



## Progetto Operativo di Assistenza Tecnica del Ministero della Salute (POAT Salute)

*Rilevazione e descrizione della Buona Pratica selezionata su territorio nazionale  
nell'ambito della tematica MMG-Territorio – LT 4 - Toscana*



## Progetto Operativo di Assistenza Tecnica – POAT Salute 2007-2013 - Linea 4 Trasversale

### Scheda di rilevazione BP

<b>Regione: Toscana</b>
<b>Tematica: Rapporto MMG-Territorio</b>
<b>1.Descrizione</b>
<p>In coerenza con le indicazioni programmatiche nazionali sul riordino dei servizi della rete ospedaliera e territoriale e con il documento regionale di programmazione economica e finanziaria approvato per l'anno 2013, la Regione Toscana ha approvato con DGRT n.1235 del 28 dicembre 2012 "Azioni di riordino dei servizi territoriali del Servizio Sanitario Regionale" le Linee di indirizzo alle aziende sanitarie e alle Aree vaste per il riordino del Sistema Sanitario Regionale e il relativo Piano Operativo.</p> <p>Con tale delibera la Regione Toscana intende far fronte alla progressiva riduzione delle risorse e all'aumento del bisogno socio-sanitario della popolazione con l'obiettivo di rafforzare il welfare territoriale generando più valore con le risorse in disponibilità. La ragione della "riorganizzazione" risiede infatti nell'evidenza della necessità di un profondo cambiamento nel modello assistenziale che vada di pari passo con i cambiamenti esterni e che scongiuri la regressione di un sistema ad oggi avanzato.</p> <p>A guidare tutta la normativa, il perseguimento di qualità, equità, appropriatezza e pertinenza delle cure, in linea con la precedente DGRT n. 754 del 10 agosto 2012 "Azioni d'indirizzo alle Aziende e agli altri Enti del SSR attuative del D.L. 95/2012 ed azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale" in cui la Regione poneva in primo piano, in un'ottica di cambiamento, la percezione del valore dei servizi condivisa tra cittadini e operatori della sanità e basata sulla ricerca della qualità, dell'equità come sull'applicazione del riconoscimento del merito, della flessibilità e dell'innovazione. L'obiettivo era quello di creare una leadership collettiva da realizzarsi in modo cooperativo tra professionisti, responsabili della gestione del sistema, organizzazioni sindacali, rappresentanti degli enti locali e cittadini.</p> <p>Nello specifico, la necessità di riorganizzare l'assistenza territoriale si basa sul significativo invecchiamento della popolazione e quindi sull'aumento di patologie croniche che rendono sempre più necessaria l'attenzione alle cure primarie e alla presa in carico globale del paziente.</p> <p>Ne deriva la considerazione del MMG come fulcro del "nuovo" sistema territoriale. La DGRT n.1235 lo definisce infatti come il vero attore protagonista della rete di assistenza stabilendo che siano proprio i MMG a orientare percorsi di cura e prevenzione in linea con le indicazioni regionali. Al MMG è affidato dunque un ruolo di coordinamento dei professionisti coinvolti nel percorso di cura da svolgere attraverso i coordinatori delle forme organizzative già esistenti sul territorio toscano (AFT e/o UCCP). A questo proposito la delibera ha posto come necessario un accordo integrativo della Regione con la medicina generale che è stato sottoscritto e approvato con DGRT n.1231.</p> <p>Con l'incarico di organizzare il sistema e nell'ottica della creazione di un "distretto forte", ovvero in grado di trasmettere fiducia ai cittadini sulla qualità e sicurezza dei servizi erogati sul territorio viene strutturato il ruolo del Medico di Comunità, responsabile della promozione e dell'integrazione tra tutti i professionisti (in linea con quanto previsto dalla DGRT n. 1205 del 21 dicembre 2009). Proprio in funzione di quest'ultima e di un migliore funzionamento del distretto si prevede di ridelineare il ruolo delle altre professioni tra cui quello del Pediatra di Famiglia, dell'infermiere e degli specialisti. In quest'ottica è stato sottoscritto l'accordo integrativo con i medici specialisti interni (DGRT n. 1228).</p> <p>Tra gli obiettivi operativi della delibera il potenziamento della Sanità di Iniziativa, quale "approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia,</p>

prevedendo e organizzando le risposte assistenziali adeguate”, introdotta dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010. Il PSR affidava alle cure primarie il compito di coordinare gli interventi a favore dei malati cronici prendendo come riferimento il modello operativo dell’*expanded Chronic Care Model* basato sull’interazione tra il paziente, reso esperto da opportuni interventi formativi, e il team multiprofessionale (MMG, Infermieri, operatori socio sanitari). La sperimentazione di questo modello, avviata nel 2009 ed estesa oggi a circa il 40% della popolazione toscana, ha dimostrato di produrre notevoli miglioramenti nella qualità dei servizi territoriali.

Il modello di presidio territoriale toscano che ospita i professionisti in forma integrata e nel quale, secondo la Regione, può svilupparsi appieno la sanità di iniziativa si identifica con le forme di Uccp/Casa della Salute/Distretto socio sanitario integrato, dove per Casa Della Salute si intende il “modello per la sanità territoriale attraverso il quale i cittadini possono disporre di un presidio impegnato e organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e quindi per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio sanitaria” (DGRT 625/2010).

La sperimentazione di questo modello, che coglieva gli indirizzi programmatici nazionali (D.Lgs. 229/1999 e D.L. 328/2000) sul riordino dei servizi assistenziali territoriali, è partita in Toscana nel 2004. Nelle Case della Salute, i cittadini trovano – e, in base alla delibera, dovranno trovare – i medici (a partire dal proprio) di medicina generale, associati nella forma di medicina di gruppo, gli infermieri professionali per le cure domiciliari, gli specialisti ambulatoriali, il centro unico di prenotazione, il punto prelievi, l’ambulatorio infermieristico per le medicazioni, i servizi per la prevenzione e di igiene pubblica, i servizi che faranno prevenzione verso le malattie cardiovascolari e quelli dell’area della salute mentale e dipendenze, la continuità assistenziale che si integrerà con la guardia medica e con i servizi di emergenza urgenza territoriale.

## **2.Approfondimenti**

### **Intervista a Piero Salvadori, Responsabile Settore Servizi alle persone sul territorio, Regione Toscana**

D) In linea con le indicazioni programmatiche nazionali, la Regione Toscana ha approvato la delibera di riordino dei servizi territoriali (DGRT n. 1235/2012). Quali sono le linee di intervento che la Regione intende perseguire nell’ottica di una riorganizzazione della rete di assistenza territoriale?

R) La delibera di riorganizzazione è una specie di bignami, ovvero di riassunto di quello che dovrebbe essere il Piano Sanitario Regionale. Al primo posto, nel riordino dei servizi territoriali, c’è la ridefinizione del ruolo del Medico di Medicina Generale e la responsabilizzazione delle risorse. A questo scopo, come previsto dalla stessa delibera, la Regione ha siglato un accordo con la Medicina Generale di cui sono molto soddisfatto e orgoglioso e che stiamo diffondendo in tutte le aziende della Regione Toscana. Come tutti gli accordi è stato molto sofferto ma era necessario affinché i medici di famiglia stessero dentro al sistema perché, pur essendo dei liberi professionisti e avendo un contratto di lavoro differente, perseguono lo stesso obiettivo. Al contempo, attraverso la delibera si è provveduto a delineare in maniera definitiva la struttura e il compito della AFT e della UCCP e si è cercato di rendere il distretto “forte”, cioè visibile e di riferimento per i cittadini. In questo contesto si è provveduto a definire il ruolo dei pediatri di famiglia, degli specialisti ambulatoriali, dell’assistenza sociale e degli operatori socio sanitari tramite un accordo con gli specialisti che li inserisce nelle AFT e nelle Case della Salute. Un posto di rilievo è stato dato quindi alle professioni infermieristiche e ai medici di comunità, o medici di distretto, fondamentali per lo sviluppo della sanità di iniziativa, punta di diamante della Regione. Stiamo cercando di portare tutti i professionisti, non solo i medici di famiglia e i pediatri ma anche gli ospedalieri, verso una maggiore cura dell’appropriatezza. L’appropriatezza si fa con un sistema informativo e un’attività di reporting. Se non c’è reporting, ovvero se il professionista non viene messo di fronte alle risorse che lui muove con il suo operato, chiaramente, non si può andare avanti. In quest’ottica

stiamo monitorando gli accordi operativi aziendali tra cui anche quello appena raggiunto con i MMG e cercheremo da una parte di portare avanti delle strategie uniche per l'ADI e l'ADP e dall'altra di comprendere insieme tutte le unità di valutazione utilizzate.

D) La sperimentazione della sanità di iniziativa e del *Chronic Care Model* ha avuto inizio nella Regione Toscana nel 2009. Ad oggi, quali risultati sono stati raggiunti? E' possibile fare una prima valutazione?

R) La sanità di iniziativa è l'asse portante del sistema di assistenza territoriale toscano. Alcuni risultati sono già visibili anche se ancora sono pochi. Al momento circa il 40% della popolazione quindi, su 3 milioni e mezzo di abitanti, circa un milione è servito dalla sanità di iniziativa. Ovviamente, questa cosa non è democratica. E' pertanto previsto, anche se sarà abbastanza dura, arrivare al 60% entro l'anno, e poi al 100% nell'arco dei prossimi tre anni. Bisogna inoltre passare dagli indicatori di processo, che abbiamo iniziato a fare, agli indicatori di risultato. Quando ho iniziato a lavorare in un distretto, anni fa, venivano vaccinate le persone sane e i bambini fino ad arrivare agli adulti. Quella la definisco sanità di iniziativa in quanto riferita a persone sane. Dopo un po' di anni siamo poi passati agli screening morfologici, che prendevano in considerazione le persone sane ma presunte malate, o presunte sane, dividendole e così via. Oggi il nostro problema è relativo alla cronicità, anche in conseguenza della riduzione dei posti letto disponibili nelle strutture ospedaliere e del maggior costo di tali strutture. Questo ci ha spinti ad adottare il *Chronic Care Model*, di cui la sanità di iniziativa, ovviamente, fa parte. Dai primi risultati della sperimentazione di questo modello appare chiaro che i tassi di ospedalizzazione per le persone diabetiche si stanno riducendo.

D) In base a quanto programmato dalla delibera di riorganizzazione e a quanto era già stato posto in essere in linea con le indicazioni nazionali, ad oggi, come si compone la rete territoriale della Regione Toscana?

R) La Regione si compone di 3 aree Vaste, 12 USL, 34 distretti, le AFT, in cui c'è un medico di famiglia e un medico della continuità assistenziale, e al loro interno le Case della Salute e le UCCP. Le Case della Salute sono 20, attualmente, ma si prevede il raggiungimento delle 50 nei prossimi anni. L'AFT è pensata come un centro di costo, di responsabilità e di budget. Il budget viene discusso dal coordinatore, eletto tra i 25/30 medici che la formano, che si interfaccia con l'azienda o con il medico di comunità o con il direttore del distretto. L'AFT è dotata di un sistema informativo: siamo già partiti con la ricetta elettronica per la quale dovremmo raggiungere il 60% entro la fine di marzo e la dematerializzazione totale per la fine del 2013. La Casa della Salute è il luogo che ospita la sanità di iniziativa e potrebbe essere identificata come una declinazione dell'UCCP. Le UCCP sono formate, obbligatoriamente, da medici di famiglia, infermieri, amministrativi, assistenti sociali, operatori e specialisti. Non sarebbe infatti possibile fare una casa della salute senza questi ruoli. E' infatti prevista la sola assenza dello specialista qualora ci fosse un servizio di telemedicina. Con l'obiettivo di diffondere ulteriormente la struttura, la Regione sta censendo dei presidi che siano riconoscibili. Si prevede, come dicevo, di arrivare entro qualche anno a 50 Case della Salute ed è importante che queste siano facilmente identificabili da parte del cittadino. Oggi tutti sanno dove si trova l'ospedale ma molti meno dove è il distretto; qualcuno sa dove si trova l'ambulatorio del suo medico di famiglia ecc. Se invece l'obiettivo è quello di unire questi servizi è necessario renderli riconoscibili. Proprio per questo motivo è in programma una *consensus conference* per tutte le componenti professionali, così come è stato fatto per la sanità di iniziativa. Accanto alla Casa della Salute la delibera prevede un'evoluzione del distretto socio-sanitario. Esso viene diviso in tre livelli: la Direzione di Distretto, la Direzione di Unità Funzionale / Dipartimento (distinta tra cure primarie, da una parte, salute mentale – accorpata alle dipendenze perché sono molto affini – e il dipartimento di prevenzione che, attualmente non sta dentro al distretto, almeno nel modello toscano), e l'Unità operativa – Unità funzionale, dove sono posizionate le Case della Salute e quindi le UCCP e le AFT. Questa è la visione che la Regione

Toscana ha della rete. Ovviamente, non si potrà realizzare una Casa della Salute dappertutto, poiché la Toscana è fatta di zone molto montuose in cui non avrebbe senso a causa dello scarso numero di MMG presenti sul territorio ecc.

D) Pensando al possibile trasferimento della esperienza regionale in un territorio “debole”, quali sono secondo lei i punti di forza e di debolezza della vostra esperienza?

R) Un punto di forza è soprattutto l’aggregazione dei medici di famiglia con gli infermieri (pubblici o privati che siano) a cui, ovviamente, bisogna dare obiettivi comuni, condivisi, e una struttura alle spalle che li segua e li indirizzi. I punti di debolezza consistono nella necessità di appoggio politico-organizzativo soprattutto se si pensa al modello Casa della Salute e sanità di iniziativa, nel senso che senza l’appoggio regionale e politico non si fa nulla. Per quanto riguarda la parte strutturale delle Case della Salute presenti nella Regione Toscana, ad esempio, è necessario considerare che qualora non fossero arrivati i fondi grazie all’appoggio del Ministero della Salute, non sarebbe stata possibile la loro costruzione.

### **Ricognizione normativa**

[D.Lgs. 229/1999](#)

[D.L. 328/2000](#)

[Piano Sanitario Regionale 2008-2010](#)

[DGRT n. 754 del 10 agosto 2012 “Azioni d’indirizzo alle Aziende e agli altri Enti del SSR attuative del D.L. 95/2012 ed azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale”](#)

[Documento regionale di programmazione economica e finanziaria approvato per l’anno 2013](#)

[DGRT n.1235 del 28 dicembre 2012 “Azioni di riordino dei servizi territoriali del Servizio Sanitario Regionale” ; Allegato A, Allegato B](#)

[DGRT n.1231](#)

[DGRT n.1228](#)



**Formez** PA

PON Governance  
e Assistenza Tecnica  
2007-2013  
UNA PA PER LA CRESCITA