

Introduzione

Fin dalla riforma del 1992 e 1993, le politiche sanitarie italiane si basano sui due pilastri dell'Assistenza Ospedaliera, da un lato, e dell'Assistenza Territoriale, dall'altro. Questi sono stati a lungo considerati come ambiti separati, privi di una effettiva integrazione e, altrettanto di frequente, l'assistenza territoriale è stata vista come ancillare rispetto a quella ospedaliera. I macrotrend economici di finanza pubblica e sanitari degli ultimi decenni hanno tuttavia imposto di rivedere lo schema appena descritto. I limiti di spesa pubblica sempre più stringenti, l'invecchiamento della popolazione e la diffusione delle cronicità, lo sviluppo di nuove tecnologie nell'ambito dell'Information and Communication Technology (ICT), hanno di fatto contribuito a perseguire strade differenti nella configurazione dei servizi sanitari ereditati dal passato. I report della World Health Organization (2008, 2012, 2015) da quasi due decenni sottolineano l'importanza dell'*home-care* soprattutto per il trattamento della popolazione più anziana e per il benessere dei pazienti con cronicità importanti. Più recentemente, l'avvento della pandemia da Covid-19 ha accelerato la presa di coscienza di queste necessità ed evidenziato l'importanza che la medicina territoriale può rivestire nei sistemi sanitari regionali.

In questo contesto, come vedremo nelle sezioni successive, le Case della Salute rappresentano un modello promettente, in quanto ancora non interamente sviluppato, di assistenza integrata, che mira a fornire servizi sanitari e sociali in modo coordinato e capillare. Proprio per questo motivo, la loro importanza, in quanto fulcro dell'assistenza sanitaria territoriale, è stata di recente confermata con la riforma prevista dal PNRR e in particolare dal DM77/2022 che ne ha meglio specificato il ruolo e le funzioni, rinominan-

dole Case della Comunità. Queste, così come le precorritrici Case della Salute, rappresentano la declinazione italiana dei Community Health Centers, introdotti inizialmente negli Stati Uniti e poi diffusi in molti altri contesti come in Canada (si vedano i Centres Local de Services Communautaires nel Quebec) e in Europa (ad esempio, i Buurtzorg in Olanda, il Municipal Care in Svezia o, in Gran Bretagna, i Primary Care Trust aboliti nel 2013 e sostituiti dagli attuali Integrated Care Systems)¹.

L'elemento cardine della riforma prevista dal PNRR risiede, infatti, nella capacità delle regioni di riorganizzare (o costituire ex-novo) un sistema di presidi e servizi, territorialmente diffusi, che vengono ricompresi nelle Case della Comunità. L'evoluzione di questo modello non nasce con il PNRR ma, a partire dalle poche esperienze regionali che hanno introdotto le Case della Salute, lo conferma come modello organizzativo diffuso a livello nazionale, capace di rispondere a una componente importante della domanda di servizi da parte della popolazione, garantendo standard precisi di servizio². La riforma si pone così l'obiettivo di potenziare l'assistenza territoriale, cercando anche di migliorare le performance soprattutto di quelle regioni che si trovano al momento più in difficoltà nel garantire un'adeguata assistenza sanitaria territoriale ai propri cittadini³.

A partire dalle attuali Case della Salute in vista della loro trasformazione in Case della Comunità, questo report si propone di offrire una riflessione sull'assistenza territoriale in Italia alla luce della riforma prevista dal PNRR, focalizzando l'attenzione sul caso della Regione Toscana che ha da tempo adottato questo modello di assistenza territoriale. L'analisi del caso toscano può quindi rappresentare una esperienza interessante ed una base

¹ Per una discussione della letteratura economica recente sui Community Care Centers si veda ad esempio Lippi Bruni et al. (2023). Per un'analisi del loro impatto per una riduzione degli accessi ospedalieri in Gran Bretagna si vedano Dolton e Pathania (2016) e Pinchbeck (2019).

² Si veda Petretto (2024) per un'analisi di quanto previsto nel PNRR sulla struttura organizzativa della medicina territoriale.

³ Come è noto, il sistema sanitario nazionale si basa su un'articolazione decentrata a livello regionale e, nel tempo, l'offerta regionale si è sviluppata in maniera differenziata, sia come capacità di risposta alle esigenze dei cittadini, sia, anche a parità di efficienza ed efficacia, adottando modelli di governance differenti. Per valutarlo, viene monitorata la capacità di ciascuna regione di raggiungere i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero il livello minimo di servizi che devono essere garantiti a tutti i cittadini italiani. A questo scopo, le diverse dimensioni ricomprese nei LEA sono misurate grazie agli indicatori presenti nel Nuovo Sistema di Garanzia relativi a tre macroaree: Area Prevenzione, Area Distrettuale e Area Ospedaliera (soprattutto dalle prime due provengono importanti indicazioni per l'ambito di nostro interesse). Gli ultimi dati disponibili (Ministero della Salute, 2024) confermano alcune tendenze, già in atto da diversi anni, che evidenziano una carenza nel raggiungimento delle soglie minime nelle Regioni del Sud. In particolare, mentre l'Assistenza Ospedaliera riesce, pur con grandi differenze, a raggiungere i livelli minimi in quasi tutto il Paese (se si esclude la Valle d'Aosta), le Aree Distrettuale e della Prevenzione, fronteggiano ancora grandi lacune per diverse regioni.

di riflessione riguardo a limiti e portata della riforma in atto, allo scopo di trarre degli spunti di indagine sul possibile impatto della riforma stessa e su eventuali indicazioni di policy utili per una sua migliore implementazione.

Il lavoro utilizza un approccio descrittivo che combina una lettura istituzionale dell'assistenza territoriale nell'ambito delle fonti normative esistenti con un'analisi empirica dei servizi distrettuali toscani, basata su dati amministrativi e indicatori territoriali e demografici. Questo approccio è rivolto a delineare un quadro, sia pur di massima, dell'assistenza territoriale toscana prima dell'attuazione della riforma sanitaria del PNRR, fornendo un interessante caso studio da cui partire per elaborare indicazioni più generali che potrebbero essere utili anche per altre realtà regionali.

Per affrontare tali temi, il lavoro è articolato in più sezioni. Il Capitolo 1 analizza l'evoluzione normativa dell'assistenza territoriale in Italia, con particolare attenzione alle innovazioni introdotte dal DM 77/2022 e alle modalità con cui queste sono state, fino ad ora, recepite a livello nazionale e regionale. Il Capitolo 2 approfondisce il caso toscano, descrivendo l'organizzazione delle Case della Salute e le analogie con il nuovo modello delle Case della Comunità, esaminando anche gli elementi peculiari della governance regionale. Il Capitolo 3 offre una fotografia di alcune caratteristiche demografiche e territoriali delle Zone-distretto della Toscana, prime indicazioni pur molto indirette dei fabbisogni assistenziali. Il Capitolo 4 presenta un'analisi quantitativa della distribuzione e dell'offerta di servizi territoriali nelle diverse aree, basata sui dati amministrativi disponibili durante la stesura del rapporto e aggiornati a febbraio 2025, mentre il capitolo 5 presenta un esame complessivo della performance distrettuale, costruendo un indice del grado di sviluppo e analizzando i servizi più direttamente collegati alla medicina territoriale attraverso indicatori di esito e di processo, in qualche misura come proxy di efficienza ed efficacia. Infine, il capitolo conclusivo sintetizza i principali risultati emersi dall'analisi e offre alcune indicazioni per l'implementazione della riforma del DM 77/2022, evidenziando opportunità e sfide per lo sviluppo futuro dell'assistenza territoriale italiana.