



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Corso di Perfezionamento

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

Project work

**Il nuovo assetto delle Case della Comunità
nell'ambito della riorganizzazione territoriale
dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASF0)**

Autore: Dr. Joseph Polimeni

Direttore scientifico
Prof. Renato Balduzzi

Tutor di progetto
Dott. Andrea Patanè

Anno accademico 2021-2022

Indice

Abstract	pag. 3
1 – Introduzione	pag. 4
2 - Il contesto regionale	pag. 5
3 - Le scelte propedeutiche di ASFO	pag. 6
4 - L'organizzazione complessiva delle case della comunità in ASFO	pag. 8
5 - La programmazione economico-finanziaria degli investimenti	pag.10
6 - Le sfide gestionali che dovranno essere implementate per dare piena realizzazione alle Case della Comunità	pag.11
7 - Conclusioni	pag.13
8 – Bibliografia	pag.16

Abstract

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

In una prima parte viene presentata l'articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria con le diverse strutture sociosanitarie presenti sul territorio di competenza e la specificità di alcune scelte allocative su particolari distretti a servizio di bacini di utenza differenziati.

Lo studio analizza, poi, il ruolo assegnato alle Case della Comunità nell'ambito della riorganizzazione territoriale in atto, che prevede oltre a tali strutture anche la realizzazione degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali, contestualizzando il piano attuativo aziendale anche nell'ambito delle peculiarità di contesto normativo propria di una regione a statuto speciale quale la Regione Friuli Venezia Giulia. Vengono, infatti, delineate le scelte finali per il territorio di competenza alla luce delle specifiche norme regionali di settore e del fabbisogno aziendale derivante dai dati demografici e sanitari dell'area di riferimento.

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

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

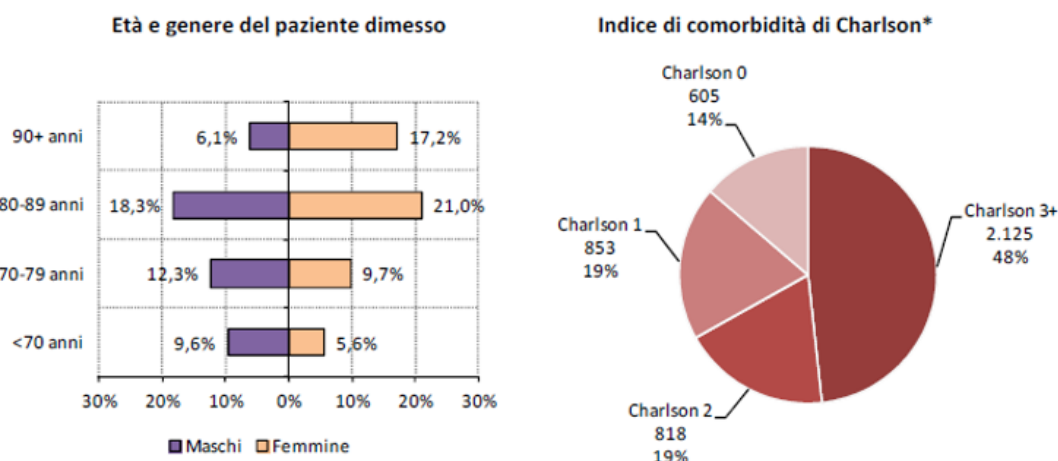
Nella parte finale del lavoro vengono tracciate alcune linee e proposte evolutive utili per dare in futuro piena applicazione a queste nuove strutture con l'intenzione di stressare il ruolo di prima interfaccia e di presa in carico dei bisogni socio-sanitari dei cittadini che sottende e disegna anche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

1 – Introduzione

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nell'ambito della Missione 6 Salute, ha previsto e finanziato con il Decreto MEF 6 agosto 2021 importanti investimenti strutturali e tecnologici per le Case della Comunità, per le Centrali Operative Territoriali (COT), per l'Assistenza domiciliare integrata e per i Presidi di Cure intermedie, comprendenti, oltre agli Hospice, anche gli Ospedali di Comunità, definiti dal D.M. Sanità n.70/2015 al punto 10.1 e all'allegato A dell'Intesa Stato-Regioni n.17/2021.

Tale importante nuovo assetto della presa in carico territoriale deve soddisfare principi di multidisciplinarietà, di forte integrazione interprofessionale, di personalizzazione dell'assistenza, di perseguimento della integrazione socio-sanitaria e di gestione in rete del cittadino che sempre più oggi e in futuro è e sarà un paziente anziano con una importante comorbidità, come evidente in fig.1.

Fig. 1 - La transizione epidemiologica e demografica nelle cure primarie in ASFO – Dati Relazione Sanitaria 2020



Più del 60% dei ricoveri in medicina riguarda pazienti 80+, il 23% 90+

Le proiezioni demografiche al 2028 prevedono un aumento del 25% della popolazione 80+ (da 23.000 a 29.000 nel territorio ASFO)

In particolare, nel PNRR la Casa della Comunità è definita come "lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici" e quindi una struttura dove "opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità, assieme ad altri professionisti della salute" e che "potrà ospitare anche assistenti sociali"; ha, inoltre, il "fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento", come già previsto nel Decreto Ministeriale Sanità del 10 luglio 2007 in materia di case della salute (report 144/2021 Camera dei Deputati).

La vera sfida con la realizzazione delle Case della Comunità sarà quello di garantire strutture che possano rappresentare una evoluzione delle precedenti Case della salute,

previste già in via sperimentale dalla Finanziaria del 2007 e solo parzialmente attivate nelle diverse regioni italiane, che rispondano pienamente ai principali fabbisogni di prossimità e di risposta di integrazione socio-sanitaria e di presa in carico delle esigenze dei cittadini come prima interfaccia sul territorio rispetto a quadri complessi e, quindi, non solo di natura prestazionale.

Linee più chiare di indirizzo sono dettate dalla recente ultima bozza, oggi all'attenzione della Conferenza Stato-regioni, del Decreto Ministeriale sulla nuova organizzazione territoriale in rapporto anche agli investimenti previsti dal PNRR, soprannominato dagli addetti ai lavori come "DM 71", intendendo con tale sigla l'omologo per l'assistenza territoriale del DM 70 del 2015 sugli standard ospedalieri.

2 - Il contesto regionale

Nella Regione Friuli Venezia Giulia, le Aziende sanitarie del SSR con l'utilizzo delle risorse del PNRR e altri fondi regionali e statali, anche valorizzando gli assetti organizzativi previsti nei nuovi atti aziendali in corso di adozione, stanno procedendo ad una graduale riorganizzazione dell'assistenza socio-sanitaria e delle reti clinico-assistenziali secondo il modello stabilito dalla L.R. 22/2019, che all'art. 15 promuove l'integrazione tra servizi e professionisti. In particolare, tale integrazione sta proseguendo, oggi, in un'ottica di prossimità e capillarità sul territorio, nella definizione delle Case della Comunità che rappresentano, come già detto il punto di accesso e di erogazione di prestazioni sanitarie e sociali territoriali, governate a livello di struttura organizzativa distrettuale, così come prevista dal combinato disposto dell'art. 3-quinquies e 3-sexies del D.Lgs 502/1992 e dall'art. 18 del CCNL in GU n.22/2020.

La DGR n. 1446/2021, modificata dalla DGR n. 1965/2021, ha definito le funzioni e l'organizzazione di queste nuove strutture, appunto le Case della Comunità, nell'articolazione territoriale delle Aziende sanitarie; esse sono in parte finanziate dal PNRR e in parte dal bilancio regionale. In particolare per ASFO, secondo la DGR n.54/2022 sono previste ben 16 Case della Comunità, articolate in tipologia hub e tipologia spoke:

- le 6 Case della Comunità Hub saranno realizzate a: Pordenone, Sacile, San Vito, Azzano Decimo, Maniago e Spilimbergo;
- le 10 Case della Comunità Spoke saranno realizzate a: Aviano, Brugnera, Cordenons, Casarsa della Delizia, Fiume Veneto, Fontanafredda, Porcia, Prata di Pordenone, Zoppola, Claut (spoke stagionale).

La stessa DGR 54/2022 individua, inoltre, 3 Centrali Operative Territoriali localizzate a Pordenone, Sacile e San Vito al Tagliamento, oltre ai letti di cure intermedie all'interno degli ospedali di comunità.

E' opportuno ricordare, inoltre, che la DGR n. 445/2021 ha aggiornato l'articolazione organizzativa dell'assistenza primaria regionale in base alle determinazioni adottate dalle singole Aziende sanitarie secondo i criteri di cui all'art. 33 dell'ACN 2005-2009 e dell'AIR 06.12.2011, reso esecutivo con DGR 2479/2011, ai sensi dell'art.8 del D.lgs 502/1992 e della Legge n.189/2012 del nuovo ACN, nel cui testo in corso di definizione alla SISAC è previsto un maggiore coinvolgimento dei medici convenzionati coordinati a livello distrettuale nelle strutture aziendali territoriali. In tal senso, anche il già citato "DM 71" prevederà un ruolo cruciale dei medici di assistenza primaria, sia quelli a rapporto fiduciario (Medici di Medicina

Generale e Pediatri di libera Scelta) sia quelli a rapporto orario (Medici Specialisti Ambulatoriali interni e Medici di Continuità Assistenziale).

Inoltre, per quanto attiene il tema della fragilità e della non autosufficienza, è importante ricordare che il PSN introduce come Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali (LEPS) le dimissioni protette, che riguardano in particolar modo le persone anziane e persone fragili alla dimissione dall'ospedale. Per "dimissione protetta" si intende una dimissione da un contesto sanitario che preveda una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sanitari e i servizi sociali dei Comuni mediante il lavoro multidisciplinare integrato dei servizi svolto nel PUA distrettuale ai sensi dell'art. 15, comma 3, della LR 22/2019 e oggi nelle COT del nuovo PNRR.

In tale ottica, la Regione FVG ha con DGR 1610/2021 ha approvato le linee guida per un percorso di domiciliarità comunitaria alternativo alla residenzialità supportata dal contributo giornaliero di cui all'art.13 della LR 10/1997. Con DGR 1519/2021, poi, ha approvato il Piano Regionale di Assistenza alla Popolazione Anziana Fragile 2021-2023 contenente obiettivi a supporto della non autosufficienza con la partecipazione dei Servizi sociali e degli Enti del terzo settore. Inoltre, con DGR 1624/2019 e la successiva DGR 1625/2019 ha previsto l'utilizzo del Budget di salute (quota sanitaria), per il finanziamento dei progetti individuali destinati alle persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo e con DGR 1134/2020 ha approvato le linee guida per l'assistenza ai disabili mediante percorsi innovativi, previa valutazione con lo strumento Q-VAD adottato con DC n.2071/SPS/2018, regolamentati per l'attuazione con DGR n.129/2021.

3 - Le scelte propedeutiche di ASFO

Il territorio di competenza della Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) coincide con quello della ex provincia di Pordenone. Si articola in 50 comuni e copre un territorio di circa 320.000 abitanti. E' articolata in cinque Distretti:

- Distretto del Noncello (circa 100.000 abitanti).;
- Distretto del Sile (circa 60.000 abitanti).;
- Distretto del Livenza (circa 62.000 abitanti).;
- Distretto del Tagliamento (circa 45.000 abitanti).;
- Distretto delle Dolomiti Friulane (circa 50.000 abitanti).

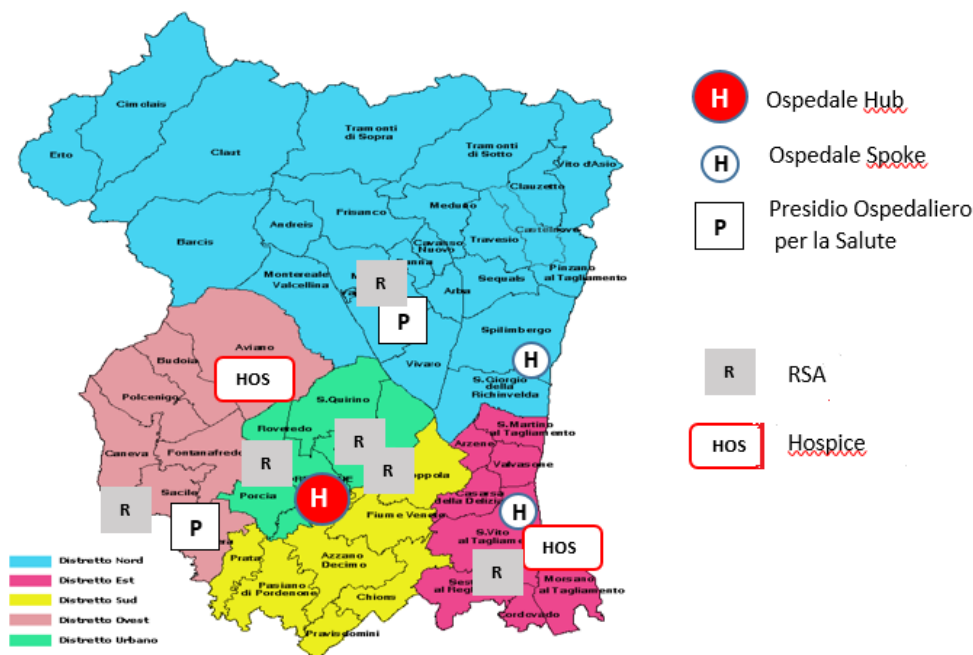
L'Azienda è dotata di tre ospedali per un totale di circa 750 posti letto (1 ospedale hub a Pordenone e due ospedali spoke a San Vito al Tagliamento e a Spilimbergo). Inoltre, presso Maniago e Sacile sono presenti dei Presidi Ospedalieri Territoriali di Prossimità, strutture distrettuali, riconvertiti nel 2015 da precedenti ospedali per acuti. Sono presenti poi 7 strutture di cure intermedie (6 RSA e 1 Hospice). A tal riguardo è importante ricordare che in regione Friuli Venezia Giulia non sono presenti Ospedali di Comunità e le succitate RSA svolgono in realtà proprio funzioni di letti di cure intermedie, essendo invece la residenzialità per anziani non autosufficienti assicurata all'interno delle case di riposo (in ASFO sono 17), strutture gestite non dall'azienda sanitaria, ma da Enti di diversa natura (ASP, Comuni, Privati, Enti ecclesiastici, ecc.)

Una importante rimodulazione da parte regionale è in corso per quest'ultime strutture, finalizzata a migliorare la gestione della residenzialità dei soggetti non autosufficienti. D'altronde vale la pena segnalare che il PNRR mentre ha posto l'attenzione su molte strutture da attivare e promuovere sul territorio (Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità)

oppure su processi strategici nell'assistenza territoriale come quella effettivamente della assistenza domiciliare, ha trascurato, invece, proprio queste strutture (ovvero le RSA/Case di Riposo), mentre tali residenzialità diventano un tassello importante nel mosaico di riprogettazione e riorganizzazione del territorio assieme alle cure primarie e alle cure intermedie.

L'articolazione dei diversi distretti e il quadro sinottico della distribuzione delle principali strutture di ASFO sopra descritte è rappresentata nella seguente figura 2.

Fig. 2 – L'attuale assetto di ASFO e le sue strutture sul territorio



Con il Decreto del Direttore Generale n. 748 del 30/11/2020 sono stati allineati perfettamente i territori di competenza dei distretti con quelli corrispondenti agli Ambiti Sociali che ricomprendono le funzioni sociali e socio-assistenziali dei comuni di appartenenza. Tale atto rappresenta un passaggio fondamentale nell'ottica della necessaria integrazione socio-sanitaria sotto il versante istituzionale come cornice fondamentale in cui inserire gli aspetti gestionali di tale integrazione che dovranno trovare luogo proprio nelle case della comunità.

La Direzione di ASFO, inoltre, con specifico Decreto del Direttore Generale n.1141/2021 ha già effettuato una revisione del modello organizzativo del Punto Unico di Accesso (PUA) nei distretti sanitari come previsto dall'art. 1 della legge 234/2021, modifica richiesta poi anche dalla DGR n.54/2022.

L'art.1 della Legge 234/2021, infatti, al comma 163 individua le Case della Comunità quali articolazioni del Servizio Sanitario dove è posta la sede operativa dei Punti Unici di Accesso (PUA) in cui è garantito alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari, assicurando:

- la funzione delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) distrettuali (previste dagli artt. 24 e 25 della LR 10/1998 e dall'art.7 della LR 22/2019);

- la definizione del Progetto di Assistenza Individuale (PAI) con l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno ai sensi dell'art.9, LR 22/2019.

Tali previsioni sono conformi alla definizione di PUA integrato socio-sanitario descritta al punto 2.7 del Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, approvato ai sensi del D.Lgs 147/2017, e all'introduzione con l'art. 1, commi 167 e 170, della legge n.234/2021 dei Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali (LEPS) che si integrano con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui al DPCM 12/01/2017 nella costituzione dei diritti esigibili da parte degli assistiti. Il PUA rappresenta l'evoluzione degli sportelli informativi di segretariato sociale senza presa in carico ex-art.22 della Legge 328/2000 e DGR n.1489/2018.

A seguito dell'emanazione delle Linee guida regionali, il modello organizzativo e operativo definito dall'Azienda darà concreta e graduale attuazione locale della funzione di Centrale Operativa Territoriale (COT) prevista dal PNRR per ogni bacino di utenza di almeno centomila residenti, come richiesto dall'art. 22 della L.R. n.22/2019. In ASFO, pertanto, come già accennato, le COT saranno tre a valenza interdistrettuale e saranno collocate a Pordenone, Sacile e San Vito al Tagliamento.

4 - L'organizzazione complessiva delle Case della Comunità in ASFO

La Casa della Comunità prevista espressamente dal PNRR alla Missione 6 Componente 1 del PNRR rappresenta una struttura da prevedersi ogni circa 40.000 abitanti (con alcune deroghe da tollerare in funzioni di aree disagiate e con oggettive problematiche di mobilità e di densità abitativa).

In attesa della definizione più puntuale a livello nazionale e regionale dei criteri e degli standard previsti per le Case della Comunità Hub e Spoke, preso atto sul tema del Rapporto n.144 del 1 marzo 2021 del Servizio Studi-Affari Sociali della Camera dei Deputati, al fine di una prima verifica e mappatura delle sedi distrettuali in ASFO per censire i locali ed i necessari adeguamenti strutturali e organizzativi nelle sedi approvate in DGR n.54/2022, si richiamano i requisiti minimi per le Case della Comunità previsti dalle Linee guida ministeriali AGENAS 2021, peraltro recentemente rivisti dalla citata bozza "DM 71".

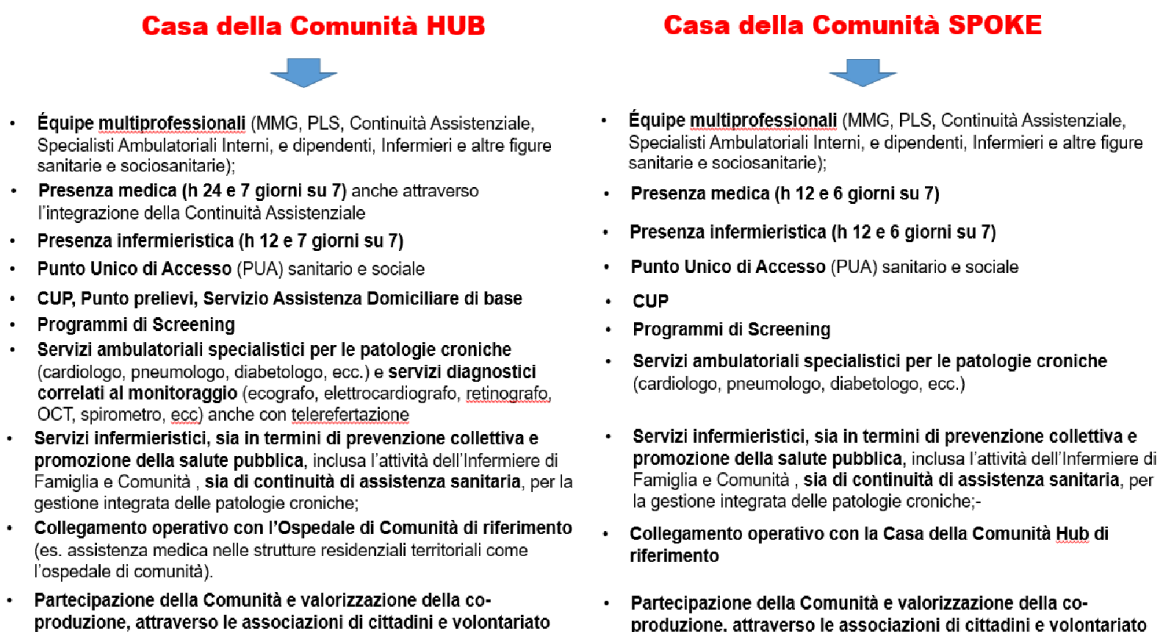
La Casa della Comunità, sia nell'accezione hub sia in quella spoke, costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità e anche altre professionalità, oltre alla presenza di tecnologie diagnostiche di base.

La verifica delle singole sedi distrettuali di Casa della Comunità Hub e Spoke individuate in ASFO dalla DGR n.54/2022 consente di programmare poi l'adeguamento delle strutture agli standard di locali, servizi e personale attraverso l'opzione di una riorganizzazione e redistribuzione dei servizi essenziali richiesti per definire una Casa della Comunità nei locali esistenti invariati oppure attraverso l'opzione alternativa di un ampliamento possibile delle stesse strutture o di una nuova costruzione. E' opportuno ricordare inoltre che ASFO sta interpretando operativamente, nella sua definizione operativa, gli standard previsti per le Case di Comunità hub in modo rigoroso e fortemente vincolante; relativamente, invece, le Case di Comunità spoke si è data una lettura più flessibile rispetto ai requisiti minimi di servizio da prevedersi, così da declinare in modo più flessibile le nuove strutture spoke sul territorio

rendendole più capillari e rispondenti a criteri di forte prossimità per i cittadini con particolare riguardo a quelli delle zone disagiate e periferiche.

Nella figura che segue sono illustrate le funzioni che ASFO intende garantire nelle tue principali tipologie di Casa della Comunità.

Fig. 3 – Le diverse tipologie delle case della Comunità previste in ASFO



ASFO ha già effettuato una mappatura dettagliata per ciascuna sede distrettuale individuata dalla programmazione regionale e aziendale a divenire casa della comunità in ordine alla tipologia di spazi da adibire alle diverse funzioni sia come hub che come spoke. Evidentemente le strutture di nuova edificazione non avranno alcun tipo di problema relativamente ai suddetti spazi; le case della comunità, invece, che saranno realizzate attraverso una ristrutturazione delle sedi distrettuali già esistenti avranno bisogno di particolare attenzione nella fase di progettazione per rendere e conciliare la situazione "as is" verso il "to be".

ASFO, inoltre, è fortemente impegnata in questi mesi non solo nel prevedere tutti gli aspetti procedurali per dare continuità al percorso realizzativo delle nuove strutture delle Case della Comunità, ma sta perfezionando in accordo con gli enti locali di riferimento i percorsi di integrazione socio-sanitaria che dovranno trovare piena applicazione in queste nuove strutture e ha intenzione di avviare bandi specifici per selezionare enti del 3 settore al fine di creare condizioni di rete di presa in carico e di comunità inserendo questi nuovi attori valorizzandone le possibilità di co-programmazione, co-progettazione, co-produzione, previste nel recente codice del terzo settore approvato nel 2017.

5 – La programmazione economico-finanziaria degli investimenti

L'utilizzo dei fondi del PNRR, come è noto, impone un percorso a tappe forzate che prevede una scansione temporale molto stretta che vede una serie di scadenze, per la Regione e l'Azienda, che devono essere rispettate per potere accedere al finanziamento. Di seguito viene riportata tale stringente crono-programma:

- entro il 31 maggio 2022 deve essere sottoscritto da parte della Regione il Contratto Istituzionale di Sviluppo;
- entro il 31 dicembre 2022 devono essere approvati i progetti dei lavori;
- entro il 30 settembre 2023 devono essere sottoscritti i contratti di appalto dei lavori/acquisizioni;
- entro il 31 dicembre 2026 devono essere terminati i lavori e i collaudi.

Il dettaglio delle diverse Case della Comunità, la sede, la tipologia di intervento e i correlati impegni finanziari programmati sono illustrati nella seguente fig.4.

Fig. 4 – Gli investimenti programmati per le Case della Comunità di ASFO

Fondi	Sede	Tipologia	Intervento	Investimento CdC	Investimento COT	Totale
PNRR	Pordenone	Hub + COT	CdC di fatto già pronta. Semplice riqualificazione della Cittadella della Salute Socio Sanitaria recentemente attivata	0,00 €	340.863,00 €	340.863,00 €
PNRR	Sacile	Hub + COT	Nuova edificazione	1.489.395,00 €	340.863,00 €	1.830.258,00 €
PNRR	San Vito al T.	Hub + COT	Nuova edificazione	1.489.395,00 €	340.863,00 €	1.830.258,00 €
PNRR	Spilimbergo	Hub	Ristrutturazione	1.489.395,00 €	0,00 €	1.489.395,00 €
PNRR	Maniago	Hub	Ristrutturazione e ampliamento	1.489.395,00 €	0,00 €	1.489.395,00 €
PNRR	Azzano Decimo	Hub	Nuova edificazione	1.489.395,00 €	0,00 €	1.489.395,00 €
Altri	Cordenons	Spoke	Nuova edificazione	1.489.395,00 €	0,00 €	1.489.395,00 €
Altri	Aviano	Spoke	Ristrutturazione sede distrettuale	50.000,00 €	0,00 €	50.000,00 €
Altri	Brugnera	Spoke	Ristrutturazione sede distrettuale	200.000,00 €	0,00 €	200.000,00 €
Altri	Casarsa della D.	Spoke	Riqualificazione delle sede distrettuale	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Altri	Fiume Veneto	Spoke	Ristrutturazione sede distrettuale	280.000,00 €	0,00 €	280.000,00 €
Altri	Fontanafredda	Spoke	Ristrutturazione sede distrettuale	100.000,00 €	0,00 €	100.000,00 €
Altri	Porcia	Spoke	Ristrutturazione sede distrettuale	150.000,00 €	0,00 €	150.000,00 €
Altri	Prata di P.	Spoke	Riqualificazione sede distrettuale	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Altri	Zoppola	Spoke	Riqualificazione sede distrettuale	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Altri	Claut	Spoke	Ristrutturazione sede distrettuale	100.000,00 €	0,00 €	100.000,00 €
TOTALE				9.816.370,00 €	1.022.589,00 €	10.838.959,00 €

In collaborazione con L'Azienda Regionale di Coordinamento per Salute (ARCS), ASFO ha programmato le Case della Comunità Hub e Spoke e le Centrali Operative Territoriali prevedendo un investimento complessivo, con fondi PNRR e altri, rispettivamente di euro 9.816.370 e di euro 1.022.589. In particolare, in questa prima fase sono stati previsti, per quanto attiene appunto l'utilizzo dei Fondi PNRR, specifici costi parametrici minimi così articolati

- costo per una Casa della Comunità Hub (CdC Hub): euro 1.489.395,00;
- costo per una Centrale Operativa Territoriale (COT): euro 340.863,00.

Per quanto attiene, invece, le altre Case della Comunità, ovvero quelle spoke, sono stati previsti dei fondi regionali (e in alcuni casi anche altri fondi regionali/statali) anche di importo estremamente variabile in funzione del fatto che gli investimenti saranno meno standardizzabili rispetto alle omologhe strutture hub, in funzione del presupposto che tali interventi riguarderanno in parte solo:

- una mera ristrutturazione di spazi distrettuali già esistenti; la variabilità del fabbisogno di queste strutture varia molto in funzione del dimensionamento della struttura e del fatto di essere state già oggetto di alcuni recenti interventi edili-impiantistici;
- una mera riorganizzazione di spazi e cambio di funzioni in strutture già di fatto nuove e compatibili con le nuove funzioni richieste delle Case della Comunità.

Le Case della Comunità hub e spoke entreranno in rete con gli studi dei Medici di Medicina Generale e diventeranno la porta di ingresso naturale delle cure primarie sul territorio. Saranno anche la prima interfaccia degli utenti per l'avvio della presa in carico non solo sanitaria ma anche sociale, attraverso una valorizzazione forte delle Associazioni ed Enti del terzo settore che verranno coinvolti attivamente per la creare la rete della comunità attraverso azioni di partnership, utilizzando gli strumenti che il nuovo codice mette a disposizione (co-programmazione, co-progettazione, co-produzione).

6 - Le sfide gestionali che dovranno essere implementate per dare piena realizzazione alle Case della Comunità

Affinché le Case della Comunità possano davvero essere il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria, è necessario che la nostra Azienda sanitaria metta in campo una serie di passaggi operativi gestionali importanti.

Le sfide che ASFO intende affrontare nei prossimi mesi sono quindi le seguenti:

1. La prima sfida rilevante è quella relativa al giusto mix inerente l'obiettivo di garanzia del personale medico (medici di cure primarie e medici specialisti). In questo ambito un ruolo strategico è rappresentato dalla presenza nella sede della casa della comunità, in particolare, dei medici di cure primarie che ASFO conta di ottimizzare mettendo assieme nelle stesse AFT i medici a rapporto fiduciario (Medici di Medicina Generale) e i medici a rapporto orario (Medici di Medicina di Continuità Assistenziale). Ciò comporterà inesorabilmente una revisione dell'assetto delle sedi delle cosiddette "Guardie Mediche" che dovranno essere riviste nella loro collocazione orogeografica in quanto esse non sono di fatto legate a reti tempo-dipendenti, ma devono essere invece, baricentriche rispetto alla popolazione servita anche in relazione alla presa in carico delle cronicità in relazione alla necessità di prestazioni in continuità assistenziale durante le notti e i giorni festivi.
2. La seconda sfida su cui ASFO sta già lavorando è quella relativa al reclutamento degli infermieri di famiglia e comunità (ma anche dei fisioterapisti, delle ostetriche, ecc), figure fondamentali per la presa in carico e l'empowerment degli stessi cittadini, nonché l'educazione dei caregivers. Tali figure sono strategiche anche per la piena attuazione dell'approccio proattivo della medicina di iniziativa in quanto svolgono un ruolo essenziale in alcuni fasi (supporto all'auto-cura, gestione dei sistemi di allerta, richiamo dei

pazienti, svolgimento delle attività di flow-up). Sono in corso i primi atti di reclutamento degli infermieri che dovranno seguire direttamente a domicilio i cittadini in aree circoscritte afferenti ad una specifica casa della comunità e che diventeranno un punto di riferimento forte per la comunità in piena collaborazione con i medici di famiglia.

3. Un terzo elemento sui cui ASFO sta lavorando è quello relativo all'implementazione di sistemi di medicina di iniziativa, cioè su un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli "va incontro" prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla prevenzione e sull'educazione dei pazienti e dei suoi caregivers.
4. Un quarto elemento su cui ASFO è impegnata è quella di dare operatività ai percorsi di presa in carico sia sanitaria che sociale attraverso strumenti digitali. In ASFO sono già presenti, ancorchè in via sperimentale, alcune tipologie di servizi che hanno una funzionalità importante anche per l'assistenza territoriale e potranno essere sviluppati ulteriormente in futuro con la casa della comunità:
 - Telesorveglianza domiciliare (progetto regione fvg);
 - Teleassistenza, telesoccorso e telemonitoraggi clinici per gli assistiti a domicilio;
 - Telesoccorso per la sicurezza degli operatori sanitari di guardia medica;
 - Telediagnostica con refertazione eco , ecg e rx telematica;
 - Televisite/teleconsulti tra medico curante e assistiti domiciliari e loro caregivers;
 - Televisite/teleconsulti tra medici specialisti e assistiti;
 - Teleconsulti tra medico curante e medici specialisti;
 - Videochiamate per colloqui di monitoraggio tra assistiti a domicilio e in carcere e psicologi del CSM o altri operatori territoriali;
 - Gestione in remoto delle Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM); distrettuale per costruire Piani assistenziali individuali di Assistenza Territoriale (PAT);
 - Corsi FAD con formazione continua a distanza
 - Videovisite tra medico e paziente;
 - Telemonitoraggi e telediagnostica;
 - Teleconsulti tra specialisti;
 - Telesoccorso.
5. La creazione di reti di prossimità, anche informali, a supporto delle politiche di integrazione socio-sanitaria. In tal senso, ASFO è impegnata attraverso il Comitato di Partecipazione e le Associazioni di tutela dei cittadini a sviluppare ambiti di comunità e presa in carico nelle prossime Case della Comunità per integrare l'offerta aziendale e raccordarsi con i servizi sociali dei Comuni soprattutto per la gestione dei cittadini fragili, al fine di favorire l'inclusione sociale e il pieno utilizzo di forme di "budget di salute" che superino il suo utilizzo esclusivamente nell'ambito della salute mentale e arrivino a forme di implementazione anche nell'area delle dipendenze, della disabilità e della gestione delle cronicità.
6. Infine una delle sfide importanti è anche quella di prevedere che nelle case della comunità possano essere utilizzate strategie attive di prevenzione primaria e azioni per la

promozione della salute sinergizzando tali ambiti con quelli propri della comunità di riferimento.

7 - Conclusioni

La Casa della Comunità che l'ASFO ha programmato di realizzare è pensata per raccogliere la sfida di rappresentare il punto d'incontro tra soggetti, istituzioni e istanze sociali per il benessere, senza mai dimenticare che la salute si genera laddove *"le persone vivono, lavorano, amano, giocano"* (Alma Ata, 1978), ovvero dove la vita si sviluppa e gli esseri umani si ritrovano e si relazionano.

Le Case della Comunità che si andranno a realizzare sul territorio di ASFO, superando il concetto di servizio e prestazione sanitaria, devono diventare il luogo dove valorizzare le diverse risorse dei territori, far emergere e dare voce a quella ricchezza socialmente rilevante che è fatta di valori, storie, esperienze, risorse la cui scoperta e il cui intreccio sistemico ci permettono di guardare la realtà con occhi nuovi e immaginare che un altro modo di concepire il welfare sia possibile. Non è questo ciò cui assistiamo con le esperienze che in questi anni hanno preso forma sotto la denominazione di Casa della Salute, sulla spinta d'indicazioni regionali orientate prevalentemente (se non esclusivamente) a una diversa organizzazione delle attività sanitarie collegando tra loro, quando possibile, i servizi territoriali (sanità pubblica, psichiatria, materno-infantile), i medici di medicina generale e i servizi sociali.

Con le nuove Case della Comunità ASFO non pensa tanto ad un luogo fisico onnicomprensivo, ma a qualcosa che sappia interconnettere esperienze, che costruisca opportunità di scambio, tra soggetti istituzionali e non, apra orizzonti nuovi e diversi da quelli che le singole parti possono mettere in campo, pur con la massima buona volontà. È il "luogo dei luoghi" che va oltre le divisioni sociali, le etnie, le religioni e le esperienze storiche, dando legittimità e senso all'intera vita comunitaria. È importante che nella casa della comunità siano accelerati processi sociali di comunità ed inoltre devono potersi realizzare due livelli, quello del contributo offerto attraverso i servizi sanitari e sociosanitari e quello della voce della comunità e delle persone che la abitano.

Il Valore aggiunto della Casa della Comunità, rispetto ad altre esperienze italiane delle case della salute, è quello di:

- garantire la relazione e la valorizzazione dei contributi di molte persone e molte esperienze per favorire il benessere comunitario, in modo che ciascuno "si senta a casa" e avverta di presidiare obiettivi e metodi del percorso;
- sollecitare il confronto tra punti di vista e il dialogo tra segmenti diversi della vita comunitaria come condizione per il progetto sociale comune, in modo che sia data voce alle differenze come ricchezza presente nelle diverse comunità perché non esistono sguardi oggettivi e privilegiati sulla realtà e non esistono a priori soluzioni assolute ai problemi;
- promuovere e valorizzare le reti sociali come componente sistemica dei servizi, in una relazione bidirezionale e reciproca, dove le reti sociali completano e popolano di socialità e offrono attività di supporto nella presa in carico dei servizi, ma dove le reti sociali anche sollecitano l'attivismo dei servizi stessi, segnalando bisogni inespresi o poco conosciuti e

dove i servizi chiedono alle reti sociali di contribuire ad arricchire di valori e iniziative la comunità, complementando le attività istituzionali.

Si tratta, in sintesi, di un cambio di paradigma: si comincia a pensare ad un sistema di welfare nuovo che parta dalla comunità e non dalle istituzioni erogatrici, e quindi più che un insieme di prestazioni individualizzate che rientrano nella logica del modello di consumo, si sceglie di sviluppare un approccio di comunità basato sulla consapevolezza di salute come bene comune. Dalla qualità di questo approccio dipende nella sostanza la qualità del nostro futuro. Si impone un radicale cambio di prospettiva che interpella tutti:

- le Istituzioni, che sono a rischio di autoreferenzialità;
- gli attori sociali, dagli imprenditori, al terzo settore ed a quanti sono impegnati a garantire la vita della comunità nei modi più diversi, comprendendo che le scelte non sono neutre e l'analisi costi/benefici deve partire dal benessere globale di tutti;
- i cittadini, spesso abituati a consumare servizi, che dovranno sentirsi parte di essi e della loro efficacia ed efficienza;
- i professionisti, che a loro volta sono parte della vita della comunità e non solo produttori di beni o servizi;
- le reti sociali che si devono integrare, confrontare e complementare con l'azione dei servizi e viceversa.

8 - Bibliografia

- F. Gelli, N. Mostarda *La Casa della Comunità* Fondazione Italia in Salute
- Volker E. et al. *Handbook of Integrated Care* Springer
- A. Brambilla, G. Maciocco *Le Case della Salute* Carocci Faber
- M. Ferraresi et al. *L'Ospedale di Comunità* Il Pensiero Scientifico Editore
- Report Camera dei Deputati XVIII Legislatura *Case della Salute ed Ospedali di Comunità: Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale* Report n. 144 1 Marzo 2021
- M. Nonis *Considerazioni e riflessioni su PNRR e Organizzazione Sanitaria* FRG Editore
- G. Ranisio *Salute Formazione Territorio Ad Est* dell'Equatore
- D. Mantoan *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione Salute* Monitor n.45 2021
- V.D.Tozzi, F. Longo et al. *PDPA standard per le patologie croniche* Egea
- C. Francescutti, M. Faini et al. *Disabilità: servizi per l'abitare e sostegni per l'inclusione* Maggioli Editore
- F. Enriquens *Le Centrali Operative* Supplemento alla Rivista semestrale Monitor 2022
- A. Guida et al. *Il distretto sanitario post-covid nella "Carta di Matera"* La Nuova Sanità Distrettuale 2021
- F. Longo et al. *Organizzare la salute nel territorio* Il Mulino
- F. Longo, S. Barsanti *Community Building: logiche e strumenti di management* Egea
- F. Fanizza *Sistemi di welfare per nuovi stili di vita* FrancoAngeli Editore
- F. Biffi, A. Pasini *Principi e fondamenti del servizio sociale* Erickson
- Jan De Maeseneer *Medicina di famiglia e Assistenza Primaria* Kos Editrice
- E. Corsalini E. Vendramini *Integrare la rete dei servizi territoriali* Egea
- V. Tozzi, G. Pacileo et al. *Population Health Management* Egea
- M. Dal Pra Ponticelli *Nuove prospettive per il servizio sociale* Carocci Faber
- R. Maggiani *Il sistema integrato dell'assistenza* Carocci Faber
- M. Botturi *Assistenza Sanitaria Domiciliare* Rubbettino Editore
- M.C. Cavallo et al. *Organizzazione e gestione delle cure primarie* McGraw-Hill Editore
- F. Longo et al. *Il governo dei servizi territoriali: budget e valutazione dell'integrazione* Egea
- G. Ranisio *Rete, Innovazione e Cronicità Ad Est* dell'Equatore
- S. Nuti et al. *Immigrazione e salute* Il Mulino
- F. Longo, E. Vendramini *Il budget e la medicina generale* McGraw-Hill Editore
- M.N.V. Ferrante *La sanità pubblica territoriale* Fassid Editore
- L. Di Stefano, P. Abetti *Residenze Sanitarie Assistenziali* Società Editrice Universo
- S. Nuti et al. *Il Sistema delle RSA in Toscana* Editrice Pisana