



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

Corso di perfezionamento

**Organizzazione e gestione delle Case della Comunità  
nell'ambito del riordino della sanità territoriale**

Project work

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

Autori

Nicoletta Bellin

Francesca Biffi

Gloria Chiozza

Andrea Lux

Clara Occhiena

Ornella Righello

Direttore scientifico

Prof. Renato Balduzzi

Tutor di progetto

Dott. Luca Gori

Anno accademico 2021-2022

## Sommario

Sommario .....	1
Abstract .....	2
Analisi del contesto .....	3
Comuni del Distretto di Cuornè.....	3
Indicatori Territoriali (Contesto Territoriale) .....	5
Popolazione.....	5
Indicatori Sociodemografici .....	6
Indice di vecchiaia (Anno 2019) .....	6
Indicatori di Salute/Non salute .....	10
Finalità generale, obiettivi specifici.....	13
Destinatari e attori coinvolti .....	15
Descrizione dell'intervento/modello, azioni e tempi di realizzazione .....	17
Metodi, risorse, strumenti .....	17
Costi .....	19
Risultati attesi e valutazione .....	20
Bibliografia e sitografia .....	24

## **Abstract**

L'ASLTO4 comprende un territorio di 3164 kmq, composto da 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 Cuornè presenta un maggior indice di vecchiaia rispetto a tutti gli altri distretti dell'ASL TO 4 e alla Regione Piemonte; gli altri classici indicatori demografici si attestano sulla media degli altri distretti dell'ASL TO 4 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 Cuornè si utilizzerà la formula della co-progettazione (art 55 D. Lgs.117/2017 CTS) 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 ASL, Consorzio C.I.S.S. 38, Presidente dell'Assemblea Consortile, rappresentanti di MMG e PLS, enti di terzo settore, istituzioni scolastiche, 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.

## **Analisi del contesto**

L'ASLTO4 si estende dall'hinterland torinese a sud ai confini con la Valle d'Aosta a nord, fino al confine francese ad est a comprendere un territorio di 3164 kmq, composto da 174 comuni, con una popolazione residente di 510679 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 sul territorio.

### **Comuni del Distretto di Cuornè**

Il Distretto di Cuornè comprende i Comuni di:

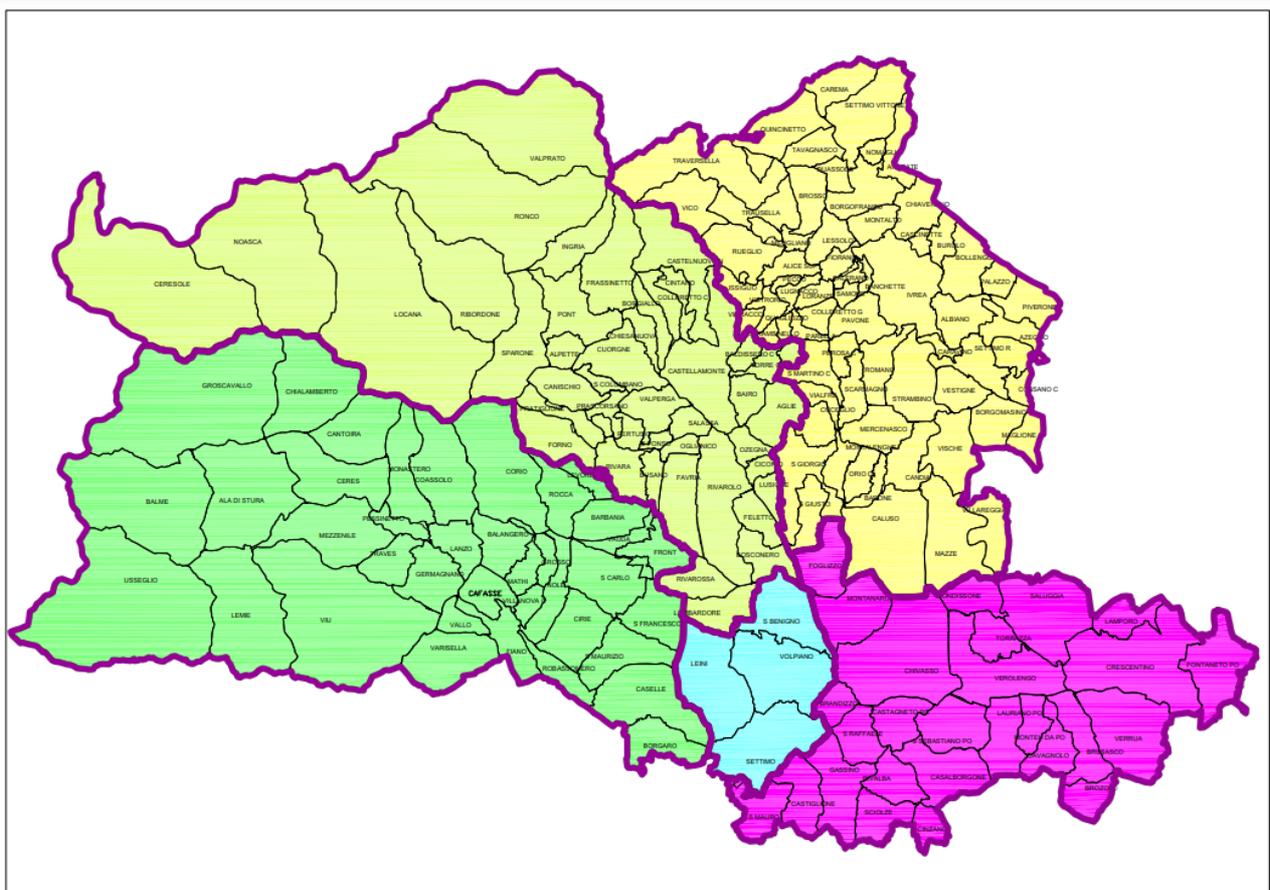
Aglié, Alpette, Bairo, Baldissero, Borgiallo, Bosconero, Busano, Canischio, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Ceresole Reale, Chiesanuova, Ciconio, Cintano, Collettero Castelnuovo, Cuorné, Favria, Feletto, Forno Canavese, Frassinetto, Ingria, Locana, Lombardore, Lusiglié, Noasca, Oglianico, Ozegna, Pertusio, Pont Canavese, Prascorsano, Pratiglione, Ribordone, Rivara, Rivarolo, Rivarossa, Ronco, Salassa, San Colombano, San Ponso, Sparone, Torre, Valperga, Valprato Soana.

Nel Distretto di Cuornè insiste il Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio Assistenziali C.I.S.S. 38. Il Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio Assistenziali C.I.S.S. 38 è l'Ente strumentale di 36 Comuni associati per l'esercizio delle funzioni socio assistenziali ed uniforma la propria attività ai principi ed agli obiettivi stabiliti dalla L.R. n.1/2004. Dal 01/01/2019, con l'aggiunta di 5 nuovi comuni, il totale è di 41 comuni associati con una popolazione residente al 31/12/2019 di circa 77.000 persone

Con i servizi sanitari e gli altri servizi della comunità locale, il Consorzio concorre a favorire il benessere della persona, la prevenzione del disagio e il miglioramento della qualità della vita.

Il territorio di competenza del C.I.S.S. 38, situato nell'area corrispondente al Canavese occidentale, ha come bacino di utenza la popolazione dei 41 Comuni rappresentati nella cartina allegata.

Il territorio si distribuisce su una superficie molto estesa di circa 883 km<sup>2</sup> e si caratterizza per la particolare estensione in aree di alta montagna (km<sup>2</sup> 659), e per una conseguente eccezionale dispersione territoriale. La superficie territoriale corrisponde a poco meno del 13% del territorio provinciale, mentre la popolazione residente rappresenta appena il 3,5% di quella presente nella Città metropolitana di Torino. Tra i 41 Comuni, 27 hanno una popolazione inferiore a 2.000 abitanti e, di questi, 14 inferiore ai 500.



Per programmare ed organizzare i servizi di tutela della salute di un territorio è utile e necessario avere immagini descrittive della situazione di salute della popolazione di riferimento e della sua evoluzione nel tempo.

A questo scopo i dati epidemiologici presenti nel documento contribuiscono a indirizzare le risorse economiche, non infinite, verso gli obiettivi più efficaci e utili al benessere della comunità, ovviamente in linea con gli obiettivi di salute definiti a livello regionale.

La relazione è stata elaborata attingendo alle numerose fonti di informazione presenti nelle banche dati statistiche nazionali, regionali e locali. I dati, di cui si riportano di seguito quelli più significativi, si riferiscono agli anni più aggiornati delle fonti utilizzate.

I dati sono stati raggruppati fondamentalmente in 3 macro-categorie:

- INDICATORI TERRITORIALI (CONTESTO TERRITORIALE)
- INDICATORI SOCIODEMOGRAFICI
- INDICATORI DI SALUTE/NON SALUTE

Viene in tal modo a costruirsi lo strumento conoscitivo con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio. Si tratta, quindi, di un documento che ha valenza “conoscitiva” utile come punto di partenza per indicare gli indirizzi e le priorità della programmazione sociale e sanitaria.

## Indicatori Territoriali (Contesto Territoriale)

Il Distretto di Cuornè comprende 43 comuni per un totale di 76.547.

### Popolazione

	Totale*
Maschi	37.618
Femmine	38.929
Totale	76.547

\* al 31/12/2020

Il Comune più popoloso è Rivarolo con 12372 abitanti. Tre comuni (Castellamonte, Cuornè e Favria) hanno più di 5000 abitanti, 24 meno di 1000.

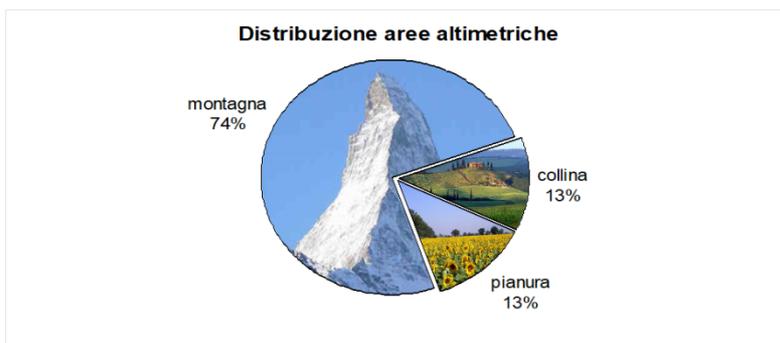
Del territorio fanno parte le Comunità Montane:

- Unione Val Chiusella;
- Unione Valle Sacra;
- Unione Dora Baltea Canavesana;
- Unione Val Gallenca;
- Unione Gran Paradiso;
- Unione Alto Canavese;
- Unione Valli Orco e Soana.

I Comuni sono distribuiti in due diversi Consorzi per i Servizi Sociali: Consorzio In Rete (2 Comuni) con sede a Ivrea e CISS 38 ( 41 Comuni) con sede a Cuornè.

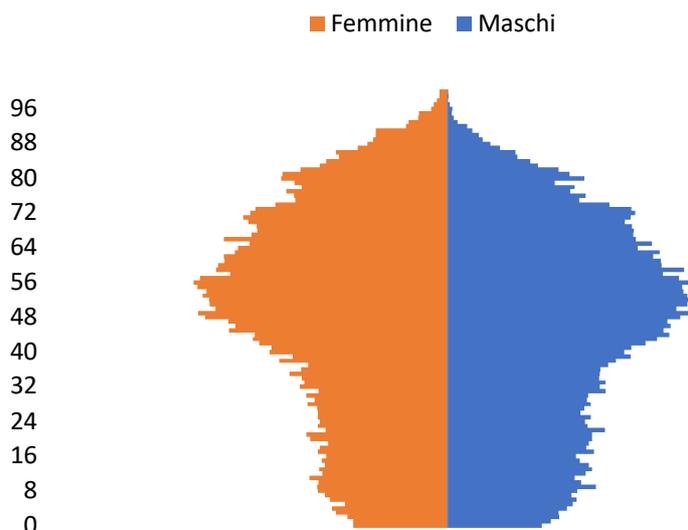
In rapporto all’altezza altimetrica i comuni del distretto 6 risultano così distribuiti:

- collina: Agliè, Bairo, Baldissero, Cuornè, Castellamonte, Pertusio, Prascorsano, Rivara, Rivarossa, S. Colombano Belmonte, Torre Canavese, Valperga.
- pianura: Bosconero, Busano, Ciconio, Favria, Feletto, Lombardore, Lusigliè, Oglanico, Ozegna, Rivarolo Canavese, Salassa, S. Ponso.
- montagna: Alpette, Borgiallo, Canischio, Castelnuovo Nigra, Ceresole Reale, Chiesanuova, Cintano, Colletterto C.vo, Forno Canavese, Frassinetto, Ingria, Locana, Noasca, Pont Canavese, Pratiglione, Ribordone, Ronco Canavese, Sparone, Valprato Soana



## Indicatori Sociodemografici

La popolazione femminile risulta più numerosa di quella maschile di circa il 3,5%; osservando la forma della piramide dell'età si nota che nei maschi la distribuzione all'interno delle fasce d'età si è mantenuta costante, mentre nelle femmine la forma della piramide si è maggiormente allargata. rispetto a quella dei maschi, nelle fasce superiori. Questo è indice di un maggiore invecchiamento della popolazione femminile e, quindi, indicatore indiretto di una maggiore speranza di vita per il genere femminile.



L'indice di vecchiaia esprime il rapporto tra la popolazione residente di età superiore a 64 anni e quella di età compresa tra 0 e 14 anni ogni 100 residenti ed è indicatore del grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai molto giovani.

Il Distretto di Cuorgnè presenta un maggior indice di vecchiaia rispetto a tutti gli altri distretti della ASL TO 4 ed alla Regione Piemonte sostenuto soprattutto dai comuni di montagna.

### Indice di vecchiaia (Anno 2019)

	Indice di vecchiaia (*100)
Distretto Cuorgne <sup>1</sup>	206,9
	Indice di vecchiaia (*100)

ASL TO4	203,2
<b>Regione Piemonte</b>	
<b>Tutte le ASL</b>	<b>Indice di vecchiaia (*100)</b>
AL	255,9
AT	220,5
BI	273,3
CN1	186,0
CN2	183,8
NO	185,5
TO1-2	219,5
TO3	206,7
TO4	203,2
TO5	185,7
VC	248,4
VCO	248,2
Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat	

Gli altri classici indicatori demografici (come l'indice di natalità, l'indice di fecondità e l'indice di dipendenza strutturale) si attestano sulla media degli altri distretti dell'ASL TO 4 e sulla media regionale.

In particolare l'Indice di dipendenza strutturale (calcola quanti individui ci sono in età non attiva ogni 100 in età attiva) indica chiaramente una situazione di squilibrio generazionale nel senso che il valore di 61,86 % della popolazione è a carico di quella potenzialmente attiva. Risulta essere leggermente più elevato della media degli altri distretti dell'ASL TO 4 e della media regionale (61,72%).

#### Tasso di natalità (Anno 2019)

	<b>Tasso di natalita' (*1000)</b>
Distretto Cuorgne'	6,53
	<b>Tasso di natalita' (*1000)</b>
TO4	6,23
<b>Regione Piemonte</b>	
<b>Tutte le ASL</b>	<b>Tasso di natalita' (*1000)</b>
AL	5,61
AT	6,39
BI	5,4
CN1	7,51
CN2	7,19
NO	7,08
TO1-2	7,07
TO3	6
TO4	6,23
TO5	6,66
VC	6

VCO	5,11
Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat	

### Indice di fecondità\* (Anno 2019)

	Indice di fecondita' (*100)
Distretto Cuorgne'	3,48
<b>Indice di fecondita' (*100)</b>	
ASLTO4	3,22
<b>Regione Piemonte</b>	
	Indice di fecondita' (*100)
AL	3,06
AT	3,37
BI	2,99
CN1	3,84
CN2	3,6
NO	3,56
TO1-2	3,46
TO3	3,12
TO4	3,22
TO5	3,39
VC	3,26
VCO	2,75
Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat	

\* rapporto tra il numero di nati vivi da donne in un'età feconda specifica e l'ammontare della popolazione residente femminile della stessa età

### Indice di dipendenza strutturale\* (Anno 2019)

Indice di dipendenza strutturale (*100)	
Distretto Cuorgne'	61,3
<b>Indice di dipendenza strutturale (*100)</b>	
ASLTO4	60,86
<b>Regione Piemonte</b>	
Indice di dipendenza strutturale (*100)	
AL	63,91
AT	62,82
BI	65,7
CN1	60,66
CN2	59,24
NO	58,18
TO1-2	61,03
TO3	62,18
TO4	60,86
TO5	61,01

VC	63,68
VCO	61,46
Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat	

\*rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100. Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50 per cento indicano una situazione di squilibrio generazionale.

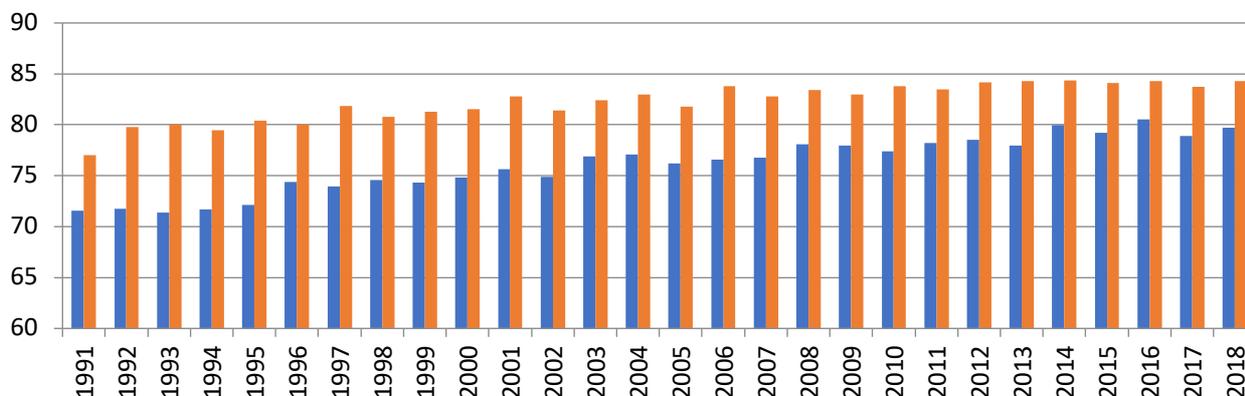
L'indicatore Speranza di vita (speranza di vita a 0 e a 65 anni), nella serie temporale osservata, per il distretto di Cuornè, come peraltro per l'intera regione Piemonte per ASL e per gli altri distretti dell'ASL TO4, evidenzia che:

- aumenta la durata della vita (invecchiamento biologico);
- aumenta il numero degli anziani (invecchiamento demografico o della popolazione);
- aumenta il periodo di vita con disabilità e perdita di autonomia.

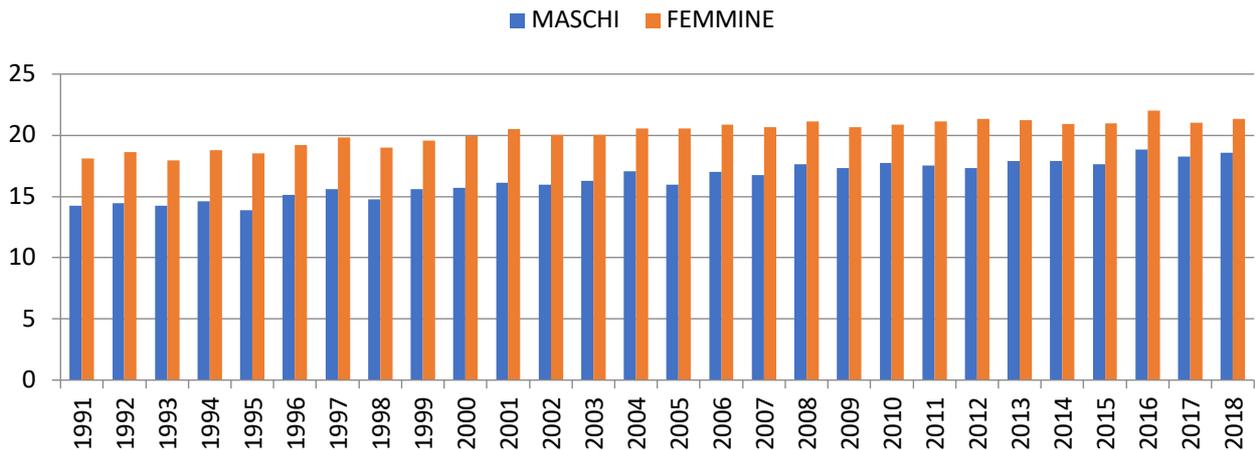
Tutti questi fattori non si sommano, ma si moltiplicano: gli individui vivono di più, sono in numero relativo maggiore, accumulano più anni di disabilità; ne risulta una importante sommatoria di maggiori necessità che impegnano l'intero sistema di protezione socio sanitaria.

### Speranza di vita a 0 anni

■ MASCHI ■ FEMMINE



### Speranza di vita a 65 anni



## Indicatori di Salute/Non salute

### PRINCIPALI CAUSE DI MORTALITÀ

Dal momento che la conoscenza dei principali eventi morbosi ad elevata letalità costituisce un aspetto importante nell'ambito della programmazione sanitaria, poiché fornisce indicazioni su quali problemi di salute conducono più frequentemente al decesso e consente di individuare possibili aree di intervento per ridurre la mortalità, si è ritenuto di osservare il fenomeno attraverso l'individuazione delle cause di morte con tassi di mortalità superiori a quelli della popolazione di riferimento (Regione Piemonte).

Per tale scopo l'indicatore utilizzato è stato la stima della forza di occorrenza depurata dell'effetto stesso dell'età (tasso standardizzato di mortalità).

#### Tasso di mortalità (Anno 2019)

	Tasso di mortalità' (*1000)
Distretto Cuorgne'	14,22
	<b>Tasso di mortalità' (*1000)</b>
ASL TO4	12,23
<b>Regione Piemonte</b>	
	<b>Tasso di mortalità' (*1000)</b>
Tutte le ASL	
AL	14,81
AT	14,1
BI	13,48
CN1	12,17
CN2	11,89
NO	11,35
TO1-2	12,05
TO3	11,36
TO4	12,23
TO5	10,37
VC	14,11
VCO	12,4

Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat	

Nell'ambito del Distretto di Cuornè, per il genere femminile, le prime tre cause di decesso sono rappresentate dalle patologie cardiovascolari seguite dai tumori e quindi dalle malattie respiratorie, mentre per il genere maschile in primis ci sono i tumori seguiti dalle patologie cardiovascolari e quindi dalle malattie del sistema respiratorio. Inoltre, per gli uomini la quarta causa di morte è quella legata agli incidenti, all'interno della quale una componente importante è quella relativa agli incidenti stradali.

Entrando nello specifico, nell'ambito dei tumori tra gli uomini ha ancora la predominanza il tumore della trachea, dei bronchi e del polmone, seguito dal tumore del colon e quindi dal tumore della prostata; per le donne, invece, il primato è ancora mantenuto dal tumore della mammella, seguito dal tumore della trachea, dei bronchi e del polmone (14 per 100.000) e quindi dal tumore del colon. Per il tumore del colon-retto i dati sono un po' superiori a quelli regionali, ma non in modo significativo. Per gli altri tipi di tumore indicati sopra i dati sono in linea con quelli regionali. Tuttavia l'andamento della mortalità per tumori nel corso degli anni è stato di progressiva diminuzione, ma in modo molto più consistente per il genere maschile che per quello femminile. Sulle donne pesa probabilmente l'incremento della mortalità per i tumori legati al fumo: si tenga presente che a livello nazionale le fumatrici sono aumentate, dagli anni '60, di più di 3 volte passando dal 6% al 22 % circa.

#### 18 gruppi di mortalità (Anno 2018)

Malattie infettive			Tumori maligni		
Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
20	15	35	150	104	254
Tumori benigni, in situ, incerti			Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche		
Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
7	4	11	16	23	39
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari			Disturbi psichici		
Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2	.	2	12	39	51
Malattie del sistema nervoso			Malattie dell'apparato circolatorio		
Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
13	34	47	148	223	371
Malattie dell'apparato respiratorio			Malattie dell'apparato digerente		
Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
54	48	102	17	16	33

Malattie dell'apparato genito-urinario			Malattie della pelle e del sottocutaneo		
Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
6	7	13	2	5	7
Malattie osteomuscolari e del connettivo			Malformazioni congenite e cause perinatali		
Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2	7	9	1	1	2
Stati morbosi e mal definiti			Traumatismi e avvelenamenti		
Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
4	16	20	27	18	45
Totale					
Maschi	Femmine	Totale			
481	560	1.041			

Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

#### Cause di morte: Malattie alcool correlate (Anno 2018)

Maschi	Femmine	Totale	
19	7	26	
Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat			

#### Cause di morte: Malattie fumo correlate (Anno 2018)

Maschi	Femmine	Totale
75	38	113

Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

Una ulteriore analisi è stata condotta in relazione alla cosiddetta “mortalità evitabile” che rappresenta un contributo per progettare azioni coerenti ai bisogni locali dal momento che può essere considerato un importante indicatore dell’efficacia degli interventi sociali, ambientali e sanitari in una determinata area geografica.

Le cause di morte sono considerate evitabili quando il rischio di morte per quella causa può essere ridotto (o addirittura evitato) raggiungendo un buon livello quali-quantitativo di intervento pubblico sulla salute, dalla prevenzione alla cura e alla riabilitazione.

Esse sono raggruppate in tre aggregazioni:

Gruppo 1 - cause di morte collegabili a Prevenzione Primaria: gli accidenti da veicoli a motore, la Cirrosi epatica ed il Tumore della trachea, bronchi e polmoni;

Gruppo 2 - cause di morte collegabili a Diagnosi precoce e terapia: il melanoma ed i tumori del retto e della giunzione retto sigma;

Gruppo 3 - cause di morte collegabili ad Igiene ed Assistenza sanitaria: infarto del miocardio e decessi per enfisema ed asma

#### Malattie evitabili: Tutte le malattie evitabili (Anno 2018)

Prevenzione primaria		
Maschi	Femmine	Totale
49	9	58
Diagnosi precoce e terapia		
Maschi	Femmine	Totale
5	24	29
Igiene e assistenza sanitaria		
Maschi	Femmine	Totale
21	10	31
Totale		
Maschi	Femmine	Totale
75	43	118

Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

## Finalità generale, obiettivi specifici

Nella Casa della Comunità è prevista l'organizzazione di luoghi fisici adeguati e specifici per ospitare servizi che consentano la transizione da una semplice offerta di prestazioni ad un vero e proprio progetto di salute rivolto alla Comunità di riferimento, con al centro la persona.

Gli indicatori che abbiano preso in esame costituiscono il punto di partenza per aprire un confronto con tutte le realtà territoriali per identificare, all'interno delle singole aree funzionali, gli obiettivi specifici da perseguire.

Le aree funzionali saranno articolate in:

### AREA ACCOGLIENZA

La Casa della Comunità è un punto di primo contatto, la "porta di entrata del sistema". L'accoglienza è garantita da figure del sociale e del sanitario nell'ottica di perseguire la lettura integrata e condivisa dei bisogni, per focalizzare le priorità di azione e accompagnare verso le risposte più appropriate.

La composizione demografica dell'area, con un indice di vecchiaia piuttosto elevato, dovrà prevedere un'accoglienza sia strutturale (non semplice assenza di barriere ma presenza di arredi comodi e confortevoli...) che di personale dedicato in grado di far sentire gli utenti come «a casa propria», individuando altresì un *framework* che consenta l'accesso di questo target senza che la digitalizzazione rappresenti un ostacolo.

Servizi previsti:

- Punto Unico di Accesso
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP Aziendale

## AREA DELLE CURE PRIMARIE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La Casa della Comunità è il luogo della presa in carico della cronicità e della fragilità secondo il paradigma della medicina di iniziativa, per garantire ai cittadini un'assistenza di prossimità e di qualità attraverso:

- équipe multiprofessionali (IFeC, MMG, PLS, CA, Specialisti Ambulatoriali Interni e dipendenti ecc.)
- ambulatori MMG/PLS (presenza medica h24 -7 giorni su 7 – integrazione con CA)
- continuità Assistenziale h12
- servizi di specialistica ambulatoriale per il supporto nella gestione delle patologie ad elevata prevalenza
- servizi infermieristici (presenza h12 -7 giorni su 7) prioritariamente orientati alla gestione integrata della cronicità
- servizi di Assistenza Domiciliare di livello base
- servizi sociali
- punto prelievi
- servizi diagnostici di base finalizzati al monitoraggio della cronicità.

I MMG/ PLS hanno un ruolo prioritario nel riconoscere i bisogni non espressi e quelli inevasi e/o cronicizzati e nell'indirizzare i propri assistiti; la loro aggregazione in forme associative funzionali (Rete, AFT) e strutturali (Gruppo, UCCP) all'interno della Casa della Comunità, costituirà il collante fra le iniziative e i percorsi di presa in carico che sono presenti e si snodano all'interno della stessa. La loro attività assistenziale verrà rimodulata aumentando la quota di medicina di opportunità, implementando e programmando in maniera intensiva quella d'iniziativa.

Dovranno integrarsi in maniera coordinata con gli altri servizi presenti nella Casa della Comunità, collaborando direttamente con gli attori dei percorsi specifici quali infermieri, altri specialisti, psicologi etc. (presa in carico integrata e proposta opzioni di risoluzione: *problem solving*).

Da un modello MMG-centrico si andrà quindi verso un modello con al centro l'assistito e la comunità, in cui ogni professionista contribuirà con il proprio ruolo e le proprie competenze.

Gli specialisti della Casa della Comunità sono uno dei punti cardine del percorso di risposta/presa in carico del cittadino/paziente; forniranno una risposta immediata ai bisogni di salute per effettuazione di accertamenti a completamento diagnostico nonché il supporto specialistico per l'inserimento in percorsi di presa in carico degli assistiti identificati a rischio dagli ambulatori di prevenzione.

Lavoreranno in stretta collaborazione con i MMG/PLS e con le restanti strutture presenti: ambulatori infermieristici centri di diagnostica strumentale; parteciperanno a riunioni periodiche con gli altri attori presenti: MMG, altri specialisti responsabili percorso ospedale territorio, associazioni di volontariato e *stakeholders* per promuovere manifestazioni ed eventi su promozione della salute e stili di vita.

La distribuzione capillare sul territorio distrettuale di RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR potrà altresì consentire la realizzazione di percorsi protetti di assistenza domiciliare che prevedano tra gli altri la erogazione interventi di consulenza alla famiglia/ *caregiver*

per la gestione del paziente e la protesizzazione degli ambienti abitativi, prestazioni infermieristiche, prestazioni assistenziali professionali, interventi di stimolazione/ mantenimento delle capacità cognitive e motorie.

### AREA SOCIO SANITARIA

La Casa della Comunità è il luogo per la realizzazione della piena integrazione socio- sanitaria e lo sviluppo di azioni congiunte rivolte alla tutela dei bambini, della donna e dei nuclei familiari e al contrasto delle varie forme di disagio.

Servizi previsti:

- Servizi sociali alla persona e alla famiglia (U.M.V.D., U.V.G.)
- CSM
- NPI
- Consultorio Familiare
- SERD
- Psicologia

### AREA PROMOZIONE – PREVENZIONE

La Casa della Comunità non solo si “prende cura” ma interviene, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, gli Enti Locali e le Associazioni di Volontariato, ancora prima che i cittadini si ammalino e necessitino di cure attraverso un’adeguata informazione e sensibilizzazione sui rischi associati a comportamenti poco salutari o attuando buone pratiche – sostenute da evidenza scientifica - volte a prevenire morbosità, mortalità e disabilità e/o a diagnosticare in fase iniziale malattie potenzialmente gravi, individuando celermente i soggetti a rischio o che necessitino di successiva presa in carico.

Attività realizzabili:

- Percorsi rivolti all’ *empowerment* del cittadino/ paziente
- Programmi di screening
- Campagne di vaccinazione

## **Destinatari e attori coinvolti**

### **AREA DI PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITA’**

La Casa di 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.

In quest’ottica appare essenziale la messa in rete con gli altri *setting* assistenziali territoriali, domicilio compreso, presenti sul territorio, quali Ospedali di Comunità, *hospice* e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi, per la elaborazione di percorsi di cura multidisciplinari personalizzati.

Dovranno peraltro essere garantiti integrazione e coordinamento, tramite il supporto di piattaforme informatiche, con l'attività ospedaliera in merito alla gestione comune dei pazienti cronici più complessi e ad alto grado di instabilità.

La Casa della Comunità dialoga continuamente con il suo territorio di riferimento e coinvolge i cittadini, il volontariato, il terzo settore, reti formali e informali e le amministrazioni comunali nelle tematiche della coesione sociale, della promozione della salute, nella formulazione e realizzazione del "Progetto di Salute della Comunità".

<b>Classi di Portatori di interesse - generale</b>	<b>Portatori di interesse</b>
Cittadini	Minori e famiglie, disabili, anziani, soggetti a rischio di esclusione sociale.
Personale Consorzio CISS e ASL	Personale dipendente
	Operatori servizi appaltati
ASL	ASL TO4 - Direzione Generale
	ASL TO4 - Distretto di Cuornè
MMG/ PLS	
Comuni / Unioni di Comuni	Comuni e Unioni consorziati
Altri soggetti pubblici e privati	IPAB
	Fondazioni
	Volontariato sociale
	Consorzi di Cooperative e Cooperative sociali A e B
	Altri fornitori
Istituti scolastici e agenzie formative	Agenzie formative

	Istituti comprensivi
	Scuola secondaria di secondo grado
Regione Piemonte	Regione Piemonte
Stato e altri enti pubblici	Tribunale Ordinario (T.O.) e Procura
	Tribunale per i Minorenni (T.M.) e Procura
	Forze dell'Ordine

## Descrizione dell'intervento/modello, azioni e tempi di realizzazione

Allegato n.1 – Diagramma di Gantt

### Metodi, risorse, strumenti

La Casa di Comunità fonda il suo legame identitario nelle relazioni tra gli attori sociali e le istituzioni del territorio ma soprattutto nel rapporto indissolubile tra i cittadini, le famiglie e le istituzioni, sanitarie (ASL) e Comunali in primis.

Nella rete un ruolo non indifferente viene anche svolto dagli Enti di Terzo Settore (ETS) che, specie con il Volontariato, permeano il tessuto sociale comunitario.

In Piemonte, è bene precisare, che i Servizi Sociali dei Comuni sono svolti in modalità aggregata, per lo più attraverso la forma consortile (ConSORZI Intercomunali - Enti strumentali dei Comuni).

I Servizi Sanitari, perno focale della Casa di Comunità, hanno la necessità di veder realizzata una rete ed una serie di ponti che aprano loro la strada nelle dinamiche complesse della società ed instaurino legami con le famiglie e i cittadini.

Le relazioni hanno due componenti fondamentali, la dimensione "re-fero" che indica cosa ciascuno porta e la dimensione "re-ligo" che sottende i legami tra gli attori della relazione (E. Scabini, V. Cigoli). I flussi relazionali non possono contenere esclusivamente la dinamica domanda-offerta di un modello vetusto e superato, ma devono prevedere l'interazione, la fiducia, la *compliance*, l'intesa, la condivisione di valori tra gli attori istituzionali e la famiglia e i cittadini. Solo così, in una rete solidale e coesa, si può parlare di Comunità.

È proprio per aiutare i cittadini a rivolgersi e comprendere l'agire delle istituzioni socio-sanitarie, districandosi nella jungla dei servizi, e sul fronte opposto permettere ai servizi di realizzare

l'obiettivo della "casa quale primo luogo di cura", che si rende necessario attivare figure sociali educative che posino i binari di queste connessioni, che gettino i ponti tra sfera privata familiare e sfera pubblica istituzionale, che siano garanti di apertura delle porte della Casa di Comunità e delle porte delle private case dei cittadini.

Questa missione viene affidata ad Educatori, sia socio-sanitari dell'ASL sia socio-pedagogici dei Servizi Sociali, che debitamente formati e orientati diventino i "mediatori" tra i due mondi, godendo della fiducia e del riconoscimento di entrambe le parti.

Questi Educatori di Comunità sono i traduttori e gli interpreti dei linguaggi, sono gli sherpa del territorio, sono gli "sminatori" di eventuali criticità e incomprensioni. La loro competenza è relazionale e interconnettente, aprono il percorso agli Infermieri di Comunità, ai Medici di Famiglia, ai Medici Specialisti, avvalendosi anche delle competenze relazionali e istituzionali degli Assistenti Sociali.

Partecipano alle riunioni di Equipe della Casa di Comunità, e sono a disposizione di Medici, Infermieri ed altre figure sanitarie per i flussi comunicativi e la raccolta dei bisogni tra i cittadini e i Servizi Sanitari e Sociali.

Ed in queste funzioni di raccordo, gli Educatori di Comunità sono esploratori del benessere e del malessere individuale e collettivo nella comunità.

In linea con i processi di collaborazione che sono a fondamento dell'integrazione sociosanitaria e quindi della nascita della Case di Comunità si è scelto di utilizzare lo strumento della co-progettazione (art 55 D. Lgs. 117/2017 Codice del Terzo Settore e Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72 del 31 marzo 2021) per la realizzazione della Casa di Comunità del Distretto di Cuornè.

La co-progettazione è finalizzata alla definizione e alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento diretti a soddisfare bisogni definiti alla luce degli strumenti di programmazione. La procedura di co-programmazione utilizzata per realizzare la Casa della Comunità del Distretto di Cuornè prende forma concreta a partire dal PNRR quale strumento di programmazione nazionale. Sulla base degli interventi da attuare con una declinazione di integrazione socio sanitaria l'autorità procedente (Distretto e Consorzio CISS) avvia il procedimento di co-progettazione e pubblica l'avviso di manifestazione di interesse. Questa ultima ha come obiettivo il coinvolgimento degli stakeholder del territorio per definire quali "prestazioni aggiuntive", oltre a quelle obbligatorie previste dalla normativa, inserire nella Casa della Comunità del Distretto di Cuornè e come realizzarle con l'obiettivo di giungere ad una unica progettazione che vedrà coinvolti in modo attivo gli stakeholder definiti a seguito della verifica dei requisiti di idoneità tecnica/economica/finanziaria indicati nell'avviso.

I soggetti presenti d'ufficio ai tavoli di co-progettazione sono: ASL, Consorzio C.I.S.S. 38, Presidente dell'Assemblea Consortile che nel caso specifico rappresenta i Sindaci del Distretto, Rappresentanti dei Medici di Medici Generale e Pediatri.

Alla manifestazione di interesse potranno partecipare: enti di terzo settore (cooperative sociali, volontariato, associazioni), istituzioni scolastiche, cittadini attivi.

Una volta selezionati i soggetti partecipanti, verranno organizzati tavoli di lavoro per la definizione condivisa del progetto della Casa della Comunità del Distretto di Cuornè; tali tavoli verranno condotti da personale esperto e specificatamente selezionato.

Il budget per gli operatori che gestiranno tali tavoli dovrà essere preventivamente impegnato con apposito atto.

L'obiettivo della co-progettazione è quello di giungere ad un unico e condiviso progetto; i soggetti aggiudicatari della procedura di co-progettazione sottoscriveranno apposita Convenzione come previsto dalla normativa vigente.

## **Costi**

In relazione al budget assegnato, trovano applicazione le linee di indirizzo definite dal D.M. 72 del 31.03.2021, di cui si forniscono sintetici cenni.

In particolare, In ragione della peculiarità del rapporto di collaborazione attivato mediante co-progettazione, agli Enti del Terzo Settore (ETS) è richiesta una compartecipazione, mediante diverse forme, nei termini e con le modalità stabilite dalle Amministrazioni precedenti sia nell'ambito delle eventuali regolamentazioni generali dell'istituto o, in alternativa, nell'ambito della regolamentazione sulla concessione di contributi, sovvenzioni o altre utilità economiche, che negli avvisi pubblicati.

Con specifico riferimento all'eventuale apporto dell'attività prestata da volontari, esso potrà essere valorizzato attraverso l'applicazione, alle ore di attività di volontariato effettivamente svolte, della retribuzione oraria lorda prevista per la corrispondente qualifica dai contratti collettivi di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, ma – beninteso – senza possibilità di rimborsare detto apporto, neppure in forma forfettaria.

A proposito di rimborso delle spese, la rendicontazione delle stesse è necessaria in ragione della riconducibilità delle risorse riconosciute agli ETS ai contributi, di cui all'art. 12 della legge n. 241/1990; pertanto, la relativa attività, sulla scorta degli orientamenti univoci della giurisprudenza amministrativa e contabile, dovrà essere analitica ed inerente alle attività svolte, posto che le amministrazioni pubbliche devono controllare il "corretto impiego delle risorse pubbliche, finanziarie e strumentali" (art. 93, comma 3, lett. e), CTS), ma anche degli eventuali beni pubblici messi a disposizione (ai sensi del richiamato art. 93, comma 4, CTS).

Con riferimento alla rendicontazione delle spese e dei costi sostenuti, il predetto D.M. richiama le indicazioni della Circolare n. 2 del 2 febbraio 2009 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Per ciò che riguarda i costi di avvio della Casa della Comunità il PNRR prevede, ad oggi, la presenza di un coordinatore, 7 infermieri ( a cui ne vanno aggiunti altri 4 trovando altre risorse), 5 figure di unità di supporto ( a cui ne vanno aggiunte ulteriori 3) e 104 ore all'anno di Medico di Medicina Generale.

Oltre a quanto sopra dovranno essere previsti i costi per gli specialisti ambulatoriali in numero pari al numero di specialità attivabili oltrechè i costi del personale tecnico e di riabilitazione.

Un medico costa complessivamente 119.000 euro all'anno; un infermiere 46.000 euro all'anno; il personale sanitario con funzioni riabilitative circa 44.000 euro all'anno; il personale tecnico-sanitario circa 46.000 euro all'anno, il personale di ruolo tecnico circa 40.000 euro all'anno.

Al personale sanitario sarà poi da aggiungere il personale amministrativo con un costo medio annuo di circa 40.000 euro.

Sulla base delle rilevazioni sopra riportate andrà considerato l'impatto del personale sia dentro le Case della Comunità sia nelle Centrali Operative Territoriali che saranno in stretta correlazione. Occorre poi non trascurare le infrastrutture che saranno parte integrante della riforma dell'assistenza territoriale a cominciare dalle Unità di Continuità Assistenziale, che prevedono un medico ed un infermiere per ciascuna.

Entro il 30 aprile 2022 il Ministero della Salute dovrà emanare un decreto "per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale" e, in seguito, definire le somme necessarie per le strutture territoriali.

Ciò significa che il costo stimato per ogni unità di personale se copre perfettamente la retribuzione e gli oneri (tfr, contributi, assicurazioni,...) non tiene in questo momento in considerazione qualsivoglia costo aggiunto quale, ad esempio: materiale, attrezzature, dispositivi di cui il personale ha necessità per lo svolgimento della propria attività.

## **Risultati attesi e valutazione**

I risultati attesi connessi al progetto di realizzazione della Casa della Comunità attraverso lo strumento della co-progettazione sono riconducibili a:

- realizzazione di un modello di Casa della Comunità che, seppur linea con la normativa nazionale e regionale di riferimento, viene creato a misura del territorio specifico in quanto co-costruito con gli attori che lo animano. Ciò permette di realizzare servizi maggiormente capaci di rispondere agli specifici bisogni sanitari e sociali;
- possibilità di apportare modifiche ed integrazioni al progetto in itinere attraverso la riapertura dei tavoli di co-progettazione. Ciò garantisce quella flessibilità che pare necessaria per fronteggiare bisogni nuovi e contesti in costante evoluzione.

Gli strumenti di valutazione previsti sono:

- n. di cittadini utilizzatori dei diversi servizi offerti attraverso la predisposizione di un sistema di controlli inizialmente trimestrale (per i primi 3 anni) e a seguire semestrale.
- sistemi di valutazione della soddisfazione della qualità dei servizi da parte di cittadini utenti della Casa della Comunità e degli operatori

In particolare, la valutazione dei servizi e delle prestazioni erogate costituisce un fondamentale strumento di analisi e di governo specie laddove si tratti di servizi innovativi e soprattutto di approcci e modalità innovative di erogazione

In termini quantitativi un primo obiettivo strategico è costituito dalla presa in carico, entro il giugno 2026, di almeno il 10% della popolazione >65aa, raddoppiando indicativamente il dato rispetto all'anno 2020. Questa operazione, che si articola in step successivi di carattere semestrale, mira a raggiungere e, ove possibile, superare l'obiettivo in considerazione delle caratteristiche di dispersione abitativa e delle necessità di "educare" la Comunità ad accessi preventivi che preservino l'omeostasi anche in utenti compromessi e fragili al fine di ridurre impropri accessi al DEA e ospedalizzazioni derivanti da trascuratezza nelle cure e tardive attenzioni a preservare gli equilibri bio-psico-sociali.

La valutazione, oltre al numero complessivo di prese in carico, monitora a cadenza semestrale gli interventi per singole patologie di rilievo nell'ambito della fragilità con misurazione del numero di accessi e di costanza rispetto agli accessi programmati, allertando Infermieri di Comunità ed Educatori, laddove si verificano reiterate assenze alle visite programmate, verificando le cause di "disaffezione" e ponendo in campo strategie di compensazione sia sul fronte sanitario che sociale. E' atteso un incremento prestazionale a valenza lineare con basso coefficiente angolare sulle prestazioni generalistiche alla Comunità diffusa, ma che comunque garantiscano un incremento di accesso appropriato ai servizi della CdC. Viceversa l'implementazione della presa in carico e delle singole prestazioni per i pazienti >65aa è attesa con linearità a più mancata pendenza della curva e diviene con caratteristiche di incremento quasi quadratico nelle fasi di avvio dei servizi per gli utenti "fragili" pluripatologici, al fine di coprirne pressochè la totalità in tempi ristretti non superiori al biennio attuativo. Accanto alle citate misurazioni quantitative che potranno trovare maggiore dettaglio in Piani attuativi annuali (Piani Programma) e si potranno adattare alle specifiche esigenze territoriali, una attenzione equponderale sarà offerta alla valutazione qualitativa attraverso molteplici strumenti operativi di analisi.

La Customer Satisfaction è uno strumento importante nelle aziende Sanitarie per poter avere un feedback concreto e reale sul servizio offerto.

La Customer Satisfaction sarà realizzata sia attraverso questionari mirati richiesti agli utenti ad ogni accesso al servizio, sia con questionari domiciliari ad invio elettronico o postale tradizionale da sottoporre, con carattere semestrale, agli utenti che hanno avuto accesso a prestazioni sanitarie e sociali erogate dalla Casa della Comunità. L'obiettivo da un lato è quello di rilevare le criticità e porre tempestivo rimedio, da altro lato si intende verificare la progressiva "affezione" alla CdC da parte degli utenti. Su altro fronte si intendono attivare adeguati percorsi di ricerca-intervento dotando di specifiche competenze gli attori maggiormente a contatto con gli utenti (Infermieri di Comunità, Educatori, Assistenti Sociali, ecc) e così realizzando delle vere e proprie "osservazioni partecipanti" con note di carattere psicologico, sociologico e antropologico. Infine si intende realizzare, attraverso personale specializzato, percorsi ciclici di interviste semi-strutturate e focus group rivolti anzitutto ad Amministratori locali (i Sindaci sentinelle della Comunità) e a campioni di insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado, oltre che agli stessi Medici di Medicina Generale per comprendere a fondo lo stato dei bisogni socio-sanitari, la capacità dei servizi di offrire risposta alla domanda, le eventuali lacune presenti nel sistema. L'incrocio di valutazioni quantitative e valutazione qualitative, analizzato trimestralmente da una équipe di direzione della CdC offrirà alle figure di vertice di disporre delle cognizioni più opportune ("sestante, carte marittime, luce e odore del mare") per

governare la nave e condurre la Casa della Comunità a veleggiare verso i migliori lidi, che in questo caso sono le case degli abitanti delle nostre montagne, con la loro necessità di complessivo benessere esistenziale.



## Bibliografia e sitografia

Decreto Legge 19 maggio 2020, n.34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo I, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Decisione 2007/116/CE 15 febbraio 2007 che riserva l' arco di numerazione nazionale che inizia con 116 a numeri armonizzati destinati a servizi armonizzati a valenza sociale.

Accordo Stato-Regioni sancito il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n.221/CSR). Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117.

Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n.215/CSR). Indicazioni nazionali per l' erogazione di prestazioni in telemedicina.

Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR). Piano Nazionale della Cronicità.

Governo Italiano (2021), Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Missione 5: inclusione e coesione; Missione 6: Salute.

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 4-bis del Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34, convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità" e sul riparto per l'anno 2020 delle risorse di cui all'articolo 1, comma 11 del medesimo Decreto Legge n. 34/2020.

Monitor 45 - Agenas, 2021.

Piano Programma del C.I.S.S. 38 2022 – 2024.

DECRETO n. 72/2021. Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore negli artt. 55-57 del d.lgs. n.117/2017 ( codice del terzo settore).

Dati popolazione ISTAT – Censimento permanente popolazione e abitazioni. <https://www.istat.it/it/censimenti-permanenti/popolazione-e-abitazioni#> - data ultima consultazione gennaio 2022.

Regione Piemonte - D.G.R. n.23-3080 del 9 aprile 2021

Regione Piemonte - D.G.R. n. 24-4873 dell'8 aprile 2022

Bailey K. D. (1985), Metodi della ricerca sociale, Bologna, il Mulino.

Boccacin L. (2001), "Le reti familiari e le reti sociali" in Rossi G. (a cura di), Lezioni di sociologia della famiglia, Roma, Carocci.

Carli R., Paniccchia R.M. (2003), Analisi della domanda, Bologna, il Mulino.

Cicognani E., Psicologia sociale e ricerca qualitativa (2002), Roma, Carocci.

Cigoli V., (1992), Il corpo familiare. L'anziano, la malattia, l'intreccio generazionale, Milano, Franco Angeli.

Rossi G., (a cura di) (2003), La famiglia in Europa, Roma, Carocci.

Rossi G., Bramanti D. (a cura di) (2006), Anziani non autosufficienti e servizi family friendly, Milano, Franco Angeli.

Scabini E. e Cigoli V. (2000), Il familiare. Legami, Simboli, Transizioni, Milano, Raffaello Cortina.

Scabini E. e Cigoli V. (2012), Alla ricerca del familiare. Il modello relazionale simbolico, Milano, Raffaello Cortina.