Firenze, 20 e 21 Giugno 2025
Auditorium CTO – Lg. Piero Palagi 1
Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

Provider ECM:
Sinergia & Sviluppo

Convegno Nazionale

Cure Primarie verso una nuova vocazione

Transdisciplinarità ed integrazione al servizio della persona

CARD
Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

ORDINE FISIOTERAPISTI OFI

CITTADINANZATTIVA

Quali Case della Comunità?
Come le immaginiamo e come si rischia di finire

Lorenzo Roti
lorenzo.roti@uslcentro.toscana.it

CARD
Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie Territoriali

ORDINE FISIOTERAPISTI OFI

CITTADINANZATTIVA

Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità

Dicembre 2023

“La CdC è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso equipe territoriali.

*Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale***»**

Seguono, poi, *standard* dimensionali, obiettivi, forme di coordinamento in *rete* (a diversi livelli), funzioni, servizi e responsabilità.

Le CdC sono un nodo centrale della rete dei sevizi territoriali sotto la direzione del Distretto.

CASA DELLA COMUNITÀ

Funzioni e Mission:
- Governo della domanda, dalle funzioni di medicina di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro e di indirizzo dei pazienti;
- Offerta, dal lavoro multi professionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario;
- Governance, dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

Rete intra-CdC: costituita dalla **messa in rete dei professionisti** che svolgono la loro attività, sia nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno delle CdC, sia con quelle che vi sono funzionalmente collegate (AFT);
Rete inter-CdC: costituita dalla **messa in rete tra CdC hub e CdC spoke**
Rete territoriale: la CdC è **messa in rete con gli altri setting assistenziali territoriali,** quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, rete delle cure palliative, RSA e altre strutture intermedie e servizi;
Rete territoriale integrata: la CdC è in **rete con l'attività ospedaliera**, per prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche o presenza di medici ospedalieri presso la CdC per pazienti cronici più complessi .
Il **Coordinamento fra queste, quattro articolazioni di Rete** è assicurato da uno specifico servizio: la **Centrale Operativa Territoriale (COT).**

Le macro funzioni che qualificano la CdC

La CdC è:
il luogo dove la **comunità**, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi
il luogo dove professioni integrate fra loro dialogano con la **comunità** e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei **bisogni di comunità**, attraverso il lavoro interprofessionale e polidisciplinare
è il luogo dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei **bisogni della comunità**, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del ***budget di comunità***
è il luogo di integrazione delle **risorse della comunità** che vengono aggregate alle risorse formali dei servizi sanitari e sociali
è il luogo dove la **comunità** ricompone il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali"

1.1

REALIZZAZIONE DI 1.350 CASE DELLA COMUNITÀ HUB

1 CdC Hub ogni 40.000 - 50.000 abitanti

Modello organizzativo

- Organizzazione capillare su tutto il territorio.
  Struttura fisica in cui opera un'équipe multiprofessionale di:
  - MMG e PLS
  - Medici specialisti
  - Infermieri di Famiglia o Comunità
  - Assistenti sociali e altri professionisti della salute
- Punto di riferimento continuativo per la popolazione che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento anche attraver
  - Un'infrastruttura informatica
  - Un punto prelievi
  - La strumentazione polispecialistica e diagnostica di base

agenas AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Servizi	CdC hub	CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO

agenas AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

REPORT NAZIONALE DI SINTESI DEI RISULTATI
DEL MONITORAGGIO DM 77/2022
II SEMESTRE 2024

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU · Italiadomani · Ministero della Salute · agenas

Tabella 4. Servizi obbligatori presenti nelle strutture assimilabili a Case di Comunità (programmazione Cis / Extra Cis) per Regione/ P.A.

Regione / P.A.	*Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con almeno un servizio previsto dal DM77 già attivo*	*Servizi di cure primarie erogate attraverso equipe multiprofessionali*	*PUA*	*Servizi di assistenza domiciliare*	*Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza*	*Servizi infermieristici*	*Sistema integrato di prenotazione collegato al cup aziendale*	*Integrazione con i servizi sociali*	*Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione*	*Servizi diagnostici di base**	*Continuità assistenziale**	*Punto prelievi**
Abruzzo	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calabria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emilia-Romagna	125	113	67	107	101	116	109	112	115	70	61	116
Friuli-Venezia Giulia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lazio	39	31	32	29	39	35	39	34	19	37	33	37
Liguria	11	11	9	10	9	11	11	11	9	9	5	10
Lombardia	138	126	136	131	112	132	116	135	117	110	85	101
Marche	16	13	9	16	13	15	15	15	11	13	15	12
Molise	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5
Piemonte	28	26	10	19	23	28	23	25	12	15	16	26
PA di Bolzano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PA di Trento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Puglia	1	2	1	1	2	0	2	1	1	2	2	2
Sardegna	4	3	4	3	7	7	9	6	0	6	9	9
Sicilia	6	8	8	8	8	8	8	7	3	8	7	6
Toscana	42	42	37	41	33	41	42	42	18	33	24	38
Umbria	6	6	6	6	6	6	5	6	3	5	5	6
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	62	42	29	51	48	49	51	49	30	50	48	51
Italia	**485**	**430**	**354**	**425**	**407**	**454**	**436**	**449**	**344**	**364**	**316**	**421**

**Servizi obbligatori solo per le CdC hub.*

agenziaimpress.it
NOTIZIE DALLA TOSCANA

HOME CRONACHE TERRITORI POLITICA SALUTE ECONOMIA & FINANZA CULTURA & SPETTACOLI VIDEO L'OPINIONE

Home › Primo piano

PRIMO PIANO SALUTE

Pienamente attive solo il 4,5% delle case di comunità in Toscana: il 27% ha almeno un servizio in funzione

di **Redazione** - 6 Maggio 2025

martedì, 17 giugno 2025

Firenze dintorni

HOME NOTIZIE ESCLUSIVE FIORENTINA RARI NANTES FLORENTIA SPORT EVENTI SOLIDARIETÀ

Gimbe: "In Toscana pienamente operative il 4,5% delle Case di comunità"

Servizio | Assistenza primaria

Cure sul territorio, così l'Italia rischia di «bucare» la scommessa del Pnrr

Monito della Fondazione Gimbe sul mancato allineamento tra riordino formale e sostanziale delle prestazioni Ssn attraverso case e ospedali di comunità e Fascicolo elettronico

di Redazione Salute

6 maggio 2025

Perché le CdC nel SSN?

La salute si genera laddove "le persone vivono, lavorano, amano, giocano" (Alma Ata, 1978), ovvero dove la vita si sviluppa e gli esseri umani si ritrovano e si relazionano. Assistenza Primaria

Community Oriented Primary Care (COPC) è il fondamento dei sistemi sanitari universalistici e a basso livello di finanziamento, con **evidenza di efficacienza per lavorare sulla prevenzione e gestione delle Cronicità** guardando al tema delle disuguaglianze , la vera sfida del nostro SSN

La COPC rappresenta un approccio sistematico attraverso il quale **un team di professionisti sanitari insieme con i membri della comunità si occupa nel lungo periodo di identificare e affrontare i bisogni di salute di una determinata popolazione**, con intervenenti che ripropongono l'approccio multidimensionale solitamente applicato dai medici di assistenza primaria con i singoli individui.
I **medici che erogano assistenza primaria, nonostante il loro impegno nelle attività assistenziali, non hanno un ruolo guida nei processi di COP**C ma, seppur la loro presenza non è richiesta in ogni progetto, **è fondamentale il loro coinvolgimento** (APHA 1999).
Si connota per un'importante componente di giustizia sociale che **consente di ridurre le disuguaglianze e di andare incontro alle popolazioni disagiate.**

Elementi caratterizzanti la COPC - Kark

- una **popolazione definita, con una base geografica** dove sono assistiti tutti i membri della popolazione
- una **rete di strutture** che erogano servizi di Cure Primarie
- **un'equipe multidisciplinare, che tiene conto delle risorse disponibili**
- **un accesso gratuito ai servizi**, senza barriere di natura economica, fiscale, di genere, religiosa, culturale o politica
- un gruppo di lavoro che combina competenze nelle scienze cliniche, epidemiologiche e sociali e comportamentali
- **una proattività dell'equipe con un'attenzione al recarsi fuori dalle strutture sanitarie** per poter valutare direttamente i determinanti fisici e sociali, le risorse sanitarie, le condizioni micro-ambientali e la Comunità
- **la partecipazione comunitaria (individuale e collettiva) nelle attività assistenziali e di miglioramento della Salute comportamenti, atteggiamenti**
- **l'intersettorialità (scuola, agricoltura, ambiente, istituzioni religiose, etc.), data l'impossibilità da parte dei servizi sanitari di rispondere da soli a tutte le esigenze della popolazione.**

DIAGNOSI DI COMUNITA'

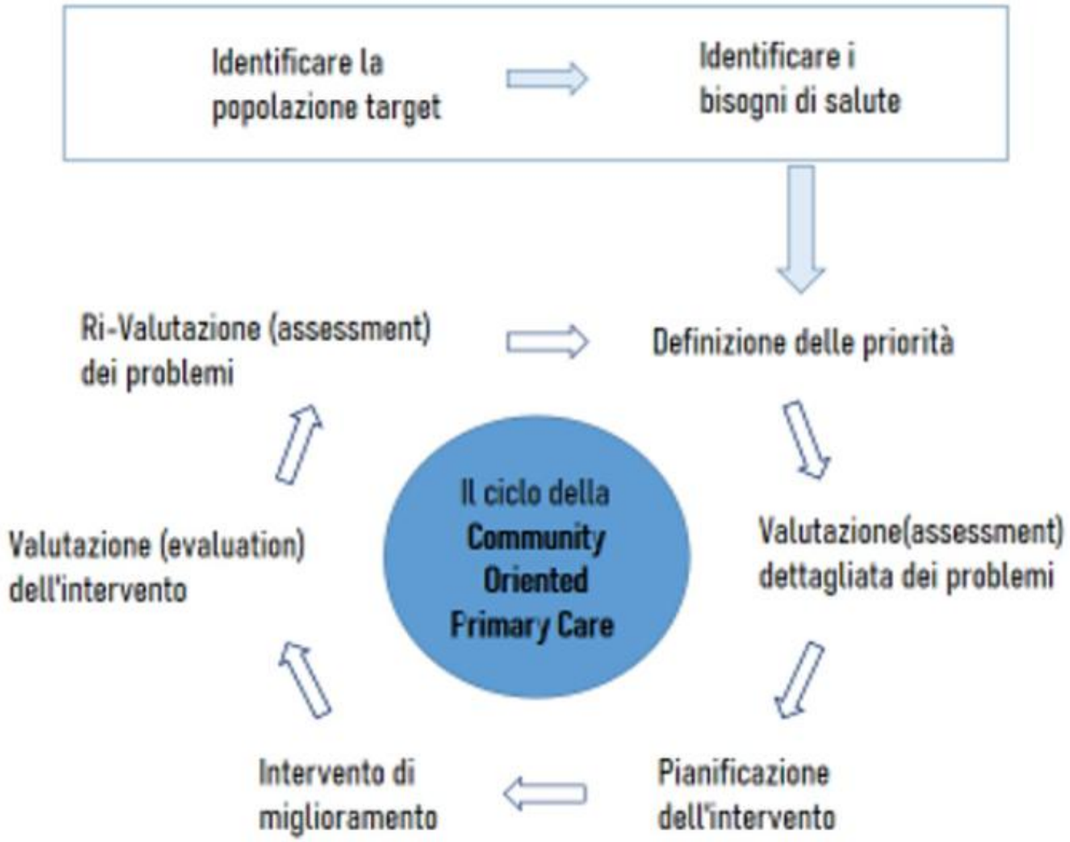


Figura 1- Il ciclo della Community Oriented Primary Care. Modificato da: Iliffe, S., & Lenihan, P. (2003). Integrating Primary Care and Public Health: Learning from the Community-Oriented Primary Care Model. International Journal of Health Services

Igiene e Sanità Pubblica 2020; 75

Note di approfondimento

Community oriented primary care: un modello che unisce assistenza primaria e public health

Gianfranco Damiani1,2, Giorgio Sessa 2

CDC: innovazione del Welfare Territoriale

Passa attraverso l'Innovazione Organizzativa

Quali le leve organizzative coerenti, che possono essere considerati moltiplicatori organizzativi, per avere maggiori effetti a parità di risorse:

1. Lavoro in equipe multi-professionale e **contributo specifico delle pro-fessioni**
2. **Iniziativa e avvicinamento del servizio alla persona, al suo domicilio e alla sua comunità prossima**
3. **Integrazione delle funzioni sanitarie nei confronti della persona**
4. **Integrazione con i servizi sociali**
5. **Co-produzione con la persona, le reti sociali e gli attori nella comunità**

Innovare il modello dei servizi verso la Casa della Comunità vuol dire incrementare il valore pubblico generato, utilizzando meglio le risorse disponibili - professionisti, strutture, tecnologie, reti di cooperazione, budget economici ecc.

L’Innovazione Organizzativa

Le caratteristiche efficaci nei cambiamenti nella cultura organizzativa e nell’empowerment individuale e collettivo di operatori e professionisti.

- **Coinvolgimento e cooperazione** delle persone, dipendenti e clienti.
- **Decentramento organizzativo, maggiore autonomia e delega individuale e collettiva**.
- Crescita delle competenze e **allargamento dei ruoli.**
- **Progettazione delle infrastrutture fisiche e tecnologiche a servizio dell’autonomia delle persone e dei gruppi.**
- Crescente infrastrutturazione sociale**, comunicazione e cooperazione orizzontale**, interdisciplinarietà, **ruolo dei gruppi di lavoro a scavalco di professioni e ambiti di competenza.**
- **Miglioramento continuo delle pratiche di lavoro, attraverso la gestione della conoscenza, soprattutto tacita, e la gestione decentrata delle informazioni,** la verifica di obiettivi e risultati, l’analisi dei processi, l’auto-valutazione, **la sperimentazione e la misura.**
- Nuove forme di **leadership, soprattutto collaborativa ed etica/autentica,** la leadership distribuita.

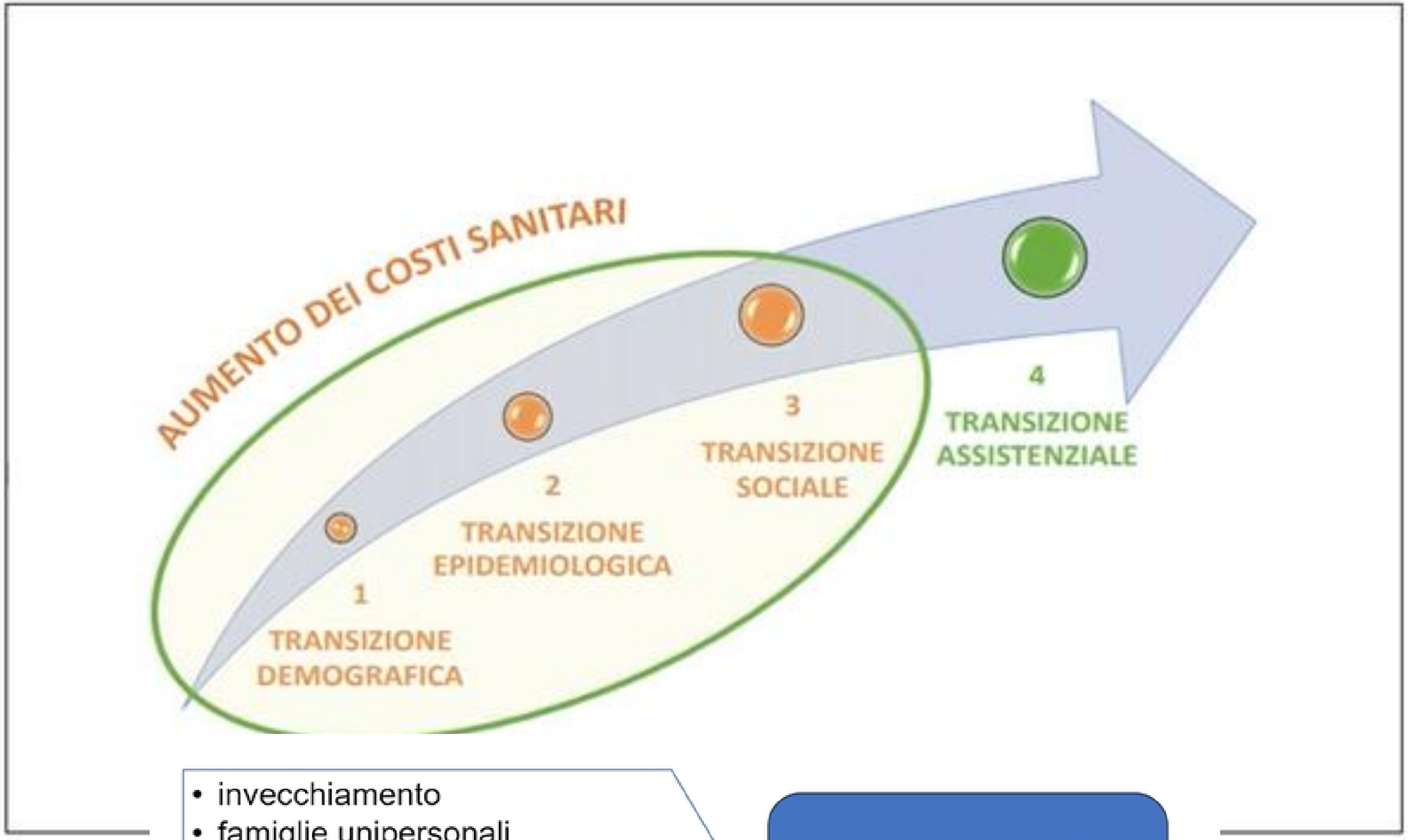
L’Innovazione Organizzativa

I modelli innovativi sono fondati su cambiamenti reali della cultura organizzativa delle persone e delle pratiche di lavoro

Ma quali sono gli attuali assetti organizzativi nelle aziende sanitarie e nei servizi sociosanitari?

- L’ organizzazione gerarchico burocratica, dove **il comando è prevalentemente esercitato in modo gerarchico e formale.**
- **Il lavoro è parcellizzato e orientato a rispondere ad obiettivi di sistema ancora molto orientati sulle prestazioni (es. Liste attesa), proceduralizzato e rigido (accesso per prenotazione CUP)**
- **Le persone hanno compiti professionali sostanzialmente individuali** e si muovono rispetto all’organizzazione soprattutto **come esecutori di regole e mansioni**.
- **Il forte orientamento al controllo della produzione attraverso la parcellizzazione dipartimentale delle competenze**

Un sistema in transizione… per la complessità



- invecchiamento
- famiglie unipersonali
- fragilità
- patologie croniche evolutive
- instabilità clinica
- bisogni sanitari e psicosociali

MEDICINA DELLA COMPLESSITA'

Opportunità e sfide della rete delle Case della Comunità

Devono rappresentare **i luoghi dove nuovi strumenti e forme di coordinamento tra le persone sono a servizio di un lavoro sempre meno individuale e sempre più condotto da team** flessibili e dinamici, **in grado di andare oltre l'erogazione di singole prestazioni.**

La sfida è **creare nuovi ambienti di lavoro, che vanno oltre l'appartenenza alle singole organizzazioni (sanitarie, sociali, amministrative ecc.) ma si costruiscono intorno alle azioni rivolte alle persone e ai gruppi**, per rispondere meglio ai bisogni in evoluzione.

Il lavoro coordinato tra professioni differenti interne ed esterne ai servizi sanitari e sociali, insieme allo sforzo continuo di migliorare la relazione con le persone destinatarie e con le risorse attivabili del territorio, **porta alla creazione di un know-how che sempre più non appartiene al singolo specialista ma al gruppo che risponde ai bisogni del territorio e gestisce aree di attività, sempre più a scavalco tra organizzazioni differenti.**

La co-locazione facilità l'integrazione e la cooperazione ma non la risolve, in quanto non perseguibile se non sacrificando la prossimità dei servizi di cure primarie

L’opportunità della rete delle Case della Comunità

La partecipazione all’innovazione della Medicina Generale nelle CdC

- ***I MMG a ruolo unico*** *(38h)*
- I MMG, tutti, sono aggregati in **AFT** (15-30.000 assistiti e un ambito territoriale definito)

- **La sede di riferimento della AFT viene individuata in prima battuta nelle CdC Hub**. La sede di riferimento della AFT è il luogo ove l’AFT **garantisce la continuità dell’assistenza H12/24**, anche con una contattabilità telefonica, integrandosi il piano di coordinamento dell’apertura degli studi medici.

- **L’AFT organizzerà d’accordo con la zona distretto le attività in CdC relative a:**
  - **Ambulatori per urgenze non differibili**
  - **Assistenza al cronico**
  - **Organizzazione dell’attività domiciliare (UCA e quant’altro previsto in base al bisogno locale)**
  - **Attività di prevenzione sulla popolazione in raccordo con la Medicina di Comunità e il Dipartimento della prevenzione**

La sfida dell’innovazione organizzativa nelle CdC: come affrontarla

- **Il sapere tecnico degli operatori sanitari e sociali dei servizi non è sufficiente** per le competenze multidimensionali e sistemiche richieste **a sviluppare autonomamente questo processo**

- **I saperi necessari ai team e ai gruppi di lavoro** per un macroprogetto innovativo come la CdC **sono anche quelli dell’antropologia, dell’educazione di comunità, delle scienze sociali, dell’architettura funzionale degli spazi interNi ed esterni alle CdC**

- **E’ necessario quindi uno staffing multidisciplinare frutto della collaborazione con il mondo del sapere accademico (Università), delle competenze gli enti locali (municipalità e quartieri), della convinta adesione delle professioni (ordini professionali)**.

La sfida dell'innovazione organizzativa nelle CdC: come affrontarla

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU

Ministero dell'Università e della Ricerca

Italiadomani

THE Tuscany Health Ecosystem

Workshop di Co-creazione

Indirizzi Strategici per l'Accoglienza nelle Case della Comunità

Cosa momento di co-creazione tra professionisti, esperti e persone portatrici di bisogni e interessi, durante il quale verranno analizzati e discussi la Carta di Identità dell'accoglienza e le relative strategie per favorire l'accoglienza nelle CdC.

Obiettivo co-creare degli *Indirizzi strategici* per l'Accoglienza della CdC con lo scopo di elaborare un documento finale congiunto (Unifi-AUSL), frutto della ricerca e di una visione sistemica sul tema, che possa costituire una base per futuri approfondimenti di settore (ad esempio indirizzi operativi strutturali/architettonici e organizzativi).

Quando 16 aprile pomeriggio
5 maggio pomeriggio

Proponenti

AUSL Toscana Centro
con
Dip. di Architettura
Dip. di Scienze della Salute
Dip. di Scienze per l'Economia e l'Impresa
Dip. di Formazione Lingue, Intercultura, Letterature e Psicologia

THE TUSCANY HEALTH ECOSYSTEM

Come costruire indirizzi utili a livello aziendale per sostenere il processo dell'innovazione organizzativa delle CdC?

La sfida dell’innovazione organizzativa nelle CdC: come affrontarla

Workshop di Co-creazione

Indirizzi Strategici per l’Accoglienza nelle Case della Comunità

PRIORITA’: ACCOMPAGNARE E SOSTENERE IL CAMBIO CULTURALE NECESSARIO PERCHE’ GLI OPERATORI POSSANO ADERIRE

NON SI PUO’ LAVORARE CON E NELLA COMUNITA SENZA CHE VI SIA ANCHE UNA COMUNITA’ INTERNA ALLA CDC (identità e partecipazione)

Come supportare e accompagnare tale cambiamento culturale prima di tutto negli operatori?

- **Incontri programmati in cui gli operatori e le equipe multiprofessionali discutono sui casi clinici sono il primo strumento per consolidare il lavoro in team, in quanto si opera in vista di un obiettivo comune, la salute del paziente.**
- **Spazi di lavoro sia formali che informali che favoriscano la partecipazione e la collaborazione tra operatori che non si sono scelti.**
- **Iniziative con focus group guidati e attività di team building da partecipare come formazione sul campo e con la supervisione esperta di psicologi dell’organizzazione/di base**

Il coinvolgimento della Comunità nella Casa della Comunità

Living Lab Casa della Comunità Le Piagge 18 giugno 2025

La Casa della Comunità deve essere un luogo aperto, facilmente frubile non solo per i servizi sanitari e sociosanitari ma per le iniziative partecipate dei cittadini alla costruzione della progettualità permanente che è una Casa della Comunità

Il tempo è ora

«La salute è (nel)la Comunità, (nel)l'insieme delle relazioni di reciprocità che in essa si instauriamo e che ci «rassicurano», perché … in una Comunità possimao contare sulla benevolenza di tutti…. Aiutarci reciprocamente è un nostro puro e semplice dovere, così come è un nostro puro e semplce diritto aspettarci che l'aiuto richiesto non mancherà « (Bauman Z. Voglia di Comunità. Laterza, editor. 2007)