastruttura, composta da risorse professionali stabilmente dedicate, presidi e servizi tarati su modelli e standard comuni, in grado di corrispondere alle singole caratteristiche territoriali e alla stratificazione dei bisogni con un funzionamento basato su processi trasversali alle tre macroaree assistenziali che insistono su un basamento logistico-organizzativo comune a tutta la zona.

Collaborare sistemicamente con gli **enti locali** e il **terzo settore** significa porre attenzione alle identità culturali e storiche delle comunità locali. Con il terzo settore in particolare significa recuperare, laddove si è persa e rafforzare dove invece è particolarmente viva, la partnership naturale fondata sugli interessi generali a beneficio della comunità. Accogliere e sviluppare la **cultura dell'amministrazione condivisa** significa introdurre **sistematicamente** nel "Modello Toscano" gli strumenti della co-programmazione e della co-progettazione, recependo il dettato della **L.R. 65/2020** al fine di costituire, sia in campo sanitario che sociale, quei partenariati pubblico-privato sociale che il legislatore nazionale e regionale hanno immaginato quali contesti di relazione e scambio di competenze, funzioni e risorse ispirati al principio della collaborazione tra tipologie di enti (pubblici e del terzo settore) accomunati dallo svolgimento di attività di interesse generale orientate a perseguire insieme finalità condivise e in questo profondamente diverse dalla logica della concorrenza e del mercato sottesa al codice degli appalti.

Infine, per il passaggio dalla concezione della medicina come cura delle malattie a **medicina come gestione globale del benessere delle persone**, la nuova sanità dovrà essere: preventiva, predittiva, personalizzata e partecipata **coinvolgendo sempre più la popolazione** grazie all'accesso alle tecnologie e alla quantità, e qualità, di informazioni inviabili con esse.

Un obiettivo questo che prevede:

- il rafforzamento della **presa in carico integrata** a partire dall'accesso ai servizi sociosanitari per anziani non autosufficienti e la riorganizzazione della presa in carico delle persone con disabilità; una più rapida ed efficace valutazione multidisciplinare dei bisogni, attraverso il potenziamento delle professionalità presenti nei Punti Unici di Accesso e componenti l'Unità di Valutazione Multidisciplinare/Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità;
- un percorso di **individuazione e stratificazione dei bisogni** che dovrà tenere conto anche degli indicatori socio-economici e non solo di salute;
- la **personalizzazione dell'offerta** proattiva di attività di prevenzione e di promozione della salute, di cura e di continuità di intervento (medicina di iniziativa e continuità assistenziale), con riferimento all'insieme più ampio dei diversi ambiti operativi e target (primi 1000 giorni di vita, infanzia-adolescenza, giovani e adulti, persone con limitazioni dell'autonomia, persone anziane, persone in condizioni di disabilità, persone a rischio di marginalità sociale, profughi coinvolti in flussi migratori internazionali, richiedenti asilo, rifugiati e titolari delle altre forme di protezione internazionale);
- un **disegno chiaro dei presidi territoriali** che dovranno essere facilmente individuabili sul territorio, garantendo realmente una vicinanza alle persone;
- un'adeguata presenza sul territorio degli **sportelli di accesso** (PUA) che costituiscono uno dei livelli base di cittadinanza sociale e hanno la finalità di eliminare e semplificare i passaggi che la persona o i suoi familiari devono compiere per accedere ai servizi;
- **la formazione e l'aggiornamento continuo degli operatori** degli sportelli dell'accesso, al fine di omogeneizzare su tutto il territorio regionale le modalità di accoglienza della domanda e informazione nonché l'orientamento al cittadino;
- una nuova organizzazione dei sistemi di **circolarità in sicurezza delle informazioni socio-sanitarie** della persona quale patrimonio conoscitivo per il personale sociosanitario all'interno dei percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali;
- un occhio attento alla **sostenibilità**, che dovrà essere non solo economica ma anche ambientale e giuridica;
- l'**accessibilità** a 360° non solo dal punto di vista dei diritti e delle pari opportunità ma anche della capillarità con cui dovrà diffondersi grazie al **consenso da parte dell'intera comunità**.

È necessario proseguire e accelerare il consolidamento del sistema con un appropriato **sistema informativo territoriale**, che garantisca l'interoperabilità e il necessario e sicuro passaggio delle informazioni, che sappia rappresentare la complessità del fenomeno e che sia un valido ausilio per gli operatori in fase di valutazione e gestione delle progettualità.

Nello specifico, è già stato realizzato un primo step per la realizzazione di un nuovo sistema informativo dei servizi territoriali (sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale), che è consistito nell'accorpamento degli applicativi in uso nelle Aziende UU.SS.LL. della nostra regione per la gestione del territorio, consentendo la razionalizzazione dell'infrastruttura, l'omogeneizzazione dei processi, il soddisfacimento dei debiti formativi e, in prospettiva, l'integrazione socio-assistenziale con i Comuni. Si tratterà dunque di proseguire **nell'aggiornamento tecnologico** dei vari moduli presenti e implementare nuove funzionalità che accompagnino l'evoluzione del sistema.

La qualità complessiva della risposta regionale agli obiettivi del DM 77 deriverà anche dalla capacità di orientare la progettazione degli investimenti finanziati dal PNRR secondo una **pianificazione strategica integrata sia a livello regionale che di zona-distretto**, tenendo insieme le peculiarità e le differenze nei percorsi, nelle modalità e nei contesti di erogazione delle prestazioni a livello ospedaliero, della sanità territoriale e dei servizi sociali.

Tale obiettivo strategico impone la necessità di valutare come **integrare l'ambito sanitario e l'ambito sociale nei vari percorsi di accesso, accoglienza, informazione, orientamento e presa in carico a livello territoriale**, determinando i punti e gli spazi di interazione reciproci, anche ai fini di favorire soluzioni progettuali complessivamente sostenibili e razionali tra:

- COT e servizio di emergenza-urgenza sanitaria e sociale;
- Segretariato Sociale e PUA, dedicati ai percorsi della non autosufficienza e della disabilità;
- Case della Comunità, Centri Servizi/Stazioni di Posta e centri per le famiglie.

Obiettivi ulteriori da raggiungere al termine del processo saranno:

- la **semplificazione dei percorsi** di accesso e di erogazione delle cure e dei servizi;
- lo sviluppo di un **welfare territoriale sistemico** riconoscibile e identitario;
- la **risposta H24**, sia in campo sanitario che sociale e coinvolgendo tutte le professioni sanitarie;
- il collegamento tra i luoghi della **residenzialità del territorio**, ossia la creazione di un sistema in cui strutture, quali ad esempio Hospice e Ospedali di Comunità ma anche servizi residenziali e semiresidenziali per minori ed adulti operanti in campo socio-educativo e socio-assistenziale, siano in grado di comunicare maggiormente col territorio ed essere inserite realmente in un percorso integrato di presa in carico delle persone;

- l'empowerment delle **risorse umane, professionali, della famiglia e delle comunità**
- la **stratificazione della popolazione** e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni finalizzate alla programmazione e alla presa in carico.

2. IL DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI REGIONALI.

Il distretto è l'articolazione territoriale dell'azienda U.S.L. considerata ottimale per la valutazione dei bisogni sanitari e sociali e per l'organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati che trova i suoi riferimenti normativi sia a livello nazionale che regionale.

A livello nazionale, il **Dlgs n.502/92** che effettua il riordino della disciplina in materia sanitaria, individua nel Comitato dei Sindaci di Distretto l'organo funzionale per la verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dalla programmazione delle attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie, rinviando alla disciplina regionale la sua organizzazione e funzionamento.

Il **Programma delle attività territoriali** prevede la localizzazione dei servizi sanitari territoriali e di quelli dell'integrazione e la determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria. Sempre nell'ambito dell'integrazione, il DPCM del 2017, che aggiorna e definisce i **Livelli Essenziali di Assistenza**, conferma l'articolazione distrettuale delle attività di assistenza socio-sanitaria residenziale, semiresidenziale, domiciliare e territoriale.

Per le attività socio-assistenziali, la L. n.328/2000 attribuisce alla Regione il compito di determinare, tramite le forme di concertazione con gli enti locali, gli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete e assegna al **Piano di Zona**, adottato con accordo tra gli enti locali e azienda Usl, la programmazione degli interventi sociali e socio-sanitari.

Sempre a livello nazionale, il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e il connesso **Piano di contrasto alla povertà** (Dlgs n.147/2017) mettono l'accento sulla necessità di perseguire sempre più l'identità di ambito sociale, dei distretti sanitari e la delimitazione territoriale dei centri per l'impiego, al fine di favorire l'integrazione delle varie politiche.

In maniera affine, nel **Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024** viene posta in evidenza la centralità dell'ambito territoriale che è individuato come sede principale della programmazione locale, della concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate attive a livello locale. Regione Toscana, in coerenza con gli indirizzi dettati a livello nazionale, da tempo ha già uniformato **l'articolazione territoriale per l'ambito socio-sanitario**, attraverso la L.R. n.40/2005, che disciplina il servizio sanitario regionale e la L.R. n.41/2005, che invece disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali. Nello specifico, la **LR n.40/2005** definisce la zona-distretto come l'articolazione territoriale dell'azienda U.S.L. (art.2) e la individua quale ambito territoriale ottimale per la valutazione dei bisogni sanitari e sociali, di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati (art. 64). Inoltre, al fine di esplicitare il collegamento fra l'ambito territoriale sociale e il distretto, la **LR**

n.41/2005 stabilisce che le disposizioni che richiamano gli ambiti territoriali si intendono riferite agli ambiti delle zone-distretto (art.36 bis).

Nel 2015 la riforma del sistema sanitario (LR n.84/2015) ha previsto una ridefinizione delle delimitazioni territoriali delle A.U.S.L. che ha prodotto una significativa riduzione del loro numero complessivo, da 12 sono diventate 3. Successivamente, la LR n.11/2017, sulla base di criteri strutturali ed infrastrutturali stabiliti dalla L.R. n.84/2015, ha disposto l'avvio di un processo di revisione delle articolazioni territoriali delle zone-distretto, che ha interessato 14 ambiti zonali, i quali sono andati a ricomporre 6 nuove zone-distretto, di cui 5 con attivo il consorzio **Società della Salute**. Di esse, 4 sono nate mediante fusione per incorporazione di SdS precedenti, mentre una SdS è nata dall'adesione dei comuni di una zona-distretto alla SdS già esistente. Questo processo ha prodotto una riduzione del numero complessivo delle zone-distretto, che da 33 sono diventate 26. Le **zone distretto** sono individuate con deliberazione del Consiglio Regionale, su proposta della Giunta Regionale, previo parere della Conferenza Regionale dei Sindaci e a ciascuna è preposto un direttore di zona, nominato dal Direttore generale della A.U.S.L. in accordo con la conferenza zonale integrata, al quale sono attribuite competenze in materia di assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. Il direttore di zona garantisce rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'AUSL e gli enti locali, realizza le attività definite dalla programmazione sanitaria e di integrazione socio-sanitaria, gestisce il budget assegnato alla zona-distretto e negozia con i responsabili delle unità funzionali della zona-distretto e i coordinatori delle Aggregazioni Funzionali Territoriali i budget di rispettiva competenza; si raccorda infine con il direttore del presidio ospedaliero di zona per i percorsi di continuità ospedale-territorio (art.64.1 LR 40/2005).

Nelle zone nelle quali sono costituite le SdS, il direttore generale dell'A.U.S.L. delega al direttore della SdS le funzioni di direttore di zona (art.64.2).

Nel 2021 sono stati avviati due percorsi di lavoro volti sia a garantire un livello minimo di uniformità del sistema attraverso il rafforzamento degli strumenti dell'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale. Il primo ha previsto l'attivazione di un percorso di accompagnamento alla sottoscrizione del nuovo schema di convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria (DGRT n.886/2021) che ha coinvolto 12 zone-distretto; il secondo ha riguardato il rafforzamento del modello della SdS, attraverso l'implementazione di un percorso di progressiva convergenza in materia di organizzazione, di gestione del personale, di bilancio e di gestione delle risorse.

Le Leggi Regionali 40 e 41 del 2005 definiscono inoltre la struttura della governance istituzionale articolata mediante un sistema di **conferenze** costituite sulla base del differente livello di governo nel quale agiscono. Nello specifico, al livello di zona-distretto hanno competenza la Conferenza Zonale dei Sindaci (art. 34 LR n.41/2005) e la conferenza zonale dei sindaci integrata con l'azienda U.S.L. (art.12 bis LR n.40/2005), a livello di area vasta si colloca la conferenza aziendale dei sindaci (art. 12 bis LR n.40/2005), mentre a livello regionale è costituita la Conferenza Regionale dei Sindaci (art. 11 LR n.40/2005).

Tra le funzioni principali di tali conferenze, risiede quella relativa alla formulazione e all'approvazione degli atti fondamentali di programmazione per il livello di propria competenza. In particolare, a livello di zona-

distretto la programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali si attua attraverso il **Piano Integrato di Salute** (art. 21 LR n.40/2005), che è approvato dalla conferenza zonale integrata o dall'assemblea della SdS, ove costituita. Ad oggi in tutto il territorio toscano Il PIS ha assorbito l'elaborazione del PIZ, sulla base di uno specifico accordo con la Conferenza Zonale dei Sindaci, così come previsto dalla LR n.40/2005 all'art. 21.

L'Assemblea della SdS o la Conferenza Zonale dei Sindaci esercitano le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale e per questo emanano gli indirizzi generali di politica sanitaria, nel quadro della programmazione regionale. Gli Obiettivi di salute del PIS, derivano dagli indirizzi summenzionati tenuto conto del profilo di salute, dei bisogni e del quadro delle risorse disponibili che caratterizzano lo specifico territorio. Gli obiettivi sono resi operativi e attualizzati attraverso la parte operativa del PIS ossia la Programmazione Operativa Annuale il cui aggiornamento annuale è condizione per l'attivazione delle risorse comprese nel fondo sociale regionale (art. 29, comma 5 LR 41/2005), e si compone di programmi operativi e schede di attività, collegati agli obiettivi strategici, secondo la logica della struttura ad albero.

Nel DM 77 il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali, al cui interno si individua la Casa della Comunità, la quale rappresenta lo strumento deputato al perseguimento dell'integrazione; essa è il luogo in cui si coordina e si integra il SSN con il sistema dei servizi sociali, al fine di poter assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. All'interno di questo quadro il ruolo del Direttore di distretto si conferma, come già previsto nel SSR, come responsabile dell'attività di programmazione e della gestione dei percorsi integrati di propria competenza.

In conclusione, la struttura organizzativa del territorio toscano, nonché le modalità di programmazione e l'organizzazione dell'integrazione socio-sanitaria previsti a livello normativo regionale risultano coerenti con gli indirizzi ministeriali in materia. Vi è corrispondenza tra i modelli organizzativi e le modalità programmatiche delle zone-distretto toscane e le funzioni attribuite al distretto.

Tuttavia, al fine di garantire l'uniformità regionale dei livelli di assistenza e di erogazione dei servizi risulta necessario mettere in atto azioni di rafforzamento delle zone-distretto, di consolidamento del monitoraggio di percorsi di integrazione, di implementazione di istituti normativi già presenti ma non applicati adeguatamente, di potenziamento degli strumenti operativi delle SdS e, in sostanza, di attivazione del percorso di riorganizzazione del territorio seguendo gli indirizzi ministeriali ma in continuità e in coerenza con l'esperienza regionale.

2.1 Gli strumenti di programmazione.

La **programmazione dei presidi e dei servizi** rappresenta uno strumento in grado di mettere in relazione la dotazione dei presidi e dei servizi sanitari e sociosanitari con i fabbisogni stimati e con i nuovi processi assistenziali e di cura e la conformazione dei territori toscani, in modo da fornire le basi conoscitive per il loro

equilibrato sviluppo futuro. Si tratta di realizzare uno strumento fortemente innovativo, basato sulle nuove **capacità digitali di raccolta e rappresentazione dei dati su base territoriale**.

La costruzione della programmazione è generata da **azioni contestuali** che hanno in comune la riorganizzazione completa e coerente delle informazioni a livello zonale, aziendale e regionale:

- a) l'organizzazione sistematica dei dati di contesto dei 26 nodi zonali della Rete Territoriale Integrata, riferiti alla salute, alle condizioni socio-economiche, alle caratteristiche fisiche e ambientali del territorio;
- b) la stratificazione della popolazione per bisogni di salute e per bisogni assistenziali;
- c) l'incrocio finalizzato e sistematico di dati e informazioni provenienti da giacimenti appartenenti a diverse organizzazioni regionali che riguardano presidi, dotazioni, servizi e prestazioni;
- d) la ricerca di forme innovative di rappresentazione e comunicazione delle informazioni a maggiore contenuto conoscitivo generate dall'incrocio sistematico tra le azioni a, b e c;
- e) la combinazione sinergica delle diverse fonti e dei diversi programmi di finanziamento disponibili a livello comunitario, nazionale, regionale e locale, secondo la logica multi-fondo o mappa-fondo sperimentata nel periodo precedente a supporto della sostenibilità della programmazione operativa annuale sostenuta dai necessari riferimenti economici-finanziari.

In riferimento al complesso stratificato, completo, ordinato e dinamico di queste informazioni, il **sistema toscano della governance istituzionale multilivello** può esercitare le scelte di programmazione dei presidi e dei servizi in modo dimensionato rispetto ai bisogni di salute delle comunità e alle peculiarità territoriali, perseguendo nel contempo gli indispensabili obiettivi di appropriatezza, uniformità, omogeneità e accessibilità dei servizi.

Il complesso delle informazioni stratificate territorialmente è reso fruibile attraverso la costruzione graduale di un **“Atlante degli ambiti territoriali”**, uno strumento in cui far sedimentare le informazioni tematiche sulla salute, la stratificazione dei bisogni e le informazioni territoriali sulla dotazione e sul ricorso ai servizi. Un atlante sviluppato in forma elettronica con rappresentazioni cartografiche dell'intero territorio regionale articolate sui livelli zonali, con lo scopo di far sedimentare molto del patrimonio conoscitivo ora disseminato nelle banche dati delle singole organizzazioni e fornirne una immediata rappresentazione su base territoriale. Un sistema unitario di rappresentazione territoriale di singole informazioni ora separate, che è in grado di elevarne il contenuto conoscitivo attraverso l'incrocio sistematico, e di potenziarne sensibilmente la portata comunicativa attraverso la loro ricostruzione e rappresentazione per zona distretto o insieme di zone distretto. Gradualmente, in luogo di molti dati slegati, si andranno a sedimentare delle informazioni dense, dotate di un alto contenuto conoscitivo e facilmente comunicabili attraverso la visione territoriale.

Le scelte di programmazione operate sulla base conoscitiva fornita dall'Atlante, permettono di operare su singoli segmenti assistenziali (presidi, servizi, filiere) in termini di omogeneità o di riequilibrio o di interconnessione tra zone distretto o tra reti aziendali. L'insieme di queste scelte di programmazione genera il complesso degli **obiettivi di servizio** che a livello regionale, di area vasta o zonale orientano in modo contestualizzato, misurabile e verificabile le azioni operative delle strutture di competenza. Gli obiettivi di servizio esprimono i traguardi verso cui sono chiamate a convergere le strutture organizzative competenti rispetto a un determinato campo di azione, per cui sono definiti contenuti, modalità, standard, tempi, responsabilità.

La programmazione dei presidi e dei servizi è l'insieme degli atlanti territoriali e delle scelte di regolazione espresse attraverso gli obiettivi di servizio, con contenuti e standard, che vengono attuati attraverso gli strumenti di programmazione dei tre livelli di Governance del **PSSIR, dei PAL/PAO e dei PIS/PIZ zonali**.

Gli obiettivi individuati dal Programma regionale di azione e i contenuti rappresentati dalla Programmazione dei presidi e dei servizi, sono messi in stretta correlazione con:

- f) la programmazione recata dai Piani Integrati di Salute (PIS) e dai Piani Attuativi Locali (PAL);
- g) la qualificazione ed il potenziamento del sistema dei servizi sociali (SIOSS);
- h) lo sviluppo del Sistema della Qualità basato su autorizzazione, accreditamento e atti convenzionali;
- i) l'applicazione degli istituti per l'Amministrazione Condivisa (co-programmazione e co-progettazione) con gli enti del terzo settore.

Le azioni di sviluppo, supporto e accompagnamento alla costruzione delle reti territoriali integrate necessitano, dunque, di un partenariato strategico in grado di agire tutti i diversi livelli che le compongono.

2.2 Le Reti Territoriali Integrate.

L'attuazione delle Missioni 5 e 6 conduce al rafforzamento dell'offerta territoriale, tuttavia il "Modello Toscano" si evolve, come già anticipato, aggiungendo **ulteriori livelli di integrazione strutturale e sistemica tra sanità, sociosanitario e sociale** attraverso la costruzione delle Reti territoriali integrate, fondate sulla disponibilità e l'interazione di percorsi multidisciplinari, unità di offerta adeguatamente diffusi sul territorio, punti di accesso in grado di corrispondere ai bisogni di ascolto, informazione e orientamento ai servizi e sistemi informativi a supporto. Così come sono state costituite le reti ospedaliere, all'interno delle tre aree vaste toscane si costituiscono le reti territoriali integrate fondate sui nodi rappresentati dalle 26 zone-distretto e sulle connessioni costituite dalle diverse filiere assistenziali con i relativi processi di presa in carico integrata.

Ciascuno dei 28 ambiti zonali costituisce un nodo della rete attraverso il proprio sistema integrato di servizio che unisce l'innovazione delle dotazioni recate dalla Missione M6 e dal DM 77/2022, con l'innovazione delle

dotazioni recate dalla Missione M5 e dalla Legge 234/2021, e coinvolge anche le altre materie sociosanitarie. I singoli nodi sono immessi in una dinamica di rete strutturata e orientata sia di livello aziendale/area vasta che di livello regionale.

Ciascuna rete territoriale integrata è articolata in **quattro livelli**:

- **1° Livello.** Interessa le dinamiche interne e le interazioni tra i diversi presidi di ogni singolo ambito, con particolare riferimento alle Case di Comunità, alle COT e ai PUA, da connettere alle funzioni e alle prestazioni equivalenti in campo sociale rappresentate dal segretariato sociale, dal servizio emergenza urgenza sociale regionale, dai punti di accesso ai servizi per l'inclusione socio-lavorativa, ai centri per le famiglie e alle nuove alle stazioni di posta-centri servizi.
- **2° livello.** Interessa le dinamiche e le interazioni tra le diverse strutture organizzative che agiscono nello stesso ambito zonale, siano esse afferenti alle aree della sanità territoriale, del sociosanitario o del socioassistenziale, con particolare riferimento alla costruzione del sistema complessivo di offerta zonale e ai processi assistenziali integrati.
- **3° Livello.** Interessa le dinamiche e le interazioni tra i diversi ambiti zonalari ricompresi nella stessa Azienda sanitaria/Area Vasta, con particolare riferimento alla continuità territorio-ospedale-territorio e alla costruzione delle filiere assistenziali residenziali e domiciliari, alle reti di protezione e tutela dei minori e di sostegno alla genitorialità, all'offerta di servizi di prevenzione e promozione della salute, ai processi di innovazione sociale connessi all'utilizzo dei fondi di derivazione comunitaria e ai relativi programmi operativi regionali (FSE, FESR, FSC);
- **4° Livello.** Interessa il rapporto tra le tre reti territoriali integrate e il rapporto con le reti cliniche di rilievo regionale.

Le Reti territoriali integrate sono attivate e regolate anche attraverso azioni regionali riferite esplicitamente non solo a tematizzarne finalità, architetture e livelli di articolazione, ma anche a introdurre precisi elementi operativi in ogni ambito zonale in relazione a tre dimensioni primarie:

- **Dotazioni.** Le infrastrutture fisiche e tecnologiche, gli strumenti e i dispositivi, gli standard e la composizione del personale.
- **Processi.** Il continuum tra i processi dei PDTA, dei percorsi assistenziali integrati, dei percorsi socioassistenziali, in relazione al sistema di offerta dei servizi e alle filiere assistenziali di tipo residenziale e domiciliare.
- **Organizzazione.** Il basamento logistico e organizzativo costituito dalla zona-distretto con le sue funzioni comuni, trasversali e programmatiche.

Ovviamente, così come è sempre stata l'ispirazione del "Modello Toscano", le Reti territoriali integrate perseguono la finalità di dare **piena attuazione ai Livelli essenziali di assistenza e ai Livelli essenziali delle**

prestazioni sociali, rispettivamente nelle materie sanitarie/sociosanitarie e sociali, e soprattutto alla loro reciproca integrazione, ricercando nel concreto delle costruzioni zonali gli indispensabili caratteri di appropriatezza, omogeneità e uniformità da coniugare con le migliori condizioni di efficienza ed efficacia.

3. I PUNTI DI ACCESSO AL SISTEMA.

L'accesso ai percorsi precedentemente elencati potrà essere di tipo:

- **diretto** il cittadino si rivolgerà, ad esempio, direttamente al NUE 116117, al MMG/PLs, al PUA al segretariato sociale o ai punti insieme, ai consultori e ai servizi della salute mentale e delle dipendenze, ai centri servizi/stazioni di posta e ai centri per le famiglie;
- **mediato**, ad esempio, su segnalazione dei punti del sistema che hanno già gestito il percorso precedente del cittadino ossia attraverso le Case di Comunità, i dipartimenti di prevenzione ovvero per quanto concerne i bisogni sociali indifferibili attraverso il Servizio Emergenza Urgenza Sociale.

Il punto d'ingresso principale del **percorso sociale e sociosanitario** sarà rappresentato:

- dal **PUA** che continuerà altresì ad essere il nodo di prima lettura dei bisogni e di avvio dei percorsi di smistamento verso i servizi residenziali o semiresidenziali socio-sanitari, l'assistenza domiciliare o l'erogazione di servizi quali ADI/Cure Palliative, Sert e consultori.
- dal **segretariato sociale integrato sotto il profilo organizzativo nel PUA**, in grado di decodificare i bisogni dell'utenza, fornire i primi elementi di informazione e orientare all'accesso ai servizi di secondo livello, così come agli approfondimenti propedeutici alla presa in carico e alla successiva erogazione dei servizi di ambito sociale e sociosanitario tra i quali figurano le misure specifiche stabilite dall'**UVM/UVMD**.

3.1 Il Punto Unico di Accesso.

Il Punto Unico d'Accesso che ha sede operativa presso le Case della Comunità, rappresenta il modello organizzativo di **accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari**, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedano unitariamente **prestazioni sanitarie e sociosanitarie** e azioni di **protezione sociale**. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.

Nelle more dell'attivazione dei PUA, le aziende sanitarie e gli ambiti territoriali sociali si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata.

Le funzioni del PUA possono essere così sintetizzate:

- **Orientare** le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse, fermo restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;
- **Agevolare** l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
- **Avviare** la presa in carico, mediante una prima lettura del bisogno funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
- **Monitorare** le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi di prevenzione e promozione della salute, e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.
- **Segnalare** le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le **attività del PUA** sono articolate su due livelli:

- funzioni di **front office**: accoglienza della domanda e orientamento del bisogno, informazione e accompagnamento;
- funzioni di **back office**: prima lettura del bisogno e avvio della presa in carico, coordinamento e raccordo con le equipe multiprofessionali per le fasi successive della presa in carico.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle ASL tramite la zona distretto e dalle amministrazioni locali che fanno parte della zona distretto e/o dalla Società della Salute.

Per svolgere adeguatamente le sue funzioni, ciascun PUA deve prevedere una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi con il compito di garantire accoglienza, ascolto e prima valutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale. La composizione del PUA e la provenienza del relativo personale deve essere stabilita dalla zona distretto all'interno della convenzione sociosanitaria e dalla Sds all'interno del proprio regolamento. Le Aziende sanitarie e i Comuni devono comunque garantire un appropriato supporto in termini quantitativi e qualitativi per lo svolgimento di tale funzione.

Il PUA si relaziona e si rapporta con la Centrale Operativa Territoriale (COT) per i bisogni socio-sanitari integrati e con gli altri servizi in maniera graduale in base ai bisogni rilevati.

3.2 L'Unità di Valutazione Multidimensionale.

La valutazione multidimensionale, per la **presa in carico integrata della persona non autosufficiente** (persone anziane e con disabilità) identifica, descrive e valuta la natura del bisogno secondo una logica multifattoriale che tenga conto dell'interazione tra le condizioni di salute della persona ed i fattori sociali ed ambientali, secondo il modello bio-psico-sociale della ICF.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- una fase istruttoria nella quale sono valutati, attraverso l'utilizzo di strumenti validati, sia i bisogni che le legittime aspirazioni della persona;
- una seconda fase, effettuata collegialmente (UVM/UVMD formalmente riunita) di confronto sulle informazioni valutative raccolte, e, nei casi di persone con disabilità, di definizione del profilo di funzionamento.

Le **funzioni principali del UVM/UVMD** possono essere così schematizzate:

- identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi;
- elaborare il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale – PAI/Progetto di vita), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA e dei LEPS;
- Individuare, in base al bisogno prevalente, l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni in funzione del bisogno prevalente;
- monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI/Progetto di vita;
- La UVM/UVMD è composta da un gruppo stabile e dedicato di professionisti: medico di comunità, assistente sociale, infermiere professionale, amministrativo;

Tale nucleo stabile è integrato, di volta in volta, dal MMG ovvero dal PLs e a seconda delle specifiche necessità o dalle altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, ecc.) afferenti ai servizi/unità operative territoriali.

Il **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** ed il **Progetto di Vita** rappresentano lo strumento attraverso il quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il percorso assistenziale.

Il **Piano Assistenziale Individuale** integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 e della L.R. 66/08 ed il Progetto di vita, di cui alla L.R. 60/17 sono predisposti dall'UVM/UVMD con la partecipazione attiva della persona

Il PAI contiene gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona anziana non autosufficiente, le prestazioni da erogare individuate sulla base della valutazione delle condizioni di bisogno.

Il **Progetto di Vita** individua il ventaglio di servizi e di interventi, formali e informali, che possano permettere alla persona di migliorare la qualità della propria vita, sviluppare le sue potenzialità, partecipare alla vita sociale, di avere, laddove possibile, una vita indipendente e poter vivere in condizioni di pari opportunità rispetto alle altre persone.

4. I LUOGHI DI CURA ED I SERVIZI.

4.1. Le Case della Comunità.

A partire dal 2008 nella nostra regione sono state istituite le **Case della Salute**, che nel tempo si sono sviluppate sul territorio in dipendenza degli obiettivi delle Aziende ed in base alla vocazione delle realtà locali.

Nel 2015 e poi nel 2020 la regione toscana ha, con propri atti, dato indicazioni che mirano a rendere il sistema delle Case della Salute più omogeneo in termini di organizzazione e di obiettivi, inserendole nella programmazione delle zone-distretto. Nel 2019 la Casa della Salute, ormai riconosciuta come presidio di importanza centrale del SSR, è stata oggetto di una integrazione alla legge regionale di organizzazione del servizio sanitario (L.R. 40/2005).

Nella visione toscana, le Case della Salute (CdS) sono un punto di riferimento rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, un luogo in cui si concretizzano l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, la continuità dell'assistenza, l'integrazione con i servizi sociali per il completamento dei principali percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali. Attraverso la CdS i cittadini possono disporre, nell'ambito della Zona-Distretto/SdS, di una struttura polivalente quale punto di riferimento certo per la presa in carico della domanda di salute e di cura, per la continuità assistenziale e, attraverso la sinergia con le istituzioni locali e gli attori sociali del territorio, per una più efficace garanzia dei LEA (L.R. 40/05).

L'indirizzo relativo allo **sviluppo delle Case della Comunità** si pone in linea di continuità rispetto alla sperimentazione e successiva implementazione del modello delle Case della Salute già realizzate. Infatti, nella fase di prima applicazione del modello supportata dal fondo di cofinanziamento triennale stanziato dalla legge 296/2006, che partiva da un'idea nata proprio nella nostra regione, la Casa della Salute è una struttura polivalente in grado di erogare, in uno stesso spazio fisico, l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie,

favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie.

In particolare, essa deve rappresentare il luogo della partecipazione dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti.

La CdC dunque è una fondamentale struttura pubblica in cui i cittadini possono fruire **dell'assistenza primaria**, attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con servizi che si integrano con quelli della continuità assistenziale.

La CdC rappresenta un luogo di collegamento con i servizi sociali proponendo un raccordo intersettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni. L'elemento di **innovazione** è una struttura in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma anche parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa.

Appare evidente come il tema della **comunità di riferimento** e dei suoi bisogni fosse elemento costitutivo e centrale. In Toscana il modello attuale della Casa della Salute prevede la identificazione di strutture fisiche dislocate nel territorio dell'Azienda di riferimento, organizzate all'occorrenza in una rete di sedi tra loro collegate, visibile e fruibile dai cittadini in una dimensione di prossimità, dove i cittadini devono rivolgersi prioritariamente per trovare risposta ai loro bisogni e dove i medici di medicina generale e tutti i professionisti del territorio, organizzati in team multiprofessionale, garantiscono ai cittadini servizi e percorsi assistenziali sanitari, sociosanitari, sociali e psicologici, favoriti dalla contiguità spaziale dei servizi e la multidisciplinarietà degli interventi, anche in accordo con le modifiche apportate dalla legge regionale 20/ 2020 all'art 4 della L.R. 40/2005 relative ai percorsi assistenziali.

Successivamente, la **caratteristica distintiva di tali strutture rispetto ai distretti socio-sanitari** è stata individuata **nell'integrazione multiprofessionale**, che ha portato alla emanazione della DGR 770/2020, riconoscendo come elementi caratterizzanti i requisiti di processo, contenenti obiettivi, attività e percorsi di orientamento e assistenziali.

Nel DM 77/2022 la Casa di Comunità è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria ed è il modello organizzativo per **l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento**. Definizione assolutamente in linea con le Case della Salute.

A livello nazionale, si struttura una rete territoriale formata secondo il modello **hub and spoke**, con una CdC HUB ogni 40.000-50.000 abitanti, e una CdC SPOKE e ambulatori di medici a ruolo unico e pediatri di libera scelta nel rispetto del principio di prossimità. Tutte le forme aggregate del MMG e PLs saranno ricomprese nelle CdC avendone in esse la sede fisica oppure essendone collegate funzionalmente.

La CdC prevede un modello integrato, con un'ampia azione di equipe tra MMG, PLS e specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, altri professionisti sanitari quali psicologi, ostetrici, professionisti dell'area prevenzione, riabilitazione e tecnica, assistenti sociali, personale amministrativo.

Gli obiettivi principali delle Case della Comunità sono:

- l'accesso **unitario e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale** in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la **garanzia di accesso unitario ai servizi**, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai cittadini svolte dal PU;
- **la prevenzione e promozione della salute** attraverso interventi realizzati con il coordinamento del Dipartimento della Prevenzione;
- la presa in carico della **cronicità e fragilità** secondo il paradigma della sanità d'iniziativa;
- la **valutazione del bisogno** della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la **garanzia della continuità dell'assistenza** anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- l'attivazione di **percorsi di cura multidisciplinari**, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali anche attraverso le COT;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti e dei caregiver.

L'attuazione degli indirizzi del D.M. 77/2022 in Toscana sulle CdC muove pertanto dalla **valorizzazione dell'esperienza maturata a livello regionale**, che già inquadra formalmente le CdS come fondamentale struttura del servizio sanitario regionale, tenendo conto dei nuovi requisiti di dimensionamento e funzionamento, degli standard organizzativi, tecnologici e strutturali previsti e del suo ruolo nella rete territoriale.

Inoltre, nella loro progettazione, si raccolgono gli importanti contributi presenti nella **Risoluzione 184/2022**, che pongono l'accento sulle modalità di funzionamento delle CdC in termini di presenza dei PUA, dei team multiprofessionali, della presenza di strumenti di raccordo, sempre attraverso le COT, con altre tipologie e livelli e della rete dei servizi deputati alla presa in carico sociosanitaria e socioassistenziale (UVM, UVMD), della necessaria implementazione dei servizi di telemedicina e di sistemi informativi abilitanti e un raccordo tra SSR e mondo scolastico, nell'ottica di ricomporre i punti di accesso ai servizi della CdC per accoglienza, decodifica, orientamento e presa in carico del bisogno sanitario/socio-sanitario/sociale con una risposta omogenea.

Le preesistenti CdS verranno inquadrare, attraverso successivi atti, come **Case della Comunità *hub o spoke o ambulatori integrati in relazione al bacino di utenza*** al fine di garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, e conseguentemente riviste a livello organizzativo ed operativo in relazione agli standard organizzativi e di servizio previsti per le tre diverse tipologie di struttura.

Regione Toscana, in questo delicato passaggio, nominerà con apposito atto un gruppo di esperti interni alla direzione sanità e welfare deputato alle “site visit” presso le strutture esistenti al fine di assegnare bollino di conformità che attesti il rispetto dei parametri previsti dal DM77 e la presenza dei servizi che devono essere obbligatoriamente erogati. In parallelo, per rendere tali strutture maggiormente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento, sarà svolto uno studio di brandizzazione che porterà alla creazione del logo delle Case della Comunità toscane.

Risultano sin da subito elementi distintivi delle future CdC Toscane e requisiti vincolanti per le future determinazioni:

- La presenza obbligatoria nelle CdC HUB, in proiezione, di attività di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità;
- La presenza obbligatoria anche nelle CdC SPOKE di servizi diagnostici di base, del raccordo operativo con la continuità assistenziale, in proiezione di opportune attività consultoriali e rivolte ai minori, di interventi strutturati di prevenzione e promozione della salute pubblica scelti in relazione alle caratteristiche della popolazione di riferimento.
- La presenza obbligatoria di un punto unico di accesso sociale, socio-sanitario e sanitario e che sappia accogliere e indirizzare prontamente il cittadino verso i percorsi di presa in carico appropriati.

Con tali interventi obbligatori si intende saldare il raccordo tra personale operante nelle CdC e territorio di riferimento, affinché attraverso una stretta conoscenza del contesto e dell’epidemiologia territoriale si disegnino programmi mirati e una presa in carico del singolo e della comunità.

Sarà infatti posta particolare attenzione all’integrazione all’interno delle Case di Comunità di servizi che creino opportunità di salute e benessere per la comunità, attraverso la partecipazione ad attività anche volte a promuovere comportamenti salutari. Ciò attraverso la partecipazione attiva della comunità, il **coinvolgimento di associazioni di cittadini, associazioni sportive e culturali, volontariato**.

Inoltre, saranno consolidati e sviluppati i meccanismi di integrazione e gli aspetti di innovazione organizzativa e tecnologica su cui Regione Toscana ha già investito nella fase di implementazione delle CdS.

Sarà promosso il benessere della comunità attraverso servizi e interventi di prevenzione, di promozione sociale e di accompagnamento delle persone nei momenti di fragilità, con lo scopo di ripristinare la condizione di autonomia.

Al fine di migliorare la **presa in carico integrata con gli aspetti sociali**, la toscana prevede presso le proprie CdC di:

- sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi;
- attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale;
- promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere;
- favorire e sostenere politiche e interventi che riducono il grado di esposizione della popolazione al rischio di esclusione, di emarginazione o di disagio sociale;
- far fronte alle urgenze ed esigenze prestando particolare attenzione alla tutela dei minori quali soggetti fragili e a rischio evolutivo, al supporto alle donne vittime di violenza, alle vittime di tratta, agli adulti e anziani in situazione di grave disagio fisico e/o psichico, alle altre persone e famiglie in condizione di grave difficoltà o indigenza e attivando i servizi istituzionali e la rete locale o di altri territori interessati;
- all'interno delle CdC elemento fondamentale sarà la presa in carico dei pazienti cronici con la sanità di iniziativa garantendo spazi e tecnologie.

I servizi sanitari, sociosanitari e sociali, in maniera proattiva, devono avere la capacità di intercettare i bisogni anche attraverso campagne di informazione mirate: spesso infatti proprio le persone che hanno più bisogno dei servizi, non li conoscono e non li sanno utilizzare.

Occorre attivare politiche differenziate a seconda dei bisogni, sulla base del **principio dell'universalismo selettivo**; i servizi erogati, pertanto, dovranno tener conto della popolazione che utilizzerà quella Casa di Comunità. Per ottenere tutto questo, non dovrà essere fatta una programmazione a priori ma una programmazione che coinvolga le esigenze della comunità e i bisogni di salute della popolazione che insiste su quel territorio.

4.2. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali.

L'atto d'intesa della Conferenza Stato Regioni 70/CSR del 28 aprile 2022 ha approvato l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli MMG per il triennio 2016-2018.

Il suddetto ACN, all'art. 8, prevede che le regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, definiscano ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione volti a istituire forme organizzative mono-professionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i seguenti criteri generali: a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale; b) istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e

demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa; c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi”.

Regione Toscana sta completando l'iter per l'approvazione del suddetto atto di programmazione di cui all'art. 8. Nel corso degli anni si è già proceduto all'attivazione delle AFT con l'Accordo regionale di cui alla DGR 1231/2012, in conformità all'art. 1 del D.L. 158/12, convertito con L.189/12, e all'ACN/2010.

Le AFT, costituite nella nostra Regione nel corso del 2013, sono aggregazioni funzionali mono-professionali, prive di personalità giuridica, con compiti e funzioni di governo clinico della medicina generale, così come confermato dall'attuale ACN: condividono strumenti di valutazione della qualità assistenziale e linee guida/protocolli operativi, svolgono audit organizzativi e clinici e utilizzano cruscotti informativi a supporto dell'attività e dei processi decisionali dei medici in esse operanti, in un continuo rapporto tra pari.

Alla composizione delle AFT concorrono tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ed a rapporto orario. Il bacino medio di popolazione afferente alla AFT è di 30.000 abitanti e tiene conto delle caratteristiche demografiche e geografiche locali. Il territorio sul quale insiste la popolazione della AFT deve appartenere ad una unica Zona Distretto.

L'Atto di Intesa Regionale (AIR) del 2012 ha altresì disciplinato la figura del coordinatore di AFT individuandone compiti e remunerazione. Per i coordinatori di AFT sono previsti specifici corsi di formazione obbligatori organizzati a livello regionale. Esso, secondo quanto indicato dall'AIR/2012 ed in linea con le previsioni di cui all'ACN/2012:

- indice ed organizza le riunioni dei medici facenti capo all'AFT, rapportandosi con il personale aziendale ed in particolare con i dirigenti del territorio e conduce e coordina gli incontri a carattere organizzativo e/o clinico all'interno della AFT;
- si occupa, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento;
- è garante per la parte medica dell'attuazione dei percorsi di presa in carico all'interno dell'AFT del paziente con bisogni complessi;
- concorda la partecipazione della AFT alle campagne di prevenzione collettiva;
- coordina l'attività dei medici componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.

Con la Legge Regionale 40/2005, come modificata dalla L.R. 84/2015, è stato inoltre istituito il **Dipartimento della Medicina Generale** che è un organismo mono-professionale che, attraverso il Direttore del Dipartimento, partecipa alla programmazione aziendale e alla definizione dei percorsi inerenti alle cure

sanitarie territoriali e la continuità assistenziale ospedale-territorio dell'AUSL. In particolare, il dipartimento è lo strumento attraverso il quale la Medicina Generale si rapporta con gli altri dipartimenti per definire i bisogni specialistici del territorio, con specifico riferimento alla cronicità, declinabili a livello di zona-distretto e sulle singole AFT. Sono organi del dipartimento: l'assemblea, composta da tutti i coordinatori di AFT dell'azienda e il Comitato. I coordinatori di AFT individuano al loro interno una terna di nominativi da proporre al Direttore Generale per la nomina del direttore di dipartimento.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria sono obbligatoriamente assegnati ad una AFT ed assicurano i compiti di cui all'art.29 comma 6 dell'ACN e ai vigenti AIR, nelle more della definizione del nuovo accordo regionale attuativo dell'ACN/2022; devono essere tra loro funzionalmente connessi mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali che consenta ad ogni medico della AFT, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza della gestione dei dati, l'accesso ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per un'efficace presa in carico e garanzia della continuità delle cure.

La forma organizzativa multiprofessionale, ai sensi dell'art. 9 dell'ACN/2022, opererà in forma integrata all'interno di strutture e presidi delle Aziende Sanitarie, rappresentati dalla rete delle CdS e delle future CdC toscane. Ogni AFT sarà collegata funzionalmente alla propria UCCP di riferimento.

La Regione Toscana individua quale sede di riferimento delle UCCP la rete di prossimità istituita dal DM 77/22 i cui nodi principali sono rappresentati dalle Case di Comunità (HUB e SPOKE) e dagli studi associati del MMG (SPOKE). Parallelamente al lavoro di strutturazione dell'assistenza primaria, che comprenderà il ridisegno della continuità assistenziale, verranno create le AFT in ambito pediatrico, i cui compiti e funzioni verranno definiti nel prossimo AIR.

4.3. L'Infermiere di Famiglia e Comunità, le professioni sanitarie nel territorio e lo psicologo di base.

Come già precisato in questo documento, l'aumento dell'età media della popolazione ed il conseguente esponenziale aumento dell'incidenza delle patologie croniche, impongono un profondo ripensamento dei sistemi sanitari, non solo a livello politico istituzionale, ma anche per quel che riguarda le **professioni sanitarie** che dovranno sviluppare anch'esse un modo nuovo e diverso di posizionarsi nel nuovo sistema territoriale integrato.

Nella nostra regione si stanno sviluppando delle progettualità che vanno proprio in questa direzione e che, una volta implementate, costituiranno un prezioso riferimento per le COT quali opportunità di **percorsi di salute integrati** a disposizione della comunità.

Le linee di indirizzo contenute nel DM 77, come già detto più volte in precedenza, orientano il sistema verso una presa in carico del cittadino più continua e vicina al suo domicilio al fine di evitare il sovraffollamento dei Presidi ospedalieri, oggi quasi soffocati dalla pressione di richieste a volte inappropriate.

In aggiunta, lo sviluppo di detti progetti eviterà alla popolazione cronica e fragile il disagio e le difficoltà collegate al trasporto in ambito ospedaliero e genereranno il maggiore beneficio dovuto alla permanenza nell'ambiente familiare.

In sintesi uno dei principali obiettivi condiviso da tutte le professioni sanitarie è quello garantire la presa in carico efficace, la personalizzazione dei percorsi di salute, e la continuità delle cure tra i diversi livelli di assistenza, in particolare nel delicato confine tra ospedale e territorio, investendo sulla prossimità attraverso il binomio bisogni/competenze.

Tali progetti coinvolgono:

- infermieri;
- ostetriche;
- fisioterapisti;
- tecnici di laboratorio;
- tecnici di radiologia;
- dietisti;
- audiometristi;
- logopedisti;
- tecnici della prevenzione;
- assistenti sanitari;
- altre professioni.

Essi dovranno essere implementati nel quadro di sviluppo e realizzazione dei principi contenuti nel DM77.

In particolare per quanto riguarda l'assistenza infermieristica territoriale, questa viene garantita attraverso l'attuazione del modello di Infermiere di Famiglia e Comunità nel rispetto delle sue caratteristiche peculiari quali la territorializzazione, la trasversalità delle competenze, la proattività dell'intervento e la gestione proattiva della salute attraverso attività di promozione della salute, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità, la facilitazione e l'equità di accesso ai servizi. Sempre in ambito infermieristico dovranno essere previsti, attraverso l'adozione di successivi e specifici atti regionali, maggiori livelli di continuità temporale attraverso la definizione di progetti che rendano l'accesso al domicilio rapido, sicuro e continuativo nelle 24h.

Il quadro che si va definendo con sempre maggiore chiarezza, che si riflette nei contenuti progettuali, è quello di un **“team di famiglia e comunità”** che, attraverso la regia delle COT ed il costante coinvolgimento della medicina di famiglia, potrà rispondere in maniera sicura, maggiormente appropriata e tempestiva ai bisogni del cittadino nel suo territorio di riferimento e presso il proprio domicilio.

Ad integrazione, Regione Toscana ha istituito, mediante una specifica legge, il servizio di psicologia di base, che ha la finalità di sostenere ed integrare l'azione degli MMG e dei PLs nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base. Il **servizio di psicologia di base** è realizzato da ciascuna AUSL a livello di zona distretto. Lo psicologo di base svolge l'attività di assistenza psicologica primaria e opera, come precisato, in collaborazione con gli MMG, i PLs e con gli specialisti ambulatoriali. La sua azione è vicina ai contesti di vita degli utenti, alle famiglie e alla comunità, fornisce un primo livello di assistenza psicologica, di qualità, accessibile, efficace, cost-effective e integrato con gli altri servizi sanitari.

4.4 Le cure primarie per la cronicità - Sanità d'iniziativa.

Secondo il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale individuato dal DM 77/22, la “Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multi-morbilità.

In Toscana, la Sanità d'Iniziativa, secondo i suddetti principi, è stata avviata già a fine 2009 implementando il “Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale (PSR 2008-2010, punto 4.3.1)”, approvato con la DGR 716/2009.

L'implementazione del PNRR e delle prescrizioni del DM 77/22, anche in tema di Sanità d'Iniziativa e gestione delle cronicità, offrono una grande opportunità di dare piena applicazione al Piano Nazionale Cronicità e agli indirizzi dei recenti atti regionali. È certo che l'implementazione delle varie prescrizioni contenute nel DM 77, potrà fornire un contesto strutturale particolarmente favorevole per la presa in carico dell'assistito con cronicità. Una rete ancora più sviluppata di CdC è un importante presupposto per l'integrazione delle cure ed il lavoro delle equipe multiprofessionali e multidisciplinari. Così come l'ulteriore diffusione del modello dell'IdFC potrà andare a rafforzare il ruolo fondamentale di care management proprio dell'infermiere. Il rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare, la normalizzazione delle USCA nelle Unità di Continuità Assistenziale e lo sviluppo della telemedicina potranno fornire un contributo all'assistenza domiciliare di pazienti cronici, anche particolarmente complessi. Anche le cure intermedie erogate dagli Ospedali di Comunità, dovranno avere un importante ruolo nell'assistenza temporanea di pazienti con cronicità

che non possono essere gestiti al domicilio ma che non hanno le necessità di cure ospedaliere in reparti per acuti. Fondamentale poi il ruolo delle COT nel coordinare l'azione di tutti gli attori dell'assistenza territoriale.

4.5 L'Unità di Continuità Assistenziale.

Nelle more degli accordi specifici, la Regione Toscana, con **DGR 956/2022**, ha garantito la conversione da USCA ad UCA al fine di assicurare la prosecuzione delle attività di assistenza domiciliare per la presa in carico e follow-up dei pazienti Covid positivi in coerenza con il dettato del DM 77/22.

All'interno del processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale toscana, che comprende il riordino del servizio di continuità assistenziale, tale funzione potrà inserirsi nell'ambito delle attività dell'**assistenza primaria ad attività oraria** e dovrà comunque sviluppare compiutamente le competenze previste dal decreto ministeriale succitato.

Per il DM 77/22 l'Unità di Continuità Assistenziale è un'équipe mobile che afferisce al Distretto per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che manifestano condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità in un contesto di comprovata difficoltà operativa, raccordandosi con le professioni sanitarie di volta in volta coinvolgibili, in funzione del bisogno, per il tramite delle COT.

L'UCA opera sul territorio di riferimento, anche attraverso strumenti di telemedicina, in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Inoltre, l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio e ospedalieri.

L'UCA non sostituisce, ma supporta per un tempo definito, i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. In particolare, l'UCA assicura la presa in carico anche nei casi di dimissione difficile del paziente ed interviene durante i focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile ed effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici.

4.6 Gli Specialisti dell'Assistenza Territoriale.

Il raccordo strutturato tra le cure primarie e gli specialisti nell'Assistenza Territoriale nonché le cure che si devono fornire a **pazienti con cronicità complesse o fragili** richiedono reti strutturate tra medici del ruolo unico e specialisti ambulatoriali interni convenzionati e specialisti dipendenti, ospedalieri e territoriali, nell'ambito di comunità di pratica, attraverso un lavoro in team con le altre professioni sanitarie interessate secondo gli specifici bisogni del cittadino, utilizzando le reti di servizi presenti nel SSR attraverso le COT, gli MMG, gli specialisti ambulatoriali e gli specialisti dipendenti territoriali ed ospedalieri. Esistono numerosi specialisti che operano già in maniera totale o prevalente in ambito territoriale, sia in qualità di dipendenti che di convenzionati. Per gli specialisti ospedalieri, con attività totale e/o prevalente nella rete ospedaliera, le Aziende Sanitarie possono, in maniera strutturata, comporre equipe mobili territoriali che

erogano cure coordinate, anche avvalendosi del teleconsulto, con il medico a ciclo di fiducia o su sua attivazione, ovvero su attivazione del medico curante o del medico che garantisce la continuità assistenziale nei notturni e festivi, o ancora su richiesta dei medici di Pronto Soccorso e ospedalieri che necessitino di una continuità domiciliare delle cure, nel periodo che intercorre tra l'evento e una corretta pianificazione delle cure da parte del medico a ciclo di fiducia. La rilevazione dell'intervento viene registrata per il tramite delle COT e può avvenire in equipe con le altre professioni sanitarie e con le UCA.

Con l'attenuarsi della pandemia, visti i risultati ottenuti e tenendo conto delle evidenze della letteratura, il servizio è stato rivolto ai **pazienti anziani residenti a domicilio o in RSA con una disabilità motoria e/o cognitiva, in corso di scompenso clinico**, per i quali l'ospedalizzazione può essere addirittura dannosa. Gli specialisti, coordinandosi con i medici a ciclo di scelta, hanno la funzione di stabilizzare clinicamente il paziente complesso riacutizzato (per un periodo di tempo ben definito che non supera i 10gg) e collaborare nella messa a punto del PAI.

Al fine di evitare gli accessi impropri ai Pronto Soccorso e migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, i medici del ruolo unico di assistenza primaria possono attivare le UCA e/o gli specialisti, allo scopo di garantire la continuità del percorso di cura nel territorio.

Tale organizzazione trae spunto dall'esperienza positiva del **GIROT** durante la fase pandemica.

4.7 L'Assistenza Domiciliare Integrata.

La casa come primo luogo di salute e di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle forme previste nell'ambito dei LEA, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino.

Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Con delibera n. 660/2015 nella nostra regione è stato approvato il "Progetto di Riorganizzazione Assistenza Domiciliare (P.R.A.D)". In base a tale progetto, in coerenza con la normativa nazionale vigente, l'Assistenza Domiciliare (AD) rappresenta la risposta ai bisogni primari della persona costretta a domicilio e delinea il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone presso il proprio domicilio. È costituita dalle forme sociali e dalle Cure Domiciliari e quest'ultime costituiscono la parte

più strettamente sanitaria o socio-sanitaria dell'Assistenza Domiciliare consistendo in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Il DM 77/2022 conferma il ruolo dell'AD come servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato, individuando come indicatore il raggiungimento del 10 % di pazienti over 65 presi in carico in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni “presi in carico” per tutte le classi di Coefficiente di Intensità Assistenziale).

Per la programmazione delle attività di AD, si terrà di conto dei risultati dell'analisi dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana sull'erogazione dell'assistenza domiciliare a livello regionale, di AUSL e di Zona-Distretto nel triennio 2019-2021, con focus sul 2021, effettuata sulla base dei dati del flusso informativo regionale AD-RSA (che, nella parte dell'assistenza domiciliare, alimenta il flusso nazionale SIAD), con l'obiettivo di confrontare il modello toscano di AD ed i suoi risultati con le indicazioni nazionali ed individuare le azioni eventualmente necessarie.

Nello specifico, nell'ambito dell'assistenza domiciliare, si segnala “**A casa in buona compagnia**”, il progetto di assistenza domiciliare innovativa per la terza età che la nostra regione ha avviato nel 2019 grazie ad un protocollo d'intesa con i sindacati dei pensionati e che porterà avanti negli anni a venire. Il progetto punta ad **assistere gli anziani e di curare le malattie croniche nella propria abitazione**, quando possibile o, comunque, all'interno di autonome unità residenziali di co-housing, attraverso l'uso di strumenti e tecnologie che ne permettano il controllo e la cura da remoto (**telemedicina**).

Dal punto di vista degli aspetti informatici e tecnologici, il progetto regionale dovrà utilizzare le soluzioni di telemedicina individuate dal progetto nazionale PNRR investimento 1.2.3. (di cui al Decreto Interministeriale 21 settembre 2022) e proseguirà l'esperienza positiva di “connessi in buona compagnia”, progetto di Regione Toscana già avviato con il supporto dei sindacati dei pensionati, di ANCI toscana, delle botteghe della salute per aiutare gli over 65 nell'uso di tecnologie e servizi digitali, specialmente a coloro che risiedono nelle aree interne.

4.8 Gli Ospedali di Comunità.

Gli Ospedali di Comunità sono attualmente declinati in Toscana come strutture di **degenza post acuta della rete assistenziale territoriale**, in grado di supportare, in raccordo con la medicina generale, sia la fase di deospedalizzazione di persone fragili o anziane, sia di offrire opportunità di presa in carico, con accesso dal territorio, alle persone in situazioni di complessità assistenziale e/o con patologie croniche che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri. In essi possono

essere ricoverati pazienti, senza limiti d'età, con non autosufficienza, anche temporanea, per problematiche sanitarie non risolvibili a domicilio.

Gli Ospedali di Comunità costituiscono una **alternativa all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** per un periodo di tempo definito nei casi in cui questa non sia possibile o per mancanza di un supporto familiare o perché necessaria un'assistenza infermieristica continuativa. Sono strutture finalizzate ad ottenere specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione, in particolari tipologie di pazienti che prolungherebbero, senza particolari utilità, la durata di un ricovero ospedaliero e possono essere trattati appropriatamente anche in setting extraospedalieri, ma non a domicilio. L'assistenza viene erogata utilizzando i letti intermedi territoriali sanitari ed organizzati per moduli assistenziali, di norma, dai 15 ai 20 posti letto. Deve comunque essere garantito un piano integrato e individualizzato di cura concordato attivamente tra professionisti sanitari e sociali, pazienti e care givers. L'assistenza medica è assicurata da MMG o da PLS o da medici dipendenti del SSN.

L'Ospedale di Comunità costituisce un setting ideale per promuovere una **maggiore integrazione con la Comunità Locale** (associazioni di volontariato). La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità locale rappresenta un elemento qualificante per gli OdC a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni.

L'OdC deve dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale che dovrà provvedere alla alimentazione del sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate dai Presidi Residenziali di Assistenza Primaria/Ospedali di comunità, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute. Riferimenti generali della programmazione regionale sono:

- Standard di 1 struttura di circa 20 pl/50.000 abitanti;
- 1 struttura per ogni Zona-Distretto/SdS;
- Le strutture devono essere identificate in aree ove possano essere garantiti l'accesso ed il tasso di occupazione ottimale e collocate in prossimità o in collegamento con presidi dotati di diagnostica (ospedalieri o CdC hub).

4.9 La rete delle cure palliative.

La legge n. 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito un modello di sviluppo delle cure palliative che prevede **l'articolazione in rete dei servizi e dei percorsi assistenziali**. Essa individua come setting di cura la casa o il domicilio della persona, l'Hospice o la struttura ospedaliera ed ambulatoriale; distingue gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale (cure palliative di base e specialistiche) differenziandole, in ambito domiciliare, dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche unità di

offerta; individua criteri e standard di accreditamento per le strutture e le reti e di riconoscimento delle competenze per i professionisti.

In Regione Toscana le cure palliative sono attive da oltre vent'anni e sono articolate in reti aziendali e regionali, come definito nella DGR 199/2014 aggiornata poi dalla DGR 1337 del 2018. Le reti aziendali sono attive in tutto il territorio regionale e comprendono anche una rete specifica per le cure palliative in età pediatrica, coordinata dall'AOU Meyer, sede dell'unico Hospice pediatrico toscano.

La Rete aziendale di Cure Palliative (RLCP) è **un'aggregazione funzionale che integra le attività di CP erogate nei diversi setting assistenziali**. Unità funzionali di cure palliative sono presenti in tutte le zone distretto e sono prevalentemente organizzate come articolazioni del dipartimento di cure primarie. L'Unità funzionale (UFCP) coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza; definisce i percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, la tempistica necessaria nell'erogazione delle prestazioni e per gli ausili; adotta sistemi di monitoraggio, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati, coerentemente anche con gli indicatori di valutazione definiti a livello regionale; raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo; attiva percorsi formativi aziendali specifici per gli operatori e i professionisti come programmi di supporto alla persona e ai familiari, fino alla elaborazione del lutto. La governance della rete regionale delle CP che coinvolge i referenti aziendali, è demandata ad un coordinamento strategico, definito nella composizione e nelle funzioni dalla DGR 1337/2018.

Dal 2020, fanno parte delle reti aziendali diciotto organizzazioni del volontariato, convenzionate con le AUSL principalmente per l'erogazione delle cure palliative a livello domiciliare; mentre oltre quaranta medici, negli ultimi cinque anni, hanno ottenuto la certificazione regionale prevista dalla legge 38/2010 per l'esercizio della professione di palliativista in assenza di specializzazione ma in presenza di comprovata formazione ed esperienza pregressa.

Con il DM 77/22, che definisce lo standard assistenziale e il bacino di utenza, integrando quanto già individuato dall'Intesa Stato-regioni del 2012 e delle reti delle cure palliative, sia per i pazienti in età pediatrica che in età adulta, esse saranno strettamente collegate all'assistenza domiciliare in virtù del principio della casa come primo luogo di cura, in collaborazione con la COT, i PUA, l'ADI e l'Assistenza Primaria. Le cure palliative sono concepite come cure simultanee alle terapie attive oltre che di supporto nel fine vita, coerentemente con i principi della legge 38/2010 e tutte le evidenze scientifiche e sarà quindi necessario rafforzare la complementarietà delle stesse con le terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale. Sarà inoltre necessario implementare lo standard dei posti letto in Hospice e/o la presa in carico da parte della rete, nei diversi setting previsti. Sebbene distinte dall'ADI a livello domiciliare per garantire l'assistenza specialistica necessaria, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'equipe purché sia individuato il bisogno in base al livello di intensità assistenziale e i professionisti siano comunque specificatamente formati in cure palliative, come previsto dalla normativa vigente.

4.10 Il consultorio.

Il DM 77 conferma altresì l'importanza del Consultorio Familiare per l'assistenza sanitaria territoriale e lo definisce come **struttura aziendale ad accesso libero e gratuito, deputato alla prevenzione, alla cura ed alla promozione della salute delle donne, dei ragazzi e delle famiglie**. L'equipe multidisciplinare (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale), che caratterizza l'approccio olistico delle attività consultoriali, deve garantire prestazioni, tutte previste nei LEA (art.25 del DPCM 2017), mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative, da erogare anche a livello domiciliare.

Le aree principali di attività sono quelle tradizionali di prevenzione, promozione e tutela della salute sessuale e riproduttiva; dell'assistenza alla donna in stato di gravidanza e durante il puerperio, della tutela della salute del bambino nascituro e nei primi 1000 giorni di vita; del supporto psicologico e dell'assistenza necessaria alla donna durante tutto il percorso per l'interruzione volontaria della gravidanza; dell'educazione alla procreazione responsabile e dell'accesso ai programmi per la contraccezione; della procreazione medicalmente assistita. Tra i nuovi bisogni di salute, sono affidati alla consulenza, al supporto ed alla cura dei professionisti consultoriali in percorsi integrati con altri servizi territoriali ed ospedalieri, anche lo stato di disagio sociale, di maltrattamento, violenza ed abuso sia delle donne che dei bambini e dei ragazzi, così come le problematiche relative alla genitorialità affidataria o adottiva, alla genitorialità vulnerabile ed interventi di prevenzione e promozione della salute di comunità.

Il DM 77/2022 sottolinea infine il **carattere di prossimità** che deve avere l'assistenza consultoriale, rivedendo in parte gli standard stabiliti nel 1999 con il Programma obiettivo materno infantile (POMI) ma raccomandando la presenza dei consultori o di proiezioni del servizio nelle future Case della Comunità.

In Toscana al 31/12/2021 i consultori familiari pubblici erano 152 (1/24.295 abitanti), con una distribuzione sul territorio superiore alla media nazionale (1/32.325) e in linea con il gold standard di riferimento stabilito nel DM 77/2022. Il numero di prestazioni erogate rispetto alla popolazione residente rappresenta il volume di attività dei CF ed indirettamente esprime il ruolo che questi hanno nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale. Nel 2021 sono state erogate dai consultori prestazioni rivolte alla popolazione femminile, soprattutto a quella in età feconda (15-49 anni), in particolare per il percorso nascita (60,7 prestazioni ogni 100 donne in età feconda). La capacità attrattiva dei consultori rispetto alla popolazione giovanile risulta pari a 12,5 prestazioni ogni 100 giovani tra i 14 e i 19 anni ed è in aumento rispetto agli anni precedenti, grazie soprattutto al programma di educazione alla salute sessuale e di contraccezione gratuita, attivato nel 2020.

È attualmente in elaborazione una **revisione dell'organizzazione dell'attività consultoriale**, coerentemente con le indicazioni e le prospettive dell'assistenza territoriale disegnate dal DM 77/22. I nuovi indirizzi regionali conterranno un aggiornamento della classificazione, della tipologia e dei bacini di utenza dei consultori, l'organizzazione aziendale e l'articolazione della rete locale, gli standard previsti per la presenza del personale, il lavoro di equipe, gli orari di apertura dei servizi e più in generale per i requisiti di accreditamento, la

documentazione dell'attività nei flussi informativi regionali. Particolare attenzione sarà rivolta alle nuove generazioni con l'organizzazione dei consultori giovani quali luoghi di salute dedicati ai ragazzi, con programmi di informazione, prevenzione e promozione della salute, con particolare riguardo alla salute sessuale e riproduttiva, ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, alla promozione di corretti stili di vita e, più in generale, a bisogni specifici, emergenti da indagini periodiche. Saranno attivati inoltre nuovi strumenti informativi, grazie anche ai programmi della sanità digitale.

4.11 I servizi sociosanitari e l'integrazione in materia di salute mentale adulti e infanzia-adolescenza e dipendenze.

L'assistenza sanitaria in materia di **Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria Infantile** è assicurata dall'insieme dei servizi territoriali e attraverso servizi specialistici di quattro livelli:

1. livello di consultazione e assistenza primaria con priorità affidata alla partecipazione degli operatori alle attività di équipe multidisciplinare per la progettazione e la gestione integrata dei casi complessi;
2. livello di presa in carico per episodio di cura o per Piano Terapeutico-Riabilitativo Individuale di lungo termine;
3. livello di assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale;
4. livello delle reti specialistiche di Area Vasta.

Ai fini della costruzione delle Reti Territoriali Integrate, immediato rilievo assumono i primi due livelli mentre il terzo e il quarto interessano la dinamica esterna alle singole organizzazioni di ambito zonale.

Il 1° Livello viene esercitato all'interno della CdC con attività di consulenza presso i MMG, anche attraverso servizi di telemedicina e teleconsulto, vengono effettuate valutazioni specialistiche in loco con possibilità di diagnosi e intervento precoce; verifica di appropriatezza degli invii alle strutture organizzative di diagnosi-cura-prevenzione del secondo livello.

Il 2° Livello è costituito dai Centri di Salute Mentale, con l'UOC di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza, e dai Servizi per le Dipendenze (Ser.D.). A queste strutture afferiscono le équipe operanti nel primo livello presso le singole CdC; gli standard nazionali di dotazione delle strutture organizzative e del personale che sono tarati su 100.000 abitanti.

Non sfugge l'esigenza di sviluppare un **coordinamento trasversale tra i settori sociosanitari aziendali e i settori sociosanitari della non autosufficienza e della disabilità**. Nel Modello Toscano si tratta di forme di integrazione tra le diverse aree assistenziali pensate per rispondere ai bisogni complessi in modo strutturato, continuativo e stabile. Non realizzate a chiamata ma per una convergenza precedente e permanente costruita lungo cardini istituzionali, direzionali, professionali, gestionali e comunitari dell'integrazione.

4.12 I servizi sociali e l'inclusione.

La Componente 2 della Missione 5, dedicata all'area sociale e socioassistenziale, reca programmi dedicati alla non-autosufficienza, disabilità, grave marginalità, rigenerazione urbana oltre ad una specifica misura rivolte alla qualificazione dei servizi sociosanitari. A differenza della Missione 6 la cui realizzazione è attivata dai contratti istituzionali di sviluppo stipulati con le singole regioni, i progetti della Missione M5C2 sono attivati attraverso convenzioni tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e i con i singoli ambiti zonal. La Componente prevede anche due azioni di riforma sulle materie della non-autosufficienza e della disabilità, che hanno affrontato anche qualche tematica più generale trattando di Livelli essenziali delle prestazioni sociali e di organizzazione degli Ambiti territoriali sociali.

Più in generale i servizi sociali sono chiamati a interpretare un fondamentale cambio di paradigma da un'impostazione riparativo-assistenzialista di tipo compensativo ad un approccio sempre più orientato **all'inclusione e all'autonomia delle persone e delle famiglie** verso auspiccate finalità di emancipazione dal circuito sociale di protezione. Questo approccio trova i suoi fondamenti nell'orientamento costituzionale italiano verso il Livelli essenziali e i diritti di cittadinanza, e trova la sua bussola nel profondo quadro delle disuguaglianze che caratterizza la società italiana anche sulla base degli effetti della pandemia. **L'integrazione e l'inclusione** sono la chiave per le persone, per le famiglie e per le comunità locali, ma sono anche fattori che determinano il benessere a lungo termine e la stabilità delle nostre società.

Anche in riferimento al più ampio impianto europeo di programmazione, che va oltre il solo PNRR, gli orientamenti sulle politiche sociali si relazionano con quattro grandi campi interconnessi: istruzione e formazione, lavoro e competenze, salute, abitazione. In questo tipo di spinta evolutiva gli approcci sono sempre multi-attoriali e multi-livello, e sempre correlati con la ricerca del protagonismo diretto delle persone beneficiarie. Così come la promozione dell'inclusione e dell'integrazione è sempre strettamente correlata con la riduzione dei fattori di disuguaglianza. Anche l'attuale impulso molto forte verso l'innovazione dei servizi è costantemente e direttamente legato al tema dei diritti e della cittadinanza sociale, che ritrova appunto nei LEPS il riferimento più alto.

Gli **Ambiti Territoriali Sociali** (ATS) costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, **i servizi e le attività utili al raggiungimento dei livelli essenziali**. Gli ATS si pongono come un secondo livello rispetto alle singole amministrazioni ricomprese nell'ambito territoriale, ma non certo come un secondo livello sovraordinato; si tratta piuttosto di un livello in cui le singole amministrazioni consociano le azioni per sviluppare il sistema dei livelli essenziali.

Rispetto a un quadro così alto e sfidante, le azioni a supporto dei servizi diventano fondamentali quanto l'erogazione delle singole prestazioni. Costruire partenariati solidi e significativi tra tutti gli attori, sfruttare le opportunità offerte dall'insieme molto ampio dei fondi a disposizione, promuovere la partecipazione e l'incontro con le comunità locali, potenziare l'uso delle nuove tecnologie e di strumenti digitali, programmare

e monitorare i progressi mirando a politiche di integrazione e inclusione basate sulle evidenze, sono alcune delle grandi direttrici per la netta riuscita degli ambiti territoriali integrati.

4.13 Le Centrali Operative Territoriali.

La **Centrale Operativa Territoriale** viene individuata come struttura deputata al coordinamento della **presa in carico unitaria socio-sanitaria** della persona e all'organizzazione del raccordo tra servizi e professionisti che operano nei vari setting assistenziali territoriali, anche tramite l'attivazione delle risorse necessarie e disponibili sul territorio in risposta ai bisogni espressi dai cittadini.

Obiettivo della COT è quello di assicurare **coordinamento, continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale.**

In particolare, essa:

1. costituisce l'interfaccia con le Case di Comunità (CdC), la rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali;
2. collega la rete dei professionisti dell'assistenza territoriale consentendo a questi ultimi la ricezione delle segnalazioni corredate da tutte le informazioni necessarie alla presa in carico della persona;
3. monitora e rende disponibili le strutture dell'assistenza territoriale massimizzando l'appropriatezza d'uso delle stesse;
4. garantisce l'ottimizzazione del flusso di dimissione ospedaliera attraverso un raccordo stretto con la funzione ospedaliera ed il bed management;
5. gestisce in maniera appropriata i setting territoriali includendo anche il raccordo con le cure palliative, la salute mentale, l'ADI e le dipendenze;
6. è dotata di una piattaforma che renda visibili le disponibilità, consenta di effettuare l'accettazione del paziente e di facilitare i processi di ammissione e di dimissione verso strutture intermedie o il domicilio;
7. traccia e monitora le transizioni della persona da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro e sviluppa in maniera strutturata la presa in carico dei pazienti cronici a domicilio tramite il telemonitoraggio e la televisita;
8. promuove ed utilizza strumenti di *handover* standardizzati;
9. attiva, in presenza di un bisogno socio-sanitario complesso, l'UVM/UVMD zonale competente e gli altri servizi socio-sanitari e sociali presenti sul territorio;

10. viene attivata attraverso la centrale operativa 116117 e attraverso i punti di accesso diretti e mediati citati in precedenza;
11. si raccorda inoltre con le zone distretto e le Società della Salute di provenienza per i pazienti non residenti e ricoverati negli ospedali zonali di competenza.

In attuazione delle previsioni del DM 77, tenendo conto delle dimensioni territoriali, **in Toscana le COT saranno però articolate su un doppio livello**, COT zonali e COT aziendale.

La **COT aziendale** sarà una delle COT zonali. Data la sua operatività continuativa 7 giorni su 7, h24.

- essa mutua le funzioni di tutte le COT dell'area vasta in orario notturno e festivo. Gestisce inoltre i percorsi per i casi sovra-territoriali che non trovano risposte nelle COT zonali e su loro segnalazione appropriata.
- fornisce inoltre i dati di monitoraggio alla direzione aziendale.

La **COT zonale** è operativa 12h al giorno, 6 giorni su 7.

- È strettamente interconnessa con la COT aziendale;
- monitora gli obiettivi dei piani di assistenza ed il loro raggiungimento;
- attiva i diversi percorsi di telemedicina su indicazioni dei professionisti;
- attiva le azioni previste dal POR FSE in materia di presa in carico attraverso la domiciliarità e la residenzialità intermedia.

Il personale che rappresenta lo standard di riferimento è costituito da infermieri, medico di comunità, assistente sociale, ed eventualmente fisioterapista, oltre al personale di supporto, che collaborano adottando come metodica operativa la multi-professionalità del TEAM. Il modello di COT in progettazione assorbe, integrandole e ampliandole, le funzioni e le competenze delle Agenzie di Continuità Ospedale Territorio, già strutturate nella nostra Regione a livello aziendale e di zona -distretto/SdS fin dal 2016 (delibere GR n. 679/2016 e GR n. 995/2018). Quindi la COT, come fino ad oggi l'Agenzia di Continuità HT, è strumento operativo di governo dei percorsi e dell'interfaccia territorio-ospedale-territorio e concorre a garantire la continuità assistenziale per il paziente.

Considerata la complessità delle attività **ed il carattere multi-professionale** che queste necessariamente rivestono, è da prevedersi un coordinamento integrato delle COT anche con i dipartimenti delle professioni maggiormente rappresentate.

La COT dovrà essere dotata di **adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche** quali ad esempio una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico e ai principali database. Infatti il modello di un sistema sanitario, socio-sanitario e sociale che sposta il suo focus sul territorio può dare dei risultati soddisfacenti solo in presenza di

una **forte innovazione tecnologica ed informativa in cui le diverse competenze possano interfacciarsi e collaborare**. Il personale, dipendente e convenzionato, operante in ogni punto delle reti ospedaliere e territoriale deve disporre delle stesse informazioni aggiornate sul cittadino.

Particolare attenzione dovrà essere riservata al coinvolgimento del paziente e della famiglia nel percorso, assicurando una comunicazione chiara, comprensibile, tempestiva ed efficace.

4.14 La Centrale Operativa 116117.

Durante l'emergenza pandemica in corso si è evidenziata la necessità per i professionisti della salute e per i cittadini di avvalersi di **punti di contatto e coordinamento facilmente individuabili**, immediatamente accessibili e addirittura proattivi. Un ruolo fondamentale in questo senso lo hanno svolto le **Centrali Operative**.

Oltre a quelle già tradizionalmente attive nell'ambito dell'emergenza urgenza, quali le Centrali 112 e 118 e quelle esistenti per le attività del territorio, sono stati sperimentati e rapidamente implementati, su tutto il territorio nazionale, modelli innovativi di Centrale a diversa organizzazione, che hanno consentito di affrontare le fasi più critiche della pandemia con la medesima finalità: rafforzare l'assistenza socio-sanitaria di prossimità.

A tal fine, riprendendo l'Accordo Stato-Regioni del 24/11/2016, il DM 77 prevede la creazione di una **Centrale Operativa 116117**, sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, che offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale. Regione Toscana, nel rispetto della legislazione, si pone come obiettivo prioritario la creazione di tale Centrale Operativa, collegandola al **riordino della continuità assistenziale**. La Centrale 116117 fungerà infatti fin da subito da raccordo con le postazioni di continuità assistenziale presenti sul nostro territorio e successivamente raccoglierà le richieste specifiche dei cittadini per i casi di propria pertinenza, **collaborando attivamente con le COT Aziendali e Zonali**.

Le linee di indirizzo e le modalità di definizione della Centrale Operativa 116117 verranno declinate nella apposita deliberazione di Giunta Regionale.

4.15 La Telemedicina.

La positiva esperienza delle visite a distanza, previste dalla regione nella fase iniziale della pandemia per consentire la presa in carico di pazienti cronici e successivamente mantenuta e promossa anche con specifici obiettivi per le aziende sanitarie, dovrà avere un nuovo impulso prevedendone l'estensione ad altri ambiti.

Lo **sviluppo di strumenti per la Telemedicina**, anche in applicazione delle linee di indirizzo nazionale emanate dal Ministero della Salute, consente di creare nuove opportunità per il **miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti**.

Indubbio il vantaggio da un punto di vista di equità di accesso che si sostanzia nella disponibilità di una assistenza sanitaria qualificata in tutte le **aree remote poco collegate** ai grandi centri di riferimento. Altrettanto importante, il miglioramento della continuità delle cure: è il servizio sanitario che viene portato direttamente a casa del paziente, riducendo la necessità di spostamento di pazienti fragili e spesso anziani. La presa in carico delle malattie croniche ha già rappresentato un ambito prioritario per l'applicazione di **modelli di Televisita** che nel prossimo futuro dovrà essere prevista anche per pazienti che accedono al servizio sanitario per nuovi bisogni di salute, consentendo il passaggio da una logica sperimentale a una logica strutturata di utilizzo diffuso dei servizi di telemedicina.

Il **Teleconsulto** fra medici, che permette di valutare un particolare caso clinico con approccio multidisciplinare, favorisce la garanzia della qualità delle cure.

Il potenziamento del **Telemonitoraggio** offre la possibilità di migliorare la qualità della vita di pazienti cronici attraverso soluzioni di auto-gestione e monitoraggio remoto, anche ai fini di una de-ospedalizzazione precoce.

Per dare piena applicazione all'assistenza da remoto, la telemedicina sarà potenziata, per gli ambiti per i quali è già stata sperimentata, e implementata, come già detto, su nuovi ambiti.

Il quadro complessivo sarà articolato per i seguenti servizi:

- la televisita nella modalità medico-paziente;
- il teleconsulto nelle modalità di confronto tra professionisti;
- la teleriabilitazione per singoli o gruppi di individui sotto la supervisione di professionisti;
- il telemonitoraggio o teleassistenza.

Dal punto di vista delle **infrastrutture**, i servizi di telemedicina saranno potenziati anche attraverso l'utilizzo della **piattaforma unica nazionale** e le soluzioni verticali che verranno realizzata da AGENAS, **personalizzando le iniziative sul territorio toscano**, prevedendo al contempo la formazione specifica del personale, l'informazione e la comunicazione mirata rivolte agli operatori del settore quanto ai cittadini per ottenere empowerment delle risorse umane e della comunità.

4.16 Il sistema informativo territoriale unico regionale.

La Regione Toscana, a partire dal dicembre 2019, ha messo in atto un **processo di unificazione delle cartelle socio-sanitarie** presente nelle AA.SS.LL., accorpandole ed evolvendole. È stata avviata la sperimentazione di un **unico sistema informatico regionale di riferimento** (denominato AsterCloud), erogato centralmente dal data-center Sistema Cloud Toscano, che oltre ad aspetti di razionalizzazione di licenze e costi di manutenzione, ha portato alla omogeneizzazione dei processi socio-sanitari su tutto il territorio regionale e ad una revisione funzionale, tecnologica ed ergonomica, dei vari moduli applicativi. La gestione centralizzata delle tabelle

comuni e l'integrazione con l'anagrafe regionale e gli altri sottosistemi centralizzati rappresentano elementi fondamentali della nuova piattaforma informativa regionale.

Utenti ATTIVI

AsterCloud 2022
(novembre)

	CENTRO				Totale	NORDOVEST					Totale	SUDEST			Totale	
	PT	PO	FI	EMP		MS	LU	PI	LI	VIAR		SI	AR	GR		
PUNTO INSIEME	2305	168	399	1106	182	1855	30	55	42	35	49	211	106	78	55	239
SINSS	6440	620	792	2025	754	4191	171	227	305	305	145	1153	438	363	295	1096
RSA	329	49	14	44	165	272	12	21	6	2	7	48	1	5	3	9
RSA WEB	131	17	21	75	17	130							1			1
CONTRIBUTI	436	86	25	107	156	374	5	10	18	2	14	49	9	3	1	13
SEUSS_INPS	50	47	1		2	50										
ACOT	6544	67	1081	3970	1227	6345	7	27	12	45	18	109	30	33	27	90
PSA	51	1		49	1	51										
RIABILITAZIONE	166												79	3	84	166
HOSPICE	106						14	37	14	37	4	106				
CONSULTORI	352	3	55		41	99	40	35	1	2	31	109	36	70	38	144
PROTESICA	372	24	9	30	24	87	42	40	75	56	24	237	1	25	22	48
DSM*	2233			796	181	977	213	233				446	167	270	373	810
TOTALE	19515	1082	2397	7406	2569	14431	321	452	473	484	292	2468	671	547	525	2616

*DSM: Viareggio e Massa unite

Schede ATTIVE

AsterCloud 2022
(novembre)

		CENTRO	NORDOVEST	SUDEST
UVM	27758	12142	8297	7319
INFERMIERE	221712	85950	47904	87858
MEDICO DISTRETTO	52981	22469	14922	15590
FISIOTERAPISTA	1191	650	172	369
MEDICO PALLIATIVISTA	7305	3796	2326	1183
SOCIALE	145613	94620	26818	24175
HOSPICE	2579	1329	1250	0
CONSULTORI	888047	187378	288017	412652
PROTESICA	51564	20843	22803	7918
DSM	141254	50754	47587	42913
ACOT	54706	38834	1168	14704
TOTALE	1594710	518765	461264	614681

Il sistema informatico attuale rappresenta **un'ottima base di partenza** per garantire il supporto adeguato all'attuazione del sistema integrato territoriale sociale e sanitario della Toscana.

La sua **evoluzione** è finanziata da una apposita linea di intervento del PNRR (M6C2 1.1) e prevede:

- l'evoluzione verso un'architettura a micro-servizi, idonea alla mappatura di percorsi dinamici e orientata alla partecipazione di tutte le figure coinvolte nel processo;
- il rilascio della soluzione Angular di AsterCloud sotto forma di container docker nel rispetto delle politiche di Cloud adoption richieste da Regione Toscana;
- il modello delineato dal DM 77/2022 nella sua declinazione toscana.

L'obiettivo primario del progetto è quello di offrire **servizi sanitari digitali unici e di elevata qualità all'intera popolazione toscana** ed a tutti gli operatori coinvolti. Tenendo costantemente presente che, attraverso i servizi digitali, si instaura una relazione tra utente ed organizzazione che deve fornire all'utente da una parte, degli strumenti per svolgere attività specifiche e raggiungere i propri obiettivi con efficacia, efficienza e soddisfazione (ISO 9241-210:2010) e dall'altro fornire all'organizzazione un modo per rendere disponibili i propri servizi.

L'approccio del progetto sarà **human-centered** per progettare e realizzare un servizio orientato ai bisogni delle persone. Pertanto l'utilizzo di alcuni principi e tecniche avanzate come il service design (progettazione dei servizi), il content design (progettazione dei contenuti), l'user research (ricerca con gli utenti), e l'user interface (interfaccia utente) continueranno ad essere alla base dell'intero impianto progettuale.

Il processo di design sarà orientato ai risultati e deve quindi contemporaneamente:

- saper ben esplorare il problema e conoscerne a fondo tutte le variabili;
- assicurarsi di ideare e costruire cose che servono;
- costruire bene le soluzioni;
- avviare un percorso di miglioramento continuo.

Si prevede:

- di coinvolgere fin dall'inizio i referenti aziendali in modo da co-progettare i contenuti;
- una volta definiti i primi prototipi, di aprire gli ambienti permanenti di test e staging arruolando le direzioni aziendali, i diversi professionisti, e per i servizi che prevedono un'interfaccia con l'utente, i cittadini (come ad esempio l'app Toscana salute);
- al fine di comprendere le necessità dei cittadini e le loro esperienze di interazione, un confronto Consiglio dei cittadini per la salute, organismo che consente una ampia e attiva partecipazione degli

utenti alla pianificazione, programmazione e al buon funzionamento dei servizi sanitari, ed all'applicazione degli istituti per l'Amministrazione Condivisa;

- una formazione continua per tutti gli operatori aziendali, un servizio di help-desk dedicato, un monitoraggio costante della progettualità;
- un piano di comunicazione rivolto alla popolazione toscana che utilizza tutti i possibili strumenti comunicativi: sito web istituzionale di Regione, ai siti web tematici con chiare strategie SEO, a newsletters aziendali, materiali informativi cartacei (locandine, folder, pamphlet, segnalibro, infografiche, ecc.), video-pillole cosiddette "Motion graphic video" (corti ma efficaci), a spot pubblicitari radiofonici o proiezioni nei circuiti del cinema.

4.17 Prevenzione collettiva e sanità pubblica.

Il livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" include le attività e le prestazioni volte alla **promozione della salute**, la **prevenzione delle malattie e delle disabilità** ed a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da **rischi infettivi, ambientali**, legati alle condizioni di lavoro, all'alimentazione e correlati agli stili di vita, attraverso interventi basati sulle prove di efficacia, sull'equità e sulla sostenibilità.

Esso si articola, come noto, in **7 aree principali** di intervento che includono programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute, garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso le sue articolazioni ed organizzazioni dotate di risorse multidisciplinari ed intersettoriali, nell'ottica della Salute in tutte le politiche, o indirizzando e coordinando altre strutture sociosanitarie o avvalendosi dei medici di medicina generale e dei pediatri convenzionati:

- Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Salute animale e igiene urbana veterinaria;
- Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori;
- Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- Attività medico legali per finalità pubbliche.

Il livello della Prevenzione Collettiva, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale ecc.

I servizi di prevenzione e promozione della salute, in coerenza con quanto disposto dal DM 77/2022, hanno il compito di **coordinare e indirizzare gli interventi in materia di prevenzione e promozione della salute** nei vari ambiti della Sanità territoriale e sono chiamati a collaborare con tutti gli altri professionisti sanitari, nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili e con azioni finalizzate all'individuazione di

condizioni di rischio individuali per la modifica di comportamenti a rischio. Attraverso l'integrazione delle articolazioni del Dipartimento della Prevenzione nella rete dei servizi sociosanitari coordinati dal Distretto e nelle attività di altri Dipartimenti delle aziende sanitarie, è previsto un ruolo di supporto dei servizi della prevenzione alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte alla prevenzione ed alla promozione della salute nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità, per garantire la massima omogeneità delle risposte e dei servizi sul territorio.

In particolare, Il Dipartimento della Prevenzione coordina ed indirizza gli interventi di **prevenzione e promozione della salute erogati dall'equipe sanitaria presso le Case della Comunità (CdC)**, HUB e SPOKE, dove, in relazione sia alle caratteristiche strutturali dell'edificio sia al bisogno che emerge dal profilo di salute del territorio, può essere valutata l'offerta di alcune prestazioni quali: vaccinazione (compresa la medicina dei viaggiatori), counseling nutrizionale (individuale e di gruppo), counseling breve per promuovere sani stili di vita, visite di idoneità allo sport agonistico e non agonistico, attività medico-legali. Inoltre, il Dipartimento della Prevenzione coordina ed indirizza gli interventi di prevenzione e promozione della salute effettuati dall'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), dalle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) e dai Consultori Familiari.

Il Modello per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale approvato con il DM 77/2022 contempla, quindi, un'ampia rimodulazione dell'offerta delle prestazioni in materia di prevenzione collettiva e promozione della salute aventi come riferimento gli obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs) anche attraverso l'adozione della strategia "One Health", con particolare attenzione al rapporto salute - ambiente.

5. Fabbisogno di personale per il funzionamento dei servizi e piani di formazione

In relazione al fabbisogno di personale si stabilisce che gli standard ed i modelli organizzativi di cui al DM 77 verranno attuati con progressività, in relazione anche alla disponibilità delle risorse con l'obiettivo di portarli a regime nell'anno 2026. La progressiva attuazione degli standard e dei modelli organizzativi sarà sostenuta attraverso un'adeguata implementazione del personale necessario, dipendente e convenzionato, attraverso coperture ulteriori e nell'ambito delle disposizioni di legge previste per i tetti di spesa del personale.

La Regione si impegna ad integrare i programmi dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale con approfondimenti sugli argomenti specifici concernenti le modalità previste dal DM77, aggiornando i contenuti anche in relazione alle modifiche organizzative approvate. Il tema farà parte gli obiettivi formativi approvati a livello regionale per la formazione continua del personale convenzionato, in modo che sia recepito e realizzato nelle varie modalità organizzative usualmente utilizzate per l'aggiornamento.

La Regione si impegna a dare indicazioni relativamente DM77 alle Aziende per lo sviluppo della formazione continua (ECM) del personale dipendente SSR, in modo che la formazione sia di supporto all'applicazione delle nuove modalità organizzative dell'assistenza territoriale previste dal DM stesso. Le Aziende, sulla base delle indicazioni regionali e delle loro specificità, realizzeranno i percorsi formativi.

7. Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di organizzazione.

Il modello toscano di assistenza territoriale è ricompreso già da diversi anni nei tanti sistemi di monitoraggio regionale (a titolo di esempio si citano gli indicatori di bersaglio sviluppati dal MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa e gli indicatori ARS elaborati attraverso il sistema PROSE).

La Direzione generale Sanità, Welfare e Coesione Sociale effettuerà azioni di monitoraggio, mediante la costituzione di appositi gruppi di lavoro, che avranno il compito di verificare il raggiungimento degli obiettivi ed il rispetto del cronoprogramma di cui al punto 6 da parte delle Aziende Sanitarie e degli altri attori del sistema coinvolti. Inoltre procederà all'aggiornamento annuale della Delibera che fissa gli obiettivi degli Enti del SSR sempre secondo le azioni previste dal suddetto cronoprogramma.

Si potrà prevedere anche l'implementazione futura di specifici flussi informativi per il monitoraggio puntuale di alcune azioni che ad oggi non sono ancora soggette a tracciamento.

Verranno infine prodotti alcuni atti ad hoc e previste nuove misure a completamento del piano finora sviluppato anche a seguito di ulteriori indicazioni che verranno fornite dal livello nazionale.