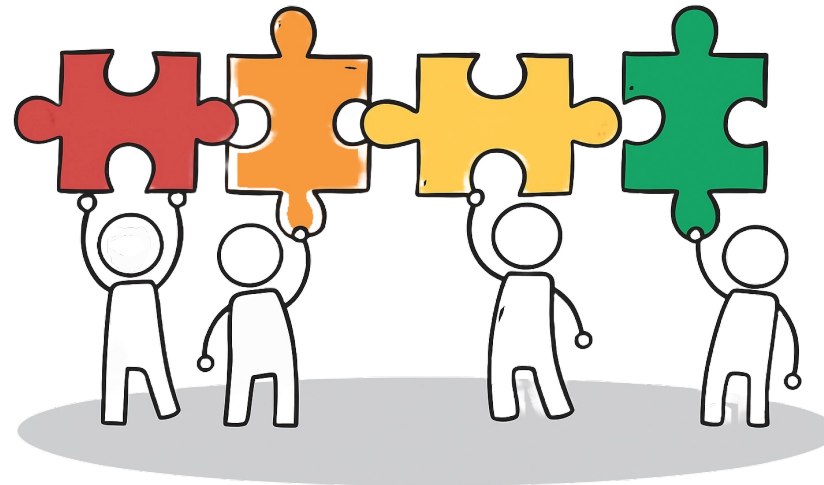


LA VALUTAZIONE PARTECIPATA DEL NUOVO MODELLO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE



2025

Scuola Superiore Sant'Anna
Istituto di Management
Laboratorio Management e Sanità

LA VALUTAZIONE PARTECIPATA DEL NUOVO MODELLO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

REPORT 2025

A cura di:
Milena Vainieri, Elena Maggioni, Giaele Moretti

Laboratorio Management e Sanità
Istituto di Management
Scuola Superiore Sant'Anna
Via Cardinale Maffi 27, Pisa
www.meslab.santannapisa.it

© Copyright 2025 Laboratorio MeS

ISBN: 978-88-95613-67-3 DEDIZIONI



LA VALUTAZIONE PARTECIPATA DEL NUOVO MODELLO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Questo volume, a cura di Milena Vainieri, Elena Maggioni e Giaele Moretti del **Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna**, raccoglie i risultati di un percorso di confronto fra le Organizzazioni Sindacali dei pensionati – CGIL, CISL e UIL – Regione Toscana e guidato dal Settore Assistenza Sanitaria Territoriale della Direzione Generale Sanità, Welfare e Coesione Sociale e dalle Aziende Sanitarie Territoriali.

Di seguito si riportano le persone che hanno supportato questa iniziativa. Per **Regione Toscana**: l'assessore Simone Bezzini, i dirigenti regionali Monica Marini e Manuele Braghero. Per le **Aziende Sanitarie**: Sandra Gostinicchi (AUSL Nord-Ovest), e Daniele Mannelli (AUSL Centro) Maria Giovanna D'Amato (AUSL Sud-Est), nonché tutte le operatrici e gli operatori delle strutture coinvolte che hanno contribuito con professionalità e spirito di collaborazione a disegnare ed implementare un primo modello di valutazione

partecipata. Per le **Organizzazioni Sindacali**: Alessio Gramolati (SPI CGIL Toscana), Viviano Bigazzi (FNP CISL Toscana) e Annalisa Nocentini (UIL Pensionati Toscana), nonché le referenti Marisa Grilli (SPI CGIL Toscana) Francesca Ric-ci (FNP CISL Toscana) e Gabriella Graziani (UIL Pensionati Toscana).

L'iniziativa ha visto la partecipazione attiva degli iscritti ai sindacati di seguito riportati.

SPI CGIL Toscana

Mauro Amadori, Franco Antoni, Franco Battaglini, Paolo Benassi, Patrizia Bernieri, Felice Bifulco, Fernando Biondi, Giziano Bonaventuri, Mara Bonciani, Maria Borsò, Roberto Burberi, Roberto Callaioli, Donatella Capitani, Daniela Cappelli, Alda Cardelli, Daniele Ceccarini, Lauro Cecchi, Tiziana Cecchi, Franca Cecchini, Francesco Chiocchetti, Roberta Chiti, Michela Ciangherotti, Vincenzo Cinquini, Rosita Ciucci, Mar-

cello Corti, Marta Dei, Massimo D'Elia, Laura Del Medico, Mauro Dell'Aiuto, Cesare Dell'Amico, Pinuccia Di Buono, Anna Ferri, Gianfranco Fiorucci, Silvia Francavilla, Vilma Fontanive, Salvatore Formica, Angiolo Gabrielli, Andrea Generini, Alberto Giorgi, Mauro Gistri, Claudia Innocenti, Gabriele Innocenti, Lorian Maccari, Claudio Maffini, Gianni Magini, Luca Margheri Corsini, Vania Mariotti, Alfredo Mariottoni, Gianfranco Maroni, Vincenzo Mazzeo, Daniele Miniati, Luciano Nacci, Stefano Nassi, Gianfranco Neri, Marco Noero, Paola Pancellini, Luca Pasqualetti, Simone Pizzichi, Pietro Ruffolo, Giuseppina Sandroni, Roberto Santiccioli, Carla Scuto, Maddalena Senesi, Massimo Signori, Ennio Spinetti, Giancarlo Tavanti, Maria Grazia Tempesti, Emanuele Tommasi, Ebe Trombella, Gabrielle Valdesi.

FNP CISL Toscana

Luciana Adami, Massimo Baldecchi, Guerrino Baldi, Pier Luigi Ballerini, Patrizia Baroni, Giuliano Bartoli, Michele Boccardi, Mario Bonaldi, Luciano Brocchi, Fabio Carruale, Paolo Chelotti, Dianora Della Buona, Davide Di Base, Fabrizio Fabbroni, Mario Filippi, Antonio Gabbani, Andrea

Giannecchini, Walter Giardi, Giorgio Nani, Rita Gudini, Luciana Lapi, Simonetta Maltomini, Agostino Massa, Uberti Mauro, Manuela Moscatelli, Alfio Nannini, Cesare Nigrelli, Elisabetta Nocera, Nazzareno Orlandi, Lorenza Pagin, Fernando Papini, Lilio Piccinetti, Daniela Piluddu, Laura Pontremoli, Cara Righetto, Fabrizio Roberti, Fabio Sani, Emilio Sbarzagli, Massimo Sbrilli, Carla Scuto, Maria Grazia Simoni, Giuseppe Sottile, Rossaria Stefani, Valeria Sutto, Alessandro Vivarelli.

UIL Pensionati Toscana

Gianni Baiocco, Mauro Bartolini, Guido Cagnani, Cesare Farinelli, Luciano Fedeli, Gabriella Graziani, Monica Guazzi, Giancarlo Leorin, Illia Lombardi, Anna Mura, Pietro Rubbioli, Vincenzo Santangelo, Sandro Santinami.



LA VALUTAZIONE PARTECIPATA DEL NUOVO MODELLO
DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Introduzione	9
Metodologia	15
Risultati	21
Case di Comunità	23
Ospedali di Comunità	29
Centrali Operative Territoriali	35
Conclusioni	43
Riferimenti normativi	47
Schede di dettaglio	51

1

INTRODUZIONE

La riorganizzazione dell'assistenza socio-sanitaria in Italia mira a rafforzare l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, ponendo al centro la prossimità e la continuità delle cure, con l'obiettivo di rendere l'accesso ai servizi più equo, efficace e sostenibile – sia per gli utenti che per il Sistema stesso. Regione Toscana, il cui Sistema Sanitario Regionale (SSR) ha visto il proprio scenario di riferimento mutare radicalmente con il diffondersi della pandemia da Covid 19, ha rilevato la necessità di ripensare in maniera rapida e flessibile l'offerta e le risposte assistenziali sul fronte sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale a partire dal confermare e rilanciare i principi di base del sistema stesso. Al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse presenti sul territorio, Regione Toscana sottolinea la necessità di riportare l'attenzione sui processi di integrazione sociosanitaria e su una governance territoriale incentrata sul dialogo tra Regione e territori, Aziende, Zone distretto, Società della Salute e Comuni, quali punti di appoggio delle future strategie di riorganizzazione e innovazione per rispondere ai bisogni di salute delle persone e rafforzare la lotta alle crescenti disuguaglianze.

In questo quadro di contesto, si inserisce quanto previsto dal DM 77/2022, poi ripreso dalla DGRT n.1508/2022, rispetto alla riorganizzazione del modello di assistenza territoriale, con particolare attenzione alle Case della Comunità (CdC), agli Ospedali della Comunità (OdC) e alle Centrali Operative Territoriali (COT). Sebbene questi servizi non siano completamente nuovi rispetto al "Modello Toscano" già in vigore – si pensi alle Case della Salute già dal 2002 – è imprescindibile che il SSR si confronti con gli stakeholder del territorio per poter implementare i propri servizi coerentemente con i bisogni (sanitari e sociali) e le reali risorse presenti. Difatti, solo attraverso un'attenta e continuativa mappatura di questi elementi è possibile limitare la dispersione delle risorse e la duplicazione dei servizi offerti che generano inefficienze e riducono gli esiti di salute.

Il coinvolgimento degli utenti nei processi di sviluppo dei servizi pubblici è un fenomeno sempre più rilevante, anche in qualità di strategia fondamentale per la promozione e prevenzione della salute attraverso più settori (individuo, famiglia, comunità) e reti multidimensionali (individuali,

professionali e sociali). Questa tendenza va di pari passo con la crescente necessità di definire un valore condiviso che tenga conto anche dei bisogni sociali degli stakeholder, secondo una logica bottom-up, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza dei processi produttivi valorizzando le conoscenze e le competenze delle risorse umane. Entrambi questi processi partono dal presupposto che la co-creazione e la co-produzione dei servizi debbano essere caratterizzate dal contributo attivo di professionisti e utenti per garantire la creazione di valore e il raggiungimento dei risultati.

Inoltre, la logica della collaborazione si estende oltre la creazione e l'erogazione dei servizi, comprendendo le fasi di progettazione, messa in servizio e valutazione (**Figura 1**), in cui la partecipazione degli utenti è fondamentale per garantire efficacia e reattività dei servizi ai bisogni della popolazione di riferimento.

Immaginandosi dunque di poter sviluppare, erogare e innovare un servizio sanitario coinvolgendo interamente la popolazione di riferimento – o, più realisticamente, gruppi della stessa – è fondamentale che questa venga coinvolta anche

nel processo di valutazione del servizio stesso.

Quest'ultimo può essere più o meno strutturato rispetto anche alla tipologia di servizio offerto. In alcuni casi, è proprio la letteratura scientifica a fornire una solida base per la creazione di scale validate; in altri, vi è necessario attivare progetti pilota, sperimentazioni, di co-valutazione dei servizi da parte dei cittadini che siano integrabili con gli eventuali strumenti di valutazione delle performance aziendali.

Il presente report si posiziona proprio all'interno di questo spazio di lavoro e vuole divenire una best practice di collaborazione tra cittadini/utenti e SSR, che ben si integra con una forte tradizione toscana di partecipazione dei cittadini alla "cosa-pubblica". Obiettivo ultimo di questa sperimentazione, e del report che ne è conseguito, non è solo quello di mappare lo stato dell'arte del processo di riorganizzazione della sanità territoriale bensì anche di restituire alle Aziende Sanitarie la prospettiva dell'utenza – e nello specifico dei valutatori – durante le visite per la compilazione dello strumento di valutazione.

Nelle prossime pagine sarà illustrato il metodo di lavoro, dalla fase di creazione dello strumento di valutazione al processo di restituzione dei feedback tra comunità di riferimento, Azienda Sanitaria e istituzioni regionali.

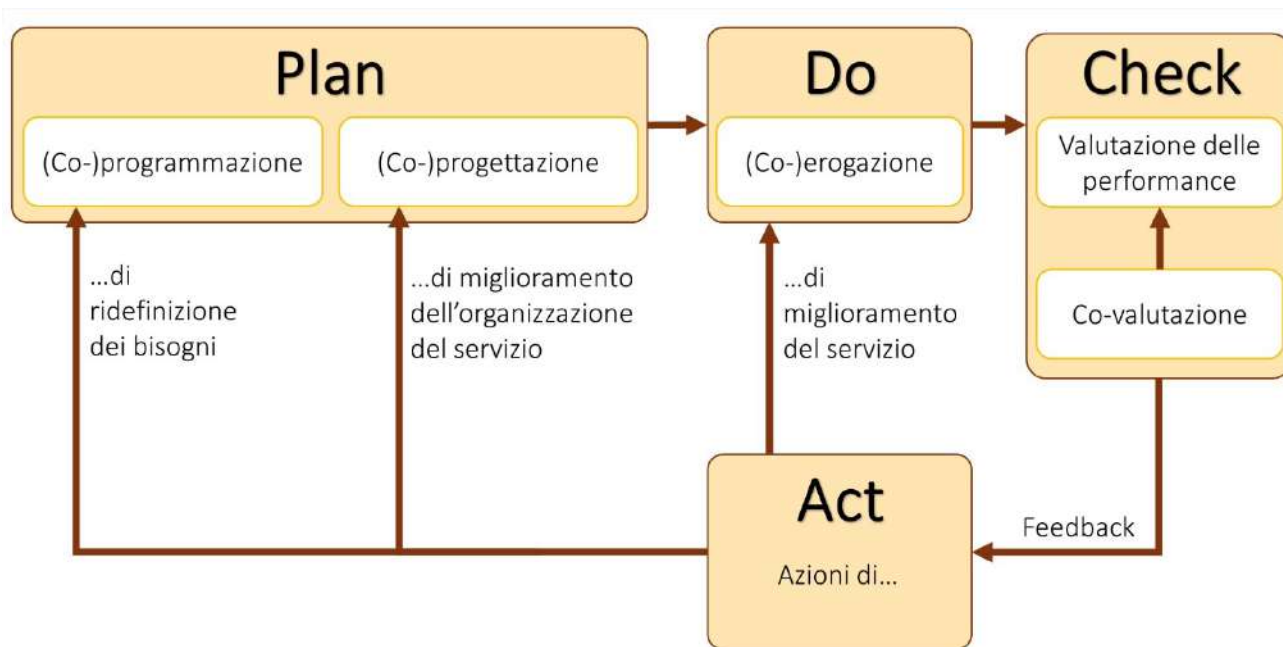


Figura 1. *Ciclo di rafforzamento del processo di feedback*

2

METODOLOGIA

Il processo che ha portato allo sviluppo del report sulla valutazione partecipata è iniziato nel giugno 2024 con una prima riunione tra le Organizzazioni Sindacali e la Regione Toscana, in cui si è iniziato a costruire il disegno e la metodologia per una sperimentazione volta ad anticipare la messa a regime del nuovo modello di sanità territoriale. Per conformità con quella che è la riorganizzazione prevista dal DM77 e dalla delibera 1508 di Regione Toscana, la sperimentazione è stata ideata e progettata su tre tipologie di servizi: le Case della Comunità (CdC), le Centrali Operative Territoriali (COT), e gli Ospedali di Comunità (OdC).

La sperimentazione, per questioni legate al tempo a disposizione e all'innovatività stessa dell'iniziativa, è stata portata avanti in solamente alcune tra le sedi dei servizi attualmente presenti sul territorio regionale, scelte in accordo con i Direttori della rete territoriale delle tre Aziende Sanitarie. La **Tabella 1** riporta un resoconto delle strutture selezionate.

Le linee guida di sviluppo della sperimentazione sono state oggetto di un ulteriore confronto tra Organizzazioni Sindacali, la Regione

Toscana ed i tre Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, oltre che i referenti delle strutture sanitarie territoriali coinvolte e i referenti delle organizzazioni sindacali territoriali. Il laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna, in quanto soggetto terzo ed ente indipendente, è stato coinvolto in qualità di facilitatore e garante della rappresentanza e del rigore metodologico e scientifico. Lo strumento identificato per la misurazione e valutazione della riorganizzazione territoriale è una griglia appositamente co-progettata dal team di ricerca del laboratorio MeS e dai rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali.

	AUSL CE (12)	AUSL NO (16)	AUSL SE (9)
Case della Comunità (12)	CdC Firenze Le Piagge CdC Certaldo CdC Vaiano CdC Quarrata	CdC Montignoso CdC Piazza al Serchio CdC La Rosa CdC Donoratico CdC Tabarracci CdC Aulla	CdC Castiglion Fiorentino CdC Castel Del Piano CdC Sinalunga
Centrali Operative Territoriali (12)	COT Borgo San Lorenzo COT Empoli COT Prato COT Montecatini	COT Carrara COT Lucca COT Pisa COT Livorno COT Viareggio	COT Arezzo COT Orbetello COT Poggibonsi
Ospedali di Comunità (11)	OdC Camerata OdC San Miniato OdC Misericordia Dolce e Prato OdC Ceppo Pistoia	OdC Fossone OdC Campo Di Marte OdC Cecina OdC Barbantini OdC Volterra	OdC Montevarchi OdC Grosseto OdC Montalcino

Tabella 1. *Strutture oggetto di valutazione*

La griglia rappresenta non solo uno strumento di monitoraggio ma è anche volta ad orientare il percorso di partecipazione alla sperimentazione. La costruzione della griglia di valutazione è avvenuta partendo da una serie di concetti chiave identificati come essenziali dalle organizzazioni sindacali, che sono stati successivamente implementati ed integrati all'interno della griglia dai ricercatori della Scuola. Gli elementi indicati come di maggiore importanza sono di seguito riportati:

- Servizi presenti
- Semplicità di accesso e di relazione
- Presenza di attività di prevenzione, con particolare attenzione alla fragilità nell'anziano
- Ruolo della Casa di Comunità per le urgenze minori e di continuità delle cure nei percorsi della cronicità e della fragilità
- Integrazione socio-sanitaria e funzionamento dei Punti Unici di Accesso
- Coinvolgimento della comunità e presenza di attività di promozione della salute
- Rapporto Ospedale-Territorio nei percorsi di presa in carico
- Organizzazione dell'assistenza domiciliare

Sono stati successivamente organizzati tre incontri di presentazione della progettualità e dello strumento della griglia, uno per ciascuna Azienda Sanitaria. Gli incontri hanno rappresentato un momento di confronto sui temi oggetto della sperimentazione, ma anche l'occasione per la presentazione dei referenti delle strutture identificate e del contesto e delle comunità nel quale sono inserite. Oggetto di discussione è stata anche la griglia di valutazione, che ha visto la sua forma finale al termine dei tre incontri dopo che tutti i feedback ricevuti sono stati incorporati.

La **Figura 2** riporta le dimensioni identificate che rappresentano una "guida" durante lo svolgimento della visita presso le strutture. Le singole domande sono consultabili nella sezione risultati.

Le schede sono state compilate per tutte le visite in programma e successivamente inviate ai ricercatori della Scuola, che hanno provveduto alla razionalizzazione e codifica delle risposte in ottica di valutazione. Il processo di trasformazione delle schede in punteggi valutativi è stato svolto utilizzando, quando presenti, gli standard previsti dal DM 77 del 2022. In assenza di stan-

dard condivisi, si è proceduto ad un confronto continuo ed iterativo con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali per identificare metriche condivisibili e riproducibili. Qualora questo non fosse possibile, i risultati della sperimentazione sono stati mostrati come sintesi narrative dei concetti maggiormente ricorrenti. Nel caso in cui vi fossero più risposte discordanti per una stessa domanda di una struttura, il risultato finale è stato calcolato mediante una media tra punteggi.

Nelle sezioni successive sarà presentata una rappresentazione di insieme di risultati delle attività di co-valutazione per le tre tipologie di strutture oggetto di sperimentazione (CdC, OdC, COT).

Descrizione	CdC OdC COT	Integrazione socio-sanitaria	CdC
Semplicità	CdC OdC COT	Comunità e promozione della salute	CdC
Prevenzione	CdC	Rapporto ospedale-territorio	OdC COT
Percorsi della cronicità e della fragilità	CdC OdC COT	Assistenza domiciliare	OdC COT

Figura 2. Dimensioni d'analisi per tipo di struttura

3

RISULTATI

CASE DI COMUNITA'



1. Cartellonistica e indicazioni per le Case di Comunità (Esempi di informazioni da annotare: è presente? è visibile?)
2. Persone con funzioni di accoglienza (Esempi di informazioni da annotare: c'è qualcuno all'accoglienza? In quali orari?)
3. Orari di apertura (Riportare giorni e orari di apertura della struttura e altre informazioni eventuali)
4. Figure presenti in Casa di Comunità (Annotare in particolare Medici di Medicina Generale, infermieri, assistenti sociali e/o altre figure)
5. Riportare il numero di ore settimanali dei medici di medicina generale presenti in Casa di Comunità
6. Ambulatorio di continuità assistenziale (Riportare se è presente e l'orario di funzionamento)
7. Come si entra in Casa di Comunità? È possibile effettuare un accesso diretto? Se sì per cosa?
8. È presente il Punto Unico di Accesso o Punto Insieme all'interno della Casa di Comunità? Se sì che funzioni svolge?
9. Ci sono spazi per la comunità? (Riportare se ci sono spazi dedicati, come e chi vi accede)
10. Quali iniziative di promozione della salute sono in essere? (A chi sono rivolte le iniziative? Sono eventi saltuari o sistematici?)
11. Sono presenti programmi collegati alla geriatria di iniziativa o programmi di prevenzione di invecchiamento attivo?
12. Quali relazioni ci sono fra la Casa di Comunità e la COT? Per cosa?
13. Chi prenota le visite di controlli dei cronici? "Chi prescrive prenota"
14. Quali sono i servizi di telemedicina presenti? (Es. servizi fra professionisti come teleconsulto e/o servizi al cittadino)



Struttura		Tipologia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	14
Centro	Casa di Comunità Certaldo	Hub	●	◐	●	●	●	●	◐	○	◐	●	◐	◐	◐
	Casa di Comunità Firenze Le Piagge	Hub	◐	●	●	◐	●	◐	●	◐	◐	●	●	○	●
	Casa di Comunità Quarrata	Hub	◐	●	●	●	○	●	◐	○	●	●	◐	◐	◐
	Casa di Comunità Vaiano	Hub	◐	●	◐	◐	○	◐	○	○	◐	◐	◐	◐	◐
Nord Ovest	Casa di Comunità Aulla	Hub	●	●	○	●	○	○	◐	●	●	●	●	◐	◐
	Casa di Comunità Donoratico	Spoke	●	●	●	◐	●	●	●	●	●	●	●	◐	○
	Casa di Comunità La Rosa	Hub	◐	◐	●	●	◐	●	◐	◐	◐	●	●	◐	●
	Casa di Comunità Montignoso	Spoke	◐	●	●	◐	●	○	◐	○	◐	●	◐	●	◐
	Casa di Comunità Piazza al Serchio	Spoke	◐	●	●	◐	○	◐	◐	◐	◐	●	○	●	●
	Casa di Comunità Tabarracci	Hub	◐	●	●	●	◐	●	◐	●	●	●	●	●	◐
Sud Est	Casa di Comunità Castel del Piano	Hub	●	◐	○	◐	○	◐	●	○	◐	●	●	◐	○
	Casa di Comunità Castiglion Fiorentino	Hub	◐	○	●	●	◐	●	◐	✕	◐	●	●	●	◐
	Casa di Comunità Sinalunga	Spoke	●	◐	●	◐	○	◐	◐	◐	●	●	●	●	◐

Struttura		Tipologia	12
Centro	Casa di Comunità Certaldo	Hub	Relazioni tra servizi e strutture, la COT attiva i servizi ma senza una vera attivazione della presa in carico
	Casa di Comunità Firenze Le Piagge	Hub	COT attiva i professionisti per monitorare la necessità di cura, ma ancora non attiva una presa in carico che tenga conto della rete sociale e familiare del paziente
	Casa di Comunità Quarrata	Hub	Collegamento per il GIROT
	Casa di Comunità Vaiano	Hub	Relazione stretta, sono nello stesso edificio
Nord Ovest	Casa di Comunità Aulla	Hub	Relazioni per gestire le transazioni territorio-territorio e territorio-ospedale, segnalazione paziente per rispondere ai bisogni sanitari e socioassistenziali, e per attivare l'UVM
	Casa di Comunità Donoratico	Spoke	Relazione diretta, comunicazione con MMG
	Casa di Comunità La Rosa	Hub	Rapporti molto stretti, sono nello stesso edificio, integrazione attiva di professionisti tra COT e CDC (osmosi di personale)
	Casa di Comunità Montignoso	Spoke	Relazioni giornaliere, attivazione assistenza domiciliare sia medica che infermieristica
	Casa di Comunità Piazza al Serchio	Spoke	Collaborativo ed integrativo, COT raccoglie e coadiuva le informazioni sui bisogni
	Casa di Comunità Tabarracci	Hub	Coordina tutti i passaggi del percorso sanitario del cittadino, interazione continua
Sud Est	Casa di Comunità Castel del Piano	Hub	Gestisce la continuità del percorso ospedale-territorio, territorio-ospedale e territorio-territorio.
	Casa di Comunità Castiglion Fiorentino	Hub	Segnalazioni, presa in carico dei malati cronici, transizione tra Ospedale-Territorio.
	Casa di Comunità Sinalunga	Spoke	Relazioni tra servizi e strutture, la COT attiva i servizi ma non c'è una vera attivazione della presa in carico

Il quadro delineato dalla valutazione risulta complessivamente positivo, pur evidenziando alcune aree ancora in fase di sviluppo o non pienamente a regime rispetto a quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR n.1508/2022. Le Case di Comunità, pur configurandosi come luoghi fisici destinati a essere facilmente riconoscibili dalla cittadinanza, non sempre risultano tali nella pratica: emerge infatti una forte esigenza di collaborazione con gli Enti Locali, al fine di potenziare la visibilità attraverso interventi di segnaletica e cartellonistica anche sul suolo cittadino – così come il passaggio da Case della Salute a Casa di Comunità.

Permangono inoltre criticità nell'implementazione di alcuni servizi, come la telemedicina, che non risulta ancora pienamente sviluppata e operativa. Al contrario, appaiono ben avviati i programmi e le attività di promozione della salute, nonché le iniziative dedicate all'invecchiamento attivo e alla geriatria di iniziativa, che rappresentano elementi qualificanti dell'offerta.

L'analisi evidenzia una certa eterogeneità nello stato di avanzamento tra le diverse Case di Comunità, con alcune realtà più mature rispetto ad

altre. Tuttavia, la valutazione costituisce una fotografia statica riferita a giugno 2025 e, pertanto, non può essere considerata rappresentativa né dell'intero territorio toscano né dell'attuale livello di sviluppo dei lavori. Non emergono, invece, differenze significative di implementazione tra le Case Hub e le Case Spoke, né tra i territori afferenti alle diverse Aziende Sanitarie, anche in considerazione del limitato valore statistico dell'analisi.

Per quanto riguarda gli spazi destinati alla comunità, il quadro appare ancora in evoluzione, condizionato da difficoltà di natura tecnica e normativa che ne rallentano la piena realizzazione e richiedono ulteriori interventi di adeguamento e supporto.

OSPEDALI DI COMUNITA'



1. Dov'è collocato l'OdC? (è un reparto di un ospedale esistente o un piccolo ospedale ecc.)
2. Quanti posti letto sono dedicati alla OdC nella struttura?
3. Quante persone e quali figure professionali sono previste nell'OdC?
4. Come si entra in OdC? Chi invia in OdC? Quali sono i criteri per entrare in OdC?
5. Quando si esce da OdC dove vengono dimessi? Si attiva la domiciliare? In quanti casi?
6. Per l'ingresso in OdC vengono valutate anche gli aspetti relativi alla fragilità? Se sì come
7. In dimissione dall'OdC vengono valutate anche aspetti relativi alla fragilità? Se sì come?



Struttura		1	2	3	4	5	6	7
Centro	Ospedale di Comunità Camerata							
	Ospedale di Comunità Ceppo Pistoia							
	Ospedale di Comunità Misericordia e Dolce Prato							
Nord Ovest	Ospedale della Comunità c/o Casa di Cura Barbantini							
	Ospedale di Comunità Campo di Marte							
	Ospedale di Comunità Cecina							
	Ospedale di Comunità Volterra							
Sud Est	Ospedale di Comunità Grosseto							
	Ospedale di Comunità Montalcino							
	Ospedale di Comunità Montevarchi							

Il quadro di implementazione degli Ospedali di Comunità risulta estremamente positivo alla data dell'analisi e rispetto agli elementi oggetto di valutazione. In particolare, emerge una piena operatività nei collegamenti con i servizi territoriali, con un'attenzione significativa alla gestione della fragilità sia in fase di accesso che di dimissione, elemento che rappresenta uno dei punti di forza maggiormente riconosciuti.

La distribuzione dei servizi appare complessivamente omogenea tra le tre aziende sanitarie, a conferma di un avanzamento diffuso nell'implementazione del modello organizzativo. Persistono tuttavia alcune criticità, principalmente legate allo stato di avanzamento dei lavori strutturali, che in numerosi casi risultano ancora in corso. In particolare, la collocazione fisica delle strutture costituisce la criticità più frequentemente rilevata, poiché molte di esse risultano tuttora ospitate in sedi provvisorie o in attesa dell'avvio dei lavori di adeguamento.

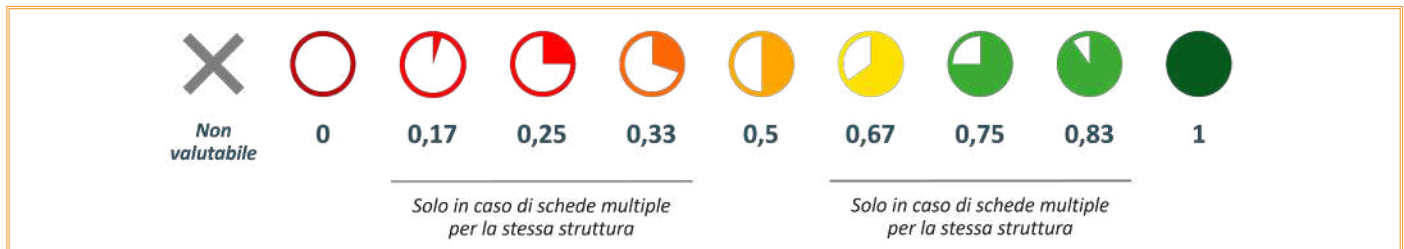
Allo stesso tempo, permangono margini di manovra per il miglioramento del modello organizzativo, in particolare per quanto riguarda

la dotazione di personale e la collocazione fisica delle strutture, che in molti casi risulta ancora provvisoria. È tuttavia importante sottolineare come le criticità legate alle risorse umane devono essere interpretate all'interno di un contesto più ampio di carenza di personale nel sistema sanitario, che incide trasversalmente sull'operatività e sulla sostenibilità dei servizi.

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI



- Qual è l'orario di funzionamento del servizio?
- Quante persone lavorano nella COT e quali figure sono coinvolte?
- Ci sono domande specifiche che vengono monitorate relative agli aspetti socio-assistenziali e di fragilità?
- Qual è la copertura del servizio? Ovvero quante e che tipo di strutture afferiscono alla COT (es. Case della Comunità, Ospedali...)
- Quante richieste arrivano alla COT nell'orario della mattina? (se la visita è di mattina, segnate l'ora e chiedete quante richieste sono arrivate? che tipologia? Altrimenti chiedete di una mattina "tipo")
- Quante richieste arrivano alla COT nell'orario del pomeriggio? (Se la visita è di pomeriggio, segnate l'ora e chiedete quante richieste sono arrivate? che tipologia? Altrimenti chiedete di un pomeriggio "tipo")
- Distribuzione delle chiamate che arrivano alla COT (da quali servizi?)
- Quante pazienti sono stati trasferiti? Dove? In quanto tempo?
- Chiedere cosa fa la COT per le persone con cronicità
- Sono presenti programmi collegati alla geriatria di iniziativa o programmi di prevenzione di invecchiamento attivo?



Struttura		1	2	3	4	10
Centro	COT Borgo San Lorenzo					
	COT Empoli					
	COT Montecatini					
	COT Prato					
Nord Ovest	COT Carrara					
	COT Livorno					
	COT Pisa					
	COT Lucca					
	COT Viareggio					
Sud Est	COT Arezzo					
	COT Orbetello					
	COT Poggibonsi					

Struttura		5 & 6			
Centro	COT Borgo San Lorenzo	X			
	COT Empoli	19	6		25
	COT Montecatini	35	8		43
	COT Prato	8	20		28
Nord Ovest	COT Carrara	8	4		12
	COT Livorno	9	5		14
	COT Pisa	35	6		41
	COT Lucca	13	15		28
	COT Viareggio	8	7		15
Sud Est	COT Arezzo	9	2		11
	COT Orbetello	3	3		6
	COT Poggibonsi	3	2		5

Struttura		7	8
Centro	COT Borgo San Lorenzo	Ospedali, Cure intermedie, Riabilitazione, MMG	Ospedale, RSA/territorio, domicilio
	COT Empoli	Medicina e ortopedia	N.D
	COT Montecatini	Ospedali, Strutture di ricovero	Cure intermedie
	COT Prato	Ospedali, Cure intermedie, Assistenti sociali, a volte familiari	Cure intermedie
Nord Ovest	COT Carrara	Ospedale (NOA); interni ed esterni; PUA	Cure intermedie
	COT Livorno	Ospedale, MMG, Riabilitazione, Assistenti sociali, PS, Cure palliative, a volte familiari	Cure intermedie, Riabilitazione
	COT Pisa	Ospedale, Cittadini e/o familiari	Rientro al domicilio, Cure intermedie, Hospice, RSA
	COT Lucca	Ospedali, Cure intermedie, case di cura convenzionate, hospice, MMG	Cure Intermedie, Case di cura convenzionate, Hospice
	COT Viareggio	Ospedali, Territorio, MMG, Cure intermedie	N.D
Sud Est	COT Arezzo	Prevalentemente ospedale: reparti e pronto soccorso	70% cure domiciliari, 20% cure residenziali temporanee, 10% cure riabilitative
	COT Orbetello	Ospedali, PS, Riabilitazione	Ospedale di comunità
	COT Poggibonsi	Ospedale, Territorio, Istituti, MMG	Ospedali di comunità, Riabilitazione, ADI multiprofessionale, percorsi territoriali, Hospice, Assistenza Infermieristica Urgente, domicilio

Struttura		9
Centro	COT Borgo San Lorenzo	Collegamento tra professionisti, Verifiche a domicilio, segnalazione da MMG e professionisti
	COT Empoli	Obiettivo è implementare presa in carico territoriale per diabete, obesità, cardiopatie, insufficienza respiratoria
	COT Montecatini	Attivazione del percorso sanitario o/e sociale adeguato
	COT Prato	In attesa di telemedicina, presa in carico con servizi sanitari o sociosanitari e monitoraggio a domicilio con mmg e infermieri
Nord Ovest	COT Carrara	Attivazione servizi, assistenza domiciliare , ADI integrata
	COT Livorno	No presa in carico diretta, ci sono progetti in sviluppo
	COT Pisa	La cronicità è gestita a livello distrettuale e dalla casa della comunità
	COT Lucca	Facilita la presa in carico e continuità assistenziale tra ospedale-territorio, territorio-ospedale, territorio-territorio. Attiva cure domiciliari, servizi sociali territoriali, cure palliative
	COT Viareggio	Facilita la presa in carico e continuità tra ospedale-territorio, tra territorio-ospedale, e territorio-territorio
Sud Est	COT Arezzo	Assistenza domiciliare, Riabilitazione, Telemedicina, Telemonitoraggio, Valutazione del percorso socio-assistenziale, attivazione specialisti di riferimento
	COT Orbetello	Telemedicina e assistenza domiciliare integrata, inserimento in strutture residenziali
	COT Poggibonsi	No percorsi di medicina di iniziativa, attivazione percorsi ADI, in attesa di direttive per consegna kit telemonitoraggio, transizioni territorio-territorio

Le Centrali Operative Territoriali appaiono, alla data dell'analisi, non ancora pienamente a regime rispetto agli orari di funzionamento previsti dagli standard ministeriali. Si rileva, inoltre, una marcata variabilità sia nel numero – che oscilla da un minimo di cinque a un massimo di quarantatré – sia nella distribuzione delle richieste giornaliere tra la fascia mattutina e quella pomeridiana nei diversi territori di riferimento.

L'analisi restituisce tuttavia un quadro complessivamente positivo per quanto concerne il personale, a differenza degli Ospedali di Comunità, sia in termini numerici sia per la presenza di una solida componente multiprofessionale. Risulta adeguata anche la copertura del servizio, che garantisce collegamenti strutturati e sistematici con i setting ospedalieri e territoriali. Restano invece parzialmente da consolidare i rapporti con i servizi residenziali, ancora non pienamente integrati nel sistema.

Diversamente dalle Case di Comunità, le COT presentano margini di miglioramento nell'attivazione dei servizi dedicati alla geriatria di iniziativa e ai programmi di prevenzione e promo-

zione dell'invecchiamento attivo. Al contrario, risultano maggiormente implementati i servizi rivolti alla gestione dei pazienti cronici, anche grazie all'utilizzo di strumenti di telemedicina nella maggior parte delle strutture considerate.

4

CONCLUSIONI

I risultati riportati in questo report rappresentano una prima sperimentazione di valutazione partecipata dei servizi da parte dei cittadini e utenti, unicuum sul territorio nazionale. Al contempo, i risultati presentati presentano alcune limitazioni in termini di metodologia. In assenza di una valutazione oggettiva, bensì soggettiva dei singoli valutatori, e di un campione rappresentativo dell'intero territorio regionale i risultati mancano di significatività statistica. Tuttavia, rispondono appieno alla necessità di un maggior coinvolgimento della popolazione di riferimento, nonché principali utenti e target dei servizi stessi, nella valutazione e co-creazione dei servizi sociosanitari e assistenziali.

I risultati voglio rappresentare, oltre che a una mera fotografia statica dello stato dell'arte a giugno 2025, anche un primo punto di partenza per riflettere collegialmente tra istituzioni rispetto alle possibili aree di miglioramento.

Nel complesso, il quadro che emerge dall'analisi evidenzia un percorso di implementazione complessivamente positivo delle strutture territoriali previste dal DM77/2022 e

dalla DGR n. 1508/2022, pur con differenze nello stato di avanzamento tra le diverse strutture.

Le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali mostrano progressi concreti e un progressivo consolidamento delle funzioni previste dalla normativa nazionale, confermando la volontà di sviluppare un modello di assistenza sempre più integrato, multidisciplinare e orientato alla prossimità. I risultati sono da leggere anche alla luce di un sistema sanitario regionale già fortemente indirizzato verso una riorganizzazione dei servizi territoriali, che già nel 2002 vede la prima sperimentazione del modello organizzativo delle Case della Salute – istituzionalizzate con la successiva DGR n.139/2008. Queste traiettorie di sviluppo già intraprese favoriscono inevitabilmente non solo l'implementazione tecnico-strutturale bensì anche quella di cultura organizzativa rivolta più verso il territorio che il setting ospedaliero.

Permangono tuttavia alcune criticità trasversali, riconducibili sia a fattori strutturali – come la disponibilità di personale e di spazi adeguati – sia alla necessità di rafforzare i collegamenti con gli

Enti Locali e con la rete dei servizi residenziali. L'eterogeneità territoriale osservata non rappresenta solo un limite, ma anche l'espressione della diversa maturità dei processi locali e della capacità di adattare l'implementazione ai contesti specifici.

Nonostante la natura statica della rilevazione, riferita a una fase di transizione del sistema, l'analisi restituisce un'immagine coerente con gli obiettivi del DM 77/2022, confermando una progressiva evoluzione verso modelli organizzativi in grado di rispondere ai bisogni di salute in modo integrato e continuo. Il consolidamento delle esperienze in corso, unito a un ulteriore investimento in risorse, competenze e coordinamento interistituzionale, rappresenta la condizione necessaria per assicurare la piena realizzazione della riforma e la sostenibilità del nuovo assetto dell'assistenza territoriale.

5

RIFERIMENTI NORMATIVI

-
- Deliberazione della Giunta Regionale 23 Dicembre 2019, n. 1663
 - Deliberazione della Giunta Regionale 28 Novembre 2022, n. 1340
 - Deliberazione della Giunta Regionale 19 Dicembre 2022, n. 1508
 - Decreto Ministeriale 23 Maggio 2022, n.77

6

SCHEDE DI DETTAGLIO



AUSL CENTRO



AUSL NORD-OVEST



AUSL SUD-EST

Finito di stampare nel mese di dicembre 2025
da DEDALO - Pisa
grafica | editoria | stampa

Il Laboratorio Management e Sanità (MeS), costituito nel 2004 dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, lavora nell'ambito della ricerca e formazione in economia e management sanitario con Istituzioni sanitarie pubbliche e private a livello regionale, nazionale e internazionale.

La sua missione consiste nel valorizzare le logiche fondanti del sistema sanitario pubblico, nello studio e valutazione delle sue specificità, nel confronto tra diversi sistemi regionali e internazionali, nell'innovazione organizzativa e gestionale a beneficio della tutela della salute e infine nella sistematizzazione di *know-how* manageriale per chi opera nel mondo della sanità.

www.meslab.santannapisa.it

