

SCHEDA DEL PROGETTO				
1	TITOLO DEL PROGETTO ESTESO	DEL PER	Da Casa della Salute a Casa della Comunità	
2	REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	Regione Toscana		
3	RISORSE FINANZIATE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		Finanziamento	Riferimento
				(Delibera regionale, atto, etc)
			Importo	
		Risorse assegnate per l'anno 2020		€ 1.574.753,62
		Risorse assegnate per l'anno 2021		€ 1.574.753,62
4	DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E DI ESPERIENZE ESISTENTI A LIVELLO REGIONALE/P.A.	<p><b>Il contesto di riferimento</b></p> <p>La Regione Toscana è la quinta regione italiana per superficie territoriale e la nona in termini di popolazione residente (3.668.333 abitanti con una densità di 160 abitanti per km<sup>2</sup>)<sup>1</sup>. Dal punto di vista istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale, è strutturata in 3 Aziende USL e 26 ambiti territoriali di cui 10 Zone Distretto e 16 Società della Salute (consorzi pubblici composti dagli enti locali e l'Azienda USL presenti nella zona distretto di riferimento).</p> <p>La sperimentazione che si intende proporre coinvolge un ambito territoriale in ognuna delle 3 Aziende USL della Toscana e nello specifico la Società della Salute di Firenze facente parte dell'Azienda USL Toscana Centro, la Zona distretto Versilia della Azienda USL Toscana Nord Ovest e la Società della Salute Amiata Senese Valdorcia e Valdichiana Senese ricompresa nell'Azienda USL Toscana Sud Est.</p> <p>La Zona Distretto di Firenze, costituita in Società della Salute, rappresenta la più popolosa e una delle aree più densamente popolate dell'AUSL Toscana Centro. La popolazione totale al 30 aprile 2021 è composta da 366.190 persone mentre la superficie totale è di 102 km<sup>2</sup> con una densità di popolazione di 3.590 abitanti/km<sup>2</sup>. La CdS "Le Piagge" è una delle attuali 3 CdS attualmente presenti nella Zona Distretto. La CdS "Le Piagge" è una struttura urbana il cui territorio di pertinenza è una porzione del Quartiere 5 di Firenze, che comprende Piagge, Brozzi, Quaracchi, fino a Novoli. Si tratta di un territorio e di un bacino di utenza molto eterogenei. La fragilità sociale è un elemento maggiormente riscontrato in una parte della sua popolazione, dal momento che negli anni si sono trasferite persone e famiglie con emergenze economiche, sociali e abitative fino ad allora sparse sul territorio cittadino. Allo stesso tempo il territorio è stato terreno fertile per la nascita di un fermento socio-culturale, che ha permesso la creazione di numerose attività di iniziativa popolare e di associazionismo tuttora operanti sul territorio. Inoltre Brozzi, Quarrachi, Peretola ospitano una popolosa comunità cinese, mentre alle Piagge sono presenti numerose famiglie di etnia ROM rumena, provenienti dal Nord Africa e dalla penisola balcanica. Ad oggi la struttura ospita numerosi servizi socio-sanitari e amministrativi: medicina generale e pediatria di famiglia, attività specialistica ambulatoriale, infermieri di famiglia e di comunità (servizi ambulatoriali e domiciliari), consultorio ostetrico-ginecologico, consultorio pediatrico, centro consulenza giovani, consultorio stranieri con mediazione linguistica e culturale, ambulatorio vaccinazioni (adulto e pediatrico), salute mentale adulti, salute mentale infanzia-adolescenza, riabilitazione infanzia-adolescenza, dietetica, odontoiatria, punto prelievi (prelievi ematici ambulatoriali e domiciliari, raccolta campioni biologici), diagnostica di primo livello, ambulatori progetto europeo ICARE, CUP e servizi amministrativi, servizi sociali del Comune di Firenze, centro diurno e RSA.</p> <p>La zona distretto della Versilia è un ambito territoriale costituito da sette Comuni (Camaione, Forte dei Marmi, Massarosa, Pietrasanta, Seravezza, Stazzema, Viareggio ) per un totale di circa 163000 abitanti (dati 2019). Per ogni Comune dislocato nella zona è presente almeno una casa della salute/presidio distrettuale per la erogazione dei servizi sociosanitari territoriali: nello specifico si rappresenta che in Versilia sono presenti attualmente sei Case della Salute diversamente organizzate e per alcune delle quali è in essere una fattiva ed importante collaborazione con locali Associazioni di volontariato mediata anche da formalizzati rapporti convenzionali. L'attuale CdS di Querceta è una struttura polifunzionale, strutturata in un edificio di nuova costruzione su più piani, sede della locale Croce Bianca e con servizi a convenzione con l'Azienda Sanitaria. Ospita 9 MMG e diverse attività distrettuali zonali (ambulatorio infermieristico, ortopedico, ginecologico, dermatologico), è sede di CUP nonché di</p>		

1

Dati ISTAT aggiornati al 01/01/2021

punto PET e di Continuità assistenziale. Sono presenti servizi sociali aziendali e comunali e vi ha collocazione il Punto Insieme. La struttura di popolazione della Versilia si identifica per una significativa presenza di anziani (indice di vecchiaia pari a 237,3 rispetto ad una media di Regione Toscana pari a 210, dati 2019), con una presenza di over74enni pari al 13,7% (valori 2020) rispetto ad una media regionale del 13.5%. Le condizioni socioeconomiche dei residenti (misurate tramite l'indicatore del tasso di pensioni ed assegni sociali) non sono incoraggianti in quanto rappresentano la realtà di un territorio con il peggior parametro di tutta la Regione Toscana (dati 2019). Questa valutazione è confermata anche da altri indicatori, quali l'importo medio delle pensioni INPS erogate che appare più basso del valore regionale (877 euro contro 950) e dalla presenza di una percentuale di famiglie con un ISEE inferiore a 6000 euro superiore alla media regionale (7,2% vs 6,0%) . Anche il tasso di disoccupazione è maggiore di quello medio regionale (25,8 vs 21,9, dati 2019). La presenza, a supporto delle aree di fragilità, del terzo settore formalizzato mostra debolezza rispetto ai dati regionali. Per ciò che riguarda lo stato di salute generale la popolazione versiliese mostra indici di mortalità superiori alla media regionale per patologie del sistema circolatorio (in particolare la cardiopatia ischemica ha un tasso di mortalità pari 146,8 vs 122,5, dati 2014-2016) e patologie oncologiche (402,1 vs. 376,5); anche la speranza di vita alla nascita è inferiore alla media regionale. I malati cronici sono sostanzialmente analoghi quanto a numerosità alla media regionale ma alcune patologie appaiono più frequenti; la prevalenza del diabete è superiore alla media regionale (tasso grezzo di 80,7 vs. 78,5, dati 2020) e così quella della cardiopatia ischemica (54,5 vs. 52,8, dati 2020). Di contro è minore la prevalenza di BPCO (53,0 vs. 58,1, dati 2020) e di demenza (15,9 vs. 18,2, dati 2020). L'analisi della fascia di popolazione fragile evidenzia valori significativi di anziani residenti in RSA (prevalenza pari a tasso grezzo di 11,2 vs. valore regionale pari a 10,1) mentre ci sono criticità circa la capacità del sistema di offrire risposte domiciliari (prevalenza di anziani in assistenza domiciliare pari a un valore grezzo del 17,8 contro media regionale del 28,3). L'area della disabilità mostra un'incidenza annua di casi in fascia di gravità superiore alla media regionale (2,0 vs. 1,4, valori 2019). La valutazione del tasso di mortalità evitabile, parametro che sottende l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria, non è incoraggiante (valore grezzo 224,6 vs. 186,7, dati 2014-2016). Dall'analisi complessiva dei dati si evince l'importanza di focalizzare l'attenzione rispetto alle aree di fragilità (anziani, disabili) potenziando i servizi di assistenza domiciliare e migliorando la presa in carico delle patologie cronico-degenerative (diabete, patologie cardiovascolari); non ultima l'importanza di implementare l'area della prevenzione primaria stimolando corretti stili di vita.

La Zona Distretto Amiata Senese e Val d'Orcia - Valdichiana Senese comprende 15 comuni, configurandosi come una delle Zone meno densamente popolate dell' AUSL Toscana Sud Est. La popolazione totale al 31 Gennaio 2021 è di circa 77.600 persone mentre la superficie totale è di 1.555,2 km<sup>2</sup>, con una densità di popolazione media di circa 50 abitanti/km<sup>2</sup>.

La Casa della Salute(CdS) "Abbadia San Salvatore" è una delle attuali 2 CdS della Zona Distretto, rappresenta il riferimento delle attività territoriali per l'intero bacino d'utenza dell' Articolazione Territoriale Amiata Val d'Orcia con i suoi 16.000 abitanti, distribuiti sui 5 comuni di pertinenza (Abbadia San Salvatore, Piancastagnaio, Radicofani, Castiglion d'Orcia e San Quirico). Tali comuni si sviluppano su un ambito prevalentemente montano, caratterizzato da una viabilità altamente complessa, specialmente nel periodo invernale.

La Casa della Salute è stata inaugurata nel 2015 con l'adesione iniziale di 4 MMG, mentre oggi sono 7 i medici che hanno sottoscritto la convenzione. Lo stabile di circa 600 m<sup>2</sup> è di proprietà del Comune e risulta essere in collegamento fisico e funzionale con il limitrofo Presidio Ospedaliero di Abbadia San Salvatore (Ospedale di Base, con Pronto Soccorso, Medicina, Cardiologia e Chirurgia). Al piano terra della CdS si sviluppano gli ambulatori dei MMG, in continuità con questi è attivo il servizio Salute Mentale Adulti. A questo piano sono già previsti e deliberati lavori di ristrutturazione per accogliere anche il Consultorio e la Salute Mentale Infanzia-Adolescenza. Al 2° piano sono presenti, oltre al Pediatra di famiglia, diversi servizi socio-sanitari e amministrativi: servizi infermieristici (domiciliari e ambulatoriali), servizio sociale (segretariato, punto insieme, PUA), attività specialistica ambulatoriale (geriatria, neurologia, dermatologia), Cure Primarie, segreteria SdS, attività amministrative di Zona Distretto, Assistenza Integrativa e distribuzione farmaci.

Oltre ai servizi offerti presso la Casa della Salute, sono erogate attività socio-sanitarie di base in modo capillare presso ciascun distretto periferico degli altri 4 comuni dell'Articolazione Territoriale: prelievi, sportello di segretariato sociale, attività consultoriali, distribuzione farmaci, ambulatorio infermieristico.

Nell'area Amiata Val d'Orcia, inoltre, la presenza del terzo settore formalizzato vede attive oltre 40 associazioni, è stata istituita all'interno della SdS Amiata Val d'Orcia e Val di Chiana Senese la Consulta del Terzo Settore, dove sono rappresentate le organizzazioni che operano in campo sanitario e sociale sul territorio, con l'intento di collaborare anche all'elaborazione dei Piani Integrati di Salute.

Analizzando nello specifico la struttura demografica della popolazione, si osserva un ricambio generazionale molto ridotto, con un tasso di natalità basso (5,57 rispetto a 6,3 per 1000 abitanti, dato 2019) e un indice di vecchiaia molto elevato (261,04 rispetto a 215,42 per 100 abitanti, dato 2021);

questo comporta una domanda maggiore di assistenza per malattie croniche, disabilità e non autosufficienza, problematiche che si manifestano prevalentemente dalla terza età in poi.

In questa Zona le difficoltà economiche sono un elemento ampiamente diffuso nella popolazione, che presenta un reddito imponibile medio pro-capite molto inferiore alla media regionale (circa 1000 euro in media per abitante/anno, dato 2019), aggravato da variabili socio-culturali (titolo di studio, reddito, tipologia di abitazione, ecc.) che la caratterizzano come un'area con un alto indice di deprivazione.

Per quanto concerne gli stranieri residenti, i dati sono in linea con la media regionale (11% circa), anche per quanto riguarda i ragazzi che frequentano le scuole dell'obbligo.

Se osserviamo lo stato di salute generale della Zona, il dato sulla mortalità per tutte le cause risulta inferiore alla media regionale (835,15 rispetto a 843,03 per 100.000 abitanti, dato 2021) così come l'ospedalizzazione (93,3 rispetto a 94,16 per 1000 abitanti, dato 2021).

Se focalizziamo invece l'attenzione sulle principali patologie croniche, che hanno, insieme alla non autosufficienza, un peso determinante sui servizi territoriali e la medicina generale, il numero dei residenti ultra-sedicenni con almeno una patologia cronica è superiore alla media regionale (351 per 100 abitanti rispetto a 345,1, dato 2019), in particolare per quanto riguarda soggetti cardiopatici e ipertesi. Comunque, la gestione proattiva di queste patologie croniche, con l'adesione al programma di Sanità di Iniziativa tra i medici di medicina generale, vede nella Zona una performance veramente elevata (la copertura risulta intorno al 90%).

Per l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I) ai casi complessi (non autosufficienti e anziani), che misura quanto è diffusa la presa in carico territoriale domiciliare tra gli anziani residenti in un'area, nella Zona si registra un dato inferiore alla media regionale (18,4 rispetto a 22,52 ogni mille anziani ultra-65enni, dato 2020). Se, invece, confrontiamo il precedente indicatore con il numero di assistiti residenti in Zona ricoverati le strutture residenziali in tutte le tipologie di trattamento (R1, R2, R3), osserviamo un dato superiore rispetto alla media regionale (28,23 rispetto a 26,11 ogni mille anziani ultra-65enni, dato 2020).

#### Descrizione delle esperienze esistenti a livello regionale

La Regione Toscana è una delle poche regioni che ha normato, con propria legge, la presa in carico della persona non autosufficiente.

La legge n. 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza" disciplina dunque gli interventi che la Regione Toscana intende promuovere a favore delle persone non autosufficienti attraverso l'istituzione di un apposito fondo regionale.

La finalità consiste nel predeterminare le condizioni idonee ad assicurare alla popolazione che non risulta in grado di disporre della propria autonomia personale una pluralità di soluzioni assistenziali in grado di rispondere ai bisogni accertati, con l'obiettivo di migliorarne le condizioni di vita.

La legge si inserisce in un contesto caratterizzato dal fatto che la Toscana è interessata da un processo di progressivo invecchiamento della popolazione, persino più marcato rispetto al dato nazionale, che si riverbera immediatamente sulla gestione dei processi di cura. Infatti, **all'interno del 20% delle famiglie toscane è presente almeno una persona non autosufficiente.**

L'incidenza dei non autosufficienti gravi sulla popolazione anziana di riferimento è pari in Toscana quasi al 5%. Inoltre, il trend di invecchiamento della popolazione rende le attuali inadeguatezze potenzialmente ancor più pesanti per il futuro.

La legge è intervenuta in un settore dove sono già attiva e diffusa l'organizzazione di servizi ed interventi per rispondere ai bisogni e alle necessità delle persone non autosufficienti. Vi è stata però la necessità di potenziare ed estendere questi servizi, a fronte di un fenomeno che riguarda percentuali sempre maggiori di popolazione, e di migliorare l'integrazione delle prestazioni sanitarie, garantite dai livelli essenziali definiti a livello nazionale, con quelle a carattere sociale, sino ad oggi individuate da analoghi principi universalistici della legislazione nazionale (Legge 328/2000), ma non riconosciute come livelli essenziali e quindi non quantificate ed assicurate ai cittadini. Vi è stata infine l'esigenza di introdurre elementi di omogeneità territoriale e di equità nella compartecipazione delle persone ai costi dei servizi.

In questo quadro, alle risorse già utilizzate per i servizi e gli interventi verso la non autosufficienza derivanti dal fondo sanitario, dal fondo sociale regionale e localmente dai bilanci dei comuni (oltre ai livelli di compartecipazione oggi richiesti ai cittadini) si sono affiancate risorse aggiuntive derivanti da trasferimenti nazionali del Fondo nazionale per la non autosufficienza (in realtà non sempre certe e costanti in questi ultimi anni) e risorse regionali dedicate.

Si è ritenuto indifferibile, pertanto, delineare una idonea organizzazione del sistema dei servizi sociosanitari integrati per la persona non autosufficiente, destinando un volume di risorse pubbliche finalizzate a questo scopo, da gestire in maniera programmata e coordinata, al fine di raggiungere un numero maggiore di non autosufficienti assistiti.

Per far fronte alla complessità di un fenomeno sempre in crescita, la Regione Toscana ha previsto la

**definizione del progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente**, oggetto di Deliberazione della Giunta Regionale Toscana successiva alla legge n. 66/2008 (DGRT n. 370 del 22/03/2010), finalizzato ad accompagnare l'organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie.

Un impianto che si assume anche il compito di dare indicazioni sulle modalità organizzative e gestionali di una struttura composta da un "reticolo di organizzazioni".

Il Progetto regionale sulla non autosufficienza fornisce indicazioni ai servizi territoriali perché realizzino gli interventi mirati verso l'area della non autosufficienza, e quelli nell'area della prevenzione, in modo da ritardare situazioni di gravità. In sostanza le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.

La crescita della responsabilità pubblica costituisce il nucleo del sistema toscano, che si realizza tramite la crescita dei servizi pubblici e l'attivazione di livelli essenziali per i non autosufficienti come parte del processo di introduzione di livelli essenziali per il complesso di servizi e interventi sociali (Liveas).

L'impianto del progetto regionale si fonda sul **carattere universalistico dell'assistenza**, riconoscendo alla persona non autosufficiente il **diritto alla garanzia della prestazione sociosanitaria appropriata**, rafforzando ed estendendo il diritto di cittadinanza.

Tale obiettivo, coniugato al principio della valutazione del bisogno assistenziale e della presa in carico delle persone sulla base di progetti personalizzati ed integrati, deve avere caratteristica di **certezza** (prestazione certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno) e realizzarsi come tipologia di offerta appropriata.

Il sistema territoriale dei servizi per la non autosufficienza in Toscana delinea una articolazione organizzativa strutturata su due piani tra loro fortemente coordinati, che sono:

- La funzione di indirizzo, di governo e di programmazione costituita dalle società della salute. Il sistema dei servizi territoriali acquisisce un ruolo ed una funzione strategica se riesce a strutturare e a mantenere un carattere fortemente integrato. Tale possibilità è assicurata dal nuovo assetto che, in Toscana, si configura con la costituzione delle tre grandi nuove Aziende USL, che accorpano le 12 precedenti, e la conferma del ruolo delle Società della Salute (consorzio pubblico tra Comuni ed Aziende USL), che rappresentano il livello di governo dove si definiscono gli indirizzi di carattere generale, le priorità di intervento e le modalità di utilizzo del Fondo a livello territoriale, ad esito del processo concertativo partecipativo, che trova compiuta attuazione nella sottoscrizione dei patti (istituzionali e territoriali).

Nello specifico, vengono attribuite alle Società della Salute:

- la funzione di indirizzo e di governo finalizzate alla definizione delle linee della programmazione operativa e attuativa di territorio;
- il controllo, il monitoraggio e la valutazione in rapporto agli obiettivi programmati;
- l'organizzazione e la gestione delle attività sanitarie e socio-sanitarie nell'area della non autosufficienza e della disabilità, così come previsto dalla L.R. 40/2005.

Al fine di orientare il modello toscano verso la priorità strategica della permanenza del soggetto non autosufficiente nel contesto familiare, attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, definendo le necessarie risorse, ed il sostegno domiciliare, limitando i casi di inserimento in strutture residenziali, il progetto, in coerenza con le indicazioni contenute nell'art. 7 della L.R. 66/2008, definisce all'interno delle aree (domiciliare, semiresidenziale e residenziale) la diversa articolazione delle tipologie di intervento.

Fermo restando la necessità di garantire la circolarità e la flessibilità degli interventi, sinteticamente gli stessi possono essere suddivisi in:

1. Per l'area della domiciliarità:

- **interventi domiciliarisociali e sociosanitari forniti in forma diretta** dal servizio pubblico (assistenza domiciliare sociosanitaria e integrata);
- **interventidomiciliari in forma indiretta** tramite il sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia che si avvale di figure di assistenza regolarmente assunte; tramite il sostegno della famiglia che si assume in proprio il carico assistenziale verso persone non autosufficienti con gravi forme di demenza senile. In questi casi non c'è l'obbligo di finalizzazione del contributo per la copertura di costi derivanti dall'instaurazione di un rapporto di lavoro.

2. Per l'area della semiresidenzialità **inserimenti nei centri diurni**.

3. Per l'area della residenzialità **inserimenti temporanei o di sollievo nelle RSA** (Residenze Sanitarie Assistenziali) e, nei casi in cui non sia possibile attivare percorsi alternativi, agli **inserimenti permanenti in RSA**.

Nell'ambito del sistema accreditato, i soggetti titolari delle prestazioni definite nel PAP, possono esercitare il diritto di scelta nell'accesso alle strutture ed ai servizi disponibili.

		<p>Altra esperienza da segnalare è il <b>Progetto sperimentale “A casa in buona compagnia”</b> avviato con la Delibera di Giunta Regionale n. 1614 del 23/12/2019 che approva lo Schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana e le Organizzazioni Sindacali di categoria.</p> <p>L’iniziativa é rivolta agli anziani non autosufficienti affetti da patologie croniche come lo scompenso cardiaco e il diabete che, per incidenza e gravità, pesano in misura rilevante sull’offerta dei servizi sanitari. Il progetto consente a chi vive in casa o in residenze di co-housing di ricevere pasti e farmaci a domicilio e, grazie alle tecnologie, di effettuare visite mediche e monitoraggio delle condizioni di salute anche a distanza. Per quanto riguarda la sperimentazione, sono stati identificati dieci ambiti territoriali (Zone distretto/Società della Salute), scelti fra i ventisei in cui la toscane è suddivisa. Il criterio utilizzato è la collocazione dei relativi Comuni in territori isolati o difficilmente accessibili e che per essere rilanciati dal punto di vista economico e sociale necessitano di interventi di contrasto ai fenomeni di invecchiamento e spopolamento: dal sostegno e valorizzazione delle economie locali alla disponibilità e accessibilità ai servizi, primi fra tutti istruzione scolastica e servizi socioassistenziali.</p> <p>La fase di attuazione prevede che i pazienti siano seguiti da un’équipe composta da medici di medicina generale, specialisti, infermieri di famiglia, operatori sociosanitari e assistenti domiciliari. Con l’ausilio delle tecnologie potranno registrare le prestazioni sanitarie in tempo reale, prescrivere i piani terapeutici in maniera informatizzata e controllare lo stato di salute del paziente sul suo fascicolo sanitario elettronico. Dal canto suo, il paziente, a la persona che lo assiste, attraverso semplici dispositivi per il monitoraggio in telemedicina controllerà i principali parametri fisiologici e, con strumenti innovativi su smartphone o tablet, potrà seguire correttamente la terapia.</p> <p>Infine si segnala che, a partire dal 2008 in Regione Toscana sono nate le <b>Case della Salute</b>, che nel tempo si sono sviluppate sul territorio in dipendenza degli obiettivi delle Aziende ed in base alla vocazione delle realtà locali.</p> <p>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).</p> <p>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 livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria (L.R. 40/05).</p> <p>Nella Casa della Salute devono essere presenti i professionisti del team integrato multidisciplinare. Il Team multiprofessionale a cui tendere prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medici di medicina generale, singoli o in associazionismo, con il personale di supporto, previsto dall’ ACN,</li> <li>• pediatri di famiglia,</li> <li>• specialisti del SSR,</li> <li>• infermieri delle cure territoriali,</li> <li>• assistenti sociali, laddove possibile con presenza fisica, altrimenti con raccordo funzionale,</li> <li>• personale amministrativo.</li> </ul> <p>Ad oggi le CdS attive in Toscana sono 75, distribuite su quasi tutte le Zone Distretto della Toscana. Il passaggio a Case di Comunità, previsto dal PNRR, è una occasione per implementare questa rete, rendendola più capillare sul territorio e più omogenea in termini di servizi offerti. Infatti ad oggi le Case della Salute toscane, come già premesso, comprendono strutture poste in realtà urbane, di grandi dimensioni e con molti servizi, ma anche strutture piccole, in realtà periferiche, talvolta con vocazioni specifiche (per esempio sui servizi di salute mentale o con servizi tipo primo soccorso).</p>
5	<b>OBIETTIVI</b>	<p><b>Obiettivo generale:</b> Sviluppare, attraverso la sperimentazione, un modello di CdC nell’ottica dell’integrazione socio-sanitaria per poter definire linee di indirizzo/standard di attività quali indicazioni per estendere il modello alle CdC di tutta la regione. Il progetto prevede un focus sulle seguenti linee di attività: telemedicina; COT; partecipazione della comunità; multiprofessionalità; orientamento, informazione</p>

sui percorsi e accoglienza, promozione dell'assistenza nel luogo di vita (domiciliarità).

**Obiettivi specifici:**

- Garantire equità di accesso all'assistenza socio-sanitaria;
- Promuovere un servizio integrato e un modello di intervento multidisciplinare;
- Consolidare il ruolo della collettività, anche attraverso l'individuazione di una struttura, che diventa un punto di riferimento locale per le questioni sociali, sanitarie e socio-sanitarie;
- Facilitare la comunità nell'accesso all'assistenza socio-sanitaria;
- Informare la comunità dei servizi offerti;
- Considerare la casa come primo luogo di cura;
- Utilizzare la telemedicina.

**Strumenti operativi e finalità:**

- ❖ Implementare strumenti di telemedicina e promuoverne l'utilizzo al fine di migliorare la presa in carico di bisogni di salute della persona a supporto della domiciliarità e relativamente alla specialistica. Ciò avverrà attraverso:
  - La definizione di nuove forme di integrazione tra i professionisti che afferiscono alla CdC (MMG, MCA, PdF, medici specialisti, IFC, altri operatori sanitari), gli altri servizi territoriali e i servizi ospedalieri, anche facilitando il contatto tra MMG e specialista per una comunicazione tra diverse figure professionali e setting assistenziali, l'eventuale presa in carico congiunta e l'educazione permanente per i professionisti con l'utilizzo di supporti di digital health (teleconsulenza);
  - Il rafforzamento e facilitazione dell'accesso al servizio di telemedicina da parte della persona, superando le barriere informatiche e la conseguente riduzione del tempo d'attesa per le visite specialistiche (televisita).
- ❖ Sviluppare la funzione di COT all'interno dell'organizzazione di lavoro della CdS allo scopo di prendere in carico tempestivamente e in modo appropriato/congruo i bisogni socio-sanitari della persona. Ciò avverrà attraverso:
  - Utilizzo condiviso dai professionisti della rete (medici di assistenza primaria, IFC, assistente sociale, fisioterapista) e partecipazione attiva di un supporto informativo per la valutazione del bisogno e la definizione del percorso nel passaggio tra setting assistenziali;
  - /implementazione di servizi sanitari e socio-sanitari in supporto alla domiciliarità.
- ❖ Favorire la partecipazione della comunità al fine di sviluppare attività di promozione della salute in co-progettazione con realtà istituzionali (es. scuole, biblioteche, ...), associative e del terzo settore (es. associazioni di volontariato, associazioni di malati, associazioni sportive, ...) per la valorizzazione delle risorse della comunità e la costruzione della rete di comunità e di salute di prossimità nella presa in carico di situazioni di estrema marginalità per migliorare lo stato di salute e l'accesso ai servizi della CdC. La CdC agisce un ruolo di governo nella definizione dei progetti e di riferimento nella realizzazione e nel monitoraggio periodico delle attività. Ciò avverrà attraverso:
  - Mappatura della rete di associazioni che operano nel territorio di riferimento della CdC volta alla conoscenza delle risorse presenti e alla creazione di rete del volontariato e delle altre realtà che operano nel territorio;
  - Processo continuo di conoscenza del contesto e delle risorse locali per analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento anche attraverso il coinvolgimento delle realtà locali.
- ❖ Sviluppare un modello di lavoro/presa in carico in equipe multiprofessionale presso la CdC e di rete integrata con i servizi altri del territorio di afferenza alla CdC e della Zona Distretto. Ciò avverrà attraverso:
  - Percorsi assistenziali condivisi tra le figure professionali;
  - Tavoli della complessità: Incontri strutturati (in presenza o in modalità di teleconsulenza) a cadenza definita tra componenti della micro-equipe (medici di assistenza primaria, IFC e assistenti sociali) nella definizione di presa in carico congiunta di pazienti con bisogni complessi che richiedono il coinvolgimento di più figure professionali per facilitare la comunicazione, il superamento dei conflitti professionali e la creazione di relazioni interpersonali positive;
  - Visite domiciliari congiunte per valutare il paziente nel suo contesto familiare ed attivare i servizi necessari al mantenimento dell'assistenza nel setting più idoneo;
  - Incontri strutturati (in presenza o in modalità di teleconsulenza) tra professionisti dell'assistenza primaria e specialistica nella presa in carico congiunta;
  - Incontri strutturati a cadenza definita per l'analisi delle criticità e delle carenze dei percorsi assistenziali per la definizione di azioni migliorative, potenziando la risolutività

		<p>e l'accettabilità dei servizi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Migliorare la presa in carico dei bisogni della persona sia tramite definizione di modello di accoglienza della CdC promuovendo l'accessibilità, la riconoscibilità, e che permettano accoglienza, decodifica e presa in carico del bisogno della persona che accede, sia orientamento e informazione della persona che si rivolge alla CdC anche in modalità telefonica e telematica.</li> <li>❖ Ricomporre i punti di accesso ai servizi della CdC per accoglienza, decodifica, orientamento e presa in carico del bisogno sanitario/socio-sanitario/sociale per una risposta omogenea. Nel caso di bisogno complesso, raccordo con altri livelli della rete dei servizi (es: PUA professionalizzato, UVM,UVMD, ACOT,CDCD,etc).</li> </ul>	
6	RISULTATI ATTESI	<p><i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente</i></p>	<p>Stesura di <b>schede contenenti linee d'indirizzo e standard di servizio</b> su ciascuno dei punti sopra indicati, basati sull'esperienza maturata in ciascuna delle tre realtà in sperimentazione, che per le loro caratteristiche di collocazione geografica si prestano a rappresentare una ampia gamma delle realtà presenti in Regione Toscana (struttura complessa in zona a forte concentrazione abitativa e condizione sociosanitaria caratterizzata da forti problematicità; struttura di piccole dimensioni in area montana e con popolazione dispersa; struttura di medie dimensioni in area a forte vocazione turistica e con compartecipazione del volontariato).</p>
		<p><i>A lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili a termine del progetto</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria e della multidisciplinarietà</li> <li>• Supporto alla domiciliarità</li> <li>• Miglioramento della flessibilità e della tempestività di presa in carico del bisogno e attivazione dei servizi</li> <li>• Incremento del livello di partecipazione della comunità</li> <li>• Promozione della telemedicina e della sanità digitale</li> </ul>
7	PUNTI DI FORZA	<p><i>Indicare i punti di forza</i></p>	<p><i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i></p>
		<p>L'attuale sistema toscano delle Case della Salute già attive vanta importanti esperienze di integrazione sia dal punto di vista strettamente clinico, sia dal punto di vista della multi-professionalità.</p> <p>L'integrazione in tanti casi è realizzata anche con altri servizi zonali/aziendali e tra il sistema pubblico e il privato sociale.</p> <p>Altro punto di forza che caratterizza le esperienze toscane di Case della Salute è l'accessibilità in termini geografici e di orario talvolta anche in zone disagiate o in ambito montano.</p>	<p>Partendo dalle tre CdS coinvolte nella sperimentazione si punta a implementare la loro modalità di lavoro integrandola con le funzioni, modalità organizzative, caratteristiche previste per le CdC</p> <p>Realizzare la sperimentazione in CdS operanti in tre diversi contesti geografici, con bacini di utenza differenti, offerta di servizi non omogenea, rete di servizi distrettuale con diverse caratteristiche, in modo da mettere a punto un modello di implementazione di carattere generale mirato agli obiettivi prioritari del PNRR, che tenga al suo interno anche le soluzioni per realizzare una rete di prossimità che garantisca ovunque le stesse funzioni pur nella contestualizzazione locale</p>
8	PUNTI DI DEBOLEZZA	<p><i>Indicare i punti di debolezza</i></p>	<p><i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i></p>
		<p>La difficoltà nell'attuare il passaggio da Casa della Salute a Casa di Comunità potrebbe essere rappresentata dalla necessità di vincere la resistenza delle figure professionali ad una più spinta integrazione</p> <p>Altra criticità potrebbe nascere dalla difficoltà di attuare una reale integrazione di tipo funzionale in mancanza di dotazioni tecnologiche e informatiche idonee.</p>	<p>Mettere a punto un modello di integrazione che miri alla piena realizzazione dell'equipe multiprofessionale come declinata all'interno del PNRR</p> <p>Potenziare la disponibilità di dotazioni tecnologiche e sistemi informativi</p>

9	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	<i>Data inizio prevista</i>	<i>Data termine prevista</i>
		Data di approvazione del progetto	31/12/2022
10	<b>DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</b>	<p>La piena realizzazione di un effettivo Welfare di Comunità si concretizza attraverso un disegno di salute integrato capace di offrire supporto ai bisogni specifici sempre letti in relazione alle persone che fanno parte della comunità stessa. Implica il funzionamento di un sistema nel quale l'offerta di cura di base sia centrale dentro il territorio e si riconosca alle funzioni specialistiche e di ricovero un ruolo di strumento dell'impianto di comunità.</p> <p>I percorsi unitari che accompagnano le persone nella costruzione dei loro progetti di salute nascono da un sistema di cure integrato perché basato su un'alleanza non formale tra tutte le risorse del territorio (sociali, sanitarie e socio-sanitarie, territoriali e ospedaliere, strutturate e domiciliari, relative a professioni di diversa estrazione, attinenti a promozione, prevenzione, cura e riabilitazione).</p> <p>Il modello di Casa della Comunità che si intende realizzare è dunque pensato per rappresentare il punto d'incontro tra soggetti, istituzioni e istanze sociali per il benessere della collettività, senza mai dimenticare che la salute si genera laddove le persone vivono. La Casa della Comunità, superando il concetto di servizio e prestazione sanitaria, deve essere il luogo dove valorizzare le diverse risorse dei territori nell'ottica di diffondere un nuovo modello culturale per arrivare a concepire il welfare in modo diverso.</p> <p>In Toscana quella che attualmente è la Casa della Salute, strutturata secondo le indicazioni nazionali e regionali, è orientata prevalentemente a una diversa organizzazione delle attività sanitarie collegando tra loro, quando possibile, i servizi territoriali, i medici di medicina generale/AFT e i servizi sociali e dunque ciò che effettivamente manca è la capacità di pensare e realizzare connessioni più avanzate e meglio rispondenti alla complessità odierna dei bisogni della comunità. Inoltre le Case della Salute si sono sviluppate nel corso di oltre 10 anni, con modelli e vocazioni diverse, con una offerta di servizi disomogenea, un modello di partecipazione della Medicina Generale ancora da sviluppare e consolidare e con una variabile partecipazione della comunità.</p> <p>Il nuovo concetto di Casa della Comunità non si concretizza tanto in un luogo fisico onnicomprensivo, ma in qualcosa che sappia interconnettere esperienze e che costruisca opportunità di scambio tra soggetti istituzionali e non.</p> <p>Le Case della Salute, così come attualmente organizzate, possono essere una base importante e un contributo per accelerare processi sociali di comunità, ma devono potersi immaginare a due livelli, quello del contributo offerto attraverso i servizi sanitari e sociosanitari e quello della voce della comunità e delle persone che la abitano.</p> <p>Il cambio di paradigma si concretizza se si comincia a pensare ad un sistema di welfare nuovo che parta dalla comunità e non dalle istituzioni erogatrici, sviluppando un approccio di comunità basato sulla consapevolezza di salute come bene comune.</p> <p>Fondamentale in questa logica è la valorizzazione delle reti sociali come componente sistemica dei servizi, in una relazione bidirezionale e reciproca, dove le reti sociali offrono attività di supporto nella presa in carico dei servizi, ma anche sollecitano l'attivismo dei servizi stessi, segnalando bisogni inespresi o poco conosciuti e dove i servizi chiedono alle reti sociali di contribuire ad arricchire di iniziative la comunità, complementando le attività istituzionali.</p> <p>La condizione di base per attuare la sperimentazione è ovviamente la coerenza con il contesto di riferimento, le sue risorse strutturali e ambientali, le reti sociali esistenti, le scelte organizzative legate alla viabilità, al lavoro, alle infrastrutture ma dipende anche dalla capacità del sistema di disegnare e implementare necessarie cornici istituzionali e organizzative per gestire i processi decisionali e tecnico-attuativi nonché dalla disponibilità di sistemi informativi utili all'analisi e alla gestione.</p> <p>Affinché sia chiaro il ruolo della CdC, è necessario vederne le funzioni in modo coordinato a quelle della Zona distretto/Società della Salute di riferimento, che definisce strategicamente gli obiettivi di salute della CdC in linea con la programmazione aziendale e coerentemente con l'analisi dei bisogni locali.</p> <p>La Zona distretto/Società della Salute rappresenta il dispositivo organizzativo in cui si integrano le risorse sanitarie con quelle socio-sanitarie e socio-assistenziali partendo dal piano integrato di salute, dove si enucleano risorse e bisogni, si definisce la programmazione socio-sanitaria e socio-assistenziale integrata, si allocano le risorse umane, infrastrutturali ed economico-finanziarie alle CdC e si definiscono gli obiettivi attesi dai servizi delle CdC stesse.</p> <p>All'interno della programmazione della Zona distretto/Società della Salute, la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare e dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità. Infine è il luogo di integrazione delle risorse informali e formali della comunità che vengono aggregate alle risorse formali dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari e delle Istituzioni e dove viene</p>	

	<p>ricomposto il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.</p> <p>Per quanto riguarda i sistemi informativi, nelle Case della Comunità, secondo le recenti indicazioni nazionali, è previsto il PUA (punto di accoglienza e non solo di accesso formale) cui dovrebbe essere affidato un compito di raccolta delle informazioni e di sintesi locale e “cabina di regia”, ma anche soggetto deputato all’intercettazione dei bisogni inespressi che non si affacciano spontaneamente al sistema dei servizi. In questa ottica gli strumenti informativi rappresentano un contributo effettivo ai processi di presa in carico.</p> <p>Il sistema informativo per l’assistenza socio-sanitaria sul territorio e a domicilio ASTER (Assistenza Territoriale Integrata) è la suite attualmente in uso presso Regione Toscana, che integra tutti gli applicativi e le basi dati delle attività sanitarie e sociali svolte sul territorio.</p> <p>L’architettura di ASTER garantisce la funzionalità dei tre livelli di erogazione dei servizi (Distrettuale, Zonale e Centrale) e nello stesso tempo integra le informazioni che devono essere fruibili, secondo le opportune forme e competenze, da operatori di livello diverso.</p> <p>ASTER è accessibile da un qualsiasi PC tramite Internet e non richiede installazioni impegnative.</p> <p>Tutto il sistema è governato da un modulo base che dispone di una anagrafe di tutti gli assistiti dei vari servizi territoriali comprendente oltre i loro dati anagrafici, la loro situazione (familiare, abitativa, assistenziale, etc) ed una cartella di gestione dei contatti che riporta tutta la storia degli interventi effettuati per il singolo paziente.</p> <p>Le CdC devono dunque poter avere a disposizione in modo permanente e strutturato le informazioni e i dati sanitari, socio-sanitari e sociali disponibili dai gestionali aziendali, in formati fruibili e rielaborabili per essere in grado di valutare il quadro dei bisogni e delle risorse formali e sociali disponibili, utili per il dialogo con la comunità e per le riflessioni operative dei professionisti.</p> <p>Il riconoscimento dei bisogni della popolazione anche attraverso l’utilizzo dei dati sanitari e sociali disponibili sosterrà una modalità di reale presa in carico proattiva del cittadino in situazione di bisogno che consenta, oltre al miglioramento degli obiettivi di salute, anche la realizzazione di nuovi equilibri di sostenibilità del sistema.</p> <p>La modalità di raccolta dei dati dovrà essere organizzata anche sulla base di una nuova cultura della presa in carico considerando i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tipologia del bisogno da prendere in carico</li> <li>- peso delle problematiche socio-sanitarie</li> <li>- servizi attivi/attivabili attraverso reti formali ed informali presenti sull’ambito territoriale di riferimento</li> <li>- identificazione degli interventi attivabili/attivati (nell’ottica di una presa in carico secondo il paradigma della medicina sistemica, basata sulla visione globale della persona e sulla integrazione dei possibili sistemi di cura e della Medicina delle 4P (proattiva, preventiva, personalizzata e partecipata) così come descritta nel PSSIR 2018-2020) il cui approccio favorisce e facilita l’integrazione multiprofessionale (MMG, specialista, Assistente Sociale, infermiere, ecc).</li> </ul> <p>Da un punto di vista strutturale la sperimentazione parte dall’individuare “case della salute” già esistenti avvalendosi già di una buona presenza di servizi sanitari, sociali e di accoglienza, e facilmente riconoscibili dalla comunità di riferimento.</p> <p>Esse indubbiamente rappresentano la base per avviare il processo di passaggio alla Casa della Comunità oggetto della sperimentazione e in questa ottica dovranno garantire requisiti minimi indispensabili quali uno spazio adeguato per l’accoglienza (che è servizio essenziale e non semplice snodo organizzativo) e la gestione delle reti informative, comprese le reti di telemedicina e altre modalità di garanzia per le persone, soprattutto quelle fragili, in una chiara ottica di deistituzionalizzazione e di valorizzazione di tutti gli interventi al domicilio. Grande rilevanza va attribuita agli strumenti digitali di connessione tra i servizi e tra i professionisti coinvolti nella sperimentazione delle CdC e quale infrastruttura che permette il coordinamento delle reti sociali.</p> <p>Per quanto attiene la formazione, l’obiettivo è quello di raggiungere, rispetto ai professionisti che operano nelle CdC, un nuovo equilibrio tra le competenze recuperando, accanto a quelle tecnico-specialistiche, altre competenze come l’adottare una visione di sistema e agire in una logica processuale, l’essere orientati al risultato e non alla prestazione, la capacità di ascolto, lo sviluppo di opportunità di empowerment, il lavorare in squadra ed essere orientati all’innovazione e al cambiamento, il garantire la circolazione delle informazioni e la capacità di valutare il proprio lavoro. La formazione alla complessità è la premessa per il lavoro di squadra, per la definizione di processi di lavoro condivisi e per la formalizzazione dei criteri di verifica e valutazione.</p> <p>Sulla base di questo contesto e delle molte esperienze territoriali sviluppate nel corso degli ultimi anni in Toscana, sono stati identificati gli obiettivi di cui al punto 5, che stanno alla base del passaggio da Case della Salute a Case della Comunità.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici prevede l'approfondimento di 5 principali linee di attività che sono di seguito brevemente descritte in termini di:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Telemedicina</b> Nell'ottica dell'integrazione con la specialistica ed in collaborazione con la MG, il progetto prevede lo sviluppo di vere e proprie reti di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teleconsulenza (professionista con professionista): che permetta a medici di assistenza primaria, specialisti e altri professionisti della salute di agire, pur a distanza, come un vero e proprio team;</li> <li>- Televisita (professionista con paziente) che permetta di interagire con la persona situata al proprio domicilio o in un'altra struttura rispetto al professionista;</li> <li>- Teleriabilitazione;</li> <li>- Telemonitoraggio nella presa in carico delle persone con bisogni complessi che non necessitano di ricovero, al fine di prevenire precipitazioni dello stato di salute.</li> </ul> </li> <li><b>2. COT</b> Sviluppo della COT, quale strumento di programmazione e gestione dei percorsi territoriali e di continuità ospedale-territorio/territorio-territorio, per il miglioramento della presa in carico dei bisogni della persona nel passaggio tra setting assistenziali. Nel corso della sperimentazione sarà sviluppata la COT intesa più come funzione che come struttura fisica, allo scopo di valutare la più adeguata implementazione in fase di realizzazione del PNRR, mettendo a punto un modello di core dell'attività. La COT sarà "anticipata" mettendo a disposizione dell'equipe multiprofessionale (medico, infermiere, fisioterapista e assistente sociale) un set di strumenti informativi condivisi per la valutazione dei bisogni e per la definizione del percorso di presa in carico.</li> <li><b>3. Modello di multiprofessionalità</b> Sviluppo di un team di cure primarie per una tempestiva presa in carico congiunta del bisogno di salute complesso.</li> <li><b>4. Partecipazione della comunità</b> La Casa della Comunità quale modello di organizzazione dei servizi di cure primarie secondo i principi di prossimità, di attenzione alle situazioni locali, di conoscenza del territorio e di azioni di rete prevede la creazione di relazioni con associazioni e realtà del territorio in cui si trova</li> <li><b>5. Orientamento ed informazione sui percorsi</b> Il punto di accesso alla CdC rappresenta il luogo di accoglienza, decodifica, orientamento e presa in carico del bisogno espresso dalla persona. Si configura come front-office a cui afferiscono vari punti di interfaccia presenti sul territorio (Punti Insieme, segretariato sociale, pronto badante, front-office, etc) per l'intercettazione del bisogno sanitario/socio-sanitario/sociale. A questo proposito, tale punto si deve relazionare facilmente con gli altri livelli dei servizi – front office della CdC, PUA (Punto Unico di Accesso) e micro-equipe in primo luogo. In questo modo l'accoglienza dà il via alla presa in carico del bisogno, evitando il reinvio della persona.</li> </ol>
11	INDICATORI DI RISULTATO PREVISTO	<p><b>Rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria e della multidisciplinarietà</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale dimissioni complesse segnalate informaticamente con modulistica di valutazione complessa regionale (infermieristica, sociale e medica) sul totale delle dimissioni complesse degli assistiti in carico ai MMG della Casa della Comunità</li> <li>• Percentuale PAP sul totale delle segnalazioni di bisogno agli sportelli della Casa della Comunità</li> </ul> <p><b>Supporto alla domiciliarità</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di anziani assistiti dai MMG della Casa della Salute in Cure Domiciliari con valutazione <i>(L'indicatore rileva i casi per i quali è stata effettuata una valutazione, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare, flusso regionale AD/RSA)</i></li> </ul> <p><b>Miglioramento della flessibilità e della tempestività di presa in carico del bisogno e attivazione dei servizi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di assistiti della Casa della Salute per i quali la presa in carico è avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione <i>(per normativa regionale l'UVM deve approvare il PAP entro 30 giorni dalla data di segnalazione del bisogno, flusso regionale AD/RSA)</i></li> </ul> <p><b>Incremento del livello di partecipazione della comunità</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero di Incontri di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche organizzati dalla Casa della Salute nel corso della sperimentazione</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero incontri di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche condotti da conduttori volontari (pari o laici) rispetto al totale degli incontri organizzati dalla Casa della Salute</li> <li>• Convocazione incontri formali con Gruppi del Terzo settore almeno due volte all'anno con almeno una convocazione in forma aperta ai cittadini</li> </ul> <p><b>Promozione e utilizzo della telemedicina e della sanità digitale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di agende specialistiche di Zona attivate anche in TLV</li> <li>• Numero prestazioni in TLV</li> </ul>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## CRONOPROGRAMMA

Attività/Azioni	Indicatori di esito	Indicatori di processo	1° annualità - MESI												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Ricognizione personale nelle 3 Case della Salute rispetto alle attività svolte, valutazione fabbisogno di personale per qualifica necessario alla realizzazione delle attività progettuali e attivazione procedure di reclutamento del personale necessario	n. di professionisti reclutati per il progetto	Produzione pianta organica personale afferente alla CdS Attivazione almeno una procedura di reclutamento	X	X	X									X	X
Mappatura della rete del Terzo Settore presente sul territorio e dei punti informativi della comunità	Convocazione incontri formali con Gruppi del Terzo settore almeno due volte all'anno  Creazione di un punto informativo all'interno della Casa della Salute che raggruppi e vicari alcuni dei punti informativi censiti	Elenco organizzazioni di volontariato e del terzo settore dell'Ambito di riferimento più rilevanti sul sanitario e sociale regolarmente iscritte al registro regionale  Elenco di tutti i punti di accesso ai servi socio-sanitari e amministrativi presenti nell'ambito di riferimento	X	X											
Mappatura dei moduli informatici da mettere in rete, acquisizione strumentazione tecnologica e informatica necessaria e sviluppo di una suite dedicata	Abilitazione dei MMG e dei professionisti della CdS alla piattaforma informatica	Mappatura dei sistemi informatici in uso e delle dotazioni necessarie  Incontri formativi con il gestore ASTER per lo sviluppo di una suite dedicata	X	X										X	X
Realizzazione percorso formativo	Produzione Corso e programmazione di almeno un incontro per il personale  Produzione Corso e programmazione di almeno un incontro per	Effettuazione di almeno 1 corso di formazione rivolto al personale  Effettuazione di almeno 1 corso di formazione rivolto ai cittadini e/o rappresentati associazioni				X	X								

	i cittadini e/o rappresentanti associazioni														
Realizzazione attività di informazione/sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza	n. associazioni coinvolte	Convocazione almeno un incontro del terzo settore del territorio in forma aperta ai cittadini						X	X						
Avvio attività di telemedicina	Convocazione formale almeno un incontro condiviso MMG e specialisti dell'area di riferimento  n. agende specialistiche di Zona/Articolazione Territoriale attivate in TLV	Ricognizione postazioni informatiche  Coinvolgimento formale specialisti del territorio di riferimento			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Valutazione intermedia dei risultati raggiunti	Produzione report di monitoraggio annuale per ciascuna CdS sugli indicatori di risultato previsti	Predisposizione di un format per la registrazione dei risultati degli indicatori di risultato previsto (p. 11)													X

Attività/Azioni	Indicatori di esito	Indicatori di processo	2° annualità - MESI												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Proseguimento attività di telemedicina	n. pazienti che hanno effettuato nell'anno visite in telemedicina  n. MMG che hanno effettuato un teleconsulto	n. agende aperte in TLV rispetto all'anno precedente n. agende aperte per teleconsulto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sviluppo del sistema informativo dedicato	n. MMG della CdS che hanno utilizzato la piattaforma informatica  n. operatori dipendenti che hanno utilizzato il	Sviluppo almeno 1 modulo ASTER dedicato al progetto Implementazione del modulo all'interno della CdS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	modulo informatico														
Realizzazione percorso formativo	n. operatori dipendenti coinvolti n. associazioni volontariato coinvolte	Calendarizzazione del Corso di formazione per il personale Calendarizzazione Corso formazione per i cittadini				X	X								
Potenziamento della presa in carico domiciliare	Percentuale di prese in carico con CIA > 0,13 per over 65 in cure domiciliari della CdS Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi per gli anziani della CdS (flusso AD/RSA)	Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare per gli anziani della CdS (flusso AD/RSA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzazione attività di informazione/sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza	n. persone coinvolte	Effettuazione di almeno 1 iniziativa						X	X						
Valutazione finale dei risultati raggiunti	Produzione report finale sugli obiettivi raggiunti e non raggiunti in ciascuna CdS e ipotesi sui potenziali sviluppi nelle future Casa della Comunità	Calendarizzazione di un incontro finale in Regione Toscana per discutere il progetto												X	X