

L'attuazione del DM 77/2022 nella Regione Toscana. La valorizzazione del “modello toscano” di assistenza territoriale*

Giammaria Gotti**

SOMMARIO: 1. L'attuazione del DM 77/2022 in Toscana. – 2. La valorizzazione del “modello toscano”. – 2.1. L'integrazione socio-sanitaria e l'attuazione integrata e coordinata delle Missioni 5 e 6 del PNRR. – 2.2. L'esperienza toscana delle Zone-distretto e delle Società della salute. – 2.3 L'apporto fondamentale del Terzo settore. – 3. Considerazioni conclusive.

1. L'attuazione del DM 77/2022 in Toscana

La Regione Toscana ha dato attuazione al DM 77/2022 (*Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale*) con la delibera della Giunta regionale n. 1508 del 19 dicembre 2022 (*La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77; di seguito anche “la Delibera”*). In occasione della sua presentazione, gli Assessori alla Sanità e alle Politiche sociali, Simone Bezzini e Serena Spinelli, hanno posto l'accento sul fatto che la Toscana non abbia voluto limitarsi, nel dare attuazione al DM 77, ad un mero recepimento burocratico; l'intento, invece, era quello di evidenziare un “pensiero toscano”

* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell'intervento svolto dall'Autore nella Giornata di studio “La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?” (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in “Organizzazione e gestione delle Case della Comunità” e nell'ambito del PRIN 2020 “Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia”.

** Assegnista di ricerca in Diritto costituzionale, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

dell'assistenza territoriale, promuovendo e rafforzando quanto già sperimentato con successo negli anni precedenti nella stessa Regione¹.

2. La valorizzazione del “modello toscano”

La Delibera chiarisce infatti che l'attuazione del DM 77/2022² non può che partire da una valorizzazione delle peculiarità del *modello toscano*, definito come “un sistema che agisce per rispondere ai bisogni delle persone, delle famiglie e delle comunità attraverso una *struttura integrata di tipo sanitario, sociosanitario e sociale* sviluppata su una comune base territoriale. Un impianto sostenuto da un *sistema di governance multilivello* fondato sulla cooperazione interistituzionale tra Regione, Aziende Sanitarie, zone-distretto, Comuni e loro forme associative e consortili, *con il coinvolgimento importante degli enti del terzo settore*”³.

Già da questa sintetica descrizione, emergono i tre fondamentali pilastri su cui si fonda detto modello: *i*) la forte promozione dell'integrazione socio-sanitaria, con conseguente attuazione coordinata delle missioni 5 e 6 del PNRR; *ii*) una *governance* socio-sanitaria del tutto peculiare, con al centro le cd. *Zone-distretto* e le cd. *Società della salute*; *iii*) il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, oggetto in Toscana di una legislazione regionale ad essi specificamente dedicata (LR Toscana n. 65/2020).

Nell'offrire una panoramica dei contenuti più rilevanti della Delibera, il presente lavoro si soffermerà su come la Regione Toscana abbia dato attuazione al DM 77 e su come abbia tentato al contempo di preservare e valorizzare i caratteri fondamentali del proprio modello di assistenza territoriale.

2.1. L'integrazione socio-sanitaria e l'attuazione integrata e coordinata delle Missioni 5 e 6 del PNRR

Un primo aspetto di sicuro rilievo è il forte accento posto sull'*integrazione socio-sanitaria*⁴. Da qui, l'esigenza – ad avviso della Giunta regionale – di una “attuazione coordinata e integrata” della Missione 5 e della Missione 6 del PNRR, rispettivamente dedicate, come

¹ <https://www.toscana-notizie.it/-/una-nuova-architettura-per-il-sistema-sociale-e-sanitario-toscano-giunta-approva-riforma>.

² Per un dettagliato approfondimento sull'assistenza territoriale in Toscana alla luce del DM 77, si v. A. AJELLO, C. BARCHIELLI, D. MATARRESE, G. MULA, M. TAGLIAFERRI, B. TRAMBUSTI, P. FRANCESCONI, *L'assistenza territoriale in Toscana alla luce del Dm 77/2022*, in *Welfare e salute in Toscana. 2022*, volume 2, a cura di ARS Toscana, Osservatorio sociale regionale, CRG, Regione Toscana, Laboratorio MES (Management e Sanità) della Scuola Sant'Anna di Pisa, Anci Toscana, pp. 123 e ss.

³ DGR n. 1508/2022, Allegato A, p. 5.

⁴ In generale, sul tema dell'integrazione socio-sanitaria, si v. *ex multis* E. ROSSI, *Il “sociosanitario”: una scommessa incompiuta?*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2/2018, pp. 249 ss.; E. VIVALDI, E. STRADELLA, *L'integrazione socio-sanitaria*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*, Bologna, 2009, p. 78 ss.

noto, all'inclusione e coesione sociale (mediante il rafforzamento del ruolo dei servizi sociali territoriali) e all'area sanitaria (mediante il potenziamento delle reti di prossimità territoriali). L'obiettivo è quello di migliorare la capacità di collegare i servizi sanitari territoriali con i servizi socio-sociosanitari e con quelli per l'inclusione sociale e di contrasto alla povertà.

Per fare degli esempi concreti di integrazione socio-sanitaria promossi dalla Delibera, si può ricordare anzitutto il programma toscano di implementazione di quanto previsto dal DM in tema di cd. *Case della comunità* (CdC), che costituiranno il primo e più importante luogo di incontro tra Ospedale e Territorio⁵. L'indirizzo relativo allo sviluppo delle *Case della Comunità* si pone in linea di continuità rispetto alla sperimentazione e successiva implementazione del modello delle *Case della Salute*⁶ (CdS) già realizzate in Toscana. L'attuazione degli indirizzi del DM 77/2022 in Toscana sulle CdC muove quindi dalla valorizzazione dell'esperienza maturata a livello regionale, che già individua formalmente le CdS come fondamentali strutture del servizio sanitario regionale⁷. Le preesistenti CdS verranno inquadrare, attraverso successivi atti, come Case della Comunità⁸.

Un altro esempio di forte integrazione socio-sanitaria è rappresentato dal modo in cui la Regione immagina la configurazione delle *Centrali Operative Territoriali* (COT). La Delibera specifica che la COT è la “struttura deputata al coordinamento della presa in carico unitaria socio-sanitaria della persona e all'organizzazione del raccordo tra servizi e professionisti che operano nei vari setting assistenziali territoriali”. Essa è interpretata come evoluzione dell'esperienza toscana della ACOT (*Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio*) e immaginata come una sorta di “cabina di regia” di tutti i bisogni: un luogo in cui può realizzarsi il forte raccordo con il sociale promosso dalla Delibera, grazie alla multi-professionalità del personale delle Centrali e alla multi-direzionalità della loro azione⁹.

⁵ Sul tema, v. E. ROSSI, *Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2/2021.

⁶ In Toscana la sperimentazione delle CdS ha avuto inizio con la delibera regionale n. 139 del 25 febbraio 2008, con cui furono approvati i progetti pilota per la sperimentazione del modello assistenziale in tre aziende sanitarie: tale sperimentazione ha trovato conferme in diversi atti dell'esecutivo regionale, in applicazione della L.R. 4 giugno 2019, n. 29 (*Le Case della Salute. Modifiche alla L.R. 40/2005*).

⁷ Per un approfondimento dell'esperienza della Case della Salute in Toscana, S. BARSANTI, M. BONCIANI, *General practitioners: Between integration and co-location. The case of primary care centers in Tuscany, Italy*, in *Health Serv Manage Res.*, 2019, n. 32, pp. 1 ss.; A. BRAMBILLA, G. MACCIOCCHIO, *Le Case della salute*, in *Recenti Prog Med*, 2014, pp. 147 ss; S. BARSANTI, M. BONCIANI, L. ROTI, *Case della salute*, Pisa, 2016.

⁸ La Regione Toscana nominerà con apposito atto un gruppo di esperti interni alla Direzione Sanità e Welfare deputato alle “site visit” presso le strutture esistenti al fine di assegnare bollino di conformità che attesti il rispetto dei parametri previsti dal DM77 e la presenza dei servizi che devono essere obbligatoriamente erogati. In parallelo, per rendere tali strutture maggiormente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento, sarà svolto uno studio di brandizzazione che porterà alla creazione del logo delle Case della Comunità toscane.

⁹ Le COT costituiscono l'evoluzione dell'esperienza decennale delle ACOT toscane, che hanno il compito di garantire la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione dall'ospedale, attraverso una programmazione della stessa. Rispetto al DM 77, la Delibera toscana prevede che le COT siano formate non solo da infermieri, ma anche da

Infine, un altro esempio che si può portare è quello relativo ai *Punti di accesso al sistema*. La Delibera precisa che l'accesso ai percorsi potrà essere “diretto” o “mediato”. In particolare, l'accesso “diretto” avviene “direttamente al NUE 116117, al MMG/PLs, al PUA, al segretariato sociale o ai punti insieme, ai consultori e ai servizi della salute mentale e delle dipendenze, ai centri servizi/stazioni di posta e ai centri per le famiglie”. Questa formulazione è sicuramente un grande risultato, in quanto espressione di un nuovo modello integrato in cui i punti di accesso del sociale (es. stazioni di posta dei servizi sociali) operano in sinergia con quelli sanitari e sono posti allo stesso livello di questi ultimi.

2.2. L'esperienza toscana delle Zone-distretto e delle Società della salute

Come bene messo in rilievo dalla Delibera, l'attuazione “coordinata e integrata” della Missione 5 e della Missione 6 in Toscana avviene “in una logica di maturazione e consolidamento dell'esperienza toscana delle zone-distretto e delle Società della Salute”, le quali costituiscono uno dei tratti peculiari del sistema di governance socio-sanitaria toscano (LR n. 40 e LR n. 41 del 2005). Occorre dunque preservare e rafforzare, ad avviso della Giunta toscana, l'identità e le funzioni delle *zone-distretto*, che in Toscana vedono coincidere esattamente l'ambito zonale sociale, sociosanitario e sanitario.

Come noto, la LR 40/2005 (*Disciplina del sistema sanitario regionale*) ha istituito le *zone-distretto*, articolazioni territoriali della azienda unità sanitaria locale (art. 2), quale ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali, di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati (art. 64)¹⁰. Individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della conferenza regionale dei sindaci (art. 64), corrispondono quindi all'articolazione Ambito Territoriale Sociale e Distretto sanitario¹¹. L'integrazione sociosanitaria è poi realizzata attraverso le Società della salute, enti di diritto pubblico, costituiti in forma di consorzio

un assistente sociale e un medico di comunità, in modo da garantire multi-professionalità e multi-direzionalità della loro azione. In questo modo, quindi, si garantisce anche un raccordo vero con il sociale.

¹⁰ L'articolo 64 della legge regionale 40/2005 prevede che siano assegnate importanti funzioni alle zone distretto (organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate, continuità delle risposte territoriali della integrazione sociosanitaria, compresi i servizi per la salute mentale e le dipendenze e della non autosufficienza).

¹¹ In Toscana sono presenti 28 Zone-Distretto di cui 16 con attivo il consorzio.

composto dagli enti locali e dall'azienda Usl compresi negli ambiti territoriali della medesima zona-distretto¹² ovvero mediante le cd. convenzioni sociosanitarie¹³.

Obiettivo della Delibera è quindi anche il rafforzamento delle specificità della governance del sistema territoriale, sia portando a compimento l'importante modello delle Società della salute (laddove non istituite)¹⁴, sia valorizzando il punto di forza della Zona-distretto che, facendo coincidere perfettamente ATS e distretto sanitario, diventa il principale e fondamentale luogo di prossimità, il punto dove il cittadino trova in via prioritaria le risposte. Da qui la perfetta coerenza di tale sistema con il "Distretto" previsto dal DM 77, inteso come "luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali".

2.3. L'apporto fondamentale del Terzo settore

Inoltre, come si accennava, una forte peculiarità del modello toscano è senza dubbio il coinvolgimento assicurato agli enti del Terzo settore¹⁵, anche alla luce delle riforme adottate nel periodo precedente e connesse, tra l'altro, alla sperimentazione dei nuovi istituti della co-programmazione e della co-progettazione. Come bene chiarito dalla Delibera, fondamentale è "il protagonismo e l'iniziativa del terzo settore": "Accogliere e sviluppare la cultura dell'amministrazione condivisa significa introdurre sistematicamente nel "Modello Toscano" gli strumenti della co-programmazione e della co-progettazione, recependo il dettato della L.R. 65/2020 al fine di costituire, sia in campo sanitario che sociale, quei partenariati pubblico-privato sociale che il legislatore nazionale e regionale hanno immaginato quali contesti di relazione e scambio di competenze, funzioni e risorse ispirati al principio della collaborazione tra tipologie di enti (pubblici e del terzo settore) accomunati dallo svolgimento di attività di interesse generale orientate a perseguire insieme finalità

¹² L'art. 71-bis della L.R. 40/2005 prevede che "gli enti locali, compresi negli ambiti territoriali della medesima zona-distretto, e le aziende unità sanitarie locali costituiscono appositi organismi consorziali denominati società della salute, al fine di ... consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali, evitando duplicazioni di funzioni tra gli enti associati". Per un approfondimento, si v. P. BIANCHI, A. BONOMI, *Gli aspetti giuridici e istituzionali delle società della salute*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., p. 195 ss.; E. VIVALDI, *Gli Enti locali nella Regione*, in P. CARROZZA, R. ROMBOLI, E. ROSSI (a cura di), *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Toscana*, Torino, 2015, pp. 371 ss.

¹³ Negli ambiti territoriali in cui invece non sono costituite le società della salute, le attività relative all'integrazione socio-sanitaria sono attuate attraverso la cd. *convenzione socio-sanitaria*, stipulata da tutti i comuni, ovvero dalle unioni dei comuni che esercitano la funzione fondamentale sociale di cui all'articolo 11, comma 1, della l.r. 41/2005, della zona distretto e dall'azienda unità sanitaria locale del territorio (art. 70-bis LR 40/2005).

¹⁴ In questo senso, si v. anche la risoluzione n. 184 del 15 giugno 2022 del Consiglio regionale toscano (*Indirizzi in merito ai principali obiettivi delle politiche per la salute della Toscana a seguito della consultazione pubblica degli Stati Generali della Salute*), ove il Consiglio impegna la Giunta, tra l'altro, a "rafforzare ... il sistema di governance territoriale della Toscana incentrato sulle Zone distretto", auspicando che venga "costituita una Società della Salute per ogni Zona distretto", anche ai fini di "una maggiore valorizzazione del ruolo dei Comuni".

¹⁵ In generale, sul tema, si v. E. STRADELLA, *Le forme di partecipazione e il ruolo del Terzo settore*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., p. 177 ss.

condivise e in questo profondamente diverse dalla logica della concorrenza e del mercato sottesa al codice degli appalti”¹⁶.

In linea con questo approccio, anche l’Allegato 1 (*Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*) del DM 77/2022, nel capitolo 2 dedicato allo *sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN*, richiama la necessità di “valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali”, tra cui vengono citati espressamente “associazioni/organizzazioni del Terzo settore”. Tuttavia, è noto come è stata propria la Regione Toscana a porsi all’avanguardia sul tema, anche rispetto ad altre Regioni¹⁷, approvando già nel luglio 2020 una legge regionale specifica sulla promozione e il sostegno del Terzo settore (LR Toscana n. 65/2020).

Non rimane ora che provare ad immaginare quale potrebbe essere il ruolo del Terzo settore nell’attuazione del DM 77 nel contesto toscano. Alcuni dati particolarmente interessanti emergono da alcuni report di ricerca realizzati su incarico di CESVOT (Centro Servizi Volontariato Toscana) con la collaborazione dell’Istituto DIRPOLIS della Scuola Superiore Sant’Anna¹⁸. Anzitutto, fondamentale potrebbe essere il coinvolgimento del TS nell’ambito dell’*assistenza domiciliare*, il cui rafforzamento, in una logica di de-istituzionalizzazione, è obiettivo chiave del PNRR e del DM 77. La persistenza e la diffusione dei servizi assistenziali già prestati dal Terzo settore, uniti alla disponibilità di strutture fisiche e di personale dipendente e volontario, possono giocare un ruolo chiave nel garantire il raggiungimento dell’ambizioso obiettivo di passare dall’8,3 all’11% di assistiti domiciliarmente con almeno 65 anni. La stessa diffusione e radicamento territoriale del Terzo settore potrebbe inoltre giocare un ruolo importante nell’ambito delle politiche di prevenzione, così come la disponibilità di strutture e di personale potrebbe garantire un’efficace gestione dei codici bianchi nelle strutture degli stessi ETS. Infine, il Terzo settore potrebbe essere coinvolto negli Ospedali di Comunità (OdC), nella Case della Comunità *spoke* e negli ambulatori dei medici di medicina generale (MMG).

¹⁶ DGR n. 1508/2022, Allegato A, p. 6.

¹⁷ Da segnalare che di recente anche le Regioni Emilia-Romagna (LR 13 aprile 2023, n. 3, *Norme per la promozione ed il sostegno del Terzo settore, dell’amministrazione condivisa e della cittadinanza attiva*), Umbria (LR 6 marzo 2023, n. 2, *Disposizioni in materia di amministrazione condivisa*) e Molise (LR 7 ottobre 2022, n. 21, *Disciplina del terzo settore*) hanno seguito l’esempio toscano (LR 22 luglio 2020, n. 65, *Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano*) e sono intervenute a disciplinare con legge la materia in maniera più o meno organica. Per un commento, si rinvia a L. GORI, *Amministrazione condivisa, anche la Regione Umbria approva una legge per favorirla*, in *Cantiereterzo settore.it*, 16 marzo 2023.

¹⁸ Si fa riferimento in particolare ai report *La complicata attuazione del PNRR. Le prossime tappe per la realizzazione degli obiettivi della Missione 6* del marzo 2023 e *Pnrr; Sistema sanitario toscano e terzo settore: uno sguardo al primo semestre* pubblicato nel settembre 2022, entrambi a cura di M. IANNELLA e disponibili sul sito <https://www.cesvot.it>.

In definitiva, il Terzo settore potrebbe davvero essere uno strumento fondamentale per raggiungere gli ambiziosi obiettivi e target fissati dal DM 77 e più in generale dal PNRR¹⁹. I soggetti pubblici impegnati nell'attuazione del DM 77, quindi, sforzandosi nel superare quella concezione del TS come essenzialmente destinato a giocare un ruolo nel trasporto di emergenza-urgenza e nel contrasto alla marginalità, dovrebbero considerarlo una fondamentale risorsa che, al loro fianco, possa aiutarli nell'affrontare le sfide future della nuova assistenza territoriale.

3. Considerazioni conclusive

Per concludere, si può affermare che l'attuazione del DM 77 in Toscana può rappresentare una preziosa occasione anche per rafforzare e valorizzare le peculiarità di un modello “di successo”. La sfida però è quella di riuscire a raggiungere gli ambiziosi obiettivi fissati dal DM 77, senza rinunciare ai propri tratti caratterizzanti. Peculiarità che, come si è cercato di ricordare, sono non solo la volontà di mantenere attribuite alle istituzioni pubbliche i compiti di governo del sistema²⁰, ma anche quella prospettiva fortemente centrata sull'integrazione delle politiche sanitarie e sociali, in cui il Terzo settore toscano è chiamato a giocare un ruolo di primo piano.

¹⁹ Per un'analisi più generale del ruolo del Terzo settore nel PNRR, sia consentito un rinvio a A. ARCURI, G. GOTTI, *Cosa c'è nel PNRR per il terzo settore*, in *Pandora Rivista*, 20 dicembre 2021.

²⁰ Questa è una delle caratteristiche proprie del “modello toscano”, da cui si differenziano altre esperienze che, come ricordava P. CARROZZA, *Il welfare sanitario e assistenziale toscano come modello*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., p. 381, sono fondate invece “sull'assunzione da parte della Regione di compiti puramente regolativi delle modalità di accesso ai servizi, cosicché i cittadini sono liberi di accedere a servizi prodotti sia dal pubblico che da soggetti privati, in concorrenza tra loro”.

