



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Corso di perfezionamento

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

Project work

***INDIVIDUAZIONE DI UN MODELLO
ORGANIZZATIVO E OPERATIVO DI UNA CASA
DELLA COMUNITÀ IN UN DISTRETTO
DELL'ATS VALPADANA***

Coccaglio Ambra
Cominelli Alessandro
Iannello Giancarlo
Maffezzoni Carolina
Maltagliati Diego
Ramera Alessandra
Vighi Davide

Direttore scientifico
Prof. Renato Balduzzi

Tutor di progetto
Dott. Davide Servetti

Anno accademico 2021-2022



GLI AUTORI

Coccaglio Ambra, Responsabile AMMINISTRATIVO, Comunità Sociale Cremasca, ambra.coccaglio@comunitasocialecremasca.it

Cominelli Alessandro, Direttore AMMINISTRATIVO, ATS della Val Padana, alessandro.cominelli@ats-valpadana.it

Iannello Giancarlo, DIRETTORE GENERALE, ASP di Pavia, giancarlo_iannello@libero.it

Maffezzoni Carolina, Direttore SOCIO SANITARIO, ATS della Val Padana, carolina.maffezzoni@ats-valpadana.it

Maltagliati Diego, Direttore SOCIO SANITARIO, ASST di Crema, diego.maltagliati@asst-crema.it

Ramera Alessandra, RAD, ASST della Franciacorta, alessandra.ramera@asst-franciacorta.it

Vighi Davide, DIRETTORE GENERALE, Comunità Sociale Cremasca, davide.vighi@comunitasocialecremasca.it

IL TUTOR DI PROGETTO

Davide Servetti, Ricercatore di Diritto costituzionale, Università Cattolica del Sacro Cuore



INDICE

Sommario

INDICE	3
1. ABSTRACT.....	6
2. PREMESSE	8
3. CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E RETE TERRITORIALE IN ATS DELLA VAL PADANA	9
INDICI DEMOGRAFICI E TERRITORIALI	9
3.1. STATO DI SALUTE POPOLAZIONE	16
3.2. GLI ASSISTITI CRONICI	20
3.3. CONSUMI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	24
3.4. PRESTAZIONI E SPESA PER LE PRINCIPALI BRANCHE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	26
3.5. OFFERTA POSTI LETTO DI DEGENZA OSPEDALIERA E DELLA RETE TERRITORIALE PER ACUTI, SUB ACUTI, POST ACUTI E PER CURE INTERMEDIE	28
3.6. LA RETE D’OFFERTA SOCIOSANITARIA: RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE, AMBULATORIALE, DOMICILIARE.....	30
3.6.1. Residenziale Anziani – Residenza Sanitaria Assistenziale – RSA	30
3.6.2. Residenziale Disabili: Residenza Sanitaria Disabili – RSD- Comunità Socio Sanitaria – CSS	31
3.6.3. Residenziale Cure Intermedie - CI.....	32
3.6.4. Residenziale Cure Palliative – Hospice.....	32
3.6.5. Residenziale Tossicodipendenze	33
3.6.6. Semiresidenziale Anziani – Centro Diurno Integrato – CDI.....	33
3.6.7. Semiresidenziale Disabili- Centro Diurno Disabili – CDD	34
3.6.8. Servizi Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) & Cure Palliative Domiciliari (UCPDom)	34
3.6.9. Misure sperimentali regionali: Numero di Strutture/Enti che sostengono l’erogazione di servizi innovativi della rete non consolidata regionale	35
3.6.10. Servizi Ambulatoriali - Consultori Familiari	35
3.6.11. Servizi della riabilitazione.....	35
3.6.12. Servizi delle Dipendenze: SERT (Servizio Tossicodipendenze – pubblico) & SMI (Servizio multidisciplinare Integrato – privato).....	36
3.7. LA RETE SOCIALE DEL TERRITORIO CREMASCO.....	37
3.8. ANALISI DELL’UTENZA	39
3.9. IL SISTEMA DELL’OFFERTA SOCIALE	43



3.10. FOCUS SULLE PRINCIPALI AREE TEMATICHE: POVERTÀ, DISABILITÀ, DOMICILIARITÀ	46
3.10.1 Focus Povertà.....	46
3.10.2. Focus Disabilità	48
3.10.3. Focus Domiciliarità.....	50
4. OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	54
5. DESTINATARI E ATTORI COINVOLTI.....	57
6. DESCRIZIONE DEL MODELLO (AZIONI E TEMPI DI REALIZZAZIONE).....	63
6.1 LA “CASA DELLA COMUNITÀ” NEL CONTESTO CREMASCO.....	63
6.1.1. ANALISI DEL FABBISOGNO IN APPLICAZIONE AL PNRR E ALLE NORMATIVE REGIONALI	63
6.1.2. DALLA SWOT ANALYSIS ALLA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DELLA CDC DI CREMA.....	71
6.1.3. PROPOSTA “MODULARE” DI CASA DELLA COMUNITÀ DI CREMA.....	75
6.2. UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA TRA SERVIZI	81
6.2.1. MMG/PLS/MCA: QUADRO ATTUALE E IPOTESI DI NUOVO MODELLO DI COLLABORAZIONE.....	81
<i>ANALISI DELLE CRITICITÀ DELLA RETE</i>	<i>81</i>
<i>RIORGANIZZAZIONE AVVIATA DURANTE LA PANDEMIA</i>	<i>82</i>
<i>IPOTESI DI REVISIONE ORGANIZZATIVA DELL’ASSISTENZA PRIMARIA NEL CONTESTO DI SVILUPPO DEL PNRR</i>	<i>84</i>
6.2.2. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SOCIALE NELL’AMBITO CREMASCO	92
<i>IL SERVIZIO SOCIALE DI BASE</i>	<i>93</i>
<i>IL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE</i>	<i>95</i>
<i>I SERVIZI TUTELA MINORI, INSERIMENTO LAVORATIVO, REDDITO DI CITTADINANZA</i>	<i>96</i>
<i>L’INTEGRAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE NELLA CASA DELLA COMUNITÀ’</i>	<i>98</i>
6.2.3. PUNTO UNICO DI ACCESSO ED ORIENTAMENTO	100
6.2.4. VALUTAZIONE MULTI DIMENSIONALE ED INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE NELLA CDC	102
<i>IL LAVORO IN ÉQUIPE MULTI PROFESSIONALI NELLA C.D.C.....</i>	<i>105</i>
6.2.5. UN NUOVO MODELLO DI WELFARE TERRITORIALE PARTECIPATO: IL RUOLO DEL TERZO SETTORE	108
<i>L’IMPATTO DELL’EMERGENZA: VERSO UN NUOVO SISTEMA SOCIOSANITARIO PARTECIPATO DALLA COMUNITÀ</i>	<i>108</i>
<i>UN NUOVO PARADIGMA DI WELFARE COMUNITARIO: L’ESPERIENZA DEL TERRITORIO CREMASCO.....</i>	<i>111</i>



<i>POSSIBILI PERCORSI DI COPROGETTAZIONE: PUA, UVMD, PRESA IN CARICO DI SERVIZI COMPLESSI E INTEGRATI</i>	115
7. Gli strumenti gestionali.....	118
7.1. COT e Piattaforma interoperabile: una sfida possibile.....	118
7.1.1. INTRODUZIONE.....	118
7.1.2. ATTIVITA' E SERVIZI.....	123
7.1.3. PRESA IN CARICO INTEGRATA E MULTIDISCIPLINARE PER L'ATTUAZIONE DEL PATTO DI CURA GENER-ATTIVO.....	128
7.1.4. ATTIVAZIONE DELLE RISORSE DELLA COMUNITÀ.....	129
7.1.5. GOVERNO E PROGRAMMAZIONE DEL SISTEMA TERRITORIALE.....	129
7.2. CMT E PROGETTO DI VITA PER AUTISMO: UN ESEMPIO DI PROGETTUALITÀ INTEGRATA DA REALIZZARE NELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI CREMA.....	130
8. Conclusioni e possibili sviluppi futuri.....	133
9. Riferimenti normativi.....	135
10. Bibliografia.....	135
11. Sitografia.....	138



1. 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 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 queste 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, 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.

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 la riorganizzazione della medicina territoriale che deve trovare nella Cdc l'anello di congiunzione e il punto di riferimento per tutti i MMG/PIS, l'altro 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



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

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 della progettualità in corso, di presa in carico innovativa dell’autismo, redatta congiuntamente da ATS Val Padana, ASST di Crema, Comune di Crema e Azienda Sociale Cremasca.

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.



2. PREMESSE

L'idea di questo project work a chiusura del percorso formativo "Organizzazione e gestione delle Case della Comunità nell'ambito del riordino della sanità territoriale" istituito dall'Università Cattolica di Milano, è nata come esigenza ed opportunità di riflessione e approfondimento, anche operativo, sentita dai partecipanti al gruppo, ingaggiati, con ruoli diversi, nei processi di revisione e potenziamento della rete territoriale in applicazione alla missione 6 "Salute" del PNRR. In particolare, il project work ha rappresentato un'occasione per ricercare, da sguardi e prospettive diversi, alcuni spunti di possibile declinazione del processo in atto di attivazione di una Casa della Comunità Hub nella città di Crema, dal momento che la composizione del gruppo - accanto a due professionisti operanti uno nel contesto della provincia di Pavia e l'altra in quello della provincia di Brescia - vede la presenza dei Direttori Amministrativo e Sociosanitario di ATS Val Padana, del Direttore Sociosanitario di ASST di Crema, del Direttore Generale e di una professionista dell'Azienda Sociale Cremasca. Si tratta di un'operazione non nuova per il territorio cremasco, da anni capace di esprimere progettualità anche innovative, condivise e partecipate nell'ideazione, nella stesura e successiva attuazione, tra rappresentanti locali dei sistemi sociosanitario e sociale. La stesura del project work, in parte, ha riproposto questa "piacevole abitudine" al confronto tra addetti ai lavori chiamati, questa volta, a disegnare un impianto la cui trama è resa particolarmente complessa dai vincoli posti dalle tempistiche di sviluppo architeturale e dai margini di incertezza che ne prefigurano l'organizzazione e la gestione. A partire da queste consapevolezze, e nella più ferma determinazione a voler considerare il project work un canovaccio su cui provare a tracciare, per simulazioni ed approssimazioni, l'impianto che la Casa della Comunità di Crema andrà modularmente ad assumere nel tempo, si è voluto dare anche un po' di spazio ad un "creativo ottimismo", valorizzando innanzitutto alcune peculiarità positive che rendono il cremasco un territorio capace di tessere relazioni e di esprimere, da parte di tutte le sue componenti politiche, istituzionali e comunitarie, una partecipazione attiva ai diversi programmi che hanno un impatto significativo sulla salute dei cittadini e del territorio. A partire dai molteplici contributi teorici ed esperienziali offerti dal Corso, il gruppo ha, quindi, cercato di sviluppare un lavoro di messa in comune di soluzioni, idee e prospettive, modulate sull'orizzonte temporale dettato dal PNRR, e nel contempo necessariamente agganciate alle risorse strutturali, tecnologiche, professionali dell'attuale contesto sanitario, sociosanitario e sociale cremasco. Si è ritenuto, pertanto, di partire dalla fotografia dell'esistente per caratterizzare meglio il territorio, nei suoi bisogni e nelle sue reti e per tentare poi di tracciare, connotandoli in senso comunitario, i presupposti operativi su cui basare il funzionamento e l'organizzazione della Casa della Comunità.

3. CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E RETE TERRITORIALE IN ATS DELLA VAL PADANA

INDICI DEMOGRAFICI E TERRITORIALI

L'ATS Val Padana, nata ai sensi della L.R. 23/2015 dalla fusione delle due ex ASL di Cremona e di Mantova, comprende n. 177 Comuni, per un totale di 758.303 abitanti (Fonte ISTAT al 01/01/2021). È articolata per effetto della L.R. n. 22/2021 in 6 Distretti, di cui di seguito si specificano le composizioni e le ASST di afferenza:

- **Distretto di Cremona:** 156.113 abitanti, 48 Comuni, ASST di Cremona
- **Distretto di Crema:** 160.469 abitanti, 48 Comuni, ASST di Crema
- **Distretto di Mantova:** 155.846 abitanti, 14 Comuni, ASST di Mantova
- **Distretto Casalasco – Viadanese:** 82.358 abitanti, 27 Comuni, ASST di Mantova
- **Distretto Alto Mantovano:** 109.623 abitanti, 21 Comuni, ASST Mantova
- **Distretto Basso Mantovano:** 93.894 abitanti, 19 Comuni, ASST Mantova



Ogni Distretto, a sua volta, è articolato in Ambiti distrettuali, ciascuno dei quali con una popolazione, di norma, non inferiore a 80.000 abitanti (art.7 bis L.R. 33/2009) ed individuati sulla base dei seguenti criteri:

- caratteristiche socio-demografiche territoriali;
- aggregazioni già presenti tra i Comuni;
- esperienze di programmazione sociale aggregata in atto o in evoluzione.

Nella sotto riportata immagine si evidenziano cromaticamente i 6 Distretti a cui possono corrispondere 1 o più Ambiti Territoriali Sociali, individuati ai sensi della Legge 328/2000 e meglio descritti nella tabella sottostante



Distretto/ASST	Ambito Distrettuale	Ambito Territoriale Sociale	N° Comuni	Numero residenti	Residenti assistiti
ASST Crema	Crema	Crema	48	160.469	160.001
ASST Cremona	Cremona	Cremona	48	156.113	155.982
ASST Cremona ASST Mantova*	Oglio Po Casalasco-Viadanese	Oglio Po Casalasco-Viadanese	27	82.358	81.981
ASST Mantova	Alto Mantovano	Asola	12	45.174	44.986
		Guidizzolo	9	64.449	64.144
ASST Mantova	Mantova	Mantova	14	155.846	154.590
ASST Mantova	Basso Mantovano	Ostiglia	13	42.765	42.420
		Suzzara	6	51.129	51.179
TOTALE ATS			177	758.303	755.283

*trattasi di un Distretto a scavalco di due ASST la cui titolarità è stata assegnata ai sensi della L.R. 22/2021 all'ASST di Mantova

Come si evince dalla tabella sopra riportata l’Ambito Territoriale Sociale di Crema è il più popoloso sia della provincia di Cremona, sia di tutta l’ATS Val Padana. Suddiviso in 6 sub ambiti sociali, presenta una densità media di popolazione pari a circa 277,53 abitanti per km², superiore alla media nazionale (pari a 196,2 abitanti/ km²) e a quella provinciale (pari a 198,96 abitanti/km²) ma inferiore alla media regionale (pari a 417 abitanti/ km²). L’85% dei Comuni cremaschi (n. 41) ha comunque meno di 5.000 abitanti e presenta notevoli differenze sia in termini di dimensioni che di popolosità: si va da un valore minimo di 52 ab/ km² ad un valore massimo di 1.000 ab/ km².



Figura: Composizione territorio cremasco

Tra gli indici demografici, è di particolare interesse l’indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0 - 14 anni) che in ATS Val Padana (189) risulta più alto di quello regionale (172), con il valore più basso nel distretto Cremasco (179 che tuttavia è più alto di quello lombardo).

Territorio	Popolazione 0-14 anni (a)	Popolazione 65+ anni (b)	Indice di Vecchiaia (b/a)x100
Crema	20.859	37.356	179
Totale ATS Val Padana	97.171	184.109	189
Lombardia	1.326.777	2.286.466	172

Tab: N. soggetti con età 0 -14 e 65+ e indice di vecchiaia al 01.01.2021

Nel periodo compreso tra il 2011 e il 2021 la popolazione anziana cremasca è aumentata del 18%, dato ancora più significativo se rapportato all'andamento dell'intera popolazione.

	2011	2016		2021	
Popolazione anziana	31.654	35.605	+ 12,48%	37.356	+ 4,92%
Popolazione totale	160.573	162.346	+ 1,10%	160.001	-1,16%

Indici Demografici - Ufficio Statistica Provincia di Cremona, 2021

Anche gli indici demografici confermano questo trend.

	Territorio Cremasco	Provincia Cremona
Tasso vecchiaia	23,28%	24,56%
Anziani per bambino	5,19	5,51
Indici dipendenza totale	56,93	59,18
Indici dipendenza giovanile	20,40	20,08
Indici dipendenza senile	36,53	39,10
Indici struttura popolazione attiva	149,16	148,70
Indici di ricambio popolazione attiva	142,43	149,06

Tabella 2 – Indici Demografici - Ufficio Statistica Provincia di Cremona, 2021

Rispetto ai principali indicatori sull'aspettativa di vita e la mortalità nella provincia cremonese si evidenzia quanto segue:

		MISURA	CREMONA	LOMBARDIA	ITALIA
Aspettativa di vita	Speranza di vita alla nascita - Totale	anni	79,7	81,3	82,0
	Speranza di vita alla nascita - Maschi	anni	76,9	78,9	79,7
	Speranza di vita alla nascita - Femmine	anni	82,5	83,9	84,4
	Speranza di vita a 65 anni	anni	17,8	19,1	19,9
Mortalità	Tasso standardizzato di mortalità	per 10mila ab.	85,0	79,6	82,9
	Tasso standardizzato di mortalità (65 anni e +)	per 10mila ab.	416,0	390,3	407,0

Tabella 3 – Indicatori aspettativa di vita - Ufficio Statistica Provincia di Cremona, 2021

Gli indicatori mostrano a livello territoriale una situazione di benessere che risulta inferiore ai dati registrati sia a livello nazionale che regionale. Nel complesso, la speranza di vita si assesta nella Provincia di Cremona a 79,7 anni, anche se per gli uomini scende a 76,9 anni e per le donne sale a 82,5 anni. Rispetto al 2019 anno pre-pandemia, la speranza di vita si è ridotta di 3,2 anni (-4,2 anni per gli uomini e -2,3 per le donne). La Provincia di Cremona ha, infatti, pagato uno dei prezzi più alti in termine di morti per Covid-19, risultando seconda a livello regionale, dopo Bergamo.

Anche gli indicatori relativi alla mortalità della popolazione non mostrano una situazione positiva, superando sia il valore medio nazionale (407 persone ogni 10.000 abitanti) e soprattutto regionale (390,3).

Al 1° gennaio 2021 i residenti assistiti nel territorio di ATS Val Padana erano 755.283 di cui 384.140 Femmine leggermente prevalenti sui maschi (51% vs 49% - fonte Istat). La struttura per età della popolazione residente mostra la classica configurazione che si riscontra nei Paesi Occidentali, data da una minore rappresentatività della popolazione nelle fasce estreme, a fronte di una maggiore presenza di popolazione nelle fasce centrali.

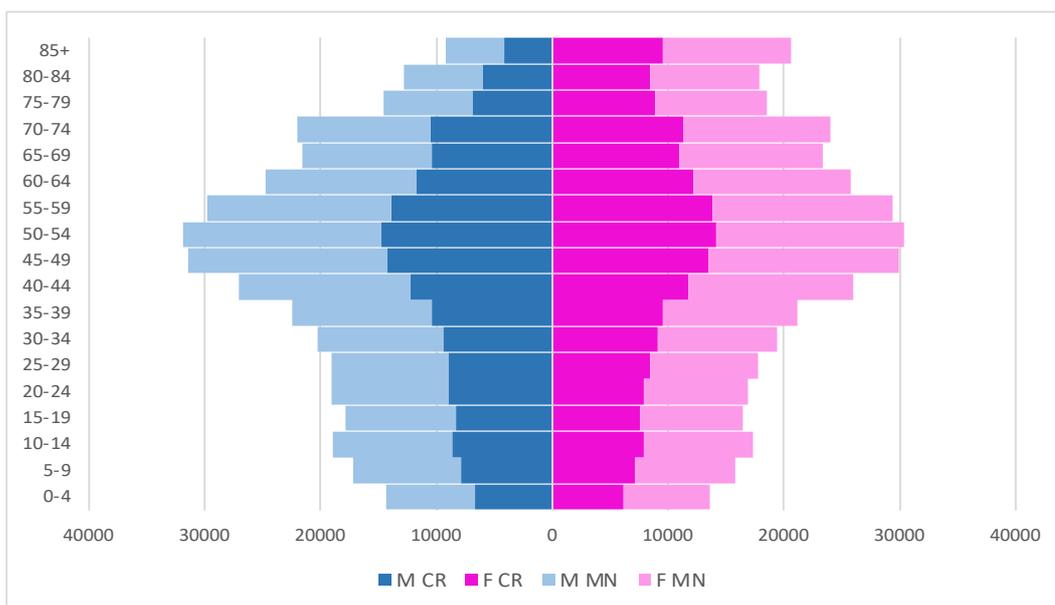
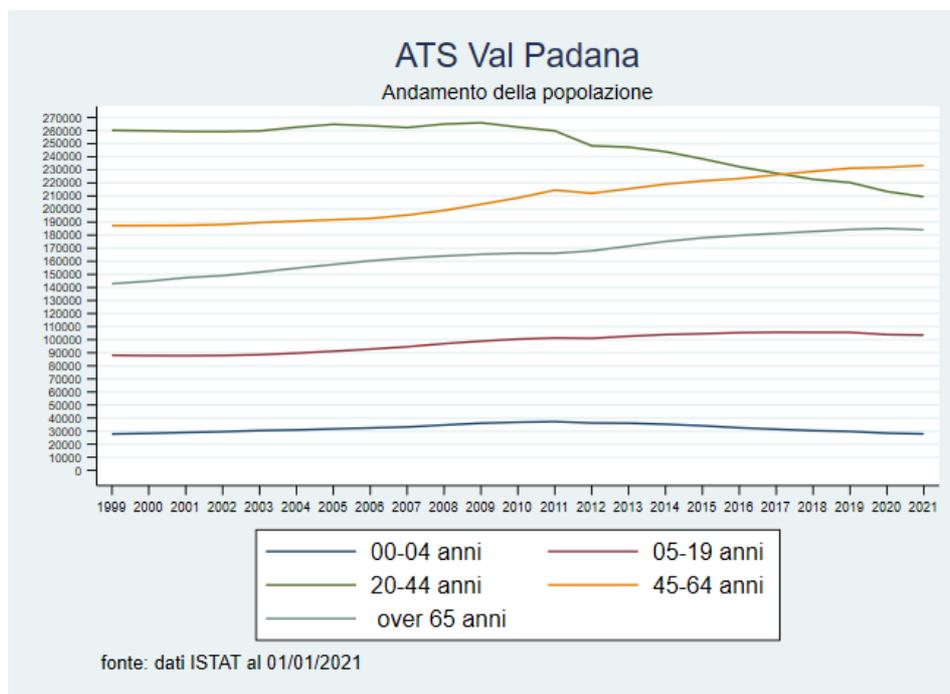
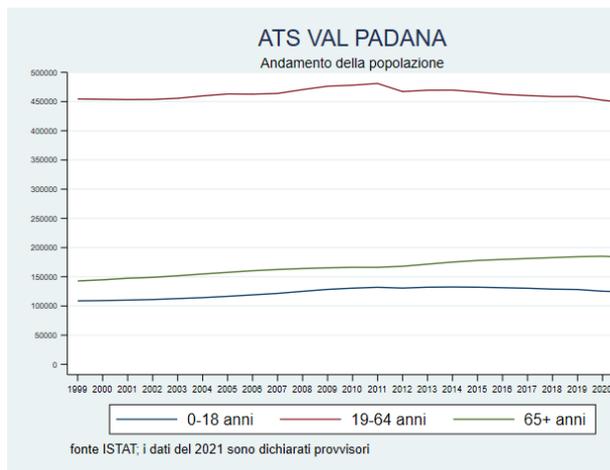


Grafico: distribuzione della popolazione residente per fasce d'età, sesso e provincia al 01/01/2021

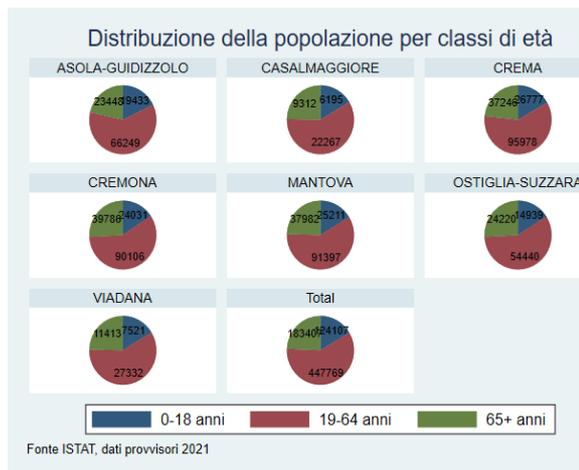
Come si evince anche dalle sottostanti immagini, dal 2012 la popolazione che ha un trend in crescita è essenzialmente quella più anziana: 45-64enni e over 65enni.



Inoltre i territori di Crema e dell'Alto Mantovano detengono una maggior quota di popolazione in età lavorativa, mentre il territorio del Basso Mantovano detiene la percentuale maggiore di anziani.



Trend della popolazione



Distribuzione della popolazione, per ambito

ATS Val Padana presenta anche una percentuale più alta di popolazione straniera residente rispetto alla media lombarda.

Area territoriale	Italiani	Stranieri	%
ATS Val Padana	662.713	95.590	12,6%
Lombardia	8.790.665	1.190.889	11,9%

Il territorio che presenta la maggior quota di stranieri è il Casalasco (16,7%), mentre è quello cremasco ad avere la percentuale più bassa (11,4%).

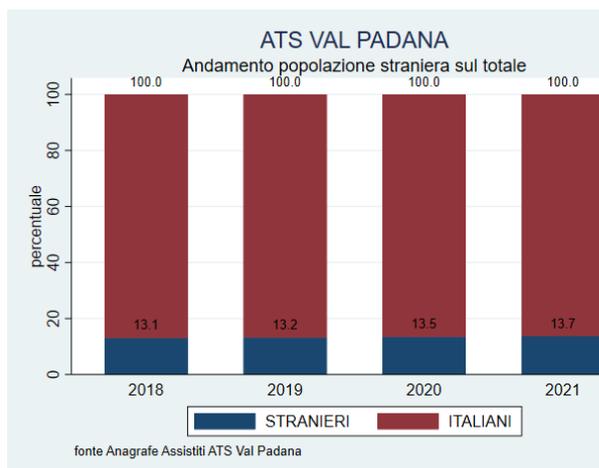


Figura: Trend della popolazione straniera

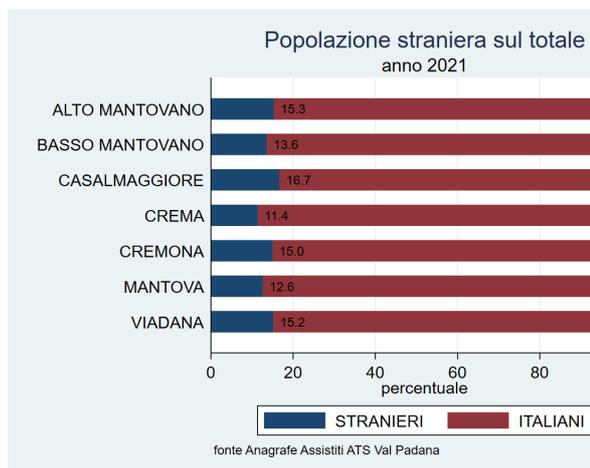
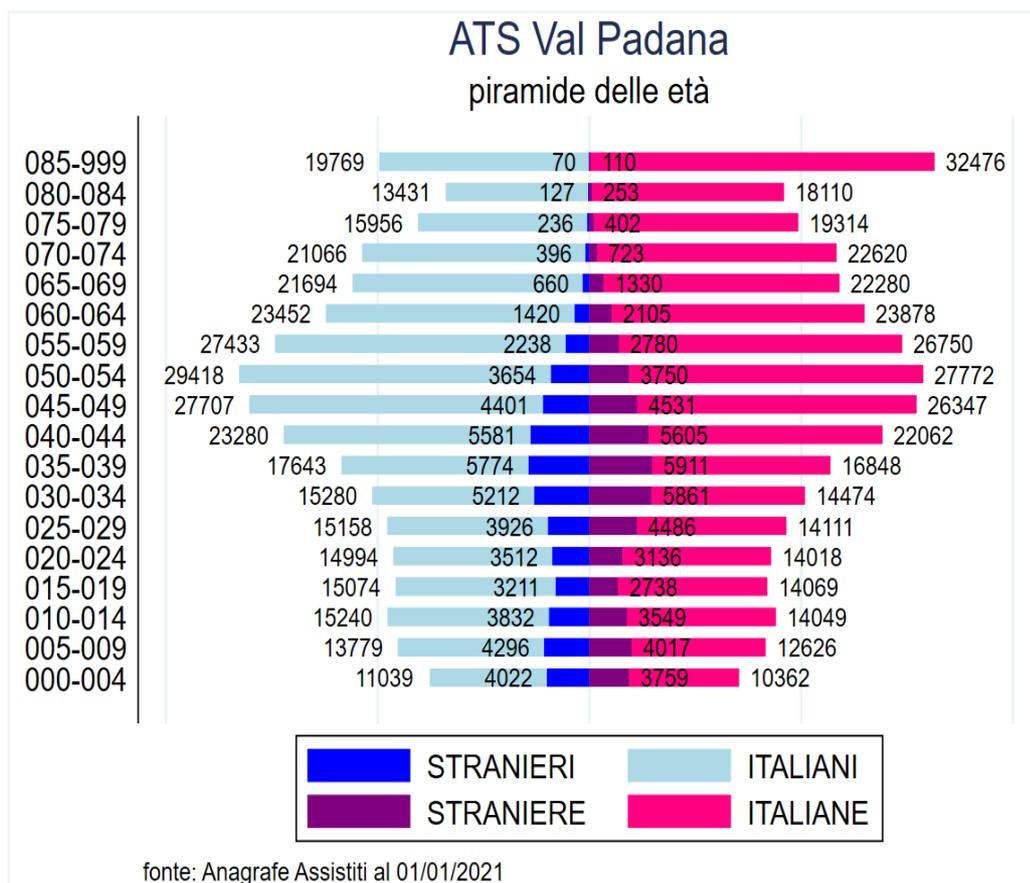


Figura: Popolazione straniera, per ambito

La popolazione straniera è rappresentata prevalentemente dalla fascia in età lavorativa ed in età feconda, seguita dalla fascia 0 – 14 anni, ad indicare che il fenomeno migratorio nel territorio di ATS Val Padana è relativamente recente (10-20 anni).



3.1. STATO DI SALUTE POPOLAZIONE

La mortalità è in lieve ma costante diminuzione in tutti gli ambiti dell'ATS, a causa soprattutto del calo dei decessi in area cardio-circolatoria e in area oncologica. Restano costanti, invece, i decessi per le malattie dell'apparato respiratorio e quelli per cause non naturali.

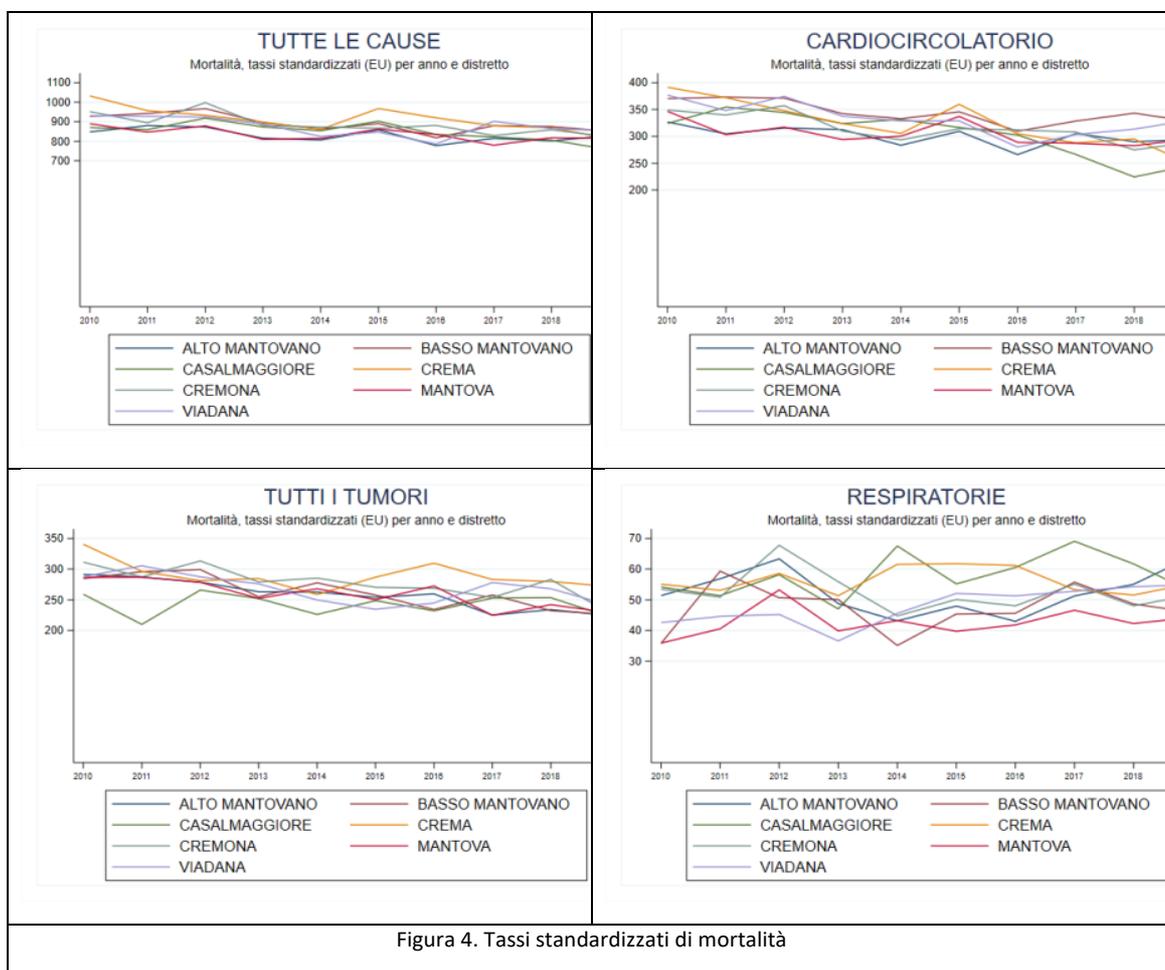


Figura 4. Tassi standardizzati di mortalità

Anche i ricoveri sono in lieve ma costante diminuzione in tutti gli ambiti dell'ATS, soprattutto a causa del calo dei ricoveri in area cardio-circolatoria e in area oncologica. Restano costanti, invece, i ricoveri per le malattie dell'apparato respiratorio. Queste, così come le cause oncologiche, sono maggiormente rappresentate nell'ambito di Cremona, mentre è l'ambito di Mantova quello che in generale ha una minore ospedalizzazione.

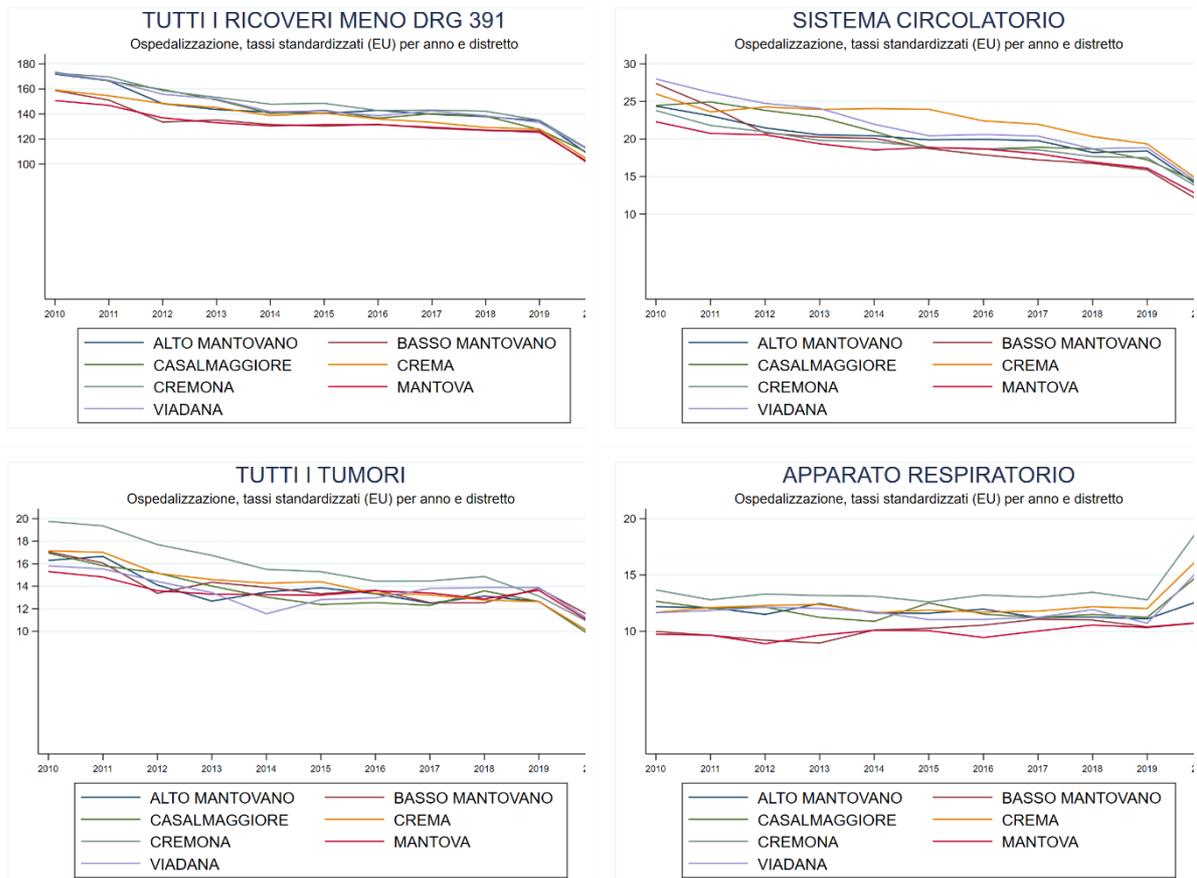


Figura: Tassi standardizzati di ospedalizzazione

Restringendo l'analisi ai soggetti con più di 65 anni, le tendenze sono del tutto simili, ma con ordini di grandezza maggiori.

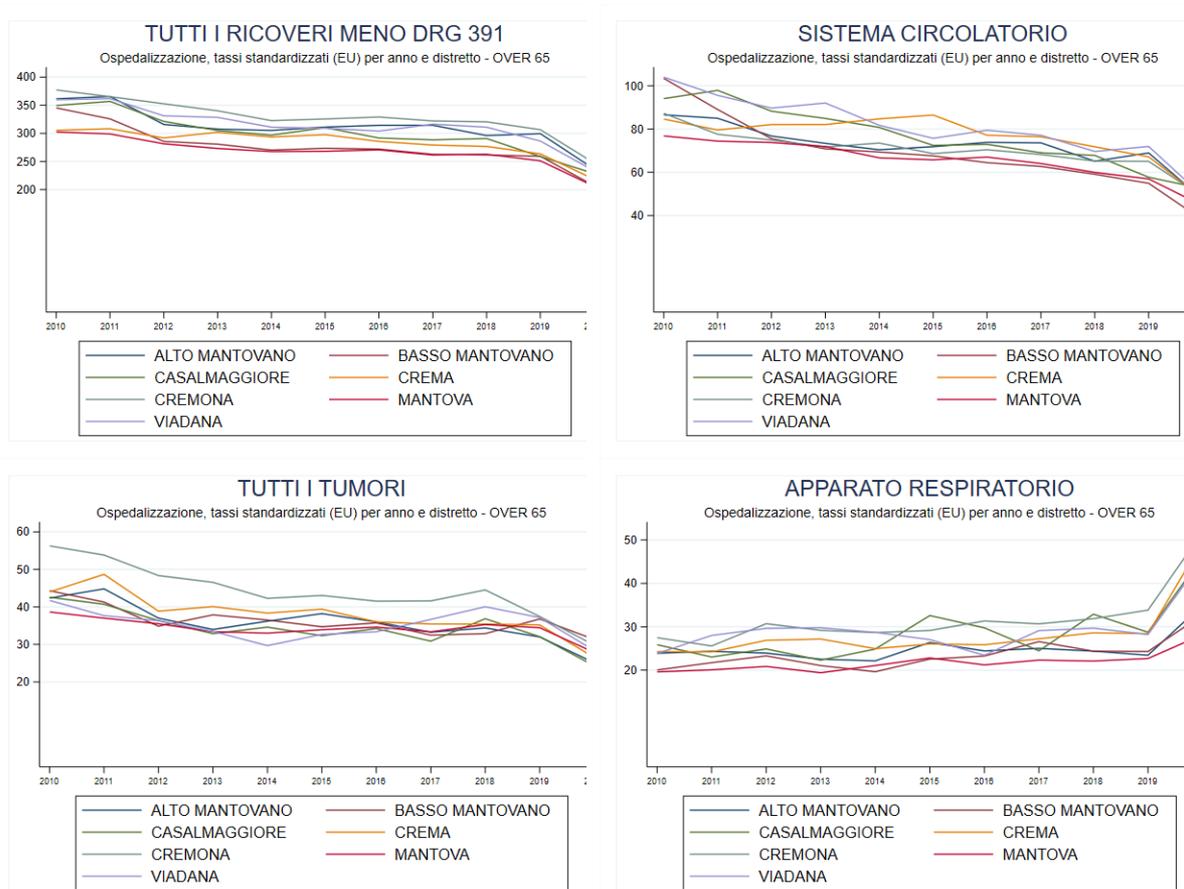


Figura: Tassi standardizzati di ospedalizzazione nella popolazione over 65

3.2. GLI ASSISTITI CRONICI

In ATS Val Padana poco più di un terzo della popolazione è rappresentata da assistiti cronici (circa 280.000). I trend temporali appaiono simili in tutti distretti, anche se alcuni territori presentano tassi maggiori rispetto agli altri. Gli ambiti di Crema, Cremona e Mantova vedono la presenza di più di 55.000 assistiti cronici.

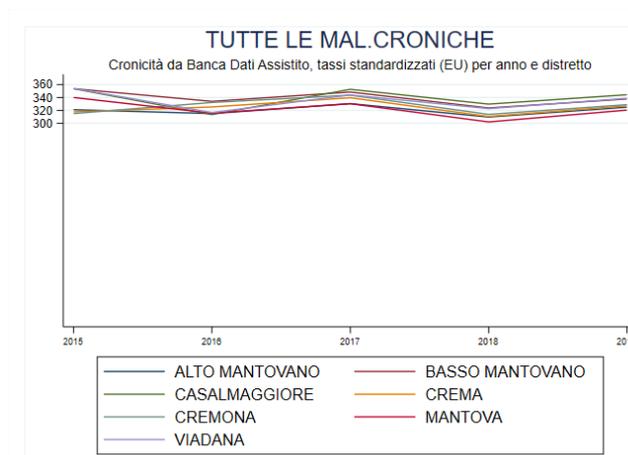


Figura: Trend della cronicità

La prevalenza di cronici (il numero di assistiti cronici / popolazione) cresce con l'età, passando dal 5% dei più giovani all'82% dei soggetti con 75 anni di età o più.

	N	00-17	18-64	65-74	75+	Totale
Crema	56.983	5%	27%	72%	82%	35%
Cremona	58.968	4%	28%	71%	81%	37%
Casalmaggiore	13.500	6%	28%	73%	83%	37%
Alto Mantovano	37.326	5%	27%	72%	82%	34%
Mantova	57.039	5%	28%	73%	82%	37%
Basso Mantovano	37.537	5%	31%	75%	84%	40%
Viadana	17.575	6%	28%	74%	84%	38%
ATS Val Padana	278.928	5%	28%	72%	82%	36%

Tabella: Prevalenza di assistiti cronici, per ambito territoriale

Gli assistiti cronici pluripatologici costituiscono il 2% del totale degli assistiti, con poche variazioni inter - distrettuali. Il Basso Mantovano è il distretto con la prevalenza più elevata ed in proporzione agli abitanti anche il maggior numero di assistiti pluripatologici: 5% di Livello 1 e 55% di Livello 3.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Totale
Crema	2%	13%	21%	35%
Cremona	2%	14%	22%	37%
Casalmaggiore	2%	14%	22%	37%
Alto Mantovano	1%	13%	20%	34%
Mantova	2%	14%	21%	37%
Basso Mantovano	2%	16%	22%	40%
Viadana	2%	15%	21%	38%
ATS Val Padana	2%	14%	21%	36%

Prevalenza di assistiti cronici, per livello di complessità

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Totale
Crema	5%	36%	59%	100%
Cremona	4%	37%	59%	100%
Casalmaggiore	4%	38%	58%	100%
Alto Mantovano	4%	38%	58%	100%
Mantova	4%	38%	58%	100%
Basso Mantovano	5%	40%	55%	100%
Viadana	4%	39%	56%	100%
ATS Val Padana	4%	38%	58%	100%

Distribuzione dei livelli di complessità

Le patologie più diffuse sono l'ipertensione arteriosa, le ipercolesterolemie, il diabete e le cardiopatie (nella sottostante Tabella sono riportate solo le patologie con prevalenza superiore al 3%). In tutti gli ambiti più di un assistito su 5 ha l'ipertensione arteriosa, con una maggior diffusione nel Basso Mantovano.

	Crema	Cremona	Casalmag giore	Alto Mantov ano	Mantova	Basso Mantov ano	Viadana	ATS Val Padana
Iperensione arteriosa	21%	22%	23%	20%	21%	24%	23%	22%
Ipercolesterolemie	7%	8%	9%	7%	8%	10%	10%	8%
Diabete mellito Tipo 2	5%	6%	5%	6%	5%	7%	6%	6%
Miocardipatia non aritmica	4%	3%	4%	4%	5%	7%	5%	4%
Miocardipatia aritmica	3%	4%	4%	3%	4%	4%	4%	4%
Cardiopatia ischemica	4%	3%	3%	3%	3%	4%	3%	3%
Ipotiroidismo	2%	3%	3%	3%	4%	4%	3%	3%
Neoplasia follow-up	3%	3%	4%	3%	3%	3%	3%	3%
Asma	3%	3%	3%	2%	2%	3%	2%	3%

Tabella: Prevalenza di patologie croniche, per ambito

Raggruppando le patologie per macro-classi basate sulla classificazione utilizzata per stratificare la popolazione emerge il seguente quadro di prevalenza:

	Crema	Cremona	Casalmag giore	Alto Mantov. ano	Mantova	Basso Mantov. ano	Viadana	ATS Val Padana
Malattie del sistema circolatorio	24%	25%	26%	22%	24%	27%	26%	24%
Malattie endocrine e metaboliche (escluso diabete)	9%	11%	12%	11%	12%	14%	13%	11%
Neoplasie	7%	7%	6%	6%	7%	7%	6%	7%
Diabete mellito	6%	6%	6%	6%	6%	7%	7%	6%
Malattie del sistema respiratorio	4%	5%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	2%	2%	2%	1%	2%	2%	2%	2%
Malattie dell'apparato digerente	2%	1%	2%	1%	2%	1%	2%	2%
Insufficienza renale cronica	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Trapiantati	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Prevalenza di patologie croniche, per ambito

Pertanto sotto il **profilo della salute il focus sul distretto cremasco** rileva che la popolazione cremasca è costituita per il 35% da cronici, di cui il 2% pluripatologici tasso che risulta in linea con la media di ATS. La prevalenza di cronici cresce con l'età, passando dal 5% dei più giovani all'82% dei soggetti con 75 anni di età o più.

	N	00-17	18-64	65-74	75+	Totale
Crema	56.983	5%	27%	72%	82%	35%
ATS Val Padana	278.928	5%	28%	72%	82%	36%

Le patologie più diffuse sono:

	Crema	ATS Val Padana
Iperensione arteriosa	21%	22%
Ipercolesterolemie	7%	8%
Diabete mellito Tipo 2	5%	6%
Miocardipatia non aritmica	4%	4%
Miocardipatia aritmica	3%	4%
Cardiopatia ischemica	4%	3%
Ipotiroidismo	2%	3%
Neoplasia follow-up	3%	3%
Asma	3%	3%

3.3. CONSUMI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel 2020 in ATS della Val Padana i cittadini hanno effettuato 11.693.604 prestazioni di specialistica ambulatoriale, per un valore pari a 195.235.187 €, di cui 175.605.420 € a carico del SSN. Tali valori corrispondono a 15 prestazioni pro capite, per una spesa media pro-capite di 256 €, di cui 231 a carico del SSN.

	Numero di prestazioni	Importo lordo €	Spesa a carico SSN in €	Spesa a carico del cittadino
Crema	2.399.171	41.208.060	36.793.010	4.415.050
Cremona	2.855.503	48.771.551	44.346.373	4.425.178
Casalmaggiore	608.744	9.693.416	8.853.420	839.996
Alto Mantovano	1.471.794	24.665.318	22.176.162	2.489.156
Mantova	2.207.793	36.979.218	33.067.192	3.912.026
Basso Mantovano	1.455.062	22.861.957	20.270.014	2.591.944
Viadana	695.537	11.055.667	10.099.250	956.417
ATS Val Padana	11.693.604	195.235.187 €	175.605.420 €	19.629.767 €

Tabella: Consumi di specialistica ambulatoriale, per ambito

	Numero di prestazioni pro-capite	Importo lordo pro-capite €	Spesa pro-capite a carico SSN in €	Spesa pro-capite a carico del cittadino
Crema	15	253	226	27
Cremona	18	310	282	28
Casalmaggiore	17	270	246	23
Alto Mantovano	13	225	203	23
Mantova	14	237	212	25
Basso Mantovano	16	244	216	28
Viadana	15	237	217	21
ATS Val Padana	15	256€	231 €	26€

Tabella: Consumi pro-capite di specialistica ambulatoriale, per ambito

Circa l'80% delle prestazioni erogate sono di Laboratorio analisi. Escludendo quelle di laboratorio, il 78% delle prestazioni (pari all'82% della spesa lorda e all'86% della spesa netta) è stato erogato a favore di assistiti con una o più patologie croniche con variazioni anche piuttosto marcate tra aree territoriali (si va dal 79% di Crema e Casalmaggiore fino all'88% del Viadanese).

	Numero prestazioni	Importo lordo €	Spesa a carico SSN in €	Spesa a carico del cittadino
Crema	396.968	22.015.345	20.807.352	1.207.994
Cremona	470.151	24.719.717	23.501.587	1.218.130
Casalmaggiore	88.356	4.632.360	4.445.100	187.260
Alto Mantovano	258.721	13.150.316	12.541.502	608.814
Mantova	369.446	19.436.617	18.529.988	906.629
Basso Mantovano	233.618	12.038.180	11.388.971	649.209
Viadana	116.673	5.813.287	5.596.392	216.895
ATS Val Padana	1.933.933	101.805.822 €	96.810.892 €	4.994.931 €

Tab: Consumi di specialistica ambulatoriale a favore di assistiti cronici – escluso Laboratorio analisi, per ambito

I cronici di età compresa tra 65 e 74 anni hanno i consumi maggiori di prestazioni, con 8 prestazioni per una spesa lorda pro -capite pari a 447€.

	< 17 anni		18-64 anni		65-74 anni		75+ anni	
	Numero prestazioni per cronico	Importo lordo per assistito cronico	Numero di prestazioni per assistito cronico	Numero di prestazioni per assistito cronico	Importo lordo per assistito cronico	Importo lordo per assistito cronico	Numero prestazioni per assistito cronico	Importo lordo per Assistito cronico
Crema	9	389 €	6	328 €	8	484 €	8	401 €
Cremona	8	309 €	6	325 €	9	496 €	10	507 €
Casalmaggiore	6	158 €	5	288 €	7	413 €	8	391 €
Alto Mantovano	5	167 €	5	274 €	8	448 €	9	433 €
Mantova	6	207 €	5	285 €	7	404 €	8	386 €
Basso Mantovano	6	187 €	5	268 €	7	422 €	7	334 €
Viadana	5	160 €	5	271 €	7	384 €	8	395 €
ATS Val Padana	7	249 €	6	297 €	8	447 €	8	416 €

Tab: Consumi pro-capite di specialistica ambulatoriale – escluso Laboratorio analisi, per ambito e fascia di età

3.4. PRESTAZIONI E SPESA PER LE PRINCIPALI BRANCHE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Si ritiene utile riportare, di seguito, un breve approfondimento riguardante le branche ambulatoriali di maggior interesse, con evidenziata la diversa distribuzione delle prestazioni tra i vari ambiti territoriali.

	N. di prestazioni (x1000ab)	Importo lordo (x1000ab)	Spesa a carico SSN (x1000ab)
Crema	36	8.893 €	8.611 €
Cremona	39	8.024 €	7.694 €
Casalmaggiore	29	6.037 €	5.833 €
Alto Mantovano	33	5.286 €	5.054 €
Mantova	44	6.491 €	6.171 €
Basso Mantovano	39	6.430 €	6.136 €
Viadana	28	6.079 €	5.897 €
ATS Val Padana	37	7.093 €	6.809 €

Tabella: Diagnostica per immagini: medicina nucleare

	N. di prestazioni (x1000ab)	Importo lordo (x1000ab)	Spesa a carico SSN (x1000ab)
Crema	861	58.643 €	51.424 €
Cremona	944	64.012 €	56.526 €
Casalmaggiore	766	49.105 €	44.085 €
Alto Mantovano	714	41.116 €	35.976 €
Mantova	706	43.168 €	38.597 €
Basso Mantovano	796	49.218 €	43.195 €
Viadana	697	42.925 €	38.920 €
ATS Val Padana	803	51.496 €	45.510 €

Tabella. Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica

	N. di prestazioni (x1000ab)	Importo lordo (x1000ab)	Spesa a carico SSN (x1000ab)
Crema	66	1.237 €	1.066 €
Cremona	86	1.601 €	1.446 €
Casalmaggiore	63	1.170 €	1.074 €
Alto Mantovano	87	1.611 €	1.461 €
Mantova	99	1.828 €	1.639 €
Basso Mantovano	87	1.655 €	1.451 €
Viadana	79	1.485 €	1.378 €
ATS Val Padana	83	1.550 €	1.385 €

Tabella: Endocrinologia

	N. di prestazioni (x1000ab)	Importo lordo (x1000ab)	Spesa a carico SSN (x1000ab)
Crema	439	5.049 €	4.052 €
Cremona	495	5.102 €	4.187 €
Casalmaggiore	284	3.117 €	2.527 €
Alto Mantovano	304	4.090 €	3.413 €
Mantova	237	2.756 €	2.257 €
Basso Mantovano	343	4.238 €	3.404 €
Viadana	327	3.237 €	2.607 €
ATS Val Padana	364	4.151 €	3.381 €

Tabella: Medicina fisica e riabilitazione

	N. di prestazioni (x1000ab)	Importo lordo (x1000ab)	Spesa a carico SSN (x1000ab)
Crema	80	1.699 €	1.362 €
Cremona	87	1.713 €	1.405 €
Casalmaggiore	50	1.131 €	930 €
Alto Mantovano	67	1.275 €	1.048 €
Mantova	68	1.347 €	1.129 €
Basso Mantovano	60	1.255 €	998 €
Viadana	56	1.126 €	934 €
ATS Val Padana	72	1.452 €	1.187 €

Tabella: Neurologia

	N. di prestazioni (x1000ab)	Importo lordo (x1000ab)	Spesa a carico SSN (x1000ab)
Crema	64	1.383 €	1.311 €
Cremona	67	1.529 €	1.418 €
Casalmaggiore	47	1.053 €	986 €
Alto Mantovano	76	2.342 €	2.135 €
Mantova	72	2.367 €	2.226 €
Basso Mantovano	110	3.216 €	2.965 €
Viadana	69	1.803 €	1.653 €
ATS Val Padana	73	1.988 €	1.848 €

Tabella: Oncologia

3.5. OFFERTA POSTI LETTO DI DEGENZA OSPEDALIERA E DELLA RETE TERRITORIALE PER ACUTI, SUB ACUTI, POST ACUTI E PER CURE INTERMEDIE

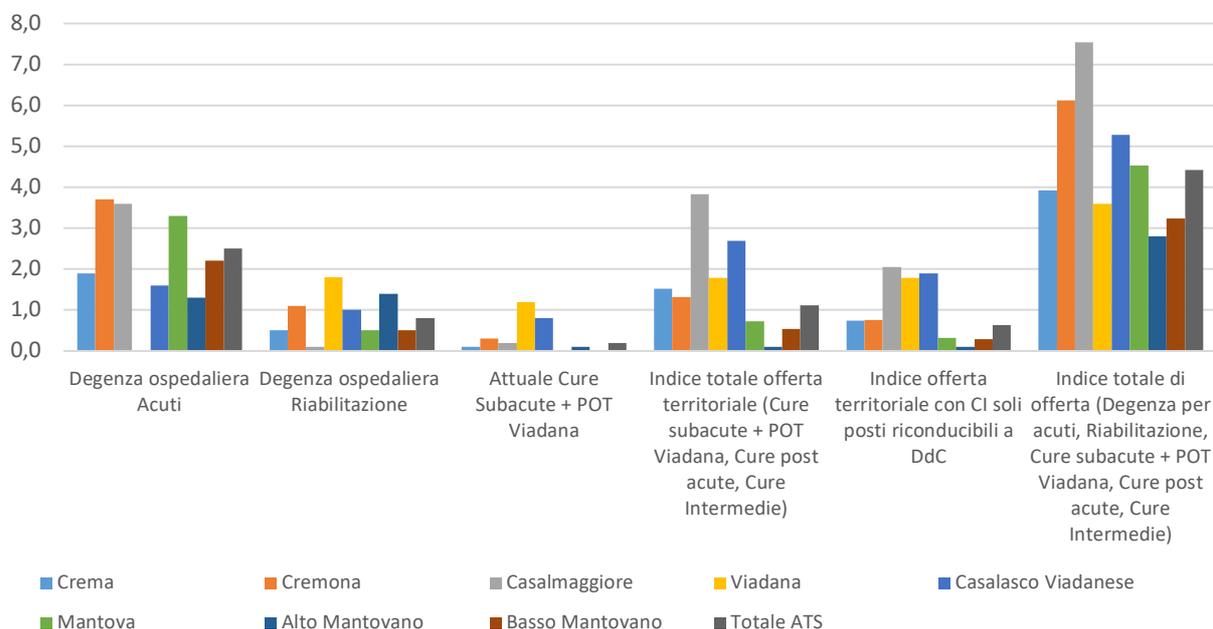
L'ATS della Val Padana presenta un'offerta ospedaliera e territoriale di posti letto disomogenea, tra distretti. Si tratta di un esito legato allo sviluppo della rete nei decenni passati e riconducibile per lo più alla rigidità del sistema di contrattualizzazione e finanziamento, soprattutto per quanto riguarda il settore privato. Si riportano di seguito gli indici d'offerta, per tipologia di posto letto, e la loro suddivisione per ambito territoriale.

Posti letto ospedalieri e territoriali									
Ambito	Popolazione	Degenza ospedaliera PL Ordinari attivi	Degenza ospedaliera PL Riabilitazione attivi	Attuale Cure Subacute + POT Viadana	PL Cure Intermedie ex Mantenimento	PL Cure Intermedie ex Generale e Geriatria	PL Cure Intermedie ex Generale e Geriatria Riconducibili a DdC (ex DGR 2019/2019)	PL Cure Intermedie ex Specialistica	PL Post Acuta
Crema	160.001	303	75	22	73	127	23	22	
Cremona	155.982	581	178	50	60	60	9	35	
Casalmaggiore	35.715	129	4	8	36*	63*	29	30*	
Viadana	46.266		81	55					28*
Casalasco Viadanese	81.981	129	85	63	36*	63*		30*	28*
Mantova	154.590	504	75		29	51	20	32	
Alto Mantovano	109.130	144	152	11					
Basso Mantovano	93.599	210	45		20	30	7		
Totale ATS Val Padana	755.283	1.871	610	146	218	331	88	119	28

**A valere sull'ambito casalasco – viadanese per cui contati una sola volta

Indici di offerta ospedaliera e territoriale per Ambito						
Ambito	Degenza ospedaliera Acuti	Degenza ospedaliera Riabilitazione	Attuale Cure Subacute + POT Viadana	Indice totale offerta territoriale (Cure subacute + POT Viadana, Cure post acute, Cure Intermedie)	Indice offerta territoriale con CI soli posti riconducibili a DdC	Indice totale di offerta (Degenza per acuti, Riabilitazione, Cure subacute + POT Viadana, Cure post acute, Cure Intermedie)
Crema	1,9	0,5	0,1	1,5	0,7	3,9
Cremona	3,7	1,1	0,3	1,3	0,8	6,1
Casalmaggiore	3,6	0,1	0,2	3,8	2,0	7,5
Viadana	0,0	1,8	1,2	1,8	1,8	3,6
Casalasco Viadanesi	1,6	1,0	0,8	2,7	1,9	5,3
Mantova	3,3	0,5	0,0	0,7	0,3	4,5
Alto Mantovano	1,3	1,4	0,1	0,1	0,1	2,8
Basso Mantovano	2,2	0,5	0,0	0,5	0,3	3,2
Totale ATS Val Padana	2,5	0,8	0,2	1,1	0,6	4,4

**Indici di offerta di posti letto ospedalieri e territoriali
per Ambiti Territoriali**



3.6. LA RETE D'OFFERTA SOCIOSANITARIA: RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE, AMBULATORIALE, DOMICILIARE

3.6.1. Residenziale Anziani – Residenza Sanitaria Assistenziale – RSA

ATS Val Padana presenta un'ampia offerta di posti letto soprattutto dedicati all'accoglienza di anziani- Ha infatti un indice di dotazione di p.l. RSA tra i più alti a livello regionale che presenta, tuttavia, difformità sia a livello distrettuale che regionale per quanto attiene ai posti a contratto. Infatti l'indice di dotazione di p.l. a contratto del Distretto di Crema è molto al di sotto di quello regionale (444,4 versus 493,2).

Indice dotazione posti letto a contratto ogni 10.000 anziani > 75 anni	
DISTRETTO CREMA	444,4
REGIONE LOMBARDIA	493,2

N. RSA	CREMONA	MANTOVA	TOT ATS
	35 (di cui 11 a CREMA)	53	88

Tab. : Numero RSA nelle due provincie

TIPOLOGIA SERVIZI	P.L		
	a contratto	non a contratto	Totali
CREMA	790	159	949
CREMONA	2890	133	3023
MANTOVA	3258	850	4108
TOTALE ATS	6938	1142	8080

Tab. : Numero Posti letto RSA a contratto/non a contratto nei territori provinciali con focus Crema

3.6.2. Residenziale Disabili: Residenza Sanitaria Disabili – RSD- Comunità Socio Sanitaria – CSS

N.	CREMONA	MANTOVA	TOT ATS
RSD	7 di cui 2 a CREMA	5	12

Tab. : Numero RSD nelle due provincie

RSD	Posti Letto		
	a contratto	non a contratto	Totali
PROVINCIE con focus CREMA			
CREMA	123	0	123
CREMONA	539	3	542
MANTOVA	150	0	150
TOTALE ATS	812	3	815

Tab. : Numero Posti letto RSD nei tre Distretti, a contratto/non a contratto

Sul numero di posti molto elevato del Distretto cremonese incide fortemente l'Istituto Fondazione di Sospiro che, storicamente, accoglie disabili da tutte le Regioni italiane.

Ad integrare l'offerta residenziale alle persone disabili, le Comunità Socio Sanitarie che hanno la particolarità di nascere come Comunità Alloggio, ossia come unità d'offerta sociale, di piccole dimensioni, che può richiedere l'accreditamento per erogare servizi sociosanitari in risposta ai peculiari bisogni dell'utenza inserita, tramite Voucher di Lungo Assistenza.

N.	CREMONA	MANTOVA	TOT ATS
CSS	9 di cui 3 a CREMA	8	17

Tab. : Numero CSS nelle due provincie

CSS	Posti Letto		
	a contratto	non a contratto	Totali
PROVINCIE con focus CREMA			
CREMA	26	0	26
CREMONA	56	1	57
MANTOVA	66	0	66
TOTALE ATS	148	1	149

Tab. : Numero Posti letto CSS nei tre Distretti, a contratto/non a contratto

3.6.3. Residenziale Cure Intermedie - CI

Rilevante la disomogeneità dell'offerta «riabilitativa» che risulta per il 75% concentrata nella provincia cremonese.

N.	CREMONA	MANTOVA	TOT ATS
CI (ex IDR)	8 di cui 3 a CREMA	4	12

Tab. : Numero Cure Intermedie nelle due province

CURE INTERMEDIE	P.L		
	a contratto	non a contratto	Totali
PROVINCIE con focus CREMA			
CREMA	222	11	233
CREMONA	284	7	291
MANTOVA	162	9	171
TOTALE ATS	668	27	695
POST ACUTA	a contratto	non a contratto	Totali
MANTOVA	28	0	28

Tab. : Numero Posti letto CI, a contratto/non a contratto nelle due province (con focus Crema)

3.6.4. Residenziale Cure Palliative – Hospice

	CREMONA	MANTOVA	TOT ATS
HOSPICE	4 di cui 1 a CREMA	3	7

Tab. : Numero Hospice nelle due province (con focus Crema)

HOSPICE	HOSPICE P.L	
PROVINCIE con focus CREMA	Posti letto a contratto	TOTALE
CREMA	14	14
CREMONA	50*	50*
MANTOVA	28	28
TOTALE ATS	92	92
* 50 di cui 6 in DH		

Tab. : Numero Posti letto Hospice a contratto nelle due provincie (con focus Crema)

3.6.5. Residenziale Tossicodipendenze

CREMA	Comunità terapeutiche tossicodipendenze		
	n.udo	posti a contratto	posti non a contratto
Comunità Residenziali	3	61	-
Comunità Semiresidenziali	-	-	-
CREMONA	n.udo	Posti a contratto	Posti non a contratto
Comunità Residenziali	7	112	1
Comunità Semiresidenziali	1	12	-
MANTOVA	n.udo	Posti a contratto	Posti non a contratto
Comunità Residenziali	7	121	13
Comunità Semiresidenziali	1	20	-
ATS VAL PADANA			
Totale Residenziali	17	294	14
ATS VAL PADANA			
Totale Semiresidenziali	2	32	-

Tab. : Numero Comunità Tox e Posti letto a contratto/non a contratto nelle due provincie (con focus Crema)

3.6.6. Semiresidenziale Anziani – Centro Diurno Integrato – CDI

PROVINCIE	CREMONA	MANTOVA	TOT ATS
Numero CDI	24 di cui 5 a CREMA	25	49

Tab. : Numero Centri Diurni Integrati nelle due provincie (con focus Crema)

CDI	POSTI		
	PROVINCIE con focus Crema	a contratto	non a contratto
CREMA	115	30	145
CREMONA	427	51	478
MANTOVA	330	92	422
TOTALE ATS	872	173	1045

Tab: Numero Posti CDI, a contratto/non a contratto nelle due provincie (con focus Crema)

3.6.7. Semiresidenziale Disabili- Centro Diurno Disabili – CDD

PROVINCIE	CREMONA	MANTOVA	TOT ATS
Numero CDD	10 di cui 2 a CREMA	12	22

Tab. : Numero Centri Diurni Disabili nelle due provincie (con focus Crema)

CDD	POSTI		
	PROVINCIE con focus Crema	a contratto	non a contratto
CREMA	50	0	50
CREMONA	134	2	136
MANTOVA	339	5	344
TOTALE ATS	523	7	530

Tab: Numero Posti CDD, a contratto/non a contratto nelle due provincie (con focus Crema)

3.6.8. Servizi Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) & Cure Palliative Domiciliari (UCPDom)

ADI/PROVINCIE con focus CREMA	CREMA	CREMONA	MANTOVA	TOT ATS
ADI PUBBLICA (ASST)	0	0	1	1
ADI EROGATORI PRIVATI	16	13	22	39*

*Gli erogatori privati a contratto sono 39 di cui alcuni operano su più ambiti

UCP DOM NELLE DUE PROVINCIE con focus CREMA	CREMA	CREMONA	MANTOVA	TOT ATS
PUBBLICHE	1	1	1	3
EROGATORI PRIVATI	0	2	4	6

3.6.9. Misure sperimentali regionali: Numero di Strutture/Enti che sostengono l'erogazione di servizi innovativi della rete non consolidata regionale

MISURE	PROVINCIE		TOT ATS
	CREMONA	MANTOVA	
NUMERO ENTI/STRUTTURE			
RSA APERTA (ENTI)	21 di cui 6 a CREMA	23	44
RESIDENZIALITA' ASSISTITA STRUTTURE	2 di cui 1 a CREMA	7	9

3.6.10. Servizi Ambulatoriali - Consulori Familiari

CREMA	Consultorio Familiare		
	a contratto	non a contratto	Totali
CF pubblico	1	-	3
CF privato	2	-	
CREMONA	Consultorio Familiare		
	a contratto	non a contratto	Totali
CF pubblico	2	-	3
CF privato	1	-	
MANTOVA	Consultorio Familiare		
	a contratto	non a contratto	Totali
CF pubblico	12	-	14
CF privato	1	1	

Tab. : Numero Consulori pubblici e privati, a contratto e non, nelle due provincie con focus Crema

3.6.11. Servizi della riabilitazione

CREMA	Riabilitazione	
	n.udo	Posti/volumi a contratto
Ciclo Diurno Continuo		
Ambulatoriali/Domiciliari	1	7.500 prestazioni
CREMONA	Riabilitazione	
	n.udo	Posti/volumi a contratto
Ciclo Diurno Continuo	3	24 posti
Ambulatoriali/Domiciliari	5	22.300 prestazioni
MANTOVA	Riabilitazione	
	n.udo	Posti/volumi a contratto
Ciclo Diurno Continuo	1	155 posti
Ambulatoriali/Domiciliari	4	27.655 prestazioni
ATS VAL PADANA	14 u.d.o.	179 posti - 57.455 prestazioni

Tab. : Numero udo riabilitative e relativi volumi a contratto, nelle due provincie con focus Crema



3.6.12. Servizi delle Dipendenze: SERT (Servizio Tossicodipendenze – pubblico) & SMI (Servizio multidisciplinare Integrato – privato)

	SERT/SMI		
CREMA	a contratto	non a contratto	Totali
SERT pubblico	1	-	1
SMI privato	-	-	
CREMONA	a contratto	non a contratto	Totali
SERT pubblico	2	-	2
SMI privato	-	-	
MANTOVA	a contratto	non a contratto	Totali
SERT pubblico	6	-	7
SMI privato	1	-	

Tab. : Numero SERT e SMI nelle due province con focus Crema

3.7. LA RETE SOCIALE DEL TERRITORIO CREMASCO

La riforma nazionale del sistema socio-assistenziale (¹) ha incentivato in questi anni un importante sviluppo della rete sociale all'interno di tutta l'Ats Val Padana. Nel territorio cremasco, in particolare, si è strutturato un modello gestionale misto che vede sia la presenza di servizi sociali garantiti in modo diretto dalle singole amministrazioni comunali, sia servizi di rilevanza sovra-comunale gestiti in forma associata dall'Azienda Speciale Consortile Comunità Sociale Cremasca, costituita dai medesimi Comuni nel dicembre 2006.

Come visto in precedenza, essendo un ambito caratterizzato dalla presenza di numerosi Comuni con una popolazione inferiore ai 1000 abitanti, si è strutturata una modalità organizzativa con l'aggregazione di porzioni di territori in 5 sub-ambiti, composti da comuni contigui per un numero indicativo di abitanti compreso tra 20 mila e 34 mila unità; fa eccezione il Comune di Crema, ente capofila dell'Ambito con 34 mila abitanti. Per ogni sub – ambito è attivo un coordinamento politico composto da sindaci e assessori al welfare dei Comuni afferenti e un coordinamento tecnico che vede la partecipazione degli operatori sociali comunali e dell'azienda presenti sul territorio.

Localmente, il servizio sociale, ha coltivato solide e costanti relazioni con gli enti del privato sociale, evitando sovrapposizioni e favorendo la strutturazione di progettualità condivise.

Il territorio è infatti ricco di attori inseriti nel sistema locale (all'ultimo Piano di Zona hanno formalmente aderito più di 80 realtà). Il terzo settore, sia nelle forme più strutturate che in quelle informali, collabora proficuamente alla programmazione sociale ed è presente nei tavoli tecnici e nelle reti operative e di coordinamento su tematiche d'interesse comune.

Tra le principali si segnala:

- Tavolo Permanente Disabilità
- Tavolo Domiciliarità
- Gruppo di Lavoro Fare Legami (Lavoro di Comunità)
- Rete Con-tatto (prevenzione e contrasto alla violenza di genere)
- Rete di contrasto al gioco d'azzardo patologico
- Alleanza di Conciliazione vita-lavoro
- Tavolo adolescenti

Grazie a questa presenza consolidata e attiva è stato possibile sperimentare un sistema di welfare partecipativo, dove tutti gli attori sociali collaborano nella costruzione di nuove

¹ 1 Legge n. 328 del 2000: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

mappe conoscitive, sviluppando capacità di ascolto e comprensione delle attese e dei problemi portati dalle persone ai servizi e affinando competenze per costruire organizzazioni lavorative proattive e consapevoli.

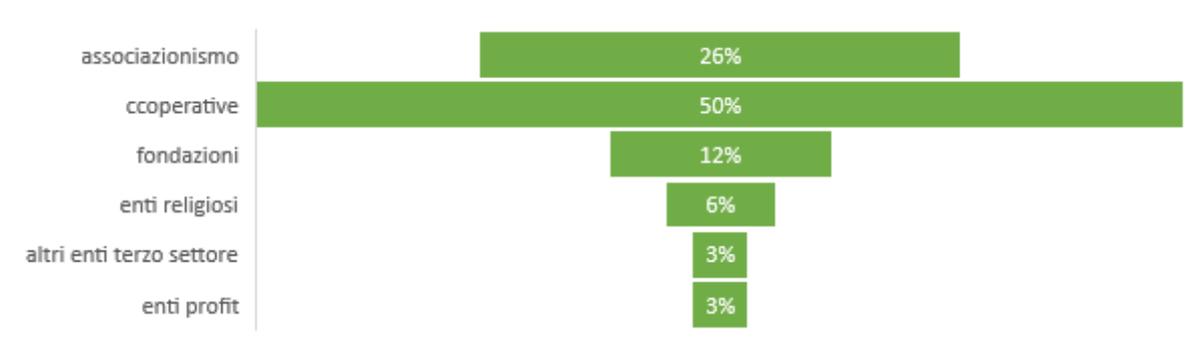
A partire dal 2016-2017 è stato inoltre sperimentato il modello di “welfare generativo”, quale trasformazione della “presa in carico” tradizionale dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e del lavoro. L’obiettivo è quello di superare una visione dell’intervento centrata sul singolo individuo, sui suoi bisogni e su azioni di supporto passive, per investire su azioni di responsabilizzazione della persona, in forme graduali e dotate di senso e, insieme, di supporto al contesto sociale affinché operi in maniera inclusiva.

La prospettiva è quella di mettere al centro l’investimento sulla capacità di agire delle persone, che si configura sempre come una capacità di azione “in relazione” inserita in un dato contesto comunitario, sociale e ambientale. Il supporto alla persona, infatti, non è mai un semplice intervento sull’individuo, ma anche un’azione che “abilita” le sue relazioni sociali e i fattori ambientali in cui è inserito.

Uscire dal corto-circuito bisogni/risposte è fondamentale per interpretare questo tipo di welfare.

In tal senso è diventata una prassi consolidata l’attivazione di “luoghi” di comunità che si caratterizzano come contesti accoglienti all’interno dei quali possono essere concretamente realizzati percorsi di accompagnamento a favore di soggetti vulnerabili.

All’attuazione di questo welfare generativo, nell’ultimo triennio, hanno preso parte, oltre ai servizi pubblici, le diverse componenti del Terzo settore Cremasco, così suddivise:

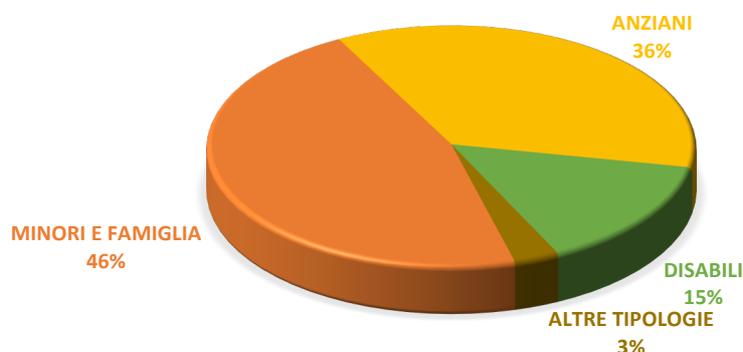


3.8. ANALISI DELL'UTENZA

Con riferimento all'utenza in carico ai servizi, si rilevano alcuni dati estrapolati dalla Piattaforma Sociosanitaria Informatizzata (GeCaS), strumento informatico d'Ambito per la gestione del servizio sociale.

Il numero totale di utenti in carico al 31 dicembre 2021 è di 16.929 (per un totale di 20.320 cartelle aperte), pari al 10,5% del totale della popolazione.

I bisogni espressi riguardano principalmente la tipologia di utenza "famiglie con minori" (46%), a cui seguono gli anziani (36%), i disabili (15%) e altre categorie (3% : povertà, salute mentale).



Rilevanti risultano i dati raccolti durante la pandemia che hanno restituito una fotografia di ciò che è avvenuto nelle comunità e nelle famiglie pesantemente colpite dagli effetti diretti ed indiretti dell'emergenza sanitaria.

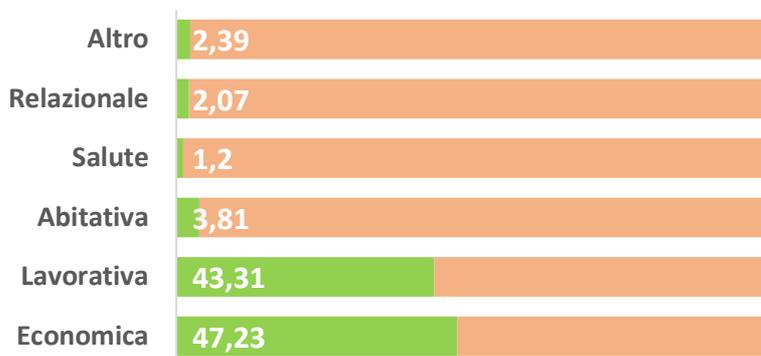
I servizi comunali hanno infatti intercettato una nuova tipologia di target, numericamente in aumento, rappresentata dagli adulti soli in difficoltà (non anziani); questo target è stato confermato anche dall'osservatorio permanente delle povertà diocesano (23,69% dei nuclei intercettati dai centri di ascolto sul territorio).

Proprio presso questi centri si è registrato un incremento di utenza del 175,5% rispetto all'anno 2019, come si evince dal grafico seguente:



A questi 562 cittadini, se ne aggiungono ulteriori 400 che si sono rivolti ai centri parrocchiali.

Ogni 100 problematiche rilevate 47,23 hanno riguardato la sfera economica e 43,31 quella lavorativa.



Nella categoria “altro” si sono registrate problematiche di tipo psicologico, penale, di istruzione, di immigrazione o di dipendenze.

I dati raccolti hanno inoltre evidenziato un capovolgimento delle consuete proporzioni di presenze: le persone di cittadinanza italiana, solitamente minoritarie, hanno rappresentato il 52,31% del totale.

Il 49% di questa nuova tipologia di utenza non era precedentemente conosciuta dai servizi sociali comunali, valore che è sensibilmente diminuito nella seconda fase della pandemia (35%). Nuove richieste di aiuto economico da parte di persone non in carico ai servizi sono state nuovamente intercettate ad inizio 2021 (a causa delle conseguenze indirette dell'emergenza quali: perdita lavoro, cassa integrazione o ritardi nel pagamento, accumulo di debiti).

Si sono rilevate in aumento le situazioni di indebitamento con finanziarie, correlate a situazioni di lavoro irregolare o con contratti svantaggiosi/poco tutelanti.

I beneficiari di contributi economici sono stati per il 54% nuclei con minori.

Da ultimo, ma non per importanza, è da segnalare il numero di cittadini che hanno evidenziato un problema connesso al fabbisogno abitativo.

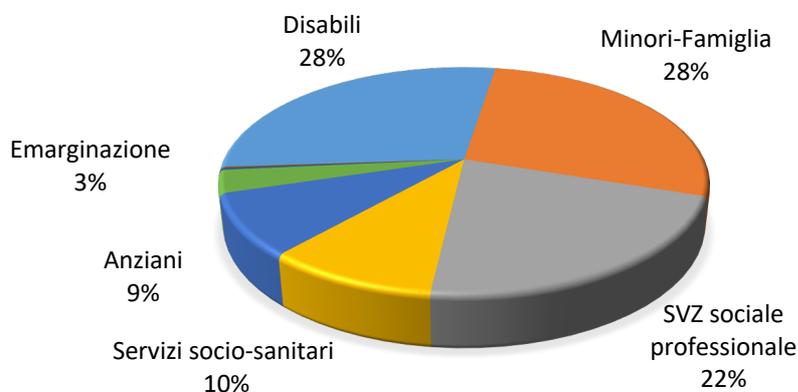
Nei due bandi distrettuali emessi per l'assegnazione di alloggi SAP è emerso un divario importante tra il numero di domande presentate (e quindi l'altissima attesa/aspettativa da parte dei cittadini in termini di assegnazioni) e il numero ridotto di alloggi disponibili.

Dato rilevato	2019	2021
Numero domande	400	641
Numero alloggi	42	57
Numero alloggi assegnati	30	9
FABBISOGNO ABITATIVO (calcolato sul numero di alloggi dichiarati come disponibili negli avvisi pubblici)	358 - 89,50%	584 - 91,11%
Percentuale domande da parte di indigenti	37,00%	34,95%

Nel 2021 i Comuni hanno inoltre intercettato 139 situazioni di sfratto e 16 nuclei con case all'asta.

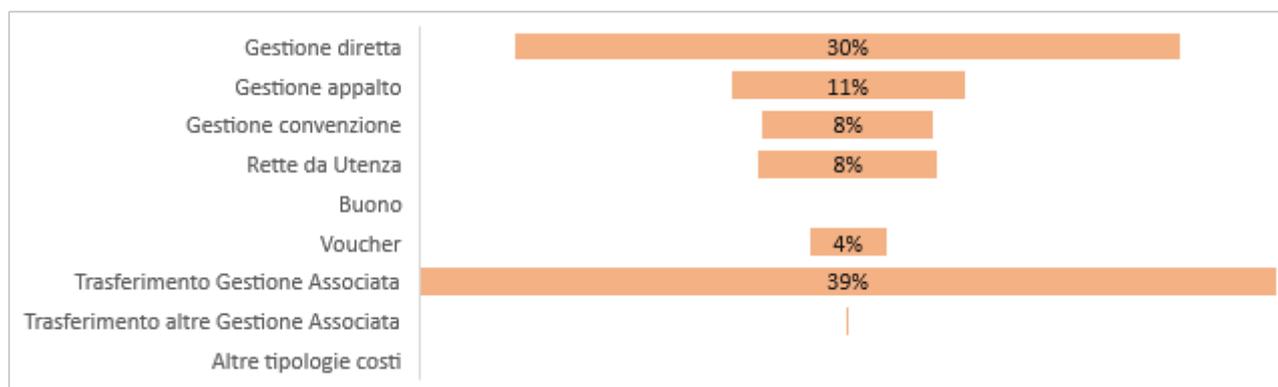
Tra il 2018 e il 2021, grazie ai contributi regionali sull'emergenza abitativa, sono state finanziate circa 850 domande di nuclei in situazione di morosità incolpevole (senza sfratto), di pensionati in particolari condizioni di vulnerabilità e di nuclei familiari che si trovavano in situazioni di vulnerabilità economica collegate alla crisi dell'emergenza sanitaria COVID-19. Il livello di ISEE medio calcolato di chi ha avuto accesso al beneficio si è sempre attestato tra i 4.000 e i 6.000 euro.

A completamento di questa analisi sui target in carico ai servizi sociali, si evidenzia la distribuzione della spesa comunale per aree di utenza:



Le aree della disabilità e dei minori e famiglia sono quelle di maggiore impegno da parte dei Comuni cremaschi. L'area disabilità è passata dal 19% del 2010, al 24% del 2015, al 28% del 2021.

Per quanto riguarda la suddivisione dei costi per tipologia di gestione, seppur continuano a rimanere rilevanti le spese per servizi / interventi a gestione diretta (es. trasporto sociale, assistenza economica generica, canoni di locazione, contributi enti e associazioni, ecc.), la percentuale di tale modalità di gestione è scesa dal 34% (anno 2015) al 30%, mentre è aumentato in modo considerevole il trasferimento per la gestione associata (che comprende tutti i servizi in regime di accreditamento, il servizio Tutela Minori e i servizi diurni per la disabilità in gestione all'Azienda Comunità Sociale Cremasca) che è passata dal 13% al 39%.



La spesa pro-capite si è stabilizzata nell'ultimo biennio attorno ad un valore di poco superiore a €. 118, 50.

INDICATORI	2018	2019	2020
Spesa sociale del distretto cremasco	€ 18.640.393,53	€ 19.217.492,46	€ 19.114.600,59
Spesa sociale pro-capite	€ 114,84	€ 118,30	€ 118,52

3.9. IL SISTEMA DELL'OFFERTA SOCIALE

La rete dell'offerta consolidata sociale è composta da 78 u.d.o. (unità d'offerta) attive, così suddivise:

AREA	TIPOLOGIA SERVIZI	N. STRUTTURE	POSTI/ POSTI LETTO
PRIMA INFANZIA	ASILI NIDO, MICRONIDI, NIDI FAMIGLIA, CENTRI PRIMA INFANZIA	40	839
SERVIZI EDUCATIVI PER MINORI	CENTRI AGGREGAZIONE GIOVANILE, CENTRI RICREATIVI DIURNI	12	1449
SERVIZI RESIDENZIALI PER MINORI	COMUNITA' EDUCATIVE, COMUNITA' FAMILIARI, ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	14	96
SERVIZI DIURNI PER DISABILI	CENTRI SOCIO EDUCATIVI, SERVIZI DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA	7	149
SERVIZI RESIDENZIALI PER DISABILI	COMUNITA' ALLOGGIO PER DISABILI	2	18
SERVIZI RESIDENZIALI PER ANZIANI	ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI	3	40
TOTALE		78	2591

A queste si aggiungono ulteriori servizi sperimentali e/o non normati:

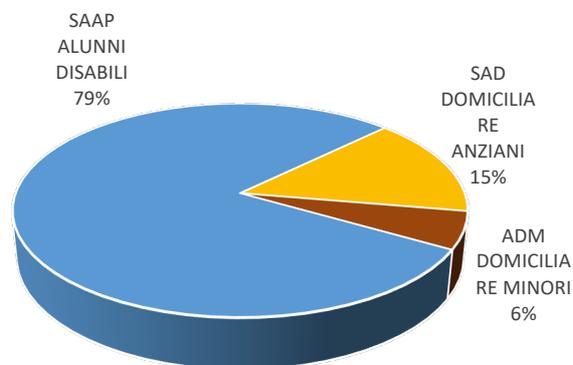
- 1 centro residenziale per anziani per una capacità ricettiva di n. 28 posti
- 2 appartamenti per la vita indipendente "Dopo di Noi" per una capacità ricettiva di n. 10 posti
- 1 servizio diurno alternativo per disabili per una capacità ricettiva di n. 20 posti
- 1 centro territoriale diurno per minori sottoposti a decreto del Tribunale per i Minorenni per una capacità ricettiva di 12 posti
- 2 appartamenti per la semiautonomia di donne con minori per una capacità ricettiva di n. 18 posti
- 7 servizi di casa famiglia multiutenza
- 1 ostello solidale per una capacità ricettiva di 20 posti
- 1 dormitorio per n. 18 posti letto
- 1 mensa per poveri per n. 20 posti
- 1 casa di accoglienza per n. 25 posti letto

Accanto a queste unità di offerta, vengono garantiti, già dall'anno 2010, una serie di servizi tramite il Sistema dell'accreditamento sociale. Di seguito, il dettaglio degli enti accreditati nel distretto cremasco suddivisi per tipologia di servizio.

	N. Enti accreditati
Servizio Incontri Protetti (SIP)	7
Servizi integrativi per disabili (AID)	11
Centro socio educativo per disabili (CSE)	4
Servizio di formazione all'autonomia disabili (SFA)	3
Servizi prima Infanzia	10
Servizio Assistenza Domiciliare Anziani e Disabili (SAD)	11
Servizio Assistenza per l'Autonomia Personale degli alunni disabili (SAAP)	13
Servizi di accoglienza residenziale minori	29
Servizi sostegno progetti contrasto povertà	3
Servizio di Assistenza Domiciliare Minori e Adulti (ADM/ADEA)	7
Centro di Aggregazione Giovanile (CAG)	1
Attività Integrative per Minori (AIM)	3
TOTALE	102

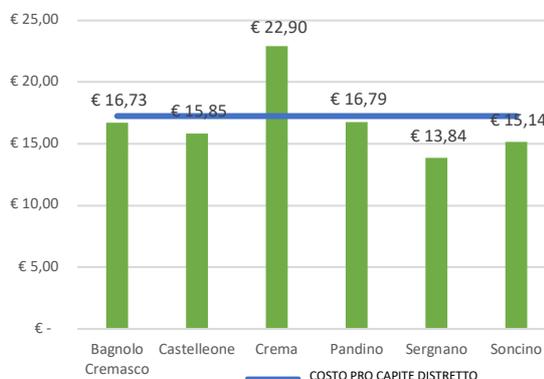
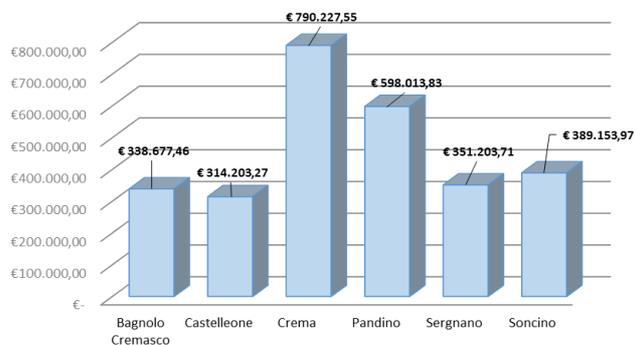
Nel 2021 il sistema dell'accREDITamento ha gestito attività per un valore complessivo di €. 5.814.329,97, corrispondente al 32,14% della spesa sociale di tutto l'ambito.

Di seguito il dettaglio dei servizi erogati in accREDITamento nel 2021:

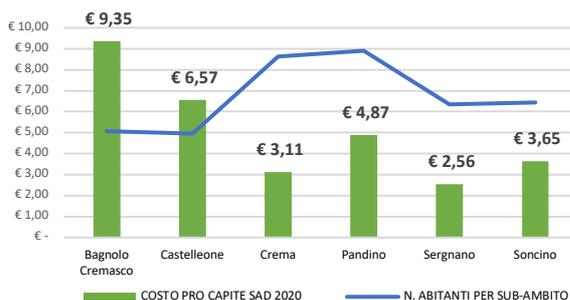


Per ciascuno dei servizi evidenziati dal grafico precedente, si mostrano alcuni dati specifici in termini di valenza economica dettagliata al livello di sub ambito.

Servizio SAAP alunni disabili



Servizio SAD domiciliare anziani



Servizio IP – incontri protetti minori



Servizio ADM/ADEA domiciliare minori e adulti





3.10. FOCUS SULLE PRINCIPALI AREE TEMATICHE: POVERTÀ, DISABILITÀ, DOMICILIARITÀ

Di seguito vengono dati alcuni elementi di approfondimento su tre aree tematiche che saranno di particolare interesse all'interno della Casa di Comunità: la povertà connessa al tema dell'equità della salute, la disabilità connessa al tema dell'inclusione sociale e la domiciliarità connessa al tema della prossimità dei servizi.

3.10.1 Focus Povertà

Con l'introduzione a livello nazionale del Reddito di Cittadinanza (RdC), anche l'ambito cremasco ha implementato gli interventi per contrastare e ridurre il rischio dello scivolamento nella povertà di fasce crescenti di popolazione, promuovendo la coesione e l'inclusione sociale, con specifico riferimento alle situazioni di vulnerabilità economica e sociale e alle nuove forme di povertà.

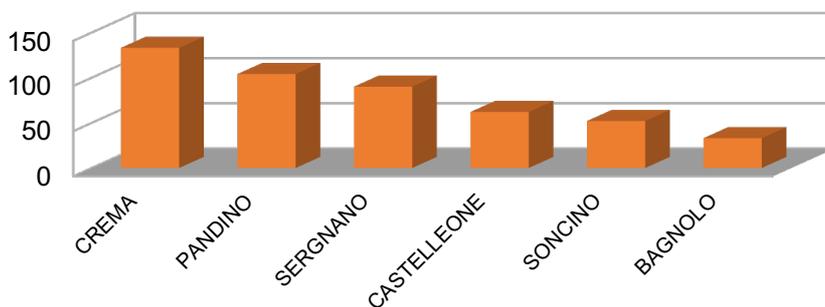
Nel biennio 2019/2021 il numero totale di beneficiari del RdC è lievemente aumentato, attestandosi intorno alle 550 unità, corrispondenti a poco meno di 3 beneficiari ogni 1.000 abitanti.

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
<i>Numero domande assegnate ai servizi sociali</i>	515	552	563

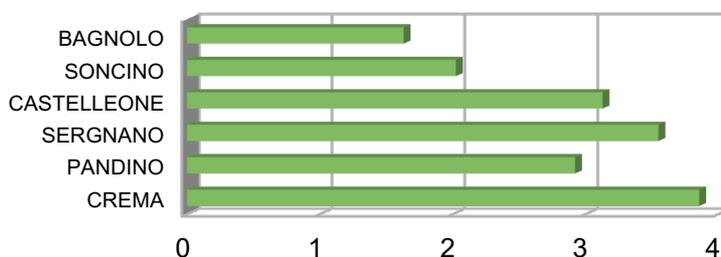
Tale dato è molto disomogeneo a livello di singoli Comuni. L'incidenza di beneficiari RdC assegnati ai servizi sociali ogni 1.000 abitanti varia tra il valore minimo di 0 al valore massimo di 23,35.

In considerazione della scelta dell'Ambito di gestire in modo associato questa misura nazionale, grazie alla presenza di assistenti sociali operativi a livello di ogni subambito, si riportano alcuni dati dei beneficiari così come presenti in piattaforma a questo livello di aggregazione.

N. totale di beneficiari RdC assegnati ai servizi sociali (PaIS)



Incidenza RdC (PaIS) ogni 1.000 abitanti



Il periodo emergenziale, anche in considerazione del drammatico impatto registrato sul territorio, ha visto un'attivazione straordinaria di risorse economiche ed umane, sia degli enti pubblici che del privato sociale, frutto di consolidate collaborazioni e modalità di lavoro sinergiche avviate negli ultimi anni.

Sono state infatti attivate collaborazioni dirette con oltre 60 realtà in 48 Comuni, tra cui farmacie comunali, enti caritatevoli parrocchiali e associazioni locali, oltre alla disponibilità di singoli volontari (per lo più giovani cittadini).

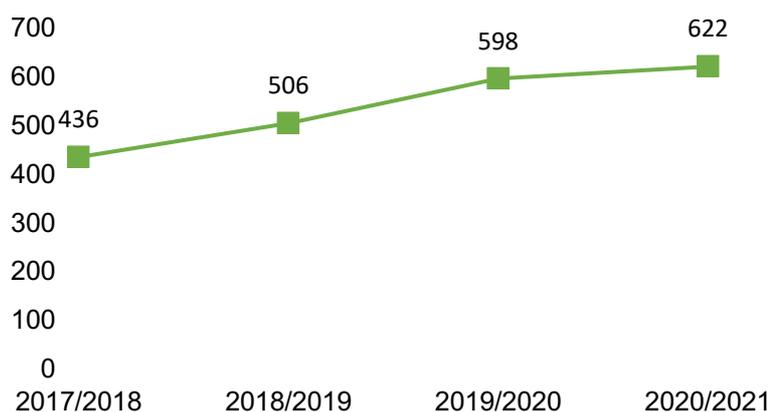
Durante la prima e la seconda fase dell'emergenza sanitaria i servizi sociali dei 48 Comuni dell'Ambito hanno effettuato 4.706 erogazioni di buoni spesa, per un totale di € 1.474.510,00.

A queste si sono affiancati i contributi elargiti dalla Caritas di Crema per un ammontare di €.288.281,71 a favore di 297 persone.

I Comuni hanno inoltre supportato direttamente i propri cittadini con contributi economici ed interventi di sostegno attivati a livello comunale quali: riduzione tasse, sostegno abitativo/utenze, integrazione al reddito, buoni spesa comunali, sostegno didattica, supporto domiciliare straordinario, attività educative, mensa scolastica, spese funebri, sostegno imprese.

3.10.2. Focus Disabilità

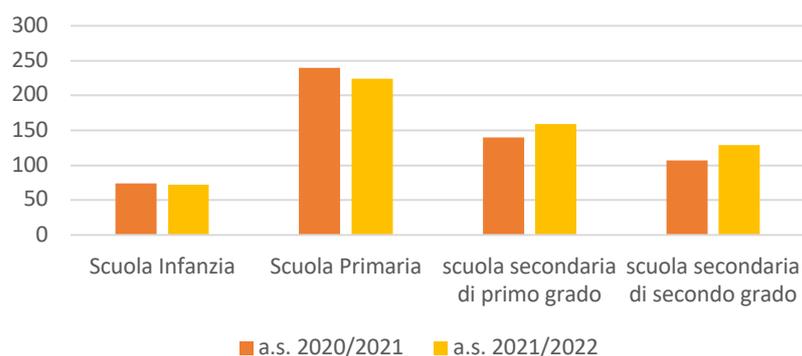
La disabilità nel territorio cremasco registra un costante incremento, a partire dal numero di minori a cui viene rilasciata annualmente la certificazione di disabilità e per i quali è stato attivato il servizio di assistenza scolastica.



Il grafico mostra un costante aumento del numero di minori per i quali è attivo il sostegno educativo scolastico, che registra complessivamente un incremento del 43% su base triennale.

All'aumento del numero di minori corrisponde anche un aumento delle ore medie settimanali erogate, che passa da poco più di 2.800 ore nel 2018/2019 a oltre 6.050 ore nel 2020/2021, indice di un incremento delle situazioni che prevedono un intervento educativo maggiore.

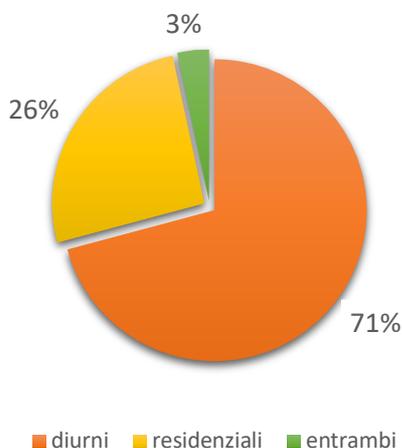
Altro dato interessante riguarda la suddivisione dei progetti per ordine di scuola frequentata.



In merito al target adulto, si riportano i dati relativi alle singole misure e ai singoli servizi attivati nel 2021.

Titolo progetto/misura	N. beneficiari
FNA B2 - Buono sociale mensile assistente personale	26
FNA B2 - Buono sociale mensile caregiver familiare	239
ProVi progetto	9
Dopo di Noi – Accompagnamento autonomia	14
Dopo di Noi - Emergenza / pronto intervento	2
Dopo di Noi – Sostegno alla residenzialità	3
Reddito di autonomia - Interventi volti all'autonomia finalizzata all'inclusione di persone con disabilità	10

I disabili adulti che hanno beneficiato di almeno una misura/progetto sono complessivamente 303. A questi si aggiungono 201 soggetti che frequentano servizi diurni e/o residenziali con la seguente ripartizione.

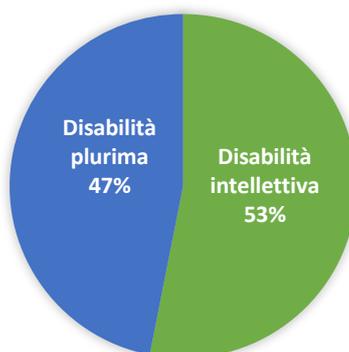


La frequenza a questi servizi è condizionata da una minore disponibilità di servizi residenziali sul territorio cremasco rispetto agli altri ambiti dell'ATS Val Padana. Se i servizi diurni frequentati sono infatti per il 97% collocati all'interno del distretto (4 persone fuori distretto), tale percentuale scende al 61% per i servizi residenziali (22 persone fuori distretto).

Rispetto alla tipologia di servizi diurni, se ne rileva una distribuzione uniforme nel territorio e una prevalenza di frequenza dei soggetti con regime a full time.



Il 53% dei soggetti inseriti in questa tipologia di servizi presenta una disabilità intellettiva, la restante percentuale una disabilità plurima.

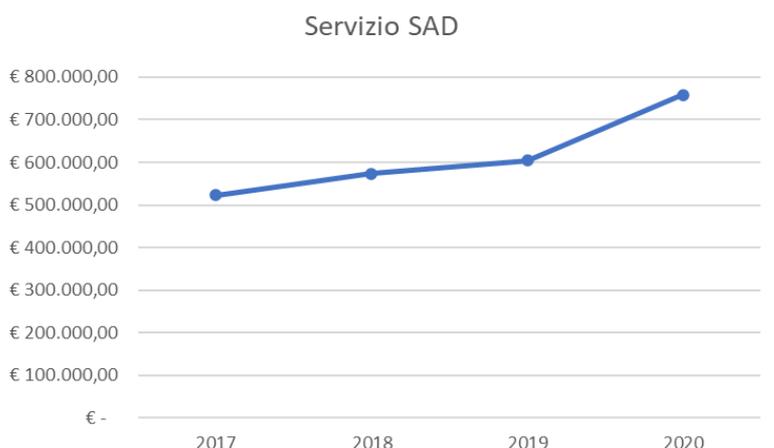


Vale la pena sottolineare che delle persone disabili adulte in carico ai servizi, 186 hanno un'invalidità al 100% e 150 sono certificate secondo l'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

3.10.3. Focus Domiciliarità

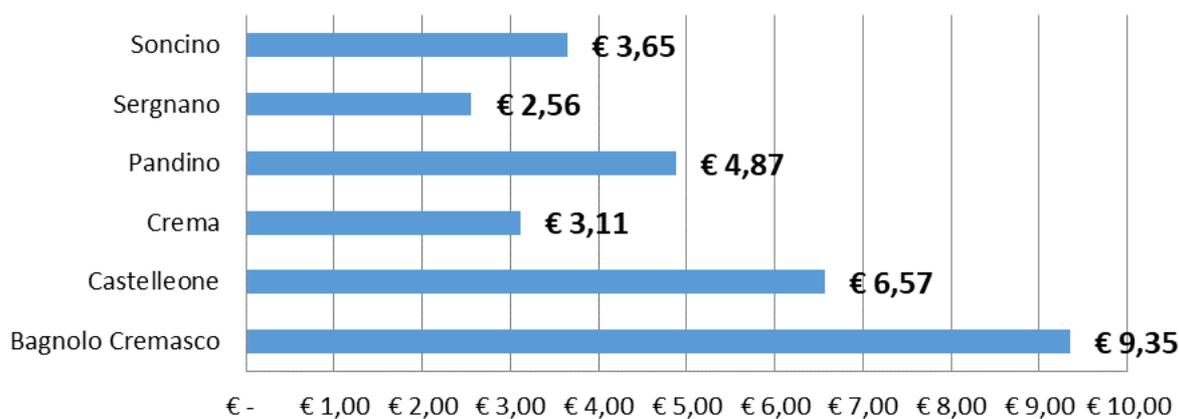
Il cambiamento drastico nell'assetto territoriale generato dall'emergenza pandemica trova riscontro anche dai dati relativi alle persone in condizioni di fragilità con necessità di assistenza al domicilio.

I servizi domiciliari che vengono erogati dai Comuni a favore di soggetti anziani sono in costante crescita dal 2017 ad oggi, come evidenzia il grafico seguente.



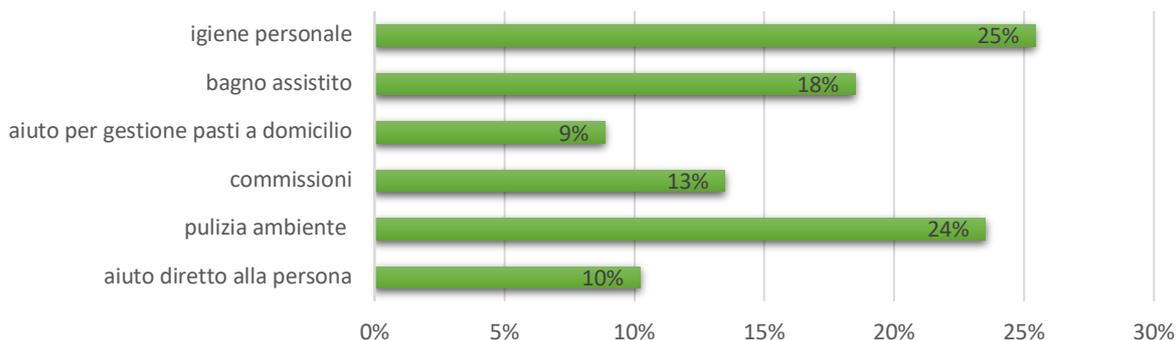
Nonostante l'incremento evidenziato, il servizio risulta essere residuale in termini assoluti, in quanto i cittadini beneficiari nel 2021 sono stati complessivamente 277 (su un totale di oltre 37.000 soggetti anziani), ai quali sono state erogate 35.376 ore per un costo pro-capite su questa fascia di età pari a € 127,71.

Rapportato a tutta la popolazione il costo pro-capite varia da un minimo di € 2,56 del sub-ambito di Sergnano ad un massimo di € 9,35 del sub-ambito di Bagnolo Cremasco.



Le prestazioni che vengono garantire al domicilio sono: igiene personale, riordino dell'ambiente, preparazione pasti, disbrigo di commissioni, sostegno alle relazioni e supervisione. Le prestazioni vengono erogate con il fine di favorire il recupero e il mantenimento dell'autonomia personale del soggetto.

Nel 2021 la prevalenza è stata per l'igiene personale, la pulizia degli ambienti e il bagno assistito.



Accanto al servizio tradizionale di assistenza domiciliare, dal 2019 è in corso la sperimentazione degli I.S.D. “Interventi a Supporto della Domiciliarità” caratterizzati dalla tempestività e temporaneità degli interventi.

I destinatari sono:

- persone sole assolute o sole senza figli affetti da malattie neurodegenerative prioritariamente non noti al servizio sociale territoriale e che evidenziano condizioni di rischio e necessità di tutela.
- persone che si trovano repentinamente in una situazione di fragilità data dall'aggravamento/instabilità delle condizioni cliniche e/o relazionali; tali condizioni possono riferirsi sia alla condizione del beneficiario che del principale care giver.

Seppure la sperimentazione ha riguardato un numero contenuto di beneficiari, (83 nel triennio 2019-2021) si è potuto constatare che le segnalazioni dell'intervento sono pervenute prioritariamente dai servizi sociali dei Comuni (52,38%), dall'ospedale (38,10%) e dalle cure sub-acuti (9,52%).

In particolare le attivazioni riguardavano le seguenti casistiche:

Situazione iniziale al momento dell'attivazione	N.
post dimissione da riabilitazione o cure intermedie	14
rete familiare insufficiente	10
difficoltà da parte dei parenti gestione quotidiana a domicilio a seguito peggioramento salute	5
mancaza momentanea o permanente del caregiver principale	13
peggioramento condizione di salute	16
dimissione ospedaliera	25



L'intervento sperimentale viene modulato in base alla tipologia di complessità (lieve, medio o grave) e all'intensità di cura.

Il 55% degli interventi sono rientrati in un profilo di grave complessità con necessità di due accessi giornalieri e maggior bisogno assistenziale (supervisione durante il bagno o igiene personale) per rispondere ai bisogni primari.

Alla luce di questa analisi sul contesto cremasco, si ritiene che la Casa di Comunità possa costituire l'occasione per attuare un modello di intervento integrato, territoriale e di prossimità, in stretto raccordo con la rete sociale, con una particolare attenzione, nella prima fase di sviluppo, alla fascia anziana della popolazione. La Casa di Comunità nel territorio cremasco dovrà costituire l'esito di un percorso sviluppato nel tempo, attraverso un continuo apprendimento delle organizzazioni e volto alla costruzione di un modello dinamico e flessibile di servizi innovativi e integrati, generativo di nuove opportunità.

4. OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

La realizzazione della Casa di Comunità (CdC), nell'ambito di un processo più ampio di riqualificazione dell'assistenza territoriale, persegue alcuni obiettivi strategici e specifici che vengono di seguito declinati:

1. **Promuovere un'idea di salute come "bene della comunità"**: si tratta di riformulare un'idea di salute come progetto sociale complessivo che abbia come risultato il benessere della comunità cremasca. Ciò significa collocare le problematiche di salute all'interno di contesti che costituiscono le determinanti della salute stessa e dove l'approccio multidimensionale ai temi può risultare fondamentale per la loro risoluzione. Per fare ciò occorre:
 - a. Favorire l'integrazione tra istituzioni, tra professionalità sanitarie e sociali;
 - b. Realizzare forme di gestione condivise all'interno della struttura, connettendo servizi sociosanitari, progetti e funzioni sociali;
 - c. Individuare spazi dedicati all'incontro sociale (gruppi di cittadini, gruppi di volontari e associazioni);
 - d. Definire programmi di promozione della salute trasversali, coinvolgendo le istituzioni del territorio e i differenti gruppi sociali;
 - e. Attuare progetti comuni tra istituzioni e soggetti sociali (anche non formali) che prevedano risorse comuni e percorsi condivisi.
2. **Definire un luogo autorevole, affidabile e sostenibile**: la Casa della Comunità cremasca dovrà consentire al cittadino di riconoscere un luogo fisico strutturato dove trovare risposte ad esigenze fino ad oggi gestite all'interno dell'ospedale; inoltre la CdC dovrà essere sostenibile nelle sue diverse dimensioni, economica, tecnica e sociale, in quanto l'una influenza l'altra. La sostenibilità tecnico-economica non può infatti prescindere dal fatto che il valore di questo luogo venga effettivamente percepito e riconosciuto dai cittadini e dalle istituzioni del territorio. Esiste una forte interdipendenza tra questi elementi che dovrà essere curata e aggiornata in modo costante. Per fare questo occorre:
 - a. adottare un sistema di pianificazione e controllo adeguato alle caratteristiche del progetto, ricorrendo a strumenti flessibili per adattarsi a processi non sempre totalmente riconducibili agli schemi classici di produzione dei servizi sanitari;

- b. realizzare un sistema informativo capace di restituire la complessità e favorire il governo del sistema.
3. **Diventare punto di riferimento territoriale per i cittadini:** si ritiene utile ripensare attività e servizi in un luogo organizzato e contemporaneamente identificare strumenti e attività necessarie per uscire dalle stanze delle istituzioni; è strategico infatti approfondire le storie di ogni persona all'interno dei luoghi quotidiani di vita, connettendo la Cdc con punti di accoglienza e ascolto, anche informali delle persone e dei gruppi sociali, già presenti nel territorio, per cogliere aspetti di fragilità e vulnerabilità che difficilmente potrebbero emergere. Per fare questo occorre:
 - a. rendere la Casa della Comunità riconoscibile e unitaria, identificandola come luogo ben definito nel quale si concentrano servizi frammentati e parcellizzati nel territorio;
 - b. rendere il luogo fisico accessibile in modo da garantire la massima disponibilità di attività e servizi;
 - c. facilitare i percorsi di accesso, concentrando servizi e attività e semplificando gli aspetti burocratici;
4. **Raggiungere i cittadini più fragili.** risulta estremamente importante che una Casa della Comunità possa sviluppare l'attitudine a guardare i bisogni della Comunità, leggendo anche quelli più nascosti, mettendo in atto azioni e pratiche di relazione e incontro che permettano di coinvolgere, motivare e responsabilizzare i cittadini meno inseriti socialmente. Per fare questo occorre:
 - a. Individuare "figure di prossimità" in grado di intercettare fragilità nei luoghi di vita delle persone, richiamando esperienze di lavoro di comunità già presenti nel territorio cremasco;
5. **Promuovere capacità e risorse delle persone:** l'idea alla base del modello di CdC cremasco dovrà considerare il protagonismo della persona non come semplice "slogan". Esistono infatti favorevoli precondizioni nel territorio dove la generatività del welfare è considerata uno dei pilastri della programmazione sociale. Ciò significa impostare un lavoro attraverso "patti di cura" in grado di costruire percorsi dove le risorse di persone e istituzioni siano esplicite e condivise e finalizzate al miglioramento continuo attraverso il riconoscimento dei rispettivi ruoli e responsabilità. Sarà importante sostenere percorsi di self management e autocura, investendo su figure di sostegno come case manager, caregiver, facilitatori di comunità e altri ruoli informali. Per fare questo occorre:



- a. Definire patti che tengano conto della storia e delle capacità residue delle persone;
 - b. Strutturare forme di promozione della responsabilità sociale delle diverse persone coinvolte nell'attuazione dei patti di cura;
 - c. Realizzare iniziative di promozione del benessere per alcune categorie sociali (adolescenti, famiglie con minori, popolazione fragile e altro);
 - d. Intercettare e/o partecipare a progetti che interessano particolari aree di fragilità sia sociale sia sanitaria;
 - e. Sviluppare forme di partecipazione sociale e di raccolta di contributi per il miglioramento dei percorsi.
6. **Favorire la partecipazione della comunità:** la CdC dovrà dotarsi di strumenti formali che incentivino la partecipazione dei cittadini e di tutti i portatori di interesse nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e di valutazione dei risultati attesi. Per fare questo occorre:
- a. Definire forme di partecipazione strutturata;
 - b. Organizzare momenti formativi tra professionisti e cittadini su temi trasversali;
 - c. Realizzare strumenti di accountability come la carta della salute / mappa risorse della comunità;
 - d. Facilitare la partecipazione delle diverse istanze sociali alla costruzione, gestione e valutazione di specifici progetti di comunità;
 - e. Coinvolgere gli Enti Locali nelle fasi decisionali e di coordinamento dei progetti.



5. DESTINATARI E ATTORI COINVOLTI

La Casa della Comunità di Crema nasce per rispondere ai bisogni di tutela della salute delle persone, delle famiglie e di tutta la comunità che vive nell'ambito territoriale cremasco.

Attraverso l'integrazione del servizio sanitario, sociosanitario e sociale si intendono raggiungere i seguenti destinatari:

- Persone con cronicità e loro famiglie
- Persone anziane non autosufficienti
- Cittadini fragili
- Persone in dimissione da ospedali
- Persone con disabilità e le loro famiglie
- Famiglie con minori
- Cittadini portatori di bisogni sanitari-sociosanitari-sociali

Nella Casa di Comunità collaborano diversi professionisti che devono lavorare in stretta sinergia ed integrazione tra loro:

- medici medicina generale (MMG)
- pediatri di libera scelta (PLS)
- infermieri di famiglia e di comunità (IFeC)
- medici di Continuità Assistenziale (UCA)
- medici USCA
- medici specialisti ambulatoriali
- psicologi
- ostetrici, professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione, del servizio di igiene e sanità pubblica
- assistenti sociali
- case manager
- community care maker

Il modello di integrazione tra i diversi professionisti che lavorano per/nella casa di comunità è il lavoro in equipe multiprofessionale. Si vuole puntare sulla valorizzazione delle competenze professionali di natura sanitaria e sociale attraverso l'assegnazione di obiettivi condivisi e la presa in carico integrata dei cittadini portatori di bisogni.

Per raggiungere questo obiettivo è strategica la forte alleanza tra i vari attori istituzionali coinvolti:



- Agenzia di Tutela della Salute (ATS)
- Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST)
- Comuni e Ufficio di Piano
- Azienda speciale Consortile Comunità Sociale Cremasca (CSC)
- Consulta del Terzo Settore
- Comitato di Partecipazione della Comunità

Gli attori istituzionali hanno il compito di favorire una governance partecipata della Casa della Comunità, di leggere i bisogni del territorio, di individuare le risorse necessarie, di pianificare e programmare gli obiettivi da raggiungere, di favorire il confronto sui bisogni inespressi con le reti sociali del territorio, ma soprattutto di mettere al centro la salute dei cittadini.

Tra gli attori istituzionali è presente anche il Terzo Settore, in quanto attore a pieno titolo del sistema sociale, che deve partecipare attivamente alla programmazione, progettazione e realizzazione del welfare attraverso forma di coprogrammazione e coprogettazione con l'Ente pubblico.

Quello che si intende promuovere nella Casa della Comunità è infatti una "sussidiarietà circolare", finalizzata a dare risposte appropriate e mirate ai bisogni delle persone, attraverso forme di collaborazione partecipata che consentano di reperire nuove risorse per lo sviluppo del sistema.

Tra gli attori del Terzo settore si richiamano:

- cooperative sociali
- imprese sociali
- reti associative
- fondazioni
- associazioni di volontariato
- associazioni di promozione sociale
- organizzazioni di volontariato
- altri enti di carattere privato senza scopo di lucro

Da ultimi, ma non per importanza, ci sono tutti gli altri attori che animano la comunità:

- Parrocchie
- Scuole
- Luoghi di aggregazione della comunità
- Biblioteche
- Gruppi formali e informali
- Reti sociali di mutuo aiuto



- Gruppi di advocacy
- Cittadini

Tutti gli attori citati sono chiamati a partecipare attivamente, in una sorta di “alleanza”, alla Casa della Comunità, in quanto è il luogo di integrazione delle risorse informali e formali, un luogo fatto di relazioni e capacità di condividere risorse e responsabilità per un obiettivo di salute e ben-essere a favore di tutti i cittadini.

È necessario che le parti in causa si riconoscano reciprocamente e sostengano il valore della collaborazione.

Nel tempo, la **parte pubblica** ha perso la funzione di *gate keeping* a "favore" degli erogatori. Al fine di semplificare e garantire la fluidità dei servizi, è necessario che la parte pubblica si riappropri della funzione di orientamento e guida, e punti **a governare le porte di accesso al sistema.**

Tuttavia la ricomposizione richiede, appunto, un'alleanza tra le Aziende Socio Sanitarie e le Agenzie di Tutela della Salute, le Autonomie Locali (Comuni, Consorzi, Uffici di Piano, ecc..) e il sistema di cure primarie.

La progettazione condivisa dei nuovi **Punti Unici Di Accesso (PUA)**, la definizione di piattaforme di supporto per i diversi soggetti coinvolti come le **Centrali Operative Territoriali (COT)**, poste all'interno dei Distretti Sanitari, sono gli strumenti utili a supportare le attività congiunte e favorire l'integrazione tra i principali attori del sistema sociosanitario e assistenziale del territorio, anche attraverso l'introduzione di logiche e strumenti di *Community Building (CB)* ovvero la valorizzazione e il riconoscimento delle reti di comunità. È necessario approdare ad un vero e proprio piano strategico di CB dei nascenti Distretti in stretta collaborazione tra Azienda Sociosanitaria ed Enti locali con la finalità di predisporre il nuovo **Piano di Sviluppo del Polo Territoriale** previsto dall'art. 9 della L.R. n. 22/2021.

La Legge n. 234/2021 ha previsto un articolato intervento sui Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e gli ambiti territoriali sociali proprio al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali, ferme restando le rispettive competenze e le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza. Per completare la “cassetta degli attrezzi” è infine necessario immaginare nuove logiche per innovare e riprogettare i servizi, anche mettendo in



campo una ridefinizione dei rapporti tra domanda e offerta di servizi di welfare attraverso la creazione e il sostegno ad innovative “*Platform Welfare*”

L'introduzione degli ***Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC)*** risulta necessaria per garantire riequilibrio e integrazione tra diversi "luoghi": Ospedale, Casa&Territorio e Comunità.

L'*IFeC* è una figura che diventa portatrice di idee e costruttrice di ponti, di relazioni tra i servizi (sanitari, ospedalieri, territoriali, ecc.), tra le persone (care giver e MMG, ad esempio) e deve agevolare il necessario ed appropriato percorso all'interno del sistema (apertura di ambulatori infermieristici sul territorio, degenze di transizione a gestione infermieristica, ecc..).

L'*Infermiere di Famiglia e Comunità* offre un approccio olistico di assistenza alla persona nel suo ambiente di vita, coinvolgendo in modo attivo tutti i soggetti della società civile (famiglie, MMG, assistenti sociali, ecc.)

Le 65 patologie croniche identificate dal sistema, in effetti, non "considerano" moltissime delle attività sociosanitarie e socio-assistenziali che, tuttavia, rappresentano un elemento essenziale nella quotidianità delle persone (e spesso fonte di impiego di risorse delle famiglie). Si conviene che la sola tassonomia patologica non permette di pesare la reale necessità assistenziale.

Quindi, risulta necessario identificare i destinatari e beneficiari del progetto, introducendo modelli di stratificazione della popolazione che integrino e completino l'algoritmo della presa in carico della cronicità, elaborato attraverso i dati forniti dalla BDA (Banca Dati Assistiti), ma anche l'interlocuzione diretta con il cittadino che esprime la difficoltà e quella della propria famiglia.

L'intercettazione del bisogno deve avvenire non solo in ambito ospedaliero (quando la complessità ha ormai raggiunto un difficile intervento socio-assistenziale e sociosanitario e spesso in fase di dimissione), ma ancor prima delle sue espressioni più acute.

Ambiti domiciliari, territoriali, scolastici e di comunità (popolati da ruoli come i case manager ospedalieri, ostetriche di famiglia, assistenti sociali, docenti, infermieri di famiglia, parroci, ecc.) rappresentano contesti di pre-intervento qualora identificati e segnalati alla **rete** che, in alleanza, è preposta alla prevenzione.



In particolare, è necessario stratificare la popolazione target in classi di complessità assistenziale, fragilità e marginalità.

Per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale sono necessari luoghi che agevolino la scelta di rimanere al proprio domicilio, ricevendo le cure più idonee, evitando l'inappropriato ricorso al pronto soccorso.

Nelle Case della Comunità il cittadino e la famiglia dovranno trovare a qualsiasi ora del giorno (di tutti i giorni):

- **l'ambulatorio delle prestazioni non differibili**, condotto da MMG, medici di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta volti ad assicurare una serie di prestazioni (radiologia di base, un quick lab, etc..) con il supporto di un tecnico di radiologia e di un infermiere.
- **l'ambulatorio a gestione infermieristica**, condotto da infermieri volti a rispondere alle medicazioni delle lesioni difficili, alla gestione della PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea), al cateterismo vescicale, al cateterismo venoso, all'educazione sanitaria, alla prevenzione (vaccinazioni e diagnostica), etc.
- **l'ambulatorio a gestione ostetrica**, condotto da ostetriche, volto al benessere del bambino, della donna e della coppia (accompagnamento alla nascita, paptest, genitorialità consapevole, etc.);
- **i servizi riabilitativi**, offerti da personale riabilitativo (logopedisti, fisioterapisti, ecc.) che intervengono a rispondere alla domanda di riabilitazione (respiratoria, deglutizione, motoria, pavimento pelvico, etc.)

La **rete** è ciò che caratterizza la **Casa della Comunità**: luogo in cui si discute e si risolvono i casi ed in cui il cittadino trova risposta sociosanitaria ma anche socio-assistenziale, attraverso l'interazione professionale degli interlocutori del Comune in cui risiede e l'Ufficio di Piano a cui afferisce, e alla moltitudine degli attori che si alleano per affrontare le difficoltà che si presentano, famiglia compresa.



Negli **Ospedali di Comunità** si garantiranno invece le "degenze assistenziali" a conduzione infermieristica ad accesso diretto (senza passare dal Pronto Soccorso) e in forte collaborazione con i MMG.

Tali servizi vogliono rappresentare luogo di ripresa e di stabilizzazione per il cittadino affetto da fragilità sociosanitarie e necessità assistenziali. Ma anche luogo di recupero educativo in ambito sanitario e focus di analisi dell'empowerment di vita.

I tre paradigmi, ai quali è chiamato il sistema sociosanitario e socio-assistenziale, ovvero, **One Health, Value Based Healthcare e Salute di Prossimità**, sono realizzabili attraverso tre pilastri di sviluppo: governo delle porte di accesso, Infermiere di Famiglia e Comunità (e integrazione multiprofessionale), Case della Comunità (e Ospedale di Comunità).

L'alleanza, sopraccitata, include l'analisi della contemporaneità del bisogno del cittadino, i "luoghi" in cui la medicina territoriale si deve articolare per il comune intento di risoluzione, dove le aggregazioni funzionali (AFT) o Unità complesse di Cure primarie (UCCP) o Cooperative di MMG, Infermieri di Famiglia e Comunità, Assistenti Sociali, ASST, ATS e Comuni si incontrano e lavorano a stretto contatto.

Tutte le competenze, opportunamente coordinate, dovranno essere di orientamento, sostegno e risoluzione alle problematiche della cittadinanza portatrice di difficoltà sociosanitaria o socio-assistenziale, nel rispetto dell'ascolto della domanda e dell'appropriatezza di offerta.

6. DESCRIZIONE DEL MODELLO (AZIONI E TEMPI DI REALIZZAZIONE)

6.1 LA “CASA DELLA COMUNITA” NEL CONTESTO CREMASCO

6.1.1. ANALISI DEL FABBISOGNO IN APPLICAZIONE AL PNRR E ALLE NORMATIVE REGIONALI

Il documento elaborato da AgeNaS nel luglio 2021 ed aggiornato nel febbraio 2022 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel sistema sanitario nazionale” descrive i modelli e gli standard organizzativi e strutturali che dovrà assumere la rete territoriale.

In Regione Lombardia la ridefinizione della rete territoriale aveva avuto avvio nel 2015 con la Legge regionale n. 23 che aveva previsto una ridefinizione delle unità di offerta di riabilitazione e di cure di transizione sia ospedaliere che territoriali, l’istituzione dei Presidi Socio Sanitari territoriali (PreSST) e dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) nonché delle tipologie di servizi erogabili dagli stessi.

Il PreSST, è un nodo della rete che eroga prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità a favore di persone del territorio di riferimento, caratterizzate da bisogni che richiedono una risposta fortemente integrata tra l’ambito sanitario, sociosanitario e sociale. L’erogazione può avvenire in maniera diretta ad opera delle ASST o attraverso accordi di rete con erogatori accreditati e a contratto. Il POT è invece una “struttura multi servizio” che eroga prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità a favore di pazienti acuti e cronici prevalentemente complessi e fragili.

Con la DGR n. 1046/2018 Regione ha definito i requisiti di esercizio dei PreSST e dei POT ed indicato le linee di programmazione da attuare per il riordino dell’offerta territoriale esistente. Sono state peraltro definite le risorse necessarie ed individuate le strutture da convertire in POT e PreSST, sulla base di una ricognizione dei bisogni sociosanitari svolta dalle ATS con le Aziende Socio Sanitarie territoriali (ASST) in un quadro di raccordo tra domanda e offerta.

Anche se nel territorio lombardo già a partire dal 2016 sono state messe in esercizio alcune strutture della rete territoriale è con la DGR n. XI/2019 del 31/07/2019 che ne vengono definiti i requisiti di accreditamento e che si dà avvio al percorso di riordino e di riclassificazione dei POT, dei PreSST e delle degenze di comunità, percorso che è stato poi bruscamente interrotto dalla pandemia da covid.

La pandemia ha aperto una crisi di portata mondiale ed ha reso evidente anche la necessità di un cambiamento del modello economico attuale. L’Unione Europea per fronteggiare questa



crisi ha predisposto il programma Next Generation EU (NGEU), di portata singolare, sia in termini di risorse appostate che di obiettivi fissati. Si tratta di una sfida importante, di un'occasione unica ed irrinunciabile che vede anche l'Italia impegnata in uno sforzo tra i più rilevanti dal dopo guerra per l'attivazione di programmi di sviluppo e di riforme finalizzate alla ripresa del nostro Paese. In particolare, l'Italia è ingaggiata nell'attuazione delle 6 Missioni del Piano di Resistenza e Resilienza, a loro volta suddivise in 16 componenti, quali ambiti specifici di intervento che vanno dalla Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura alla rivoluzione verde e transizione ecologica, dalle Infrastrutture per una mobilità sostenibile all'istruzione e ricerca, dall'inclusione e coesione alla Salute. Si tratta di missioni che oltre a perseguire l'obiettivo di rimediare ai danni economici e sociali causati dalla pandemia intendono operare per ridurre i divari territoriali, la crescita ridotta della produttività, le disparità di genere e per operare un forte investimento su programmi di transizione ecologica.

Per l'Italia la missione Salute rappresenta uno degli ambiti principali di intervento, attraverso il quale si intendono perseguire significativi risultati di miglioramento della qualità dei servizi, in relazione soprattutto all'accessibilità e agli indicatori di misurazione dei divari tra territori. Gli stanziamenti di risorse e il pacchetto di riforme previste sono destinati a far sì che possano essere superate le barriere che nei decenni scorsi hanno frenato lo sviluppo degli investimenti pubblici e privati, le debolezze strutturali che hanno a lungo rallentato la crescita ed i livelli occupazionali, soprattutto per i giovani e le donne.

La Missione 6 del PNRR in particolare mira al rafforzamento del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ed al suo riorientamento verso una rete di prossimità, ed ha tra i suoi obiettivi quello di potenziare l'assistenza territoriale sanitaria, sia attraverso la predisposizione di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità, Ospedali di Comunità) sia attraverso l'implementazione dell'assistenza domiciliare. L'azione di potenziamento della rete si rivolge a tutti i cittadini, ma in particolare ai pazienti cronici e fragili che rappresentano il 43% circa della popolazione ed assorbono la maggior parte delle risorse del SSN. Lo sviluppo della telemedicina da una parte e una policy orientata ad una più efficace integrazione tra tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali dovrebbero facilitare il perseguimento di una maggiore omogeneità di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in una logica di prossimità.

Il PNRR per la Missione 6 submisura 1.1 ha stanziato sette miliardi di euro per la realizzazione delle reti di prossimità, strutture e telemedicina e per l'assistenza territoriale ed ha previsto a livello nazionale la realizzazione di:

- 1288 Case della Comunità con un investimento complessivo a livello nazionale pari a 1 miliardo di euro;
- 381 Ospedali di Comunità con un investimento complessivo a livello nazionale pari a 2 miliardi di euro:



- 602 Centrali Operative Territoriali (COT), 1 per ciascun Distretto con un investimento complessivo pari a 280 milioni di euro.

Regione Lombardia con la DGR n. 5068 del 22.07.2021 ha previsto, entro il 2024, la realizzazione sull'intero territorio lombardo di n. 216 Case di Comunità (CdC), di n. 64 Ospedali di Comunità (OdC e di n. 101 Centrali Operative Territoriali (COT), stanziando:

- 170 milioni di euro per le 216 Case di Comunità
- circa 355 milioni di euro per i 64 Ospedali di Comunità
- 42 milioni di euro per le 101 Centrali Operative Territoriali (COT)

ed ha stabilito che il completamento dell'offerta territoriale dovrà rispettare le seguenti fasi realizzative:

- 86 Case della Comunità nel 2022, 65 nel 2023 e 65 nel 2024;
- 26 Ospedali di Comunità nel 2022, 19 nel 2023 e 19 nel 2024.
- 1 Centrale Operativa Territoriale per ciascun distretto (circa 90) entro il 2022.

Di fatto le tempistiche stabilite per l'utilizzo delle risorse destinate alla realizzazione del PNRR, hanno reso vincolante la previsione delle tipologie di unità secondo il cronoprogramma indicato da AgeNaS, di seguito riportato:

- settembre 2021: ricognizione dei siti da destinare a CdC, OdC e COT;
- dicembre 2021: individuazione ed identificazione precisa dei siti per la realizzazione di Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità;
- marzo 2022: sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo per la realizzazione di Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità.

In tale contesto normativo, l'ATS della Val Padana assieme alle ASST di Crema, di Mantova e di Cremona, ha lavorato alla revisione della propria rete territoriale ed in particolare, alla riprogettazione delle sedi delle attività erogative che sono state riadattate in conformità a quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dalle indicazioni nazionali e regionali, anche in termini di finanziamento.

Questo lavoro programmatico finalizzato alla riqualificazione ed implementazione dell'offerta di assistenza di prossimità, si è svolto sotto il coordinamento di Regione Lombardia, a partire dalla riclassificazione delle strutture PreSST e POT già presenti nella rete locale ed integrate poi con le nuove progettualità territoriali. Il disegno progettuale si è configurato nel rispetto delle linee programmatiche regionali, richiamate in atti specifici coi quali sono state definite sia le azioni che le relative tempistiche, come di seguito richiamato:



- fase 1 (ottobre 2021): identificazione delle strutture idonee di proprietà del SSR;
- fase 2 (dicembre 2021): nelle zone prive di strutture di proprietà del SSR identificazione di edifici di proprietà degli Enti locali ritenuti idonei per svolgere la funzione di CdC o di OdC;
- fase 3: eventuale identificazione di ulteriori strutture, già utilizzate dal SSR per l'erogazione di attività sanitaria- sociosanitaria ma non di proprietà (ad esempio comodati gratuiti con amministrazioni pubbliche), necessarie al raggiungimento del target definito.

La D.G.R. n. 5373 del 11/10/2021 ha, in particolare, approvato un quadro complessivo riconducibile alla fase 1, costituito a livello regionale da n. 115 CdC e 53 OdC, tutti riguardanti edifici di proprietà del SSR. Di seguito il quadro relativo ad ATS Val Padana.

TERRITORIO DELL'ATS VAL PADANA

LOCALIZZAZIONI IN STRUTTURE ESISTENTI: STRUTTURE DEL SSR

ASST	CdC Spoke / Hub	OdC + CdC	OdC	Comune
ASST CREMA		X		Rivolta d'Adda
ASST CREMONA	X			Cremona
		X		Soresina
			X	Cremona
ASST MANTOVA	X			Castiglione delle Stiviere
	X			Goito
	X			Mantova
		X		Mantova
		X		Viadana
		X		Bozzolo
	X			Suzzara
	X			Quistello
			X	Borgo Mantovano
		X		Asola

TOTALE	N. 6	N. 6	N. 2
--------	------	------	------

ATS VAL PADANA

comprendente il disegno programmatico complessivo delle progettualità territoriali, declinate secondo le indicazioni previste dalle normative. Tale quadro programmatorio sull'intera ATS contempla, a regime, 15 Case della Comunità, per uno standard medio pari ad 1/50.352 abitanti, coerente con quello di riferimento, e 9 Ospedali di Comunità, pari ad 1/83.920 abitanti; presso questi ultimi è prevista l'attivazione di 200 posti letto, per uno standard di 0,26‰ ab., che evidenzia un bisogno di successiva ulteriore offerta.

La distribuzione delle Case della Comunità nei territori di afferenza delle tre ASST, inevitabilmente correlata alla dotazione, disomogenea, di edifici di proprietà del SSR e alla loro allocazione, evidenzia per l'ASST di Crema, un bisogno di potenziamento successivo attraverso l'individuazione di una CdC Spoke.

La distribuzione degli Ospedali di Comunità e la numerosità di posti letto per abitanti nei territori di afferenza delle tre ASST, conferma per tutti i tre territori una dotazione inferiore allo standard previsto; pertanto, si è portata all'attenzione di Regione l'opportunità rappresentata dall'individuazione dell'ulteriore offerta quale occasione anche per operare un atteso riequilibrio complessivo di offerta di degenza nell'intero territorio di ATS, a superamento della disomogeneità attuale.

Di seguito la sintesi grafica del quadro programmatico.

Case della Comunità			
ASST	Abitanti	N. CdC a regime	N. ab. per CdC
ASST di Crema	160.001	2	80.001
ASST di Cremona	191.697	4	47.924
ASST di Mantova	403.585	9	44.843
ATS Val Padana	755.283	15	50.352

Ospedali di Comunità					
ASST	Abitanti	OdC a regime	N. ab. per OdC	PL	PL/ab.
ASST di Crema	160.001	2	80.001	40	0,25
ASST di Cremona	191.697	2	95.849	40	0,21
ASST di Mantova	403.585	5	80.717	120	0,30
ATS Val Padana	755.283	9	83.920	200	0,26

Con la D.G.R. n. 5723 del 15/12/2021 veniva da Regione approvato un nuovo quadro complessivo a superamento di quello della D.G.R. n. 5373/2021, derivante dall'individuazione dei terreni e degli immobili secondo quanto disposto dalla stessa D.G.R. n. 5373/2021 e composto a livello regionale da 218 CdC, 71 OdC e 101 COT come di seguito riportato:

REGIONE LOMBARDIA ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1			
ATS	CDC	ODC	COT
CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	71	23	36
BERGAMO	20	6	12
BRESCIA	26	7	12
BRIANZA	26	7	11
INSUBRIA	31	8	14
MONTAGNA	18	7	2
PAVIA	11	4	5
VAL PADANA	15	9	9
TOTALE	218	71	101

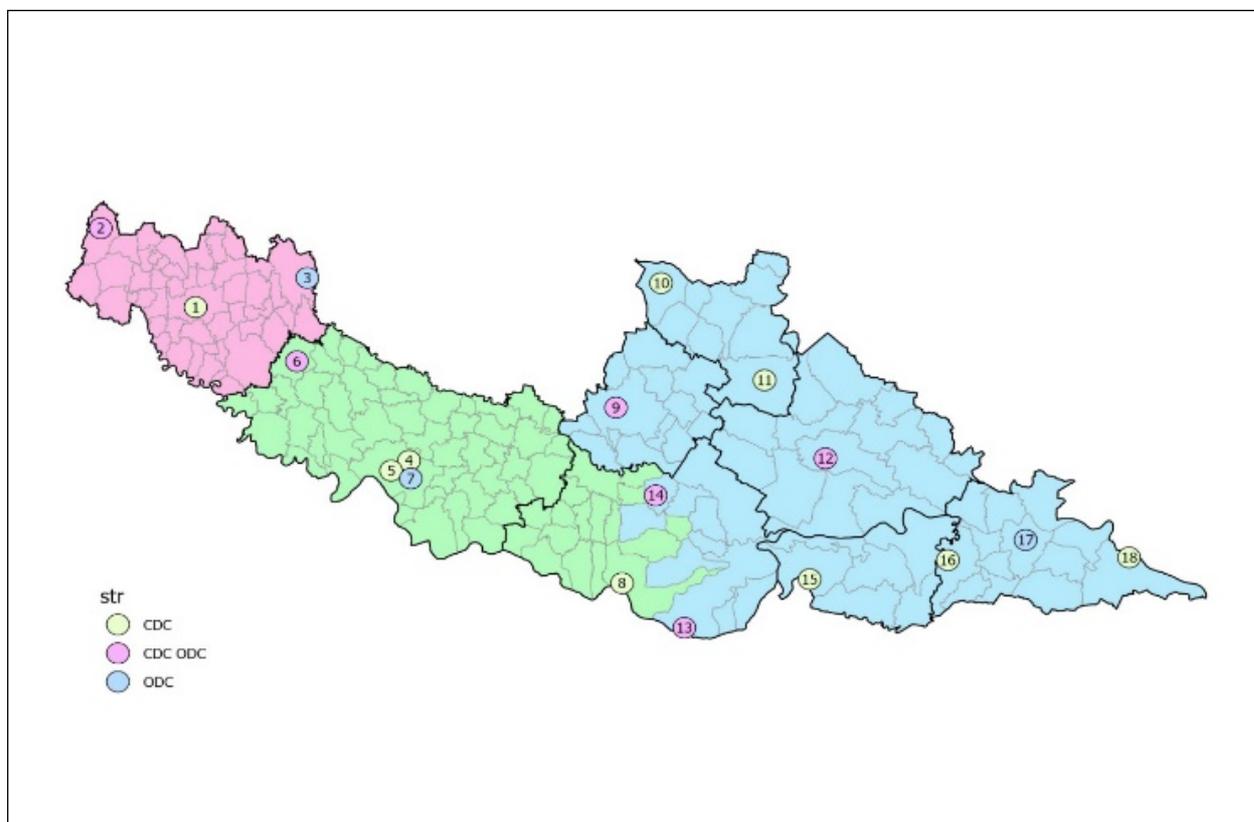
A seguire il nuovo quadro della rete territoriale di prossimità di ATS della Val Padana con la mappa di geocalizzazione delle strutture.

RIF. MAPPA	ASST	COMUNE	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
1	CREMA	Crema	SSR	X		X
2	CREMA	Rivolta d'Adda	SSR	X	X	
3	CREMA	Soncino	Ente locale		X	
4	CREMONA	Cremona	SSR	X		X
5	CREMONA	Cremona	SSR	X		
6	CREMONA	Soresina	SSR	X	X	
7	CREMONA	Cremona	SSR		X	
8	CREMONA	Casalmaggiore	In uso SSR	X		X
9	MANTOVA	Asola	Ente Locale e SSR	X	X	X
10	MANTOVA	Castiglione delle Stiviere	SSR	X		X
11	MANTOVA	Goito	SSR	X		
12	MANTOVA	Mantova	SSR	X	X	X
13	MANTOVA	Viadana	SSR	X	X	X
14	MANTOVA	Bozzolo	SSR	X	X	
15	MANTOVA	Suzzara	SSR	X		X
16	MANTOVA	Quistello	SSR	X		X
17	MANTOVA	Borgo Mantovano	SSR		X	
18	MANTOVA	Sermide e Felonica	SSR	X		
TOTALE				15	9	9

Preme qui evidenziare per quanto riguarda i costi esposti nei quadri economici relativi alle progettualità dell'ASST di Crema che gli stessi sono riconducibili ai costi medi unitari previsti per il finanziamento con risorse PNRR, così come rappresentato nella sotto riportata tabella.

Per l'OdC di Soncino, previsto in struttura di proprietà del Comune di Soncino, si evidenzia che non sono stati esposti costi, in quanto i minimi interventi di adeguamento previsti sono già finanziati come rientranti in manutenzioni ordinarie e straordinarie.

COMUNE	INDIRIZZO	CDC	ODC	Costi a Q.E.	Risorse PNRR	Rispetto dei costi
Crema	Via Gramsci, 13	x		1.481.000,00 €	1.481.481,48 €	Si
Rivolta d'Adda	Via Monte Grappa 5	x	x	3.981.481,48 €	3.981.481,48 €	Si
Soncino	Largo Capretti 2		x	0		Si
Totali				5.462.481,48 €	5.462.962,96 €	



6.1.2. DALLA SWOT ANALYSIS ALLA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DELLA CDC DI CREMA

Il Gruppo è partito con l'analizzare, seguendo il metodo della SWOT Analysis rispetto ai principali fattori interni ed esterni al progetto, le opportunità/punti di forza e le criticità più rilevanti.

	Punti di forza	Punti di debolezza	
Fattori interni	<ul style="list-style-type: none"> • Buon mix di professionalità ed esperienze tra i componenti il gruppo di Progetto e tra le Istituzioni che alcuni di essi rappresentano (ATS, ASST, CSC); questo a buona premessa per l'attuazione delle idee progettuali • Organizzazione attuale dei Servizi Territoriali ricca di professionalità con esperienza ospedaliera (ex AO) e dei servizi territoriali (ex ASL), ancorché spesso contrapposte e non ancora sufficientemente integrate tra loro • Garanzia della continuità delle cure e buon livello di assistenza agli utenti mediante continuità organizzativa e relazionale • Buon livello di attenzione e monitoraggio sull'attività operativa giornaliera • Vicinanza, sia pure relativa, tra futura CdC ed Ospedale • Compresenza nella stessa struttura, con adeguata distinzione fisica dei rispettivi spazi ed ambiti, della sede del Distretto e della C.O.T., nonché della sede del futuro Dipartimento che si dovrà occupare dei percorsi di prevenzione, riabilitazione e continuità assistenziale 	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa abitudine al "gioco di squadra" comune ai diversi livelli aziendali • Eccessiva frammentazione e parcellizzazione di funzioni e compiti, a volte poco chiari e/o scarsamente formalizzati • Assenza attorno alla CdC di un adeguato sistema di parcheggi, che rende difficoltosa l'accessibilità alla struttura • Carezza nella comunicazione di una <i>vision</i> e di un coordinamento a monte: l'eccessiva frammentazione ha portato ad un insieme di programmi indipendenti e non interdipendenti • Incompleta realizzazione della continuità ospedale-territorio, in una logica di Transitional Care • Mancata definizione/formalizzazione del ruolo e delle attività dei <i>Process Owner</i>, che avrebbero potuto promuovere l'integrazione dei vari sistemi di welfare e dei modelli professionali, attraverso il coordinamento di Gruppi di lavoro multi-professionali • Autoreferenzialità dell'attuale organizzazione e scarsa promozione di attività di audit interni 	Fattori interni

- L'ubicazione di Distretto, C.O.T. e CdC nella stessa struttura fornisce un'opportunità imperdibile di integrazione e di ripensamento complessivo dei percorsi di cura all'interno dell'Azienda, e nella rete sociosanitaria cittadina e territoriale
- Le Strutture Aziendali di welfare si sono impegnate nello sviluppo di *Progetti innovativi* finalizzati a ricomporre le poche risorse disponibili
- Parallelamente alla continuità della rete tradizionale, nel welfare regionale sono in atto una serie di percorsi innovativi (sperimentazioni e misure), non ancora evoluti in forme stabilizzate e strutturate di offerta istituzionale
- Forte investimento del territorio in tema di welfare comunitario e generativo insieme a consolidate relazioni con il Terzo Settore che hanno favorito processi innovativi di co-programmazione delle politiche sociali e co-progettazione di servizi
- Vi è la possibilità concreta di identificare e realizzare una CdC con una chiara connotazione sociale e sociosanitaria, lontana dall'idea di Poliambulatorio, in grado di rappresentare concretamente il luogo d'incontro tra MMG e specialisti ospedalieri, e di essere luogo di promozione e sviluppo di Servizi Sociali, di Reti e di percorsi di cura e di orientamento
- Con il contributo del Terzo Settore nelle sue varie forme, ed attraverso la co-progettazione di percorsi di accoglienza, presa in carico, dimissioni protette e reti di cure domiciliari, la CdC può aspirare a divenire effettivo punto di riferimento e luogo di regia in ambito sociosanitario territoriale

Opportunità

- La molteplicità dei riferimenti normativi necessita di una maggior sistematizzazione ed organicità
- Livello di attese molto elevato legato alla CdC, con rischio tangibile di poterne soddisfare, almeno inizialmente, solo una parte
- Posizionamento non ottimale (dal punto di vista dell'accessibilità) che non facilita l'identificazione della struttura come una "casa" che rappresenti un luogo di incontro e socializzazione
- Carezza di integrazione tra le prestazioni e le risorse del sistema (asimmetria tra domanda ed offerta): prevale ancora il modello di erogazione e finanziamento su base storica e non sui reali bisogni degli utenti e su criteri oggettivi di riparto dei fondi sociosanitari
- Difficoltà, da subito e soprattutto in prospettiva, di investire adeguatamente in risorse professionali adeguate, in numero e qualità, per carezza oggettiva di alcune figure chiave (es. infermieri di comunità) o a causa di finanziamento sottostimato
- Difficoltà attuale (anche da un punto di vista istituzionale) a coinvolgere da parte dell'ASST i MMG/PLS in prospettive e progetti che spingano all'integrazione con gli Specialisti Ospedalieri, e quindi anche a condividere l'opportunità di operare in Strutture come la CdC

Minacce



La Swot evidenzia alcuni aspetti che rappresentano utili tracce per le scelte da operare in funzione dello sviluppo dell'impianto complessivo che si intende assicurare alla Casa della Comunità, in un arco di tempo coincidente con quello dettato dalla normativa e secondo una logica implementativa sia di servizi che di raccordi e meccanismi operativi.

Rispetto ai fattori interni, organizzativi del progetto, il principale elemento di forza risulta rappresentato dalla contiguità e continuità della CdC tra le sue aree e servizi e quelli afferenti alla Sede del Distretto, alla Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.), nonché alla Direzione del Dipartimento della Prevenzione, Assistenza Primaria e Riabilitazione. Ciò dovrebbe favorire l'integrazione a più livelli, organizzativo e professionale in primis, tra gli operatori in futuro presenti in struttura, non solo in ambito sanitario e sociosanitario, ma anche sociale. La relativa vicinanza dell'ospedale per acuti (poco più di 1 km) dovrebbe anch'essa favorire l'integrazione tra i MMG previsti in CdC e gli Specialisti ospedalieri.

Oltre a questi fattori pare comunque non trascurabile sottolineare che gli attuali servizi territoriali, dal Centro Servizi all'ADI, dalle Cure Palliative al Consultorio fino a quelli afferenti al Dipartimento di Salute mentale, pur nell'odierna estrema frammentazione, hanno comunque garantito più che adeguati livelli di servizio, sia dal punto di vista dei volumi prestazionali che della loro qualità e gradimento da parte degli utenti.

Rimanendo ai fattori interni e osservando invece i punti di criticità, appare evidente la difficoltà non sormontabile legata all'assenza di parcheggi dedicati nella sede prevista per la CdC. Inoltre va affrontata l'inevitabile attuale carenza organizzativa dei Servizi territoriali dell'ASST di Crema, causata dal loro insufficiente sviluppo e dalla frammentazione e dispersione che ad oggi li caratterizzano, e alla necessità quindi di consolidarli accentuando fortemente l'integrazione interdisciplinare e la relazione tra gli operatori e le loro diverse professionalità.

Accanto a tali elementi, si rileva una ancor debole integrazione tra i servizi ospedalieri dell'ex Azienda Ospedaliera e quelli territoriali derivanti dal Distretto della ex ASL di Cremona. Ciò è dovuto in parte alla vocazione dell'organizzazione aziendale che ha prioritariamente investito sul Polo Ospedaliero. A ciò si lega anche la difficoltà ad operare in un'ottica di vera continuità assistenziale ospedale-territorio. Ulteriore elemento di criticità è il permanere tra i diversi livelli aziendali di forme di autoreferenzialità che non facilitano il confronto e lo sviluppo di processi realmente integrati.

Tra le componenti esterne di contesto, preme richiamare come elemento di forza distintivo del territorio cremasco, il forte investimento degli Enti Locali in tema di welfare comunitario e generativo che, insieme a consolidate relazioni con il Terzo Settore, ha favorito processi innovativi di co-programmazione delle politiche sociali e co-progettazione di servizi. Si ritiene,



al proposito, che possa essere una leva importante per una caratterizzazione della CdC ad alta valenza sociosanitaria e sociale, in grado di rappresentare il punto di riferimento e di regia per l'intero ambito distrettuale. Questo è il vero punto di partenza e la prospettiva al momento più interessante e su cui cominciare a costruire, per fare in modo che la nuova organizzazione, prima ancora che la nuova Struttura, possa nascere pienamente "radicata" nel suo territorio di riferimento. In questo sviluppo la CdC deve rappresentare un'opportunità imperdibile.

Vi è inoltre la possibilità di far leva su una serie di progetti e di percorsi costruiti "in rete" in questi anni, sfruttando progetti e programmi innovativi in parte finanziati dalla Regione, in modo da rendere tali percorsi "strutturali" e non estemporanei e consolidando i rapporti instauratisi tra le Istituzioni e gli Enti, anche del Terzo Settore.

Partendo da questi elementi potenziali, in coerenza con le fasi progressivamente previste per il progetto di ristrutturazione/riqualificazione edilizia, si può attivare una CdC con una chiara connotazione sociosanitaria e sociale, lontana dall'idea prevalente di poliambulatorio, che rappresenti concretamente il luogo d'incontro tra le varie professionalità del mondo sociosanitario e soprattutto il luogo di promozione e sviluppo di Servizi Sociali e di Reti - già in parte esistenti - di individuazione di particolari percorsi di cura e di presa in carico, nonché di accoglienza, orientamento ed accompagnamento.

In definitiva, si tratta di collocare, a livello di nuovo Distretto, di Centrale Operativa Territoriale e di Casa della Comunità, distinte tra loro ma contigue ed interrelate, il vero luogo di regia per la continuità assistenziale e per gli interventi territoriali, già preconizzati da Regione Lombardia con la DGR 2019 del luglio 2019, poi di fatto bloccati nello sviluppo dall'insorgenza dell'emergenza pandemica.

Da ultimo, passando a considerare gli elementi critici legati al contesto di riferimento esterno, oltre alla necessità di una sistematizzazione e maggiore organicità dei riferimenti normativi, occorre considerare alcuni evidenti elementi di incertezza legati all'investimento futuro in risorse adeguate rispetto alle forti aspettative del territorio, riferite non solo alla creazione della CdC e dei servizi territoriali ad essa connessi, ma all'intera realizzazione di un nuovo approccio alla medicina e all'assistenza territoriali.

Oltre all'oggettiva collocazione della Struttura, che non potrà certamente favorire il suo "porsi" come luogo fisico di socializzazione per la "comunità", emerge la difficoltà altrettanto evidente, da subito ma soprattutto in prospettiva, di potere investire in risorse professionali adeguate, in numero e "qualità" per la carenza oggettiva di alcune figure professionali (in primis infermieri di famiglia e di comunità) o a causa di un finanziamento ad evidenza sottostimato.



6.1.3. PROPOSTA “MODULARE” DI CASA DELLA COMUNITÀ DI CREMA

L'intervento è rivolto alla ristrutturazione parziale dell'edificio sito in Via Gramsci al civico n.13 nel Comune di Crema attualmente destinato a sede amministrativa e ai servizi socio-sanitari, riconvertendolo in Casa della Comunità.

La pianificazione della riconversione/ristrutturazione nasce con lo scopo di armonizzare quanto più possibile la convivenza delle nuove attività all'interno dell'architettura esistente, massimizzare la fruibilità dei nuovi spazi ed il loro grado prestazionale, senza stravolgere l'accessibilità dell'area dall'esterno e il suo inserimento nel contesto urbano.

Dal punto di vista edilizio l'intervento si configura come "intervento di ristrutturazione" mirata ad alcuni reparti dell'edificio e di “riqualificazione”, ovvero intervento rivolto al ripristino o alla sostituzione di alcuni elementi costitutivi dell'edificio, l'eliminazione, la modifica e l'inserimento di nuovi elementi ed impianti, per la realizzazione complessiva dei servizi.

L'edificio in oggetto, la cui realizzazione risale agli anni 70, confina a nord con la stessa Via Antonio Gramsci, ove presente l'accesso principale, a ovest con altre proprietà, a sud con Viale Fondulo, ed est con Via Mercato. L'edificio si trova nelle immediate vicinanze del Centro Storico del Comune quindi in diretta connessione con il tessuto consolidato urbano cittadino, servito dai mezzi pubblici urbani. Risulta comunque facilmente raggiungibile anche con i mezzi privati, in quanto esterno appunto al nucleo storico cittadino.

L'edificio in oggetto:

- è servito dal sistema dei parcheggi pubblici comunali, in particolare è presente nelle immediate vicinanze un parcheggio coperto a pagamento (tranne nei giorni di mercato) oltre ad altre aree parcheggio più piccole gratuite e di parcheggi in linea lungo le vie pubbliche limitrofe;
- è costituito da quattro piani (dei quali solamente tre oggetto di intervento), sostanzialmente diversificati in pianta

L'intervento di ristrutturazione interesserà: il piano rialzato; il piano primo; il piano secondo. Non viene interessato dai lavori di realizzazione della Casa di Comunità il piano seminterrato, ad eccezione dell'area disimpegno prima della nuova scala esterna, che mantiene la sua destinazione ad uso uffici, attualmente ospitando i servizi di Medicina legale, Protezione Giuridica ed alcuni locali adibiti ad uso archivio dell'Azienda.

Complessivamente l'edificio occupa una superficie lorda pari a circa 3.250 mq mentre l'intervento in oggetto interessa una superficie netta pari a circa 1.290 mq.

Con l'attuazione del progetto di fattibilità tecnico economica si prevedono gli interventi necessari ad allocare ai piani dell'edificio di Via Gramsci le attività che renderanno la struttura visibile e facilmente accessibile per la comunità di riferimento, il tutto in osservanza alle linee guida Agenas sviluppate durante il Tavolo Tecnico Agenas Regioni sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" che hanno definito i servizi standard da prevedere in Case di Comunità Hub e Case di Comunità Spoke, meglio specificati in tabella di seguito riportata:

Servizi	Modello Organizzativo	
	CdC hub	CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Programmi di screening	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la CdC hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi Sociali	RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la NPJA	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	OBBLIGATORIO	
Vaccinazioni	OBBLIGATORIO	

Quanto innanzi rappresentato, facendo seguito alle linee guida sopra indicate, considerata la necessità di allocare le aree funzionali organizzative di riferimento per la realizzazione di una Casa di Comunità Hub negli spazi della sede di Via Gramsci saranno ospitate, con le superfici indicate, le attività previste, schematizzate nella tabella seguente:

CASA DI COMUNITA' VIA GCASA DI COMUNITA' VIA GRAMSCI		
LIVELLO	DESTINAZIONE	LOCALI
PIANO RIALZATO	PUNTO UNICO DI ACCESSO	1 FRONT OFFICE + 1 BACK OFFICE + 1 SALA ATTESA
	SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE	1 UFFICIO/SALA COLLOQUI
	CASE MANAGMENT IFEC	LOCALI ADIBITI AD OSPITARE 9 INFERMIERI
	SERVIZI DISABILI	1 UFFICIO + 1 SALA COLLOQUI + 1 SALA ATTESA
	SERVIZIO PROTESICA	2 UFFICI
	SERVIZIO PREVENZIONE	1 UFFICIO
SUPERFICIE UTILE 390 mq		

LIVELLO	DESTINAZIONE	LOCALI
PRIMO PIANO	SERVIZIO DI CURE PRIMARIE/ SPECIALISTICA AMBULATORIALE/ CONTINUITA' ASSISTENZIALE	8 AMBULATORI + 1 STANZA MEDICI + 1 UFFICIO C.A.
	MEDICINA DELLO SPORT	1 AMBULATORIO ATTREZZATO
	SCELTA E REVOCA	1 FRONT OFFICE + 1 BACK OFFICE
	PROGRAMMI DI SCREENING	1 LOCALE
SUPERFICIE UTILE 480 mq		

LIVELLO	DESTINAZIONE	LOCALI
PIANO SECONDO	SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE	3 UFFICI + 1 SALA COLLOQUI
	CURE PALLIATIVE	2 UFFICI
	SERVIZIO PSICOLOGIA TERRITORIALE	2 UFFICI + 1 SALA COLLOQUI
	CONSULTORIO FAMILIARE	1 LOCALE
	SERVIZIO CONTINUITA' ASSISTENZIALE	1 LOCALE
SUPERFICIE UTILE 420 mq		

Tabella n. 03 – Distribuzione superfici intervento

La modularità degli interventi prevede che in una prima fase (fine anno 2022), nella parte di edificio non oggetto di intervento di ristrutturazione per la CdC vengano, una volta liberati, trasferiti i servizi territoriali esistenti ed avviata una fase di attivazione delle interrelazioni con i servizi a carattere “sociale” in accordo con il Comune e l’Ufficio di Piano.

A ristrutturazione avvenuta (entro il 2024) si potrà invece pensare di attivare le parti di natura più squisitamente “sanitaria” con l’avvio degli ambulatori per gli MMG/PLS e con la redistribuzione di tutte le attività esistenti nei piani oggetto della ristrutturazione vera e propria.

Di seguito le planimetrie del progetto di fattibilità coerenti con l’ipotesi sopra delineata.



6.2. UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA TRA SERVIZI

6.2.1. MMG/PLS/MCA: QUADRO ATTUALE E IPOTESI DI NUOVO MODELLO DI COLLABORAZIONE

La debolezza della rete territoriale è stata identificata quale elemento che necessita di un'azione di revisione complessiva volta a definire un'architettura integrata che vede il Medico di Assistenza Primaria (MAP) perno di un sistema articolato in grado di capire e contestualizzare il fabbisogno del cittadino favorendo e concretizzando una presa in carico che non sia solo sanitaria ma anche sociale.

Tale percorso di revisione e ridefinizione del ruolo dell'assistenza primaria è stato avviato in modo reattivo ed impulsivo nel contesto pandemico, ma deve essere ora affrontato in modo organico ed integrato (favorito dal rilancio del PNRR).

Il presente capitolo si basa su tre pilastri:

- analisi delle criticità della rete;
- analisi della riorganizzazione già avviata durante la pandemia;
- ipotesi di revisione organizzativa dell'assistenza primaria nel contesto di sviluppo del PNRR.

ANALISI DELLE CRITICITÀ DELLA RETE

Già durante la predisposizione del "PIANO OPERATIVO DI POTENZIAMENTO DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE DELL'ATS DELLA VAL PADANA"², l'ATS della Val Padana aveva esplicitato come "Nell'ambito dell'assistenza territoriale le modalità di operare della Medicina e Pediatria di Famiglia, da anni evidenziano difficoltà sia da parte del Medico in forma singola che nelle forme di associazionismo tradizionale, nel far fronte alle crescenti esigenze degli assistiti (semplificazione dell'accesso allo studio, maggiori richieste di prestazioni,

² In ottemperanza alla DGR n. XI/3525 del 05/08/2020 ed in riferimento alla nota prot.n. G1.2020.0031184 del 14/09/2020, l'ATS della Val Padana ha predisposto il "Piano operativo di potenziamento della rete di assistenza territoriale dell'ATS della Val Padana" e il documento "Progettualità per il potenziamento dell'offerta di strutture per l'isolamento e della rete di assistenza territoriale nell'ATS della Val Padana".



contattabilità, ecc.) e nella gestione più adeguata del governo della domanda (ricorso appropriato ai vari ambiti di cura, intensificazione del filtro al “secondo livello”, gestione della cronicità, medicina dell’iniziativa per l’individuazione precoce dei bisogni, ecc.). In tale contesto è ormai evidente che la Medicina Territoriale, per superare la crisi e anticipare condizioni di maggiore difficoltà, come ad esempio l’attuale pandemia, deve essere oggetto senza indugio di nuove formule organizzative.”

La pandemia ha reso evidente come l’organizzazione attuale della Medicina Territoriale non sia funzionale ai bisogni; in tale contesto è ormai evidente che la Medicina Territoriale, per superare la crisi e anticipare condizioni di maggiore difficoltà deve essere oggetto senza indugio di nuove formule organizzative la cui riprogettazione del resto era già stata prevista dalla Legge “Balduzzi” e dagli ACN 2009-2010, che disponevano l’implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e le Unità Complesse delle Cure Primarie.

Tale criticità è stata inoltre acuita dalla sostanziale carenza di medici in un panorama organizzativo disomogeneo per area distrettuale creando di fatto maggiori criticità nelle piccole comunità rurali; l’impossibilità inoltre di copertura degli ambiti lasciati dai titolari, con la necessaria attribuzione di incarichi provvisori, aggrava ancor di più il problema di una rete organizzativa assistenziale stabile. Ne deriva che la tenuta del sistema non è basata su un’organizzazione strutturata e su standard uniformi, ma è demandata alla capacità individuale di proattività del singolo medico.

In tale contesto si rileva inoltre un ritardo medio culturale dei cittadini nell’utilizzare il Fascicolo Sanitario Elettronico nonché una scarsa propensione ad adottare e richiedere ai medici soluzioni organizzative di gestione differita, continuando a prediligere l’accesso diretto allo studio.

RIORGANIZZAZIONE AVVIATA DURANTE LA PANDEMIA

Durante i primi mesi di gestione del contesto pandemico, sono state poste in essere azioni a livello locale – descritte nel documento “PIANO OPERATIVO DI POTENZIAMENTO DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE DELL’ATS DELLA VAL PADANA” e di seguito riprese - che costituiscono la base di partenza e le premesse per lo sviluppo di una riorganizzazione più strutturata finalizzata a potenziare l’assistenza offerta dalla Medicina Territoriale:

- ❖ Formazione congiunta tra MMG/PLS/MCA/USCA/Specialisti Ospedalieri;



- ❖ Realizzazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, esito di gruppi di lavoro multidisciplinari con specialisti delle ASST, MMG e PLS. Questo approccio metodologico consente di ridisegnare i processi di gestione in una logica di miglioramento della performance assistenziale incrementale e continua.
- ❖ Consolidamento della contattabilità a distanza dei MMG per tutta la giornata. Dalla fine del 2020 sono state definite, nel territorio di ATS Val Padana, modalità omogenee con le quali assicurare gli standard di contattabilità previsti dalla D.G.R. Lombarda n. 2986/2020 e dal comma 1 dell'art 38 del DL 23/2020 così come convertito dalla Legge 5 giugno 2020, n. 40;
- ❖ Potenziamento della dotazione di personale di studio a favore dei Medici di Famiglia, nella consapevolezza che la riorganizzazione della Medicina e Pediatria di Famiglia, al pari di altri ambiti di assistenza, non possa prescindere dall'operare con altre figure professionali di supporto nella conduzione dello studio e dell'assistenza.
- ❖ Implementazione dei Centri di Riferimento Territoriali e identificazione del relativo Coordinatore. Si tratta di centri anticipatori del concreto avvio delle AFT. Tali centri, per il tramite dei relativi Coordinatori, concorrono nel potenziare la rete territoriale ad esempio condividendo le informazioni e gli strumenti fra MMG appartenenti a territori omogenei, dando attuazione nella realtà locale delle disposizioni nazionali, regionali e locali, e assicurando relazioni tra le Cure Primarie e la medicina specialistica;
- ❖ Integrazione tra Servizio di Continuità Assistenziale (CA) e i MMG e Pediatri nell'attività di sorveglianza sanitaria (monitoraggio telefonico) nelle giornate festive e prefestive durante le quali MMG e PLS non operano;
- ❖ Azioni di dematerializzazione nel ricorso a prestazioni e ad altri adempimenti
Le azioni poste in essere possono essere raggruppate in due filoni: a) incentivare l'utilizzo di soluzioni informatiche per il cittadino (es. addestramento della popolazione all'utilizzo della app SALUTILE e degli applicativi di autovalutazione a domicilio; sensibilizzazione dei MMG/PLS all'adesione alla piattaforma di telemonitoraggio); b) favorire un maggiore ricorso alla dematerializzazione e differibilità dell'accesso allo studio del MMG/PLS (es. acquisizione/attivazione di modalità differite di ricezione delle richieste di assistenza e ripetizione prescrizioni da parte degli utenti; diffusione anche tramite il sito dell'ATS della carta dei servizi di gruppi e associazioni con maggiore rilievo alle modalità di contattabilità e accesso allo studio);
- ❖ Telemedicina/telemonitoraggio: durante la Pandemia l'ATS della Val Padana ha distribuito ai MMG un significativo numero di saturimetri, anche da lasciare al



domicilio del paziente, per un automonitoraggio nell'ambito della sorveglianza attiva e passiva fornita dal medico.

- ❖ Attivazione delle USCA: l'ATS della Val Padana dalla fine del mese di marzo ha attivato su tutto il territorio le USCA dalle 09.00 alle 19.00 dei giorni feriali non festivi e prefestivi su tutto il territorio di ATS, con le funzioni di volta in volta previste dalla normative Nazionale e regionale. Alle USCA sono state successivamente affiancate anche le assistenti sociali, al fine di poter garantire, ove necessario in presenza di necessità sociali o socioassistenziali, la valutazione multidimensionale.

IPOTESI DI REVISIONE ORGANIZZATIVA DELL'ASSISTENZA PRIMARIA NEL CONTESTO DI SVILUPPO DEL PNRR

Come già anticipato nei paragrafi precedenti, la pandemia da SARS-CoV-2 ha reso più evidente la necessità di una rimodulazione strutturale ed organizzativa della rete dei servizi di Assistenza Primaria, in relazione all'evoluzione demografica, epidemiologica e sociale, al fine di garantire efficienza, efficacia ed allineamento ai bisogni del singolo, della famiglia e della comunità.

Le organizzazioni attuali non sono adeguate ai nuovi bisogni e si ravvisa la necessità di un'evoluzione rispetto alle esperienze già realizzate, nel variegato panorama regionale italiano, partendo ovviamente dalla valorizzazione delle stesse.

La realizzazione delle Case della Comunità (CdC) dovrà pertanto basarsi sulla presenza dei Medici e dei pediatri di famiglia.

Le sedi della CdC devono essere concepite come strutture "polivalenti" in grado di erogare, in uno stesso spazio fisico, diverse tipologie di prestazioni, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, un'assistenza di maggiore qualità e complessità.

Il core del modello di CdC, in generale, si basa sulla presa in carico proattiva della popolazione di riferimento, soprattutto con cronicità, dall'equipe multiprofessionale costituita oltre che da medici e specialisti anche da infermieri di comunità, logopedisti, fisioterapisti, dietisti, tecnici della riabilitazione e assistenti sociali. L'equipe multiprofessionale punta sulla valorizzazione delle competenze professionali di natura sanitaria e sociale attraverso l'assegnazione di obiettivi condivisi che possano coinvolgere tutte le figure professionali coinvolte.

In questo contesto, nella Casa della Comunità di Crema è necessario definire un'organizzazione dinamica in grado da un lato di adeguarsi in modo progressivo e modulare



al cronoprogramma dei lavori necessari per adeguare l'edificio che diventerà la sede della CdC, dall'altro di fornire – fin da subito – risposte concrete e concludenti ai cittadini.

Per sviluppare un modello concreto, fattibile ed allineato al futuro contesto regionale, il gruppo di lavoro ha ritenuto utile ed opportuno confrontarsi con il Direttore del Dipartimento di Cure Primarie dell'ATS della Val Padana, nonché membro del Tavolo Regionale di confronto "Case di Comunità".

Partendo dal presupposto che la struttura identificata a Crema quale sede della CdC hub sarà disponibile nella sua globalità verso la fine del 2024, la proposta organizzativa si sviluppa su un disegno a due velocità:

- In avvio: costituzione di un punto servizi di MMG/PLS (quale evoluzione del centro servizi);
- A regime: presenza dei Medici e Pediatri di Famiglia nella CdC Hub, siano essi presenti nella stessa per l'attività ambulatoriale o siano ad essa funzionalmente collegati.

AVVIO DEL PERCORSO

Nella rete delle Cure Primarie del distretto di Crema sono attivi, al 1/1/2022:

Distretto	tot. MMG	di cui titolari	di cui inc. provv.	tot. PLS	di cui titolari	di cui inc. provv.	tot MCA	di cui titolari	di cui inc. provv.	N. presidi di CA
CREMA	87	71	16	18	18	0	24	1	23	2

I Medici di Continuità Assistenziale afferenti al distretto di Crema sono così articolati:

Presidio di Continuità Assistenziale	totale medici in organico	di cui titolari	N. MCA in Turno Notturno	N. MCA in Turno Prefestivo	N. MCA in Turno Festivo
Castelleone	6	0	1	1	1
Crema	18	1	3	3	3
Totale	24	1	4	4	4

A decorrere da dicembre 2021 l'organico USCA nel Distretto di Crema è così composto:

USCA	sede	proprietà	totale medici in organico	n. medici in Turno Prefestivo
Crema	via Da Monte n.2	CROCE VERDE	7	2



Il modello, nella sua versione iniziale, si basa sulla presa in carico tempestiva proattiva della popolazione di riferimento mediante una serie di attività che devono essere garantite e finalizzate a rassicurare il cittadino (pur in assenza di una struttura fisica di riferimento).

Tali attività, garantite in primis dal personale dell'ASST supportato dal personale di studio di MMG/PLS, devono assicurare i seguenti standard:

- comunicare le modalità di contattabilità e gli orari di apertura studio del proprio medico (dislocato sul territorio di riferimento) all'assistito che telefoni;
- indirizzare l'assistito il cui medico non sia presente in ambulatorio, per bisogni indifferibili, mediante geolocalizzazione, ai medici della stessa forma associativa o della rete territoriale che abbiano l'apertura studio in quel momento; in alternativa mettere in comunicazione il cittadino con il curante per un approfondimento del bisogno espresso e la relativa soluzione;
- mettere a disposizione un sito Web della CdC con una specifica area dedicata all'assistenza primaria in grado di consentire l'interazione con gli assistiti;
- promuovere attivamente iniziative di prevenzione: promozione salute, stili di vita, counseling motivazionale breve, educazione terapeutica, partecipazione a gruppi di cammino, prevenzione dipendenze e malattie, ecc. prevedendo la chiamata attiva degli assistiti e l'erogazione delle azioni/prestazioni necessarie;
- collaborare con i servizi preposti all'Assistenza Domiciliare nella valutazione multidimensionale (VMD) degli assistiti candidati alle cure domiciliari nella fase di presa in carico con il raccordo tra MAP, enti erogatori dell'ADI e Servizi Socio-Sanitari e Sociali.

A REGIME: CASA DELLA COMUNITA' QUALE RIFERIMENTO DEI MAP

A regime l'obiettivo dichiarato è di realizzare una CdC intesa come una struttura fisica nella quale opera un team multidisciplinare di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) in integrazione con altre figure professionali sanitarie e sociali.

La CdC sarà pertanto il riferimento dei medici e pediatri di famiglia, riuniti in una o più AFT.

La CdC di Crema costituirà un riferimento comune integrato per le AFT/CRT della Medicina Generale e della Pediatria di Famiglia.

In tale contesto, l'ATS della Val Padana ritiene si possano parametrare di massima le dimensioni/numerosità delle AFT/CRT richiamandosi allo standard della CdC (una hub ogni 50.000 abitanti).



Tale proposta per il distretto di Crema non comporterebbe variazioni in quanto già allineato.

Rete delle AFT/CRT proposta

Denominazione CRT/AFT	n. MMG	Sede CdC di riferimento	n. CRT
CREMA CENTRO	31	CdC Via Gramsci - Crema	3
CREMA EST	25		
CREMA OVEST	31	CdC Rivolta d'Adda	
TOTALE MMG	87		

Denominazione CRT/AFT	n. PLS	Sede CdC di riferimento	n. AFT
CREMA PLS	18	CdC Via Gramsci - Crema	1

Di seguito una possibile allocazione delle AFT/CRT nella Casa della Comunità di Crema a regime nel 2024:

- n. Medici di Medicina Generale operanti presso la sede: almeno 10;
- n. Medici di Medicina Generale funzionalmente collegati 46;
- n. CRT/AFT collegati: 2 (denominati "Crema centro" e "Crema est").
- n. Pediatri di Famiglia operanti presso la sede: almeno 5;
- n. Pediatri di Famiglia funzionalmente collegati: 13;
- È prevista in fase iniziale, da parte dei Pediatri del Distretto di Crema, nelle giornate di sabato e nei giorni prefestivi, una turnazione dei medesimi in tale CdC per assicurare l'attività ambulatoriale.

La CdC Hub di Crema sarà la sede di riferimento per le altre cdc spoke e per tutti i medici che non avranno lo studio primario nella sede della CdC ma che decideranno di continuare ad assicurare l'assistenza nei singoli ambulatori territoriali garantendo tuttavia il collegamento funzionale in rete.

Come emerso nel confronto con il Direttore del Dipartimento di Cure Primarie di fatto i medici afferenti alla cdc potranno essere distinti in:

- **Medici con studio primario nella sede della CdC.**

L'ASST provvederà ad effettuare una manifestazione di interesse per la selezione dei MMG/PLS interessati a trasferire il proprio studio all'interno degli spazi resi disponibili; nella manifestazione di interesse devono essere esplicitate tutte le variabili utili per agevolare la partecipazione dei medici (esplicitazione dei costi di gestione a carico dai MMG/PLS in relazione agli spazi occupati; benefit/incentivi; condizioni di recesso qualora ci siano ravvedimenti da parte del MMG ... ecc), tutte le condizioni necessarie



per garantire un'adeguata offerta presso la cdc stessa (es. la disponibilità del MMG/PLS a garantire specifiche fasce di assistenza o attività funzionali all'organizzazione e alla mission della CdC oppure la partecipazione dei MMG/PLS a forma associative) nonché i criteri di scelta dei MMG allocati nella CdC nel caso le richieste eccedano le disponibilità.

E' auspicato inoltre che la CdC si doti di spazi architettonicamente flessibili e multifunzionali nei quali sviluppare non solo attività di cura, ma anche di formazione e di informazione, rappresentando un punto di riferimento concreto e riconoscibile dalla comunità, anche per l'aspetto logistico-organizzativo.

Nella CdC di Crema, oltre alla presa in carico già garantita dalla fase di avvio, verranno garantite a regime le seguenti attività:

- ❖ contattabilità a favore degli assistiti per l'intero arco della giornata (ore 8 - 20): viene garantita a partire dalla integrazione "in staff", anche attraverso spazi messi a disposizione nella CdC, dei collaboratori dei singoli MMG/PLS (collaboratori di studio, personale infermieristico dei MAP).

Lo staff recepisce le richieste degli assistiti provvedendo direttamente ad un riscontro oppure, in relazione alla tipologia delle stesse, provvedono ad indirizzare il richiedente ad altri operatori (medico, collaboratore di studio, infermiere, assistente sociale ... ecc). Il soddisfacimento della richiesta deve essere proporzionale al grado di differibilità della problematica presentata. La gestione delle richieste sarà regolamentata da specifici protocolli operativi coerenti con le attività della CdC e condivisi tra i MMG/PLS.

Il personale preposto:

- comunica le modalità di contattabilità e gli orari di apertura studio del proprio medico (che sia in sede o dislocato sul territorio di riferimento) all'assistito che telefoni o che si presenti presso la sede;
- indirizza l'assistito il cui medico non sia presente in ambulatorio, per bisogni indifferibili, a seguito di specifici accordi e in relazione alla geo-localizzazione, ai medici della stessa forma associativa o della rete territoriale che abbiano l'apertura studio in quel momento; in alternativa mette in comunicazione il cittadino con il curante per un approfondimento del bisogno espresso e la relativa soluzione;
- organizza la valutazione dell'assistito presso la sede della CdC da parte di un medico ivi operante, qualora le opzioni sopra riportate eccezionalmente non siano percorribili;





- prende in carico i casi differiti dai Servizi di Emergenza Urgenza (116117 / 112-118) durante le ore diurne di operatività dei MMG, nel rispetto dell'appropriatezza;
- ❖ Ampia accessibilità ai servizi di Assistenza: è necessario coordinare l'orario di apertura degli studi dei MMG/PLS presso la sede della CdC Hub, con l'obiettivo di garantire uno standard di accesso dalle 8.00 alle 20.00 dei giorni feriali. Può favorire il raggiungimento dello standard indicato anche l'introduzione del "ruolo unico" dei Medici di Cure Primarie (Medici di Medicina Generale e Medici di Continuità Assistenziale).
L'accessibilità h 24, 7 giorni su 7, è assicurata attraverso la continuità assistenziale garantita dal numero 116117. L'attività del sabato può essere assicurata con il coinvolgimento nella turnazione anche di MMG collegati funzionalmente ed appartenenti alla stessa AFT.
- ❖ integrazione con altri servizi presenti nella CdC: devono essere stipulati specifici protocolli per l'integrazione dell'attività dei MMG/PLS con quelle degli altri soggetti operanti nella CdC (specialisti, servizi sociali, associazionismo, ...) nella logica della piena presa in carico globale dell'assistito e della piena risposta ai suoi bisogni.
- ❖ collaborazione con i servizi preposti all'Assistenza Domiciliare nella valutazione multidimensionale (VMD) degli assistiti candidati alle cure domiciliari nella fase di presa in carico con il raccordo tra MAP, enti erogatori dell'ADI e Servizi Socio-Sanitari e Sociali;
- ❖ erogazione, presso la CdC, a cura dei MAP e/o loro collaboratori, di specifiche attività in favore degli assistiti in carico ai medici dell'AFT: arruolamento dell'assistito nel modello di assistenza di presa in carico del paziente cronico e/o fragile, forme di monitoraggio di questi ultimi, prestazioni aggiuntive di cui agli ACN, ed altre forme di "medicina di iniziativa";
- ❖ supporto per l'erogazione di prestazioni di telemonitoraggio, telemedicina, teleconsulto;
- ❖ Presenza di personale infermieristico per tutto l'arco della giornata che assicuri un ambulatorio per prestazioni infermieristiche, prevedendosi anche la gestione di "urgenze" a bassa complessità, che non richiedano l'accesso al Pronto Soccorso Ospedaliero;
- ❖ supporto per la prenotazione delle prestazioni sanitarie presso le strutture specialistiche e di ricovero a cura del personale della CdC o del collaboratore di



studio e/o infermieristico dei MAP, e azione di collegamento con le strutture sociosanitarie allo scopo di semplificare i percorsi assistenziali degli utenti.

- **I Medici collegati funzionalmente alle cdc**

Deve essere realizzato un collegamento funzionale tra gli studi e la CdC, attraverso un idoneo sistema a rete, che consenta la gestione informatizzata dei dati clinici dei pazienti al fine di garantire la capillarità e prossimità dell'assistenza.

I medici così collegati funzionalmente concorrono, nei loro studi, o tramite turnazione presso la sede unica di riferimento della propria associazione, ad assicurare l'accessibilità complessiva territoriale oltre che dalle ore 8.00 alle 20.00 dei giorni feriali anche nelle giornate di sabato e prefestive, assieme ai medici operanti nella CdC e ai medici del ruolo unico a rapporto orario.

Il collegamento funzionale e in rete dei MMG afferenti alla CdC, ma con studio dislocato perifericamente, necessita tuttavia di una risoluzione delle seguenti criticità:

- ❖ disomogeneità dei software di gestione delle schede sanitarie individuali degli assistiti;
- ❖ necessità di chiarimenti sul rispetto della privacy nell'accesso ai dati sensibili di tutti gli assistiti del territorio di competenza;
- ❖ supporto dei Medici che operano perifericamente (che assicurano la prossimità nei vari comuni e frazioni) verso quelli dislocati fisicamente presso la sede di riferimento.

- **medici del ruolo a contratto unico**

In relazione al Servizio di Continuità Assistenziale, è necessario rimodulare l'attività incrementando le attività ambulatoriali all'interno delle CdC, riducendo, ove possibile, le presenze dei medici nelle ore notturne in relazione alla domanda.

Con riferimento alla Continuità Assistenziale:

- ❖ La dislocazione di una postazione di CA presso ogni CdC, con un organico dedicato di Medici di CA integrato/aggregato ad ogni CRT/AFT/CdC, non deve creare diseconomie di scala. Il contenimento del numero di sedi con la coabitazione nelle stesse di più medici contribuisce infatti:



- ad una maggiore efficienza del servizio nella effettuazione degli interventi (riduzione dell'inattività);
 - alla tutela dell'incolumità personale;
 - al rispetto degli standard di logistica.
- ❖ Il progetto di sviluppo della rete territoriale con l'implementazione delle CdC è l'occasione per provvedere ad una riorganizzazione che si orienti ad omogeneizzare l'offerta del servizio sul territorio;
 - ❖ In fase iniziale è possibile confermare la situazione attuale, in quanto è rispettato l'Accordo Regionale per la Medicina di Famiglia anno 2001 che prevedeva di ridisegnare l'intera rete delle postazioni di Continuità Assistenziale, attive al 1° gennaio 2000, contemplando una sede, indicativamente ogni 40.000/50.000 abitanti.
 - ❖ La CA del territorio di Crema a regime (con Infermiere come da PNRR/ACN e dotazione di mezzi di trasporto) potrebbe essere posta nel 2024 solo nella CdC di Crema, con l'accorpamento degli organici di Crema e Castelleone.

A regime inoltre anche l'Unità di Continuità Assistenziale, attualmente ubicata presso la sede della Croce Verde di Crema, avrà la propria operativa presso la Casa della Comunità hub di Crema alla quale afferirà anche dal punto di vista organizzativo.



6.2.2. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SOCIALE NELL'AMBITO CREMASCO

Accanto alla nuova strutturazione degli assetti socio-sanitari, appare importante approfondire anche gli assetti dei servizi sociali comunali.

Il Servizio Sociale di base nell'ambito territoriale cremasco è garantito in tutti i Comuni con la presenza di un assistente sociale ogni 5000 abitanti.

Data la frammentarietà del territorio e la presenza di ben 48 Enti Locali, negli anni si è strutturata una modalità organizzativa a garanzia della tenuta del sistema attraverso l'aggregazione di porzioni di territori composte dai comuni contigui per una popolazione compresa tra 20 mila e 34 mila unità: sono così nati i sub-ambiti.

I sub-ambiti sono 6, così suddivisi:

- Sub-ambito 1 PANDINO comprende: Pandino, Agnadello, Dovera, Palazzo Pignano, Rivolta d'Adda, Spino d'Adda, Torlino Vimercati;
- Sub-ambito 2 SERGNANO comprende: Sergnano, Camisano, Capralba, Casale Cremasco, Casaletto Vaprio, Castel Gabbiano, Pieranica, Quintano, Trescore Cremasco, Vailate;
- Sub-ambito 3 BAGNOLO CREMASCO comprende: Bagnolo Cremasco, Campagnola Cremasca, Capergnanica, Casaletto Ceredano, Chieve, Cremosano, Monte Cremasco, Pianengo, Ripalta Cremasca, Ripalta Guerina, Vaiano Cremasco;
- Sub-ambito 4 SONCINO comprende: Soncino, Casaletto di Sopra, Cumignano sul Naviglio, Genivolta, Izano, Offanengo, Ricengo, Romanengo, Salvirola, Ticengo, Trigolo;
- Sub-ambito 5 CASTELLEONE comprende: Castelleone, Credera Rubbiano, Fiesco, Gombito, Madignano, Montodine, Moscazzano, Ripalta Arpina.
- Sub-ambito 6 CREMA comprende: Crema, ente capofila dell'Ambito Territoriale Cremasco.

Questa suddivisione non è da intendersi come una aggregazione di funzione, ma come una suddivisione necessaria a mantenere uno stretto raccordo tecnico-politico tra i Comuni limitrofi e con il Comune capofila d'Ambito.

Dal punto di vista tecnico ogni sub-ambito ha costituito delle équipes territoriali composte dalle assistenti sociali che operano in quei comuni. L'équipe è nata come luogo inter-organizzativo, un'organizzazione temporanea di rinforzo all'operatività dei singoli e di coordinamento delle interazioni, un gruppo di lavoro stabile nel tempo.



L'équipe territoriale assolve varie funzioni:

- organizzativa/programmatoria, facilitando con l'apporto tecnico la definizione degli indirizzi da parte dell'Assemblea dei Sindaci e le scelte in tema di organizzazione dei servizi;
- propositiva e di confronto rispetto alle situazioni, progettazione, lettura ed analisi dei dati, per sviluppare pensieri innovativi.

Oltre alle équipe territoriali il servizio sociale cremasco è articolato su 3 livelli operativi:

1. Il servizio sociale di base (livello comunale)
2. Il servizio sociale territoriale (livello distrettuale)
3. I servizi Tutela Minori, Inserimento Lavorativo, Reddito di cittadinanza (livello specialistico)

IL SERVIZIO SOCIALE DI BASE

Il servizio sociale di base, incardinato presso tutti i Comuni, si occupa di tre funzioni specifiche:

1. funzione di accoglienza
2. funzione di presa in carico
3. funzione di lavoro di comunità

FUNZIONE DI ACCOGLIENZA

La funzione di accoglienza, spesso denominata "segretariato sociale" è una funzione organizzativa orientata all'ascolto, all'orientamento, al fornire informazioni al cittadino in termini di opportunità, servizi e prestazioni sociali, alla raccolta e elaborazione di dati e delle richieste che arrivano al servizio, alla conoscenza dei problemi di un territorio.

Funge da raccordo e connessione con altri contesti deputati all'accoglienza e rappresenta dunque il dialogo tra l'interno e l'esterno dell'organizzazione. Il prodotto dell'accoglienza è la conoscenza: una conoscenza articolata e differenziata del problema, in cui si riaprono le dimensioni dello scambio, si riformula la richiesta del cittadino e, ove è possibile, si rende lo stesso più consapevole del proprio problema.



Appare significativo riconoscere che esistono diversi luoghi d'accoglienza, anche garantiti da attori del privato sociale, con i quali è importante tessere convergenze e modalità di lavoro comuni.

FUNZIONE DI PRESA IN CARICO

La presa in carico è un'assunzione di responsabilità, il farsi carico di elaborare il progetto personalizzato, monitorare la realizzazione degli interventi, valutare i risultati. Si tratta di un intervento globale; riguarda cioè la persona e tutti i sistemi di riferimento (familiare, sociale, ecc.);

La presa in carico avviene quando il bisogno è definito, già valutato nella sua complessità e pertanto può essere avviata una progettazione individualizzata volta a fronteggiare il problema.

La presa in carico si articola a sua volta su tre livelli:

- una presa in carico leggera (esclusiva dell'assistente sociale comunale) quando l'intervento non avviene a risanamento di grandi difficoltà, ma il suo scopo è di carattere preventivo e di promozione e/o mantenimento di uno status di benessere;
- una presa in carico specialistica (effettuata dagli assistenti sociali dei servizi di secondo livello gestiti dall'azienda speciale consortile, in stretto raccordo con l'assistente sociale comunale) quando l'intervento richiede una conoscenza approfondita e specialistica di un determinato settore, ad esempio il servizio Tutela Minori finalizzato alla tutela dei minori in situazione di pregiudizio e sottoposti ad un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.
- una presa in carico complessa e/o integrata (che dovrebbe essere effettuata con l'apporto di professionisti di altre organizzazioni in stretto raccordo con l'assistente sociale comunale) quando per intervenire sulla problematicità, è necessario l'apporto di diversi professionisti appartenenti al sistema sociale, socio-sanitarie, sanitario e la situazione presenta un alto grado di complessità e/o gravità.

FUNZIONE DI LAVORO DI COMUNITÀ

Il "lavoro di comunità" vede l'attività professionale degli operatori sociali tradursi nella capacità di riconoscere e valorizzare le potenzialità e le risorse del territorio nelle sue forme di aiuto, di solidarietà e di prossimità, di favorire la creazione di legami e cura delle relazioni



con i soggetti e le realtà significative del territorio, favorire nuove disponibilità e corresponsabilità rispetto ai problemi sociali che interessano una comunità.

Il servizio sociale deve promuovere la cittadinanza attiva e farsi catalizzatore di tutte le risorse presenti nei diversi livelli del contesto sociale.

Tra le funzioni oggi in carico al Servizio sociale di base comunale, quella che presenta la maggiore criticità è la presa in carico complessa e/o integrata.

L'assistente sociale comunale si trova spesso da sola a sviluppare valutazioni e ipotesi di intervento rispetto a situazioni sempre più complesse e meritevoli di risposte di ampio respiro, che possano andare oltre la dimensione della domanda/risposta e la dinamica duale operatore/utente. È necessario ripensare oggi a questa funzione per dare una risposta adeguata ai molteplici e articolati bisogni che le persone portano ai servizi.

IL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

Il servizio sociale territoriale è un servizio di secondo livello, incardinato nell'azienda speciale consortile Comunità Sociale Cremasca, che si occupa della gestione di servizi di valenza distrettuale (misure regionali, progetti territoriali, ecc.) in stretto raccordo con tutti i portatori di interesse del welfare locale. Tra le competenze del servizio rientra anche la gestione della piattaforma socio-sanitaria Gecas in uso nel territorio a supporto della programmazione e dell'erogazione dei servizi socio-assistenziali.

Il servizio collabora con la programmazione di Ambito e l'Ufficio di Piano, e supporta il Servizio Sociale di base Comunale.

Tra le misure gestite a livello distrettuale ci sono: "Reddito di autonomia", "Dopo di Noi", "Pro.vi – progetti per la vita indipendente", "Fondo non autosufficienza misura B2", "Misure Abitative", "Misura Unica", servizio di "Emergenza Sociale", "Bonus Assistenti Familiari".

Il servizio è inoltre impegnato nell'attuazione di progetti di valenza innovativa, tra tutti si citano l'Autismo, come meglio identificato nel paragrafo 6.2 e "Smart Bear" progetto finanziato dalla Commissione Europea.

Smart Bear ha l'obiettivo di preservare l'indipendenza di persone anziane affette da uno o più dei disturbi clinici grazie all'utilizzo di dispositivi portatili smart consumer e medicali collegati ad una piattaforma innovativa.



Il servizio sociale territoriale ha acquisito negli ultimi anni un ruolo di riferimento per le colleghe del servizio sociale di base, nonché osservatorio privilegiato per la programmazione sociale.

I SERVIZI TUTELA MINORI, INSERIMENTO LAVORATIVO, REDDITO DI CITTADINANZA

I servizi sociali specialistici che operano a livello centrale incardinati nell'azienda speciale, sono tre:

1. Tutela Minori
2. Inserimento Lavorativo
3. Reddito di cittadinanza

TUTELA MINORI

Il Servizio Tutela minori opera su tutto il territorio dell'Ambito Territoriale Cremasco per la tutela dei minori in situazione di pregiudizio e sottoposti ad un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

Gli obiettivi specifici del servizio sono la tutela dei minori e l'attuazione delle prescrizioni, contenute nei decreti del Tribunale per i Minorenni e/o del Tribunale Ordinario.

Il servizio deve:

- garantire interventi di sostegno sociale, psicologico ed educativo a favore dei minori in carico e/o delle loro famiglie
- effettuare indagini e valutazioni psico sociali sul minore e sul contesto familiare e ambientale
- allontanare il minore dal nucleo familiare con conseguente collocamento in affido familiare o inserimento in comunità
- garantire il raccordo con il servizio sociale di base, servizi specialistici territoriali, servizi privati, scuola, ecc.
- gestire le rette derivanti dal collocamento dei minori in Comunità.

All'interno del servizio Tutela Minori è presente anche un servizio specifico per l'Affido Familiare e un'equipe specializzata nel Penale Minorile.



Comunità Sociale, attraverso la propria équipe specialistica composta da assistenti sociali, psicologi e un educatore, ha la responsabilità organizzativa, gestionale ed economica del servizio. Garantisce il funzionamento, il coordinamento ed il raccordo progettuale ed operativo con l'assistente sociale del Comune di riferimento dei minori in carico.

INSERIMENTO LAVORATIVO

Il servizio di Inserimento Lavorativo opera su tutto il territorio dell'Ambito Territoriale Cremasco a favore di soggetti disabili e a grave rischio di emarginazione.

Il Servizio ha una funzione di mediazione e formazione al lavoro per soggetti cui si valuta opportuno attivare dei percorsi individualizzati di tirocinio lavorativo.

Il S.I.L. collabora con gli altri Enti pubblici presenti sul territorio, compresa l'Amministrazione Provinciale per la mediazione al lavoro di soggetti invalidi civili (L. 68/99).

Gli ultimi anni hanno visto il servizio impegnato in numerose progettualità che hanno favorito un ampio inserimento di soggetti nel mondo del lavoro a seguito di tirocini e un accompagnamento sempre più strutturato e mirato.

Tra le progettualità più rilevanti si segnalano:

- Progetto Orti Sociali: vengono attuate opportunità d'integrazione sociale e di inserimento lavorativo e socio-occupazionale per persone con disabilità e disagio psichico attraverso esperienze locali di agricoltura sociale.
- Progetto Banca dell'acqua: vengono attivati percorsi di utilità sociale a favore di utenti morosi incolpevoli, opportunamente individuati, finalizzati al rientro del debito da loro maturato con il gestore del servizio idrico locale.
- Progetto Proximity: vengono promossi interventi territoriali in risposta al bisogno di inserimento/reinserimento nell'attività formativa e/o occupazionale di soggetti in condizione di vulnerabilità e disagio sociale, riattivando le capacità e le competenze personali e stimolando l'attivazione di una comunità inclusiva al fine di contrastare l'aggravamento delle vulnerabilità.



REDDITO DI CITTADINANZA

Il servizio specialistico dedicato al reddito di cittadinanza è costituito da 7 assistenti sociali dipendenti dall'Azienda collocate in ciascuno dei comuni capo-fila di sub-ambito. Presso il Comune di Crema, data la sua dimensione, gli operatori dedicati sono due.

L'equipé RDC si occupa dei nuclei familiari, residenti nei Comuni Cremaschi, beneficiari del Reddito di Cittadinanza, per cui è necessario attivare un Patto per l'inclusione sociale.

Il Servizio garantisce la valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo, la definizione di un progetto personalizzato, l'erogazione degli interventi di supporto e il monitoraggio degli impegni previsti dai patti per l'inclusione (progetti condivisi volti al superamento della condizione di povertà e/o disagio).

Tutte le fasi di presa in carico e monitoraggio del servizio avvengono con il supporto della piattaforma informatica ministeriale GePI.

L'INTEGRAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE NELLA CASA DELLA COMUNITÀ'

I servizi sociali comunali, nel quadro della nuova organizzazione data dall'apporto della Casa della Comunità, continueranno ad avere un importante ruolo di primo servizio accessibile e vicino al cittadino. Dovranno essere le "antenne del territorio" e garantire:

- Accoglienza di cittadini che accedono per la prima volta ai servizi sociali e loro orientamento;
- Presa in carico leggera (che può includere visite domiciliari, collegamento con altri servizi e colloqui di approfondimento o monitoraggio periodici) o presentazione della situazione al servizio specialistico o a alla casa della comunità per una presa in carico complessa;
- Ricezione richieste di accesso ai servizi: informazione e orientamento, compilazione richieste e trasmissione delle stesse ad altri attori del sistema;
- Punto di collegamento informativo e di orientamento con altri sportelli territoriali, in collaborazione con il terzo settore;
- Promozione del lavoro di comunità, per valorizzare le risorse presenti sul territorio.

Il nuovo assetto territoriale dei servizi sociali potrebbe così configurarsi:



Il servizio sociale nella Casa delle Comunità deve interagire su tre funzioni specifiche:

- PUA (punto unico d’accesso);
- UVMD (unità di valutazione multidimensionale distrettuale);
- PCC (Presenza in carico complessa).

Di seguito una tabella esplicativa del nuovo modello organizzativo dei servizi sociali:

TIPOLOGIA DI SERVIZIO	SOGGETTI COINVOLTI	NORME DI RIFERIMENTO	OGGETTO
SERVIZI SOCIO-SANITARI INTEGRATI IN CASA DI COMUNITA'	<ul style="list-style-type: none"> • ASST Crema • Comune di Crema (Ente capofila d’ambito) • Comunità Sociale Cremasca • Terzo Settore 	<ul style="list-style-type: none"> • Legge 241/90 art. 15 • Dlgs 117/2017 art. 55 (co-programmazione e coprogettazione) 	<ul style="list-style-type: none"> • PUA • UVMD • PRESA IN CARICO INTEGRATA
SERVIZI SOCIALI SPECIALISTICI	<ul style="list-style-type: none"> • Comune di Crema (Ente capofila d’ambito) • Comunità Sociale Cremasca 	<ul style="list-style-type: none"> • Accordo di Programma (Piano di Zona) L. 328/2000 • Dlgs. 267/2000 art. 114 (Contratto di servizio) • Dlgs 117/2017 art. 55 (co-programmazione e coprogettazione) 	<ul style="list-style-type: none"> • TUTELA MINORI • SERVIZIO INSERIMENTO LAVORATIVO • SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE
SERVIZI SOCIALI DI BASE	COMUNI	L. 328/2000 L.R. 3/2008	PUA PRESA IN CARICO SEMPLICE LAVORO DI COMUNITA'



6.2.3. PUNTO UNICO DI ACCESSO ED ORIENTAMENTO

I percorsi sanitari e soci sanitari nel tempo hanno saputo articolare risposte e servizi sempre più specializzati, caratterizzati da livelli prestazionali qualitativamente apprezzabili ed efficaci, ma all'interno di spazi di pensiero e di azione segregati: la persona per trovare soluzioni o risposte alle proprie difficoltà è talvolta costretta a descriverle a più interlocutori, passando attraverso servizi diversi, localizzati in spazi a loro volta diversamente dislocati con un appesantimento ed un aggravio fisico ed emotivo che potrebbero essere evitati se fossero le istituzioni ad adattare il proprio funzionamento ai bisogni delle persone anziché il contrario. Inoltre, una persona che, per una qualsivoglia ragione, si trova in una situazione di bisogno e/o di difficoltà, esprime il proprio malessere spesso in maniera poco chiara, non riuscendo talvolta neanche ad identificarlo con precisione e che, in situazioni di questo genere, risulta estremamente difficile comprendere che esistono "livelli di gravità" sulla base dei quali si deve accedere, per esempio, ad un servizio comunale piuttosto che rivolgersi ad un servizio dell'Azienda Socio Sanitaria. Inoltre, e non da ultimo, in periodi di recessione e crisi come quello attuale per continuare ad assicurare servizi alla collettività, non è più pensabile di poter prescindere da un utilizzo razionalizzato ed il più possibile integrato delle "risorse" disponibili, siano esse umane, economiche, strumentali o logistiche.

Per le motivazioni sopra descritte, il PUA intende promuovere e sostenere azioni che mirano ad attivare percorsi di semplificazione dell'orientamento e dell'accesso ai servizi della rete di "protezione e cura" da parte dei cittadini e, nel contempo, realizzare un modello, strutturalmente integrato, di servizi preposti all'accoglienza, alla lettura ed alla valutazione del bisogno. Il principale presupposto dal quale muove e sul quale si basa la progettualità è infatti l'unitarietà della persona prima ancora della sua unicità.

I professionisti della salute, in prima istanza, accolgono la persona ed attraverso l'ascolto attivo effettuano una prima valutazione del bisogno. Con un'appropriata accoglienza si instaura un rapporto di fiducia ed alleanza con il cittadino e si favoriscono la creazione di percorsi operativi all'interno della rete dei servizi.

La messa in comune di spazi fisici e competenze afferenti anche ad ambiti diversi (sociale, sociosanitario, sanitario, Associazionismo, Volontariato, etc.) consente di perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- ✓ favorire l'accesso ai servizi della rete dei cittadini secondo i criteri dell'appropriatezza;



- ✓ creare dei punti di riferimento per i cittadini.

Attraverso:

- ✓ la semplificazione dei percorsi
- ✓ la lettura integrata dei bisogni per evitare la dispersione della domanda e la frammentazione della risposta
- ✓ l'utilizzo e condivisione di una metodologia di lavoro basata sulla valutazione multidimensionale dei bisogni
- ✓ la presa in carico globale della famiglia fragile che consenta di evitare valutazioni ed interventi frammentari, spersonalizzati e non sempre appropriati
- ✓ il coinvolgimento costante, per le situazioni in cui è necessario, dei Servizi Sociali del Comune di residenza dell'utenza
- ✓ la messa in rete delle unità di offerta sociosanitarie e sociali che operano sul territorio per la realizzazione di un'ampia gamma di interventi qualificati e flessibili in un'ottica di semplificazione di accesso alla rete dei servizi
- ✓ l'ampliamento dell'orario di apertura dei servizi, da perseguire anche attraverso l'attivazione di forme di collaborazione con l'Associazionismo e il Volontariato qualificato, per meglio rispondere alle esigenze delle persone che lavorano
- ✓ la promozione e sostegno all'autodeterminazione della persona fragile, attraverso il riconoscimento dei suoi diritti e del suo progetto di vita, da realizzare, laddove se ne verifica la necessità, anche attraverso l'identificazione e il riconoscimento degli strumenti di tutela e l'attivazione dell'amministratore di sostegno
- ✓ lo sviluppo di progettualità ed azioni mirate, da realizzare anche attraverso l'integrazione Aziende Sanitarie/Comuni, su target specifici di popolazione (persone anziane fragili e non autosufficienti, persone con disabilità e le loro famiglie, persone in dimissione da ospedali, etc.)

Il PUA, quindi, come porta di accesso al sistema dei Servizi della rete che accoglie la domanda del cittadino anche indifferenziata, incompleta, multiproblematica, in un passaggio fondamentale dalla logica dell'accesso per competenza alla logica dell'accoglienza del bisogno portato dalla persona.



Alla luce di quanto detto, il PUA può anche rappresentare un osservatorio che contribuisce alla rilevazione dei bisogni della comunità supportando il processo di programmazione, in particolare attraverso la registrazione di quelle richieste che non trovano adeguata risposta nella rete dei Servizi.

6.2.4. VALUTAZIONE MULTI DIMENSIONALE ED INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE NELLA CDC

La valutazione multidimensionale (VMD) è una metodologia nata in Inghilterra in ambito geriatrico. In Italia, dagli anni '90 importanti atti di programmazione socio sanitaria riconoscono lo strumento della VMD efficace per la valutazione dei bisogni e la pianificazione degli interventi a favore delle persone con bisogni sanitari, sociosanitari e sociali.^{3 4 5 6}

E' uno strumento globale e dinamico interdisciplinare e definisce e valuta in modo complessivo le capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni:

- ✓ biologica e clinica (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.);
- ✓ psicologica (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc.);
- ✓ sociale (fattori ambientali, condizioni relazionali di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.),
- ✓ funzionale (disabilità ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale, ecc.).

Si caratterizza inoltre per l'approccio non solo multidimensionale ma anche multi professionale e multidisciplinare ai bisogni assistenziali complessi.

³Progetto obiettivo nazionale "Tutela della salute degli anziani" del 30 gennaio 1992

⁴L.R. n. 23 dell'11/8/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"

⁵L.R. n.22 del 14/12/2021 "Modifiche al Titolo I e al (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33

⁶D.M. 71/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"



La VMD è da considerarsi il core della continuità assistenziale.⁷ Quando la persona è assistita da più Unità Operative, al fine della non interruzione del processo assistenziale; la VMD è necessaria per l'elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato, per l'erogazione dei servizi compartecipati e per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie. Per compiere la valutazione del bisogno si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati.

Per effettuare la VMD si utilizzano strumenti che valutano quattro assi collegati alla funzionalità psico-fisica: autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali e un asse collegato alle caratteristiche sociali: supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria⁸.

Esistono varie e molteplici scale di valutazione scientificamente validate per:

- ✓ la valutazione delle funzioni cognitive: *Mini Mental State Examination (MMSE)*, *Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ)*, *Severe Impairment Battery (SIB)*, *Moda (Milan Overall Dementia Assessment)*, *Batteria per il Deterioramento Mentale (BDM)*, *GDS (Global deterioration scale)* ecc.
- ✓ la valutazione dei disturbi comportamentali: *UCLA Neuropsychiatric Inventory (NPI)*, *Geriatric Depression Scale*, *Cornell Scale for Depression in Dementia*, *Ryden Aggression Scale (RAS)*, *Scala clinica per la valutazione dell'insight (CIR)*, *Delirium Rating Scale* ecc.
- ✓ la valutazione sia degli aspetti cognitivi che di quelli comportamentali: *CDR (Clinical Dementia Rating Scale)*, *ADAS-Cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale)* ecc.
- ✓ la valutazione della qualità di vita: *SF-12* e *SF-36*

Ci sono inoltre scale di valutazione che vengono utilizzate dai professionisti della salute per redigere un Progetto individuale di presa in carico della persona fragile.⁹

⁷A. Dalponte, F. Olivetti Manoukian *Lavorare con la cronicità*, , 2004 Ed. Carocci Faber

⁸A. Santullo *Le scale di valutazione in sanità*, , anno 2008 Ed. McGraw-Hill Companies

⁹A. Antonazzo, M. Bellagente, M. Silvani, C. Simonetti, P. Sisti, *Quaderni dell'Ordine la dimensione sociale nella valutazione multidimensionale: aspetti metodologici e deontologici- contributi dei laboratori deontologici del gruppo per la formazione continua della provincia di Pavia*



Norma che prevede l'utilizzo della scala	Utilizzata per	Caratteristiche	Osservazioni
<p>Triage (Decreto 6032 del 6/7/2012)</p>	<p>ADI: valutazione di 1^a livello monoprofessionale</p>	<p>Scheda "filtro" che permette una lettura immediata, a grandi linee, dei bisogni sanitari e sociali (con punteggio > 2 si attiva la valutazione di 2^a livello)</p>	<p>Dovrebbe essere somministrata in prima istanza (a seguito della richiesta di ADI) in quanto il risultato determina la necessità o meno della VMD, ma non sempre viene applicata in questa fase</p>
<p>Vaor InterRAI HomeCare - ADI a regime dal 2014 (DGR 1185 del 20/12/2013)</p>	<p>- ADI: valutazione di 2^a livello multidisciplinare (sostituisce FIM e Scheda di valutazione sociale) - Gravissima disabilità Misura B1 (SLA, SV e altre patologie)</p>	<p>La Vaor è un unico strumento che include in maniera completa la rilevazione degli aspetti clinici, funzionali, cognitivi, relazionali e sociali</p>	<p>La struttura della scheda permette una raccolta schematica dei dati sociali e non consente l'inserimento di eventuali note/osservazioni. Per una adeguata somministrazione necessarie tempistiche più lunghe e non, come di norma, una sola visita domiciliare</p>
<p>- Scala Glasgow - Scheda di rilevazione compromissioni dei domini richiesti (motricità/ stato di coscienza; respirazione e nutrizione)</p>	<p>SLA, SV e altre patologie</p>	<p>Si tratta di scale/ schede che rilevano gli aspetti i clinici - sanitari e le compromissioni funzionali</p>	<p>In assenza di strumenti per la rilevazione degli elementi sociali, viene utilizzata la "Scheda sociale" (1) predisposta dal Tavolo tecnico ex ASL - Piani di Zona</p>
<p>ADL - Activities of Daily Living (DGR 2883 del 14/11/2014)</p>	<p>Interventi a favore delle persone con disabilità grave ed anziani non autosufficienti erogati dai Comuni - Misura B2</p>	<p>Scala che permette di misurare l'indice di dipendenza dell'assistito nelle principali funzioni di base delle attività quotidiane</p>	<p>Non prende in considerazione la sfera relazionale e sociale. Ad integrazione viene utilizzata la "Scheda sociale" predisposta dal Tavolo tecnico ex ASL-Piani di Zona (1) per la raccolta dati sociali</p>
<p>IADL - Instrumental Activities of Daily Living (DGR 2883 del 14/11/2014)</p>	<p>Interventi a favore delle persone con disabilità grave ed anziani non autosufficienti erogati dai Comuni - Misura B2</p>	<p>Scala che permette una valutazione delle abilità residue dell'assistito nelle attività strumentali quotidiane più complesse</p>	<p>Non prende in considerazione la sfera relazionale e sociale. Ad integrazione viene utilizzata la "Scheda sociale" predisposta dal Tavolo tecnico ex ASL-Piani di Zona (1)</p>
<p>NRS (scala del dolore unidimensionale) Legge n.38/2010 DGR n. 5918/16</p>	<p>Preso in carico di persone in UCPDom</p>	<p>Scala che permette la valutazione del dolore Praticità: uso verbale, nessun supporto cartaceo • N ° di intervalli maggiori della VRS • Ottimo utilizzo per via telefonica (in assistenza domiciliare)</p>	<p>Difficoltà a ridurre la sensazione dolorosa in numero</p>



Norma che prevede l'utilizzo della scala	Utilizzata per	Caratteristiche	Osservazioni
ICF Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, OMS, anno 2004	Presenza in carico persone fragili	descrive la presenza o l'assenza di menomazioni nelle funzioni e nelle strutture corporee, il funzionamento, la disabilità e il contesto in cui vivono le persone che manifestano una modificazione dello stato di salute	non considera che la disabilità è un concetto dinamico, in quanto può anche essere solo temporanea - risulta difficile stabilire un livello oltre il quale una persona può considerarsi disabile - la sequenza (menomazione – disabilità- handicap) può essere interrotta, nel senso che una persona può avere una menomazione senza essere disabile.

IL LAVORO IN ÉQUIPE MULTI PROFESSIONALI NELLA C.D.C

La valutazione multidimensionale¹⁰ è un modello organizzativo che allarga il campo di osservazione, interconnettendo informazioni e valutazioni di più professionisti che hanno competenze diverse e che lavorano in équipe multi professionali e multidimensionali per un'appropriata presa in carico della persona, famiglia comunità.

Equipe deriva dal francese ed è traducibile come “equipaggio”, “squadra”. Esistono due tipi di organizzazione del lavoro di équipe:

- ✓ pluridisciplinare: i singoli operatori collaborano in funzione di uno scopo comune talora predefinito in termini solo generali
- ✓ Interdisciplinare: tutti i membri del gruppo condividono obiettivi e modelli organizzativi, suddivisione del lavoro e attività di coordinamento. Le decisioni vengono prese dal team. Lavorare in équipe interdisciplinare richiede sia una certa flessibilità che la capacità di apertura al confronto con gli altri.

I professionisti che faranno parte delle équipe multidimensionali e che opereranno nelle CdC, per fornire ai cittadini risposte e prestazioni qualitativamente e quantitativamente significative, dovranno effettuare un percorso che vede l'evoluzione di un gruppo pluridisciplinare in un équipe interdisciplinare (team building) che presiede il cambiamento e ne garantisce la buona riuscita del Progetto^{11 12}. Si viene così a configurare un'attività più complessa che richiede la

¹⁰F. Anzivino, L. Palestini, M. A. Nicoli, Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale gestione sul territorio secondo il chronic care model, 2013 . ed. Agenzia sanitaria e sociale regionale

¹¹G.P. Quaglino, S. Casagrande, A. Castellano “Gruppo di lavoro lavoro di gruppo” anno 1992 Ed. Raffaello Cortina

¹² G.P Quaglino, C.G. Cortese, “Gioco di squadra” anno 2003 Ed. Raffaello Cortina



presenza di un team capace di integrazione, quindi di operazioni cognitive sofisticate, di capacità spiccate di diagnosi della dinamica e di lettura attenta delle relazioni tra professionisti.

Il team, quindi, dovrà dividerne:

- gli obiettivi: nessun team può essere efficace se gli obiettivi che si devono raggiungere non sono chiari ed ampiamente condivisi dai suoi membri. In definitiva gli obiettivi di un'equipe efficace devono rispondere alle seguenti caratteristiche:
 - ✓ Definiti in termini di risultato
 - ✓ Costruiti sui dati osservabili, sui fatti, e le risorse disponibili
 - ✓ Finalizzati in modo esplicito
 - ✓ Chiariti ed articolati in compiti
 - ✓ Perseguibili
 - ✓ Valutati
- Il metodo: è la regola del lavoro e dell'integrazione professionale nel team. Istituisce e ordina il lavoro, prevede il rispetto di normative, PDTA, protocolli e procedure e una sequenza di comportamenti predeterminati di azioni definite quali:
 - ✓ Analisi delle risorse e dei vincoli
 - ✓ Discussione
 - ✓ Decisione
 - ✓ Pianificazione dell'uso del tempo
 - ✓ Uso degli strumenti di problem solving
- I ruoli: valorizzare al meglio le professionalità è presupposto di base non solo per il conseguimento degli obiettivi che il team si prefigge, ma soprattutto per la possibilità di affrontare ogni volta tali obiettivi puntando a realizzare innovazione e creatività. Per far questo è necessario:
 - ✓ Arricchire la comunicazione sviluppando apertura e confronto.
 - ✓ Incrementare l'autoconoscenza
 - ✓ Incrementare l'ascolto attivo.
- La leadership: è una variabile di "snodo" tra quelle definite strutturali (obiettivo metodo e ruoli) e quelle definite processuali (clima comunicazione sviluppo). La leadership è determinante per le prestazioni, il clima la comunicazione, le decisioni



dell'equipe. Se la funzione è coperta con ruoli definiti e chiari, da persone capaci, il team sarà nella situazione ideale per svolgere il suo lavoro. Le funzioni indispensabili per far crescere l'auto accudimento delle équipe si dividono in tre vertici:

- ✓ Competenza
 - ✓ Appartenenza
 - ✓ Comunicazione
- La comunicazione: è il processo chiave che permette il funzionamento delle équipe garantendo lo scambio di informazioni finalizzandolo al raggiungimento dei risultati. Si presenta come processo interattivo, informativo e trasformativo, che è inserito in uno specifico contesto governato da regole e si svolge con particolari caratteristiche temporali. Una comunicazione efficace deve rispondere a specifiche caratteristiche quali:
- ✓ essere finalizzata.
 - ✓ Essere pragmatica
 - ✓ Essere trasparente
 - ✓ Essere situazionale
- Il clima dell'equipe è l'insieme delle percezioni, dei vissuti dei sentimenti dei singoli professionisti. Il clima è da considerarsi un indicatore di qualità del sistema. Quando i membri di un team descrivono il clima, definiscono il carattere e gli attributi essenziali del "sistema équipe". Su questa percezione della qualità influiscono in modo evidente il tempo, lo spazio, la scala di valutazione individuale. Il clima è variabile multidimensionale ed è funzione dei modelli culturali del team che permette di sviluppare norme e valori, stili di pensiero e comportamenti propri.
- Lo sviluppo del sistema di competenze dell'equipe segue il suo percorso evolutivo e si rafforza nelle fasi di costituzione, verifica e manutenzione. Gli strumenti e i modi della verifica di un team devono essere orientati ad una logica di problem solving e gli strumenti della verifica devono essere pensati progettati e condivisi da tutti i professionisti. La fase di manutenzione rappresenta il momento di vero sviluppo del sistema di competenze del team e determina il passaggio ad unità più consapevole più integrata al suo interno e verso l'organizzazione.



6.2.5. UN NUOVO MODELLO DI WELFARE TERRITORIALE PARTECIPATO: IL RUOLO DEL TERZO SETTORE

La crisi della finanza pubblica che negli ultimi dieci anni ha interessato il nostro paese, unita all'impatto dell'emergenza sanitaria, condizionano la sostenibilità dei sistemi di welfare territoriale e ne modificano gli assetti. Per questo motivo è necessario esplorare nuove soluzioni e nuove modalità fondate su un approccio di "empowerment" dei soggetti e della comunità di riferimento, che si propone l'obiettivo di utilizzare al meglio le risorse in gioco dei servizi, non solo economiche ma anche umane e relazionali.

L'IMPATTO DELL'EMERGENZA: VERSO UN NUOVO SISTEMA SOCIOSANITARIO PARTECIPATO DALLA COMUNITÀ

Durante l'emergenza Covid-19, anche il Terzo Settore ha avuto un ruolo fondamentale per garantire servizi essenziali. Molti di questi sono stati reinventati in pochissimi giorni, sull'onda dell'urgenza, avendo i soggetti sociali di prossimità prima e più di tutti il polso diretto della situazione e dei bisogni concreti delle persone, anche nelle nicchie più lontane dai riflettori. In questo frangente il Terzo settore ha rappresentato il sentimento diffuso di solidarietà e ha generato innovazione grazie all'accresciuta capacità di rispondere ai bisogni nuovi con creatività e facendo rete. Il suo vero valore aggiunto è stato nella sua "rivoluzionaria forza progettuale"¹³.

Al contrario, uno degli elementi di debolezza, nel periodo più critico dell'emergenza è stato invece il rapporto tra sanità e territorio¹⁴; nonostante il tentativo di Regione Lombardia, con la L.R. 23/2015¹⁵, di organizzare una medicina territoriale, i risultati sperati non sono stati pienamente raggiunti, anche a causa della frammentazione di soggetti pubblici e privati spesso entrati tra loro in competizione. Il tentativo di riproporre un modello di tipo concorrenziale sul territorio per la presa in carico della cronicità, mettendo in contrapposizione cure primarie e ospedaliere, ha ulteriormente alimentato le criticità nei rapporti tra medicina di base e servizio sanitario nazionale.¹⁶

¹³ S. Zamagni, articolo pubblicato su "Vita" – www.vita.it 25 Marzo 2020;

¹⁴ Bodini C. "Medicina, territorio e salute: lezioni dall'epidemia", intervista a Lorenzo Betti e Mauro Boarelli, Gli asini, 6 aprile 2020;

¹⁵ L.R. 23 del 11 agosto 2015: "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e I Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);

¹⁶ Tidoli R. "Il territorio abbandonato. Covid, politiche regionali e cure primarie", Lombardiasociale.it, 24 Aprile 2020;



Un ulteriore elemento di criticità è connesso alla storica visione che da sempre ha visto l’Ospedale quale catalizzatore dell’attenzione e degli investimenti della politica. L’emergenza ha dimostrato che l’Ospedale da solo non basta. L’innalzamento dell’età media di vita e il mutato quadro epidemiologico, richiedono investimenti nelle strutture territoriali, caratterizzati da una forte componente di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa.

La nuova rete sanitaria territoriale presuppone un’adeguata architettura istituzionale, che origina da modelli cooperativi più che concorrenziali, in grado di bilanciare i bisogni dei singoli e della comunità e sia attrezzato a governare situazioni di emergenza, in un’ottica di cooperazione tra differenti comparti del SSN e di coordinamento tra i diversi livelli sistemici e attori professionali.¹⁷

Le nuove linee di sviluppo presuppongono alcune strategie per l’attuazione delle quali anche il Terzo Settore può fornire contributi interessanti. Tra queste:

- Promuovere efficaci politiche di prevenzione: condizioni di vita e ambiente di riferimento sono in grado di condizionare lo stato di salute della popolazione e per questo i sistemi sanitari non hanno altra scelta che investire nell’educazione sanitaria, sviluppando un modello di assistenza territoriale proattiva, fondata sulla collaborazione tra cittadinanza, sanità e ambiente. Da qui l’importanza di un’educazione al rischio, che incoraggi l’assunzione di stili di vita rispettosi della natura che ci circonda.
- Sviluppare una nuova idea di salute: il concetto di salute pubblica andrebbe concepito come un valore profondamente collettivo, di cui tutti siamo responsabili. Non dobbiamo pensare alla salute solo in ottica riparativa, dove gli interventi al riguardo vengono svolti negli Ospedali, ma dobbiamo focalizzare l’attenzione su una medicina protettiva di comunità, potenziando la prevenzione primaria destinata a tutta la popolazione, che rifletta le caratteristiche sociali, demografiche e economiche del territorio.
- Ridefinire i rapporti Ospedale – territorio: al modello ospedale centrico dovrebbe essere contrapposto un sistema capillare di medicina del territorio fondato su reti di monitoraggio, informazione e assistenza sociosanitaria, un modello comunitario, dove il cittadino può trovare risposte alla maggior parte dei suoi problemi. L’alfabetizzazione sanitaria, intesa come la capacità delle persone di accedere, comprendere, elaborare

¹⁷ Si veda la campagna “Primary Health Care: now or never 2020”, pubblicata al sito www.sossanità.org;



e applicare informazioni a tutela della propria e altrui salute, è ritenuta indispensabile, non soltanto in situazioni di cronicità ma anche per la prevenzione di patologie infettive a rapida diffusione, per aumentare la consapevolezza della cittadinanza sul corretto uso dei servizi a sua disposizione.¹⁸

- Garantire assistenza socio-sanitaria a persone fragili e vulnerabili: vi sono alcune categorie di persone che hanno pagato a caro prezzo le difficoltà connesse all'emergenza sanitaria e per tale motivo sussiste la necessità di affrontare disabilità e cronicità in un'ottica integrata di welfare, prevenzione e cura.¹⁹
- Integrare e connettere dimensione sanitaria e sociale: i deboli investimenti nella medicina territoriale hanno indebolito l'elemento sociale, relazionale e umano in sanità.²⁰ Nonostante le principali normative di riferimento (L.328/2000²¹ e L. 833/1978²²) avessero già sancito il principio della cura della persona nella sua globalità, sociale e sanitario, continuano a rispondere a due mandati differenti. L'emergenza sanitaria richiama la necessità di ritornare a una dimensione sociale della medicina e a una dimensione territoriale della sanità, che sappiano armonizzare le competenze dei differenti professionisti coinvolti: medici, infermieri, assistenti sociali, operatori socio-sanitari.
- Implementare nuovi strumenti tecnologici: l'emergenza sanitaria ha confermato l'importanza della digitalizzazione come elemento di innovazione tecnologica e organizzativa. Tale processo deve tuttavia essere accompagnato da un investimento per rendere le tecnologie accessibili e diffuse. Oltre alla gestione dei fascicoli sanitari, anche lo sviluppo della telemedicina rappresenta una grande opportunità per il monitoraggio di parametri da remoto che evitano accessi impropri nelle strutture ospedaliere. L'attuale crisi potrebbe essere l'occasione per accelerare lo sviluppo di forme di tele-assistenza rivolte ai più anziani, in grado di migliorare l'accesso alle cure.

L'esperienza territoriale, maturata nell'ambito della crisi vissuta dal sistema dei servizi dovrà aiutarci a comprendere come l'arcipelago delle organizzazioni in cui si articola il Terzo Settore

¹⁸ Bonaccorsi G. Lorini C. "Covid 19 e Health Literacy", Salute internazionale, 18 aprile 2020;

¹⁹ Paci e. "Lezioni di una pandemia: note per la ripartenza e il cambiamento", Scinezainrete.it, 31 maggio 2020;

²⁰ Esposito A. "Portare il sociale nella medicina. La lezione di Basaglia e la sanità dopo la pandemia", Monitori, 2020;

²¹ Legge 328 dell' 8 Novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

²² Legge 833 del 23 Dicembre 1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale";



nel territorio cremasco, può contribuire alla costruzione di un sistema socio-sanitario più equo e più vicino ai bisogni della comunità, facendo affidamento su cittadini maggiormente informati e inclini a collaborare con il mondo sanitario, dando attuazione al concetto di salute definito dall'OMS e ai principi declinati nel nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

UN NUOVO PARADIGMA DI WELFARE COMUNITARIO: L'ESPERIENZA DEL TERRITORIO CREMASCO

“Nel lavoro sociale siamo presi da bilanci faticosi, perdite di posti di lavoro, appalti e convenzioni a rischio. Un affanno comprensibile, a tratti drammatico. Così facendo, tuttavia, rischiamo di non alzare lo sguardo per vedere quel che accade dentro e intorno al welfare. Il vero nodo è la sua legittimazione culturale. Il senso del welfare si sta affievolendo nella percezione dei cittadini; vedono un susseguirsi di prestazioni, appropriate o meno, ma non si sentono partecipi di una grande impresa, sempre da criticare e reinventare, che dà forma alla responsabilità collettiva che ci si assume per l'umanità degli altri, di ogni altro”.

Così si esprimeva, nel 2014, la dott.ssa Stefania Bonaldi, Sindaca di Crema, Ente capofila del Piano di Zona e Presidente dell'Assemblea dei Sindaci, durante i lavori di preparazione delle linee di indirizzo di politica sociale del territorio cremasco per il triennio 2015 – 2018²³.

L'idea di welfare partecipato espressa nelle dichiarazioni della Sindaca, ha aperto un varco importante per la ridefinizione dei servizi alla persona in tutto l'ambito cremasco e ha introdotto elementi importanti di innovazione organizzativa e metodologica.

Nel 2014 viene finanziato da Fondazione Cariplo il progetto "Welfare in azione"²⁴. Si tratta di una ricerca/azione nell'ambito del welfare che si pone l'obiettivo di sostenere soggetti a rischio (economico e altro), attraverso progetti che stimolano la resilienza dei singoli, dei nuclei familiari, dei gruppi e delle comunità, mediante percorsi di empowerment e di ricostruzione del significato di reti e modelli di ascolto/relazione.

Il progetto promuove, patti generativi (individuali e di comunità), laboratori di comunità e sostiene il cambiamento culturale nell'ambito dei servizi alla persona, nonché il miglioramento delle collaborazioni tra amministrazioni pubbliche locali, privato sociale, mondo profit e associazionismo competente.

²³ Si veda Piano di Zona 2015-2018 approvato dai Sindaci dell'ambito cremasco;

²⁴ Si veda progetto "Wel(l)fare legami – il welfare che rigenera la comunità”



L'obiettivo generale del progetto è creare nuovi legami tra le persone, ma anche tra il mondo del sociale e del profit, sostenendo un processo di cambiamento culturale per il superamento della condizione di fragilità connessa all'isolamento relazionale, alla mancanza di reti familiari e amicali e alla limitata possibilità di accesso alle opportunità e alle condizioni di benessere che rendono possibile un progetto di vita personale e comunitario.

Il progetto si pone l'obiettivo di agire sulle determinanti della salute, individuando fattori di attenzione che concorrono al benessere della persona e della comunità e che sono ascrivibili a quattro dimensioni della vita di un soggetto, tutte egualmente importanti: i legami sociali, le relazioni intra-familiari e i carichi di cura, la casa, il lavoro.

Negli anni si è cercato di far fronte a questa situazione di vulnerabilità attraverso risposte per lo più settoriali. Molte azioni promosse sia dal pubblico sia dal privato sociale hanno determinato esiti positivi relativamente al raggiungimento degli obiettivi specifici prefissati, ma troppe volte questi interventi sono risultati estemporanei e non in relazione ad un quadro strategico organico e definito. Spesso tali proposte hanno addirittura accentuato la frammentazione e non sono state adeguatamente coordinate, risultando poco incisive rispetto alla complessità dei problemi affrontati. Si è assistito a interventi tesi a sviluppare competenze tecnico professionali di analisi e di progettazione sui "casi" mentre il lavoro sul contesto è rimasto in secondo piano e poco approfondito.

Con il tempo, il territorio cremasco ha consolidato il lavoro per progetti sviluppando modalità organizzative orientate al risultato e innescando piccole innovazioni, come ad esempio la conciliazione vita-lavoro e il disagio abitativo. Tali percorsi hanno consentito al territorio di costruire reti, di avviare processi di ri-organizzazione dei servizi, di definire una presa in carico più integrata, centrata su un approccio di tipo generativo, sull'integrazione dei servizi e delle competenze, sulla loro innovazione e contaminazione con professionalità diverse in grado per lo più di accompagnare le persone.

La strada aperta verso nuovi modelli di lavoro, ha consentito al territorio di consolidare il quadro relazionale a diversi livelli.

Gli Enti Locali hanno sviluppato con i Piani di Zona una forte attitudine al lavoro sovra comunale sia sul piano programmatico (attraverso l'attività degli Uffici di Piano), sia sul piano gestionale (che ha portato alla costituzione dell'Azienda Speciale Consortile, Comunità Sociale Cremasca).

Tra Enti Locali e sistema sanitario è consolidata una prassi operativa insieme a canali comunicativi che hanno permesso di attivare appositi strumenti d'integrazione e



coordinamento (Cabina di regia ATS, Distretti e tavoli di lavoro integrati su specifiche tematiche di settore).

Il territorio ha maturato forme consolidate di dialogo con il terzo settore (volontariato, cooperazione sociale, promozione sociale ed enti di confessione religiosa e altro) sia all'interno di organismi di confronto sulle politiche sociali (grazie all'azione del Forum Provinciale e dei Forum Locali del Terzo Settore) sia all'interno degli spazi di progettazione partecipata come i tavoli tematici e i gruppi di progetto.

Questo percorso ha sostenuto l'avvio di significative esperienze di co-progettazione tra pubblico e privato sociale, quale forma evoluta di condivisione della funzione pubblica all'interno della comunità di riferimento.

Il cambio di paradigma nel concepire il modo di costruire benessere per l'intera comunità, fa emergere come il territorio cremasco abbia rafforzato la partecipazione attiva dei diversi soggetti che la compongono, nell'elaborazione di programmi che hanno un impatto significativo sulla salute dei cittadini e del territorio. L'ampia attivazione di risorse territoriali di varia natura ha contribuito alla diffusione di maggiore consapevolezza rispetto ai bisogni della comunità e ai fattori di rischio sui quali intervenire in maniera preventiva per garantire il mantenimento di un benessere diffuso.

Il modello generativo pensato dal territorio prevede accanto a forme di supporto (economico e di servizio), anche un investimento sulla capacità delle persone di assumere decisioni per sé e per quelle con cui ci si trova in relazione (familiari); tale capacità è promossa attraverso azioni di responsabilizzazione della persona, in forme graduali e dotate di senso e, insieme, di supporto al contesto sociale affinché operi in maniera inclusiva.

IL PATTO GENER-ATTIVO (INDIVIDUALE E DI COMUNITÀ)

Il "patto gener-attivo", come processo di inclusione sociale attiva, è un investimento a favore della persona che mostra la quota economica e il tipo di intervento che va direttamente sul singolo soggetto e la ricaduta nei contesti di prossimità che favoriscono l'inclusione dei soggetti vulnerabili (con progetti specifici, e non generici investimenti di welfare) e deve prevedere un "impegno attivo" del soggetto.

La definizione di tale impegno attivo sarà oggetto del patto stesso e in ogni caso può riguardare sia attività verso la comunità, sia azioni verso il proprio nucleo familiare (responsabilità genitoriali), ed anche la cura del proprio contesto abitativo.



Il “Patto gener-attivo”, viene costruito a più mani in chiave di progettazione partecipata; il patto allarga la logica della presa in carico da parte dei servizi, orientando verso la costruzione di un’alleanza tra beneficiario e gli attori pubblici e del privato sociale del sistema di welfare. Il Patto agisce su due dimensioni: 1) il lavoro sulle risorse della persona e del suo contesto e non solo sulle fragilità; 2) il rapporto di reciprocità tra supporto e restituzione alla comunità.

A titolo esemplificativo, persone e famiglie, sono protagoniste di un “patto gener-attivo individuale” che li vede impegnati a realizzare un proprio percorso di emancipazione dalla condizione di vulnerabilità che li caratterizza (disagio socioeconomico, fragilità relazionale, carichi di cura, mancanza di lavoro, problematiche abitative, ...) con l’aiuto e l’accompagnamento di operatori dei servizi, attori del privato sociale e soggetti informali che operano nei loro contesti di vita.

Il “patto gener-attivo di comunità” si struttura a partire dalla lettura dei problemi del singolo o del nucleo familiare, ma attiva i diversi attori pubblici e privati e porta esiti e ricadute generative sulla comunità di appartenenza (un esempio concreto a Crema riguarda l’attivazione del progetto “Infermiera di quartiere” che, in differenti zone della città, ha il compito di ascoltare e consigliare gli anziani rispetto ai servizi territoriali, provare pressione e parametri, provvedere a medicazioni, aiutare a verificare la corretta somministrazione di terapie e eventualmente effettuare terapie intramuscolari e sottocutanee).

LABORATORI DI COMUNITÀ

L’azione prevede il coinvolgimento, all’interno di Laboratori di Comunità di un contesto definito, già attivi nel territorio, di diverse professionalità, per leggere insieme i problemi, ascoltare i bisogni e progettare le possibili modalità di intervento.

Con i Laboratori si vuole puntare a considerare la comunità come protagonista, un luogo di relazioni in cui i cittadini non sono solo portatori di bisogni, ma anche di competenze e di risorse.

Il cambio di prospettiva è generativo delle capacità di autotutela e cura della comunità stessa, intesa come “intelligenza collettiva”, che sa trovare soluzioni ai problemi, è capace di creare legami sociali e reti di prossimità che possono sorreggere le fragilità al proprio interno.

A titolo esemplificativo, di seguito si riportano alcuni ambiti di attivazione dei Laboratori di Comunità:

- Risposte collettive in co-progettazione pubblico-privato per la promozione di incontri, socializzazione, benessere relazionale;
- Percorsi di accompagnamento e tutoraggio per le famiglie affinché maturino competenze così da essere risorse per altre famiglie;
- Percorsi di educazione agli stili di vita;
- Nuove forme organizzative per la mediazione abitativa;
- Azioni di contrasto all’emergenza sfratti;
- Nuove forme di impegno-scambio, lavoro come forma di corresponsabilità verso la comunità in cui si vive.



“budget di welfare comunitario” che potrà essere incrementato da ulteriori risorse locali e da specifiche donazioni.

COMMUNITY CARE MAKER

Per accompagnare il processo di cambiamento è necessario investire nella cultura professionale degli operatori del welfare e dei policy maker (pubblici e privati), con l'intento di riqualificare l'azione professionale nella logica generativa e comunitaria.

Il territorio cremasco ha già attivato una specifica figura professionale quale il “*community maker*” in grado di sostenere la motivazione dei professionisti del welfare, ricostruire la mappa dei cambiamenti in corso e delle conseguenze sul proprio operato professionale, individuare “salti elaborativi” che permettano di trovare soluzioni innovative dentro e fuori i confini del perimetro sociale (verso altre politiche territoriali, verso le comunità locali).

Il Community Care Maker potrebbe essere considerata una figura professionale innovativa, nata dalla considerazione che per “fare” lavoro di comunità servono persone dedicate a questo compito. La figura nasce quindi con un ruolo inedito nel panorama dei servizi, svolgendo funzione di ascolto dei problemi e delle risorse delle comunità e aiuta a sviluppare azioni di “risposta” e di interconnessione con tutti gli attori delle stesse comunità.

A titolo esemplificativo, il Community Care Maker può agire sulle seguenti aree:

- Promuove e motiva tutti i soggetti attivi nella progettualità al cambiamento verso una nuova cultura del welfare, connotata da generatività, corresponsabilità e sostenibilità;
- Connette e sviluppa sinergie tra la CDC e altre progettualità presenti o buone prassi già realizzate favorendo connessioni tra servizi pubblici e privati, il terzo settore e le comunità in azione, promuovendo sguardi innovativi su possibili ampliamenti progettuali;
- Agisce direttamente nel territorio, favorendo connessioni e legami tra le varie realtà presenti

POSSIBILI PERCORSI DI COPROGETTAZIONE: PUA, UVMD, PRESA IN CARICO DI SERVIZI COMPLESSI E INTEGRATI

La co-progettazione è uno strumento giuridico che permette di integrare risorse, competenze e conoscenze utili alla realizzazione degli interventi delle pubbliche amministrazioni con quelle



del capitale sociale dei soggetti del Terzo Settore e della cittadinanza attiva²⁵.

Il quadro normativo di riferimento è il seguente:

- Legge 328/2000 “Legge quadro sui servizi sociali” art. 1, commi 4 e 5 riconosce al Terzo Settore un ruolo attivo sia nell’erogazione che nella progettazione dei servizi sociali;
- D.P.C.M. 30/03/2001 “Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell’art. 5 della legge 328/2000” in attuazione dell’art.5 della L.328/2000, per la prima volta introduce il termine “coprogettazione” nel quadro normativo nazionale, rinviando al legislatore regionale l’adozione di indirizzi per definire modalità di indizione e funzionamento delle istruttorie pubbliche;
- Delibera n. 32 ANAC del 20/01/2016 “Linee guida per l’affidamento di servizi a enti del Terzo Settore e alle cooperative sociali”;
- D.L.gs n.117/2017 “Codice del Terzo Settore”, art. 55;
- Parere Commissione Speciale Consiglio di Stato del 26/07/2018;
- Sentenza Corte Costituzionale n.131/2020;

Attraverso questo strumento, la CDC sposa un modello di amministrazione condivisa ancorato ai seguenti elementi:

- I servizi da attivare in partnership con il Terzo Settore e il modo con cui combinarli, non sono definiti a priori, ma costruiti insieme al Terzo Settore;
- I servizi non sono inquadrati in termini prestazionali ma consistono nella creazione di reti integrate;
- La responsabilità istituzionale è rafforzata dalla corresponsabilizzazione dei partner;
- L’esito desiderato richiede che più ETS (Enti del Terzo Settore) contribuiscano e si relazionino;
- È rilevante la flessibilità e la revisione in itinere degli interventi.

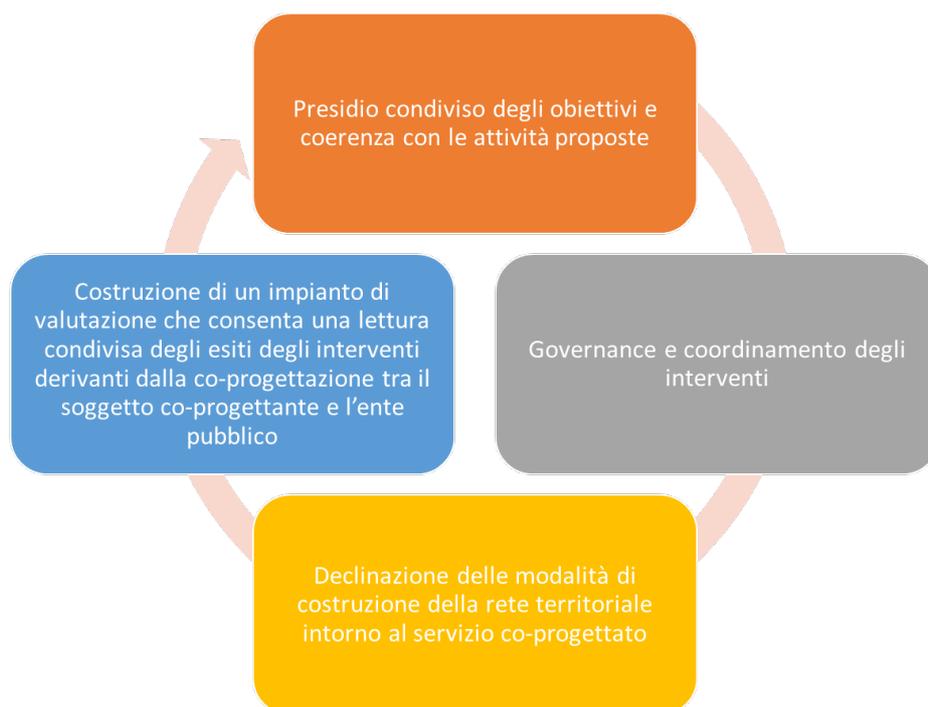
²⁵ Sentenza Corte Costituzionale n. 131/2020: “il modello configurato dall’art.55 Codice del Terzo Settore, infatti, non si basa sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, ma sulla convergenza di obiettivi e sull’aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico”;



La co-programmazione si sostanzia in un'istruttoria partecipata e condivisa nella quale il quadro di conoscenza e di rappresentazione delle possibili azioni da intraprendere è il portato della collaborazione di tutti i partecipanti al procedimento.

La coprogettazione diventa dunque metodologia ordinaria per l'attivazione di rapporti di collaborazione con ETS che si sostanzia da un lato quale esito naturale del processo di co-programmazione e dall'altro come istituto riferito a specifici progetti di servizio o intervento.

La coprogettazione non si esaurisce nella definizione del progetto finale ma rappresenta un processo circolare di carattere permanente per tutta la durata del progetto.





7. Gli strumenti gestionali

7.1. COT e Piattaforma interoperabile: una sfida possibile

7.1.1. INTRODUZIONE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) rappresenta un modello organizzativo innovativo²⁶.

La grande complessità delle attività e dei Servizi territoriali sanitari e sociosanitari, la necessità di interfacciarsi con enti e istituzioni, organizzazioni di ogni genere e natura, l'utilizzo di complessi strumenti informatici e tecnologici, la necessità di fruire in tempo reale di una grande mole di dati e informazioni, nonché la necessità di dialogare in tempo reale con le diverse reti e i diversi presidi e sistemi (Ospedale, Case della comunità, Ospedali di comunità, Dipartimento di prevenzione, Centri di riabilitazione, Consultori, Specialisti di ogni genere magari collegati in teleconsulto, altre Centrali operative etc.) hanno evidenziato l'imprescindibile importanza e necessità delle Centrali operative territoriali o Centrali dei servizi.

Peraltro, la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali dovrà avvenire in coerenza con un modello organizzativo che tenga conto anche di quanto già previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2016, nonché con gli ulteriori impegni europei per l'attivazione del Numero unico europeo per le cure mediche non urgenti 116117. In merito, si rappresenta che l'implementazione del Numero europeo 116117, valorizza la riconoscibilità e favorisce l'accessibilità dei cittadini ai servizi sanitari e sociosanitari, elemento ancora critico in molti territori, che causa un ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere e al pronto soccorso.

L'esperienza pandemica in corso, inoltre, ha fatto emergere quanto sia importante avere un punto di ascolto capace di decodificare i bisogni di salute emergenti, così come saper rispondere prontamente e in modo affidabile anche ai bisogni informativi dell'utenza.

Tenuto conto di quanto sopra detto, la Centrale operativa regionale 116117 costituisce un punto di riferimento con bacino di utenza a valenza regionale, che sia in grado di garantire al cittadino informazioni sull'offerta dei servizi territoriali nonché sulle modalità di accesso ad essi, come ad esempio l'accesso al servizio di guardia medica. La Centrale operativa regionale

²⁶ <https://forward.recentiproggressi.it/it/rivista/numero-22-prossimita/articoli/i-pilastri-di-una-nuova-rete-territoriale/>



116117 sarà a sua volta in contatto con le Centrali operative territoriali di competenza, con la rete ospedaliera e soprattutto con la rete dell'emergenza urgenza per deviare immediatamente i casi di competenza verso i percorsi più appropriati.

Sebbene le due Centrali siano previste in stretto contatto, le funzioni della Centrale operativa 116117, come descritto sopra, non si sovrappongono con le funzioni specifiche della Centrale Operativa Territoriale, che invece, con un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti (160000 nel caso del Distretto cremasco), costituisce uno strumento organizzativo innovativo che svolge funzioni di coordinamento della presa in carico dell'assistito e raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi. L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari.

La Centrale Operativa Territoriale, pertanto, costituisce un servizio dedicato a MMG, PLS e a tutti i professionisti della salute impegnati sul territorio a prescindere dal loro ambito di riferimento e dal loro rapporto contrattuale. Per la Lombardia, essa rappresenta la piena attuazione di quanto previsto dalla DGR 2019 del luglio 2019, a proposito del ruolo delle Centrali Operative/ Centri Multiservizi delle ASST.

Tale Centrale offre supporto nella gestione e nell'assistenza delle persone che presentano bisogni sanitari e sociosanitari complessi, garantendo sostegno informativo e logistico e razionalizzando gli interventi grazie ad un più efficace coordinamento e all'implementazione della telemedicina e di tutte gli strumenti informatici e tecnologici necessari.

Le COT infatti, avendo come target specifico soprattutto le persone con cronicità complesse, nonché i soggetti fragili, non autosufficienti, disabili, o quelli con problemi afferenti alla salute mentale, o affetti da malattie rare etc., agiscono come supporto alle azioni governate dai MMG e dai PLS per garantire una vera presa in carico e forniscono anche monitoraggio avanzato dei bisogni sanitari, utilizzando informazioni e dati per programmare azioni proattive.

Il loro ruolo è dunque essenziale per garantire quella funzione di regia e di orientamento territoriale per gli utenti che il Distretto dell'ASST deve assumere.

Anche l'organizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che costituisce un servizio della rete di offerta territoriale la cui operatività, come tutti gli altri servizi del territorio, sarà definita nell'ambito del modello organizzativo aziendale o distrettuale, dovrà svolgere le proprie funzioni in connessione e in relazione con la COT.



Il bacino di utenza della Centrale Operativa Territoriale, individuato sulla base delle funzioni sopra descritte, corrisponde al bacino di utenza media di un distretto, ma nel caso dell'ASST di Crema, dotata di un unico Distretto di grande dimensione, dovrebbe comunque avere anche una valenza aziendale.

Lo stesso, pertanto, da un lato deve essere accessibile a tutti i professionisti della salute operanti su quello specifico territorio, dall'altro deve comunque garantire un livello di efficienza che consenta di disporre di tutte le strumentazioni tecnologiche e di telemedicina necessarie a garantire le sue funzioni e a migliorare la qualità dell'assistenza (ad es. attività di telemonitoraggio, di regolazione dei device da remoto, etc.), nonché la presenza dei diversi servizi e strutture tra cui svolgere le funzioni di coordinamento e raccordo.

L'obiettivo della realizzazione del modello organizzativo, è quello di mettere a disposizione dei professionisti della salute uno strumento che consenta di superare la logica del percorso diagnostico assistenziale e di farsi carico della complessità che la persona assistita esprime.

La COT, in particolare, dovrà inoltre consentire di implementare gli interventi in ambito di medicina di iniziativa, personalizzazione delle cure, nonché di disporre di una base informativa utile a implementare la medicina predittiva e la misurazione degli outcome di salute raggiunti.

Lo sviluppo di tale modello organizzativo, favorendo lo scambio di informazioni e la valorizzazione delle competenze specifiche dei professionisti della salute, avrà un impatto su tutta l'organizzazione dei servizi territoriali e quindi sulle cure primarie. Il loro potenziamento, infatti, dovrà determinare il miglioramento degli outcome di salute della popolazione di riferimento (es. numero di anni in buona salute delle persone con patologie croniche), una maggiore equità di accesso, così come una riduzione dei costi conseguente agli effetti generali sul sistema, tra i quali:

- riduzione degli accessi impropri al PS;
- riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri;
- riduzione delle giornate di degenza inappropriate;
- migliore governance dei percorsi assistenziali attraverso un più tempestivo passaggio da un setting assistenziale all'altro e misurazione degli outcome di salute ottenuti;
- migliore integrazione tra i servizi ospedalieri- territoriali e sociali, con la relativa messa a sistema delle risorse;
- riduzione dell'inappropriatezza degli interventi assistenziali territoriali;
- riduzione delle liste d'attesa ambulatoriali.



Le suddette azioni vanno nella direzione di un Servizio sanitario nazionale che promuova l'utilizzo di strumenti, tecnologie e professionalità volti a sostenere un modello di presa in carico incentrato sulla persona e sui suoi bisogni, che prediliga il mantenimento a domicilio o nella Comunità di riferimento.

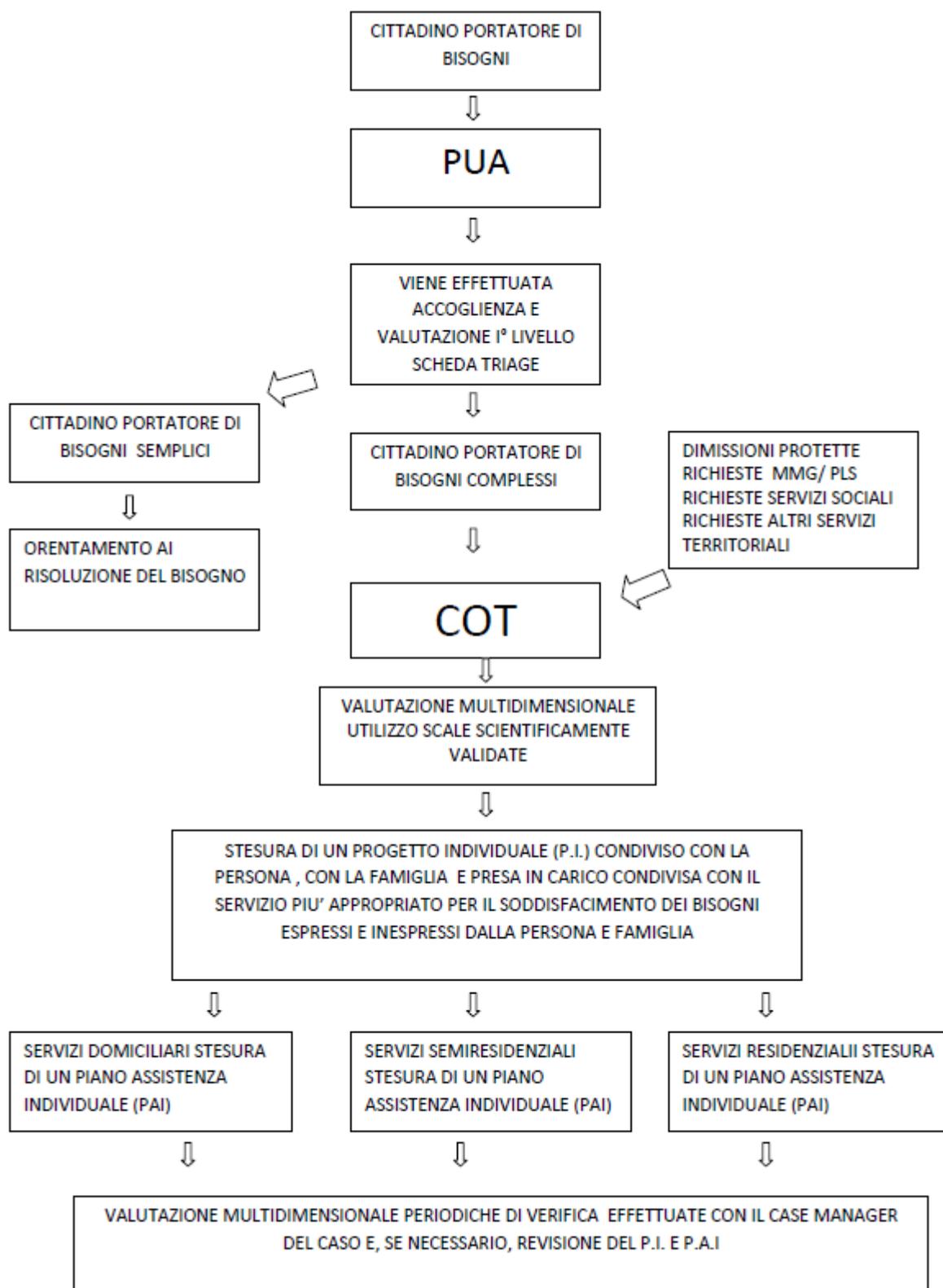
La Centrale Operativa Territoriale rappresenta, come illustrato, un modello organizzativo innovativo, di livello distrettuale, che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Costituisce un servizio operativo 7 giorni su 7, deve essere dotato di adeguate infrastrutture tecnologiche e informatiche quali ad esempio una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che le COT, a livello regionale, usufruiscano di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa NEA 116117 Regionale.

L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali.

Dal punto di vista operativo la COT fa capo a un Coordinatore, che ne detiene la responsabilità di gestione e funzionamento.

Rispetto a quanto si è detto fin qui, la interconnessione tra i Servizi che, in modo integrato, dovranno occuparsi di orientare il cittadino rispetto ai suoi bisogni di natura sociale, sociosanitaria o francamente sanitaria può essere sintetizzata dal seguente diagramma di flusso:





7.1.2. ATTIVITA' E SERVIZI

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- Coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).
- Coordinamento/ottimizzazione degli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.
- Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
- Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.
- Monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina, e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

L'emergenza pandemica ha favorito la diffusione e l'implementazione del modello organizzativo delle centrali operative, sia a livello aziendale che distrettuale, nelle varie Regioni italiane. Infatti, promuovendo e facilitando l'integrazione tra le diverse strutture e i differenti servizi aziendali, così come la comunicazione tra i diversi professionisti, o ancora la connessione dei vari processi, tale servizio migliora la presa in carico del paziente che diventa integrata e coordinata.

Attualmente, nella maggior parte delle realtà italiane, e Crema ed il territorio cremasco non fanno eccezione, le centrali operative hanno un ruolo chiave nella gestione dei pazienti positivi al Sars-CoV-2 e ciascuna Regione ha interpretato e declinato tale modello rispetto alle proprie realtà ed esigenze allargando il panorama di attività e servizi anche a tutti i pazienti non affetti da Covid-19.

Come previsto dal "Decreto rilancio" convertito con la Legge n. 77/20, sono gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) le figure basilari per potenziare le cure domiciliari e per continuare a fare fronte all'emergenza in corso.



Tale figura fortemente orientata alla gestione proattiva della salute, in prospettiva opererà rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si esprime al livello comunitario, oltreché individuale e familiare, attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato.

L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto a coloro che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità.

L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute, così si spiega la sua presenza all'interno delle COT.

Per svolgere le attività sopra citate, ivi incluse quella di integrazione ospedale-territorio che necessitano di una valutazione multidimensionale, le COT prevedono l'interazione di figure professionali diverse: Infermiere case manager, Medico, Assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione, così come di Personale amministrativo.

La responsabilità della COT è affidata ad un professionista afferente alle Professioni Sanitarie Infermieristiche di cui alla L. n. 251/2000, adeguatamente formato e preferibilmente che abbia conseguito la laurea magistrale. La composizione e la numerosità del team all'interno delle COT dovrebbe tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza. Per una COT standard ogni 100.000 abitanti, i professionisti dedicati dovrebbero essere:

- n. 1 Responsabile/Coordinatore;
- n. 5 Infermieri;
- n. 2 unità di Personale di Supporto (sanitario e/o amministrativo).

A titolo esemplificativo e non esaustivo si elencano, nella tabella di seguito riportata, alcuni dei dati, a diversi livelli, che potrebbero essere identificati come base di un flusso di monitoraggio clinico, telemedicina dedicato nella COT.



Livello ORGANIZZATIVO	Struttura	Postazioni di telemedicina previste
	Performance	Postazioni di telemedicina attive
	Struttura	Ore di attività di telemedicina previste
	Performance	Ore di attività di telemedicina effettive
Livello OPERATIVO	Processo	Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina totali per ASL, per distretto
		Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina per ora
		Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina per 100.000 abitanti
		Numero di chiamate uscenti con risposta
	Performance	Numero di chiamate uscenti senza risposta
		Numero di chiamate uscenti gestite dalla COT con esito "collegamento con struttura specialistica di riferimento"
	Processo	Numero di pazienti assegnati per ASL, per distretto e per codice di gravità
		Numero medio giornaliero di pazienti monitorati totale, per ASL, per distretto
		Attinenza ai periodi di monitoraggio
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito 'attivazione del servizio emergenza territoriale 118' * 100.000
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito 'attivazione di altro servizio ASL' * 100.000
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito di attivazione di servizi sociali' * 100.000

A seguito della presentazione del modello organizzativo della Centrale Operativa Territoriale, appare evidente l'importanza che deve assumere l'investimento in tecnologie digitali innovative che supportino la COT nell'erogazione efficace dei servizi, snellendo la comunicazione tra strutture sanitarie e cittadini, semplificando i sistemi di connessione tra i vari sistemi sanitari, socio-sanitari e sociali, agevolando il raccordo tra i professionisti coinvolti e promuovendo una stretta collaborazione tra le Istituzioni e le realtà territoriali ingaggiate (terzo settore e associazioni di volontariato).

Alla base del buon funzionamento della COT è infatti necessario avere a disposizione una piattaforma interoperabile che abbia le seguenti caratteristiche:

- **Flessibilità:** un sistema che consenta facilmente variazioni di processi/workflow dettati da cambiamenti di assetti organizzativi o implementazioni/evoluzioni del contesto di riferimento.



- **Facilità:** un sistema con interfacce utente semplici ed intuitive per garantire un breve processo di apprendimento da parte degli utenti del sistema.
- **Accessibilità:** in modalità web, da qualsiasi dispositivo o tramite APP, Mobile da Smartphone o tablet, con disponibilità di tutti gli strumenti, le informazioni, i tool di collaborazione.
- **Collaborazione:** un sistema che faciliti la costruzione di reti, la comunicazione e la condivisione della conoscenza tra tutti gli operatori chiamati ad operare nella presa in carico integrata.
- **Proattività:** un sistema che garantisca un puntuale monitoraggio della disponibilità dell'offerta della filiera di riferimento, con sistemi di valutazione del bisogno di tipo informatizzato.
- **Interoperabilità:** un sistema che faciliti l'integrazione e lo scambio di dati con altri sistemi e che sia basato su standard nazionali e/o internazionali.
- **Selettività:** un sistema che sia in grado di fornire dati qualitativamente rilevanti a tutti coloro che lavorano a livello decisionale e/o operativo.
- **Tempestività:** un sistema che sia in grado di fornire informazioni significative in tempo reale consentendo un'efficace attività di pianificazione e controllo dell'attività organizzativa.
- **Affidabilità:** un sistema che garantisca dati accurati, ossia corrispondenti ai fenomeni reali che rappresentano.
- **Verificabilità:** un sistema che garantisca ai cittadini il corretto utilizzo dei dati trattati dal momento della loro raccolta in poi.
- **Accettabilità:** un sistema che abbia il consenso di tutti gli utenti e le persone coinvolte nel processo di trattamento e comunicazione dei dati.
- **Coerenza:** un sistema che sia allineato ai processi richiesti dai sistemi informativi regionali e nazionali in cui opera.

Una tra le più promettenti è la piattaforma digitale denominata "Cura", la cui proposta di realizzazione è stata presentata al Governo da parte di Anci e iFEL²⁷.

²⁷ "Una piattaforma digitale per tutto il welfare italiano" di Paolo Pezzana, pubblicato su www.vita.it, gennaio 2022



La piattaforma Cura è stata pensata come sistema aperto e come infrastruttura strategica unitaria per tutti i providers di prestazioni e servizi di welfare pubblico, privato e comunitario, sia a livello nazionale che locale. Può essere lo strumento di ricomposizione integrativa multilivello e multistakeholders che faciliti una più efficace programmazione delle risorse umane ed economiche a disposizione della comunità.

La ricomposizione può avvenire sia a livello del singolo cittadino, attraverso il “budget di cura” che viene reso disponibile secondo il bisogno di ciascuno ed alimentato da risorse integrate provenienti da fonti plurime, che attraverso il “budget di comunità”, al quale partecipano tutti gli attori del territorio con l’apporto di risorse formali e informali.

La piattaforma può così davvero favorire il welfare di comunità in un approccio generativo per il benessere personale e collettivo.

Questo sistema, per essere realmente efficace, deve connettersi con i sistemi informativi e le Banche dati esistenti, SIOSS, SIUSS, INPS, INAIL, ISTAT, con tutti i Sistemi Sanitari Regionali, ma anche con i sistemi evoluti sviluppati a livello territoriale.

Questa è una sfida davvero rivoluzionaria in un sistema oggi molto frammentato dove ogni realtà organizzativa si è dotata di proprie infrastrutture informatiche indipendenti che non sempre riescono a trovare facili interconnessioni a causa di molteplici vincoli burocratici/legali.

Anche la COT cremasca dovrà quindi potersi interconnettere con tutti i sistemi e banche dati esistenti, condizione necessaria a garanzia di un approccio generativo teso al benessere personale e collettivo (outcome based approach).

Il sistema informatico che a livello locale dovrà sostenere la complessa rete di attività in capo alla COT dovrà svilupparsi su tre principali matrici in una logica di digital health:

- 1) Presa in carico integrata e multidisciplinare per l’attuazione del “Patto di cura generativo”
- 2) Attivazione delle risorse della comunità
- 3) Governo e programmazione del sistema territoriale



7.1.3. PRESA IN CARICO INTEGRATA E MULTIDISCIPLINARE PER L'ATTUAZIONE DEL PATTO DI CURA GENER-ATTIVO

Quest'area deve essere sviluppata sulla base dell'interoperabilità degli attuali sistemi in uso in ASST, ATS e presso i Comuni/Terzo Settore, attraverso un meccanismo automatizzato che consenta a tutte le figure coinvolte appartenenti alle diverse organizzazioni di accedere in un unico spazio condiviso dove ricomporre la conoscenza e la storia di ciascun cittadino/comunità per cui viene attivato un patto di cura. Questo luogo, nel caso di patti per i singoli, deve essere anche collegato all'app già a disposizione dei soggetti per l'automonitoraggio e l'aderenza al progetto di intervento. L'intento è quello di andare oltre alla semplice ricomposizione delle prestazioni e degli interventi attivati dal sanitario e dal sociale, ma deve essere agita l'opportunità di rispondere in modo integrato e non settoriale ai bisogni del cittadino evitando duplicazioni di risorse ed interventi ma rendendoli sinergici e potenziati reciprocamente. Questo nuovo paradigma di intervento presuppone che tutti gli attori siano corresponsabili nella risoluzione dei problemi di salute, e ingaggiati nel trovare soluzioni creative e



personalizzate all'interno dell'intervento globale di salute a favore della persona e della comunità.

7.1.4. ATTIVAZIONE DELLE RISORSE DELLA COMUNITÀ

Quest'area deve essere sviluppata prevedendo nella piattaforma uno spazio di scambio aperto e gratuito di risorse, aiuti ed opportunità che il tessuto informale della comunità può offrire. L'attesa è quella di promuovere un'alleanza con tutte le persone che abitano in un dato territorio perché siano investite nella "cura" della loro comunità.

Questo spazio è pensato come punto di accesso per i cittadini e le organizzazioni pubbliche e private, per una mappatura delle risorse territoriali, un luogo di dialogo e collaborazione tra e per i cittadini al fine di facilitare nuove relazioni e accrescere il capitale sociale sul territorio. L'accesso alla piattaforma e la possibilità di caricare e condividere informazioni dovrà essere subordinato alla creazione di un account personale o specifico per l'organizzazione e/o il gruppo informale di cui si fa parte.

7.1.5. GOVERNO E PROGRAMMAZIONE DEL SISTEMA TERRITORIALE

In quest'area devono confluire tutti i dati raccolti dai providers del territorio che offrono prestazioni e servizi di welfare, pubblici e privati. E' fondamentale che la piattaforma, con appositi automatismi, venga costantemente alimentata, al fine di avere a disposizione in tempo reale informazioni utili e necessarie per una programmazione efficiente ed efficace della spesa in relazione ai reali bisogni della comunità.

Contestualmente dovrà essere sviluppata un'attività costante di data analysis ed interscambio di tutte le informazioni e dati disponibili, così che tutti i decisori del territorio abbiano a disposizione elementi oggettivi per ottimizzare la programmazione nell'utilizzo delle risorse a favore della comunità.

Perché questo modello sia efficace, è chiaro che il focus deve essere posto in primis sull'interoperabilità dei vari sistemi informatici già in uso, elemento che risulta oggi più che mai la chiave di volta per la presa in carico globale di ciascun cittadino.

Questa è una sfida da accettare (e vincere) per far sì che le opportunità della digital health si trasformino in qualcosa di concreto a beneficio della comunità, anche nella COT Cremasca.



7.2. CMT E PROGETTO DI VITA PER AUTISMO: UN ESEMPIO DI PROGETTUALITÀ INTEGRATA DA REALIZZARE NELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI CREMA

Nel territorio cremasco è in fase di attuazione una progettualità di presa in carico di soggetti autistici, attraverso un modello innovativo fortemente voluto e promosso dalle Associazioni di famiglie di persone autistiche del territorio. Tale progettualità, redatta congiuntamente da ATS Val Padana, ASST di Crema, Comune di Crema e Azienda Sociale Cremasca è stata approvata e finanziata da Regione Lombardia con D.G.R. n. 5213 del 30/09/2021 ed ha come obiettivo strategico quello di promuovere la stesura di un Progetto di Vita Individualizzato per l'attivazione di interventi integrati, di natura sanitaria e sociale, differenziati in base all'età anagrafica delle persone autistiche ed al livello di gravità. Il "progetto di vita" viene innanzitutto inteso come un processo che coinvolge, in una concertazione necessaria, la persona con disabilità, la famiglia, gli enti locali, gli enti sanitari e il terzo settore, con il fine di garantire alla persona una condizione esistenziale il più possibile autonoma e autosufficiente.

La progettualità, partecipata sia nell'ideazione che nella stesura e successiva attuazione, ha come obiettivi specifici:

- la costituzione di un modello di rete per la presa in carico istituzionale tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, finalizzato a favorire e a salvaguardare la continuità assistenziale lungo tutto il percorso di vita dei soggetti interessati;
- l'adozione di un nuovo modello di finanziamento degli interventi, attraverso il budget unico di cura, che mira ad un'ottimizzazione della gestione delle risorse pubbliche sociosanitarie e sociali, ed alla possibilità di riportare nel perimetro progettuale anche le risorse private delle famiglie. Si tratta di sperimentare una forma di superamento del modello erogativo attuale, fondato sul rimborso della singola prestazione effettuata, attraverso il riconoscimento di un "budget di cura" come valorizzazione per la presa in carico continuativa e modulata sulla base dei bisogni e dell'età del soggetto;
- l'Implementazione di moduli specializzati da integrare con i sistemi informativi regionali di gestione della presa in carico e del fascicolo sanitario elettronico, a partire da una piattaforma informatica già in uso presso l'ambito cremasco.



Destinatari diretti del progetto sono:

- le persone con autismo con particolare riferimento alla fascia di età compresa tra 0 – 18 anni;
- i famigliari dei soggetti coinvolti, anche riuniti attraverso forme associative di rappresentanza, presenti sul territorio e raggruppamenti non formalizzati.

Destinatari indiretti sono invece:

- gli operatori e i servizi afferenti ai quattro livelli istituzionali promotori dell'intervento (ATS – ASST – Comuni dell'ambito cremasco – Comunità Sociale Cremasca);
- i soggetti del terzo settore e del privato sociale che operano sul territorio, con il ruolo sia di erogatori di prestazioni accreditate, sia di promotori di attività/eventi di carattere educativo-socializzante;
- le comunità di appartenenza, declinabili in luoghi e contesti di vita (Parrocchia, Scuola, Luoghi di aggregazione, etc) dei soggetti interessati.

Abbiamo voluto qui richiamare questa progettualità perché crediamo che la stessa possa fare da “apripista” per la definizione e l’attuazione delle modalità organizzative ed operative che dovranno caratterizzare la Casa della Comunità di Crema. Si tratta, infatti, di un’azione che vede come centrale, in tutte le sue fasi, il lavoro di rete e l’adozione di modalità operative orientate al rafforzamento dell’integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale da realizzare anche attraverso il confronto e la partecipazione delle “famiglie”, tassello di quella “comunità” non solo portatrice di un bisogno di assistenza e cura, ma a sua volta elemento e risorsa attiva ed essenziale del “sistema e del percorso di cura”.

Riteniamo, inoltre, che il Centro Multiservizi Territoriale (CMT) che nella progettualità è stato pensato quale luogo fisico, punto di riferimento interistituzionale presso il quale sono chiamate ad operare figure dedicate con funzioni generali di coordinamento e supporto e operatori dei servizi specialistici e territoriali che comporranno un’équipe multidisciplinare in grado di assolvere le funzioni di accoglienza, diagnosi, valutazione e progettazione personalizzata, possa a tutti gli effetti trovare “casa” all’interno della “Casa della Comunità”, rappresentandone una specificità. Siamo, infatti, convinti che l’integrazione di diverse professionalità in modo stabile - così come pensata per questa progettualità all’interno di una organizzazione a rete quale il CMT- consente di omologare e trasporre su tutto il territorio le azioni sanitarie e sociosanitarie inerenti lo specifico target: la diagnosi clinica, il supporto all’integrazione scolastica, l’attività epidemiologica, la prescrizione di ausili, l’attivazione e la governance dell’intervento abilitativo e del trattamento bio - psico - socio - educativo. Si tratta



di creare quindi un'organizzazione che permetta lo scambio di competenze e il supporto reciproco tra i vari sistemi, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del soggetto autistico e della sua famiglia, attraverso una presa in carico che evita la dispersione, la ridondanza e la disomogeneità degli interventi. Dopo aver raccolto le informazioni necessarie, l'équipe multidisciplinare del CMT, in raccordo con la famiglia e con gli operatori di riferimento, focalizza i bisogni, le necessità e le risorse della persona e provvede alla stesura di un progetto a norma dell'articolo 14 della Legge n. 328/2000(28).

Nel CMT i diversi attori istituzionali portano in dote la propria quota di risorse che vengono confermate per interventi di specifica competenza, ma che unendosi all'interno di un budget di cura vengono valorizzate a sostegno degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali necessari a rispondere alle esigenze e ai bisogni delle persone lungo le diverse fasi della vita.

Pensiamo che questa modalità possa rappresentare la base essenziale del funzionamento della Casa della Comunità, regia unitaria all'interno della quale, a partire dall'accoglienza e analisi della richiesta, la centratura di priorità viene data alle funzioni di Valutazione integrata e di Progettazione personalizzata, in una ricomposizione delle risorse in campo - umane, tecnologiche, economiche - e dei relativi percorsi di cura, anche a contrasto e/o contenimento di fenomeni di dispersione, duplicazione e sovrapposizione degli interventi e dei relativi oneri.

²⁸ Legge 328/2000 art. 14 comma 2 "Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale o al Profilo di funzionamento, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, il Piano educativo individualizzato a cura delle istituzioni scolastiche, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare".



8. Conclusioni e possibili sviluppi futuri

A conclusione del presente lavoro, riteniamo utile ed opportuno tracciare un percorso per l'immediato futuro che provi a dare il senso di quanto ipotizzato e progettato.

A prescindere dalle incertezze e dalle contraddizioni del contesto di riferimento, dai vincoli connessi alle scelte obbligate di ubicazione e di progettazione strutturale e logistica, occorre continuare immaginare a Crema una Casa della Comunità in grado di assolvere pienamente alle funzioni previste e capace di connotarsi come "il luogo" di incontro e di confronto, nodo di rete e di relazione tra i diversi attori che, a vario titolo e in diversa misura, ne saranno parte attiva, progettandola e rimodulandola in base alle necessità ed ai bisogni.

Nel territorio cremasco esistono favorevoli precondizioni per il raggiungimento di questo obiettivo. Nel tempo, infatti, si sono consolidate relazioni e positivi scambi tra tutti gli attori del welfare che hanno favorito la strutturazione di modelli innovativi integrati e nuove progettualità. A ciò si aggiunge anche il lavoro di comunità che negli ultimi anni le politiche sociali del territorio hanno fortemente sostenuto, improntato a legittimare il ruolo del Terzo Settore e dell'associazionismo, e a favorirne il protagonismo e la generatività. La sperimentazione in corso nell'ambito dell'autismo, citata nel presente lavoro, ne costituisce un esempio concreto. Per questo motivo riteniamo che l'attuazione della riforma sociosanitaria nel territorio cremasco potrebbe trovare terreno fertile e rappresentare un'opportunità anche per una contemporanea riorganizzazione funzionale dei servizi sociali.

La CdC di Crema costituisce pertanto un obiettivo che dovrà essere progressivamente implementato e riorganizzato, un esempio di "work in progress" che potrebbe essere favorito nella sua piena realizzazione dall'utilizzo di nuove piattaforme tecnologiche interoperabili - alcune già in fase di sviluppo avanzato nel territorio.

I due aspetti richiamati anche nel "Summary Report", quello relativo alla Medicina Territoriale ed alla sua possibile evoluzione, ai vantaggi legati all'operare presso la CdC in contiguità ed in stretto collegamento con gli altri professionisti ed in particolare coi Medici Specialisti ospedalieri, e quello invece relativo all'ambito del Sociosanitario e del Sociale, rendono ancora più evidente e pressante la necessità di porre mano, nel breve termine, ad una riorganizzazione e sistematizzazione dei modelli di intervento, attraverso soluzioni e forme di collaborazione che rendano meno difficoltosi e frammentati, oltre che più efficaci, i percorsi "di orientamento e di "presa in carico" delle persone affette da patologie croniche, da fragilità o disabilità di vario tipo.

La Casa della Comunità da noi immaginata, nonostante le difficoltà strutturali in cui si troverà ad operare e quelle legate alla non semplice integrazione organizzativa e professionale da realizzare tra i diversi attori, dovrà rappresentare il punto di riferimento per i cittadini e i loro bisogni, la "Casa" nella quale la "Comunità" trova accoglienza ed orientamento, attraverso il suo Punto Unico di Accesso e la sua contiguità con la COT ed i Servizi Distrettuali.



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

La nuova modalità di accesso ai servizi sociosanitari, potrebbe altresì favorire l'emergere di fragilità e vulnerabilità che non sono sempre vengono intercettate dagli stessi Comuni o da altri attori del welfare locale.

La CdC di Crema dovrà divenire il luogo in cui gli utenti vengono indirizzati verso il percorso di cura più appropriato, la sede nella quale viene esercitato quel ruolo di "regia" sul territorio che la LR. 22 del 2021 assegna al Polo Territoriale dell'ASST di Crema, di concerto con quello programmatico dell'ATS della Val Padana ed in sinergia con gli EE.LL., il PdZ, la Comunità Sociale Cremasca, gli Enti e le realtà del Terzo Settore. Questa nuova prospettiva di lavoro necessiterà di un costante accompagnamento formativo, da rivolgere agli operatori e a tutti gli attori del welfare locale, per orientarne i comportamenti e favorire l'interiorizzazione del nuovo modello.

Le due "anime" così come le abbiamo definite, sanitaria e sociale, intrecciandosi ed integrandosi presso la Casa della Comunità, potranno nel tempo caratterizzarla e rappresentare quel "valore aggiunto" che il presente elaborato, frutto di un iter di apprendimento e di rielaborazione che il Corso frequentato ci ha ampiamente stimolato a svolgere, a più riprese e da diverse prospettive, ha voluto tracciare come idea e direttrice di sviluppo.

La storia dei prossimi anni potrà dirci se le basi qui impostate avranno potuto realizzarsi in concreto, ed in quale misura.

Ciò che crediamo non manchi e non mancherà nel contesto cremasco, sarà il continuo incrementarsi del bisogno di attenzione, di ascolto, di orientamento e accompagnamento competente e professionale, a fronte del quale, sarà necessario agire con convinta determinazione, per affrontare e vincere una sfida che si presenta estremamente complessa da gestire e non scevra di ostacoli, ma stimolante e necessaria per il perseguimento del benessere della "Comunità" di Crema.



9. Riferimenti normativi

Progetto obiettivo nazionale "Tutela della salute degli anziani" del 30 gennaio 1992.

Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

DGR VIII/10759, 11 dicembre 2009 "Determinazione in ordine alla realizzazione del Centro per Assistenza domiciliare nelle Aziende Sanitarie Locali"

L.R. n. 23 dell'11/8/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"

L.R. 22 del 14 dicembre 2021 "Modifiche al titolo I e al titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "

D.M. 71/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"

10. Bibliografia

- G.P. Quaglino, S. Casagrande, A. Castellano, *Gruppo di lavoro lavoro di gruppo*, anno 1992 Ed. Raffaello Cortina
- G.P. Quaglino, C.G. Cortese, *Gioco di squadra*, anno 2003 Ed. Raffaello Cortina



- A. Dalponte, F. Olivetti Manoukian *Lavorare con la cronicità*, 2004 Ed. Carocci Faber
- E. Gregori, G. Viganò, *Strumenti di valutazione multidimensionale dell'anziano fragile. Analisi empiriche sul sistema S.Va.M.A. della regione Veneto*, anno 2008 ed. Franco Angeli
- Santullo, *Le scale di valutazione in sanità*, anno 2008 Ed. McGraw-Hill Companies
- Marzano M., *Avere fiducia*, Mondadori, 2012
- F. Anzivino, L. Palestini, M. A. Nicoli, *Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale gestione sul territorio secondo il chronic care model*, 2013 ed. Agenzia sanitaria e sociale regionale
- Aburrà A., *Il tormento dell'integrazione tra sociale e sanitario*, Percorsi di secondo welfare, 16 novembre 2016
- Antonazzo, M. Bellagente, M. Silvani, C. Simonetti, P. Sisti, Quaderni dell'Ordine, *la dimensione sociale nella valutazione multidimensionale: aspetti metodologici e deontologici- contributi dei laboratori deontologici del gruppo per la formazione continua della provincia di Pavia*
- Brunod M. et al. *La coprogettazione sociale*, Erickson, 2016
- De Ambrogio U., Guidetti C., *La coprogettazione. La partnership tra pubblico e Terzo settore*, Carocci Faber, 2016
- Fazzi L. Longhi S. *L'evoluzione dell'impresa sociale nel settore dei servizi sociali*, in Borzaga C. Zandonai F. (a cura di) "L'impresa sociale in Italia economia e istituzioni dei beni comuni", primo rapporto IRIS Network, Donzelli Roma
- Marocchi G., *Enti pubblici e Terzo Settore: la riforma rilancia il partenariato*, Wellforum, 13 ottobre 2017
- Mosca M., *Sviluppo umano e budget di salute*, Franco Angeli, 2018
- Sacchetti S., *Dall'economia sociale all'economia socializzata. La Governance cooperativa come sistema di condivisione di lavoro e di ricchezza sociale*, Impresa sociale n.14 del 2019.
- D. Trevisani, *Ascolto attivo ed empatia: i segreti di una comunicazione efficace*, ed. FrancoAngeli - anno 2019
- Bodini C., *Medicina, territorio e salute: lezioni dall'epidemia*, intervista a Lorenzo Betti e Mauro



- Boarelli, Gli asini, 6 aprile 2020
- Bonaccorsi G. Lorini C., *Covid 19 e Health Literacy*, Salute internazionale, 18 aprile 2020
- Tidoli R., *Il territorio abbandonato. Covid, politiche regionali e cure primarie*, Lombardiasociale.it, 24 aprile 2020
- Paci e., *Lezioni di una pandemia: note per la ripartenza e il cambiamento*, Scienzainrete.it, 31 maggio 2020
- ATS VAL PADANA, *Piano operativo di potenziamento della rete di assistenza territoriale dell'ATS della Val Padana*, 2020.
- Esposito A., *Portare il sociale nella medicina. La lezione di Basaglia e la sanità dopo la pandemia*, Monitori, 2020
- Comune di Crema, *Relazione illustrativa al Documento Unico di Programmazione del Comune di Crema, 2021-2023*
- AGENAS - MONITOR – Elementi di analisi e osservazione del sistema salute 45 PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA MISSIONE SALUTE Editoriale Direttore Generale Domenico Mantoan – Presentazione Presidente Enrico Coscioni
- Agenas, *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*, 2021
- Stanghellini A., *Il perimetro giuridico della Co-pro – elementi normativi e procedurali per l'Amministrazione Condivisa*, Crema, convegno del 24/09/2021.
- Università Bocconi, *Il management della transizione: COT e non solo COT*, Rapporto Oasi 2021, Capitolo 12
- Francesco Longo e Sara Barsanti, *Community Building: logiche e strumenti di management. Comunità, reti sociali e salute*. Egea, 2021
- AGENAS - MONITOR – I quaderni supplemento alla rivista semestrale monitor 2022 LE CENTRALI OPERATIVE Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali



11. Sitografia

<https://www.rosmini.edu.it/wordpress01/wp-content/uploads/2019/05/05-Gli-strumenti-di-classificazione-e-valutazione-del-ICF-guida-introductiva-prof.-Gianluca-Lovino.pdf> (v. 18/02/2022)

http://www.aslcagliari.it/documenti/8_35_20071026181345.pdf (v.18/02/2022)

http://opicomo.it/documenti/dispensa%20scale_2009.pdf (v.18/02/2022)

http://www.ausl.pc.it/cure_primarie/modulistica/docs/KARNOFSKY%20PERFORMANCE%20STATUS.pdf (v.18/02/2022)

https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-7_Valutazione-delle-performance-cognitive.pdf (v.18/02/2022)

http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/100/100_linee_guida_per.htm (v. 01/03/2022)

<https://www.ordineaslombardia.it/wp-content/uploads/2019/06/La-dimensione-sociale-nella-valutazione-multidimensionale.pdf> (v. 14/03/2022)

<https://forward.recentiproggressi.it/it/rivista/numero-22-prossimita/articoli/i-pilastri-di-una-nuova-rete-territoriale/> (v. 14/03/2022)

<http://www.vita.it/it/article/2022/01/10/una-piattaforma-digitale-per-tutto-il-welfare-italiano/161512/> (v. 22/02/2022)