



22 | 09 | 2022

MODELLI GESTIONALI PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

Prospettive alla luce del DM 77 e della Risoluzione del Consiglio Regionale 184/2022

ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELL'INTEGRAZIONE NEL TERRITORIO

Barbara Trambusti

Regione Toscana – Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria

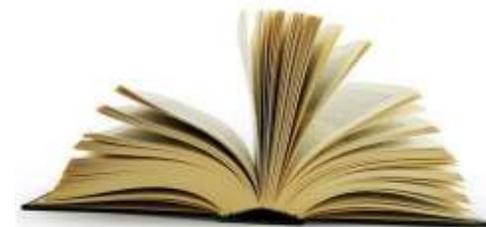


1

Disposizioni legislative nazionali in tema di integrazione e raffronto con il quadro normativo regionale della Toscana



IDENTIFICAZIONE DEL TERRITORIO



**STRUMENTI E MODALITÀ DI CONCERTAZIONE
DELLA PROGRAMMAZIONE**



Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Alle Regioni spetta la determinazione, tramite le forme di concertazione con gli enti locali, degli **Ambiti territoriali**, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete

I comuni dell'ambito territoriale per gli **interventi sociali e socio-sanitari** definiscono il **Piano di zona** adottato con **accordo tra gli enti locali e azienda UsI** che individua:

- obiettivi strategici
- priorità di intervento, *strumenti e i mezzi*
- *criteri di ripartizione della spesa* per ciascun comune e azienda UsI

(art. 8 co. 3 lett. a) e art. 19)



Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 DPCM 12 gennaio 2017



→ Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: «**Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421**».



Il **Comitato dei sindaci di distretto**, la cui organizzazione e *il cui funzionamento sono disciplinati dalla Regione*, concorre alla *verifica* del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali.

Il **Programma delle attività territoriali** prevede la *localizzazione* dei servizi sanitari territoriali e *per quelli dell'integrazione* sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione e *determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote a carico dell'azienda Usl e dei comuni* ed è proposto, sulla base delle risorse assegnate, *dal Comitato dei sindaci di distretto e dal direttore di distretto* ed è approvato dal direttore generale (art. 3-quater)

→ DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.



L'assistenza sociosanitaria residenziale, semiresidenziale, domiciliare e territoriale si articola a livello di **distretto** (art 3)



Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà



Le regioni adottando **ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro**, prevedendo che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego. L'offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate definite dalle Regioni, costituisce livello essenziale delle prestazioni (art.23)



PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2021-2023

Agosto 2021

- ➡ Accentuare la gestione associata dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale
- ➡ Perseguire sempre più l'identità di Ambiti sociali, Distretti sanitari e delimitazioni territoriali dei Centri per l'impiego, in modo da facilitare l'integrazione delle politiche sociali, sanitarie, del lavoro e della formazione



Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024



I servizi socio assistenziali nei confronti delle persone anziane non autosufficienti *sono erogati* dagli ambiti territoriali sociali (ATS) che costituiscono anche la sede necessaria nella quale *programmare, coordinare, realizzare* e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS (art.1 co.162)



PNRR

Attraverso un'ottica multidisciplinare, con riferimento all'integrazione socio-sanitaria si mira a "rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari." (M6C1)

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. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta."

PNNA 2022-2024

"(...) l'Ambito Territoriale rappresenta la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale."



→ Le zone-distretto:

- le articolazioni territoriali della azienda unità sanitaria locale (art.2)
- l'ambito territoriale ottimale di **valutazione dei bisogni sanitari e sociali**, di **organizzazione ed erogazione** dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati (art.64)
- individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della conferenza regionale dei sindaci (art.64)

→ L'**integrazione socio-sanitaria** è realizzata attraverso il consorzio società della salute o mediante la stipulazione della convenzione socio-sanitaria (art.64) approvata dalla Conferenza zonale dei sindaci integrata con il Direttore Generale dell'Azienda UsI (art.12bis)

→ Il **Piano integrato di salute (PIS)** è lo strumento di **programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale** a livello di zona-distretto che definisce gli obiettivi di salute tenendo conto degli indirizzi regionali e del profilo di salute e dei bisogni, ed è approvato dalla Conferenza zonale integrata o dall'Assemblea dei soci della Società della salute ove esistenti e si coordina e si integra con il piano di inclusione zonale. In caso di accordo con la conferenza zonale dei sindaci il ciclo di programmazione del PIS può assorbire l'elaborazione del PIZ (art.21)



➡ In ciascuna delle *zone-distretto* è istituita la **conferenza zonale dei sindaci** (art.34)

➡ La conferenza zonale dei sindaci coordina l'esercizio delle funzioni di competenza dei comuni e adotta il **Piano di Inclusione Zonale** (art.35)

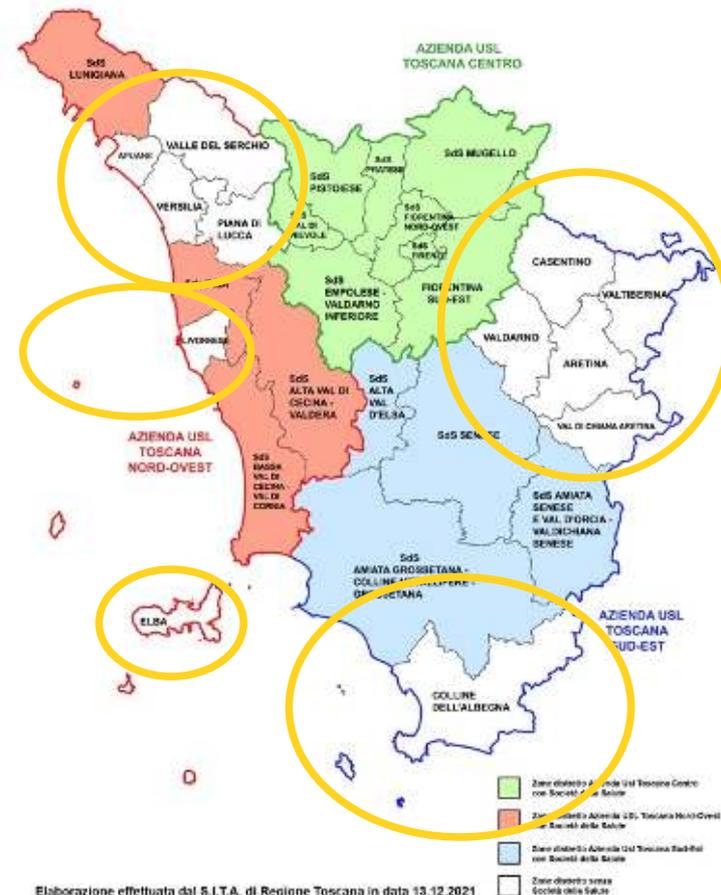
➡ Le disposizioni medesime che fanno riferimento agli **ambiti territoriali** si intendono riferite agli ambiti delle **zone-distretto** (art.36 bis)

LE ZONE DISTRETTO E LA CONVENZIONE SOCIO-SANITARIA



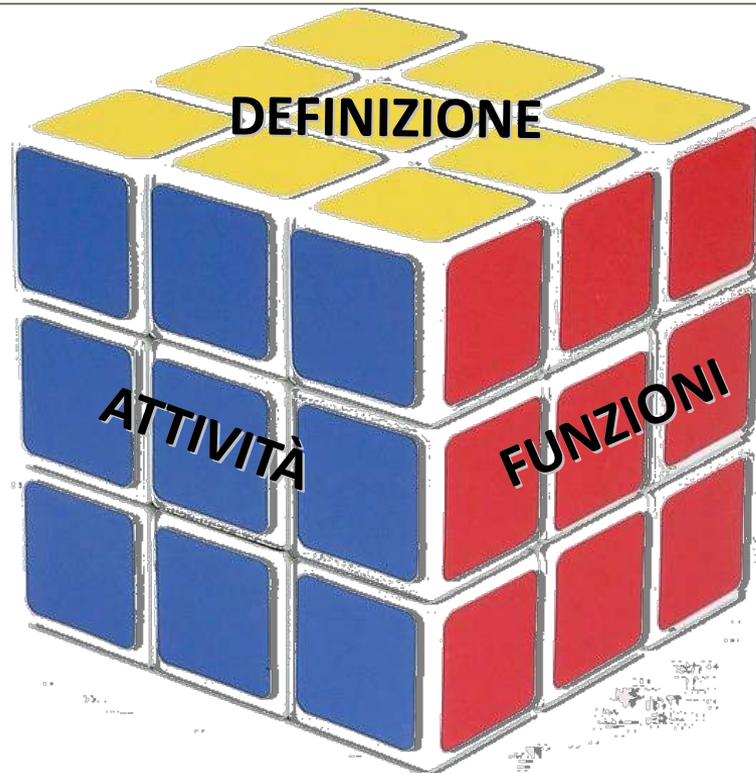
Nel 2021 è stato avviato un percorso di accompagnamento all'attivazione del **nuovo schema di Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria (DGRT 886/2021)**, che ha coinvolto le 12 zone-distretto.

- ➔ **Ricognizione Gennaio 2021**
CONVENZIONI ATTIVE: 6 su 10 ZD allora esistenti, di cui 4 regolanti anche le materie socio-assistenziali
- ➔ **Novembre 2021**
Avvio percorso di sottoscrizione del nuovo schema di Convenzione
- ➔ **Ricognizione in itinere – Settembre 2022**
Sottoscrizione avvenuta: 8 Convenzioni
Sottoscrizione entro dicembre 2022: 4 Convenzioni





La **SdS** è un ente di diritto pubblico, costituita in forma di consorzio composto dagli enti locali e dall'azienda Usl compresi negli ambiti territoriali della medesima zona-distretto.



- Lea territoriali
- Attività di integrazione socio-sanitaria
- Attività socio-assistenziali

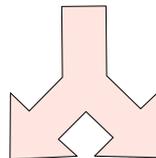
- Indirizzo e programmazione strategica
- Programmazione operativa
- Organizzazione e gestione unitaria e diretta delle attività socio-sanitarie e sociali



La SdS provvede tramite le **proprie strutture organizzative** all'intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione dei servizi.

CONTENUTO MINIMO

attività sociosanitarie e sanitarie a rilevanza sociale tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori **Anziani** e **Disabili**; nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata
l'intero complesso delle attività di **assistenza sociale** individuate dal nomenclatore regionale



LE «ALTRE MATERIE»

attività sanitarie a rilevanza sociale, dei settori **Materno-Infantile, Salute Mentale, Dipendenze patologiche** di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare, nonché quelle inerenti prestazioni per il sostegno psicologico e socioeducativo, quelle inerenti prestazioni di mediazione interculturale e quelle inerenti prestazioni per il sostegno.
attività di assistenza sociale riferite alle azioni relative al sistema **REI e RDV**, al sistema **SPRAR** e al sistema **CAS**

LE FASI DI PREPARAZIONE ALLA GESTIONE DIRETTA

- 30/06/2020 progetto sintetico gestione diretta
- 01/01/2021 avvio gestione diretta
- art. 16 L.R. 97/2020 possibilità di proroga fino massimo 31/12/2021
- DGRT 243/2021 deliberazione proroga
- Dal **1° gennaio 2022** tutte le SdS sono **formalmente in gestione diretta**

ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEL TERRITORIO



2015

Riforma del sistema sanitario **LR 84/2015** di riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale

- Riduzione delle aziende sanitarie territoriali da 12 a **3**
- Revisione degli assetti di governance



2017

LR 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”

- Riduzione delle Zone da 33 a 26 (28 nel 2022)
- Gestione diretta SdS



2022

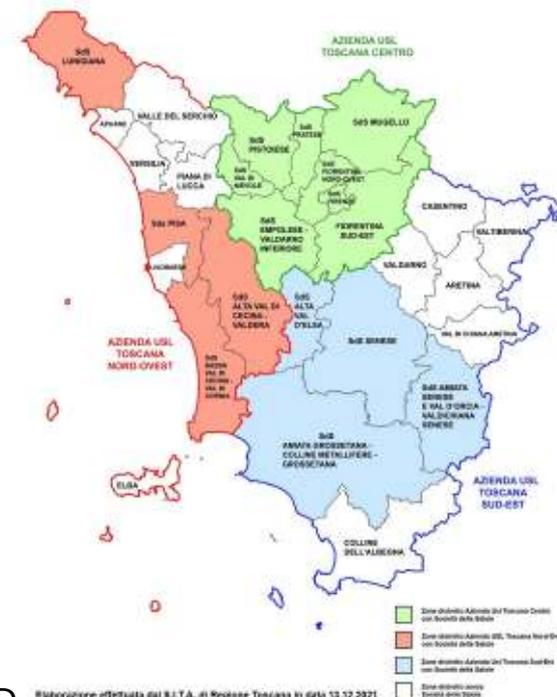
Attualmente sono 28 i soggetti territoriali:

- **16** Società della Salute
- **12** Zone distretto



Area Vasta/AUSL Centro: 8 SdS
Area Vasta/AUSL Nord-Ovest: 4 SdS / 6 ZD
Area Vasta/AUSL Sud-Est: 4 SdS / 6 ZD

REGIONE TOSCANA Società della Salute



Elaborazione effettuata dal R.I.T.A. di Regione Toscana in data 12.12.2021

- Zone distretto Aziende del Territorio Centro del Sistema della Salute
- Zone distretto Aziende del Territorio Nord-Ovest del Sistema della Salute
- Zone distretto Aziende del Territorio Sud-Est del Sistema della Salute
- Zone distretto senza Azienda del Territorio

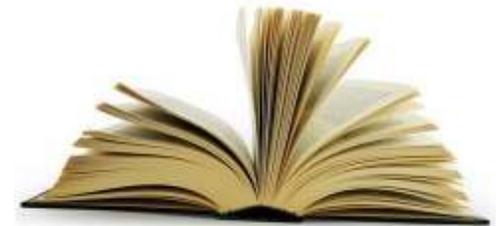


2

Disposizioni legislative nazionali in tema di integrazione e raffronto con il quadro normativo regionale della Toscana



STRUMENTI PER GESTIRE E OTTIMIZZARE L'INTEGRAZIONE





Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali



Per realizzare la **piena integrazione** delle **persone disabili** nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale.

Il **progetto individuale** comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale o al Profilo di funzionamento, le **prestazioni** di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, il Piano educativo individualizzato a cura delle istituzioni scolastiche, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare. (art.14)

Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, gli operatori **coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi.** (art.16)



GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Sabato, 18 marzo 2017 SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NEI FESTIVI
DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA MICHELA, 70 - 00187 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 851 - 00186 ROMA - CENTRALINO 06-48801 - TELEFAX 06-4880111 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA S. PIETRO, 1 - 00187 ROMA

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Il SSN garantisce l'**accesso unitario ai servizi sanitari e sociali**. Le regioni organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale. Il **Progetto di assistenza individuale (PAI)** è redatto dall'**unità di valutazione multidimensionale**, con il coinvolgimento di tutte le **componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia**. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio **domicilio**, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali. (art. 21)



PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2021-2023

Agosto 2021

Promuovere, agevolare e semplificare il **primo accesso ai servizi sociali e socio-sanitari**, favorendo l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, considerando il **PUA Punto "Unitario" di Accesso**, non solo come **luogo fisico** ma anche come **modalità organizzativa**, come **approccio multiprofessionale e integrato** ai problemi del cittadino e di interfaccia con la rete dei servizi.



GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Venerdì, 31 dicembre 2021

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

LEGGE 30 dicembre 2021, n. 234.

**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno
finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio
2022-2024.**

L'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari avviene attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le Case della comunità. Presso i PUA operano **equipe integrate** che procedono alla definizione del **progetto di assistenza individuale integrata (PAI)**, contenente gli **interventi**, le **responsabilità**, i **compiti** e le **modalità** di svolgimento dell'attività degli **operatori sanitari, sociali e assistenziali**, nonché l'**apporto della famiglia e degli altri soggetti** che collaborano alla sua realizzazione (art.1 co.163)



➔ Il **PNNA**, relativo al triennio 2022-2024, costituisce l'**atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze** e individua, nel limite di tali risorse lo sviluppo degli interventi al fine della graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) da garantire su tutto il territorio nazionale.

➔ Il PNNA 2022-2024 è stato predisposto per favorire, con la necessaria progressività, il consolidamento dei **LEPS** su tutto il territorio nazionale e il percorso di integrazione tra i sistemi sociale e sanitario.

➔ **Strategia di intervento 1 – Livelli essenziali di erogazione**
Strategia di intervento 2 – Livelli essenziali di processo
Strategia di intervento 3 – Azioni di supporto

Sia i LEPS di erogazione che il LEPS di processo sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali.

L'**ATS** costituisce la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS.

I LEPS di erogazione e di processo sono realizzati nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza



➔ LEPS integrato di Processo (contenuti orientati da Comma 163 della L. 234/2021)

L'accesso ai servizi sociali e ai servizi socio-sanitari è garantito a tutte le persone non autosufficienti attraverso i punti unici di accesso **(PUA)**, in cui operano **équipe integrate**, le quali assicurano la funzionalità delle **unità di valutazione multidimensionale (UVM)**. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede inoltre alla definizione del **progetto di assistenza individuale integrata (PAI)**.

- Accordo di programma: definisce e regola i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale, necessarie per sviluppare il Percorso assistenziale integrato all'interno dell'ambito territoriale.

➔ Rafforzamento della dotazione organica degli ATS

È previsto un significativo potenziamento delle professionalità necessarie al raggiungimento dei LEPS, in particolare rispetto alle figure professionali afferenti all'ambito sociale, nella misura di almeno 2 unità.

Ogni ambito avrà la possibilità di disporre di 80.000 euro annui da utilizzare in base alle proprie esigenze e in coerenza con l'esercizio di coordinamento svolto dalla regione di appartenenza, per sostenere la spesa per personale con professionalità sociale da assumere con contratto a tempo indeterminato.

Unità di personale			Importo		
2022	2023	2024	2022	2023	2024
35	63	63	1.400.000	2.520.000	2.520.000



MISSIONE 5:

COESIONE E INCLUSIONE



M5C2 - INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE



Rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali per interventi finalizzati a favorire la socializzazione, accelerare i processi di deistituzionalizzazione e di prevenzione della istituzionalizzazione, a **prevenire la istituzionalizzazione**, a rafforzare le infrastrutture sociali a favore di **minori, anziani e persone con disabilità**, per migliorarne la qualità della vita, l'autonomia delle persone con disabilità e/o non autosufficienti, ridurre il lavoro di cura delle famiglie e favorire l'occupazione femminile.



Pur non avendo fatto un esplicito riferimento alle attività di indirizzo regionali e di programmazione di ambito territoriale e affidando la progettazione a Enti locali in sinergia con il Terzo settore, la Regione è stata comunque coinvolta nella fase di concertazione e gli ambiti hanno lavorato in modo coordinato in tutto il territorio toscano



MISSIONE 6:

SALUTE



M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE



Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari:

- **definire standard strutturali, organizzativi** e tecnologici omogenei per l'**assistenza territoriale**
- **realizzare Case della Comunità sede del Punto unico di accesso** alle prestazioni sanitarie e in cui opera un **team multidisciplinare** per le valutazioni multidimensionali per i servizi socio-sanitari e vede la presenza degli assistenti sociali per rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali e favorire una maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale
- attivazione delle **Centrali Operative Territoriali (COT)**, una in ogni **distretto**, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza



DM 77 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

Costituisce la **riforma** di settore del PNRR della **missione 6** per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale

- ➡ **Distretto** ambito di erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda UsI
- ➡ Richiama l'integrazione della sanità territoriale con i servizi sociali nei **PUA**
- ➡ L'individuazione dei bisogni socio-assistenziali necessari al **Progetto di salute** determina l'identificazione di un'**equipe multiprofessionale**, dove tuttavia l'assistente sociale è previsto ma non obbligatorio (punto 5 allegato 1)
- ➡ La **Casa della Comunità** è il luogo in cui si coordina e si integra il SSN con il sistema dei servizi sociali.
- ➡ Il **Direttore di distretto** è responsabile dell'attività di programmazione e responsabile della gestione dei percorsi integrati di propria competenza (punto 4. allegato1)



IL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

⇒ Costituito da risorse provenienti dal **fondo sanitario** e **fondo sociale regionale** e dal **fondo nazionale per la non autosufficienza** (art.2)

⇒ Ripartito e assegnato alle **Zone-distretto (SdS)** (art.3), dove sono istituiti i “**punti insieme**” che assicurano l'accoglienza e l'informazione per richiedere la valutazione di non autosufficienza (art.10) dall'**unità di valutazione multidisciplinare (UVM)** (art.8), articolazione operativa della zona-distretto (art.11), responsabile dell'elaborazione del **progetto di assistenza personalizzato (PAP)** e composta da (art.21):

- un medico di distretto;
- un assistente sociale;
- un infermiere professionale.

ed è di volta in volta integrata dal medico di medicina generale, dalle professionalità specialistiche, sociali e sanitarie, e dagli operatori coinvolti nella valutazione che sono ritenuti necessari

DGR 370/2010

PUA

- Presente in **ogni zona-distretto**
- Coordinato dal responsabile di Zona Distretto o da suo delegato;
- “Luogo” in cui dal punto di vista operativo, professionale e gestionale, si realizza compiutamente l'integrazione socio-sanitaria;
- **Funzioni** di coordinamento operativo, tecnico-amministrativo e organizzativo, attraverso un idoneo sistema informativo
- Personale tecnico-amministrativo individuato dal direttore della ZD/SdS



Il direttore di zona:

- garantisce rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'azienda unità sanitaria locale 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 con il direttore del presidio ospedaliero di zona per i percorsi di continuità ospedale-territorio (art.64.1)

Nelle zone nelle quali sono costituite le società della salute, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale delega al **direttore della Società della Salute** le funzioni di direttore di zona (art.64.2)



Nelle aziende unità sanitarie locali la **direzione aziendale** è costituita da:

- direttore generale
- direttore amministrativo
- direttore sanitario
- *responsabili di zona*
- *direttore dei servizi sociali*
- *responsabile della rete ospedaliera*

Alla **direzione aziendale** è assicurato l'apporto dei direttori dei dipartimenti o delle altre strutture funzionali di massima dimensione aziendale titolari di budget, attraverso l'istituzione di apposito **ufficio di direzione**. L'ufficio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo con modalità disciplinate dallo statuto, prevedendo la convocazione almeno mensile dell'organismo da parte del direttore generale. (art.57)



Decreto 23 maggio 2022, n. 77

L'attuale modello toscano

Casa della Comunità

Standard:

1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000 – 50.000 abitanti

- **Organizzazione capillare** su tutto il territorio
Struttura fisica in cui opera un'equipe multiprofessionale di:
 - MMG e PLS
 - Medici specialisti
 - Infermieri di Famiglia o Comunità
 - Altri professionisti della salute
 - Assistenti sociali
- **Punto di riferimento continuativo per la popolazione** che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento anche attraverso:
 - Una infrastruttura informatica
 - Un punto prelievi
 - La strumentazione polispecialistica e diagnostica di base

Casa della Salute

- Strutture già esistenti: **82**
- Strutture in corso di realizzazione: **2**
- Finanziate da PNRR e Fondo Complementare Regionale: **77**
- **DGR n. 1125 del 28/10/21**

Approvazione Progetto “Da Casa della Salute a Casa della Comunità” ai sensi delle “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità”, Allegato 1 all’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Rep. Atti n. 134/CSR del 4 agosto 2021.



Decreto 23 maggio 2022, n. 77

Infermiere di Famiglia o Comunità

Standard

Almeno 1 IFoC ogni 3.000 abitanti.

Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

Definizione

Professionista di riferimento che assicura l'**assistenza infermieristica** ai diversi livelli di complessità **in collaborazione con tutti i professionisti** presenti nella comunità in cui opera, **perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.**

L'attuale modello toscano

Infermiere di Famiglia e di Comunità

DGR n. 597 del 04/06/2018

Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale "Infermiere di Famiglia e di Comunità"

Definizione: L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFC) è il professionista responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare. Promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali risposte ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento.

Gli **ambiti di esercizio professionale** dell'IFC sono il domicilio, l'ambulatorio, le strutture intermedie e residenziali e l'intera comunità.



Decreto 23 maggio 2022, n. 77

L'attuale modello toscano

Ospedale di Comunità

Standard

1 OdC (20 posti letto)

1 Ospedale di Comunità ogni 100.000 abitanti

Standard minimo di personale

1 OdC (20 posti letto)



7-9 Infermieri (di cui 1 coordinatore)

4-6 Operatori Sociosanitari

1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative

1 Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

Cure Intermedie

DGR n. 909 del 07/08/2017

Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera.

Attualmente:

- Posti letto setting 1 e 2 **1.060**
 - di cui COVID dedicati **438**
 - di cui NO COVID dedicati **622**
- Posti letto in RSA **119**
- OdC finanziati da PNRR e FCR **24**
 - Posti letto **480**



- ➔ **Rafforzare le zone-distretto** all'interno di un ciclo completo della programmazione che comprenda anche la gestione diretta dell'integrazione (e il conseguente monitoraggio)
- ➔ **Rafforzare il monitoraggio di percorsi di integrazione** già avviati o istituti normativi già presenti e mal applicati (es. la Direzione aziendale)
- ➔ **Rafforzare gli strumenti operativi delle SdS** (assunzioni di personale, gestione delle risorse ecc.)
- ➔ Attivare la **riorganizzazione del territorio** partendo non solo dagli indirizzi dei due ministeri ma dall'esperienza regionale



Le disposizioni legislative sono condizioni necessarie ma non sufficienti per rendere operativa l'integrazione socio-sanitaria



REGIONE TOSCANA
Consiglio Regionale

RISOLUZIONE n. 184 approvata nella seduta del Consiglio regionale del 15 giugno 2022.

OGGETTO: Indirizzi in merito ai principali obiettivi delle politiche per la salute della Toscana a seguito della consultazione pubblica degli Stati Generali della Salute.



Aprile – maggio 2021 Rilevazione organizzativa

La Regione, supportata da Anci-Federsanità e con la collaborazione dei direttori SdS, ha svolto un'attività di analisi degli assetti delle SdS allo scopo di raccogliere elementi di spunto per favorire il modello di gestione diretta previsto dalle norme regionali.



19 luglio 2021 – Mandato Conferenza regionale dei sindaci

Condivisione dei contenuti dell'analisi e della realizzazione di azioni da individuare e mettere in atto dalle strutture regionali supportate da quelle di Anci e Federsanità, con la collaborazione delle SdS e delle Asl, per favorire l'operatività del modello di gestione diretta delle SdS lungo le dimensioni organizzative, del personale e delle risorse economiche.

LE TAPPE PRINCIPALI DEL PERCORSO DI LAVORO

1°
STEP

20 OTT 2021
1° INCONTRO

COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO

Presentazione delle principali problematiche e disomogeneità emerse in materia di contabilità e redazione dei bilanci nell'ambito del modello SdS. Illustrazione degli obiettivi e discussione sui possibili strumenti da mettere in atto per raggiungerli.

2°
STEP

10 NOV 2021
2° INCONTRO

Condivisione dell'analisi dei bilanci SdS e proposta di percorso di lavoro:

- elaborazione di proposta di schema contabile sulla base del modello Digs 118/2011;
- aggiornamento dei principi contabili per le SdS previsti dalla DGRT 1265/2009

3°
STEP

13 GEN 2022
3° INCONTRO

Presentazione della prima versione di schema contabile da integrare con le voci relative alle attività socio-assistenziali.

03 FEB 2022
4° INCONTRO

Illustrazione della nuova versione di schema di bilancio, integrato delle voci aggiuntive in cui inserire i costi sostenuti da parte delle SdS per le attività dalle stesse poste in essere.

17 MAR 2022
5° INCONTRO

Presentazione del mod. CE integrato della parte relativa ai costi socio-sanitari a rilevanza sanitaria, al fine di rendere coerenti i prospetti sia per l'ambito socio-assistenziale sia per quello socio-sanitario.
Presentazione e analisi della prima bozza dell'aggiornamento dei principi contabili (All. A DGRT 1265/2011).

21 APR 2022
6° INCONTRO

Condivisione delle modifiche precedentemente concordate apportate dal gruppo allo schema CE e alle linee di indirizzo.
Presentazione dello schema SP.

4°
STEP

30 MAG 2022

Condivisione della documentazione prodotta dal gruppo ai referenti della contabilità delle SdS.

22 GIU 2022
(13 LUG 2022 DIRETTORI
ASSENTI)

PRESENTAZIONE DEI DOCUMENTI
PRODOTTI DAL GRUPPO AI
DIRETTORI SdS.

5°
STEP

18 LUG 2022

APPROVAZIONE DGRT n. 834
"Indirizzi per
l'armonizzazione ed uniforme
redazione dei bilanci
preventivi e d'esercizio delle
Società della Salute"

Gruppo di lavoro
Sds - Bilancio e
risorse



18 Luglio 2022 - Approvazione DGRT 834



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DEL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 18/07/2022 *(punto N 37)*

Delibera N 834 del 18/07/2022

Proponente

SERENA SPINELLI

DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

Pubblicità / Pubblicazione Atto pubblicato su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Barbara TRAMBUSTI

Direttore Federico GELLI

Oggetto:

Indirizzi per l'armonizzazione ed uniforme redazione dei bilanci preventivi e d'esercizio delle Società della Salute.

LE TAPPE PRINCIPALI DEL PERCORSO DI LAVORO

1°
STEP

11 NOV 2021
1° INCONTRO

COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO.

Presentazione delle principali problematiche e criticità emerse in materia di gestione del personale, di organizzazione e di trasferimento di funzioni nell'ambito del modello SdS. Illustrazione degli obiettivi e discussione sui possibili strumenti da mettere in atto per raggiungerli.

2°
STEP

7 DIC 2021
2° INCONTRO

Presentazione di una prima proposta di lavoro che, a partire da una ricognizione degli atti in vigore e dalle differenti modalità di gestione del personale SdS, permetta di approfondire i temi relativi ai Regolamenti di organizzazione, al trasferimento di personale e agli accordi di avvalimento, al fine di rendere quanto più omogeneo il modello SdS e rendere effettiva la gestione diretta.

3°
STEP

16 DIC 2021-
25 FEB 2022

- Ricognizione dei Regolamenti di organizzazione e predisposizione prima versione delle Linee di indirizzo in materia;
- Elaborazione prima versione Schema tipo di accordo di avvalimento e del relativo Piano operativo;
- Elaborazione diagrammi di flusso funzioni SdS e attività trasversali (contabili, amministrative, ecc.)

4°
STEP

07 MAR 2022
3° INCONTRO

Presentazione e analisi del materiale predisposto dal CT e RT al gruppo di lavoro.

Richiesta a tutti i partecipanti di trasmettere le proprie proposte e integrazioni in forma scritta, per poterle valutare e includere nei documenti.

5°
STEP

11 MAG 2022
4° INCONTRO

Presentazione delle modifiche apportate ai documenti alla luce delle osservazioni pervenute dai partecipanti.

20 MAG 2022
5° INCONTRO
CONDIVISIONE FINALE DEI DOCUMENTI ELABORATI E CHIUSURA DEL PERCORSO DI LAVORO

6°
STEP

22 GIU 2022
(13 LUG 2022 DIRETTORI ASSENTI)

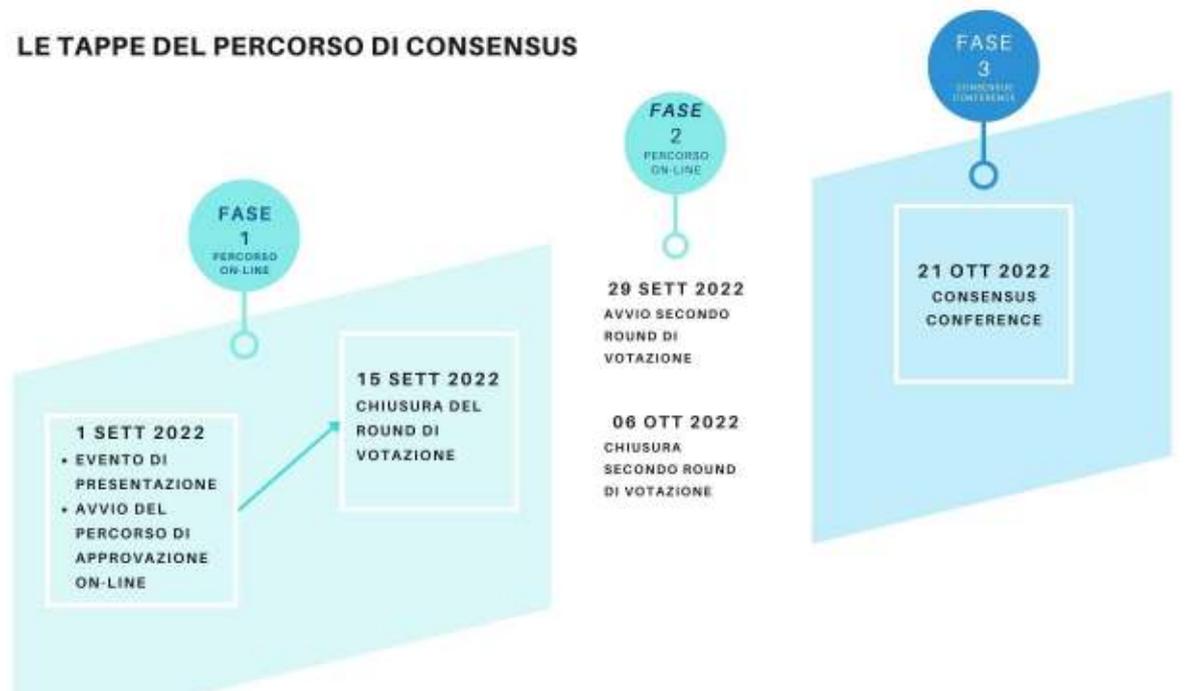
PRESENTAZIONE DEL PERCORSO DI LAVORO AI DIRETTORI SDS. Prima presentazione degli atti e del percorso di consensus per la loro approvazione, che sarà avviato il 01 sett 2022.

Gruppo di lavoro
SdS - Personale e
organizzazione



Ai fine dell'**approvazione tecnica** dei documenti prodotti dal gruppo di lavoro SdS – Personale e organizzazione è stato costruito un **percorso di consensus** al fine di permettere ai destinatari ai quali è rivolto, la possibilità di esprimersi attraverso una modalità di tipo confermativo.

LE TAPPE DEL PERCORSO DI CONSENSUS





- ⇒ Un ulteriore rafforzamento degli strumenti operativi (contabili, amministrativi) che consentano alle Sds e alle zone-distretto di svolgere il loro ruolo
- ⇒ Il rilancio del modello organizzativo territoriale toscano con attenzione ai percorsi formativi informativi professionali