

Coordinamento delle politiche socio sanitarie – Integrazione socio sanitaria

Il punto di vista dei Distretti

L'integrazione socio sanitaria in Toscana – Esperienze a confronto

AREZZO 28 . 11 . 2025

Dr. Franco Doni

Direttore SDS Empolese Valdarno Valdelsa

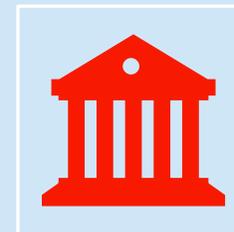
Contesto



Due modelli

**Consorzio Società della Salute
(SdS) tra Comuni e ASL ai sensi
TUEL**

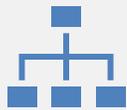
**Convenzione socio sanitaria tra
comuni e ASL**



Entrambi i modelli
garantiscono
l'integrazione secondo
quanto previsto dalla
L.R 40/05 e dalle linee
guida nazionali.



Obiettivi strategici



La SdS si contraddistingue per l'integrazione inter-istituzionale, ha propria governance e autonomia finanziaria



La convenzione assicura una governance unica garantita attraverso la conferenza dei Sindaci integrata



Entrambe le forme promuovono un Sistema organizzativo sostenibile, efficiente e innovativo, dove la persona è al centro.

Sono oggetto
dell'integrazione
organizzativa

Punto unico di
Accesso

Unico case
manager in base
alla prevalenza del
bisogno

Presa in carico

Valutazione
multiprofessionale
(UVM)

Piano assistenziale
individualizzato

Regolamentazione
unitaria

Sistema
informativo
condiviso

Formazione unica e
multiprofessionale.

Potenziali fattori destabilizzanti

Per il consorzio Società della Salute:

- Cambiamento di assetto istituzionale, in quanto i Comuni possono recedere, considerato che la partecipazione è volontaria.
- Assetto giuridico del personale e regolamentazione dell'apporto dei fattori produttivi, in quanto il consorzio deve fare sintesi tra due sistemi giuridici e organizzativi diversi, quello degli enti locali e quello delle aziende sanitarie, ciascuna con una proprie specifica forma di governance, di organizzazione dei servizi, di gestione delle risorse, della dirigenza, etc..

Per la convezione socio sanitaria:

- Non tutti i comuni appartenenti ad un territorio potrebbero firmare la convenzione, creando difformità nei rapporti istituzionali, e provocando possibili iniquità nell'accesso ai servizi.
- Si possono evidenziare differenze nella misura dei finanziamenti tra le diverse amministrazioni, nelle forme di organizzazione dello staff, compreso il pericolo che l'accordo non sempre contempli la componente socio assistenziale.

Approfondimento sul primo modello organizzativo: Società della Salute Empolese Valdarno Valdelsa

Il consorzio SdS EVV ha un bacino di utenza di circa 250,000 residenti, una forte presenza industriale e un importante settore turistico, almeno in una parte del territorio. Il Consorzio ha un proprio Presidente, scelto tra i sindaci dei comuni soci, e assume le proprie decisioni mediante due organi collegiali, l'Assemblea e la Giunta esecutiva. Il Direttore assume la responsabilità della gestione del personale, delle risorse finanziarie di cui il consorzio è dotato e del raggiungimento degli obiettivi, che scaturiscono da documenti programmatici pluriennali declinati poi annualmente. Tra i progetti innovativi l'istituzione di punti unici di accesso e progetti di assistenza da remoto per la popolazione fragile finanziati in via sperimentale dal PNRR.



AZIENDA USL TOSCANA CENTRO



13 Ospedali

- Ospedali territoriali
- Ospedali di zona
- Ospedali di riferimento
- Ospedali di riferimento
- Ospedali di riferimento

13 Ospedali

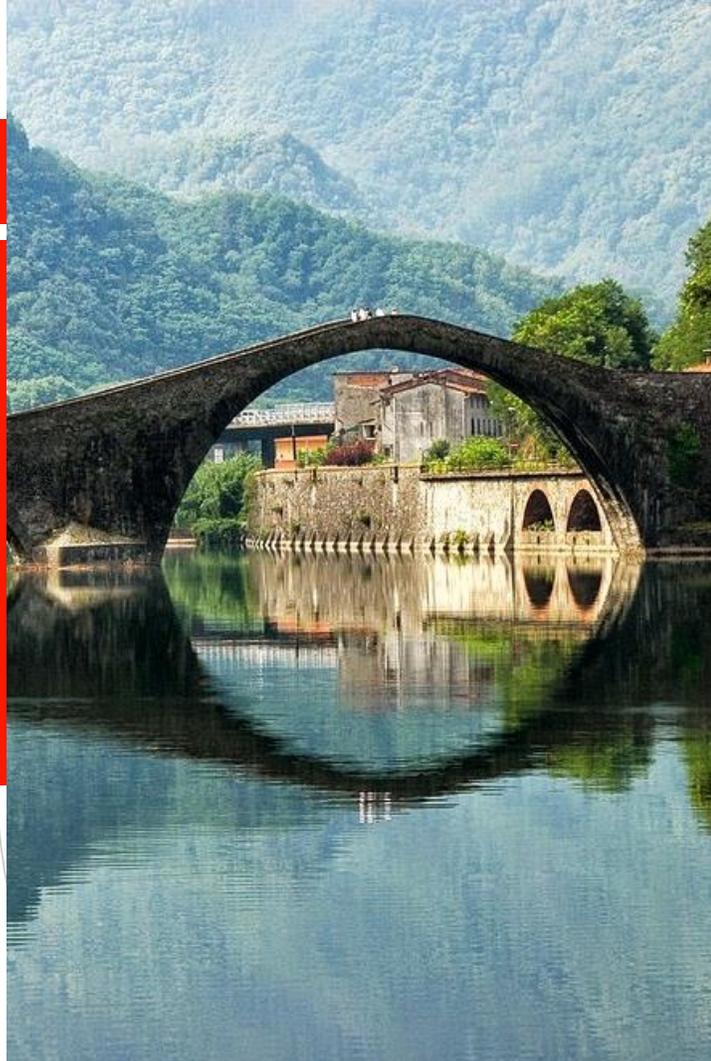
- Ospedali territoriali
- Ospedali di zona
- Ospedali di riferimento
- Ospedali di riferimento
- Ospedali di riferimento

Secondo modello organizzativo: Il Distretto Socio sanitaria del Casentino



Zona prevalentemente montana, 34.000 residenti, forte incidenza della popolazione anziana. La convenzione riguarda i servizi socio sanitari, mentre il sistema dei servizi sociali rimane appannaggio dei comuni.

Il coordinamento della progettualità personalizzata è garantito dalla UVM.



Case Study 3: Valle del Serchio Health District

Situato nel nord della Toscana, 53.000 residenti. Tra le problematiche maggiori: spopolamento, difficile accessibilità ai servizi, popolazione anziana sopra la media regionale. L'integrazione è garantita dalla Direzione di ZD e dai lavori della Conferenza integrata dei Sindaci attraverso la convenzione. I comuni hanno delegato anche i servizi socio-assistenziali

Towards Systemic Change

L'integrazione socio sanitaria è sostenuta da una forte cornice normative regionale (L.R. 40/2005)



Tutti I territori registrano una forte collaborazione con il Terzo Settore Organizzato.

Forte importanza dei processi di amministrazione condivisa.

Importante ruolo dei comitati di partecipazione al fine di valutare le politiche pubbliche e il funzionamento dei servizi.

Outcomes e
misurazione
dei risultati

L'assistenza socio sanitaria integrata garantisce un supporto olistico con processi standardizzati e un approccio multiprofessionale.

risultato

Maggiore efficienza, processi organizzativi centrati sulla persona, un sistema di presa in carico più sostenibile, grazie all'integrazione delle risorse

Alcune opportunità

- Governance e forma giuridica unitaria per l'utilizzo di risorse sociali e socio sanitarie (dal 2018)
- Offerta territoriale unica indipendentemente dal punto di accesso
- Regolamentazione unitaria
- Analisi dei processi organizzativi e tensione alla semplificazione (p.es. forme di accesso, case manager unico, etc.)
- Importante investimento sul fronte «culturale» tra i professionisti coinvolti
- Buona integrazione con i processi trasformativi introdotti dal DM 77/22 (e DGRT 1508/22), in particolar modo mediante lo stretto collegamento funzionale con le Case della Comunità
- Capacità di tenuta organizzativa nonostante l'incremento annuale degli accessi e delle valutazioni (+ 30% 2024 su 2023, confermato in proiezione 2025), ma vicina al limite, necessari nuovi investimenti
- Progetti PNRR Missione 5 come base conoscitiva per lo sviluppo di progetti di assistenza a distanza: barriere culturali, aree rurali, barriere tecnologiche