

Le trasformazioni della sanità territoriale: 12 progetti a cura degli allievi del primo Corso di perfezionamento in “Organizzazione e gestione della Case della comunità”

Nell'a.a. 2021/2022 si è svolto, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, il primo corso di perfezionamento in “Organizzazione e gestione delle Case della comunità, nell'ambito del riordino della sanità territoriale”, diretto dal prof. Renato Balduzzi. Il corso è stato promosso in collaborazione con FedesantitàAnci, l'associazione “Prima la Comunità”, la Società italiana di diritto sanitario (SoDiS). Alla luce di questa positiva esperienza di formazione-ricerca, è in fase di attivazione, presso il predetto Ateneo, un nuovo centro di ricerca dedicato a queste tematiche, denominato “LaboST – Laboratorio permanente sulla sanità territoriale”.

I 56 partecipanti al corso di perfezionamento hanno concluso il percorso formativo elaborando e discutendo 12 “project-works”, incentrati su rilevanti “sfide” poste dalla riorganizzazione dei servizi sanitari (e sociali) territoriali prevista dal PNRR. Si tratta di 12 proposte che il LaboST ritiene interessante mettere a disposizione di studiosi e operatori, nella prospettiva di contribuire al dibattito che accompagna i cambiamenti in atto nel SSN italiano. Ringraziando, perciò, la Rivista *Corti Supreme e Salute* per la disponibilità a dare spazio a questa iniziativa, si riportano di seguito gli abstracts dei progetti, la cui versione integrale (licenziata dagli autori nell'aprile 2022) si trova pubblicata sul sito della Rivista.

L'esperienza di formazione-ricerca avviata con il corso di perfezionamento proseguirà grazie ad una seconda edizione, la cui partenza è prevista nell'ottobre 2022 (per maggiori informazioni, è possibile visitare la [pagina web dedicata a questa iniziativa](#))

LaboST – Laboratorio permanente sulla sanità territoriale

Project-work n. 1

La Centrale Operativa Territoriale (COT) come strumento di integrazione e coordinamento nella presa in carico dell'assistito in ambito territoriale

Transizione tra setting assistenziali, tracciamento, supporto informativo e logistico, attivazione interventi, monitoraggio e telemedicina come paradigmi per nuovi modelli di sanità territoriale

ABSTRACT:

L'obiettivo del presente elaborato è progettare un sistema COT nella AUSL di Modena, come elemento di governo tra i diversi servizi dedicati ai soggetti "fragili".

Le COT sono uno strumento per far fronte alla domanda, sempre più ampia, di pazienti con bisogni socio-sanitari, centralizzando i processi di accesso alla rete dei servizi territoriali e dando continuità al passaggio tra i vari setting assistenziali.

Nel nostro modello la futura COT: eredita l'attività degli attuali Punti Unici di Accesso Socio-Sanitari e la allarga con integrazioni in ambito sociale; gestisce i flussi Ospedale-Territorio, i percorsi Domicilio-Cure intermedie; affronta la complessità delle situazioni con una idea di *continuum* nelle modalità di presa in carico, con attenzione all'evoluzione dell'ospedale, quale struttura focalizzata sulla patologia acuta, nonché della medicina del territorio e delle cure intermedie, che devono offrire prestazioni differenziate e garantire la presa in carico di pazienti a bassa-media criticità.

La domiciliarità prevede servizi diversi, integrati tra di loro; la residenzialità intermedia può contare su strutture temporanee, a valenza sanitaria/riabilitativa/sociale con livelli diversificati di intensità di cura: è evidente che un sistema così complesso e articolato necessita di un governo clinico-operativo che regoli nel miglior modo possibile domanda/offerta, attraverso strumenti operativi come l'aggiornamento di cruscotti dei posti letto nelle strutture.

Inoltre, nelle COT sono operative le Centrali di Telemedicina, che permettono di monitorare a distanza, con dispositivi digitali, i parametri sanitari di pazienti affetti da patologie croniche; le rilevazioni avvengono a seguito della presa in carico integrata da parte del MMG/PLS, dello specialista e infermiere di Comunità, i quali, ne delineano il Piano Assistenziale Individuale.

Possibili scenari futuri di presa in carico di pazienti complessi nella COT sono i percorsi dedicati ai pazienti con patologie mentali-dipendenze, alle puerpere/neonati con bisogni speciali e la possibile integrazione con la Centrale Operativa NEA116117.

La COT rappresenta una grande sfida nell'organizzazione di ciò che definiamo *continuum of care*, non solo mero passaggio di consegne, ma effettiva ricerca della soluzione più appropriata nel procedere del paziente da un *setting* di cura/vita a un altro.

Autori: **Stefania Ascari**, direttore del Distretto di Carpi; **Barbara Borelli**, direttore del Distretto di Castelfranco Emilia; **Federica Casoni**, direttore del Distretto di Vignola; **Federica Ronchetti**, direttore del Distretto di Sassuolo; **Carlo Serantoni**, direttore del Distretto di Pavullo; **Andrea Spanò**, direttore del Distretto di Modena; **Angelo Vezzosi**, direttore del Distretto di Mirandola, AUSL di Modena.

Project-work n. 2**Casa della Comunità nel Distretto di Cuorgnè dell'ASL TO4: la co-progettazione come strumento di integrazione socio-sanitaria****ABSTRACT:**

L'Azienda sanitaria locale TO-4 comprende un territorio di 3.164 kmq, suddiviso in 174 comuni, con una popolazione residente di 510.679 abitanti al 31/12/2019.

L'assistenza sanitaria territoriale si articola su 5 distretti, alcuni molto eterogenei tra loro per quanto riguarda demografia, densità abitativa, geografia e infrastrutture presenti.

Il Distretto di Cuorgnè presenta un indice di vecchiaia maggiore rispetto a tutti gli altri distretti dell'ASL e alla Regione Piemonte; gli altri classici indicatori demografici si attestano sulla media degli altri distretti dell'ASL e sulla media regionale.

L'indicatore "Speranza di vita" evidenzia un aumento della durata della vita, del numero degli anziani e del periodo di vita con disabilità e perdita di autonomia; ne risulta un'importante sommatoria di maggiori necessità che impegnano l'intero sistema di protezione socio sanitaria.

La Casa della Comunità, fulcro della rete dei servizi sul territorio, permette di potenziare l'assistenza sanitaria di prossimità e garantire una completa presa in carico della persona cronico-fragile con riduzione della pressione sugli ospedali per acuti.

Per la realizzazione della Casa della Comunità del Distretto di Cuorgnè si utilizzerà la formula della co-progettazione (art. 55, d.lgs. 117/2017 "Codice del Terzo Settore") finalizzata alla definizione e alla attuazione di specifici progetti di servizio o di intervento condivisi, diretti a soddisfare i bisogni definiti alla luce degli strumenti di programmazione.

I tavoli di lavoro coinvolgeranno l'ASL, il Consorzio C.I.S.S. 38, il Presidente dell'Assemblea Consortile, i rappresentanti di MMG e PLS, gli enti del terzo settore, le istituzioni scolastiche, singoli cittadini attivi.

I risultati attesi connessi al progetto sono riconducibili alla realizzazione di un modello creato a misura del territorio, co-costruito con gli attori che lo animano, che risponda maggiormente agli specifici bisogni sanitari e sociali e, nel contempo, garantisca una flessibilità che consenta di fronteggiare nuovi bisogni e contesti in costante evoluzione.

Autori: **Nicoletta Bellin**, vice direttore del consorzio socio assistenziale "CISS 38", Cuorgnè; **Francesca Biffi**, responsabile Ambito servizi per la progettazione e programmazione territoriale, Consorzio Desio-Brianza; **Gloria Chiozza**, direttore sanitario dell'ASL TO 4; **Andrea Lux**, direttore dei consorzi socio assistenziali CISAS (Santhià), CASA (Gattinara) e CISS (Domodossola); **Clara Occhiena**, dirigente delle Professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica, ASL TO4; **Ornella Righello**, vice direttore del Distretto Sud-Est, ASL CN 1.

Project-work n. 3

Individuazione di un modello organizzativo e operativo di una Casa della comunità in un distretto dell'ATS Valpadana

ABSTRACT:

Il gruppo di lavoro, nella ricchezza data anche dalla diversità di esperienze, di ruoli e di prospettiva dei componenti, ha inteso il project work non come mero esercizio con finalità didattiche, ma come concreto contributo, auspicabilmente utile, da consegnare a chi ha il compito di avviare la Casa della Comunità (CdC) di Crema.

A partire dall'analisi del contesto territoriale cremasco, svolta in relazione ai bisogni rilevati e ai servizi presenti, è stato prioritariamente identificato il target di utenza cui la Casa della Comunità di Crema dovrà principalmente rivolgersi; tale target comprende i cronici con le diverse forme di fragilità e di disabilità.

Essendo inoltre il territorio cremasco da sempre orientato alla collaborazione tra attori del mondo sociosanitario e del mondo sociale, si ritiene che la Casa della Comunità di Crema debba confermare e valorizzare questa peculiarità, caratterizzandosi per uno spiccato orientamento all'integrazione socio-sanitaria.

Ideare una CdC con finalità ed indirizzi a chiara e marcata valenza sociosanitaria, da realizzare in modo progressivo e modulare, rappresenta l'ambizioso disegno che questo articolato progetto ha inteso prefigurare.

All'interno della Cdc non potranno mancare il PUA, con funzioni di prima analisi della domanda ed orientamento, la valutazione multidimensionale e la presa in carico di situazioni di maggior complessità che necessitano di una progettazione strutturata, coordinata e sinergica tra più servizi e più professionalità, potendo contare anche sull'apporto nella CdC degli specialisti ospedalieri.

Tali attività dovranno essere supportate da piattaforme digitali che agevolino l'acquisizione di informazioni, la condivisione di conoscenza e il raccordo, anche virtuale, tra tutti gli operatori coinvolti, siano essi appartenenti al sistema sanitario o sociale, in una logica sempre più smart e digitalizzata.

Nella Cdc cremasca dovrà essere data continuità al coinvolgimento attivo del Terzo Settore, con un ruolo non confinato a solo "prestatore" di servizi, ma di partner in processi di co-programmazione e co-progettazione.

Il modello integrato che si propone vedrà due filoni prioritari di intervento: uno inerente alla riorganizzazione della medicina territoriale, che deve trovare nella Cdc l'anello di congiunzione e il punto di riferimento per tutti i MMG/PLS; l'altro relativo ad un servizio sociale integrato e armonizzato con il sistema sanitario e socio-sanitario territoriale.

In relazione al primo filone, la CdC, a superamento delle attuali barriere e a promozione della necessaria integrazione professionale tra i MMMG/PLS/MCA e le strutture, i servizi e i Medici Specialisti dell'ASST, deve configurarsi come *il* luogo in cui vengono create, anche mediante idonei strumenti operativi, le condizioni necessarie per la reale "presa in carico" integrata degli utenti. In relazione al secondo filone, la Cdc di Crema, da subito

avrà l'occasione per implementare il lavoro di rete in integrazione con la componente sociale, essendo sede per lo sviluppo del progetto (in corso) di presa in carico innovativa dell'autismo, redatto congiuntamente da ATS Val Padana, ASST di Crema, Comune di Crema e Azienda Sociale Cremasca, approvato e finanziato da Regione Lombardia con D.G.R. n. 5213 del 30/09/2021.

Le anime di questi due filoni, se sapranno costruttivamente interagire sia a livello istituzionale che professionale, potranno davvero concorrere alla realizzazione di quell'integrazione socio-sanitaria territoriale da tanti anni attesa ed inseguita, ma mai concretizzata nelle prassi, perché, come disse lo scrittore francese Anatole France, "Per realizzare grandi cose, non dobbiamo solo agire, ma anche sognare; non solo progettare ma anche credere".

Autori: **Ambra Coccaglio**, responsabile amministrativo della Comunità Sociale Cremasca; **Alessandro Cominelli**, direttore amministrativo dell'ATS della Val Padana; **Giancarlo Iannello**, direttore generale dell'ASP di Pavia; **Carolina Maffezzoni**, direttore socio sanitario dell'ATS della Val Padana; **Diego Maltagliati**, direttore socio sanitario dell'ASST di Crema; **Alessandra Ramera**, responsabile dell'Area sanitaria, socio sanitaria e tecnica, Dipartimento di Continuità Assistenziale e delle Fragilità, ASST della Franciacorta; **Davide Vighi**, direttore generale della Comunità Sociale Cremasca.

Project-work n. 4

Il nuovo assetto delle Case della Comunità nell'ambito della riorganizzazione territoriale dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)

ABSTRACT:

Il presente lavoro intende illustrare le scelte strategiche che l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) ha messo in campo relativamente alla progettazione, richiesta dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in merito alle Case della Comunità sul territorio dell'Area Vasta Pordenonese, che rappresenta l'area di competenza della azienda sanitaria per quanto attiene la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire ai propri cittadini.

In una prima parte, viene presentata l'articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria, con le diverse strutture sociosanitarie presenti sul territorio di competenza e la specificità di alcune scelte allocative su particolari distretti a servizio di bacini di utenza differenziati. Lo studio analizza, poi, il ruolo assegnato alle Case della Comunità nell'ambito della riorganizzazione territoriale in atto, che prevede, oltre a tali strutture, anche la realizzazione degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali, contestualizzando il piano attuativo aziendale anche nell'ambito delle peculiarità di contesto normativo propria di una regione a statuto speciale quale la Regione Friuli Venezia Giulia. Vengono, infatti, delineate le scelte finali per il territorio di competenza alla luce delle specifiche norme regionali di settore e del fabbisogno aziendale derivante dai dati demografici e sanitari dell'area di riferimento.

Nell'analisi vengono successivamente illustrate nel dettaglio le diverse sedi distrettuali in cui vengono realizzate le Case della Comunità con i servizi ivi attivati, nonché i collegamenti operativi con la rete degli studi dei Medici di Medicina Generale e gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, nell'ottica della complessiva creazione di una rete che possa garantire la maggior continuità assistenziale per i cittadini.

In particolare, lo studio, oltre a mettere in evidenza i vincoli e le opportunità fornite dal PNRR, descrive in modo puntuale il fabbisogno a cui è rivolta questa nuova struttura del territorio indicandone le tipologie, gli obiettivi, i limiti e le linee di finanziamento.

Nella parte finale del lavoro vengono tracciate alcune linee e proposte evolutive utili per dare in futuro piena applicazione a queste nuove strutture, con l'intenzione di stressare il ruolo di prima interfaccia e di presa in carico dei bisogni socio-sanitari dei cittadini che sottende e disegna anche la previsione di un nuovo welfare di comunità.

Autore: **Joseph Polimeni**, direttore generale dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

Project-work n. 5**Promozione della salute nella famiglia e comunità: progettare e realizzare strategie di continuità territorio-ospedale in ambito perinatale****ABSTRACT:**

La pandemia di Covid 19 ha messo in evidenza che nell'area del materno infantile si riscontra una scarsa presenza di servizi territoriali, così come di un punto di riferimento competente che sostenga le responsabilità familiari e genitoriali in un dialogo con le scuole, i servizi per i minori, le politiche di conciliazione, i Consultori ed i Pediatri.

La finalità di questo project work è quella di strutturare un servizio unitario, una rete di continuità territorio-ospedale in grado di sviluppare sul territorio una medicina di prossimità, finalizzata a soddisfare i fabbisogni perinatali di primo livello, riservando ai presidi ospedalieri il trattamento della fase acuta e dell'offerta sanitaria specialistica.

In base alle indicazioni del c.d. DM 71 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", nel progetto viene individuato un modello organizzativo che stabilisce che l'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza".

Il modello organizzativo da implementare, nell'ambito delle attività consultoriali presenti all'interno delle Case della Comunità Hub & Spoke, è un modello "a gestione ostetrica" caratterizzato da autonomia decisionale.

In questo nuovo modello organizzativo rivestono particolare valore le funzioni di *case* e *clinical management* dell'ostetrica nella gestione del percorso nascita fisiologico, per promuovere la centralità del ruolo e della salute della donna nei sistemi familiari e sociali, con l'obiettivo di accrescere l'*empowerment*, l'*engagement* e la consapevolezza per il benessere di tutti gli individui, migliorando quindi il welfare di comunità.

Il metodo scelto per la strutturazione del progetto è quello delle "4 P" proposto da Henry Mintzberg: *Perspective, Position, Plan, Pattern*.

Il project work prevede quattro livelli di intervento: culturale, organizzativo, informativo/comunicativo e formativo ed un planning che può essere realizzato nell'arco di un anno e mezzo/due anni al massimo. Viene identificata una ipotesi di stima dei costi da sostenere ed un sistema di monitoraggio e di valutazione attraverso l'individuazione di indicatori di outcome e di output.

Lo stile di leadership ritenuto più efficace è quello basato sul *partecipating*: con una definizione del lavoro iniziale con i collaboratori, fornendo molto supporto se richiesto.

Autori: **Luciarosa Olivadoti**, responsabile Sviluppo professionale e Ricerca, ASST di Lecco; **Elena Tropiano**, direttore amministrativo dell'ASL Città di Torino; **Gianluca Pesci**, direttore socio sanitario dell'ASST di Pavia; **Enrico Frisone**, direttore socio sanitario dell'ASST di Lecco.

Project-work n. 6

Definizione di un modello organizzativo per la gestione del paziente cronico: dal distretto alle Case di Comunità

ABSTRACT:

La gestione delle malattie croniche dovrebbe rappresentare la priorità della politica di tutela della salute e delle scelte di management delle aziende sanitarie, anche perché la gran parte della spesa sanitaria è dedicata alla diagnosi e cura di tali malattie. L'Italia è la seconda nazione più anziana nel mondo. L'attuale modello organizzativo "ospedalocentrico" ha fallito nel controllo della "emergenza COVID". Per altro verso, l'attività territoriale vede i medici di medicina generale isolati nei loro ambulatori ed una rete di servizi territoriali frammentata e spesso sconosciuta persino ai cittadini del territorio che essa dovrebbe presidiare. Anche per queste ragioni, il PNRR delinea il "rilancio" della rete dei servizi territoriali.

Si rende quindi necessario lo sviluppo di un modello organizzativo basato su una "rete" di assistenza territoriale, in modo particolare per il paziente cronico, che favorisca l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali. Il modello organizzativo deve essere in grado di individuare i bisogni socio-assistenziali, di identificare uno strumento di programmazione, verifica e controllo degli stessi, fino alla costruzione di un "progetto di salute" basato su una équipe multiprofessionale integrata, adattabile ai cambiamenti del paziente, con percorsi condivisi ed appropriati, capace di fornire prestazioni flessibili ed adattabili in risposta ai bisogni delle persone.

Nel presente elaborato, viene proposto un modello organizzativo per la gestione del paziente cronico riproducibile in ogni distretto/casa della comunità, con l'obiettivo finale di non trattare soltanto la patologia che si è instaurata, ma promuovere il mantenimento della salute.

Autori: **Laura Carla Bergamin**, referente area Disabilità per la Direzione sociosanitaria, ASST Ovest Milanese, **Cesare De Virgilio**, specializzando in Medicina di comunità e cure primarie, Università di Bari; **Marino Dell'Acqua**, direttore socio sanitario dell'ASST della Valle Olona; **Nicoletta Marciano**, direttore SC Presidi territoriali, ASST della Franciacorta; **Mariateresa Mastrocinque**, specializzanda in Medicina di comunità e cure primarie, Università di Napoli "Federico II"; **Gabriella Monolo**, direttore socio sanitario dell'ASST Ovest Milanese; **Nadia Poli**, direttore SC Servizi per la fragilità, ASST di Cremona.

Project-work n. 7**Case della comunità in contesti territoriali disagiati/montani/a residenzialità diffusa****ABSTRACT:**

Alla luce delle necessità di risposta sanitaria e sociosanitaria slatentizzate dalla pandemia di COVID-19 e, data la disponibilità economica che deriva dalle risorse del PNRR, l'istituzione delle Case della comunità e degli Ospedali della comunità è divenuta oggetto di investimento da parte del Ministero della Salute e dei Servizi sanitari regionali italiani.

Essendo questo intervento in fase di progettazione e prima realizzazione, tenendo conto delle diverse realtà territoriali e delle specifiche esigenze ad esse correlate, è apparso di interesse focalizzare l'attenzione sulle Case della comunità che in contesti territoriali disagiati/montani/a residenzialità diffusa rappresentano un servizio di particolare importanza. In virtù delle caratteristiche territoriali in cui le Case della comunità sono realizzate, esse necessitano di peculiari modalità di organizzazione e di specifiche metodologie di erogazione della offerta sanitaria e socio-assistenziale, che non deve essere di qualità o di tempestività inferiore a quella che viene garantita nelle zone metropolitane più popolose o localizzate in territori geograficamente pianeggianti ad accessibilità facilitata.

Al fine di delineare un quadro qualitativamente rappresentativo di diverse tipologie di territori disagiati, montani e a residenzialità diffusa del nostro Paese, si è ritenuto opportuno descrivere e studiare tre realtà della penisola italiana il cui disagio è comunemente identificato nella residenzialità diffusa su territorio collinare e montano, pur avendo caratteristiche diverse nei rispettivi ambiti.

Per individuare i punti di preminente intervento, si è provveduto ad esaminare le caratteristiche demografiche delle popolazioni residenti in tali territori al fine di identificare i bisogni di salute principali cui garantire una immediata risposta sanitaria e sociosanitaria. Si è studiato il territorio e i servizi sanitari già presenti per suggerire una loro valorizzazione ed integrazione con i servizi aggiuntivi oggetto del presente project work.

Infine, si sono proposte soluzioni specifiche e soluzioni comuni ai tre territori scelti come modello esemplificativo dei contesti territoriali disagiati/montani/a residenzialità diffusa.

I tre territori oggetto della analisi esposta nelle pagine successive sono il Vallo di Diano in provincia di Salerno, l'Alta Valle Arroscia in provincia di Imperia e la regione Valle d'Aosta.

Autori: **Carlo Amoretti**, direttore del Distretto n. 1 dell'ASL 1 Imperiese; **Franco Brinato**, direttore dei Distretti di Châtillon e Donnas dell'AUSL della Valle d'Aosta; **Francesca D'Auria**, dirigente medico cardiocirurgo, AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno; **Guido Giardini**, direttore sanitario dell'AUSL della Valle d'Aosta.

Project-work n. 8

Modelli di integrazione multidisciplinare per la presa in carico degli utenti fragili e della cronicità nell'ambito territoriale della Provincia di Imperia: il ruolo strategico dell'Infermiere di famiglia e di comunità

ABSTRACT:

I significativi mutamenti epidemiologici, tra cui l'aumento dell'età media e delle patologie croniche, hanno messo in evidenza la necessità di cambiamento del Servizio sanitario nazionale nella direzione di migliorare sistematicamente le cure erogate. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in molteplici report, ha evidenziato come punto prioritario la centralità della famiglia e della comunità nel percorso di invecchiamento e dell'assistenza primaria nella prevenzione e contenimento della fragilità. Risulta pertanto necessario sviluppare e implementare, come sottolineato anche nel Piano Nazionale Cronicità, modelli e strumenti che consentano di spostare l'asse di cura dall'Ospedale al Territorio, in modo clinicamente efficace ed economicamente sostenibile. Il Patto per la Salute 2019-2021, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sociosanitaria e garantire una presa in carico integrata delle persone, ha introdotto, accanto ai Medici di medicina generale e agli Specialisti ambulatoriali, l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), ovvero un professionista della salute che, dopo aver acquisito competenze specifiche, aiuti gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, accompagnandoli al domicilio e nelle relazioni quotidiane. L'IFeC risponde ai bisogni della popolazione di una specifica area in collaborazione con il Medico di medicina generale, gli Operatori del distretto Sanitario, i Medici specialisti, le Istituzioni locali e le Associazioni di volontariato. Il professionista, nell'ambito della sanità di iniziativa, promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa, differenziata per bisogno e fasce d'età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali; assicura un collegamento con la rete sociale formale e informale, garantendo un continuo sostegno alle persone e alle loro famiglie anche attraverso follow-up telefonici.

Questo progetto pilota, supportato dalla normativa attuale e dalla letteratura scientifica, è stato elaborato con l'intento di implementare al più presto un nuovo modello di assistenza territoriale all'interno dell'Azienda sanitaria locale n. 1 "Imperiese" della Regione Liguria. In un momento come l'attuale, in cui si assiste ad una crescente domanda socio-sanitaria in presenza di forti vincoli di spesa, l'Infermiere di Famiglia e Comunità può essere una risposta coerente ai frequenti cambiamenti epidemiologici e sociali e un punto importante di riferimento per soddisfare necessità sempre più complesse, ottimizzando le risorse attualmente presenti nella comunità e offrendone di nuove.

Autore: **Marino Anfosso**, direttore SC delle Professioni sanitarie, ASL 1 Imperiese.

Project-work n. 9**Un modello per una presa in carico domiciliare dei pazienti cronici e fragili nelle case della comunità: la sfida dell'integrazione****ABSTRACT:**

La transizione epidemiologica mette in evidenza come, nel corso di questi ultimi 200 anni, si sia passati da un quadro caratterizzato dalla prevalenza delle malattie infettive a uno dominato dalle malattie croniche non trasmissibili, nel quale, negli ultimi due anni si è inserita l'emergenza pandemica.

La complessità del quadro e dei diversi processi di risposta impone un cambiamento del paradigma nella gestione della prevenzione e della presa in carico del "benessere" delle persone, volto a rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi territoriali adeguati: un aspetto che si è posto ancor più in evidenza, alla luce delle necessità emerse nella gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

Come affermato nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, si rende quindi necessaria "una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario".

Tra gli strumenti previsti dal PNRR, e confermati nella recente Riforma regionale lombarda, insieme agli Ospedali di Comunità e alle Centrali Operative Territoriali, vi sono le Case di Comunità, luoghi fisici di prossimità, facilmente individuabili dalla popolazione, che costituiranno il punto unico di accesso rivolto ai pazienti "fragili" per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie e sedi privilegiate per l'integrazione sociale negli ambiti territoriali. Per favorire una maggior accessibilità ed equità nell'erogazione dei servizi, il PNRR prevede l'istituzione di una casa comunità hub per ciascun distretto e un numero appropriato di case della comunità spoke distribuite in modo capillare sul territorio.

Continua, inoltre, ad essere fondamentale assicurare e potenziare i processi di prevenzione e promozione della salute, quali fattori strategici per potenziare l'impatto delle politiche socio-sanitarie e per agire efficacemente sui determinanti sociali, economici, politici e ambientali alla base delle patologie croniche non trasmissibili e che incidono sulle disuguaglianze di salute.

I processi di sviluppo attenti all'equità, alla coesione sociale, alla sostenibilità e all'implementazione del capitale sociale nelle comunità locali, anche attraverso il coinvolgimento del Terzo settore, sono infatti elementi essenziali alla creazione di contesti di vita favorevoli alla salute.

Se si considera, inoltre, che la speranza di vita si è allungata, che la maggior parte delle malattie sono più frequenti ai livelli più bassi della scala sociale di ogni società e che le politiche per la salute devono affrontare i determinanti sociali ed economici della salute, risulta necessario ed inevitabile il coinvolgimento degli Enti locali. Questa *conditio sine qua non* è sancita anche all'art. 1, comma 163, della L. 234/2021 al fine di garantire per le

persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali anche attraverso le Case della Comunità.

Va infatti considerato che, al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, a fianco dei cittadini e con adeguate risorse personali, economiche e relazionali per accedere a un'unità d'offerta potenzialmente non situata nel proprio territorio/contesto di vita, ci si dovrà fare carico anche dell'accessibilità alla Casa della Comunità dei cittadini con ridotta "compliance", quelli gravemente emarginati e quelli di recente immigrazione e/o limitatamente integrati, target questi che necessitano necessariamente un fattivo coinvolgimento dei servizi sociali.

Scopo del presente progetto è quello di definire un modello organizzativo della Casa della Comunità che, attraverso un ripensamento della gestione della domiciliarità, permetta e assicuri una presa in carico personalizzata, tempestiva e integrata.

Diventa fondamentale che all'interno della Casa della Comunità operi un'equipe multidisciplinare supportata da una funzione amministrativa trasversale che favorisca la costruzione di una rete di relazioni e di cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico personalizzata del paziente fragile.

Il progetto inizia con un approfondimento sull'approccio metodologico finalizzato a ripensare l'integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale, attraverso la tecnica dell'analisi SWOT. In questo modo si intende presentare la modalità per favorire l'integrazione dei diversi "attori" coinvolti e da coinvolgere, in particolare per la parte sociale, evidenziando l'utilità di prevedere una struttura amministrativa specificatamente dedicata. Tale ipotesi viene supportata da una breve analisi normativa ed economica che dimostra la sostenibilità del modello presentato, perlomeno considerando il periodo d'implementazione del PNRR. A conclusione di questo capitolo viene brevemente delineata la strada che potrebbe essere intrapresa per implementare un percorso di definizione del monitoraggio civico delle Case della Comunità da parte dei cittadini, sia singolarmente sia attraverso le formazioni sociali. A seguire, viene presentata l'analisi del contesto, base indispensabile per stratificare la popolazione afferente ad una casa della comunità, per intercettarne i bisogni, in particolare per quella parte che resta inespressa, e da ultimo per individuare le prestazioni attese ai fini dell'organizzazione dei servizi da erogare. A tal fine, poiché il gruppo di lavoro è costituito da persone che operano in territori diversi (ATS PAVIA, ASST MANTOVA E ATS DELLA MONTAGNA) sono state utilizzate fonti già presenti in letteratura; con particolare attenzione ai dati ISTAT e alla stratificazione della popolazione effettuata da Regione Lombardia, ben descritta nella DGR n° 6164 del 30/01/2017.

Viene quindi poi sviluppata l'ipotesi del modello implementabile per la presa in carico domiciliare dei pazienti cronici e fragili nelle Case della comunità, ponendo enfasi sull'importanza di tre elementi fondamentali quali: la prevenzione, l'assistenza domiciliare e la telemedicina, nonché del rapporto tra C.O.T. e Casa della comunità, per migliorare l'intercettazione del bisogno.

Il lavoro si conclude evidenziando sostanzialmente quattro criticità:

1. Acquisizione delle risorse umane sufficienti e adeguata formazione.

2. Collaborazione tra i professionisti coinvolti: da un lato, per quanto riguarda l'interazione tra i differenti ruoli e, dall'altro, per quanto concerne i rapporti fra "attori" istituzionali diversi.
3. Vincoli legati al rispetto della normativa sulla "privacy" che non favoriscono l'interfaccia e la consultazione dei sistemi informativi esistenti.
4. Reti informatiche frequentemente non comunicanti.

Autori: **Simone Baroni**, assistente sociale, ATS di Pavia; **Angela Bellani**, direttore del Dipartimento delle fragilità, ASST di Mantova; **Sabrina Cattaneo**, responsabile SSD Monitoraggio e programmazione cure primarie; ATS della Montagna; **Elena Mariani**, referente ADI, Dipartimento delle fragilità, ASST di Mantova; **Ilaria Marzi**, direttore socio sanitario dell'ATS di Pavia; **Grazia Volpi**, direttore UOC Gestione del personale, ATS di Pavia.

Project-work n. 10

Telemedicina e domiciliarità

ABSTRACT:

I cambiamenti socio-demografici in atto spingono il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ancor più dopo l'impatto della pandemia, verso l'adozione di nuovi modelli organizzativi. L'invecchiamento della popolazione e il concomitante aumento di patologie croniche, nonché le influenze dei determinanti sociali, impattano sui servizi sanitari, con un importante risvolto in termini di costi diretti, indiretti e sulla sostenibilità del sistema. In questo scenario un elemento fondamentale è costituito dalla novità rappresentata dalle risorse economiche del PNRR, che, dopo decenni di definanziamento, consentono investimenti di ampia portata, inquadrati in una missione "Salute" (n. 6) che prospetta un ripensamento dei modelli organizzativi, passando da un approccio di tipo attendista a uno di tipo proattivo. Fondamentale è pertanto sostituire l'attuale paradigma costruito e incentrato sull'assistenza ospedaliera con un nuovo sistema che si concentri su interventi di prevenzione e promozione della salute già nel territorio e che metta la persona davvero al centro, identificando nella casa il primo luogo di assistenza e cura. Questo nuovo modello necessita di essere strutturato in maniera efficiente, efficace, sostenibile e trasferibile, in una modalità che tenga conto non solo della patologia del singolo, ma della salute in senso sistemico, con una particolare sensibilità verso le problematiche psicosociali, e secondo una visione di popolazione.

Per raggiungere questo scopo in maniera sartoriale e mirata, quindi più efficace, la telemedicina e le tecnologie digitali sono strumenti promettenti in grado di coadiuvare il cittadino nell'empowerment e i professionisti nelle scelte diagnostico-terapeutiche più adeguate. La salute digitale rappresenta una delle sfide più importanti per il futuro dei sistemi sanitari mondiali, e naturalmente per quello italiano descritto nelle bozze riguardanti i nuovi standard dell'assistenza territoriale. La "Casa come primo luogo di cura" è da intendere non in senso stretto, come luogo-domicilio ove vengano erogate prestazioni di assistenza e cura, ma anche in relazione al concetto di domiciliarità, di appartenenza a un contesto relazionale che ha un valore da tutelare, anche alla luce delle dinamiche di solitudine "di popolazione" sopra accennate. Le recenti Linee di Indirizzo nazionali in materia hanno definito come gli strumenti di Telemedicina possano essere considerati a tutti gli effetti atti sanitari, ed alcuni di questi offrono possibilità applicative molto importanti anche per quanto riguarda quella integrazione multidisciplinare cui aspira il progetto delle nuove cure territoriali.

Nel nostro modello quindi prospettiamo per le tecnologie digitali in sanità, prima ancora di arrivare all'erogazione di vere e proprie prestazioni sanitarie, il loro utilizzo durante la fase organizzativa e di coordinamento tra gli operatori, al fine di realizzare l'integrazione multidisciplinare tra tutti i professionisti del settore salute. Il futuro dell'assistenza territoriale è certamente nel lavoro in gruppo, nelle équipes composte da professionisti di varie tipologie. In tal senso gli strumenti digitali di teleconsulto e telecooperazione consentono

di abbattere costi e tempi di spostamento, senza interrompere la continuità dell'assistenza e creando una rete locale Hub-Spoke interconnessa e dinamica con dei professionisti funzionalmente presenti e integrati h24 nella Casa di Comunità Hub (CdC). La CdC assume in tal modo il ruolo di riferimento fisico, ma soprattutto funzionale nella presa in carico del cittadino facente parte della sua comunità di riferimento. Al fine di rendere questo sistema efficiente, efficace e in grado di rispettare il principio di prossimità, identifichiamo *in primis* 2 livelli dimensionali fondamentali: un livello "di popolazione" (100.000 ab.), che fa capo al Distretto Socio Sanitario (DSS) e alla Centrale Operativa Territoriale (COT), e un livello "di Comunità" (40.000-50.000 ab) di riferimento per la CdC Hub. Questa ha il ruolo di nodo centrale delle cure territoriali del nuovo sistema, tuttavia nel nostro progetto prevediamo al suo interno un organo specifico, che definiamo MINICOT, dedicato al coordinamento e al supporto delle attività di telemedicina destinate all'ambito di popolazione della CdC Hub, compresa anche la sua Rete SPOKE (CdC "Spoke" e studi di singoli MMG/PLS), ovvero la sua comunità. In tal modo si andrà a creare un primo livello dimensionale in grado di essere percepito dal cittadino un riferimento reale e tangibile nelle sue attività, che comunque viene supportato ed integrato da un secondo livello, quello Distrettuale e della COT, che assumono una funzione di integrazione tra i flussi di dati afferenti dalle sue CdC Hub, che le supportano per le problematiche e le iniziative più complesse e mantengono le funzioni superiori. Questi compiti, come il coordinamento funzionale della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, nonché con il terzo settore, ad un livello macro-organizzativo fanno capo al Distretto, mentre è la CdC Hub ad erogare le prestazioni di telemedicina alla sua comunità sul territorio di riferimento mediante la MINICOT, in grado di stabilire un rapporto diretto con i cittadini della sua area di competenza. Le tecnologie digitali in sanità nel nostro modello riflettono questi due livelli: quello superiore "di popolazione" facente capo alla COT, che mantiene il ruolo di supervisione, supporto, monitoraggio e integrazione di dati e attività finalizzato ad azioni dirette alla popolazione di competenza, e quello di prossimità, o meglio "di Comunità", facente capo alla ReteSpoke e la CdC Hub che mediante la MINICOT gestisce le attività sulla quota di abitanti ad essa afferente. Per quanto riguarda la "domiciliarità", come già accennato, essa deve essere intesa non solo come Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), bensì come il benessere derivante dal sentirsi partecipe del proprio contesto sociale. Questa potrebbe beneficiare delle tecnologie digitali nel momento in cui si utilizza l'integrazione dei dati allo scopo di intercettare il rischio-solitudine. Identificato lo specifico bisogno possono essere attivati i professionisti più idonei al raggiungimento del piano assistenziale individuale, integrandoli con la rete assistenziale sociale dell'ambito territoriale cui la persona fa parte. Dal punto di vista prettamente sanitario, invece, l'ADI può beneficiare di vari strumenti tecnici di telemedicina quali ad esempio la teleassistenza e la teleriabilitazione.

La letteratura scientifica concorda sulla necessità di indirizzare maggiori finanziamenti in due ambiti: la formazione digitale sia per gli operatori che per gli utenti dell'e-health, e la costruzione di un unico sistema di integrazione e trasmissione dei dati sanitari. Il sistema organizzativo così configurato consente l'efficace erogazione di prestazioni sanitarie e permette ai cittadini di far parte di un sistema sanitario connesso ed interconnesso, poten-

zialmente in grado di anticipare ed intercettare rapidamente i bisogni di salute ma anche le potenziali criticità sociali, in ottemperanza a quella “sanità di iniziativa” ispiratrice del disegno delle nuove cure territoriali.

Autori: **Cristina Caldara**, direttore delle Professioni sanitarie e sociali, ASST Papa Giovanni XXIII; **Daiana Campani**, PhD student in “Food, Health and Longevity”, Università del Piemonte Orientale; **Carminè Cecola**, medico di medicina generale, Azienda sanitaria regionale del Molise; **Mariateresa Gallea**, medico di medicina generale, AULSS 6 Euganea; **Simona Ludi**, coordinatore Team aziendale per la telemedicina, ASST Bergamo Est; **Enrico Peterle**, medico di medicina generale, AULSS 3 Serenissima; **Paolo Simonato**, medico di medicina generale, AULSS 6 Euganea.

Project-work n. 11***La Casa come primo luogo di cura: analisi comparativa e proposte di miglioramento dell'Assistenza Domiciliare Integrata in due contesti territoriali del Nord Italia*****ABSTRACT:**

Partendo dall'analisi del quadro normativo e organizzativo delle cure domiciliari nei due contesti organizzativi oggetto di confronto (l'AUSL di Reggio Emilia e l'ASST Rodhense), effettuata anche mediante la tecnica dell'analisi SWOT, abbiamo considerato gli aspetti sui quali il riordino delle cure territoriali previsto dal PNRR potrà intervenire e incidere nell'ottica del potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Consci di eterogeneità presenti non solo a livello regionale ma anche a livello territoriale, in questa prima analisi abbiamo considerato i nostri contesti aziendali specifici. In questa prospettiva, questo lavoro di pone l'obiettivo di proporsi come uno strumento di analisi e monitoraggio delle due realtà presentate nella loro evoluzione attuale e futura. In conclusione, vengono evidenziati alcuni profili di potenziale reciproco apprendimento tra le due realtà organizzative.

Autori: **Ilaria Engaddi**, dirigente medico geriatra, ASST Rodhense; **Alessandra Fontò**, dirigente medico specialista in Medicina di comunità e cure primarie, AUSL di Reggio Emilia; **Elisabetta Larosa**, dirigente medico specialista in Igiene e Sanità pubblica, AUSL di Reggio Emilia; **Gaetano Lops**, medico di medicina generale, ATS di Milano; **Paola Novati**, Direttore SC Medicina a indirizzo geriatrico - cure subacute, ASST Rodhense.

Project-work n. 12

La Casa come primo luogo di cura: analisi comparativa e proposte di miglioramento dell'Assistenza Domiciliare Integrata in due contesti territoriali del Nord Italia

ABSTRACT:

Il lavoro qui proposto fa parte di un *assessment* condotto dalla Direzione sanitaria dell'ASL di Asti, inteso a valutare le dimensioni irrinunciabili della partecipazione professionale all'evoluzione del SSN come disegnata dal PNRR (*in primis*: competenze digitale e associazionismo), assumendo l'invarianza delle condizioni contrattuali nazionali e l'istituzione della CDC sul territorio astigiano a fronte dell'impegno economico necessario (oltre 9 milioni di euro).

Più precisamente, ci è parso che in un sistema dove si propone un diverso concetto di accesso e dove si promuovono nuovi approcci alla professione (quali la dematerializzazione dei processi, la digitalizzazione delle interazioni, l'interoperabilità tra sistemi informativi, il teleconsulto tra professionisti di diverso inquadramento contrattuale), sia cruciale conoscere in dettaglio la predisposizione dei professionisti e la *baseline* del processo di cambiamento attivato. Questo sia al fine di misurare correttamente le aspettative (e quindi la comunicazione ai cittadini) sia di programmare le azioni necessarie a colmare il *gap* formativo e fornire un utile ritorno di informazioni in sede di negoziazione degli accordi integrativi regionali (in Piemonte fermi al palo da alcuni anni). Crediamo peraltro che sia utile anticipare quali possano essere i potenziali predittori della volontà dei camici bianchi di assecondare tale evoluzione; è altresì desiderabile conoscere l'incidenza delle diverse variabili nel grado di accettazione della sfida digitale che è sottesa all'ingresso nelle CDC, nonché calibrare correttamente le interazioni tra azienda sanitaria e professionisti convenzionati.

A sostegno di questo approccio non si sottovalutino le lezioni apprese nei decenni scorsi, quali l'incerta ricaduta sull'assistenza che hanno avuto le forme associative della MG, pensate per agevolare l'accesso ma non sufficientemente impattanti. Queste avrebbero potuto essere in realtà disegnate meglio (o con un diverso grado di cogenza contrattuale) se solo fosse stato studiato l'aspetto comportamentale che negli anni l'ACN ha promosso nei MMG.

Ad invarianza legislativa, pertanto, il grado di permeabilità al nuovo riteniamo costituisca un'area da studiare sia nei provider dei servizi salute che nella cittadinanza. Questo lavoro pertanto offre un contributo – tra i molti possibili sul tema – nell'ambito della medicina di famiglia, soprattutto nelle interazioni richieste dal PNRR all'interno delle COT e delle CDC tra la rete dei MMG e gli specialisti, di area ospedaliera o meno.

Abbiamo inteso quindi considerare le possibili interazioni reciproche tra medico prescrittore, medico specialista ed altre professioni di fronte alle possibilità offerte dagli strumenti di telemedicina. Altri lavori prima di questo hanno considerato l'*acceptance rate* dei me-

dici specialisti, mentre il nostro si focalizza sui medici di medicina generale, cioè su quel settore delle cure primarie identificabile come sede di committenza e prescrizione.

Sono stati proposti in totale 81 colloqui preliminari alla compilazione della check list e sono state valutate come valide per la successiva analisi solamente 71 schede. Nove medici non sono risultati raggiungibili nei giorni di erogazione delle schede e 41 hanno rifiutato sostenendo di non essere interessati al colloquio. Il rationale a supporto dell'esclusione di dieci schede compilate è essenzialmente rappresentato dalla scarsa coerenza delle risposte prodotte o da marcate contraddizioni evidenti all'intervistatore. Nel complesso le 71 schede giudicate valide per essere sottoposte ad analisi costituiscono l'87% delle schede raccolte che a loro volta rappresentano il 62% del totale medici di medicina generale della Provincia di Asti (131).

In sintesi, questo primo rilevamento risulta un'iniziale base di evidenze che merita di essere arricchita ed integrata al fine di consentire una programmazione dei servizi sostenibile nell'ambito delle comunità dell'Astigiano. Nel tempo si dovrà interrogare più estesamente e più completamente il sample presentato in questo lavoro in modo da - confermare o meno alcune delle risposte ottenute (es: reticenza all'ingresso nelle CDC), - formulare nuove domande con implicazioni operative (es: quali condizioni devono essere soddisfatte per contrattualizzare i MMG all'interno delle CDC) - estendere le domande di rilievo sulle prospettive delle CDC ad altri attori locali (es: specialisti ambulatoriali). Tralasciando la dimensione speculativa di questo lavoro - debole e bisognosa di maggiore strutturazione statistica - è tuttavia importante sottolineare come l'istantanea di questa piccola comunità di professionisti rifletta con una certa coerenza il quadro nazionale di sostanziale attesa rispetto ai grossi temi sostanziali:

1. disponibilità effettiva di risorse - anche in riferimento alla congiuntura internazionale;
2. evoluzioni della trattativa di revisione dell'ACN;
3. governance e strutturazione organizzativa di COT e CDC
4. strutturazione della collaborazione/integrazione tra diversi soggetti istituzionali (ASL, EE.LL, soggetti del terzo settore etc).

Sul primo tema, ad esempio, la Regioni sono chiamate ad un robusto impulso delle attività territoriali, ma nello stesso tempo paiono sull'orlo di un nuovo Piano di Rientro, che di fatto bloccherebbe il turnover del personale alla sola sostituzione delle cessazioni.

Circa il secondo tema, più che l'esortazione ai MMG ad entrare nelle CDC da parte del Legislatore fanno rumore le previste turnazioni biorarie (indistinguibile, per ora, da un ritorno alla dimensione prestazionale) o le malinconiche affermazioni dei sindacati, secondo i quali peggio di così non può più andare, secondo l'affermazione un po' millenaristica riportata sulla rivista della SIMG.

In merito al terzo tema, sia nel c.d. Decreto Rilancio (DM 34/2020) che nel PNRR, poi regolato dal decreto-legge n. 152 del 2021, si fa cenno all'implementazione di strutture di prossimità senza tuttavia entrare nel merito delle regole di ingaggio dei professionisti che vi operano. Il Legislatore formula poi il testo del PNRR ove i riferimenti al ruolo del Direttore di Distretto (ruolo di coordinamento e indirizzo) non mancano, mentre sono molto meno convincenti quelle relative al ruolo di Direzione della struttura e soprattutto

alla mappa delle responsabilità, peraltro complessa da ricostruire considerando la natura interistituzionale delle attività che vi si svolgono. E considerando, più semplicemente, che se esiste l'attribuzione di un potere di Direzione questo va a riprodurre un confronto/scontro in atto da sempre e mai risolto, quella tra Azienda Sanitaria e Medici Convenzionati. Alcune interessanti proposte – nello specifico quelle relative alla governance del processo di transizione alla CDC – sono peraltro già in discussione a livello accademico e promettono ricadute operative nel medio termine, soprattutto nel definire – i livelli istituzionali sovraordinati rispetto alla CDC – i livelli decisionali e di responsabilità.

Il quarto tema infine promette di essere meno conflittuale ma più complesso da risolvere. Tralasciando il budget di salute, argomento non più centrale, perlomeno nel testo del PNRR, una componente non minoritaria, quella relativa all'integrazione delle funzioni informative ed informatiche, non potrà che essere risolta con gare di estrema complessità e capitolati tecnici omnicomprensivi che potranno vedere la luce solamente nel medio-lungo termine. La condivisione di un budget unico di comunità che vada ad includere la componente sanitaria e quella socio-assistenziale si scontra invece con la radicata appartenenza delle professioni alle proprie radici e quindi con le rispettive diffidenze. Il modello delle Società della Salute di Regione Toscana testimonia delle grandi difficoltà a realizzare l'integrazione desiderata ma nello stesso tempo ha costituito un banco di prova sul quale fondare il percorso delle CDC.

Autore: **Mauro Occhi**, direttore sanitario dell'ASL di Asti.