



# **Pnrr, Sistema sanitario toscano e terzo settore: uno sguardo al primo semestre**

a cura di Mario Iannella

Report ricerche - settembre 2022

Il presente Report di ricerca è stato realizzato su incarico di Cesvot da Mario Iannella, sotto la supervisione del dott. Luca Gori, responsabile scientifico per l'Istituto Dirpolis del progetto di ricerca "Le opportunità del Pnrr per il terzo settore toscano".

## Indice

1. Introduzione \_p. 1
2. Il ripensamento della Sanità territoriale, un quadro introduttivo al DM 77 \_p. 2
3. La ridefinizione del Distretto territoriale \_p. 3
4. Le principali strutture del Distretto \_p. 4
5. Le altre forme di assistenza \_p. 9
6. Il contratto istituzionale di Sviluppo tra la Regione Toscana e il Ministero della Salute \_p. 12
7. Le prospettive emerse a seguito della consultazione pubblica degli Stati generali della Salute \_p. 13
8. (segue) Le indicazioni riguardo il Terzo Settore \_p. 14
9. Alcune considerazioni conclusive \_p. 14
10. Bibliografia \_p. 19

## 1. Introduzione

L'emergenza generata dal Covid-19 ha imposto l'esigenza di un ripensamento dell'organizzazione istituzionale di molti settori e, tra questi, in particolare dell'organizzazione dei sistemi sanitari e delle modalità di tutela del diritto alla salute delle persone in senso ancor più ampio. A tale necessità il legislatore ha risposto, in particolare, attraverso un potenziamento della rete assistenziale, anzitutto realizzata attraverso la previsione di "strutture di prossimità" (art. 1, c. 4-*bis* d.l. n. 34/2000) e, in seguito, attraverso la previsione nel Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) di uno stanziamento ingente destinato all'integrazione complessiva dei servizi assistenziali socio-sanitari, da realizzare primariamente attraverso due progetti: le Case della Comunità e lo sviluppo dell'assistenza domiciliare ad esse connesse (e realizzata attraverso la telemedicina). In particolare, la costituzione delle Case della Comunità e presa in carico delle persone è avviata attraverso uno strumento di programmazione negoziata tra il Ministero della Salute, le amministrazioni regionali e gli altri enti interessati.

La scelta del PNRR costituisce la risposta all'esigenza, emersa anche in fase pandemica, non solo di una maggiore diffusione territoriale dei servizi, ma anche di una accentuazione dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari. Questa si basa su tre fattori: (i) istituzionale (tra aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.); (ii) gestionale a livello di distretto tra le varie configurazioni organizzative; (iii) professionale. A tale obiettivo rispondevano le Case della Salute (CdS), proposte a livello nazionale dal Governo Prodi-II, quale luogo di integrazione tra sanitario e sociale. Tali strutture polyvalenti e funzionali dovevano diventare in grado di "erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione", perseguendo "la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, l'educazione sanitaria e le corrette pratiche di autogestione delle malattie croniche". Il progetto delle CdS ha avuto un'attuazione non omogenea tra le varie realtà regionali. In Toscana, in particolare, la sperimentazione di tali strutture ha avuto inizio con la delibera regionale n. 139 del 2008, attraverso l'approvazione di progetti pilota presentati da tre aziende sanitarie, per trovare successive conferme in atti della Giunta e del Consiglio Regionale toscano (da ultimo la L.r. n. 29 del 2019) che hanno contribuito alla diffusione delle CdS nel territorio quale parte del modello organizzativo della sanità regionale, contraddistinto dalla scelta in favore di un'integrazione "fisica" dei servizi.

Gli interventi previsti nell'ambito del PNRR ambiscono a "perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei". In questa strategia, le Case di Comunità dovrebbero essere il luogo in cui sarà coordinata l'offerta di tutti i servizi, sociali e sanitari, per il rispettivo territorio. Nelle intenzioni del legislatore tratta di strutture fisiche in cui opereranno gruppi multidisciplinari "di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali". Si immagina che in queste strutture sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie ma anche, un punto di riferimento continuativo per la popolazione, attraverso infrastrutture informative, punti prelievi e strumentazioni polispecialistiche. Emerge, quindi, l'idea delle Case della Comunità come strumento essenziale per il miglioramento del benessere e delle capacità di vivere dei cittadini, specie di quelli fragili, che, attraverso la possibilità, non solo, di cure non istituzionalizzate, ma anche di risposta ai propri bisogni in un contesto di prossimità.

## 2. Il ripensamento della Sanità territoriale, un quadro introduttivo al DM 77

Il 23 maggio 2022 il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha approvato il **decreto ministeriale n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”**. Si tratta della definizione complessiva del ripensamento del sistema territoriale determinato dal PNRR che ha contraddistinto il dialogo tra le strutture (amministrative e politiche) regionali e statali negli ultimi sei mesi. Molte delle indicazioni presenti sono riassuntive dei percorsi già avviati sotto la guida di Agenas e che hanno condotto alla firma dei Contratti Istituzionali di Sviluppo con le Regioni Toscane.

Provando a ripercorrere gli elementi salienti del D.m. (principalmente del suo allegato) emerge, anzitutto il radicale ripensamento del sistema sanitario territoriale, attraverso la creazione di una struttura omogenea dei distretti nell’intero Paese. Alla base del ripensamento della sanità territoriale si colloca l’idea di implementare uniformemente l’**Assistenza Primaria**, come definita dalla Direzione Generale della Commissione Europea: *“l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da equipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone.”* Calando questo approccio nel ripensamento del sistema dei distretti, il D.m. 77 adotta norme regolanti (in prima sintesi):

- i. lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- ii. il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- iii. l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di *equipe* multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("*Planetary Health*");
- iv. logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- v. modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e tele-monitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- vi. la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- vii. la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

A tale assetto si aggiunge, infine, la rete delle farmacie convenzionate con il SSN, cui sono conferiti nuovi servizi nell’ambito del ripensamento determinato dall’attuazione del PNRR (disciplina che si colloca a cavallo con le azioni intraprese nell’ambito della Missione 5).

La nuova assistenza territoriale si fonda su una misurazione delle esigenze di salute basate sull’utilizzo di dati (**Medicina di Popolazione**) che consentano una stratificazione della Popolazione sulla base dell’individuazione di categorie di rischio, con l’obiettivo di comporre dei **Progetti di Salute**, quale strumento di programmazione dei servizi. L’obiettivo che persegue tale approccio è quello di mantenere l’utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione, sia di cura, anche se questo non sta richiedendo

attivamente una prestazione sanitaria. Ciascun distretto avrà quindi una stratificazione strutturata sul modello nazionale contenente un'individuazione dei rischi e delle esigenze della popolazione presente sui rispettivi territori, tali da poter misurare su fattori comuni il livello di bisogno socioassistenziale. L'integrazione con i servizi sociali come definita, da ultimo, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle Case di comunità, ulteriore rispetto al Piano di zona già previsto dall'articolo 19 della legge n. 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie. La definizione di queste interazioni tra le competenze del SSN e quelle dei comuni nell'ambito delle politiche sociali (attraverso gli ATS) avverrà con un'intesa ai sensi dell'art. 1, c. 163 della l. n. 234 del 2021.

### 3. La ridefinizione del Distretto territoriale

Il ripensamento della sanità a livello territoriale parte dalla messa in atto, da parte delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei medici di medicina generale e de pediatri (AFT) e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), di modelli di “**Sanità di Iniziativa**”. Un approccio uniformante a livello generale interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, anche di prevenzione e promozione della salute, comprensivo di diversi strumenti: (i) la presa in carico proattiva precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia; (ii) l'educazione ai corretti stili di vita, (iii) la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, (iv) la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, (v) le prenotazioni delle prestazioni, (vi) il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostici-terapeutici, (vii) il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza(es. familiari) (cd. caregiver), (viii) lo snellimento delle attività burocratico-autorizzative.

Il compito di articolare nel territorio la nuova Assistenza Primaria, ricorrendo ai modelli della Sanità d'Iniziativa è affidato ai nuovi Distretti e alle rispettive articolazioni, uniformanti le organizzazioni del servizio sanitario sul territorio nazionale. Il **Distretto** è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente. Come vedremo nel prosieguo, l'indirizzo adottato dalla Regione Toscana è di estendere il modello delle **Società della Salute**, adottato già in alcuni territori in sostituzione di questa struttura, ma di cui conserva quantomeno le attribuzioni conferite dalla normativa statale. 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. All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub. Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

Al **Distretto** sono assegnate le **funzioni** di (a) committenza<sup>1</sup>, (b) produzione<sup>2</sup> e (c) garanzia<sup>3</sup>. La sua organizzazione deve conseguentemente garantire:

- (i) Assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale<sup>4</sup>;
- (ii) Il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- (iii) L'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

#### 4. Le Principali strutture del Distretto

Ogni distretto, di circa 100.000 abitanti ha degli **standard minimi**, costituiti da 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti; Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) in numero non predeterminato; 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 30.000 abitanti; 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti; 1 Centrale Operativa Territoriale (a valenza distrettuale); 1 Ospedale di Comunità in grado di garantire 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Provando a delineare i tratti salienti di questa organizzazione, l'elemento cardine è costituito dalle **Case di Comunità (CdC)**, considerate la concretizzazione dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, in quanto luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. In queste strutture si realizza anche l'integrazione e il coordinamento tra le attività del SSN e il sistema dei servizi sociali, con un approccio trasversale rispetto ai bisogni dell'assistito e che tiene conto anche delle competenze e delle esigenze presenti all'interno della comunità, per articolare i servizi offerti. Le quattro funzioni principali svolte dalla CdC in sintesi sono individuabili in:

- luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- struttura 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;
- luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- sede in cui la comunità ricomponi il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

---

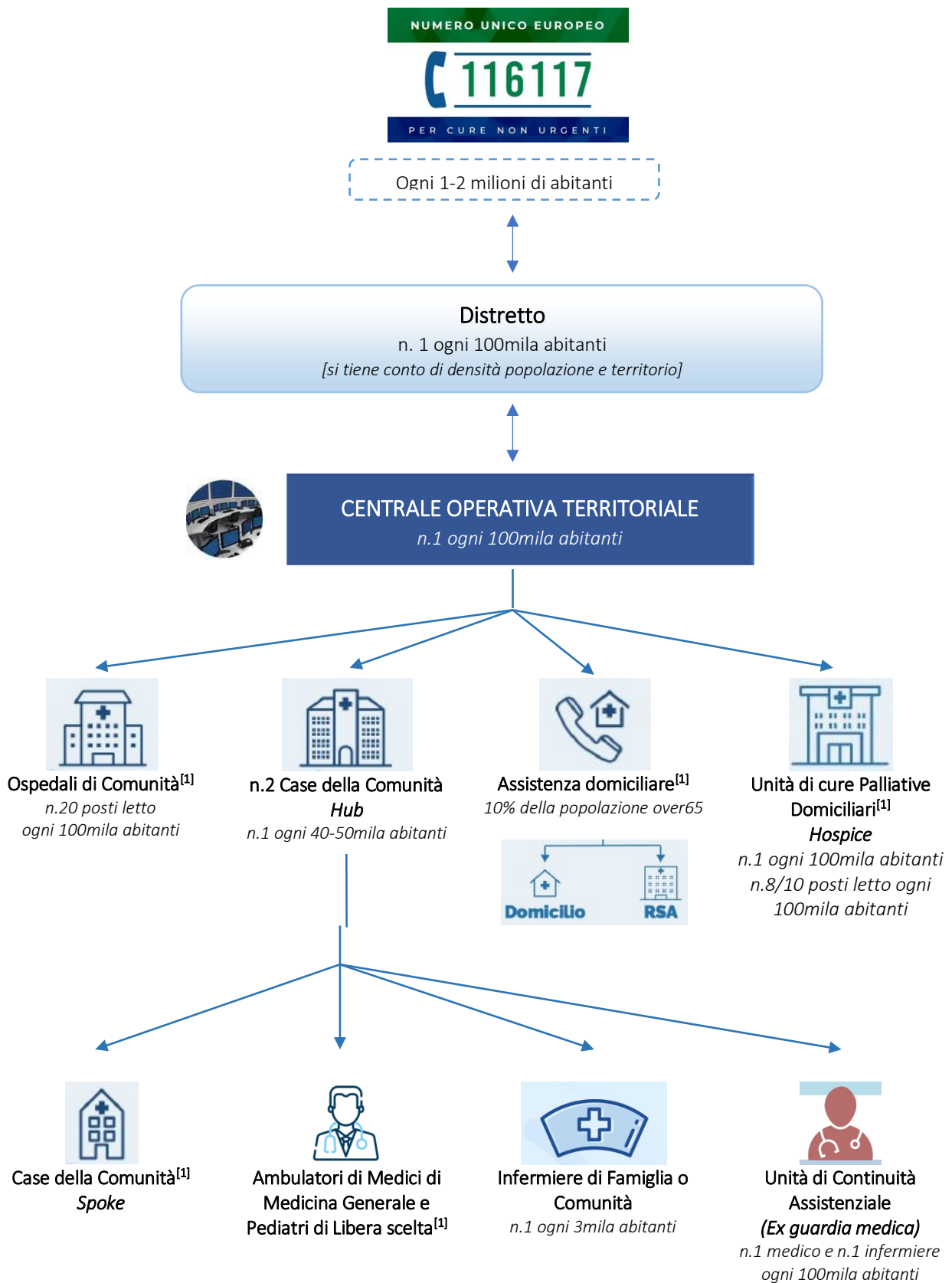
<sup>1</sup> Ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;

<sup>2</sup> Ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

<sup>3</sup> Ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

<sup>4</sup> Attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;

# Il modello del Distretto



<sup>[1]</sup> Attività in cui potrebbe essere coinvolto il Terzo Settore



I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano in una **equipe multidisciplinare** all'interno delle CdC, garantendo l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24. Le Cdc devono garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

La funzione di luogo di accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria è conservata sia dell'**accezione hub** sia in **quella spoke delle CdC**: presso entrambe saranno reperibili i servizi costituiti da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

Le **CdC hub** al fine di assicurare i servizi descritti **dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità** organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza. Nelle **CdC hub e spoke**, inoltre, è garantita l'**assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso** la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke.

## Integrazione sociale-sanitaria: dai Piani al sistema Casa di Comunità *hub - Spoke*

- Articolo 18 L. n. 328 del 2000: Piano nazionale e Piani regionali degli interventi e dei servizi sociali
- Articolo 19 L. n. 328 del 2000: Piano di zona da definirsi a cura dei comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie

### Il modello del D.M. 77 del 2022: compiti e integrazione nelle nuove strutture

#### LA CASA DI COMUNITÀ *Hub*

**La Casa di Comunità Hub** garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e teleassistenza e relative competenze professionali:

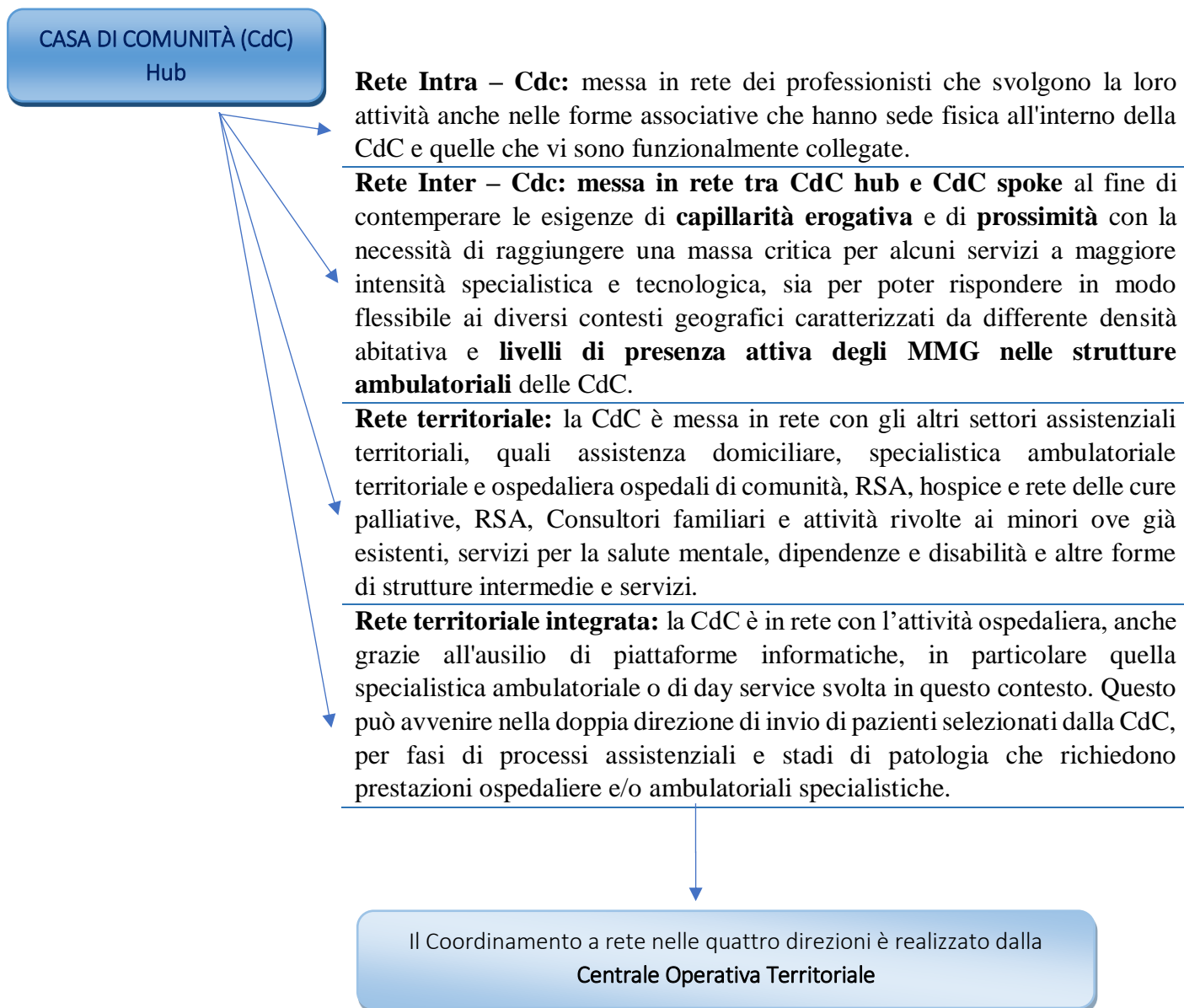
- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori - ove esistenti - che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- Attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e Volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali

#### LA CASA DI COMUNITÀ *Spoke*

**La Casa di Comunità Spoke** garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co- co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato

Tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle **CdC** e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere. Saranno quindi creati dei **meccanismi di coordinamento strutturali di quattro tipologie**: intra-CdC, inter-CdC, con la rete territoriale e con la rete territoriale integrata con le attività ospedaliere.



La funzione di coordinamento è affidata alla **Centrale Operativa Territoriale** (COT, per gli standard di personale, si v. articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234). La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);

- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

**L'Ospedale di Comunità (OdC)** è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'**OdC** è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'**OdC**, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"). Può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale. L'**OdC** come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio. Gli **standard di personale** previsti per 1 Ospedale di Comunità dotato della dotazione base di 20 posti letto sono:

- 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico);
- 4-6 Operatori Sociosanitari;
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative;
- un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

## 5. Le altre forme di assistenza

Le attività svolte dall'**Infermiere di Famiglia** (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5) sono principalmente:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute

- rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
  - promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, formati e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;
  - svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
  - valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
  - lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

**L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA)** non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessita 'diagnostiche/terapeutiche';
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.); non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità.
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

La **sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub** alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

La **casa come primo luogo di cura** viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le **Cure domiciliari** sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. L'**obiettivo** che si prefigge la riforma del sistema territoriale è di raggiungere almeno un livello del **10%** della popolazione over 65 che possa essere presa in carico. Le **cure domiciliari**, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità

e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute **distinte** le forme di **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari** definite come un livello essenziale specifico e denominate come **Unità' di Cure Palliative Domiciliari**, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tuttavia, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'equipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente. Le **Cure Domiciliari** si articolano in un **livello Base** e in **Cure Domiciliari Integrate** (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità', con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

La **legge n. 38/2010** e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle **reti di cure palliative** in termini di accreditamento delle strutture e delle reti, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali. Le cure palliative sono state caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche Unità di offerta. La **rete delle cure palliative** è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale. L'obiettivo della standardizzazione delle cure in questo ambito è di garantire:

- **1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP - DOM)** ogni 100.000 abitanti;
- **Hospice:** 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Il Consultorio Familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto - ove presenti -, garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività' dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento Standard: - 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

## 6. Il contratto istituzionale di Sviluppo tra la Regione Toscana e il Ministero della Salute

La realizzazione della riforma del sistema sanitario territoriale<sup>5</sup> è affidata al lavoro congiunto svolto dal Ministero della Salute (Amministrazione centrale titolare di intervento<sup>6</sup>) e dai Soggetti attuatori, le Regioni e gli Enti del servizio sanitario regionale ai quali viene affidata parte dell'attuazione del progetto<sup>7</sup>, secondo le indicazioni contenute nei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) stipulati da ciascuna amministrazione regionale con il ministero incaricato. Al netto dell'articolato che riprende le formulazioni di impegni reciproci presenti in tutti i CIS stipulati dallo Stato con le Regioni a statuto ordinario, l'elemento di maggiore interesse per la presente ricerca è costituito dal **Piano operativo regionale** presentato dalla Toscana e allegato allo stesso. Anzitutto sono individuati quali **soggetti attuatori esterni**, le tre Aziende USL, le quattro Aziende Ospedaliere Universitarie, l'ESTAR, la Fondazione Monasterio e l'ISPRO.

Procedendo con le indicazioni relative alle singole componenti, rileva anzitutto l'Investimento 1.1 riguardante le **Case della Comunità**. La Regione dichiara di aver adempiuto alle attività di localizzazione dei siti idonei alla realizzazione delle CdC e di stare procedendo all'elaborazione delle schede intervento. Sono individuate **77 Case della Comunità**, divise per le tre Aziende USL: 19 in quella Sud Est (8 da edificare e 11 da ristrutturare) 27 in quella Nord Ovest (14 da edificare e 13 da ristrutturare) e 31 in Toscana Centro (16 da edificare e 15 da ristrutturare). L'obiettivo è di procedere alla stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità per il terzo trimestre del 2023 e la loro messa a disposizione con dotazione delle attrezzature tecnologiche per il primo trimestre del 2026.<sup>8</sup>

Per quanto riguarda l'**implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT** – sub investimento 1.2.2), previa ricognizione dei fabbisogni e localizzazione dei siti sono state individuate 37 sedi COT distribuite tra le tre Aziende Usl, in 8 Sud Est, 13 Nord Ovest e 16 Centro. La realizzazione sia delle centrali che delle interconnessioni necessarie a renderle operative è prevista per il primo trimestre del 2024.

Per quanto riguarda, invece, la realizzazione degli **Ospedali di Comunità** (investimento 1.3) si è deciso di adottare un misto tra nuove edificazioni e riconversioni: equamente divise nelle Aziende USL Sud est (6 interventi) e Nord Ovest (8), con una prevalenza per le riconversioni (6), rispetto alle

---

<sup>5</sup> In particolare, degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 – Componente 1 e 2 per le Linee di investimento richiamate in premessa e dal PNC di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), punto 2, del decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101

<sup>6</sup> Quale amministrazione responsabile dell'attuazione delle riforme e degli investimenti previsti nel PNRR (articolo 1, lettera l, del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108) i cui obblighi sono individuati dall'articolo 4 nonché del programma "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), punto 2, del decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101

<sup>7</sup> Come previsto dall'articolo 9 del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108

<sup>8</sup> Riferimenti normativi:

- Decisione di Giunta n. 36 del 20 dicembre 2021 "PNRR – Missione 6 Salute – Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" - esiti lavoro di programmazione interventi";
- Deliberazione Giunta Regionale n. 1429 del 27 dicembre 2021 "PNRR – Missione 6 Salute – Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" - costituzione del Fondo regionale complementare";
- Deliberazione Giunta Regionale n. 225 del 28 febbraio 2022 "PNRR – Missione 6 Salute, Componente 1 e Componente 2 - interventi di edilizia sanitaria -esiti del lavoro di programmazione interventi - presentazione al Ministero della Salute";
- Deliberazione n. 597 del 23 maggio 2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e Piano Nazionale Complementare (PNC) - Missione 6 - Approvazione del Piano finanziario 2022-2026 delle risorse assegnate alla Regione Toscana e presa d'atto dello Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) e del Piano Operativo Regionale (POR)";
- Deliberazione n. 598 del 25 maggio 2022 "Assegnazione di risorse in c/capitale a valere su fondi regionali per interventi urgenti: integrazione del Fondo Regionale Complementare nell'ambito della programmazione PNRR/PNC. Riassetto delle fonti di finanziamento per la realizzazione del Nuovo Presidio Ospedaliero di Livorno".

nuove edificazioni (4) in quella centrale. In questo caso si prevede la stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli OdC nel terzo trimestre 2023 e la loro piena operatività e dotazione per il primo trimestre del 2026.

Per la localizzazione degli interventi in Toscana, è possibile consultare l'”allegato 2” del Contratto Istituzionale di sviluppo tra la Regione Toscana e il Ministero della Salute, disponibile al seguente link; [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3240\\_16\\_alleg.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3240_16_alleg.pdf)

## 7. Le prospettive emerse a seguito della consultazione pubblica degli Stati generali della Salute

Nelle more del ripensamento della Sanità territoriale avviato col PNRR, il Consiglio regionale della Toscana ha avviato una **fase di consultazione pubblica** destinata a produrre un quadro della Salute nella Regione. Si considerano, in particolare non solo gli investimenti della Missione 6 diffusamente ripercorsi in questa sede, ma anche le interazioni con la Missione 5, sia per quanto riguarda il consolidamento delle farmacie rurali convenzionate dei centri con meno di 3.000 abitanti, sia per quanto riguarda la componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, specie con riguardo ai due investimenti e alle tre riforme della sotto componente “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale” attraverso le quali la Toscana riceverà 96.7 milioni di euro di trasferimenti.<sup>9</sup> Si sottolinea, inoltre, come l'esigenza maggiore di intervento del sistema sia rinvenibile nel necessario rafforzamento dell'organizzazione territoriale della sanità. Il **modello delle Case della Salute**, definite dalla l.r. n. 29 del 2019 aveva, difatti, trovato **limitata applicazione**, con cinque zone-Distretto e sessantuno aggregazioni funzionali prive di Cds e il numero dei Medici di medicina Generale con ambulatorio al loro interno, in diminuzione. **Dal PNRR arriveranno per i progetti toscani:** 104,2 milioni di euro per le Case di Comunità; 56,8 milioni per gli Ospedali di Comunità; e 12,5 milioni per le Centrali Operative Territoriali, per un totale di 173,5 milioni; a questi vanno aggiunti i 20 milioni già deliberati di fondo regionale complementare, per un totale di 193,5 milioni. La Regione Toscana ha previsto nell'ambito del PNRR, relativamente alla Missione 6, componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”, la realizzazione di almeno: 70 Case di Comunità, 37 Centrali Operative Territoriali e 23 Ospedali di Comunità. A queste vanno aggiunti gli interventi realizzati con il fondo complementare (8 case di comunità e 1 ospedale di comunità), per un totale di 78 Case di Comunità e 24 Ospedali di comunità.

Allo stato attuale, la **governance** è distinta nel territorio tra **Zone distretto e Società della Salute**: uno degli obiettivi che la risoluzione n. 184 del 2022 del Consiglio assegna alla Giunta, è quello di procedere ad un'uniformazione del modello di governo. Si ipotizza la creazione di una Società della Salute in ogni distretto, rafforzandone le funzioni al fine di garantire quanto previsto dalla l.r. 40/2005 in tema di:

- l'attribuzione, da parte dell'Azienda Sanitaria, di una serie di deleghe per quanto concerne specifici aspetti della sanità territoriale;
- la previsione, accanto alla figura del Direttore della Sds, di un Coordinatore delle politiche sanitarie territoriali, collegato alla Direzione Aziendale del territorio di riferimento, per quanto attiene la gestione delle specifiche funzioni sanitarie delegate;

---

<sup>9</sup> La subcomponente si divide in:

- a. Investimento 1.1 – sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti;
- b. Investimento 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità
- c. Investimento 1.3 – Housing temporaneo e stazioni di posta
- d. Riforma 1.1 – Legge quadro per le disabilità
- e. Riforma 1.2 – Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti



- una adeguata dotazione di risorse per la gestione di tali aspetti della sanità territoriale delegati alle Sds;
- il coinvolgimento dei Direttori delle Società della Salute nell'ambito degli organismi gestionali dell'Azienda sanitaria di riferimento, al fine di promuovere un adeguato coordinamento delle politiche sanitarie territoriali;

Altri fattori di criticità rilevati dalla campagna di partecipazione sono costituiti dalla gestione delle RSA (non sufficienza dei posti e delle risorse economiche per garantirne l'equilibrio) e dal settore dell'emergenza urgenza. In questo settore, in particolare, si è registrata una crescente difficoltà nel reperimento di personale medico, cui si è provato a rimediare con le Delibere della Giunta regionale n. 1108 del 28 ottobre 2021 attraverso la realizzazione di tre corsi per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, da svolgersi nell'anno 2021-2022 presso le ASL Toscana Centro, Nordovest e Sudest.

## **8. (segue) Le indicazioni riguardo il Terzo Settore**

Con riferimento al Terzo Settore, ne viene riconosciuto il ruolo centrale ed insostituibile nella rete dei servizi di emergenza-urgenza, non solo per le specifiche, maturate capacità nell'attività di trasporto sanitario, ma anche per il ruolo, indiscutibilmente riconosciuto loro nell'ambito della gestione delle maxi emergenze. Il Consiglio impegna la Giunta regionale ad attivarsi per riorganizzare e uniformare il sistema sanitario di emergenza urgenza (costituito da presidi di pronto soccorso e servizio 118), a partire dall'attuazione delle misure previste legge regionale 30 dicembre 2019, n. 83 e relativo regolamento di attuazione, anche per quanto attiene i requisiti tecnici e la composizione minima dell'equipaggio degli autoveicoli di soccorso delle Aziende unità sanitarie locali, con l'obiettivo di garantire una risposta appropriata e tempestiva nella presa in carico delle emergenze sanitarie su tutto il territorio. Viene, inoltre sottolineata l'esigenza di intervenire profondamente nel meccanismo del Pronto Soccorso che svolge al momento una funzione di collo di bottiglia per le attività di emergenza-urgenza.

Per quanto riguarda gli altri aspetti che concernono il terzo settore, si intende rafforzarne la partecipazione attraverso il meccanismo della l.r. n. 75 del 2017 e attraverso un percorso partecipativo "Cantieri per la salute" realizzato insieme a Federsanità ANCI. Se ne immagina il coinvolgimento nelle azioni volte al contrasto alla povertà ed alla emarginazione sociale e di tutela della salute degli stranieri. Manca un coinvolgimento nell'articolazione delle politiche integrate di prevenzione della salute, di strutturazione della sanità territoriale e di coinvolgimento nelle politiche sportive. Ne emerge una considerazione focalizzata primariamente sulla vocazione trasportistica relativa all'emergenza urgenza e di contrasto alle marginalità. Tutta da costruire, tenendo conto anche delle principali indicazioni del Contratto Istituzionale di Sviluppo, concentrate sulle strutture fisiche e non sull'organizzazione dei servizi, è il coinvolgimento della rete nel nuovo sistema di sanità territoriale.

## **9. Alcune considerazioni conclusive**

### *a) Sulle nuove Case di Comunità*

Risulta, anzitutto, opportuno procedere ad una definizione degli obiettivi delle Case della Comunità. La norma contenuta nell'art. 1, comma 4 *bis*, del d.l. n. 34/2020 indica come finalità principale la realizzazione degli obiettivi di cui ai due commi precedenti (n. 3 e 4). Il primo di essi è riferito alle

attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti per i pazienti in isolamento anche ospitati presso le strutture temporanee attivate per l'emergenza Covid; mentre il comma 4 si riferisce alle cure dovute ai soggetti contagiati (sempre per l'emergenza Covid) nonché a tutte le persone fragili (tra cui coloro in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena, i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e di terapia del dolore) la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, nel senso di incrementare e indirizzare le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare. Dunque, sembra di capire, un obiettivo è (sperabilmente) contingente e transeunte, legato alla particolare situazione in essere, mentre il secondo ha caratteristiche più di sistema e di lungo periodo. Tali obiettivi sono poi ribaditi dalla stessa disposizione contenuta nel d.l., che indica nella promozione della salute e nella prevenzione, nella presa in carico e nella riabilitazione delle categorie di persone più fragili il senso dell'innovazione<sup>10</sup>. Difatti, il PNRR si pone in una prospettiva più ampia, ritenendo che *“l'attuazione della riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei”*. Nelle Case di Comunità dovranno quindi essere coordinati tutti i servizi offerti, dal sistema sanitario e sociale a livello territoriale.

Quanto alle funzioni, le CdC, ai sensi della l. n. 77/2020 operano in quattro ambiti: la promozione della salute, la prevenzione, la presa in carico e la riabilitazione, mediante modalità che riducano le scelte di istituzionalizzazione e favoriscano la domiciliarità. Le relazioni di accompagnamento agli atti istitutivi delle strutture sottolineano come *“I servizi forniti dalle strutture di prossimità favoriscono la domiciliarità e riducono l'istituzionalizzazione, con l'obiettivo principale di preservare il benessere e la capacità di vivere, per consentire alla persona di far fronte ai propri limiti e di poter mantenere, il più possibile, il “controllo” della propria vita”*. A tale indicazione, si accompagna una funzione più ampia secondo cui *“la struttura prevede un'ampia gamma di servizi con l'obiettivo di soddisfare, in maniera appropriata, i bisogni delle persone cui si rivolge, potenzialmente tutti i cittadini della comunità di riferimento”*. Nella prospettazione del PNRR *“la Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare [quindi, non solo] ai malati cronici”* ed in essa *“sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie”*, nonché *“il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi e la strumentazione polispecialistica”*. Inoltre, viene valorizzata sia la dimensione della continuità assistenziale, sia l'utilizzazione di infrastrutture informatiche: due dei punti qualificanti anche del d.l. n. 158/2012 (decreto Balduzzi)<sup>11</sup>.

È quindi opportuno sottolineare come, nella predisposizione, di tali strutture debbano essere chiariti alcuni elementi utili a definirne gli obiettivi:

- a differenza delle precedenti strutture di prossimità, le CdC devono garantire l'accesso normale e la continuità assistenziale, una risposta stabile alle esigenze della popolazione diffusa sull'intero territorio nazionale, secondo un modello generale adottato a livello nazionale e regionale e declinato sulla base dei bisogni delle specifiche realtà;
- le strutture non si rivolgono ad un settore predefinito della popolazione (in particolare alle persone che presentano forme di fragilità), ma sono destinate ad essere parte del sistema socio-

---

<sup>10</sup> Si v. E. Rossi, Le “Case della Comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata, in Osservatorio sui sistemi sanitari, 2021, p. 3

<sup>11</sup> Si rimanda a riguardo a E. Rossi, Le “Case della Comunità” del PNRR, cit., p. 5.

sanitario pensato per tutta la popolazione, un disegno condiviso tra la comunità, le istituzioni e il Terzo settore per la definizione di un comune “Progetto di Salute” per quello specifico territorio;

- la possibilità e preferenza per un’integrazione “fisica”, non deve far dimenticare l’esigenza che sia considerata come necessaria anche la dimensione funzionale, tra servizi e professionalità esistenti;
- il collegamento con le infrastrutture organizzative esistenti, specie riguardo la possibilità di armonizzare percorsi di accesso e servizi offerti in similari contesti territoriali.

Il quadro di differenziazione territoriale e delle funzioni assegnabili alle Case della Comunità richiede l’avvio di un confronto secondo modelli cooperativi tra le singole Zone Distretto e Società della Salute e gli enti locali ed ETS operanti nelle specifiche realtà, volte a determinare attraverso percorsi di coprogettazione:

- Elementi di differenziazione nei servizi offerti presso la struttura, nell’accesso agli strumenti di telemedicina e nella diffusione degli strumenti di assistenza domiciliare e gestione delle criticità;
- Il rapporto tra i soggetti cui spetterà la funzione direzionale e quelle di indirizzo e controllo nel contesto di tale struttura, specie alla luce dell’auspicata integrazione tra servizi di tipo sanitario (riconducibili al perimetro delle competenze regionali) e di tipo sociale, in cui i protagonisti principali sono gli enti locali, spesso operanti in collaborazione con le ETS;
- Le modalità di acquisizione, coordinamento e direzione delle diverse professionalità operanti nel contesto della struttura, nonché i rapporti tra questa e i servizi sociali territoriali. Elemento che sarà necessario ponderare per evitare la duplicazione o la sovrapposizione tra servizi e personale disponibile nei singoli territori.

#### *b) Sul coinvolgimento del Terzo Settore*

Le considerazioni svolte riguardo il marginale coinvolgimento del Terzo Settore in questa fase di individuazione delle primarie strutture fisiche della nuova sanità territoriale non deve nascondere le potenzialità per gli ETS toscani e per il Sistema sanitario regionale di un reciproco coinvolgimento nelle fasi seguenti, ad integrazione degli standard concordati nei primi scambi. Le proposte progettuali elaborate dalle organizzazioni zonali degli ETS dovrebbero fondarsi su un contributo costituito, ad esempio, da:

- Possibilità di utilizzo delle strutture fisiche nelle disponibilità degli ETS; quale luogo prescelto per la costituzione di strutture di articolazione dell’Assistenza Primaria (ad es. Case della Comunità *spoke* aggiuntive) nei rispettivi territori;
- Possibilità di utilizzo dei beni strumentali e accessori nelle disponibilità degli stessi;
- Personale dipendente e volontario formato all’erogazione di servizi socio-sanitari;
- Esperienza e abitudine allo sviluppo di servizi di tipo socio-sanitario e di collaborazione con le Pubbliche amministrazioni.

L’adozione di un modello di cooperazione con il Terzo Settore consentirebbe la garanzia di un ampio ventaglio di servizi, compresi quelli indicati come facoltativi nella normativa nazionale o individuati sulla base della programmazione condivisa tra gli ETS e le Pubbliche Amministrazioni precedenti:

- **Prevenzione**, attraverso l'uso degli Enti del Terzo Settore per la diffusione territoriale della salute;
- **Diffusione della telemedicina** e in generale dell'accesso alle prestazioni sociali attraverso le nuove tecnologie;
- **Gestione dei Codici Bianchi**, attraverso dei pronti soccorsi dedicati a tali esigenze nelle strutture del terzo settore;
- **Trattamento e gestione dei pazienti cronici**;
- **Luogo di riferimento per l'accesso a professionalità socio-sanitarie**;
- **Servizi ambulatoriali e corsi**;
- **Luogo di riferimento per servizi sociali e sportelli**;
- **Sportello per lo svolgimento di attività amministrative, rilascio di certificazioni e richieste di assistenza e visite domiciliari e ambulatoriali**;
- Differenziazione nei territori per le esigenze sanitarie e di struttura (presenza terzo settore o necessità di utilizzare altri immobili, ad es. beni pubblici inutilizzati) e per peculiari necessità (ad es. marginalità sociali, migranti, anziani);
- La possibilità di destinare, nel **percorso di programmazione congiunta, parte delle risorse e degli avanzi gestionali** di cui dispongono gli Enti del Terzo Settore a programmi definiti insieme al SSR;
- Le caratteristiche di **mutualità** degli Enti del Terzo Settore che potrebbero consentire l'istituzione di forme di **mutualità integrativa su base volontaria e territoriale**.

Sussiste un **interesse generale** da parte delle Amministrazioni procedenti all'adozione degli strumenti di "amministrazione condivisa" previsti dal Codice del Terzo Settore, potendo gli ETS garantire persistenza e diffusione dei servizi, disponibilità di strutture fisiche e immateriali, contributi alla realizzazione del progetto sotto varie forme che ne consentano una maggiore economicità e il perseguimento delle finalità di integrazione tra servizi che la Regione si prefigge. Gli ETS operanti sul territorio presentano **livelli organizzativi elevati**, incluse la disponibilità di strutture accreditate dal SSR, apparecchiature per l'erogazione di servizi, risorse umane e personale sanitario già impiegato per un elevato numero di ore a settimana in servizi socio-sanitari. Tali soggetti svolgono da lungo tempo funzioni essenziali al funzionamento del *welfare* toscano, in virtù di **rapporti convenzionali con le pubbliche amministrazioni toscane**. La diffusione e capillarità degli Enti del Terzo Settore, da un lato, li ha resi essenziali all'esercizio delle politiche sociali, educative e di formazione delle amministrazioni toscane. Dall'altro lato, ha implicato la riorganizzazione degli ETS che hanno adottato sistemi organizzativi e capacità di offerta coerenti con le domande pubbliche generate dai singoli territori e previste per legge. Motivi che inducono a ritenere come l'integrazione dei servizi sociali auspicata nel progetto regionale sia più facilmente realizzabile valorizzando le esperienze maturate nei contesti locali. L'**ampia base di soci** e la presenza di un **rapporto di fidelizzazione e mutualità** costituiscono elementi che facilitano nell'erogazione dei servizi sociali (a) appropriatezza nell'uso delle risorse; (b) sostenibilità delle strutture attraverso l'apporto del volontariato e il contenimento generale dei costi; (c) accettazione del sistema e dei servizi offerti; (d) maggiore sensibilità e adesione alle campagne di prevenzione primaria (stili di vita) e secondaria (*screening*). Il **numero** e la **diffusione territoriale** dei **servizi assistenziali** già svolti consentono agli Enti del Terzo di disporre del personale e della capillarità nel territorio per garantire, anzitutto, le forme di **assistenza domiciliare** centrali nel ripensamento della sanità territoriale. Inoltre, la presenza e diffusione delle strutture consentirebbe la diffusione di quegli sportelli (*spoke*) diffusi nel territorio

di accesso ai servizi sanitari attraverso lo sviluppo della **telemedicina**. Gli ETS dispongono di una rete territoriale che li rende capaci di offrire servizi di **prevenzione primaria e secondaria, cure domiciliari e gestione dei Codici Bianchi**. Si tratta di un complesso di strutture ambulatoriali che offrono diverse tipologie di servizi e che andrebbero integrati nel Servizio Sanitario Regionale nel percorso di definizione delle strutture interne ai distretti. Le organizzazioni garantiscono già in questo contesto **servizi di visita specialistica, diagnostica, triage, infermieristica e trasporto sanitario**, con capillarità a livello regionale e con costi (per l'utente e per il pubblico) notevolmente inferiori alle strutture di pronto soccorso ospedaliero. La collaborazione con tali enti nella definizione delle strutture sanitarie territoriali consentirebbe, quindi, di realizzare il progetto di gestione dei Codici Bianchi al di fuori del sistema ospedaliero e con prossimità rispetto alle esigenze del cittadino.

La ricostruzione generale e specifica del territorio toscano consente di sottolineare come la possibilità di coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore nell'ambito dell'individuazione, costituzione e definizione dei servizi offerti dal ripensamento dell'Assistenza primaria, permetterebbe un potenziamento delle stesse, attraverso la costruzione di percorsi territoriali di coinvolgimento delle realtà esistenti. Tale metodo consentirebbe, inoltre, di adeguare maggiormente esigenze dei territori e possibilità offerte dalle strutture materiali ed immateriali esistenti, affrontando tematiche rimaste a latere nelle riflessioni sul tema, quali la titolarità delle Cds, la gestione dei pazienti cronici e, più in generale, l'esigenza di una maggiore valorizzazione dei profili di integrazione tra i servizi sociosanitari.

## 10. Bibliografia

- Balduzzi R., 2020, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2;
- Balduzzi R., 2022, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Osservatorio sui sistemi sanitari*, n. 2;
- Bonciani M. – S. Barsanti – D. Matarrese, 2015, *Esperienze di integrazione nell'assistenza primaria basate sulla co-location dei servizi: quali prospettive per il modello della Casa della Salute?*, in *MecoSan*, n. 96;
- Gori L. – F. Monceri, 2020, *Collaborare, non competere. Co-programmazione, co-progettazione, convenzioni nel Codice del Terzo Settore*, CesvotEd, I quaderni, n. 85;
- Gori L. – F. Monceri, 2020, *Legge regionale toscana n. 65/2020. Commento*, in *eBook di Cesvot*;
- Jorio E., 2022, *Il Dm 71 e i dubbi di legittimità costituzionale sulla scelta del Governo di "procedere" in assenza di Intesa*, in *Il Sole 24 ore – Sanità*, 4 maggio 2022;
- Lupo N., 2022, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e alcune prospettive di ricerca per i costituzionalisti*, in *Federalismi*, n. 2;
- Palumbo F. – M.G. La Falce, 2022, *Tutte le criticità del "dm 71"*, in *quotidianosanità.it*, 7 marzo 2022;
- Palumbo F., 2022, *I nuovi standard per l'assistenza territoriale e i rischi della mancata intesa in Stato-regioni*, in *quotidianosanità.it*, 26 aprile 2022;
- Pellizzari S. – C. Borzaga (a cura di), 2020, *Terzo settore e pubblica amministrazione. La svolta della Corte Costituzionale*, Instant Book, Euricse;
- Razzano G., 2022, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2;
- Rossi E., 2018, *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2;
- Rossi E., 2021, *Le "Case della comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2.