



Sanità_Sociale_Integrazione

Sfide e opportunità del PNRR

a n c i t o s c a n a . i t

11 ottobre 2021

L'enorme pressione esercitata dalla pandemia sulle strutture sanitarie ha acceso in tutto il Paese una vasta discussione sugli attuali assetti organizzativi della sanità, i processi di prevenzione, cura e assistenza, il regime dei finanziamenti, le dotazioni organiche; analoga riflessione si è aperta anche nel mondo dei servizi sociali.

Rapidamente il dibattito ha individuato nella sanità del territorio, nell'integrazione sociosanitaria e nelle reti di comunità, gli elementi strategici che hanno bisogno di maggiore attenzione e di un consistente intervento di rafforzamento strutturale. Anche la Toscana è naturalmente coinvolta in questa riflessione che va accompagnata con una prima valutazione del percorso di attuazione della riforma avviata nel 2015, con una ricognizione condivisa delle strutture e dei servizi attuali presenti in ogni territorio, con i punti di forza e le criticità, prevedendo un maggior ruolo dei sindaci e una particolare attenzione alle esigenze dei cittadini, così come richiamato dalla nostra Costituzione.

Sul piano nazionale una prima parte di azioni di riforma è recata dal PNRR. Uno sforzo concentrato positivamente sulla definizione di standard per la dotazione di singoli servizi sanitari, ma purtroppo ancora acerbo nella definizione del complessivo processo evolutivo dei sistemi sanitari e sociali integrati. Quello che è emerso chiaramente anche dalla pandemia è l'esigenza di una profonda e decisa evoluzione del sistema territoriale di cura, non limitata al solo rafforzamento di alcuni servizi specifici su cui innestare le innovazioni della sanità digitale.

Il punto centrale resta per noi la costituzione di un vero e proprio sistema territoriale integrato inteso come seconda colonna della sanità, connesso in modo circolare alle reti ospedaliere da nuovi processi di cura e di assistenza. Il passaggio fondamentale consiste nel consolidare in modo definitivo la costruzione di **sistemi territoriali integrati** tra sanità territoriale, sociosanitario e sociale.

L'obiettivo riguarda quindi la costruzione di un sistema basato sugli ambiti zonali che, accanto alla dotazione di servizi e personale in riferimento a standard nazionali, abbia anche una maggiore capacità organizzativa, direzionale e gestionale. La prospettiva è quella della complementarietà tra reti ospedaliere e reti territoriali e questo esige un'elaborazione ed un'evoluzione del sistema, con diverse linee di sviluppo, che non possono essere più rinviata.

In relazione al PNRR e al nuovo periodo di programmazione dei fondi europei, appare necessario articolare la costruzione del sistema territoriale integrato su **due elementi di partenariato politico-istituzionale: il quadro dell'organizzazione di zona e delle reti territoriali aziendali; il quadro dei programmi e dei progetti sostenuti dai fondi europei e nazionali.**

1. Il quadro dell'organizzazione di zona e delle reti territoriali aziendali.

L'invecchiamento della popolazione e l'elevata presenza di patologie croniche, che molte volte si sommano tra loro, ci pongono da tempo di fronte all'esigenza di definire nuovi percorsi di cura da sviluppare in fase non acuta; affrontare l'evoluzione dovuta alle cure delle cronicità è la prima e fondante vocazione della sanità territoriale, quella che ci chiedono anche i cittadini, che non può essere più evitata o rimossa. Appare indispensabile definire in modo completo e uniforme i PTDA del territorio, in una stretta relazione di continuità tra territorio e ospedale e porli come elemento di base dell'organizzazione territoriale, con una particolare attenzione alle aree periferiche.

Insieme alla progressione delle cronicità, gli altri fattori di complessità che deve affrontare il nostro sistema sanitario integrato sono dati dalle non-autosufficienze e dalle disabilità, insieme alle condizioni di fragilità e di disuguaglianza sociale. L'organizzazione territoriale non può quindi fermarsi alla sola componente sanitaria, ma deve comprendere anche i percorsi assistenziali sociosanitari e le reti socioassistenziali. È l'intero complesso dei PTDA, dei percorsi integrati e delle reti socio-assistenziali, che costituisce **l'asse portante dell'organizzazione territoriale integrata**.

In questo nuovo assetto è indispensabile ordinare le attività progettuali del PNRR nel quadro complessivo dell'assetto zonale: la collocazione e le infrastrutture dei presidi e delle altre strutture territoriali con le loro dotazioni interne; le filiere assistenziali residenziali e domiciliari con i servizi sia pubblici che accreditati; le reti di comunità con i rapporti di co-programmazione e di co-progettazione con gli enti del terzo settore e della cittadinanza attiva.

È in questo quadro complessivo sanitario, socio-sanitario e sociale, che vanno iscritti i rapporti effettivi tra medicina di base, presidi distrettuali, sanità d'iniziativa, reti specialistiche strutturate, così come l'organizzazione dei dipartimenti sociosanitari del materno-infantile, della salute mentale e delle dipendenze patologiche, insieme alle attività per le non autosufficienze e le disabilità.

Anche le reti socio-assistenziali di comunità sono chiamate a un importante salto evolutivo. Emerge, ad esempio, la necessità di rafforzare la presa in carico per le persone in condizioni di grave marginalità a partire dallo sviluppo dei centri servizi dedicati. Centri in cui possano essere offerti anche altri tipi di servizio (distribuzione beni, ambulatori sanitari, mensa, orientamento al lavoro, servizi di fermo posta, ecc.), erogati sia dai servizi pubblici che dal Terzo Settore. Ma il potenziamento dei servizi deve andare di pari passo con il potenziamento

dei percorsi di cura, con lo sviluppo di equipe multiprofessionali in grado di intercettare la complessità e la multidimensionalità del bisogno, aumentato dalla pandemia. Si tratta di servizi da collegare in maniera organica con le case di comunità sia per la costruzione di sistemi integrati sui territori, sia per lo sviluppo dei Livelli essenziali in materia sociale e sanitaria.

È necessario dare vita a filiere assistenziali complete e tarate sui fabbisogni delle comunità locali e, allo stesso tempo, organizzate in reti territoriali in modo analogo alle reti ospedaliere. Il piano regolatore dei presidi e delle filiere assistenziali, appare uno strumento decisivo per l'organizzazione appropriata, uniforme e omogenea dei sistemi territoriali in relazione ai LEA sanitari e ai LEP sociali da attuare in toscana.

2. Il quadro dei programmi e dei progetti sostenuti dai fondi europei e nazionali.

Le Missioni M5C2 e M6C1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, insieme ai fondi europei ordinari legati alla programmazione 2021-2027, rappresentano un decisivo volano di evoluzione dell'organizzazione territoriale integrata, non solo una semplice occasione di finanziamento aggiuntivo o sostitutivo che viene erogato attraverso singoli progetti.

Occorre quindi definire un **'documento unico'** di riferimento per l'insieme dei fondi europei ordinari e straordinari, che tenga insieme politiche, investimenti e progetti, con un approccio sia di area tematica che territoriale. Si tratta di comporre un quadro regionale che incroci tra loro le grandi poste e i grandi obiettivi del PNRR, del FSE+, del FESR, con gli obiettivi territoriali e zionali e che chiaramente si incroci con le linee strategiche e le azioni programmate regionali.

Seguendo la dinamica nazionale della Missione M6C1 occorre iniziare dalla quantità, tipologia e collocazione delle nuove Case di comunità anche in relazione al già avviato programma regionale delle Case della salute, con la definizione del quadro complessivo, dell'entità dei finanziamenti e degli interventi programmati. Anche per gli Ospedali di comunità occorre costruire un quadro analogo, centrato sulla prossimità con le altre strutture intermedie e l'eventuale riconversione di siti già utilizzati con destinazione ospedaliera. Per l'obiettivo che riguarda l'Assistenza domiciliare integrata il percorso appare più complesso, perché occorre riorganizzare l'offerta dei servizi rispetto ai coefficienti di intensità assistenziale e integrarla in modo strutturale con le prestazioni di natura sociale. È solo se innestata in un impianto di

questo tipo che la forte innovazione digitale prevista dal PNRR, potrà funzionare, senza cadere nell'errore di sostituire l'innovazione tecnologica all'innovazione degli assetti organizzativi.

La missione M5C2 delle Infrastrutture sociali, al momento, può contare su riferimenti operativi minori che però si stanno coordinando con i piani nazionali. Le azioni di questa Missione prevedono finanziamenti sensibilmente minori rispetto a quelli della Missione 6 e riguardano l'area delle persone non autosufficienti, con disabilità, in condizione di marginalità e di povertà; a cui si aggiungono due linee relative alla Rigenerazione urbana e all'housing sociale. In questo caso il salto organizzativo recato dall'applicazione dei LEPS e degli Obiettivi di servizio è ancora più rilevante. Si prospetta un impegno particolare per i Comuni e i loro servizi sociali. Il dialogo tra amministrazioni regionale e comunali, se ancorato a programmi operativi condivisi, ben dimensionati e fortemente orientati, può svolgere un ruolo di grande efficacia.

Se i 'contratti istituzionali di sviluppo' organizzeranno la realizzazione dei programmi del PNRR in campo sanitario, i programmi del PNRR in campo sociale sono invece recati da 'bandi non competitivi' diretti a tutti gli ambiti sociali, che quindi si troveranno a produrre progettazioni di livello zonale almeno sulle materie della non autosufficienza, disabilità e grave marginalità. Un processo complesso, nel quale le Società della Salute e le Convenzioni socio-sanitarie diventano assolutamente indispensabili per dare coerenza e consistenza ai servizi integrati, e di cui tutti le zone toscane dovranno dotarsi prima di affrontare la nuova progettazione.

Questa importante opera di trasformazione è legata alla **ri-dislocazione delle funzioni pubbliche di cura e di assistenza** sia in campo sanitario che sociale. Se queste funzioni aziendali e comunali non vengono pensate e dislocate in modo effettivo nell'ambito zonale e non solo proiettate nei presidi secondo il loro minimo funzionale, non sarà possibile raggiungere i veri obiettivi di cambiamento da cui è nato il PNRR.

3. Aprire una stagione di evoluzione

Coniugare tra loro i due elementi di programmazione ovvero il quadro dei programmi e dei progetti con il quadro con dell'organizzazione di zona, è il percorso più corretto per affrontare la sfida che abbiamo davanti.

Si tratta di strumenti di partenariato politico-istituzionale impegnativi che richiedono di **essere composti nell'ambito zonale e resi coerenti nell'ambito aziendale.**

È questo il compito che attende, nelle prossime settimane e nei prossimi mesi, le Conferenze Integrate Zonali (o assemblee delle SdS) e le Conferenze Aziendali dei Sindaci. Se questi passaggi non avverranno, non sarà possibile considerare come condivise le scelte che riguardano l'attuazione del PNRR, dell'FSE+ e del FERS sulle materie della sanità territoriale, dell'integrazione sociosanitaria e del sociale.

Ma a questo non vogliamo nemmeno pensare, anzi a nostro avviso con l'iniziativa di oggi, si avvia un percorso condiviso Regione Comuni, per certi aspetti e per certi territori già avviato, che dovrà prevedere diversi passaggi istituzionali in tempi però molto stretti. Sugeriamo una conferenza regionale dei sindaci nella quale definire le linee guida di quanto finora scritto, per poi passare 'a metterle a terra' nelle conferenze zonali e in quelle aziendali, per concludere di nuovo con il piano condiviso nella conferenza dei sindaci.

Non dobbiamo correre un rischio: spinti dalla comprensibile urgenza delle scadenze europee, produrre azioni di **'innovazione dei servizi senza evoluzione del sistema**, abbiamo un'occasione unica per riformare e far evolvere il sistema avendo risorse a disposizione, occorre tenere insieme bisogni (attuali e proiettati nel futuro), strutture, servizi, professionalità, digitalizzazione, presa in carico, terzo settore, integrazione, e questo possiamo farlo insieme Regione, comuni, operatori del settore.

Per raggiungere questi obiettivi occorre prevedere, come abbiamo già scritto, un ruolo maggiore degli ambiti zonali, con una loro reale capacità direzionale in termini di dotazioni, processi e organizzazione. Si tratta di comporre grandi 'infrastrutture ibride' di salute al servizio delle comunità territoriali. Un'infrastruttura direzionale, professionale e gestionale integrata, condotta da un livello congiunto di *governance* istituzionale.

Un sistema di ambiti territoriali integrati può rappresentare per tutta la Toscana una realizzazione di politica sanitaria e sociale di primissimo livello e costituisce per le comunità locali la strada maestra (insieme agli ospedali) per le risposte ai propri bisogni di salute.