



# Il sistema integrato territoriale sociale e sanitario della Toscana

L'architettura di sistema in applicazione del DM 77/2022



# Task force “Il modello sanitario, sociale territoriale toscano”

Istituita con decreto della Direzione Sanità,  
Welfare e Coesione sociale



**REGIONE TOSCANA**  
DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

**Direttore Federico GELLI**  
Incarico: DECRETO PRESID. GIUNTA REGIONALE n. 257 del 26-11-2021

Decreto non soggetto a controllo ai sensi della D.G.R. n. 553/2016

**Numero adozione: 4519 - Data adozione: 16/03/2022**

Oggetto: Istituzione di una Task Force per lo sviluppo di un modello regionale di Casa della Comunità e per la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale



**REGIONE TOSCANA**  
DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

**Direttore Federico GELLI**  
Incarico: DECRETO PRESID. GIUNTA REGIONALE n. 257 del 26-11-2021

Decreto non soggetto a controllo ai sensi della D.G.R. n. 553/2016

**Numero adozione: 20969 - Data adozione: 19/10/2022**

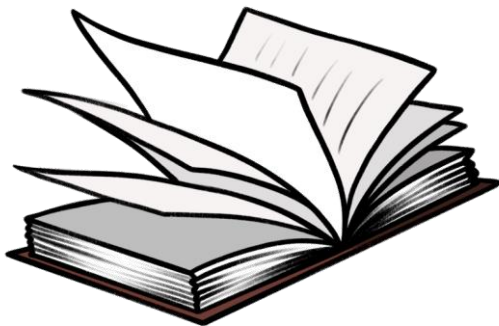
Oggetto: Aggiornamento ed integrazione della task force istituita con decreto della Direzione Sanità, Welfare e Coesione sociale nr 4519 del 16 marzo 2022 e contestuale denominazione della task force “Progettazione ai sensi del DM 77 del nuovo modello sanitario e sociale territoriale della Toscana”

si ringraziano

*Lenzi, Marini, Matarrese, Trambusti, Maielli, Zoppi, Salvi,  
Belardinelli, Guadagnolo, Balocchini, Nannicini, Cavandoli*

## STRUTTURA DEL DOCUMENTO REGIONALE

- Il contesto
- Sviluppo dell'assistenza territoriale attraverso il PNRR-Missioni 5 e 6 e DM 77/22
- **Distretto:** funzioni e standard organizzativi
- Le Reti Territoriali Integrate
- **Punti di accesso al sistema**
- Il Punto unico di accesso
- **L'unità di valutazione multidimensionale (UVM)**
- I Luoghi di cura ed i servizi
- **Casa di Comunità**
- **Forme organizzative dell'assistenza primaria (AFT, Dipartimenti MMG)**
- **L'Infermiere di famiglia e di Comunità e le professioni sanitarie nel territorio**
- Le cure primarie per la cronicità -Sanità di iniziativa
- **Unità di Continuità Assistenziale (UCA)**
- **Gli specialisti dell'assistenza territoriale (SAT)**
- **Assistenza Domiciliare Integrata**
- **Ospedali di comunità**
- **La rete delle cure palliative**
- **Consultorio familiare**
- I servizi socio-sanitari e l'integrazione in materia di salute mentale e dipendenze
- I servizi sociosanitari e l'inclusione
- **Centrali operative territoriali (COT)**
- **Il sistema informativo unico regionale**







# Gli attori del sistema



CITTADINO





# Punti di accesso al sistema





**DIRETTO**, il cittadino si rivolgerà, ad esempio, direttamente al numero 116117, al MMG/PDF, alla Casa della Comunità, 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 ed 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, il Servizio Emergenza Urgenza Sociale.

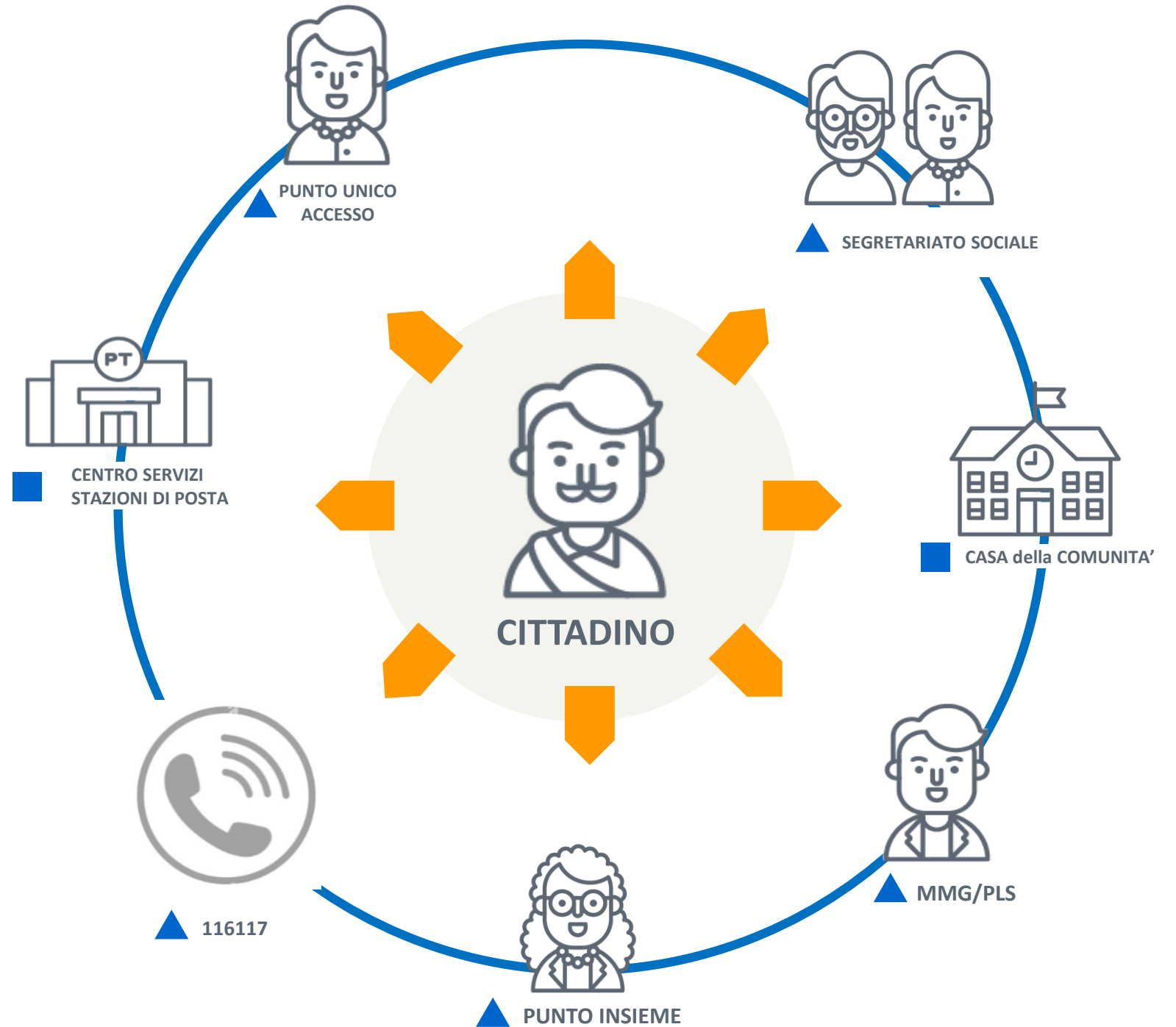




Regione Toscana

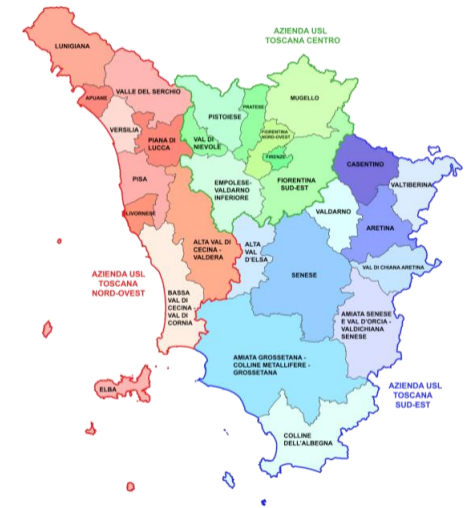
-  DIRETTO: interagiscono **direttamente** con l'utente
-  UTENTE: usufruisce del servizio pubblico
-  LUOGHI o STRUTTURE
-  PERSONE o SERVIZI

# Punti di accesso al sistema



# Rafforzamento della governance del sistema territoriale

- **L'articolo 64 della legge regionale 40/2005** "Disciplina del sistema sanitario regionale" prevede che siano assegnate importanti funzioni alle **zone distretto** (organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate, continuità delle risposte territoriali della integrazione sociosanitaria, compresi i servizi per la salute mentale e le dipendenze e della non autosufficienza)
- **L'integrazione sociosanitaria è realizzata attraverso le Società della salute ovvero mediante la Convenzione sociosanitaria** (*Disciplina del servizio sanitario regionale - Le società della salute - Capo III bis*)
- **La L.R. 11/2017** "Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005 rafforza notevolmente il ruolo delle zone distretto



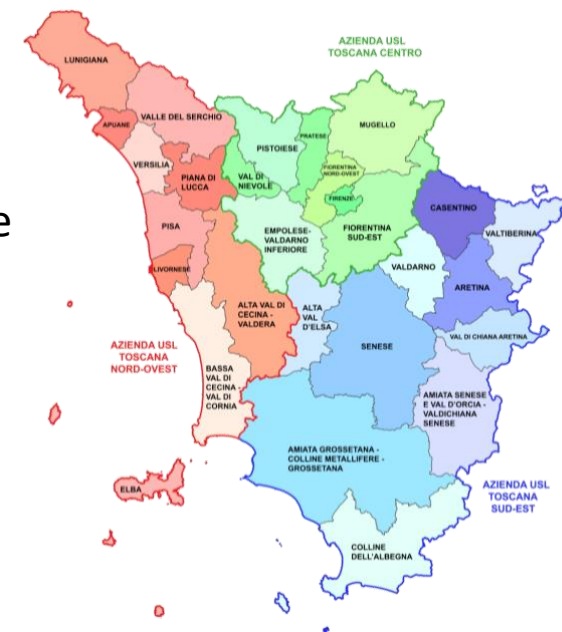


# DISTRETTO 1/2

## CHE COS'E'

- Articolazione territoriale della azienda unità sanitaria locale (art.2)
- Ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali, di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati (art.64)
- Individuata con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della conferenza regionale dei sindaci (art.64) corrisponde all'articolazione Ambito Territoriale Sociale e Distretto sanitario

In Toscana sono presenti **28 Zone-Distretto** di cui **16** con attivo il **consorzio**



## SOCIETA' DELLA SALUTE

Ente di diritto pubblico, costituito in forma di consorzio composto dagli enti locali e dall'azienda Usl compresi negli ambiti territoriali della medesima zona-distretto. (Titolo V Capo III bis LR 40/2005)

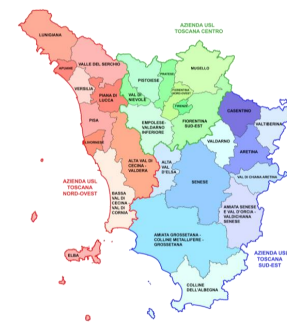
## FUNZIONI PRINCIPALI

- Valutazione dei bisogni sanitari e sociali e programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali (Piano Integrato di Salute/PIS articolato annualmente in Programmazione Operativa Annuale / POA)
- Organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate
- Governo della rete delle CdC
- Governo e coordinamento degli strumenti di integrazione (es.UVM) e delle reti di continuità ospedale-territorio (es. Cot) in raccordo con DMPO Ospedale, Dipartimenti aziendali interessati e Enti coinvolti
- Laddove attivo il consorzio Società della Salute, gestione diretta e unitaria delle attività socio-sanitarie e sociali



## EVOLUZIONE

- Rafforzare le zone-distretto all'interno di un ciclo completo della programmazione che comprenda anche la gestione diretta dell'integrazione socio-sanitaria
- Consolidare i percorsi di integrazione avviati e gli istituti normativi previsti dalla legge regionale (Convezione socio-sanitaria, Direzione aziendale)
- Laddove presente il consorzio SdS, rafforzare gli strumenti operativi (assunzioni di personale, gestione diretta delle risorse ecc.)
- Riorganizzare il territorio adottando gli indirizzi dei due ministeri in coerenza con l'esperienza regionale consolidata



# CASA di COMUNITA' (1/2)

## CHE COS'E'

- Luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini accedono per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, ricevendo risposte integrate. E' sede di erogazione di visite e prestazioni di assistenza primaria, di specialistica ambulatoriale di base ed avanzate da parte dei professionisti che operano sul territorio, in raccordo con la rete ospedaliera, all'interno di equipe strutturate.
- E' sede di ulteriori servizi condivisi con i Consultori, i Dipartimenti di Prevenzione, Riabilitazione, i Dipartimenti di Salute Mentale adulti e infanzia-adolescenza, Dipendenze e le strutture di Psicologia.
- E' in raccordo con la Rete delle Cure Palliative, con le Reti Diabetologiche, Nutrizionali e con le altre Reti aziendali di patologia o di percorso.

E' un sistema a rete tra CDC di tre diversi livelli a livello distrettuale, aziendale e di area vasta



# CASA di COMUNITA' (2/2)

## FUNZIONI PRINCIPALI

- Accoglienza e definizione delle risposte ai bisogni attraverso il Punto Unico di Accesso
- Coordinamento a rete dei servizi attraverso la COT zonale e aziendale
- Erogazione di servizi territoriali di base e avanzati
- Presa in carico della fragilità e della cronicità attraverso l'assistenza primaria e le equipe
- Attività di prenotazione mediante logiche «dove si prescrive si prenota»
- Azioni di promozione della salute e di prevenzione

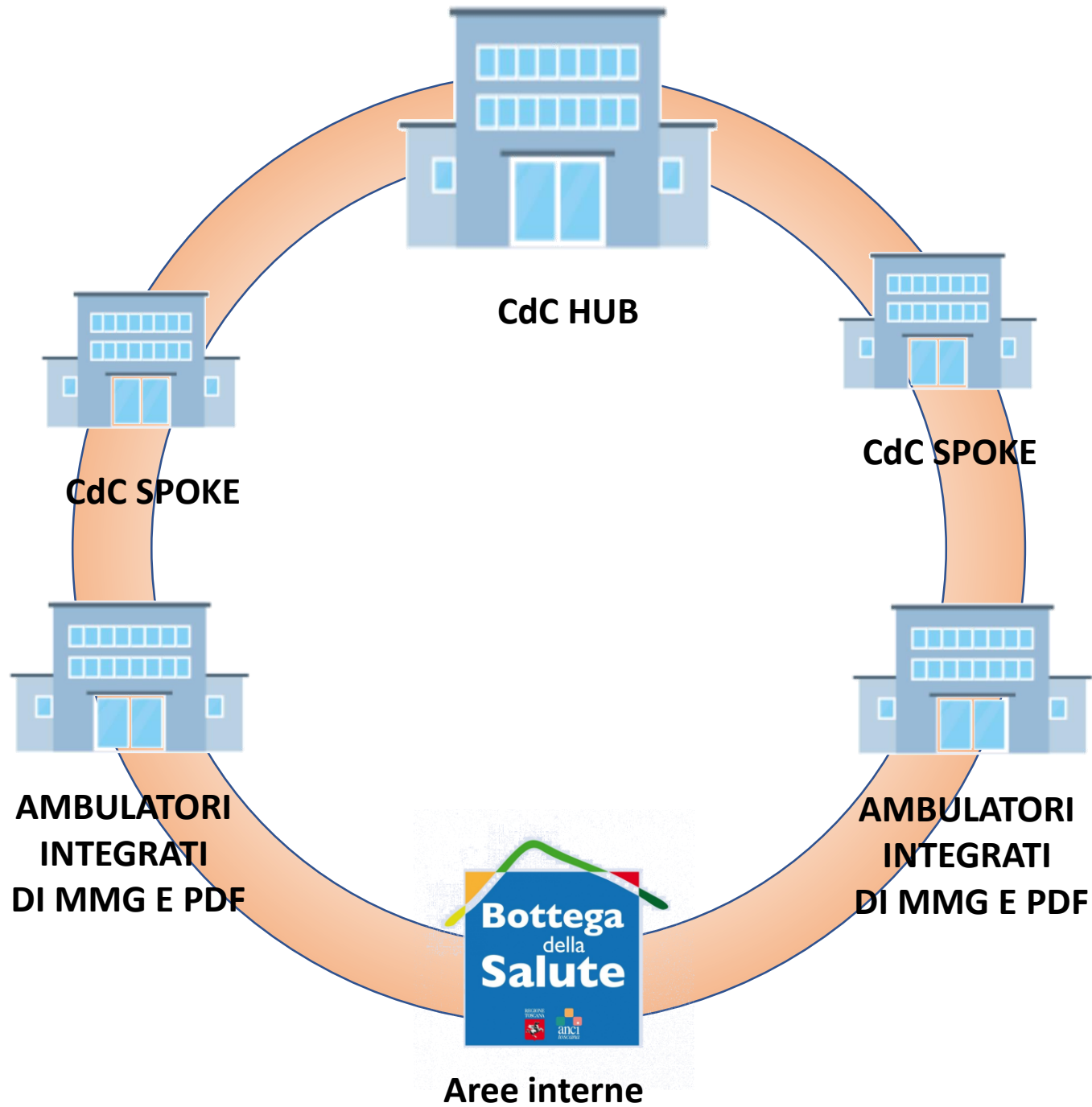


## EVOLUZIONE

- Luogo dell'integrazione tra sanità e servizi sociali
- Partecipazione attiva cittadini e Enti Terzo Settore (LR 65/2020)
- Presenza sportello PUA
- Vaccinazioni, screening e promozione salute
- Counselling ed empowerment

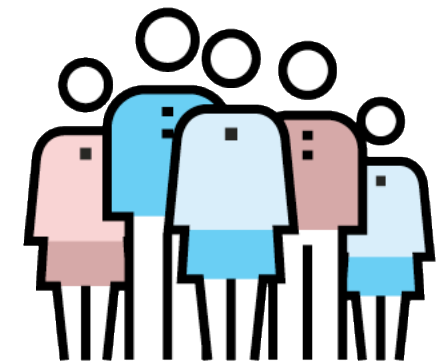


# CdC su 3 LIVELLI



Raccordo con COT Aziendale e Zonali

Proiezione di altri servizi (consultori, salute mentale, etc)



Partecipazione attiva della comunità



# Forme organizzative dell'assistenza primaria e pediatria

## Cosa SONO

Le AFT , costituite in RT nel 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: 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 è di 30.000 abitanti. Il territorio deve appartenere ad una unica Zona Distretto.

L'AIR del 2012 ha disciplinato la figura del Coordinatore di AFT.

Con L.R. 84/2015, è stato istituito il Dipartimento della Medicina Generale, unico in Italia, Il Dipartimento di medicina generale è un organismo mono-professionale che, attraverso il Direttore partecipa alla programmazione aziendale e alla definizione dei percorsi inerenti alle cure sanitarie territoriali e la continuità assistenziale ospedale - territorio dell'Azienda USL. E' 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.

## FUNZIONI PRINCIPALI

Le AFT 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. 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.



## EVOLUZIONE

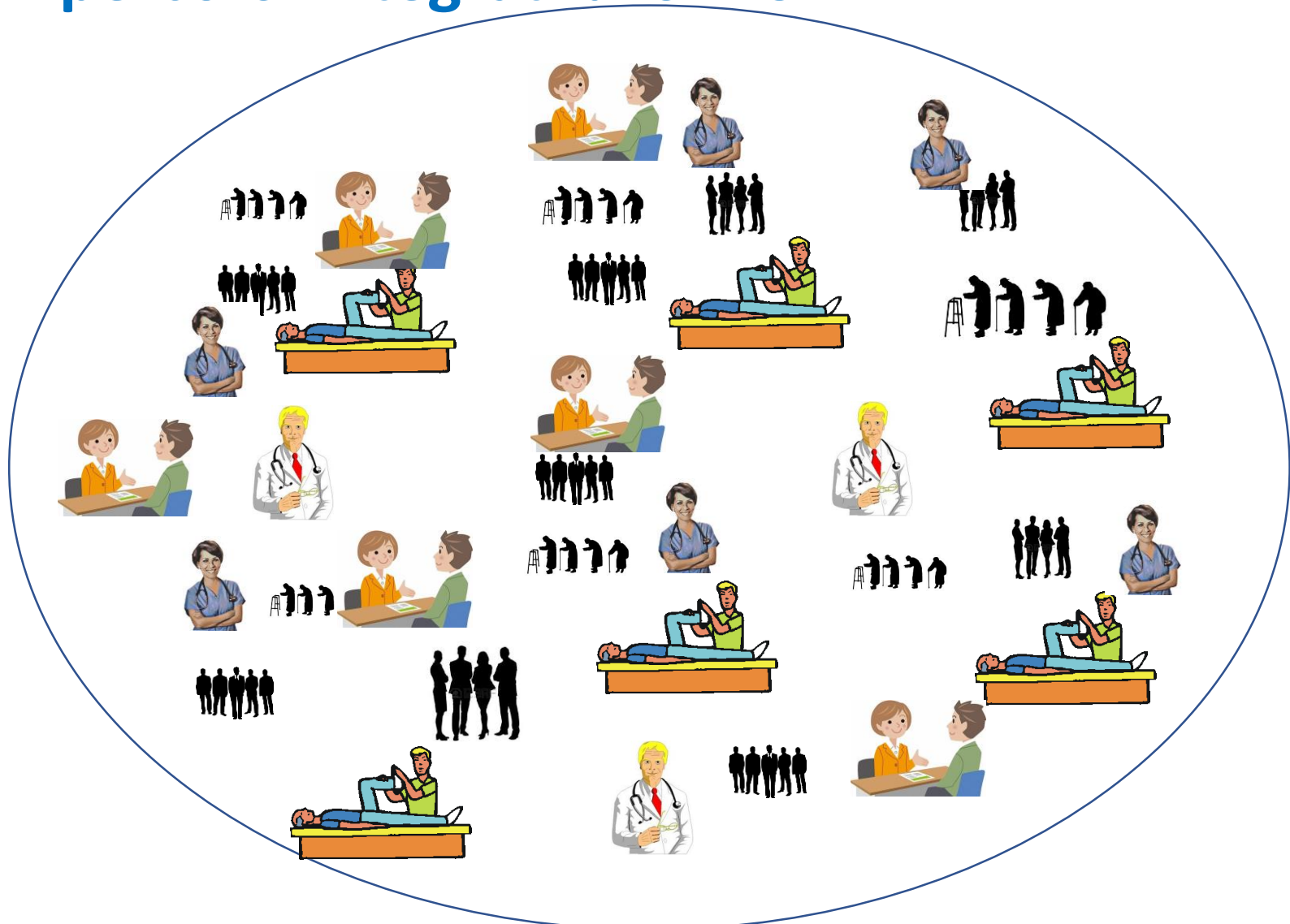
- Declinazione puntuale delle Equipe multiprofessionali
- Costituzione delle AFT della Pediatria di Famiglia
- Strumentazione, partecipazione delle Case della Comunità, Associazionismo, Sanità di Iniziativa

# L'Infermiere di Famiglia e di Comunità e le professioni sanitarie nel territorio nei NUOVI percorsi integrati di SALUTE

Fisioterapisti  
Tecnici laboratorio  
Tecnici radiologia  
Infermieri  
Dietisti  
Psicologi  
Ostetriche  
Tecnici prevenzione  
Assistenti sanitari  
Logopedisti  
Audiometristi

....

La TERRITORIALITÀ del **TEAM** di famiglia e di **COMUNITA'**



# UCA- Unità di Continuità Assistenziale

## CHE COS'E'

- Con DGR 956/2022 conversione da USCA ad UCA per le attività di assistenza domiciliare di presa in carico e follow-up dei pazienti Covid positivi.
- **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.
- L'UCA non sostituisce mai, ma supporta per un tempo definito, i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Con 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 DM 77, con standard di 1 équipe per 100.000 abitanti.

## FUNZIONI PRINCIPALI

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

## EVOLUZIONE

- Lavora in maniera coordinata con le AFT di pertinenza e ne viene attivata, fornendo anche supporto alla zona-distretto in casi di emergenza organizzativa o epidemica.
- Tale intervento può avvenire in équipe con le altre professioni sanitarie.



# SAT - SPECIALISTI AMBITO TERRITORIALE

## CHI SONO

Numerosi specialisti operano già in ambito territoriale, sia dipendenti che 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.

## FUNZIONI PRINCIPALI

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, utilizzando le reti di servizi presenti nel SSR attraverso le COT



## EVOLUZIONE

- Il MMG attiva le equipe per il tramite delle COT che coordinano gli interventi necessari.
- Tale intervento può avvenire in equipe con le altre professioni sanitarie e con le UCA  
Tale modello organizzativo si prevede produrrà una riduzione degli accessi in P.S. ovvero una riduzione dei ricoveri impropri oltre ad un importante beneficio per i pazienti.

# ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

## CHE COS'E'

Un servizio finalizzato all'erogazione a domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un Piano Personalizzato di Assistenza (ADI di 1-2-3 Livello)

## FUNZIONI PRINCIPALI

Erogazione interventi e procedure integrate al domicilio a diverso livello di intensità e complessità



## EVOLUZIONE

- Integrazione risorse Missione 5 e 6
- Introduzione della telemedicina a domicilio per televisita, teleassistenza, teleconsulto e telemonitoraggio secondo progetto nazionale PNRR M6C1
- Ampliamento del numero degli assistiti
- Progetti specifici quali dialisi domiciliare, nutrizione,





# OSPEDALE DI COMUNITA'

## CHE COS'E'

Struttura di degenza post acuta della rete assistenziale territoriale, per la fase di deospedalizzazione di persone fragili o anziane, sia per 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 e non trattabili a domicilio.

## FUNZIONI PRINCIPALI

Transizione dal ricovero ospedaliero al domicilio per soggetti complessi e fragili

## EVOLUZIONE

- 1 struttura di circa 20 pl/50.000
- In ogni Zona-Distretto/SdS deve essere presente almeno un OdC
- La responsabilità Igienico sanitaria e clinica è in capo al Medico dipendente o convenzionato. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile Infermieristico (DM n 70/2015 secondo l'Accordo Stato Regioni 20/2/20)



WHAT'S  
NEW?



# RETE delle CURE PALLIATIVE

## CHE COS'E'

In Regione Toscana le cure palliative sono attive in rete, con rete specifica per le cure palliative in età pediatrica, coordinata dall'AOU Meyer, sede dell'unico Hospice pediatrico toscano

## FUNZIONI PRINCIPALI

La Rete aziendale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale che integra le attività di CP nei diversi setting. Unità funzionali di cure palliative sono in tutte le zone distretto: coordina e integra le CP nei 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 nell'erogazione delle prestazioni e per gli ausili; adotta sistemi di monitoraggio, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi, con indicatori di valutazione regionali; 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



## EVOLUZIONE

- Maggiore assistenza domiciliare coordinata dalla COT
- Ampliamento delle cure simultanee alle terapie attive oltre che di supporto nel fine vita
- Accreditamento delle strutture e della rete

# CONSULTORIO FAMILIARE

## CHE COS'E'

Struttura aziendale ad accesso libero e gratuito, deputato alla prevenzione, alla cura ed alla promozione della salute delle donne, dei ragazzi e delle famiglie

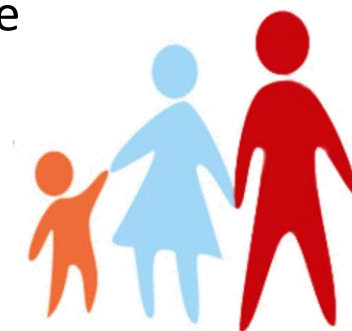
## FUNZIONI PRINCIPALI

L'equipe multidisciplinare (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale), che caratterizza l'approccio olistico delle attività consultoriali, deve garantire prestazioni, tutte previste nei LEA, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative, da erogare anche a livello domiciliare.



## EVOLUZIONE

- Presenza obbligatoria dei consultori o di proiezioni del servizio nelle Case della Comunità Hub e in alcune Spoke
- Maggiore attenzione sarà rivolta alle nuove generazioni con l'organizzazione dei consultori giovani



# CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

## CHE COS'E'

- Struttura interdisciplinare di coordinamento della presa in carico integrata socio-sanitaria, composta da medici, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti ed altre professionalità
- Ha una sede per zona-distretto che funziona 6/7 gg H12;
- Una della COT funge anche da COT Aziendale 7/7 h24, vicariando le altre nei notturni e festivi

## FUNZIONI PRINCIPALI

- Attivazione e coordinamento dei percorsi sanitari (ospedali di comunità, specialistica –SAT-, Hospice, IFC...) e sociali
- Coordinamento dei percorsi di transizione verso servizi per la non autosufficienza-disabilità



WHAT'S  
NEW?

## EVOLUZIONE

- Multiprofessionale
- Multidirezionale
- Multilivello
- Raccordo con PUA/segretariato sociale/centri servizi-stazioni di posta





116117

SEUS



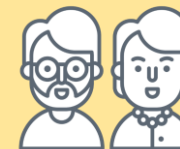
Amb.MMG



Ospedale



CdC



Segretariato Sociale

PUA



Centro Servizi  
Stazioni di Posta



Medico di Comunità  
Infermiere  
Assistente Sociale

**COT -CENTRALE OPERATIVA  
TERRITORIALE**



IFC

UCA  
SAT

AD  
CPI

Ospedale  
Comunità

**SERVIZI**

CSM  
SERD

Percorsi  
sociali

HOSPICE

UVM  
UVMD

**PERCORSI**

PAI  
Progetto  
di vita





# UVM e UVMD

La valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente anziana e della persona con disabilità è effettuata dalle Unità di Valutazione Multidimensionale – UVM e UVMD (Disabilità) – che assicurano l'integrazione della presa in carico, della valutazione e della progettazione individualizzata.

## COMPOSIZIONE

La UVM/ UVMD è costituita con atto del responsabile della Zona distretto/Società della Salute, che ne assegna il coordinamento ad uno dei membri. E' composta da **membri stabili e dedicati** (1- medico di distretto; 2- assistente sociale; 3- infermiere professionale per la UVM / amministrativo per la UVMD).

In relazione ai casi in esame, è inoltre integrata dalle professionalità specialistiche, sociali e sanitarie, e dagli operatori coinvolti nella valutazione che sono ritenuti necessari ed è di volta in volta integrata dal MMG/ PdF della persona valutata.

## FUNZIONI PRINCIPALI

- identificazione dei bisogni, degli interventi e delle risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio
- definizione del Profilo di funzionamento della persona con disabilità
- definizione del progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale/ Progetto di vita), tenendo conto delle aspirazioni della persona e garantendo la sua partecipazione (e/o del suo legale rappresentante)
- individuazione del case manager della persona
- monitoraggio dell'efficacia del PAI/ Progetto di Vita, rivalutazione periodica delle condizioni di bisogno ed eventuale ridefinizione del progetto stesso

# SISTEMA INFORMATIVO TERRITORIALE - AS IS

- La Regione Toscana con il DD 10705 del 26 giugno 2019 (*e durante tutto il periodo pandemico*) ha messo in atto un processo di unificazione delle cartelle socio-sanitarie presenti nelle ex AA.SS.LL., che si è concluso nel **Marzo 2022**, accorrandole ed evolvendole in un unico sistema
- Il sistema **unico informativo regionale** di riferimento, erogato centralmente dal *Sistema Cloud Toscano*, ha promosso una reale **omogeneizzazione dei processi socio-sanitari** su tutto il territorio regionale.
- 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.



# SISTEMA INFORMATIVO TERRITORIALE - TO BE

Alla luce di questo nuovo modello tuttavia, la piattaforma regionale attuale deve evolvere secondo le seguenti linee :

- sviluppo e rilascio di nuovi moduli software a completamento della suite, per supportare il nuovo modello delineato dal DM 77/2022 nella sua declinazione toscana;
- evoluzione verso un'architettura a microservizi, idonea alla mappatura di percorsi dinamici e orientata alla partecipazione di tutte le figure coinvolte nel processo;
- rilascio della soluzione Angular di AsterCloud sotto forma di container docker nel rispetto delle politiche di Cloud adoption richieste da Regione Toscana;

L'evoluzione è **finanziata** da una apposita linea di intervento del PNRR (M6C2 1.1)

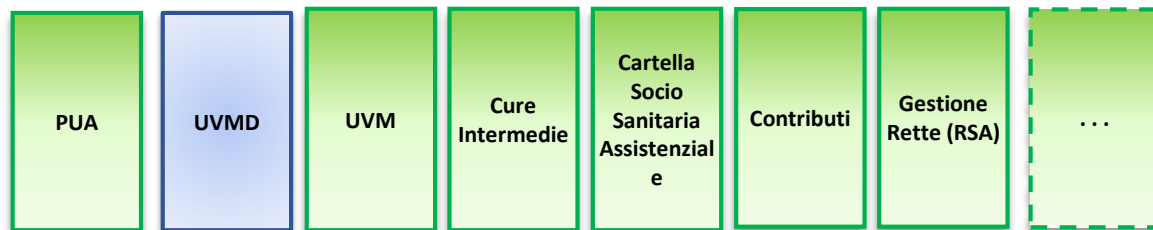


# SISTEMA INFORMATIVO TERRITORIALE - AS IS / TO BE

## MMG



## SINSS



## Integrazioni

Telemedicina

CUP

FLUSSI

SCREENING

VIEWER CLINICO

MOTORE PERCORSI

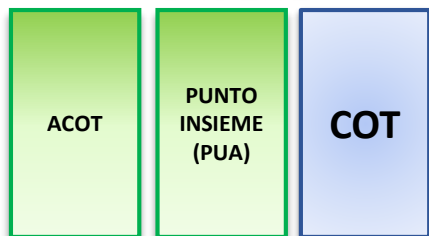
FSE

MMG/PLS

## Reportistica



## Front End



## Residenzialità (cartella clinica)



## Casa di Comunità



## Flussi/RFC



## Salute Mentale/Dipendenze



## Altri moduli



## DWH

