



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Prot. n. 1090/1.12.2

Firenze, 28 gennaio 2022

Alla cortese att.ne

Simone Bezzini, Assessore al diritto alla salute e sanità

Serena Spinelli, Assessora alle Politiche sociali, edilizia residenziale pubblica e
cooperazione internazionale

Federico Gelli,

Responsabile della Direzione sanità, diritti cittadinanza e coesione sociale

Enrico Sostegni, Presidente della Terza Commissione Sanità e Politiche Sociali

Barbara Trambusti, Responsabile Politiche per l'integrazione socio-sanitaria

Michelangelo Caiolfa, Federsanità ANCI Toscana

e p.c.

Componenti della Terza Commissione Consiliare

Simone Gheri, Direttore Anci Toscana

CRPO Toscana

Case di Comunità

Osservazioni su obiettivi e servizi

Gentilissimi,

la Commissione Regionale Pari Opportunità della Toscana ha ritenuto opportuno valutare l'impatto che le Case di Comunità, previste dal PNRR, possono avere sulla



salute dei cittadini e in particolare su quella delle donne. Il miglioramento dei servizi esistenti grazie alle risorse del Next Generation EU e la creazione di nuovi servizi innovativi e più vicini ai cittadini, come la Missione 6 del PNRR richiede, darà, a nostro avviso, una svolta decisiva nel miglioramento delle condizioni di salute delle persone; per questo, non possiamo perdere l'opportunità che ci viene offerta per **evidenziare i bisogni di salute della popolazione femminile che possono trovare piena applicazione in una corretta realizzazione e gestione dei servizi delle Case di Comunità.**

Inoltre, considerato che nella relazione che il Governo ha inviato in data 23 Dicembre 2021 al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR¹ per le Case di Comunità è stato evidenziato che:

“M6C1 - Investimento 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona:

È stato concluso il ciclo di incontri finalizzato ad una prima ricognizione dei progetti. Entro il 28 febbraio 2022 ciascuna regione definirà il proprio piano operativo contenente piani di azione volti all'individuazione dei siti.”

riteniamo utile proprio in questa fase definire il contenuto delle stesse poiché la forma della struttura che conterrà la Casa della Comunità e la sua collocazione ne condizionerà inevitabilmente anche il contenuto e la fruibilità da parte della popolazione.

Il documento di seguito riportato è stato deliberato nella seduta nr. 16 del 26 Gennaio 2022.

La Presidente

Francesca Basanieri

¹ https://www.governo.it/sites/governo.it/files/Relazione_Parlamento_stato_attuazione_PNRR.pdf



Premesso che nel PNRR si legge che:

...“La crisi pandemica sta sollevando alcune riflessioni in ordine all’importanza delle differenze di genere per comprendere gli effetti delle patologie, su cui in futuro occorrerà porre attenzione e immaginare, ove rilevante, percorsi differenziati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Un **impatto diretto di questa missione sui divari di genere potrebbe derivare dal rafforzamento dei servizi di prossimità e di supporto all’assistenza domiciliare**. Essi potrebbero incoraggiare un aumento dell’occupazione sia nel settore dei servizi di cura, a cui contribuiscono maggiormente le donne, sia più in generale nell’economia, riducendo l’onere delle attività di cura fornito in famiglia dalle donne. L’implementazione di strutture assistenziali di prossimità per le comunità, consentirà anche **percorsi di prevenzione, diagnosi e cura per ogni persona con un approccio basato sulle differenze di genere**, in tutte le fasi e gli ambienti della vita.”

Considerati altresì i seguenti atti della Regione Toscana:

- il **Documento Preliminare 1 della GR del 26/04/2021** come informativa preliminare al Programma Regionale di Sviluppo 2021-2025 dove si evidenzia tra le strategie di carattere trasversale la **NR.3 Strategia regionale per l’equità e la coesione (Pari opportunità - Giovani generazioni - Montagna e aree interne - Costa, mare e isole)**
- il Bilancio regionale 2022-2024
- la Nota di aggiornamento al DEFR 2022 appena approvate dove si evidenzia, in particolare, nell’ambito del **Progetto Regionale 21 – ATI il Progetto per le donne in Toscana**, come “le pari opportunità siano al centro dell’azione amministrativa e si sottolinea la necessità di incentivare in maniera trasversale la cultura della parità di genere in ogni intervento regionale come motore di sviluppo di una comunità e come elemento fondamentale di contrasto alla violenza di genere.”

Ricordando inoltre che:

- il premio Nobel per l’economia Amartya Sen sostiene che “le cure primarie siano il mezzo più importante per migliorare le condizioni di vita delle popolazioni”, mentre la pediatra Barbara Starfield dimostrò che investire nella



sanità territoriale non solo garantisce una più equa distribuzione di salute tra i cittadini, ma comporta anche una spesa sanitaria inferiore;

- Secondo l'OMS sia gli stati ricchi che i paesi in via di sviluppo hanno trascurato la medicina territoriale: i primi per concentrarsi sull'assistenza iperspecializzata, i secondi perché assorbiti dalle campagne di contrasto alle malattie infettive.

La Commissione Regionale Pari Opportunità della Toscana propone una riflessione sul ruolo che le Case di Comunità possono avere su una nuova visione della salute delle donne.

1. Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN

Per poter elaborare una proposta concreta rispetto ai servizi e alla centralità delle Case di Comunità prendiamo come base gli studi e le proposte di Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali².

L'assistenza territoriale o assistenza primaria - traduzione inglese di **primary care** – rappresenta infatti la prima porta d'accesso ad un sistema sanitario.

La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO)³, nel 2014, definisce l'assistenza primaria come:

“l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone.”

Pertanto sul territorio dovranno essere individuati :

² agenas.gov.it

³ https://ec.europa.eu/health/index_it



- a. lo sviluppo di strutture di prossimità come le **Case della Comunità**;
- b. il potenziamento delle **cure domiciliari** affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- c. **l'assistenza sanitaria e sociale** che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico;
- d. **modelli di servizi digitalizzati**, utili sia per il reclutamento e la gestione dei percorsi dei pazienti, sia per l'assistenza a domicilio;
- e. una **valorizzazione della co-produzione con gli utenti** e il lavoro di prevenzione, cura, inclusione sociale, sostegno che può essere offerto dalla comunità;
- f. la partecipazione e la valorizzazione di tutte le risorse della comunità nelle sue diverse forme;
- g. attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.).



Tabella 1. Cooperazione funzionale delle figure che costituiscono l'équipe multiprofessionale

MMG/PLS	Referente del caso in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo cittadino in tutta la sua globalità e in tutte le fasi della vita.
Infermiere	Contempla tra le sue attività la presa in carico del singolo e della sua rete relazionale da un punto di vista assistenziale e di autocura, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in alcune fasi della malattia che non possono essere demandate per la complessità diagnostica e terapeutica che le caratterizza. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Équipe di supporto	Tutti gli specialisti o le altre figure professionali della UVM che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di <i>case manager</i> nelle diverse fasi della presa in carico in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali (es. ostetrica, fisioterapista, ecc.).

Il **Distretto** è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio.

Come espresso dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale LR. 84/2005, garantendo comunque una popolazione minima di almeno 60.000 abitanti, salvo che la Regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL

1.1 La Casa di Comunità

La Casa della Comunità 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 socio-sanitaria.



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

Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. Un modello che faccia della vicinanza ai cittadini il suo punto di forza, ma occorre altrettanta attenzione per formare chi lavorerà all'interno di questi contesti innovativi.

Il PNRR prevede:

- Una **Casa della Comunità Hub** per ogni Distretto e almeno tre **Casa della Comunità Spoke** (1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali.
- Le aggregazioni della **Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta**, quali le **AFT** (aggregazioni funzionali territoriali) e **UCCP** (unità complesse delle cure primarie), medicine di gruppo integrate, con sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure a questa collegate funzionalmente, in qualità di strutture spoke, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa.
- Un **Infermiere di Comunità** ogni 2.000-2.500 abitanti, afferenti alle Case di Comunità .

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'**accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo di prossimità**, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la **prevenzione e promozione della salute** anche attraverso il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la **presa in carico della cronicità e fragilità** secondo il paradigma della **medicina d'iniziativa**;
- la **valutazione del bisogno della persona** e l'accompagnamento alla risposta più appropriata, programmabile e non;



- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la **garanzia della continuità dell'assistenza** anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- l'**attivazione di percorsi di cura multidisciplinari**, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver

La CdC Hub garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali ,Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;
- Programmi di screening;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo,retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es.telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo,pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica,inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;



- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.

La CdC Spoke garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

All'interno delle CdC possono essere ricompresi posti letto di cure intermedie (Ospedali di Comunità e post-acuti) e/o posti letto di hospice e/o servizi di riabilitazione e mantenimento funzionale.



2. Le richieste della CRPO Toscana

Come precedentemente detto, le Case di Comunità rappresentano un punto di svolta per la presa in carico della persona e per la sua salute, intesa come la definisce l'OMS, «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia».

L'opportunità che ci offre il PNRR è quello di rafforzare alcuni servizi che oggi sono solo in parte implementati e non equamente distribuiti in tutto il territorio regionale e di costruirne di nuovi tenendo conto delle priorità del Next Generation EU e di quelle definite nel piano di sviluppo regionale.

Le Case della Comunità attraverso il rafforzamento della sanità territoriale, l'integrazione tra i servizi sociali e socio-sanitari e la partecipazione attiva della comunità alla promozione della salute realizza in maniera concreta i dettami della nostra Costituzione, art. 32, "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

Molti degli interventi "suggeriti" o "consigliati" nella programmazione del PNRR devono, a nostro avviso, essere resi *obbligator* nelle Case di Comunità della Regione Toscana per attuare in maniera efficace il principio della sanità pubblica, della sanità di tutti e per tutti dove anche la salute delle donne e la medicina di genere possano trovare finalmente un luogo dove poter essere sviluppate e implementate al meglio.

In generale, l'approccio di genere in ogni fase dei percorsi e dei servizi delle Case di Comunità sarà fondamentale per contribuire ad un cambiamento culturale che possa garantire vere e reali pari opportunità che, come l'OMS sottolinea⁴, rappresentano un vantaggio anche per la salute e il ben-essere degli uomini.

⁴ The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/the-health-and-well-being-of-men-in-the-who-european-region-better-health-through-a-gender-approach-2018>



2.1 Dotazione e caratteristiche

Le Case di Comunità dovrebbero avere le seguenti caratteristiche

- con un bacino di utenza riferito a 10.000 abitanti
 - area dell'accoglienza
 - sportello Cup
 - punto unico di accesso
 - medicina generale
 - pediatri di libera scelta
 - assistenza specialistica ambulatoriale
 - ambulatorio infermieristico
 - attività diagnostico-strumentale di primo livello
 - area dei servizi sociali.
- con un bacino di utenza riferito ai 15.000 abitanti, ai servizi di base sopracitati si aggiungano
 - assistenza ambulatoriale complessa
 - ambulatori in connessione alla rete della terapia del dolore e delle cure palliative
 - consultorio Familiare
- Devono essere aperte 24h/24 7gg/7; questo tipo di apertura non è auspicabile ma inderogabile se si vuole realmente costruire un servizio di vicinanza al cittadino;
- Devono essere raggiungibili con con trasporti pubblici e, in caso contrario, si prevedano navette ad-hoc che garantiscano la continuità giornaliera del servizio in termini di orario;



- Devono essere il luogo di potenziamento dei Consulitori familiari al quale dedichiamo un paragrafo separato.

2.2 Servizi

2.2.1 I Consulitori

Tra i servizi utili alla salute delle donne all'interno delle Case di Comunità i consultori sono sicuramente tra i più importanti. Per questo, i **consultori familiari devono essere fortemente potenziati** rivestendo, tra l'altro, un ruolo cruciale nella medicina di comunità per il raccordo che essi realizzano, nel loro funzionamento, tra ospedale e territorio.

Va rilanciato il **ruolo primario del consultorio familiare nella promozione della salute riproduttiva quale: tutela sociale della maternità; presa in carico della donna che partorisce e assistenza post partum; prevenzione dell'aborto; accompagnamento e sostegno della donna che abortisce** prevedendo anche la possibilità di effettuare al suo interno l'aborto farmacologico, così come previsto dalle recenti Linee Guida Ministeriali Agosto 2020⁵ e dalla delibera regionale DGR. 827/2020⁶.

Particolare attenzione, il Consultorio familiare, deve dedicare ai **giovani** promuovendo, in rapporto diretto con le scuole, l'educazione sessuale e educazione alla contraccezione resa gratuita come detta la delibera regionale n. 1251/2018 e n. 394/2019.

Per far funzionare bene i consultori familiari occorre attivare la delibera della Conferenza unificata Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 che stabilisce gli organici minimi per il buon funzionamento del Consultorio (lo standard individuato prevede il servizio di ostetricia e ginecologia, di assistenza sociale di base e psicologia, con un monte ore determinato in base ai carichi di lavoro). Essa prevede altresì l'adeguamento delle reti consultoriali regionali:

⁵ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf

⁶

https://www.regione.toscana.it/documents/10180/28353227/All+A_Decisione_21_2020.pdf/1bf0a83d-60f5-1cdf-caa1-84d2ef7d9a01?t=1605614689009



- un Consultorio ogni 20.000 abitanti nelle città e
- un Consultorio ogni 10.000 abitanti nelle zone rurali

per un totale di più di tremila strutture.

Inoltre, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza contenuto nel DPCM del 12 gennaio 2017⁷ ha delineato una riqualificazione delle attività consultoriali e del percorso nascita; entrambi comportano un aggiornamento della formazione degli operatori e delle diverse figure professionali impegnate.

Il problema per quanto riguarda i Consultori familiari è la **piena applicazione della normativa e il superamento delle forti disomogeneità territoriali**.

In tale ambito grande rilievo assume **la piena applicazione della legge 194/78 sulla prevenzione e la regolamentazione dell'interruzione volontaria di gravidanza**: bisogna aggredire le criticità che da ormai molti anni accompagnano la sua applicazione.

In particolare, la CRPO prendendo in considerazione le diverse azioni che dovranno essere intraprese nell'immediato e nel prossimo futuro riguardo al percorso per la piena applicazione della legge 194/78⁸ (sia chirurgica che farmacologica) si è attivata dandosi un **programma di sostegno ai lavori del Tavolo regionale della 194**.

La CRPO ritiene infatti che occorra:

- in prima istanza, recuperare i dati (ove mancassero proporre la sistematizzazione di una raccolta più dettagliata) di quanti operatori non obiettori operano sul territorio toscano e come sono collocati; come sono distribuiti i consultori in grado (attualmente o nel futuro prossimo) di poter affrontare la interruzione farmacologica; quali procedure sono state messe in atto per far conoscere alle cittadine, in modo adeguato, il percorso per la piena applicazione della 194 sia chirurgica che farmacologica.

7

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4773&area=Lea&menu=vuoto>

8

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4476&area=Salute%20donna&menu=societa>



- successivamente, adoperarsi affinché la Regione Toscana abbia un portale che faciliti l'approccio ai servizi e lo renda omogeneo in tutto il territorio.
- infine, verificare che sul territorio toscano siano presenti operatori non obiettori in numero adeguato per le richieste ma, allo stesso tempo, che per gli stessi venga individuato un percorso che permetta loro una crescita di competenze anche in altri ambiti della loro specializzazione (infermieri, ostetriche, ginecologi e anestesisti).

In tutto questo **i consultori devono avere un ruolo centrale e fare da coordinamento di una rete di soggetti pubblici, associazioni, cittadini che insieme devono costruire una prevenzione adeguata e appropriata ai territori di riferimento.**

I problemi che permangono e che possono essere superati grazie alle nuove risorse PNRR che inducono ad una nuova organizzazione e ad un miglioramento dei servizi interni alle Case di Comunità e ai Consultori che prevedano una presa in carico puntuale, dettagliata e equa rispetto al territorio regionale sono:

- **La salute sessuale e riproduttiva della popolazione che va affrontata in modo integrato con le povertà, le diseguaglianze di genere e i comportamenti sociali a rischio**, fondamentale quindi un approccio di salute pubblica.

L'educazione all'affettività nelle scuole è praticamente assente. Sarebbe importante prevedere progetti di educazione all'affettività per tutte le classi dalla scuola dell'infanzia all'università. Su questo percorso di educazione il Consultorio con le sue figure professionali deve avere un ruolo centrale.

- **la diminuzione e/o il depotenziamento dei Consultori con una distribuzione disomogenea sul territorio regionale: una costante e continua carenza di personale e di strumentazione adeguata; mancata formazione del nuovo personale** al lavoro territoriale durante il corso di specializzazione. E' importante ricordare che l'accesso deve continuare a essere diretto, libero e gratuito.
- le difficoltà nell'Interruzione volontaria di gravidanza: permangono situazioni in cui l'accesso risulta difficoltoso e talvolta impossibile a causa del tasso di obiettori di coscienza fra gli operatori/operatrici che, in alcune strutture arriva al



totale degli operatori, rendendo di fatto, impossibile, il ricorso all'IVG. La IVG farmacologica, per cui ad Agosto 2020 sono state emanate le linee guida⁹ dal Ministero della Salute e per cui non è previsto il ricovero ospedaliero, può essere un utile strumento per rendere più facile, per la donna, il percorso dell'IVG (attraverso Consultori attrezzati e con personale formato) e superare la questione dell'obiezione di coscienza. Pertanto occorre applicare la delibera regionale e le linee Nazionali.

- le difficoltà delle donne con fragilità:
 - **donne con un background migratorio:** è ancora abbastanza usuale il ricorso all'aborto clandestino, essendo per loro più difficile l'accesso all'IVG. Ci sono infatti **problemi di lingua, di integrazione, di scarsa conoscenza delle normative, o di limiti delle normative stesse**, che ad esempio ritardano la possibilità di accesso all'IVG per le richiedenti asilo che sono in stato di gravidanza anche in seguito a violenze sessuali subite durante il tragitto.

A questo si aggiunge anche la pratica delle **mutilazioni genitali femminili** presenti in maniera significativa anche nella nostra Regione e dove, con consultori funzionanti che seguono le donne fin da giovanissime, si potrebbero costruire percorsi per diminuire o addirittura annullare queste pratiche.
 - **donne con disabilità: difficoltà nell'accesso paritario all'assistenza sanitaria** e ai servizi di informazione da parte dei Consultori. La contraccezione, l'interruzione di gravidanza e la sterilizzazione forzate delle ragazze e delle donne con disabilità, soprattutto intellettiva e/o psico-sociale, rimangono pratiche relativamente diffuse.
- **una corretta informazione legata alla contraccezione:** tema della gratuità universalistica (mentre ora in Italia è tra le più care d'Europa) facilità della reperibilità della contraccezione d'emergenza. Le infezioni sessualmente trasmesse non sono scomparse: facilitare l'uso del profilattico femminile, oltre a quello maschile.

⁹ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf



- la gravidanza, il parto, il puerperio e la violenza ostetrica: troppo elevato è l'uso di episiotomia e taglio cesareo e poco considerata e disomogenea sul territorio è una **gestione del parto rispettosa delle scelte della donna e attenta ai bisogni del/della neonato/a**; non è sempre diffusa la disponibilità di tecniche di analgesia del parto efficaci; non è sufficiente il supporto domiciliare alla mamma soprattutto per quanto riguarda le tematiche dell'allattamento e della depressione post-partum.
- l'utilizzo della **PMA**: è regolata dalla L. 40/2004¹⁰ ma non sempre donne e uomini trovano servizi pubblici adeguati; frequente è il ricorso al settore privato.

Per ultimo ma non ultimo, occorre applicare il documento di indirizzo approvato alla conferenza Stato Regione 20 febbraio 2020 che riguarda "investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita"¹¹.

Non c'è dubbio che **investire nello sviluppo precoce del bambino** è una delle migliori politiche che un paese può fare anche per lo sviluppo economico, per ridurre la povertà e le disuguaglianze. Prevenire è l'azione più appropriata anziché investire solo nella cura.

Lo sviluppo della vita umana è influenzata dalla eredità genetica- epigenetica, che ha inizio dalla maturazione dei gameti in fase adolescenziale, con un rischio di esposizione agli agenti esterni (inquinamento ambientale, errata nutrizione, determinati comportamenti socio-culturali, etc.) che è maggiore nel periodo intrauterino, che si riduce via via ma che rimane presente in tutto l'arco della vita. Per consentire efficaci politiche sanitarie e ambientali diventa inderogabile per le Regioni applicare le indicazioni contenute nel documento ministeriale. Importanti azioni di politica sociale saranno la formazione verso gli stakeholders, informazione e educazione nelle scuole su quali rischi porta l' inquinamento ambientale -climatico e quali possibili interventi possano essere attivati da parte di ciascuno per ridurre l'impatto delle influenze chimiche, fisiche, biologiche e sociali avverse sulla popolazione e sulla natura.

¹⁰ <https://web.camera.it/parlam/leggi/04040l.htm>

¹¹ https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3120



Il raccordo tra il Consultorio (che, ad esempio, implementa i corsi pre-parto e i servizi post-parto) e i pediatri all'interno delle Case di Comunità deve facilitare percorsi e progetti di sostegno alla genitorialità e allo sviluppo del bambino nei primi mille giorni di vita che sono fondamentali per la lotta alle discriminazioni, alle violenze di genere e per il contrasto agli stereotipi che condizionano fin dai primi giorni di vita la crescita di bambine e bambini.

2.2.2 La medicina di genere

Non vi può essere un aumento significativo della tutela della salute e della cura se non viene applicata la cosiddetta **medicina di genere**: lo sostengono molte organizzazioni internazionali, a partire dall'Organizzazione mondiale della sanità (Cf. WHO, Gender Equity and Human Rights¹²).

La medicina di genere è lo studio delle differenze biologiche, legate al sesso e delle differenze socioeconomiche e culturali, definite dal genere, sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Nonostante questa consapevolezza uomini, donne e chi non si riconosce né l'uno né l'altro, continuano ad essere visti come un unicum per quanto riguarda l'erogazione dell'assistenza sanitaria e delle cure.

Fare medicina di genere richiede di andare oltre le differenze e le somiglianze biologiche (che necessitano di essere accuratamente valutate se vogliamo una medicina basata sull'evidenza per le donne); pertanto, la medicina di genere non è – come taluni credono – la medicina delle donne, ma è **la medicina della persona nella sua totalità** sia essa donna, uomo o LGBTI+, caucasica, africana o asiatica. In altre parole, la medicina di genere pone la persona al centro per arrivare a una tutela della salute e della medicina veramente personalizzata.

Le differenze biologiche e fisiologiche sono state poco studiate sia a livello preclinico che clinico. L'esclusione delle donne (più della metà del genere umano) nasce in parte dalla maggior complessità del loro corpo.

12

<https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2021/gender-equity-and-human-rights#:~:text=The%20Gender%2C%20Equity%20and%20Human,coordination%20with%20the%20Regional%20Offices.>



Le raccomandazioni e le linee guida si basano su dati ottenuti prevalentemente da uomini, generando errori di sistema che rendono difficile la loro applicazione alle donne e alle LGBTI+.

E' un errore metodologico che comporta una riduzione conoscitiva dell'applicazione concreta e dell'impatto individuale e sociale dei risultati scientifici conseguiti, con una grave lesione del diritto alla salute, indipendentemente dal genere, così come costituzionalmente garantito.

Esistono grandi differenze tra i generi, ad es. nella Farmacologia esiste una diversità di assorbimento dei farmaci o una diversità del peso corporeo: lo stesso farmaco a parità di dose può raggiungere una soglia di tossicità nella donna. Ci sono differenze nella clinica di molte patologie come nelle malattie cardiovascolari, nei tumori, nelle malattie reumatologiche ed immuni, nella risposta ai vaccini. Anche per la pandemia Covid19 è stata data poca attenzione alle differenze di genere: ad oggi sappiamo che gli uomini si ammalano in forme più gravi mentre le donne hanno tendenza alle forme di longcovid e quindi di subire maggiormente gli impatti socioeconomici della pandemia. Non solo, sappiamo che un numero maggiore di donne vive in povertà rispetto agli uomini ed è noto da anni che un basso livello economico e sociale e una bassa istruzione portano a una cattiva salute. La vita delle donne è caratterizzata da una gran mole di lavoro non retribuito dedicato ai lavori domestici e alla cura dei figli, dei genitori, del marito ecc. rispetto agli uomini. Le donne sono pagate meno rispetto agli uomini, svolgono lavori più precari, lavorano di più in nero. Il lavoro non retribuito e il ruolo di caregiver aumentano lo stress cronico, e perciò non meraviglia che le donne siano più soggette allo stress quindi a un maggior rischio di malattie cardiovascolari, malattie croniche, depressione e ansia.

Tutto questo ha prodotto una carenza di conoscenza sul corpo femminile, cosicché ancora oggi abbiamo una prevenzione, una cura e una riabilitazione androcentriche.
La salute e la medicina devono smettere di essere androcentriche.

Sarà quindi importante verificare se gli effetti placebo e nocebo sono uguali nei due generi; produrre studi di farmacocinetica che considerano l'età, le diverse vie di somministrazione, le fluttuazioni ormonali, l'uso di alcool e tabacco; verificare se i biomarkers diagnostici e terapeutici variano nei generi.

Le Case di Comunità dovranno essere il luogo della costruzione di una medicina di genere partendo dalla formazione degli operatori che devono avere la



consapevolezza del diverso approccio alla cura, alla diagnosi e ai vari stili di vita legati alla diversità di genere. Le Case della Comunità devono stare al centro dei percorsi di prevenzione e promozione della salute delle donne sia attraverso la promozione dell'attività fisica (AFA) e dei corretti stili di vita sia ampliando la tipologia di gli screening da effettuare nei diversi periodi della vita di una donna fino alla medicina di iniziativa e alla presa in carico.

La medicina transculturale

Rientra nella medicina di genere anche la **medicina transculturale** che, oggi, non può più essere considerata un'opzione ma una impellente necessità di tipo politico oltre che socio-economico.

Il processo di globalizzazione è inarrestabile e la percentuale di popolazione straniera continua a crescere e a porre domande che riguardano la presa in carico ottimale della popolazione di cultura diversa dalla nostra chiedendo risposte che sono principalmente di tipo politico e organizzativo.

La diversità culturale e linguistica è per i servizi sanitari una delle sfide maggiori, che va affrontata in maniera proattiva per garantire una maggiore equità di accesso alla salute da parte di popolazioni straniere: una risposta che deve essere di alta qualità, efficace, efficiente, appropriata ed etica.

Sono soprattutto le donne straniere a pagare le conseguenze di queste difficoltà e a non riuscire ad avere servizi efficaci per sé e per i propri bambini; occorrono, pertanto, servizi di interpretariato efficaci; un lavoro continuo e costante con le famiglie e i servizi sociali territoriali; programmi educativi e materiale informativo per i migranti ma anche maggiore consapevolezza culturale da parte del personale sanitario.

2.2.3 La prevenzione

Come già detto la prevenzione riveste un ruolo essenziale nella sanità pubblica, soprattutto in situazioni di particolare disagio quali ad esempio:

La povertà sanitaria

Sappiamo quanto sia diffusa la povertà sanitaria, le tante situazioni in cui le persone rinunciano alle cure o per mancanza di risorse o perché non conoscono i servizi offerti; abbiamo imparato a conoscere i molti volti della povertà sanitaria: minori, senza fissa



dimora, anziani, immigrati ecc. **In ognuna di queste categorie le donne pagano il prezzo più alto.**

Per questo è necessario che le Case di Comunità diventino **centri di prossimità contro la povertà sanitaria**. Promoviamo i modelli di **medicina d'iniziativa e di prossimità** in favore di gruppi di popolazione particolarmente vulnerabili e a scarsa probabilità di accesso ai servizi socio-sanitari:

- la proposta consiste nella trasformazione di ambulatori pubblici collocati in aree di alta deprivazione sociale in centri di prossimità, costruiti insieme alle Asl, alla Casa della comunità, al Comune, al terzo settore. I centri di prossimità andranno a scovare le persone fragili e malate del territorio di riferimento che hanno bisogno di cura e di assistenza e che da sole non sono in grado di orientarsi verso i servizi socio-sanitari. **I centri di prossimità saranno un utile sostegno in particolare per le donne che per la maggior parte sono coinvolte nella cura dei propri familiari oltre ad essere in maggior percentuale anziane sole e povere .**

La povertà minorile

Nelle Case di Comunità devono essere attuate azioni per la prevenzione e protezione per contrastare la povertà minorile.

La povertà minorile comporta, soprattutto per le bambine, un rischio maggiore di vivere situazioni di violenza e abusi con conseguenze spesso irrimediabili dovute al trauma psico-fisico. Investire le risorse del Next Generation EU in programmi per la **costruzione di comunità educanti** potrebbe essere la soluzione per contrastare la povertà educativa. Troppo frequentemente le azioni messe a punto nei territori vedono solo due attori: alunni e insegnanti. **La sfida è invece quella di considerare l'educazione una questione che coinvolge un'intera comunità. Una comunità che assume l'educazione come suo tratto fondante e che si concretizza in una rete di soggetti che, in un determinato territorio, decidono di assumere una responsabilità condivisa per la crescita di bambine, bambini e adolescenti. Le Case di comunità attraverso i servizi sociali, i servizi di prevenzione e di salute mentale devono essere il perno di questa comunità educante.**



2.2.4 L'integrazione dei servizi sociali e socio-sanitari

I servizi sociali devono essere presenti obbligatoriamente all'interno delle Case di Comunità.

Nell'ambito delle funzioni sociali territoriali la Casa della Comunità ha lo scopo di **promuovere il benessere della comunità attraverso servizi e interventi di prevenzione, di promozione sociale e di accompagnamento delle persone nei momenti di fragilità, con lo scopo di ripristinare la condizione di autonomia.**

Le donne possono trarre forte giovamento da una reale integrazione dei servizi sociali e socio-sanitari; grazie ad una presa in carico trans-disciplinare e coordinata, infatti, si possono intercettare in maniera preventiva situazioni di disagio e maltrattamento e prevenire o evidenziare precocemente situazioni di violenza.

La missione dei servizi sociali nella Casa di Comunità sarà quella di:

- garantire l'ascolto ai cittadini, l'informazione e l'orientamento;
- sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi;
- attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale;
- promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere;
- favorire e sostenere politiche e interventi che riducono il grado di esposizione della popolazione al rischio di esclusione, di emarginazione o di disagio sociale
- far fronte alle urgenze ed esigenze indifferibili (tempestività di intervento e nelle quali vi siano elementi di rischio e di pregiudizio, prestando particolare attenzione alla tutela dei minori di età quali soggetti fragili e a rischio evolutivo, al supporto alle donne vittime di violenza, alle vittime di tratta, agli adulti e anziani in situazione di grave disagio fisico e/o psichico, alle altre persone e famiglie in condizione di grave difficoltà o indigenza) attivando quindi i servizi istituzionali e la rete locale o di altri territori interessati.



Inoltre, riguardo le situazioni di cronicità o di non autosufficienza delle persone anziane, si debbono prendere in carico le situazioni perseguendo in via prioritaria la vita presso il proprio domicilio prevedendo e consentendo percorsi e progetti personalizzati verso l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza domiciliare sociale.

I servizi sanitari e sociali non devono attendere che le persone si rivolgano ai servizi, ma andare loro incontro alle persone e scovare il loro disagio: spesso proprio le persone che hanno più bisogno dei servizi, come precedentemente evidenziato, non li conoscono e non li sanno utilizzare

Occorre attivare politiche differenziate a seconda dei bisogni, secondo il **principio dell'universalismo selettivo**; i servizi erogati, pertanto, dovranno tener conto della popolazione che utilizzerà quella Casa di Comunità. Non dovrà essere fatta una programmazione a priori ma una programmazione che coinvolga le esigenze della comunità e i bisogni di salute della popolazione che insiste su quel territorio.

2.2.5 I MMG

Nell'organizzazione della medicina territoriale la figura cardine per la parte sanitaria e' il medico di famiglia che tramite il rapporto fiduciario con i pazienti ha un ruolo centrale per l'individuazione e la risoluzione di problematiche socio-sanitarie possibili, però, solo nella collaborazione con il team multiprofessionale implementato nelle Case di Comunità.

In questa ottica è fondamentale l'aggregazione dei medici di medicina generale, evoluzione della medicina di gruppo, per creare un'omogeneità del lavoro, seguire protocolli diagnostici e terapeutici, partecipare a progetti socio-sanitari definiti dall'Asl come, ad es., le vaccinazioni di massa e le campagne di prevenzione.

E' necessario creare la rete tra gli Spoke nei territori più periferici e gli Hub affinché la risposta sanitaria sia omogenea ed universale su tutta la Regione anche nelle aree interne e nei territori marginali.

Bisogna intervenire sulla formazione nella medicina generale sia aumentando il numero degli specializzandi sia nelle competenze per un lavoro che, oltre alla clinica, deve saper analizzare anche i fattori sociali che sono determinanti di salute e bisogna



migliorare le competenze per la diagnostica strumentale di base e la telemedicina dotando gli ambulatori di adeguate strutture.

In particolare, i MMG devono essere formati specificatamente sulla violenza di genere e sulle sue conseguenze sia fisiche che psicologiche che psicosomatiche; il rapporto di fiducia con il medico di famiglia può aiutare nell'emersione preventiva dei fenomeni di violenza domestica.

La cronicità è la grande sfida del territorio: devono essere sviluppati e strutturati i percorsi della medicina d'iniziativa per le patologie croniche; monitorare i paz per rallentare la progressione della malattia e' una sfida importante per la salute dei cittadini oltre ad un risparmio economico.

Il MMG deve interagire in tempi rapidi con i servizi sociali, con i vari specialisti, con gli Infermieri territoriali per i paz in Adi ed Adp, con i pazienti cronici seguiti a domicilio. Le cure domiciliari sono fondamentali per evitare l'istituzionalizzazione dell'anziano ed evitare i ricoveri impropri in ospedale.

Sono necessari strutturazioni condivise dei percorsi Acot di continuità ospedale-territorio e un incremento dei posti letto di cure intermedie: nelle Case di Comunità devono trovare spazio anche dei posti di di cure intermedie, ospedali di comunità gestiti da infermieri e medici di famiglia. Questa potrebbe essere una risposta concreta per le patologie degli anziani e per i disagi sociali dato che la mancanza di assistenza familiare risulta molto frequente.

Come CRPO ricordiamo che in genere il punto di riferimento della sanità in famiglia e' la donna che è anche caregiver per anziani e disabili; la possibilità di avere una semplificazione dei percorsi e un aiuto per la gestione di anziani e disabili con dei posti letto di prossimità all'aggravarsi della malattia sarebbe di grande sollievo per le donne e darebbe loro l'opportunità di gestire al meglio anche la propria vita familiare e lavorativa.

Il medico di famiglia deve gestire l'appropriatezza terapeutica e diagnostica secondo protocolli scientifici: educazione sanitaria e protocolli di prevenzione, vaccinazioni non possono più aspettare.

Anche la spesa farmaceutica e' una voce importante del bilancio sanitario e deve essere continuamente monitorata assieme alla semplificazione della burocrazia e



all'opportunità per il cittadino di avere un feedback immediato sulle visite specialistiche e gli esami strumentali: dove si prescrive si prenota.

Queste sopra sono tutte azioni che trovano il loro ruolo nelle Case di Comunità.

Il MMG sappia affrontare i problemi posti dai bisogni assistenziali complessi e dalle disuguaglianze per garantire l'appropriatezza delle cure e il management sanitario. Intorno a questa **nuova medicina di famiglia** si può vincere la sfida della sanità territoriale inclusiva delle figure del sociale, che farà della persona e non delle categorie (gli anziani, i tossicodipendenti...) il fulcro dell'assistenza.

2.2.6 I servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche, e la neuropsichiatria infantile

Risulta oggi fondamentale intercettare precocemente il bisogno di salute mentale, creando una rete di prossimità che coinvolga i diversi professionisti del settore (Psichiatri, Infermieri, Terapisti, Neuropsichiatri, Psicologi, Educatori, ecc.), le Case di Comunità (MMG, PLS, Infermieri di Comunità e altre professioni, MCA, Consultori Familiari, ecc.) e la rete territoriale (Scuole, Servizi Sociali, Terzo Settore) e che diffonda la cultura di una **salute mentale di comunità** proattiva e volta all'intervento precoce al verificarsi del bisogno evitando la sua insorgenza o promuovendo il concetto di recupero.

Il nuovo modello di salute mentale di comunità prevede un approccio alle problematiche e ai bisogni emergenti garantendo l'intercettazione del bisogno di salute mentale in stretta collaborazione con MMG, PLS, MCA, SAI attraverso la presenza di operatori del settore che supportano la fase di ricognizione del bisogno, promuovendo approcci integrati di prevenzione ed informazione, di presa in carico breve per la gestione della crisi (evento traumatico, luttuoso, adolescenza, avvicinamento all'uso di sostanze, conflittualità, dubbio clinico, disagio giovanile, ecc.), alimentando la normalizzazione del disturbo.

Sarà importante, per questo, attivare all'interno delle Case di Comunità:

- una gestione integrata tra i professionisti avvalendosi anche di strumenti di telemedicina;
- l'interconnessione tra salute mentale e salute fisica;



- interventi di gestione del rischio: fumo, alcol, sostanze, stress, alterazioni sonno-veglia, vulnerabilità;
- percorsi di accessibilità, presa in carico, continuità delle cure e personalizzazione del percorso di cura di differente intensità assistenziale in rapporto ai bisogni di cura, servizi flessibili orientati sui bisogni delle persone;
- prevedere residenzialità extra-ospedaliera:
- rivedere la struttura e la dotazione delle strutture semiresidenziali (Centri Diurni) e delle strutture residenziali (residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative)
- la garanzia di salute e il benessere psicologico individuale e collettivo attraverso l'assicurazione di prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari. In questa direzione **la proposta dello psicologo di base fatta dal Consiglio Regionale ci trova completamente d'accordo e trova nella Case di Comunità la sua collocazione naturale.**

Come molti studi recenti rendono evidenti¹³, **le donne sono più esposte a problemi di salute mentale**: problemi legati alla percezione del proprio corpo, alla sfera riproduttiva, come la gravidanza e la pianificazione della famiglia ma anche i molteplici ruoli che oggi le donne ricoprono nel contesto sociale le espongono a un rischio più alto della media di soffrire di disagi psichici. Inoltre, le donne devono anche affrontare una forte discriminazione sessuale, che a sua volta può provocare problemi di povertà, fame, malnutrizione e difficili condizioni di lavoro fino ad arrivare, come purtroppo sappiamo bene, alla violenza sessuale e domestica¹⁴.

Anche la pandemia ha aggravato fortemente alcuni disturbi come i disturbi del sonno e disturbi d'ansia (inquietudine, ansia da separazione, attacchi di panico), i disturbi del comportamento alimentare e ne ha creati di nuovi come i disturbi

¹³Women mental health

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf;jsessionid=DFD754D19EEC64470A21E0D02B38306D?sequence=1

¹⁴ Salute mentale al femminile https://www.epicentro.iss.it/mentale/donne_Oms



somatoforni tipo la sensazione di mancanza d'aria **soprattutto tra le bambine e le adolescenti comprese tra 6 e i 18 anni.**

Per questo, avere un unico luogo fisico dove trovare risposte coordinate ed integrate di salute, compresa quella mentale, sarà di forte valore aggiunto per le donne nella costruzione di una maggiore consapevolezza di sé stesse e autonomia.

2.2.7 La telemedicina

La Telemedicina è una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località.

La Telemedicina, quindi, come modalità di erogazione di una prestazione sanitaria a distanza, comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

Sebbene la prestazione in telemedicina non sostituisca la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, essa è sicuramente un modo per integrare la prestazione e migliorarne efficacia, efficienza e appropriatezza.

L'attivazione degli strumenti di telemedicina, quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, la teleassistenza, la telerefertazione o la teleriabilitazione, costituiscono, quindi, una reale opportunità di strutturazione di modelli di gestione integrati, in grado di rispondere sia alle necessità di sistema sia, in un'ottica di medicina d'iniziativa, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021", con particolare riferimento alla gestione della cronicità

Affinché sia possibile attivare la telemedicina in tutto il territorio regionale sono necessarie:

- la presenza di una rete di collegamento sempre disponibile tra medici e pazienti;
- la possibilità di accesso ad un portale web dedicato, a cui i medici fanno riferimento per gestire i pazienti loro assegnati;



- la creazione di un'interfaccia per i pazienti semplice ed intuitiva, che permetta un login con verifica dell'identità;
- la compatibilità con il GDPR per il trattamento dei dati personali sensibili;
- la possibilità per operatori e pazienti di potersi connettere al sistema con qualsiasi dispositivo o strumento digitale a disposizione, i.e la portabilità del sistema;
- la certificazione dell'hardware e del software, come dispositivi medici, idonei alla tipologia di prestazioni che si intendono effettuare in telemedicina.

Recenti studi¹⁵ dimostrano che **le donne anziane, pur vivendo di più rispetto agli uomini, sono più soggette a malattie croniche e disabilità**. A livello globale, la percentuale di persone di età pari o superiore a 65 anni è aumentata dal 6% nel 1990 al 9% nel 2019: oltre a ciò, **le donne in media vivono 4,5 anni più degli uomini. Eppure, nonostante vivano di più, le anziane vivono peggio, influenzando sui costi dell'assistenza sanitaria e sul benessere mentale delle persone anziane**: oltre a sviluppare più probabilmente patologie, poiché tendono a sopravvivere ai loro coniugi, le donne trascorrono più anni vivendo da sole e solitamente guadagnano meno a causa delle più frequenti interruzioni del periodo lavorativo per dedicarsi a lavoro di assistenza non retribuito, come la maternità o la cura dei parenti. Inoltre, l'isolamento sociale potrebbe imporre un ulteriore onere mentale e cognitivo alle donne anziane.

Per questo le donne saranno le maggiori beneficiarie di questi nuovi strumenti; si rende dunque necessario svilupparli non solo nei termini richiesti dal PNRR ma rendendo il servizio equo per ogni cittadina toscana.

2.2.5 Il volontariato, l'associazionismo, il terzo settore e il rapporto con la comunità

Le case di comunità devono essere il luogo in cui il volontariato, il terzo settore, le associazioni svolgono una funzione di **sostegno alle relazioni umane**, promuovendo

¹⁵ Gender differences in countries' adaptation to societal ageing: an international cross-sectional comparison. Chen, CynthiaRowe, John W et al. The Lancet Healthy Longevity, Volume 2, Issue 8, e460 – e469 DOI:[https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00121-5](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00121-5)



le competenze e la partecipazione attiva dei cittadini e non sostituendosi con servizi competitivi ma presenti con servizi integrati .

La Casa della comunità deve operare in sinergia con le scuole e i centri educativi al fine di promuovere l'educazione alla salute e di combattere la povertà educativa

Le politiche della salute, infatti, sono promosse e valutate attivando la **partecipazione attiva dei cittadini** e di tutti i corpi intermedi, secondo il principio della democrazia deliberativa. **Il prendersi cura delle persone deve diventare un ingrediente della cittadinanza e della democrazia, e quindi impegnare tutti i cittadini e le cittadine.**

Ripensare i luoghi di cura e di promozione del benessere in un'ottica comunitaria significa pensare che il "talento sociale" di cittadine e cittadini ,che non sono professionisti sanitari o sociali è un capitale aggiunto, non sostitutivo delle responsabilità istituzionali, ma fondamentale soprattutto per far crescere una cultura attiva della prevenzione e per riattivare i servizi orientati a processi innovativi.

In questa direzione assume valore il ***pensare per problemi***, senza soluzioni preconfezionate, imparando al contrario a costruire valore condiviso. Dobbiamo andare oltre la visione della "democrazia consultiva" – in cui ai cittadini è chiesto il consenso su decisioni prese dai professionisti – verso una "democrazia deliberativa", le cui decisioni sono l'esito di un apporto di risorse informali e formali e vengono costruite a partire dal protagonismo di competenze diffuse. Ragioniamo pertanto in termini di "**cura di comunità**".

E' necessario valutare gli impatti che sulla salute della persona e della comunità hanno i cosiddetti **determinanti della salute**, i quali vanno tradotti in politiche concrete di miglioramento dei contesti di vita rendendo concreto il principio "la salute in tutte le politiche" indicato dall'Unione Europea molti anni fa.

Bisogna leggere i **nuovi bisogni di salute**, come quelli connessi all'impoverimento e ai suoi molti volti, tra i quali la povertà educativa che colpisce i bambini e i minori; è necessario promuovere la medicina transculturale come aspetto integrante della pratica medica e della presa in carico e considerare **l'impatto di genere sulla salute**. Affrontare con una cultura radicalmente nuova l'invecchiamento della popolazione e costruire in modo coerente la domiciliarità per garantire alle persone il **diritto di vivere in autonomia** e nel proprio ambiente di vita.



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Anche le farmacie, come la pandemia ci ha insegnato, possono diventare all'interno di una comunità luoghi di sostegno alla prevenzione e alle adeguate informazioni offerte ai cittadini.

inoltre, è necessario attivare **Centri per la prevenzione**, per svolgere in modo adeguato e costante l'attività di profilassi contro le epidemie. La profilassi deve far parte dello stile di vita normale delle persone e deve essere considerata pratica medica normale, costante e prioritaria.