



# **Case della Comunità: stato dell'arte e ruolo centrale del terzo settore**

a cura di Mario Iannella

Report ricerche – luglio 2024



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**

Introduzione	p. 5
Capitolo 1	
Funzioni, struttura e standard delle Case di Comunità	p. 5
Capitolo 2	
Ruolo e sviluppo delle Case di Comunità	p. 7
Capitolo 3	
Aggiornamenti sull'attuazione della Missione 6 "Salute"	p. 12
Capitolo 4	
Missione 6 "Salute": l'attivazione delle Centrali operative territoriali in Toscana	p. 18
Capitolo 5	
Le indicazioni di Regione Toscana e il ruolo centrale del terzo settore	p. 19

## Introduzione

Tra i contenuti del Pnrr, la **Missione 6 "Salute", Componente 1 (M6C1) "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"** prevede lo stanziamento di 7 miliardi di euro. Questi fondi saranno distribuiti su tre linee di investimento, da realizzare entro la metà del 2026. Tra queste:

- **l'investimento 1.1 (2 miliardi di euro)** per le “Case della Comunità e presa in carico della persona” che prevede l’attivazione di 1.288 Case della Comunità (CdC), che potranno utilizzare sia strutture già esistenti che di nuova realizzazione;
- **l'investimento 1.2 (4 miliardi di euro)** per “Case come primo luogo di cura e telemedicina” che mira alla presa in carico domiciliare del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. In tale investimento rientrano 0,28 miliardi per l’istituzione delle Centrali operative territoriali (Cot);
- **l'investimento 1.3 (1 miliardo di euro)** relativo al “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)” che mira all’attivazione di 381 Ospedali di Comunità (OdC).

Per l’attuazione di tali obiettivi, è stato necessario adottare un complesso di normative a livello nazionale e regionale. In primo luogo, il **d.m. 77 del 2022**, intitolato “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale,” è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 giugno 2022. Successivamente, sono state emanate una serie di **delibere regionali attuative**.

Entro il 2026, il Pnrr prevede un totale di 1.038 strutture in tutto il Paese, ma le Regioni mirano a raggiungerne 1.421 con fondi supplementari. Tuttavia, il monitoraggio più recente evidenzia una carenza di personale medico in molte di queste strutture: in oltre un terzo delle Case di Comunità non sono presenti pediatri o medici di famiglia, mentre in altre 56 strutture la presenza medica è limitata a meno di 30 ore a settimana. Ciò mette in evidenza la necessità urgente di impiegare personale sanitario per garantire servizi adeguati. Il Pnrr offre la prospettiva di un sistema sanitario più accessibile, ma occorre affrontare le sfide attuali, tra cui il ruolo dei medici di famiglia.

## Capitolo 1

### Funzioni, struttura e standard delle Case di Comunità

Il 23 maggio 2022 il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze ha approvato il **d.m. 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.

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 100.00 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 promuove l'integrazione e il coordinamento tra le attività del servizio sanitario nazionale e il sistema dei servizi sociali. L'approccio è trasversale e focalizzato sui bisogni dell'assistito, tenendo conto delle competenze e delle esigenze presenti all'interno della comunità, per meglio 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 professionisti integrati tra loro dialogano con la comunità e gli utenti, riprogettando i servizi in funzione dei bisogni della comunità attraverso un 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 ricompono il quadro dei bisogni locali, sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano in una **équipe 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 h12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h24.

Le CdC devono garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria 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'équipe 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 (ad esempio: Dipartimento di Salute mentale (Dsm), consultori, etc.);
- 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 del Punto unico di accesso fisico ai servizi di assistenza primaria è mantenuta sia nella configurazione hub che in quella spoke delle Case di Comunità (CdC): presso entrambe saranno reperibili i servizi costituiti da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

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)**<sup>1</sup>.

## Capitolo 2

### Ruolo e sviluppo delle Case della Comunità

La misura ha visto diversi interventi mirati a chiarire lo sviluppo della materia e il ruolo del terzo settore nella sua attuazione. In particolare, Agenas ha recentemente pubblicato delle linee di indirizzo per l'implementazione del modello organizzativo delle Case della Comunità (CdC). Un elemento fondamentale di queste linee guida è la stratificazione della popolazione in base al numero di condizioni croniche presenti, collegandola ai diversi setting assistenziali. Questo approccio consente di suddividere la popolazione in tre categorie, che, insieme alla valutazione della gravità clinica e delle relative prestazioni, aiutano a definire la complessità e l'intensità assistenziale dei percorsi di presa in carico:

- senza patologie croniche (sani o apparentemente sani), che coinvolge il 57% della popolazione e per cui sono disposte principalmente i servizi delle Case della Comunità come forma organizzativa complessa delle cure primarie;
- con una sola patologia cronica (cronicità semplice), che coinvolge il 39% della popolazione e dovrebbe gravare nell'organizzazione della sanità territoriale sia sulle Case della Comunità, sia sugli Ospedali di Comunità e sull'Assistenza domiciliare (Adi) di primo livello;
- con due o più cronicità (cronicità complessa ed avanzata), che comprende circa il 4% della popolazione, ai cui bisogni il Ssn fa fronte attraverso la predisposizione delle cure domiciliari di secondo e terzo livello, delle cure palliative e domiciliari e dell'hospice.

Come delineato nel d.m. 77/2022, la **Casa della Comunità hub** è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione, al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e socio-sanitaria a valenza sanitaria, nonché i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socio-assistenziali. Deve essere una **struttura facilmente riconoscibile, accessibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento**.

---

<sup>1</sup> Per gli standard di personale, si v. articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

La CdC hub, infatti, deve essere facilmente riconoscibile per i cittadini e funzionare anche come punto di incontro e di relazione che va oltre le strutture fisiche, creando così connessioni con i servizi presenti e contribuendo alla organizzativa della rete dell'assistenza territoriale tra i quali: le CdC spoke, le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft), gli ospedali per acuti, i poliambulatori e i consultori, gli OdC, le Cot, la Centrale operativa 116/117, l'Unità di continuità assistenziale (Uca), le farmacie dei servizi, i Punti unici di accesso (Pua), i servizi sociali dei Comuni, gli enti del terzo settore, scuole, palestre, circoli culturali e sportivi, parchi e spazi pubblici, ovunque si possa generare salute individuale e collettiva, con un approccio sistemico, capillare, collaborativo e partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo secondo un approccio "One Health"<sup>2</sup>.

Le CdC hub sono intese come parte integrante dell'identità della comunità, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti, in cui si possa sviluppare il coinvolgimento dei cittadini fino ad intraprendere percorsi di co-programmazione e co-progettazione. In questa accezione, la **CdC hub include sia i servizi erogati direttamente dal servizio sanitario sia quelli erogati da altri attori** come enti locali, farmacie dei servizi e di comunità, reti sociali e enti del terzo settore. La CdC hub, così intesa, diventa il luogo nel quale si organizza e ricomponde l'insieme dei servizi e delle attività offerte da tutti gli attori che si prendono cura della salute delle persone e della comunità nel suo territorio di riferimento.

È caratterizzata da un modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità e di proattività che si concretizza attraverso l'équipe dei professionisti del Ssn che vi operano, dalla rete dei servizi presenti sul territorio e dalla partecipazione strutturata della comunità.

La CdC hub promuove infatti un modello di **intervento integrato e multidisciplinare**, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e socio-sanitari. L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra medici del ruolo unico di assistenza primaria, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni (Sai) e dipendenti - anche nelle loro forme organizzative -, infermieri di famiglia o comunità (IFoC), assistenti sociali e altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio psicologi ambulatoriali interni e dipendenti, biologi ambulatoriali interni e dipendenti, ostetrica/o e professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione e tecnica. Queste figure, operando all'interno del modello organizzativo della CdC hub con modalità integrate, garantiscono l'assistenza territoriale adottando un approccio di sanità proattiva e contribuiscono alla presa in carico della comunità di riferimento. I servizi sono disponibili 12 ore al giorno (h12) e 24 ore su 24 (h24) nel territorio. Le comunicazioni tra tutti i professionisti dei servizi e le organizzazioni presenti sul territorio avvengono attraverso il supporto dei sistemi informatici e delle banche dati disponibili. Al fine di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, e per favorire la sicurezza delle cure e accedere alle informazioni in tempi rapidi, dovranno essere attivate modalità di cooperazione applicativa tra i software in uso nei diversi setting assistenziali e il fascicolo sanitario elettronico, nel rispetto degli standard di interoperabilità definiti dalle linee guida nazionali, per una comunicazione condivisa orientata al supporto nella gestione della documentazione socio-sanitaria degli assistiti, allo scambio di informazioni aggiornate e al confronto professionale facilitato

---

<sup>2</sup> <https://www.iss.it/one-health#:~:text=La%20visione%20olistica%20One%20Health,dell'ecosistema%20siano%20legate%20indissolubilmente>



(teleconsulenza e teleconsulto) all'interno dell'equipe territoriale e nel rispetto del diritto alla privacy del paziente.

Secondo gli standard del d.m. 77/2022, è prevista l'istituzione di una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti. Le CdC spoke, gli studi professionali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta sono distribuiti considerando le caratteristiche orografiche e demografiche del territorio. Questo approccio mira a garantire una copertura capillare dei servizi e a promuovere una maggiore equità nell'accesso, soprattutto nelle aree interne e rurali, nel rispetto del principio di prossimità. Le CdC hub diventano le sedi di riferimento in cui effettuare tutte le attività volte a garantire un accesso e una risposta coordinata ai bisogni della comunità e la necessaria continuità assistenziale all'interno dei diversi programmi e percorsi di prevenzione e cura.

Al fine di facilitare il **primo accesso dei cittadini nella CdC hub**, con particolare attenzione alle persone con oltre 75 anni, e per favorire l'avvio tempestivo della rilevazione e della valutazione dei bisogni sanitari e socio-sanitari, si prevede un primo contatto informativo, di conoscenza e di orientamento rispetto ai servizi presenti ai quali è possibile rivolgersi, svolto dall'IFoC o altro personale appositamente formato.

Tale rilevazione è condivisa con il medico del ruolo unico di assistenza primaria di riferimento, responsabile clinico del paziente per la sua presa in carico integrata e l'elaborazione del Progetto di assistenza individuale (Pai).

Le CdC hub sono fondamentali per coordinare i servizi a livello territoriale con un'attenzione particolare ai pazienti cronici in carico ai medici. Considerando un bacino di utenza massimo delle CdC hub di 50.000 abitanti, il target di popolazione a cui si rivolge la CdC hub è pari a circa 19.500 persone affette da patologie croniche semplici e a 28.500 persone sane o apparentemente sane.

Nella CdC hub è garantita la:

- presenza medica h24, 7 giorni su 7, anche attraverso il servizio di continuità assistenziale;
- presenza infermieristica h24, 7 giorni su 7.

L'orario di attività articolato nell'arco delle 24 ore giornaliere permette alla CdC hub di svolgere funzioni di primo livello disponendo di competenze cliniche e strumentali adeguate a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio.

Le attività garantite dalla CdC hub riguardano: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (Pua); assistenza primaria erogata attraverso équipe multi-professionale e continuità assistenziale; assistenza infermieristica; assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello; assistenza domiciliare; assistenza sanitaria e socio-sanitaria; punto prelievi; diagnostica di base; prenotazioni con collegamento al Centro unico di prenotazione (Cup) aziendale; partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione.

Le **attività principali** previste nel contesto delle **Case della Comunità hub** sono:

- **Assistenza primaria e continuità assistenziale.** L'assistenza primaria è erogata da un'equipe multi-professionale e multidisciplinare composta principalmente dal medico del ruolo unico di assistenza primaria/ pediatri di libera scelta, dallo specialista ambulatoriale interno e dipendente, dall'IFoC, dall'assistente sociale del Ssn e degli enti locali, e dal personale di supporto (socio-sanitario e amministrativo). A seconda dei bisogni specifici dei pazienti, possono essere inclusi anche altre figure professionali come psicologi, biologi ambulatoriali, e personale riabilitativo.

Questa organizzazione tiene conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento della CdC hub, focalizzandosi sulla gestione della cronicità attraverso modelli proattivi e di iniziativa. L'obiettivo è implementare interventi precoci e preventivi volti a preservare le capacità e l'autonomia funzionale delle persone. I professionisti possono operare direttamente nella CdC hub o essere collegati funzionalmente, anche tramite telemedicina. Le CdC hub includono anche personale amministrativo, tecnico sanitario, della riabilitazione, farmacisti e altre figure necessarie per garantire il funzionamento ottimale della struttura.

- **Punto unico di accesso (Pua).** Il Punto unico di accesso svolge funzioni di accoglienza qualificata al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo, garantendo una risposta e un accesso unitario ai servizi. Rappresenta il luogo fisico in cui il cittadino riceve accoglienza, informazione, orientamento e una prima valutazione dei bisogni socio-sanitari, come quelli legati a fragilità o non autosufficienza. Questo è possibile grazie all'integrazione delle valutazioni e alla sinergia tra professionisti con competenze specifiche, come il medico del ruolo unico di assistenza primaria, l'IFoC, l'assistente sociale e i professionisti della riabilitazione. Il Pua è aperto almeno dalle 8:00 alle 18:00, 6 giorni su 7.
- **Assistenza infermieristica.** L'infermiere di famiglia o comunità (IFoC) è la figura professionale che fornisce assistenza infermieristica a vari livelli di complessità, collaborando con tutti i professionisti presenti nella comunità. Il suo obiettivo è integrare i servizi e i professionisti della salute e del sociale, mettendo al centro la persona. L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità, sia formali che informali. Non si limita a erogare interventi e prestazioni assistenziali, ma assicura, insieme ad altri professionisti della salute, una risposta assistenziale ai nuovi bisogni sanitari manifesti o potenziali presenti nella comunità.
- **Assistenza specialistica ambulatoriale.** Nella CdC hub sono presenti servizi ambulatoriali specialistici per patologie ad elevata prevalenza, tra cui: cardiologia, pneumologia/fisiopatologia respiratoria, neurologia, diabetologia, oncologia, geriatria, internistica, etc. Questa offerta tiene conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento della CdC hub.
- **Assistenza domiciliare.** Il servizio di cure domiciliari comprende interventi medici, riabilitativi, infermieristici e di supporto necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti o fragili, gestendo patologie attuali o loro esiti, anche tramite telemedicina. Le cure domiciliari sanitarie si integrano con l'assistenza sociale domiciliare degli Ambiti territoriali sociali (Ats), con protocolli di intervento unificati e risposte articolate su diversi livelli di intensità, complessità e tempestività. La valutazione multidimensionale è condotta dall'Unità di valutazione multidimensionale (Uvm), in collaborazione con il medico del ruolo unico di assistenza primaria/pediatria di libera scelta, assicurando la rivalutazione periodica e definendo criteri di chiusura della presa in carico. Il personale coinvolto include medici, infermieri, professionisti della riabilitazione, operatori socio-sanitari e altri specialisti, adeguati alle esigenze individuate nel Progetto di assistenza individuale (Pai) o nel Piano di riabilitazione individuale (Pri). Il medico del ruolo unico di assistenza primaria/pediatria di libera scelta è il principale responsabile clinico del paziente. L'integrazione tra i servizi di assistenza domiciliare e gli altri servizi assistenziali del distretto avviene attraverso il coordinamento e il collegamento del sistema delle Cot aziendali. Le cure domiciliari garantiscono una continuità assistenziale 24 ore su 24, 7 giorni su 7, conformemente alla normativa nazionale e regionale vigente, che include anche l'uso dei servizi di telemedicina.

- **Punto prelievi.** Il punto prelievi costituisce un servizio di supporto diagnostico-assistenziale nella gestione dei pazienti con problematiche cliniche non urgenti. Attraverso questo servizio, a seconda delle necessità, i campioni prelevati potranno essere analizzati dal laboratorio analisi collegato alla CdC hub oppure mediante analisi estemporanee effettuate attraverso il “Point of care testing” (Poct), qualitativamente controllato, con il coinvolgimento del personale necessario.
- **Servizi diagnostici.** I servizi diagnostici nella CdC hub sono finalizzati prioritariamente al monitoraggio della cronicità con la relativa strumentazione (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, tomografia ottica computerizzata - oct, spirometro, diagnostica per immagini, etc.) anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (telerefertazione, etc.). Alle prestazioni diagnostiche della CdC hub accedono prioritariamente i pazienti cronici ed i cittadini della comunità di riferimento. Le CdC hub dovranno dotarsi di strumentazioni medicali e dispositivi medici, tenendo conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento.
- **Prenotazioni con collegamento al Cup aziendale.** In ogni CdC hub è necessario implementare un sistema integrato di prenotazione collegato al Cup aziendale di competenza per tutte le prestazioni offerte dal Servizio sanitario nazionale. Questo servizio amministrativo è fondamentale per assicurare un accesso uniforme e integrato all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria fornita dalla CdC hub. Il sistema gestisce informazioni, prenotazioni e accettazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, diagnostica e, se applicabile, il ritiro dei referti. È essenziale stabilire percorsi programmati dedicati ai pazienti cronici della comunità servita dalla CdC hub, al fine di garantire una pianificazione annuale delle visite di controllo, anche attraverso l'uso della telemedicina quando possibile.
- **Integrazione con i servizi sociali.** L'integrazione con i servizi sociali deve avvenire in tutte le fasi dell'assistenza: dalla valutazione iniziale, attraverso l'erogazione dei servizi, fino alla valutazione continua che assicura il *continuum* assistenziale socio-sanitario. È essenziale che la CdC hub sia dotata degli strumenti necessari per facilitare l'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, come previsto nei Piani di zona e negli accordi di programma che coinvolgono il Distretto dell'azienda sanitaria locale e l'Ats. Questi strumenti sono cruciali per identificare e rispondere ai bisogni di salute del territorio, implementando sistemi informativi interoperabili. L'integrazione tra sistema sanitario e socio-assistenziale, con obiettivi specifici di programmazione e processi multilivello, è promossa dalla presenza dell'assistente sociale della CdC hub. Questo professionista socio-sanitario è fondamentale per facilitare il coordinamento con i servizi sociali dei comuni e con gli enti del terzo settore attivi nell'ambito socioassistenziale.
- **Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione.** La partecipazione della comunità e la co-produzione possono essere promosse attraverso nuove dinamiche di comunicazione e coinvolgimento della popolazione nei processi di promozione della salute, prevenzione e cura. Nella CdC hub, la comunità di riferimento può trovare risposte ai bisogni di salute e spazio per iniziative partecipative. Si tratta di iniziative progettuali orientate anche alla prevenzione, concepite per contribuire al mantenimento della salute della popolazione. Queste iniziative sono sviluppate da professionisti che interagiscono con la comunità e le diverse forme di rappresentanza dei cittadini, inclusi esperti per esperienza e associazioni locali. Nella CdC hub sono presenti professionisti specializzati nel lavoro di comunità e di rete, e vengono organizzati tavoli di confronto permanenti o temporanei tra enti pubblici e enti del terzo settore. Questi incontri mirano a generare sinergie e proposte innovative per progettare nuovi servizi o ristrutturare quelli esistenti, in risposta ai bisogni emergenti nel territorio. Inoltre, è benefico creare all'interno della

CdC hub un dialogo diretto tra le persone e le associazioni di pazienti per specifiche patologie, oltre che con altre organizzazioni impegnate nel sostegno alle persone fragili e nella tutela dei diritti dei malati.

Per garantire l'adeguata erogazione delle attività previste secondo gli standard del d.m. 77/2022, ogni CdC hub deve rispettare una presenza minima di personale così strutturata:

- **personale medico del ruolo unico di assistenza primaria h24:** assicura la disponibilità continua di medici per rispondere alle esigenze sanitarie del territorio;
- **7-11 infermieri di famiglia o comunità:** infermieri che coprono diversi livelli di complessità e collaborano con tutti i professionisti presenti nella comunità per garantire integrazione e coordinamento;
- **1 assistente sociale del Ssn:** fornisce supporto nell'accesso ai servizi sociali e sanitari, garantendo una presa in carico completa dei pazienti;
- **5-8 unità di personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo):** supportano le attività quotidiane della CdC hub, assicurando un funzionamento efficiente;
- **specialisti ambulatoriali interni e dipendenti:** la loro presenza è determinata dalle necessità specifiche di salute del territorio servito dalla CdC hub.

Inoltre, ogni CdC hub può ospitare forme associative e/o studi medici della medicina generale. È essenziale che l'assistenza sanitaria h24 sia garantita da personale medico e infermieristico qualificato, in grado di gestire situazioni di minore criticità e bassa complessità e di fornire una prima risposta sanitaria sul territorio.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operano sia all'interno della CdC hub che nei rispettivi studi professionali, assicurando una copertura capillare del servizio, soprattutto nelle aree interne e rurali. L'integrazione tra le CdC hub e le CdC spoke avviene secondo la programmazione regionale e aziendale, garantendo la continuità e la qualità dei servizi erogati.

Tutte le CdC spoke devono essere funzionalmente collegate alla CdC hub di riferimento, assicurando una presenza medica e infermieristica almeno h12, 6 giorni su 7, in conformità ai requisiti e agli standard minimi stabiliti dal d.m. 77/2022.

### Capitolo 3

#### Aggiornamenti sull'attuazione della Missione 6 "Salute"

L'obiettivo dell'introduzione delle nuove strutture (Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali) è la creazione di un sistema di riferimenti armonico nel territorio nazionale per l'erogazione (e il potenziamento) dei servizi assistenziali territoriali. La rete assistenziale unica che si intende creare con il sistema ospedaliero dovrebbe garantire l'insieme dei Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria in tutte le fasi, dalla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione. Queste strutture, infatti, rappresentano dei punti di riferimento per le cure primarie con caratteri di estensività assistenziale e integrano il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale, orientamento alla produttività delle prestazioni, efficienza ed eccellenza.

Alla luce dell'impatto che le nuove strutture avranno sulla sanità territoriale, e dell'esigenza di garantire elementi di uniformità in un contesto contraddistinto dalla forte autonomia organizzativa

dei singoli sistemi sanitari regionali, Agenas<sup>3</sup> ha provato a formulare alcune indicazioni progettuali, aventi lo scopo di formulare una sorta di “metaprogetto”.

Questo, mette a sistema i modelli organizzativi rilevanti, gli standard esistenti e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell’ambito della **Missione 6, Componente 1** “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” del Pnrr, che **definisce schemi funzionali, rapporti di prossimità e indicazioni progettuali relativi alle Case di Comunità, agli Ospedali di comunità e alle Centrali operative territoriali**, considerate in un’ottica più ampia e integrata per il potenziamento dell’assistenza territoriale.

Anzitutto, lo studio si sofferma sui requisiti di accreditamento delle **Case di Comunità**, rilevando come:

- nella normativa nazionale, Pnrr e d.m. 77, essendo strutture di recente introduzione, non sono ancora stati definiti dei requisiti di accreditamento a livello nazionale, ma è stata condotta un’indagine sui requisiti legati ai singoli ambienti sanitari previsti nelle Case di Comunità;
- nella normativa regionale, al momento della stesura, non erano individuate normative regionali contenenti requisiti di accreditamento per le Case di Comunità o similari; ed è per questo motivo che, ai fini dell’analisi, sono stati considerati i requisiti di accreditamento regionali previsti per le Case della Salute e/o similari. In particolare, sono state approfondite per i requisiti di accreditamento le regioni: Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Molise, Sicilia e Toscana.

Per quanto riguarda, invece, gli **Ospedali di Comunità**:

- nella normativa nazionale, le informazioni su queste strutture sono presenti nel Pnrr, nel d.m. 77 e nell’Allegato A dell’Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, il quale ha provveduto a definire i requisiti di accreditamento a livello nazionale per gli Ospedali di Comunità;
- a livello regionale, essendo tali strutture già introdotte sul territorio nazionale, alcune regioni hanno provveduto ad emanare le proprie normative contenenti i requisiti di accreditamento. Le regioni delle quali è stato possibile reperire la normativa contenente i requisiti sono: Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Toscana e Veneto.

Infine, in riferimento alle **Centrali operative territoriali**:

- nella normativa nazionale, le informazioni su queste strutture sono contenute nel Pnrr e nel d.m. 77, ma essendo strutture introdotte solo recentemente, non sono ancora stati definiti dei requisiti di accreditamento a livello nazionale;
- tra le regioni, al momento della disamina, non sono state individuate normative regionali contenenti requisiti di accreditamento per le Centrali operative territoriali.

Sulla base del quadro normativo ricostruito e degli obiettivi perseguiti dal Pnrr, Agenas ha fornito alcune indicazioni sia in termini progettuali, sia in ottica organizzativa delle strutture sanitarie introdotte a seguito del percorso di riforma dei servizi territoriali avviato dalla Missione 6.

Gli obiettivi generali applicabili agli edifici dedicati alla rete sanitaria territoriale delle Case di Comunità vengono articolati nelle seguenti tre macro-aree:

---

<sup>3</sup> Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, <https://www.agenas.gov.it/>

- **Obiettivi sociali e urbani**, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:
  - *urban health*
  - rigenerazione urbana
  - connessione e prossimità dei servizi
  - accessibilità, *design for all* e inclusione sociale
  - identità urbana e visibilità.
- **Obiettivi ambientali e climatici**, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:
  - efficientamento energetico (edifici e impianti)
  - comfort, benessere e salubrità degli ambienti
  - limitazione degli impatti antropici (aria, acqua, rifiuti, rumore, risorse, biodiversità)
  - resilienza ai cambiamenti climatici
  - *greening* urbano e servizi eco-sistemici.
- **Obiettivi architettonico-funzionali** per edifici dedicati alla rete sanitaria territoriale, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:
  - appropriatezza funzionale e architettonica degli spazi (efficacia, umanizzazione, ergonomia, igiene, salubrità, etc.)
  - sicurezza (*safety and security*)
  - flessibilità degli spazi (gestionale, tecnologica e impiantistica)
  - digitalizzazione del progetto e della gestione degli edifici
  - funzioni per l'innovazione digitale.

In riferimento alle **Case di Comunità**, le stesse sono organizzate in **macro-aree funzionali**, all'interno delle quali le unità spaziali sono raggruppate per funzioni omogenee.

In generale la Case di Comunità può essere strutturata in modo diverso a seconda dei servizi erogati (obbligatori e facoltativi) e dei relativi spazi, del contesto e del bacino d'utenza in cui essa è inserita. Di conseguenza la complessità della struttura varia in funzione della presenza e della tipologia dei servizi erogati a partire anche dal loro dimensionamento.

L'indicatore caratteristico della tipologia è il **grado di complessità**, dove per "grado di complessità" si intende il numero e il tipo di servizi forniti. Nella definizione delle Case di Comunità (CdC) vi sono due livelli di complessità (hub e spoke) così suddivisi:

- la CdC hub, oltre a garantire l'erogazione dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base;
- la CdC spoke è prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria.

In particolar modo il modello organizzativo delle CdC hub, al fine di assicurare i servizi previsti, prevede che ci siano 7-11 infermieri di famiglia o comunità (IFoC) così organizzati, come indicato dal d.m. 77:

- 1 coordinatore infermieristico;
- 2-3 infermieri di famiglia o comunità per le attività ambulatoriali;
- 1-2 infermieri di famiglia o comunità per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- 4-6 infermieri di famiglia o comunità per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Si pone, quindi, il tema della **localizzazione delle Case di Comunità** e del loro inserimento nel contesto urbano. Gli elementi programmatici di rilievo per la definizione delle CdC riguardano principalmente la gestione delle relazioni, l'interconnessione funzionale tra strutture ospedaliere e territoriali, tra attività sanitarie e assistenziali per garantire continuità e presa in carico e, infine, la definizione della localizzazione sul territorio e della tipologia in base alla complessità.

Come noto, il d.m. 77 ha individuato due tipologie di Casa di Comunità, distinguendole per dimensioni e diffusione sul territorio: hub e spoke. Il d.m. 77 prevede una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti, mentre non è previsto un numero predeterminato di Case della Comunità spoke che, in quanto concepite con funzioni di supporto agli hub, possono avere una diversa capillarità in relazione alle diverse istanze locali e geografiche.

I servizi devono essere organizzati in relazione alle esigenze sanitarie e proporzionati secondo il bacino di utenza di riferimento. Le funzioni specialistiche che si affiancano ai servizi di assistenza primaria possono variare sia in relazione al loro livello di preesistenza nell'area di pertinenza della CdC sia in relazione a scelte strategiche definite a priori e relative ai servizi e alle prestazioni da erogare.

In generale, nella programmazione di queste strutture, all'interno di una rete di strutture sanitarie già esistenti, rivestono fondamentale importanza sia la **localizzazione per la tipologia di contesto di riferimento** e per il riuso di edifici esistenti e/o la realizzazione di una nuova costruzione, sia il **dimensionamento** rispetto al territorio di riferimento, alla presenza e al livello dei servizi previsti.

Tra i fattori particolarmente influenti, infatti, vi è **localizzazione** delle singole Case di Comunità (CdC) oppure strutture integrate con l'Ospedale di Comunità (OdC) e/o Centrali operative territoriali (Cot) valutando la possibilità di insediare tali strutture:

- all'interno di **poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi** (edifici e/o porzioni della struttura);
- in **presidi autonomi** all'interno di edifici esistenti oppure con la realizzazione di una nuova costruzione.

La scelta andrebbe valutata in relazione alla disposizione di edifici esistenti e/o di terreni ove poter inserire tali architetture. Per definire la più adeguata localizzazione di una CdC oppure di una struttura integrata con l'OdC e/o Cot, sotto il profilo metodologico, occorre effettuare alcune **analisi preliminari** secondo due scale di lettura che vanno considerate strettamente interrelate per informare le conseguenti scelte operative.

Su **scala territoriale**, si suggerisce di analizzare:

- la rete ospedaliera esistente e programmata;
- la rete dei servizi sanitari complementari esistenti e programmati;
- il bacino d'utenza attuale e potenziale;
- il sistema infrastrutturale esistente e programmato;
- il sistema ambientale in tutta la sua complessità.

Su **scala locale** occorre considerare:

- la disponibilità, la conformazione fisica dei luoghi, le caratteristiche e le dimensioni dell'area;
- la posizione ottimale rispetto ai flussi e al bacino d'utenza;
- il grado di accessibilità attraverso le principali infrastrutture viarie e di trasporto pubblico;

- le caratteristiche e la localizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti;
- le caratteristiche del manufatto architettonico, se esistente.

In generale la buona pratica prevede che, ove disponibili strutture in disuso nel territorio comunale, l'inserimento di una **CdC** (oppure una struttura integrata con OdC e/o Cot) **in un edificio esistente** può risultare la soluzione più ottimale per **garantire un'occasione di rigenerazione urbana, ridurre l'impatto sull'ambiente lavorando su strutture esistenti e permettere di valorizzare il patrimonio costruito esistente.**

È ben risaputo infatti che il patrimonio costruito dismesso è uno dei beni più preziosi del nostro Paese e una difficile problematica delle città. È evidente che un tale patrimonio può rappresentare una notevole risorsa. In questo macro-ambito, la quota parte delle strutture ospedaliere dismesse è incisiva. La riqualificazione degli edifici ospedalieri abbandonati rappresenta un caso estremamente complesso nell'ambito del recupero del patrimonio edilizio dismesso per le peculiarità architettoniche che contraddistinguono questi ambiti edilizi, spesso molto vasti. Le tre tipologie architettoniche che caratterizzano storicamente questi edifici (a padiglione, monoblocco o poliblocco, utilizzate a seconda della tipologia e delle modalità di terapia da applicare) sono massive, governate spazialmente da dinamiche molto rigide. La loro conformazione fisica e la loro localizzazione sono alcuni dei punti critici dei processi di riconversione e il loro adattamento contemporaneo risulta maggiormente compatibile con funzioni di *low care*, servizi sociali, *hospitality* e/o uffici, soluzioni infatti molto comuni nei processi di recupero. In relazione proprio alla programmazione delle CdC, il riuso adattivo di strutture esistenti potrebbe essere strategico.

Ciò non esclude anche di prendere in considerazione strutture in disuso che in precedenza hanno ospitato funzioni diverse da quelle sanitarie, dal momento che i servizi della Casa della Comunità risultano di bassa complessità (*low medium care*). Pertanto, in relazione all'**analisi sulle potenzialità di riuso di edifici esistenti**, è necessario sottolineare che gli interventi di riuso spesso si scontrano con vincoli e condizioni che rendono difficile garantire prestazioni che rispettino i requisiti strutturali, tecnologici, ambientali e organizzativi appropriati.

Allo scopo è opportuno esaminare i diversi vincoli:

- storici e artistici;
- economici, connessi alla tipologia strutturale e costruttiva dell'edificio, e alle doverose opere da integrare, soprattutto dal punto di vista impiantistico;
- urbanistici e localizzativi;
- accessibilità;
- dimensionali dell'area e/o dell'edificio di riferimento.

Al fine di adottare una scelta adeguata e coerente in merito a queste specificità, occorre effettuare un'**analisi preliminare della efficacia e convenienza di riutilizzo del patrimonio esistente** basata su parametri quali:

- rispetto del programma edilizio e livello della risposta tecnologica in base alle richieste di prestazioni;
- analisi del comportamento funzionale della struttura;
- confronto con le richieste del programma edilizio e individuazione delle criticità;
- introduzione di azioni correttive e migliorative necessarie;



- verifica congruenza funzionale della struttura.

Si tratta di scelte che devono essere attuate senza prescindere dal garantire **un'adeguata accessibilità dell'area**, sulla base di una conoscenza approfondita delle realtà territoriali, ottenibile attraverso un'analisi della loro vocazione. Pertanto, alla rilevazione dei bisogni di salute del bacino d'utenza e all'analisi delle caratteristiche di accessibilità si unisce la verifica delle caratteristiche naturali e antropiche del territorio fisico di riferimento, soprattutto in quei contesti in cui la CdC risponde alle esigenze di più contesti urbani, e pertanto deve essere localizzata in aree che possa garantire un'adeguata raggiungibilità e fruibilità della struttura.

Le considerazioni di Agenas relativamente alla localizzazione delle strutture tengono conto anche di alcune ulteriori considerazioni in relazione alla disponibilità di strutture esistenti e/o aree libere adeguate alle necessità della funzione da ospitare:

- se la CdC ha un bacino che corrisponde ad un intero Comune o una parte di esso, è preferibile una localizzazione all'interno del contesto urbano, a condizione che l'area sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico;
- se la CdC serve invece più Comuni, è necessario valutare di localizzare la struttura:
  - o in un'area baricentrica rispetto ai centri urbani (se il numero di cittadini è simile tra un Comune e l'altro, per garantire equità tra tutti, oltre che l'area sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico);
  - o all'interno del centro urbano di uno dei Comuni di riferimento (magari quello con un bacino di utenti maggiore, a condizione che sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico).

Dal d.m. 77 Agenas ha ricavato alcune **macro-aree omogenee** per tipologia di funzione da erogare (servizi sanitari, cure primarie, servizi logistici, etc.). A ciascuna macro-area, a sua volta, corrispondono diverse **aree funzionali sanitarie e non sanitarie**. Infine, ogni area funzionale è caratterizzata da diverse **unità ambientali**.

In particolare:

- **macro-area "Specialistica"** che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali: servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base; area prelievi; servizi ambulatoriali e quelli specialistici;
- **macro-area "Cure primarie"** che accoglie tutti gli spazi per la medicina di gruppo, tra cui i medici di medicina generale (mmg); Pediatria di libera scelta (PLS); e gli infermieri di famiglia o comunità (IFoC);
- **macro-area "Assistenza di prossimità"** che ospita: assistenza medica h24/12; servizi infermieristici, il Punto unico di accesso (Pua) sanitario e amministrativo; nonché uno sportello e uffici sede dei servizi socio-sanitari quali la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, etc.;
- **macro-area "Servizi generali e logistici"** che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali: accoglienza utenti e personale sanitario; aree logistiche; e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in:

- servizi di accoglienza per gli utenti (area Cup, area amministrativa, etc.);
- servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, etc.);
- servizi logistici (archivi, magazzini, depositi, etc.);
- locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali Uta, etc.).

A sua volta, l'articolazione delle aree funzionali è segnata dalle necessità di garantire quelle obbligatorie in termini organizzativi secondo il d.m. 77 e quelle facoltative nello stesso previste.

Infine, sia le Case di Comunità hub, sia quelle spoke potrebbero essere insediate all'interno di una struttura che ospita anche un Ospedale di Comunità e una Centrale operativa territoriale. In tal caso diversi spazi associati alla macro-area "Servizi generali e logistici" potrebbero essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

Agenas suggerisce, pertanto, uno schema di insieme delle tre tipologie integrate nel medesimo complesso, contraddistinta da:

- prossimità tra l'OdC e la macro-area specialistica della CdC (ambulatori specialistici, diagnostica di base, ecc.), in caso di evenienza;
- prossimità tra la Cot e la macro-area assistenza di prossimità della CdC ove sono localizzati i servizi infermieristici e il Pua, che potrebbero avere, sebbene in maniera marginale, possibili relazioni tra di loro.

## **Capitolo 4 Missione 6 "Salute": l'attivazione delle Centrali operative territoriali in Toscana**

In riferimento all'attuazione del Pnrr nella **Regione Toscana** si segnala l'**attivazione delle Centrali operative territoriali (Cot)**. La Toscana ha completato la Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) entro il termine previsto del 30 giugno 2024, raggiungendo l'obiettivo di attivare 35 Centrali operative territoriali. Inoltre, è previsto che altre due Cot entreranno in funzione entro il 30 settembre, portando il totale a **37 Centrali operative territoriali**, almeno una per ogni zona distrettuale. Le Cot costituiscono un elemento fondamentale nel nuovo assetto della sanità territoriale toscana, agendo come centri di coordinamento per smistare percorsi e risorse in base alle necessità dei cittadini. Il raggiungimento di questo obiettivo è stato ufficialmente confermato durante l'ultima seduta della Giunta regionale, durante la quale è stata approvata tutta la documentazione trasmessa dalle Aziende sanitarie locali (Asl), contenente i dettagli relativi alle Centrali operative territoriali attivate.

Le Centrali operative territoriali hanno il compito di coordinare la presa in carico delle persone tra i vari servizi e professionisti sanitari coinvolti.

Le loro funzioni principali includono:

- **Integrazione e supporto:** le Cot integrano e supportano i processi di transizione dei pazienti tra diversi ambiti di cura, garantendo che i professionisti dell'assistenza territoriale ricevano tutte le informazioni necessarie per una corretta presa in carico.

- **Coordinamento e monitoraggio:** monitorano la disponibilità di servizi e strutture per facilitare l'ammissione e la dimissione dei pazienti, sia verso strutture intermedie che a domicilio.
- **Collaborazione con il medico di famiglia:** si coordinano strettamente con il medico di famiglia per definire il percorso del paziente e monitorarlo durante i passaggi da un livello clinico ad un altro.
- **Attivazione dei servizi:** in caso di necessità di interventi sanitari immediati, attivano direttamente i servizi o le reti più appropriate per fornire una risposta adeguata.

La squadra di professionisti che lavora all'interno di ogni Centrale operativa territoriale è multidisciplinare e include:

- **infermieri:** assicurano la continuità delle cure e la gestione quotidiana delle necessità assistenziali dei pazienti;
- **coordinatore infermieristico:** supervisiona e coordina le attività infermieristiche all'interno della Cot;
- **personale di supporto:** supporta le attività amministrative e logistiche necessarie al funzionamento della Cot;
- **medico di comunità:** contribuisce con le proprie competenze cliniche e diagnostico-terapeutiche per garantire una gestione completa del paziente;
- **assistente sociale:** si occupa degli aspetti sociali e assistenziali dei pazienti, coordinando l'accesso a servizi sociali e supportando la famiglia del paziente;
- **fisioterapista:** se necessario, fornisce supporto riabilitativo e terapeutico per il recupero funzionale dei pazienti.

Su casi specifici, la Cot può richiedere il supporto di altre figure professionali in base alle esigenze assistenziali dei pazienti.

## Capitolo 5

### Le indicazioni di Regione Toscana e il ruolo centrale del terzo settore

Come sottolineato precedentemente, l'articolazione sul territorio nazionale del modello di sanità territoriale delineato dal d.m. 77 del 2022 ha riscontrato alcune difficoltà che hanno riguardato, anzitutto, l'articolazione delle Case di Comunità. La Regione Toscana ha dato attuazione, a livello programmatico, al modello nazionale con il dgr n. 1508/2022 ed ha, al contempo, avviato un percorso di riflessione sia all'interno del Consiglio regionale (Stati generali della salute) sia attraverso strumenti di partecipazione civica. L'obiettivo di tali azioni sembra collocarsi pienamente in uno degli aspetti maggiormente innovativi della disciplina delle Case della Comunità, costituito dall'intento di collocarle come riferimento principale nell'articolazione dei servizi delle relative comunità, quindi anche come luogo di elezione per la partecipazione, sia individuale sia nelle forme associative e del terzo settore. La delibera regionale sottolinea come le Case di Comunità debbano «rappresentare il luogo della partecipazione dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti». Attraverso il progetto regionale Cantieri della salute<sup>3</sup>, la Toscana ha, quindi, inteso predisporre alcune idee e raccomandazioni su come costruire e vivere le Case di Comunità attraverso la collaborazione tra i

<sup>3</sup> <https://cantieridellasalute.it/>

servizi erogati in queste strutture dalle amministrazioni ed il coinvolgimento di cittadini e terzo settore.

Provando a ripercorrere tali raccomandazioni, emerge, anzitutto l'esigenza di rendere le Case della Comunità degli **spazi inclusivi e intergenerazionali**. Per realizzare tale obiettivo, si raccomanda, anzitutto, una conoscenza del contesto di riferimento da svilupparsi attraverso l'ascolto di associazioni e altri enti del terzo settore, a partire da quelle che svolgono attività che potrebbero trovare spazio proprio all'interno delle Case di Comunità come, ad esempio, sportelli di ascolto aperti al pubblico, giornate della prevenzione in cui vengono realizzati gratuitamente *screening* ed esami diagnostici, attività di sensibilizzazione ed educazione, servizi di assistenza o accompagnamento psicologico durante il percorso di cura. L'articolazione dei servizi pubblici all'interno delle strutture Cdc dovrebbe, quindi, essere preceduta da occasioni di intorno con il duplice intento di rilevare i bisogni e le opportunità di erogazione dei servizi già presenti sul territorio.

Una seconda raccomandazione riguarda lo sviluppo di forme di dialogo diretto con gli operatori pubblici e del terzo settore che opereranno nelle strutture anche in funzione dell'articolazione fisica delle stesse. La progettazione degli spazi, accessibilità, comfort e usabilità degli stessi dovrebbe essere determinata attraverso il coinvolgimento delle associazioni. La stessa impostazione è consigliata per quanto riguarda il successivo allestimento e l'organizzazione degli spazi all'interno della struttura. Anzitutto, considerando la pluralità dei servizi, il confronto con associazioni, cittadinanze e Terzo Settore è necessario per identificare da subito le finalità e le collocazioni degli spazi dedicato ad uso esclusivo di tipo sanitario (ambulatori e laboratori per la diagnostica) e quelli che saranno messi a disposizione degli ets e dei cittadini. In secondo luogo, rispetto agli spazi condivisi, è importante adottare dei regolamenti interni e delle regole di condotta che vadano dalle questioni più generali relative all'articolazione dell'arredo, fino a quelle più specifiche costituite da manutenzioni e spazi di personalizzazione. Sempre attraverso il confronto con associazioni e cittadinanza andrebbero definite anche le modalità di cura e custodia degli spazi ad essi assegnati.

Il documento sottolinea anche come per fare in modo che le CdC siano effettivamente luoghi aperti e partecipati, non sia sufficiente preparare spazi accoglienti, ma anche adottare azioni e strategie per invitare le persone ad entrare, specialmente con riferimento a quelle categorie che difficilmente si sentono chiamate direttamente in causa, quali ad esempio le persone giovani o le persone con background migratorio, ma anche coloro che vivono in luoghi decentrati. Le attività suggerite per conseguire tale obiettivo sono: (a) attivare relazioni e collaborazioni con le scuole secondarie e i Centri per l'istruzione degli adulti (Cpia) in modo da rendere le Case di Comunità parte della comunità educante, favorire una lettura dei bisogni più articolata e co-programmare interventi preventivi adatti a diversi target, incluso quello giovanile; (b) mappare i possibili 'alleati' sul territorio, individuando gli altri centri di aggregazione con cui stabilire collaborazioni e sinergie a seconda dei target che si vogliono coinvolgere (biblioteche, centri giovani, società sportive); (c) promuovere iniziative di presentazione dei servizi presso i luoghi di aggregazione delle comunità straniere, ad esempio i luoghi di culto; (d) incoraggiare l'uso degli spazi per iniziative di *peer education*.

In particolare, per garantire che persone e gruppi sociali, anche molto diversi tra loro, possano avere una simile facilità ad accedere alle informazioni e ad interagire con i servizi, dovrebbero essere adottate alcune specifiche azioni. Da un lato, mappare i luoghi di aggregazione e le proposte che fanno al territorio, per capire cosa succede nella comunità al di fuori dei servizi erogati dalle istituzioni. Dall'altro, invitare tutte le realtà aggregative del territorio e i servizi socio-sanitari a un incontro di presentazione dei rispettivi servizi. Inoltre, per consentire a tutte le persone che siano accolte nel modo corretto, si consiglia di promuovere all'interno della Casa di Comunità la crescita di competenze orientate alla facilitazione, e l'individuazione di una figura dedicata alla gestione delle relazioni con la Comunità. Questa figura, come nei casi degli operatori di strada, potrebbe essere utile a svolgere non solo funzioni di *front office*, ma anche facilitare il rapporto dei servizi della Casa di Comunità con gli abitanti della zona-distretto, e con altri attori di interesse del territorio.

Affinché le nuove Case di Comunità siano non solo i luoghi della sanità di prossimità, ma siano autenticamente degli spazi riconosciuti dalla popolazione come punti di riferimento per rispondere a bisogni sociali e socio-assistenziali, è importante promuovere iniziative e occasioni che diano motivo alle persone di avvicinarsi ad esse a prescindere dal bisogno strettamente sanitario. L'obiettivo di rendere le CdC spazi di comunità dovrebbe essere perseguito rendendo tali strutture il luogo di promozione di: (a) incontri tra cittadinanza e personale delle CdC nell'ambito di iniziative di natura sociale o ricreativa (ad esempio: infermiere di famiglia che organizza il "gruppo di camminata"; iniziative sull'ambiente e il tempo libero; uscite nella natura; biciclettate, etc.); (b) eventi che non appartengono all'idea stereotipica di "sanità" ma che possano interessare per approfondire argomenti, conoscere meglio i servizi o anche solo offrire occasioni di incontro a persone con problemi simili; (c) occasioni di partecipazione in cui stabilire forme di dialogo continuativo e strutturale tra servizi, cittadinanza attiva e istituzioni.

In particolare, l'obiettivo di collocare al centro della vita di comunità tali strutture dovrebbe essere perseguito attraverso lo sviluppo di percorsi di collaborazione tra mondo del volontariato e istituzioni sanitarie, al fine di raccogliere i bisogni di salute della popolazione e rafforzare la capacità del sistema di offrire risposte tempestive ed efficaci alle persone in situazioni di vulnerabilità. Tra le azioni suggerite:

- mappare in modo puntuale e sistematico gli ets presenti sul territorio e soprattutto i servizi dotandosi di una sorta di carta dei servizi del terzo settore;
- formare e attrezzare il volontariato per sostenere i cittadini nell'accesso ai servizi sanitari a distanza;
- trovare modalità di coinvolgimento del terzo settore anche nella fase di co-programmazione e non solo in quella di co-progettazione;
- organizzare gli spazi della Casa di Comunità in modo che lo spazio per il terzo settore non sia residuale ma permei la caratterizzazione del luogo.

Infine, si ritiene necessaria anche una fase di valutazione successive dei servizi effettivamente erogati. Per realizzare tale obiettivo, si ipotizza una fase di partecipazione degli utenti in attività di monitoraggio e valutazione da realizzarsi attraverso alcune azioni. Anzitutto, la predisposizione di

forme di valutazione che accompagnino tutto il processo, dalla progettazione all'erogazione del servizio, al fine di recepire indicazioni dagli utenti per poter continuare a migliorare il servizio. Inoltre, si ritiene necessario coinvolgere gli utenti fin dalla fase di disegno degli strumenti valutativi, secondo l'approccio di "costruzione partecipata della qualità". Infine, si consiglia di prevedere occasioni regolari di ascolto degli utenti sia in forma quantitativa (ad esempio, questionari) che qualitativa (ad esempio, focus group), per raccogliere riscontri sull'andamento del servizio e sulla sua capacità di adattarsi a target e bisogni in continuo mutamento.