



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Corso di perfezionamento

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

Project work

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

Autori:

Laura Carla Bergamin

Cesare De Virgilio

Marino Dell'Acqua

Nicoletta Marciano

Mariateresa Mastrocinque

Gabriella Monolo

Nadia Poli

Direttore scientifico
Prof. Renato Balduzzi

Tutor di progetto
Luca Gori

Anno accademico 2021-2022

INDICE

Abstract (pag.2)
Analisi del Contesto (pag. 2-10)
Finalità generale e obiettivi specifici (pag. 11)
Destinatari ed attori coinvolti (pag. 12-18)
Descrizione del modello e tempi di realizzazione (pag. 19-22)
Metodi, risorse, strumenti (pag. 22-27)
Costi e risultati attesi (pag. 28-29)
Bibliografia (pag. 30)

Abstract

La gestione delle malattie croniche rappresenta la priorità della politica di tutela della salute e delle scelte di management delle aziende sanitarie, anche perché la gran parte della spesa sanitaria è dedicata alla diagnosi e cura delle malattie croniche. L' Italia è la seconda nazione più anziana nel mondo. Il modello sanitario attuale "ospedalocentrico", ha fallito nel controllo della "emergenza COVID". Al contrario l'attività territoriale vede i medici di medicina generale isolati nei loro ambulatori, ed una rete di servizi territoriali frammentata e spesso sconosciuta persino ai cittadini del territorio che dovrebbero ricoprire. Il PNRR propone poi il "rilancio" della rete dei servizi territoriali.

Si rende quindi necessario lo sviluppo di un modello organizzativo basato su una "rete" di assistenza territoriale, in modo particolare per il paziente cronico, che favorisca l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali. Il modello organizzativo deve essere in grado di individuare i bisogni socio-assistenziali, di identificare uno strumento di programmazione, verifica e controllo degli stessi, fino alla costruzione di un "progetto di salute" basato su una equipe multiprofessionale integrata, adattabile ai cambiamenti del paziente, con percorsi condivisi ed appropriati, capace di fornire prestazioni flessibili ed adattabili in risposta ai bisogni delle persone. Viene quindi descritto un modello organizzativo per la gestione del paziente cronico riproducibile in ogni distretto/casa della comunità, con l'obiettivo finale di non trattare soltanto la patologia che si è instaurata, ma promuovere il mantenimento della salute.

Analisi del contesto

I cambiamenti epidemiologici, sociali, demografici

La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato diverse criticità nella Medicina del Territorio, in molte aree non adeguatamente preparata a fronteggiare una crisi di tale portata. Non a caso, infatti, le Regioni con una medicina territoriale più sviluppata sono riuscite a rispondere in maniera più efficace alla crescita dei contagi nelle varie fasi della pandemia e nella campagna vaccinale.

Occorre quindi potenziare e riordinare la sanità territoriale, uscendo da una logica decennale che ha visto convergere la maggior parte degli investimenti sulle aziende ospedaliere.

I fondi in arrivo con il Recovery Fund sono una grande occasione, ma non devono servire solo per tamponare le criticità presenti nel sistema attuale, quanto per ripensarlo riorganizzandolo.

Da decenni il mondo occidentale vive cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali senza precedenti.

L'invecchiamento della popolazione ed il conseguente aumento della spesa sanitaria, il diffondersi di malattie croniche con il 60% degli over65 che assume giornalmente oltre 5 farmaci, il 50% degli anziani che vive in solitudine, l'alimentazione scorretta, la sedentarietà, il fumo: i bisogni di assistenza dei prossimi anni saranno radicalmente diversi da quelli per i quali il nostro modello sanitario è stato immaginato.

Già oggi 13 milioni di italiani sono costretti a rinunciare alle cure.

Il triplo rispetto a 15 anni fa, il quadruplo rispetto a Francia e Germania.

Analisi del contesto: cure primarie e disuguaglianze sociali

Tra i principali motivi che costringono molti italiani a rinunciare alle cure citiamo le lunghe liste d'attesa, le disparità territoriali, e le difficoltà d'accesso al sistema sanitario per le fasce più povere della popolazione.

L'Italia inoltre è tra i Paesi OCSE che presentano un'incidenza della spesa sanitaria privata (c.d. "Out of Pocket") più elevata, pari al 22%, nettamente superiore rispetto alla media europea, ed anche per questo ormai moltissimi studi hanno riscontrato una linea diretta tra ceto sociale, livello di istruzione, e mortalità.

Secondo il premio Nobel per l'economia Amartya Sen il mezzo più importante per migliorare le condizioni di vita delle popolazioni è investire nella sanità territoriale, mentre la pediatra Barbara Starfield dimostrò che potenziare il sistema delle cure primarie non solo garantisce una più equa distribuzione di salute tra i cittadini, ma comporta anche una spesa sanitaria molto inferiore.

Il modello attuale si è basato sul concentrare gli investimenti su pochi grandi ospedali, lasciando sul territorio i medici di base isolati nei loro ambulatori, ed una rete di servizi territoriali frammentata e spesso sconosciuta persino ai cittadini del territorio che dovrebbero ricoprire.

L'obiettivo del modello qui presentato è creare un anello di congiunzione tra ospedale e territorio, portando servizi sociali e sanitari di qualità quanto più vicini possibile ai cittadini, attraverso il modello di presa in carico dei pazienti cronici che preveda l'integrazione tra Case della Comunità e servizi di telemedicina e assistenza domiciliare.

Analisi del contesto: il potenziale delle Case della Comunità

Ogni anno su 21 milioni di accessi in pronto soccorso, 16 sono codici verdi e bianchi. Uno spreco di tempo e risorse che intasa gli ospedali lasciando spesso per intere giornate i cittadini in attesa di visita.

Dove invece è stata realizzata una Casa della Salute ("prototipo" delle Case della Comunità, introdotte con la legge Balduzzi) gli accessi in Pronto Soccorso si sono ridotti del 26%.

Ma in cosa consisterebbero le “Case della Comunità” citate nel nostro modello?

Le indicazioni del Pnrr le intendono come strutture di quartiere, che diventino il più vicino riferimento per i cittadini che abbiano bisogno non solo di cure, ma anche di assistenza sociale, o di orientamento socio-sanitario.

Qui i medici di medicina generale, liberi dalle incombenze burocratiche che gravano sul loro attuale lavoro, si aggregerebbero in equipe multidisciplinari lavorando fianco a fianco di medici specialisti, medici di comunità, infermieri, pediatri, fisioterapisti, dietisti, ma anche psicologi e assistenti sociali.

Le Case della Comunità infatti puntano a riunire in un unico centro tutti i servizi socio-sanitari di un territorio, raggruppando ambulatori, centri vaccinali, consultori familiari, uffici amministrativi, cup, sportelli informativi, prestazioni infermieristiche, servizi di consulenza psicologica e nutrizionale ... in un'unica struttura sempre accessibile nelle 12 ore diurne. Evitando quindi l'eccessiva frammentazione dei servizi territoriali o dei singoli studi medici, caratterizzati da orari di apertura al pubblico completamente diversi tra loro, spesso ridotti e difficilmente compatibili con le giornate lavorative dei cittadini.

Analisi del contesto: la prossimità delle cure

Le Case della Comunità sarebbero anche la centrale operativa da cui organizzare i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Telemedicina, inserite nel nostro modello ed oggetto di importanti investimenti da parte del Pnrr.

Curare un malato cronico a casa infatti non solo migliora la qualità della vita del paziente, ma rappresenta un risparmio enorme per le casse dello Stato. Una ospedalizzazione domiciliare costa, tra stipendio di medici, infermieri, farmaci e laboratorio, circa 1500 euro al mese. Tenere ricoverato lo stesso paziente, per lo stesso periodo, costa in media 15.000 euro. Con la telemedicina, questo risparmio, si allargherebbe ulteriormente.

Ma non è solo una questione di fondi, ma anche di strutture. In Italia ci sono circa 4 milioni di anziani che hanno bisogno di assistenza domiciliare, ma i posti letto nelle RSA sono solo 240.000. Impensabile riuscire a servirli senza ripensare il modello della sanità territoriale.

In sintesi quindi un modello di presa in carico dei malati cronici che significa portare la salute quanto più vicina possibile ai luoghi in cui i cittadini vivono, migliorando i servizi e risparmiando al tempo stesso.

Analisi del contesto: l'importanza della prevenzione

Ma l'obiettivo della nostra proposta non è solo creare un filtro di cure primarie che riduca gli accessi in ospedale, vogliamo rovesciare l'ottica di un modello concentrato troppo sulla cura e non sulla prevenzione. Nel momento in cui ssn chiamato per curare è già una mezza sconfitta. Bisogna andare alla radice.

Attraverso il modello delle Case di Comunità che porta equipe multidisciplinari a creare un rapporto fiduciario con gli abitanti del quartiere, sarebbe molto più semplice sensibilizzare la cittadinanza che si rivolge in questi centri su temi come stile di vita sano, prevenzione, alimentazione equilibrata, screening.

Prendiamo ad esempio alcune delle patologie più diffuse: ipertensione, obesità, diabete.

L'ipertensione è uno dei principali fattori di rischio per ictus. Ogni anno 216 mila italiani vengono colpiti da ictus, di cui 174 mila non fatali; l'invalidità che ne deriva costa allo Stato da 6,5 a 16 miliardi di euro, mentre per i medicinali anti-ipertensivi se ne spendono solo 1,5. Intercettare in anticipo le esigenze di terapia anti-ipertensiva secondo diversi studi porterebbe nel giro di pochi anni a risparmi pari a decine di miliardi.

Stesso discorso vale per il diabete, il cui costo sanitario in Italia è di circa 15 miliardi di euro all'anno, oltre il 10% dell'intero budget sanitario. Questa somma è calcolata utilizzando i costi dei ricoveri e delle prestazioni specialistiche.

Trattare più precocemente i pazienti diabetici costa leggermente di più all'inizio, ma riduce le spese nel lungo termine, poiché previene l'insorgenza di complicanze e la necessità di ricorrere ai trattamenti ospedalieri.

In conclusione come non citare l'obesità, che colpisce 6 milioni di italiani, e che si stima costi alle casse dello Stato (tra farmaci, ricoveri ed 1 milione di morti all'anno) una cifra che va dai 9 ai 16 miliardi di euro all'anno, e per la quale la presenza di nutrizionisti e dietisti prevista nel nostro modello di Case della Comunità potrebbe essere da ausilio per apposite campagne di educazione alimentare.

Prevenire infatti non è solo il miglior modo per curare, ma anche il più economico.

Analisi del contesto: l'assistenza psicologica

Discorso a parte merita l'assistenza psicologica, prevista dai Lea ma ad oggi quasi esclusivo appannaggio del privato. Questo perché in Italia c'è solo 1 psicologo pubblico ogni 12.000, negli altri Paesi uno ogni 3000 abitanti. Nel nostro modello la presenza degli psicologi viene inserita sistematicamente all'interno delle Case della Comunità, rendendo disponibile l'assistenza psicologica gratuita per gli abitanti serviti da una casa di comunità.

Le esperienze già attive dimostrano che la disponibilità di consulenze psicologiche gratuite porta a risparmi sulla spesa farmaceutica anche superiori al 30%.

La spiegazione sta nell'abuso di farmaci molto diffuso nelle fasce più vulnerabili della popolazione, che maschera la necessità di sostegno psicologico attraverso pressanti richieste di prescrizioni farmaceutiche fatte ai propri medici di medicina generale.

Secondo uno studio molto citato il 70% dei pazienti che si rivolgono ad un medico presentano problemi psicosociali legati a questa richiesta.

Analisi del contesto: la medicina generale

Negli ultimi anni i medici di famiglia hanno subito sempre maggiori pressioni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e dell'eccessiva burocratizzazione del loro ruolo.

Prova ne è il "calo vocazionale" degli ultimi anni, che ha visto sempre più giovani medici abbandonare il corso di formazione in medicina generale (in diverse province il tasso di abbandono è superiore al 50%) o rifiutarsi di intraprendere questo percorso.

Nei prossimi 6 anni andranno in pensione circa 36.000 medici di base.

Gli attuali 1,5 milioni di italiani senza medico di famiglia rischiano di diventare 15 milioni, se non rendiamo più appetibile questa professione.

Una criticità da sottolineare e una preconditione indispensabile all'attuazione pratica del modello risulta essere proprio il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta, la possibilità di instaurare un rapporto collaborativo in assenza di un quadro normativo di riferimento e di linee guida regionali che orientino e sostengano le possibili forme di collaborazione, lasciate all'iniziativa spontanea dei singoli medici e responsabili delle Case di Comunità nelle diverse realtà territoriali.

A questo proposito, al fine di meglio superare le reciproche difficoltà e cogliere le opportunità offerte da queste forme di collaborazione si ritiene importante coinvolgere i Medici già nelle fasi di co-programmazione e co-progettazione delle possibili modalità di lavoro condiviso, chiarire e condividere gli obiettivi di un nuovo modello di presa in carico, mettere in luce le opportunità che una nuova modalità di lavoro può offrire sia ai professionisti che ai pazienti.

Ad esempio il modello di presa in carico garantirebbe ai medici di medicina generale di lavorare sempre a stretto contatto con equipe multidisciplinari, di avere un rapporto di confronto con colleghi della Medicina Specialistica, di collaborare direttamente con le figure infermieristiche nella gestione dei pazienti evitando sia l'isolamento professionale che spinge molti ad abbandonare la professione, o costringe i medici a svolgere mansioni amministrative o prestazioni infermieristiche, lasciando più tempo per dedicarsi alla clinica ed al rapporto col paziente.

Potrebbe inoltre permettere loro di essere forniti di strumenti diagnostici in loco: questo permetterebbe di mitigare la difficoltà dell'accesso agli esami strumentali di diagnostica utili al monitoraggio dei pazienti cronici, passaggio spesso vissuto come un momento di criticità nell'ambito della normale attività clinica quotidiana, specie in relazione alle lungaggini rappresentate dalle liste d'attesa.

Infine la presenza di numerosi colleghi, renderebbe più semplice per i medici di basi distribuire i carichi di lavoro e organizzare turnazioni, dando possibilità ai professionisti di prendere ferie e permessi, ed ai cittadini di poter usufruire di prestazione sanitarie gratuite con continuità

Analisi del contesto: SWOT ANALISYS DEL MODELLO

PUNTI DI FORZA

- Raggruppa insieme molti servizi oggi dispersi sul territorio.
- Favorisce la presa in carico multiprofessionale.
- Presenza di diagnostica di primo livello

DEBOLEZZE

- Fondi Pnrr limitati ad edilizia sanitaria.
- Necessità di collaborazione tra mmg abituati a lavorare in solitaria
- Difficoltà di reperimento personale infermieristico

OPPORTUNITA'

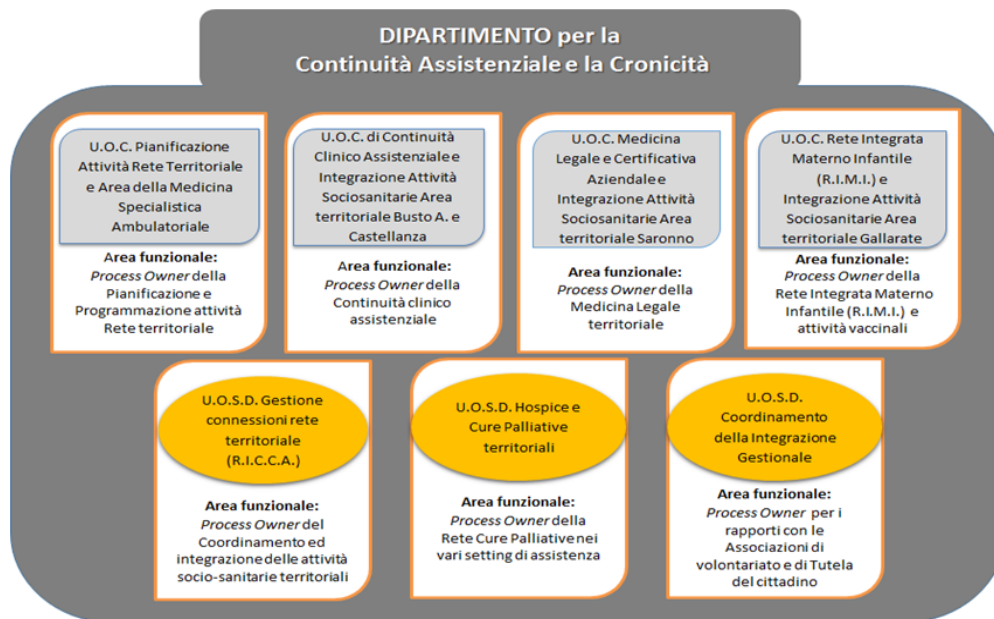
- Dare un punto di riferimento unico ai cittadini per servizi sociali e sanitari territoriali
- Favorire processi partecipativi e integrazione tra pazienti, operatori sanitari e terzo settore
- Ridurre liste d'attesa e decongestionare pronto soccorsi

RISCHI

- Opposizione dei sindacati più conservatori
- Difficoltà di implementare il modello in aree rurali e montane

Analisi del contesto: ASST VALLE OLONA

Per dare piena attuazione a quanto previsto dalla LR 23/2015, e in particolar modo l'integrazione del sistema sanitario con il sociosanitario, l'ambito ospedaliero con l'assistenza sul territorio, la continuità delle cure per i malati cronici e fragili, è stato istituito il "Dipartimento per la Continuità Assistenziale e per la Cronicità" per la gestione della rete territoriale (tav.1)



Tav.1

Attuazione della presa in carico – fragilità e cronicità

Con Deliberazione 554 del 06.10.2017 di ATS Insubria, avente ad oggetto "Deliberazione n. 512 del 04.10.2017 – Approvazione degli elenchi degli idonei al percorso di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili di cui alla DGR n. X/6551 del 04/05/2017. Modifica ed integrazione degli elenchi", l'ASST Valle Olona è stata ritenuta idonea al ruolo di gestore, nonché erogatore per Strutture terze.

Per la fase di arruolamento del paziente cronico sono attivi 3 ambulatori in cui opera una équipe multidisciplinare per la valutazione dei bisogni sanitari e socio-assistenziali del paziente, utilizzando una scheda informatizzata per la raccolta ed analisi delle informazioni raccolte (scheda Val.Ori).

L'anno 2018 è stato in particolare caratterizzato dall'avvio del Percorso di Presa in carico del Paziente Cronico così come previsto dalla L.R. 23/2015 e dai successivi decreti attuativi; nel triennio 2019-2021 il lavoro è stato consolidato e perfezionato per gli aspetti tecnici ed organizzativi.

Dal punto di vista organizzativo si sono distinte due fasi:

- Fase 1 _ Arruolamento e sottoscrizione del Patto di Cura; gli ambulatori per l'arruolamento dei pazienti sono gestiti da una selezionata e qualificata Equipe sanitaria (medico e infermiere professionale). Raccolta l'anamnesi, terapie in corso ed esenzioni per patologia, viene effettuata una approfondita valutazione dei bisogni sanitari e socio-assistenziali del paziente.
- Fase 2 _ Gestione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) Il modello organizzativo ASST Valle Olona ha puntato su un Responsabile Unico Aziendale del Clinical Management per i pazienti arruolati e presi in carico. Tra le funzioni principali di questa figura professionale, altamente qualificata, si segnalano:
 - utilizzo esclusivo del SW PIC_T ed unico interlocutore aziendale con Llspa per problematiche tecniche e modifiche in implementazione del SW
 - selezione degli specialisti ospedalieri per l'invio del paziente al fine della impostazione del P.A.I.
 - inserimento in PIC_T degli esiti di tutte le visite specialistiche, prescrizioni e terapie farmacologiche per i pazienti con comorbidità, con pubblicazione finale del PAI
 - prescrizione di ricetta dematerializzata per prestazioni specialistiche ambulatoriali o di diagnostica strumentale, in esecuzione del P.A.I., da prenotarsi a cura del Centro Servizi Cronicità ASST VO
 - prescrizione di ricetta dematerializzata per terapia farmacologica inerente alla/e patologia/e della presa in carico
 - elaborazione dati al fine della predisposizione degli indicatori di performance
 - contatto con i pazienti e medici specialisti e/o MMG in caso di necessità

Il modello prevede anche un Centro Servizi Cronicità con gestione diretta da parte del Dipartimento di Continuità Assistenziale e per le Cronicità.

Tra le funzioni principali di questo C.S.C., si segnalano:

- configurazione e manutenzione della totalità delle agende per la cronicità a CUP
- contatto dei pazienti e prenotazione su SW CUP per:
 - programmazione delle visite per il P.A.I. con lo specialista di riferimento
 - programmazione visite ed esami successivi, previsti nel P.A.I.
 - gestione di eventuali spostamenti di prenotazioni
 - prenotazione per conto altri Gestori (Cooperative di MMG)
 - gestione della comunicazione con Centrali Servizio Cronicità di altri Gestori

In particolare, nell'anno 2020 si è operato per:

- la creazione di una rete con gli specialisti ospedalieri per sensibilizzarli e renderli partecipi del progetto.
- una comunicazione diffusa sull'importanza nell'utilizzo degli strumenti operativi a supporto della cura del paziente (W-Hospital e DEM) e della condivisione degli output clinici del paziente (con riduzione degli «sprechi di risorse», come ad esempio «doppi esami»).

- accrescere il rapporto con i Medici Specialisti Ambulatoriali e ospedalieri con disponibilità di slot per la programmazione delle visite e indagini strumentali; tale attività è stata frutto di una programmazione centrale gestita direttamente dal servizio cronicità in tutte le sue fasi (dalla programmazione, alla gestione delle agende e dei contatti con i pazienti).
- il controllo tra prescrizioni, prenotazioni ed erogazione delle prestazioni grazie allo staff affiatato, composto da personale amministrativo e sanitario, della Centrale Servizi.

Le attività svolte sono state apprezzate anche dagli utenti in carico; l'indagine di customer satisfaction ha evidenziato un accresciuto apprezzamento del Servizio Cronicità che ottiene approvazione completa da parte del 78% del campione, un punteggio medio sui quesiti posti di 2,9 su una scala che aveva come punteggio massimo 3 (campione: 10% dei PAI attivi a settembre 2020).

Volumi di attività presa in carico

A causa dell'emergenza pandemica nel corso dell'anno 2020 le attività di reclutamento in forma singola con MMG sono state interrotte. La forza lavoro dei medici, infermieri e personale amministrativo dell'area direzionale territoriale è stata dirottata in parte sulle attività di contact tracing e gestione organizzativa della pandemia a livello territoriale in collaborazione con ATS.

Di seguito si riportano i volumi di attività del percorso di presa in carico nell'ultimo triennio (Tav.1):

Attività di Presa in Carico Pazienti Cronici			
ASST VALLE OLONA	TOTALE VERIFICATI	TOTALE ARRUOLATI	TOTALE PRESI IN CARICO con P.A.I.
al 31/12/18	1.141	844	403
al 31/12/19	1.215	905	568
al 31/12/20	1.250	850	662

Tav.2

La percentuale di presi in carico con PAI su totale arruolati è stata del 77,9%. La percentuale di arruolati con verificati è stata del 68%.

Analisi del contesto: ASST OVEST MILANESE

In relazione alla presa in carico del paziente cronico, analogamente a quanto riportato nell'analisi del contesto di Asst Valle Olona, Asst Ovest Milanese ha aderito in qualità di "Gestore" al modello regionale di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili previsto dalla L.R. 23/2015 e definito, per quanto concerne il governo delle domande, il modello dell'offerta e le indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei alla presa in carico nelle successive DGR. 6164/2017, DGR n. 6551 del 04/05/2017 e DGR 7038/2017.

Tale modello di presa in carico del paziente cronico ha l'intento di offrire al cittadino affetto da patologie croniche un migliore accesso alle cure, un'assistenza sanitaria e socio-sanitaria continuativa per fornire una risposta semplice ad una complessa domanda di cure integrate.

La classificazione dei soggetti è stata completamente gestita a livello regionale portando, attraverso l'applicazione di un algoritmo definito, alla suddivisione dei pazienti cronici in 3 classi a complessità crescente, in ognuna delle quali sono rappresentate 62 categorie di cronicità.

Variabilità dei pazienti

Stratificazione della domanda	1^ livello Tipologia pazienti: fragilità clinica (quattro o più patologie)
	2^ livello Tipologia pazienti: Cronicità polipatologica (2-3 patologie)
	3^ livello Tipologia pazienti: cronicità in fase iniziale (1 patologia)

I pazienti cronici che lo desiderano, individuati sulla base del citato lavoro di stratificazione e targeting della popolazione, possono scegliere un gestore che organizza i servizi sanitari e socio sanitari programmando prestazioni ed interventi di cura specifici e prescrivendo cure farmacologiche appropriate, alleggerendo così il paziente dalla responsabilità di prenotare visite ed esami.

In particolare per ogni assistito il Gestore definisce un percorso individuale che prevede:

- l'accoglienza,
- la valutazione dei bisogni socio-sanitari-assistenziali (multidimensionale),
- l'individuazione del Clinical Manager, la definizione del Case Manager,
- la sottoscrizione del "Patto di Cura",
- la stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI),
- la programmazione ed attivazione di tutte le azioni previste dal PAI il monitoraggio proattivo dell'assistito,
- il raccordo con tutta la rete socio-sanitaria del territorio (compresi i servizi sociali comunali).

In Asst Ovest Milanese è attualmente previsto un ambulatorio nel presidio di Legnano (in precedenza era previsto anche un ambulatorio presso il presidio di Magenta) nei quali la figura professionale dell'Infermiere di Famiglia raccoglie i dati anamnestici, effettua una prima valutazione dei bisogni e degli stili di vita del paziente, effettua una rilevazione dei parametri vitali e fissa un appuntamento con il medico specialista.

Il medico responsabile della presa in carico (clinical manager) predispone e aggiorna il piano di assistenziale individuale (PAI), strumento per la programmazione e la pianificazione personalizzata del percorso di cura ed assistenza, che racchiude tutte le prestazioni (visite, esami diagnostici, interventi assistenziali e sociali, ecc.) e le prescrizioni farmacologiche che una persona con patologia cronica deve effettuare nell'arco di un anno, relativamente alla sua specifica patologia.

Il personale amministrativo si occupa dello svolgimento della parte burocratica e degli appuntamenti. L'Ifec assume invece il ruolo di case manager, svolgendo una funzione di coordinamento di natura principalmente gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali, garantendo la continuità del percorso e l'armonia degli interventi quando sono coinvolti molteplici soggetti erogatori e/o diverse modalità assistenziali, risultando la figura di riferimento per l'assistito, la sua famiglia ed il care giver.

La seguente tabella riporta i volumi della presa in carico a partire dal 2018, che in analogia a molti altri servizi ha subito una battuta d'arresto legata alla situazione pandemica che ha caratterizzato lo scenario degli ultimi due anni:

Attività di presa in carico pazienti cronici			
	Totale verificati	Totale arruolati	Totale presa in carico con PAI
Al 31/12/18	1954	1017	1017
Al 31/12/19	2214	1086	1086
Al 31/12/20	2150	1094	1094

Al 31/12/21	2213	1094	1094
-------------	------	------	------

Attualmente si sta riprendendo l'attività attraverso la presa in carico di nuove situazioni ed un contatto di tutte le situazioni già in carico al fine di monitorare e ridefinire i percorsi.

Finalità generale, obiettivi specifici

FINALITA' GENERALE

Partendo dall'analisi dei modelli operativi attivi in alcuni contesti territoriali riguardo la presa in carico del paziente cronico **individuare** un modello organizzativo che contempra la Casa di Comunità come nuova realtà operativa.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Individuare alcuni modelli della cronicità attivi sul territorio.
- Descrivere il polo territoriale sulla base della legge 22/2021 in particolare riguardo l'istituzione delle Case di Comunità.
- Individuare i principi e finalità delle Case di Comunità in base alla letteratura esistente.
- Proporre un modello di cronicità che contempra la Casa di Comunità come centro strategico del welfare territoriale.
- Definire le modalità di relazione con la medicina di base e le altre risorse territoriali.
- Indicare le azioni di sviluppo della telemedicina nella rete territoriale.
- Individuare i punti di forza e quelli critici di un nuovo modello di presa in carico della cronicità.
- Definire un sistema di valutazione del modello di presa in carico della cronicità proposto.

Destinatari e attori coinvolti

RIORGANIZZARE I SERVIZI TERRITORIALI ALLA LUCE DEL MODELLO DI CASE CARE MANAGEMENT: rappresentazione sintetica di un'esperienza e dell'integrazione fra i diversi attori del Sistema Territorio

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi offerti sul territorio si concretizzano in Regione Lombardia attraverso la realizzazione delle Case della Comunità, oggi rappresentate nel sistema lombardo dai Presst, che diventeranno lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai soggetti affetti da patologie cronico degenerative.

La Casa della Comunità sarà una struttura fisica ben riconoscibile a livello territoriale in cui opereranno **team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di famiglia e comunità, psicologi, assistenti sociali ed altri professionisti del sistema, al fine di assicurare al cittadino interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio e complessità rilevato.**

Un modello di intervento integrato e multidisciplinare che deve necessariamente garantire l'equità di accesso e di presa in carico rispettando il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni.

L'evoluzione organizzativa dei servizi sociosanitari territoriali comporta necessariamente anche una **revisione del modello concettuale di riferimento con una visione del modello di presa in carico multidisciplinare orientato alla metodologia del case-care management.**

I cambiamenti demografici in atto mostrano in maniera precisa ed ineluttabile lo scenario futuro: un progressivo ed inarrestabile invecchiamento della popolazione con le inevitabili implicazioni di assistenza sanitaria ed un crescente numero di malati cronici.

Sono pertanto necessari approcci terapeutici multidimensionali che, oltre al supporto curativo, includano anche il mantenimento dell'indipendenza e della partecipazione sociale.

Il professionista Nursing Case Care Manager (di seguito NCCM) oggi, secondo una revisione della letteratura di riferimento risulta essere il professionista più qualificato per garantire l'efficienza, l'efficacia, la qualità, la continuità delle cure e la soddisfazione dei pazienti (Alfieri E. 2017).

Il NCCM si evolve quindi, come risposta all'evoluzione dei cambiamenti del sistema sanitario, con **l'obiettivo primario di soddisfare i bisogni bio-psico-sociali della persona attraverso la gestione dell'intero percorso di cura ed il coordinamento dei diversi servizi sanitari e di assistenza sociale.** *In particolare, il NCCM garantisce il supporto del paziente durante l'intero percorso terapeutico, pianifica l'assistenza e ne assicura l'attuazione, valuta i risultati raggiunti e garantisce un elevato livello di collaborazione tra le figure sanitarie, socioassistenziali e territoriali coinvolte. Operando in un contesto multi-inter-disciplinare il NCCM può contribuire sensibilmente a migliorare:*

- la qualità della vita del paziente attraverso l'identificazione comune degli obiettivi di cura;
- il riconoscimento del sistema di valori e credenze;
- l'incoraggiamento a identificare risorse e capacità del paziente e della famiglia, aiutandoli a sviluppare aspettative realistiche rispetto ai risultati dell'assistenza (Foà C. 2019).

La letteratura sostiene che il professionista più adatto a ricoprire questo ruolo sia l'infermiere. Infatti, la ricerca mostra che gli infermieri svolgono un ruolo essenziale nel processo di assistenza, favoriscono una buona relazione terapeutica mostrando atteggiamenti di ascolto e rassicuranti nei confronti del paziente. L'infermiere CCM integra competenze personali/professionali e comunicative/relazionali per raggiungere una maggiore efficacia nel raggiungimento degli obiettivi e delle azioni intraprese. Il CCM rappresenta quindi una figura di mediazione del paziente con la famiglia e tra le varie figure dell'équipe, pianificando e coordinando l'attuazione multi-professionale dei percorsi di cura e di tutela dei diritti della persona (Foà C. 2019).

In sintesi l'infermiere Case Care Manager rappresenta una figura fondamentale in cambiamento all'interno delle attuali strutture sanitarie perché è responsabile di implementare, diffondere e offrire ai pazienti un nuovo sistema di assistenza (Alfieri E. 2017).

MISSION DEL NURSING CASE CARE MANAGER ALL'INTERNO DELLA CASA DI COMUNITA'

Il Nursing Case Care Manager (NCCM) è la figura di riferimento per il paziente e rappresenta il professionista infermieristico che è in grado di gestire in maniera efficace ed efficiente la "presa in carico" del paziente. È una figura nuova e possiede una visione più ampia all'interno della progettualità e del contrasto alla frammentazione delle cure. Tale figura è in possesso di un percorso formativo specifico master di primo livello in Case Care Management Ospedale- Territorio.

Mission del NCCM:

- Coordinare, facilitare l'assistenza organizzando gli incontri multiprofessionali

- Il NCCM è manager per i risultati di qualità: tramite la sua formazione specialistica integra novità nella gestione dei casi clinici promuovendo l'uso di strumenti innovativi ed evidence based
- Il NCCM è manager per i risultati di ottimizzazione delle risorse
- Si interfaccia con i Case manager ospedalieri per una gestione tempo-risposta bisogno-offerta ottimale
- Si interfaccia con il direttore di distretto (COT: centrali operative territoriali)
- Può, data la sua formazione, ricoprire il ruolo di manager e coordinatore della COT (Centrale Operativa Territoriale)
- Individua in team il problema di salute della persona evitando sprechi di risorse e percorsi assistenziali non adatti
- Orienta alla rapida risoluzione del problema di salute i casi più complessi coordinando le figure di riferimento evitando la frammentazione delle cure
- Il NCCM si fa promotore nel team multiprofessionale dell'inserimento di modelli innovativi di presa in carico per affrontare la cronicità e la fragilità, funge da agente di cambiamento orientato alla centralità del paziente
- Tramite l'intervista della persona e della famiglia e care giver, il NCCM attua una valutazione globale dei bisogni e coordina e coinvolge gli attori del team multiprofessionale.
- **Il NCCM possiede capacità cliniche e di consulenza è un facilitatore delle dinamiche famiglia-paziente-servizi sanitari**

L'infermiere NCCM si avvale di scale validate per la valutazione dei bisogni e della complessità assistenziale e presenta il caso all'equipe multiprofessionale individuando gli specialisti adatti alla risoluzione del problema.

Il NCCM favorisce l'integrazione dell'attività del MMG e degli specialisti attori nel team multiprofessionale attivando il servizio di consulenza al fine di evitare una eventuale interruzione dei percorsi di cura.

Partendo da questo approccio si rende necessaria una riflessione sulle modalità di ricomposizione della frammentarietà dei percorsi di risposta ai bisogni socio-sanitari-assistenziali dell'assistito per: ridurre la *"fatica oggi in capo al singolo e alla sua famiglia"* nel districarsi fra i servizi, ambulatori territoriali ed ospedalieri, modalità di prenotazione spesso differenti fra strutture, orari dei MMG/PLS per le prescrizioni, sportelli sociali, ... e tanto altro ancora...

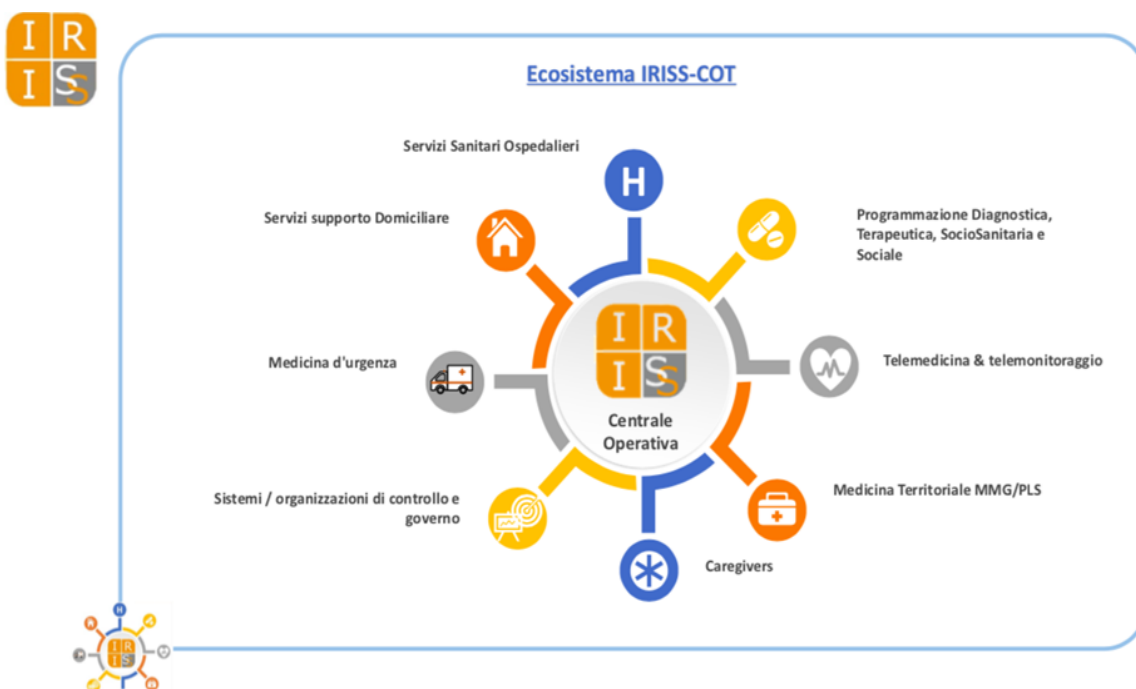
Ci si è quindi orientati ad un modello facilitante la messa in comune-rete delle conoscenze, abilità, esperienze, strumenti e relazioni formali ed informali per avviare un percorso di continuità fra ospedale e territorio e viceversa dove sono stati coinvolti:

- MMG/PLS
- Infermieri case manager territoriali ed ospedalieri
- IFeC
- Fisioterapisti
- Disability manager
- Assistenti sociali ospedalieri, territoriali e delle aziende sociali /comuni
- Terzo settore
- Medici specialisti ospedalieri e territoriali
- Ufficio di pubblica tutela,
- Strutture residenziali per Cure intermedie, CDD, Comuni,

Attraverso modalità di coinvolgimento diretto di tutti i professionisti e la messa in comune di strumenti informatici per garantire la continuità delle informazioni fra i diversi attori avviando percorsi di continuità di presa in carico dell'assistito/caregiver/famiglia quali:

- *Dimissioni protette al domicilio*: attraverso equipe socio sanitaria che fin dall'ingresso in ospedale procede alla VMD direttamente al letto della persona a seguito di segnalazione (scheda Brass) di condizione di fragilità attivando da subito colloqui con clinici di riferimento, famigliari, servizi sociali, l'Ifec ... così procedere alla costruzione del rientro in sicurezza e tutelato al domicilio (ovviamente quando possibile): in condizioni di fragilità l'IFeC prende in carico la persona/famiglia e funge da raccordo con tutti i professionisti: MMG/specialisti, Ass sociale, volontariato, ... garantendo costante sviluppo e circolarità delle informazioni. Inoltre a fronte **del variare dei bisogni ed in base al bisogno prevalente avviene uno shif** del case manager di riferimento che, nella nostra esperienza può essere il fisioterapista, l'assistente sociale, il disability manager,

La continuità nei percorsi si realizza grazie a un sistema informatizzato che consente la messa in comune delle informazioni sanitarie-sociali-assistenziali già in una ottica evolutiva di ecosistema digitale



Il ciclo si ripete fin tanto che ve ne è la necessità

A supporto dei percorsi a sostegno della domiciliarità è stata avviata la sperimentazione delle pronte disponibilità con attivazione iniziale da parte del **PS adulti esclusivamente nei giorni di domenica e festivi** (durante la settimana rimane attivo il percorso di segnalazioni al servizio di dimissioni protette). L'obiettivo di tale sperimentazione è quello di garantire continuità assistenziale, nei giorni di domenica e festivi, alle persone cronicamente fragili con elevate complessità sociosanitarie e alle famiglie nelle immediate ore post dimissione in attesa di attivare i servizi della rete a sostegno della domiciliarità (ADI, ADI COVID, SAD...). Tra i principali indicatori di esito vi è la riduzione degli accessi impropri in PS e la contemporanea dimissione precoce evitando osservazioni improprie in OBI

- *Dimissioni in Cure intermedie e rientro al domicilio: l'integrazione delle équipe ASST (IFeC, ass. sociale) con équipe della struttura di Cure intermedie consente VMD strutturata in più step al fine di predisporre con famiglia il rientro al domicilio sempre in sicurezza della persona e aumentando le conoscenze/abilità necessarie all'autocura e nel self-care*
- *Monitoraggio domiciliare della persona in raccordo MMG/PLS ed IFeC con esecuzione di televisita e teleconsulto.*

A seguito dell'avvio della progettualità nel mese di dicembre 2020, al 31 dicembre 2021 la centrale IFeC ha preso in carico 730 pazienti segnalati prevalentemente dal servizio di dimissioni protette e dai MMG-PLS. Il percorso di presa in carico si sostanzia nella prima fase in una valutazione multidimensionale che esita poi in una relazione sociosanitaria inviata al MMG dell'utente per la condivisione del percorso di presa in carico.

- Impostato un modello organizzativo di suddivisione del territorio in micro-aree per facilitare ed ottimizzare la presa in carico anche in un'ottica di ottimizzazione di risorse utilizzando il criterio organizzativo della geo-localizzazione;
- Programmati e svolti 4 incontri con 4 Comuni al fine di dare avvio a progettualità di integrazione sociosanitaria di prossimità con pieno coinvolgimento degli infermieri di famiglia e di comunità per attività di valutazione multidimensionale e presa in carico condivisa con i MMG e gli attori del sistema sociosanitario del comune di appartenenza.
- forum terzo settore: in fase approfondimenti e sviluppo di sinergie per rispondere alla domanda: *quale contributo reale e come può supportare il terzo settore le persone al domicilio nel rispetto delle specificità proprie? (es: di collaborazione "Angeli in Moto")*

Di seguito breve tabella

Percorsi dal 1/01/21 al 31/12/ 21	Utenti in carico
IFeC : in carico utente/famiglia	730 (con almeno 1 accesso a settimana)
Percorso "Rosa dei Venti" a sostegno Disabilità	160
Dimissione Protette da setting per acuti	2508
Presa in carico cronici (PIC)	250
Visite specialistiche domiciliari	408
Percorso a sostegno disabilità nell'HUB Vaccinale	300 (per 1° e 2° dose)
Campagna Vaccinale domiciliare (Anti Sars CoV 2-Covid 19)*	1260 (somm.ne ciclo vaccinale completo)
Campagna Vaccinale Homeless con Comune di Cremona ed Azienda sociale cremonese: assistenti sociali**	598

I vincoli della pandemia SARS CoV2-Covid 19 hanno aperto a nuove opportunità di cooperazioni con MMG/PLS/USCA ed aprire a nuove modalità di presa in carico congiunta rafforzando la reciproca conoscenza, specificità e le sinergie collaborative.

Così come la campagna vaccinale per homeless ha rafforzato punti di integrazione con i sistemi sociali comunali.

LA FORMAZIONE DEI CASE CARE MANAGER

I Master in Case/care management e in Infermieristica di Comunità sono corsi di formazione avanzata attraverso il quale i professionisti acquisiscono competenze specifiche di case/care management in ambito assistenziale, preventivo, gestionale, organizzativo, relazionale, educativo, riabilitativo, laddove è necessario garantire un coordinamento e una integrazione dell'assistenza per il singolo paziente e la sua famiglia, la continuità delle cure tra ospedale e territorio, la gestione dell'assistenza a domicilio e nelle strutture territoriali.

Obiettivo è formare professionisti in grado di prendersi cura globalmente della persona attraverso un approccio olistico rispondendo ai suoi bisogni di salute, di gestire i percorsi di cura e di care del paziente (adulto/bambino/anziano/disabile) ed essere di supporto alla famiglia in ospedale e sul territorio.

Da anni si sta cercando di dare risposta al bisogno sempre più impellente, che la sanità e il sociale richiedono, di lavorare in team interprofessionali. La letteratura mostra infatti come la formazione sviluppata insieme, con diverse professionalità, favorisca la reciproca conoscenza e la capacità di lavorare in modo sinergico.

A tal proposito occorre citare anche la Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie, di recente attivazione, che forma specialisti nel campo della medicina di famiglia e di comunità abituandoli, fin dai primi anni di formazione, a lavorare in equipe multidisciplinari nei contesti della sanità territoriale, con un particolare focus sulle Case della Comunità, i poliambulatori, ed i servizi di assistenze domiciliari.

MODELLO ORGANIZZATIVO DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO DELLA CDC ASST CREMONA

Il punto unico d'accesso si configura come il garante del percorso di accesso di coloro che si rivolgono alla struttura per fornire informazione, orientamento e accompagnamento verso la corretta presa in carico. Sarà gestito da operatori sociosanitari case manager e dagli IFEC, in forte sinergia con le assistenti sociali comunali per la valutazione ai fini di un invio appropriato del bisogno complesso alla COT caratterizzata da case manager sociosanitari che attiveranno i servizi e i professionisti dei vari setting assistenziali: territoriali, ospedalieri, sanitari, sociosanitari, dialogando anche con la rete dell'emergenza-urgenza. Anche le associazioni di volontariato interverranno nella realizzazione di alcune azioni relative al progetto individualizzato. La presa in carico degli utenti seguirà rigorosamente il modello di funzionamento della progettualità individualizzata con l'assegnazione, in relazione al bisogno prevalente, di case manager di riferimento.

All'interno del Punto Unico di accesso della CDC di Cremona sarà attivo infatti un team multidisciplinare che attraverso un modello di funzione a rotazione assicurerà la copertura del servizio nelle fasce orarie dedicate. Al fine di agevolare la raccolta delle informazioni e la decodifica del bisogno, lo strumento di triage sociosanitario, preventivamente condiviso tra tutti gli operatori, sarà informatizzato e quindi visibile a tutti i servizi tramite la piattaforma in uso per agevolare la circolarità delle informazioni e l'assegnazione tempestiva del case manager di riferimento per la programmazione degli interventi di salute necessari e la definizione del progetto di salute per la presa in carico congiunta. Stante che l'attuale assetto organizzativo non permette la presenza fisica costante delle Assistenti Sociali, è stato creato un servizio di consulenza da remoto di almeno due accessi

settimanali per la processazione della richiesta ed il relativo invio al servizio di competenza. Sono in fase di conclusione gli accordi tecnico operativi con alcuni MMG al fine di definire la loro partecipazione attiva all'interno del circuito della presa in carico.

LA CARENZA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Per dare piena attuazione a questo modello emergono 2 punti critici che riguardano il reclutamento del personale sanitario necessario.

Il primo riguarda i medici di medicina generale, una parte significativa dei quali potrebbe opporre resistenze sindacali e culturali relative al lavoro in team, che renderebbe più difficile integrarli nelle Case della Comunità; la seconda criticità è relativa invece alla carenza di infermieri in Italia, i cui effetti si sono resi particolarmente evidenti in questa pandemia.

Il modello di assistenza da noi discusso in questo project work prevede una corposa integrazione del personale infermieristico all'interno delle strutture e dei servizi del territorio, ad esempio immaginando la presenza di 20 infermieri per ogni Casa della Comunità hub, come si può evincere dalla tabella sui costi del personale stimato per ogni CdC inserita nel capitolo finale del progetto.

La presenza infermieristica sarà fondamentale per soddisfare i bisogni di assistenza dei prossimi anni, considerando che secondo le più recenti rilevazioni dell'Istat in Italia ci sono 3,8 milioni di anziani non autosufficienti, dei quali ben 2,5 milioni non ricevono alcun tipo di assistenza, mentre 1 terzo degli over65 presenta gravi patologie croniche, ed il loro numero è certamente destinato ad aumentare.

Per rispondere a queste esigenze sarà necessario incrementare considerevolmente il numero di infermieri impiegati dal sistema sanitario. Pensiamo ad esempio al target previsto dal Pnrr di assistere con ADI il 10% degli over65, saranno necessari 70.000 infermieri (attualmente il ssn ne impiega per l'Adi solo 4000). Oppure ai 10-20 infermieri previsti per ogni Casa della Comunità hub, ai 9 infermieri per ogni Ospedale di Comunità, ai 5 per ogni Centrale Operativa Territoriale.

Le stime parlando della necessità di inserire 100.000 infermieri per potenziare i nuovi servizi territoriali attivati dal Pnrr, in un Paese però già carente di queste figure professionali: in Italia infatti abbiamo solo 5 infermieri ogni 1 000 abitanti, contro una media OCSE di 9 infermieri ogni 1000 abitanti, mentre Paesi come Francia e Germania raggiungono rispettivamente 10 e 13 infermieri ogni 1000.

Come risolvere questo problema di carenza del personale?

Una prima possibilità, da parte dei singoli distretti, è quella di ricollocare all'interno delle Case della Comunità una parte del personale già attivo all'interno di altri, quali uccp, aft, ambulatori vaccinali, poliambulatori delle Asl, ospedali; in quest'ultimo caso favorendo il riavvicinamento territoriale del dipendente considerata la residenza

Un'altra possibilità è quella di rendere maggiormente appetibile il lavoro, non solo dal punto di vista retributivo, ma soprattutto dando la possibilità di sottoscrivere forme contrattuali flessibili e modulabili che rendano maggiormente compatibile il lavoro in CdC o Adi con altri incarichi, eliminando vincoli di incompatibilità tra lavoro libero professionale e contratti presso aziende pubbliche.

Inoltre, in casi di grave carenza, si possono prevedere incentivi economici per professionisti sanitari in quiescenza, o per far rientrare in Italia laureati impiegati all'estero.

Sul lungo-periodo potrebbe essere d'aiuto aumentare il numero di posti per i corsi di laurea in scienze infermieristiche, anche se il principale gap lo si raggiunge attraverso gli abbandoni. Per diminuire il tasso di abbandono sarebbe efficace una campagna di valorizzazione della professione, anche attraverso una graduale crescita dell'autonomia professionale.

Per migliorare la medicina del territorio non è necessario però solo reclutare infermieri ma serve dargli una formazione specifica che dia le competenze necessarie per il ruolo che dovranno ricoprire all'interno delle Case ed Ospedali di Comunità. Una strategia possibile è promuovere l'attivazione di Master in "case/care management", e di corsi di laurea magistrali in "Infermieristica di comunità". La promozione di questi corsi avrebbe anche l'effetto di spingere più giovani infermieri (generalmente formati in ospedale) a conoscere le possibilità di lavoro sul territorio, rendendole più appetibili.

In ultima analisi va fatta una riflessione sulla possibilità di demandare agli operatori socio-sanitari mansioni di natura non infermieristica, in maniera tale da favorire un task shift utile sia a ragioni di risparmio sia ad una maggiore valorizzazione delle competenze specifiche.

I CAREGIVER ED IL NECESSARIO TASK-SHIFT

Nella continuità delle cure riveste un ruolo importante il Caregiver: un inglesismo entrato ormai a pieno titolo nel nostro vocabolario. Questo succede sia perché va sempre più di moda inserire parole inglesi nel nostro parlato, sia principalmente perché questa figura sta sempre più venendo messa al centro dell'attenzione a seguito della crescita elevata della popolazione anziana che necessita di assistenza.

Il Caregiver è infatti quella persona che assiste un parente di primo grado non autosufficiente in maniera gratuita. La principale differenza tra la figura del caregiver e quella del badante è appunto la parentela che lega i due soggetti e la gratuità del servizio che viene prestato. Nella maggior parte dei casi, il rapporto di assistenza viene fornito da un figlio ad un genitore anziano ma esistono anche numero casi reciproci dove è il genitore che assiste il figlio (o il fratello/sorella) affetto da una particolare patologia che lo rende non pienamente capace di vivere in maniera autonoma.

In una popolazione anziana e sempre più sola i bisogni di assistenza crescenti non riguardano solo esigenze sanitarie, ma anche quelle sociali, quali aiutare gli anziani a vestirsi, cucinare, lavarsi, fare faccende domestiche, pagare le bollette.

In questo l'attuale sistema di assistenza domiciliare è carente, avendo a disposizione poche migliaia di unità tra infermieri e assistenti sociali. Al contrario, la gran parte dell'assistenza domiciliare è di fatto "appaltata" a 2 milioni di badanti, spesso pagate a nero e prive di formazione specifica.

Sarebbe da aprire una riflessione sull'opportunità di includere i caregiver familiari in percorsi di formazione specifica che possano aiutarli a diventare professionisti operatori socio-sanitari qualificati e contribuire ad una loro futura stabilizzazione, anche nel sistema assistenziale pubblico.

Descrizione dell'intervento/modello, azione e tempi di realizzazione

Il Distretto è una articolazione organizzativo-funzionale nel territorio. Il Distretto, oltre ad essere il centro di riferimento per tutti i servizi della ASST/ASL, coordina la risposta ai bisogni della popolazione del territorio di riferimento tramite le "Case della Comunità".

La casa della Comunità (CdC) è il luogo visibile, facilmente raggiungibile per la popolazione del territorio dove la comunità può accedere per avere risposte al proprio bisogno di salute.

La CdC rappresenta il nuovo modello organizzativo di risposta multidisciplinare integrata ai bisogni assistenziali e sociali dell'utenza di riferimento.

Nel Distretto, oltre l'ospedale di comunità, devono esserci almeno 1 casa della comunità HUB e alcune case della comunità spoke.

REQUISITI CASE DELLA COMUNITA' HUB

- PUA (punto unico di accesso)
- presenza medica h24 7/7 giorni
- presenza infermieristica h12 7/7 giorni
- punto prelievi
- servizi diagnostici (ecografo, elettrocardiografo, spirometro, OTC)
- servizi di telemedicina
- servizi ambulatoriali specialistici per patologie di maggior incidenza
- servizi infermieristici di promozione della salute pubblica, compresa la figura dell'infermiere di famiglia, gli ambulatori infermieristici per la cura della cronicità e per prestazioni occasionali
- servizi ADI
- servizi sociali
- associazioni di volontariato e di cittadini

obiettivo: garantisce l'accesso unico ed integrato della assistenza sociale, sanitaria, la prevenzione e la promozione della salute, la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata, l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari ed integrati tra servizi ospedalieri, sociali, territoriali e con le associazioni di volontariato e di cittadini.

REQUISITI CASE DELLE COMUNITA' SPOKE

- presenza medica h 12 7/7 giorni
- presenza infermieristica h12 /7 giorni
- servizi di telemedicina
- servizi ambulatoriali specialistici per patologie di maggior incidenza (cardiologia, oculistica, diabetologia)
- servizi infermieristici di promozione della salute pubblica, compresa la figura dell'infermiere di famiglia
- servizi sociali
- associazioni di volontariato e di cittadini
- collegamento con CdC hub

obiettivo: gestione di alterazione dello stato di salute di livello base. Deve essere collegata CdC Spoke e utilizzare telemedicina.

La Governance della Casa di Comunità

Già il 27 aprile 2021 da più parti si leggeva:

“La governance di una Casa della comunità è condivisa dalla rete di tutti gli enti, organizzazioni e strutture coinvolte nel sistema-salute di un territorio attraverso un’alleanza forte tra Comune, Azienda sanitaria, terzo settore.”

Ma concretamente come può tradursi una tale affermazione?

Se dal punto di vista clinico-assistenziale- sociale è evidente, chiaro che il MMG, case manager di riferimento l’IFeC ,l’assistente sanitaria, rappresentano il riferimento, la Governance della Casa della Comunità come si configura nell’attuale sistema e nei singoli territori?

Indispensabile sarà partire da una sorta di “patto istituzionale” chiaro tra ASST – ATS_ Enti locali/Comuni del territorio interessato dalle costituende CDC nel quale siano ribaditi gli obiettivi comuni coerenti con una visione condivisa.

E’ evidente che un sistema che mira ad alta integrazione dei molteplici attori coinvolti richieda che vadano specificati i livelli della responsabilità e organizzativi e il protagonismo della comunità.

Utile chiarire che esistono due livelli istituzionali sovraordinati alla Casa della Comunità, oltre al livello regionale con ruolo strategico nelle linee di indirizzo dell’organizzazione dei servizi socio-sanitari che ne definiscono le funzioni, gli assetti, le risorse, che possiamo così rappresentare:

- 1) Conferenza dei Sindaci dall’ASST con delle dimensioni che devono essere opportunamente ripartite in ambiti zionali/distrettuali/sociali per poter permettere un concreto lavoro di comunità, che richiede territori limitati e identificabili,
- 2) Distretto che al proprio interno può avere più Case della Comunità hub e spoke, in capo a ogni distretto socio-sanitario troviamo la conferenza dei sindaci del territorio che ha compiti di indirizzo e controllo, ma fungono anche da garanzia di coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie del distretto con quelle socio-assistenziali degli enti locali.

Quale posizioni di responsabilità posso rappresentarsi per la CDC?

Nella recente deliberazione di Regione Lombardia (11 aprile c.a n°XI/6278) si indica l’individuazione di un Responsabile che deve essere un dirigente senza ulteriori precisazioni.

Questo apre a delle interessanti possibilità in quanto consente di individuare il Responsabile della CDC nelle diverse realtà non più ad un ruolo aprioristicamente definito ma ad una figura che possieda competenze, conoscenze, abilità nello sviluppo e sostegno di reti e relazioni, funzioni intersettoriali e interprofessionali. Con sguardo realistico occorrerà che le ASST negli specifici contesti colgano l’opportunità di andare oltre individuando responsabili di CDC che possano dare origine a sane contaminazioni utili allo sviluppo delle CDC.

DESCRIZIONE DELLE AREE DI INTERVENTO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO NELLE CASE DI COMUNITA’

Le case della Comunità hanno un ruolo centrale nella messa in rete dei servizi e dei professionisti appropriati per la rete della presa in carico della cronicità, anche come medicina di iniziativa. Deve essere sviluppato una gestione/organizzazione attenta alla presa in carico della cronicità, ma anche alla prevenzione delle complicanze, con follow-up individuale supportato dalla telemedicina.

Non da meno deve essere il punto di riferimento territoriale della prevenzione anche primaria e della diagnosi precoce, con percorsi adeguati ad ogni stadio della cronicità.

Importante anche l'approccio di genere, con attenzione alle differenze socio-economiche, culturali e biologiche.

Insomma deve tener conto di tutti gli aspetti psicocomportamentali e sanitari che modificano lo stato di salute fino al raggiungimento della fragilità.

DESCRIZIONE MODELLO ORGANIZZATIVO

AZIONI CASE DELLA COMUNITA' NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO

MODELLO PRESA IN CARICO PAZIENTE CRONICO: INTERAZIONE CdC (HUB-SPOKE)

CdC HUB sarà di nuova attuazione e rispetterà i criteri definiti dal DM 71; le CdC SPOKE saranno le sedi dove già operano i MMG/PLS organizzate in AFT/CREG.

Collegamento Informativo condiviso tra le varie CdC (HUB-SPOKE).

MODELLO PERCORSO PRESA IN CARICO PAZIENTE CRONICO (PATIENT JOURNEY)

Verranno definiti con Valutazione multidimensionale (VMD) setting assistenziali individuali per percorsi diagnostici/terapeutico, riabilitativi (PAI) con follow-up assistenziali di breve e lungo termine (programmazione di esami e valutazioni multidisciplinari annuali e quinquennali), programmando percorsi di adesione alla terapia e modifica negli stili di vita.

DETTAGLIO MODELLO PERCORSO PRESA IN CARICO

- INFERMIERE DI FAMIGLIA+ASS SOCIALE EFFETTUANO VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (VMD) CON SCALE DI VALUTAZIONE VALIDATE, PER IDENTIFICARE CON PRECISIONE I PROBLEMI/CRITICITA'/BISOGNI DELL'UTENTE CRONICO. DEFINIZIONE DI CHI FARA' IL CASE MANAGER PRINCIPALE
- STESURA DI PAI (annuale) CHE ELABORA I PROBLEMI RACCOLTI E NE CERCA SOLUZIONE
- CONDIVISIONE DEL PAI (CONFRONTO, COLLABORAZIONE, COPROGETTAZIONE) CON ALTRE FIGURE PRESENTI IN CdC (MMG/PLS/Fisiatra, assistente sanitaria, educatore,) e MODIFICA DELLO STESSO. DEFINIZIONE DEL NUMERO DI CONTROLLI PER VERIFICA DI ATTUAZIONE DEL PAI (ADESIONE DELL'UTENTE AL PAI)
- DEFINIZIONE DI OUTCOMES IN MULTIDISCIPLINARIETA'

Importante anche il coinvolgimento del caregiver e della famiglia, grazie alla attività dell'infermiere di famiglia con percorsi dedicati.

Il trattamento, seppure personalizzato, avrà una valutazione multidisciplinare e integrata tra figure differenti ma nell'ottica di eseguire i trattamenti appropriati, riduzione di valutazioni inutili e out of pocket.

Il monitoraggio con telemedicina, teleconsulto, teleassistenza avrà nel setting un ruolo cruciale, riducendo anche l'accesso non necessario del paziente cronico alla CdC.

Di seguito sono elencati i setting di assistenza in relazione in relazione al livello "di cronicità":

LIVELLO II:

persona con complessità assistenziale minima e limitata	utilizzo sporadico dei servizi	cdc proattiva
--	--------------------------------	---------------

LIVELLO III: persona con attività clinico assistenziale me	utilizzo servizi con follow-up annuale	azione proattiva, stili vita, supporto alle patologie
LIVELLO IV: persona con attività clinico assistenziale media/alta	media/alta elevato utilizzo dei servizi	presa in carico multiprofessionali con possibile fragilità sociale
LIVELLO VI: persona terminale	bisogni sanitari palliativi	azioni multiprofessionali coordinate complesse

DESCRIZIONE TEMPI DI REALIZZAZIONE

TEMPO 0: (3 MESI) VALUTAZIONE

inizio attività: valutazione epidemiologica, valutazione area più disagiata/meno disagiata, raccolta servizi presenti nel territorio, rsa, associazioni di volontariato, poli ospedalieri, poliambulatori, percentuale popolazione con fragilità/malattie e di residenti single

TEMPO 1(6 MESI): PROGETTAZIONE

- fase 1: identificare sede dove costruire/ristrutturare casa della salute hub e collegamento con CdC spoke.
- fase 2: progettare casa della comunità con pua, servizi facilmente accessibili, area amministrativo/infermieristica di accettazione; definizione delle schede di valutazione per VMD per classificazione dei bisogni. Il percorso deve essere individuale ma adattabile e elastico sui bisogni/necessità.

TEMPO 3: FORMAZIONE/PUBBLICITA'

coinvolgimento degli attori necessari per attivare casa della comunità, con formazione, percorsi di integrazione con le realtà territoriali, condivisione con i Comuni

TEMPO 4 INIZIO ATTIVITA' (FASE IN CONTINUA MODIFICAZIONE, ADATTABILE ED ELASTICA: FLUIDA)

- programmazione servizi
- attivazione di PUA con infermieri di famiglia, ass sociali; introduzione nelle CdC dei MMG/PLS, medici specialisti, area telemedicina, fisioterapisti, area incontri, area sociale (ass volontariato, integrazione con cittadini,)

Metodi, risorse, strumenti

È necessario pensare ad un modello organizzativo flessibile, che possa essere modulato sulla base delle risorse disponibili e dell'analisi della domanda/fabbisogni di un territorio. Un'azione propedeutica dunque all'applicazione di un modello di gestione della cronicità consiste nel tener conto non solo

della generale evoluzione del bisogno che si è modificato a seguito dell'evoluzione demografico-epidemiologica e con l'innovazione scientifico-tecnologica, ma anche delle caratteristiche del singolo territorio nel quale il modello viene declinato.

Occorre dunque analizzare le caratteristiche del territorio da un punto di vista demografico, epidemiologico, di distribuzione della popolazione e della accessibilità ai servizi (contesto metropolitano, rurale, a bassa densità...), di mappatura delle risorse già esistenti sul territorio (poliambulatori, privato, servizi residenziali e semi residenziali, associazioni di volontariato e terzo settore) e delle risorse presenti nell'attuale organizzazione dei servizi socio-sanitari, per scongiurare la possibilità che sia l'offerta a creare la domanda e far sì che i servizi siano non solo accessibili ma anche appropriati e coerenti al fabbisogno.

Per conoscere e analizzare il fabbisogno del territorio è utile il ricorso a metodi di stratificazione della popolazione per profili di rischio, per differenziare strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

Anche in un'ottica di prevenzione e promozione attiva della salute, nella gestione e presa in carico del paziente cronico la letteratura mostra come siano utili interventi individuali di promozione di stili di vita sani e correzione dei fattori di rischio comportamentali sulla popolazione ammalata per il miglioramento della sopravvivenza, sul rischio di ricadute, di ri-ospedalizzazione e aumento del benessere (interventi di prevenzione terziaria). Al fine di condurre interventi di prevenzione primaria (riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio al fine di prevenire o posticipare la malattia sulla popolazione sana) e di prevenzione terziaria (riduzione di esposizione ai fattori di rischio al fine di prevenire o posticipare la progressione di una malattia in atto) è utile condurre studi o rifarsi a studi e strumenti già a disposizione (ad es. Global Burden of Disease) che permettano di individuare i fattori di rischio modificabili comportamentali (tabagismo, consumo di alcool, dieta) o associati a comportamenti (es. sovrappeso, ipertensione sistolica, glicemia a digiuno) responsabili di un'alta percentuale di DALY (anni di vita persi + più anni di vita con disabilità) della popolazione. Lo studio della popolazione e la stratificazione della popolazione per livelli di rischio permette di progettare interventi mirati a quelle componenti modificabili degli stili di vita che permettano di aumentare gli anni di vita in buona salute o di non peggioramento della propria condizione.

Parole chiave per un nuovo modello di intervento sono l'integrazione e la multidisciplinarietà. L'Integrazione si intende a diversi livelli:

- Integrazione tra figure professionali diverse che collaborano nella presa in carico del paziente (MMG, Infermieri, medici specialisti, Infermieri di famiglia, altre professioni sanitarie non mediche, professioni amministrative/gestionali, assistenti sociali). Si tratta perciò di promuovere e rafforzare una cultura e una capacità di collaborazione tra professionalità diverse, anche attraverso momenti formativi
- Integrazione "orizzontale", tra discipline e specialità diverse (collaborazione tra diverse professionalità specialistiche, tra professionisti con forme contrattuali diverse, tra professionisti di diverse realtà istituzionali)
- integrazione nell'analisi del bisogno della persona, attraverso lo strumento della valutazione multidimensionale (processo dinamico ed interdisciplinare volto a identificare, descrivere e anticipare la natura e l'entità dei problemi di natura fisica, clinica, funzionale e psichica della persona e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Si tratta di un approccio diagnostico globale e integrato che attraverso l'uso di scale e strumenti validati, consente di individuare un

piano di intervento sociosanitario coordinato e mirato ai bisogni dell'individuo sotto il profilo clinico, funzionale e sociale)

- Integrazione interistituzionale tra azienda sanitaria, ats/asl, enti locali

In riferimento al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, la missione 6 – Salute è focalizzata su due obiettivi da realizzare nell'arco temporale 2021-2026:

M6C1 - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

M6C2 - innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario

Obiettivo della missione 6 è rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Il Piano investe nell'assistenza di prossimità diffusa sul territorio e attiva 1.288 Case di Comunità e 381 Ospedali di Comunità. Si potenzia l'assistenza domiciliare per raggiungere il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni, la telemedicina e l'assistenza remota, con l'attivazione di 602 Centrali Operativi Territoriali.

Il Governo investe inoltre nell'aggiornamento del parco tecnologico e delle attrezzature per diagnosi e cura, con l'acquisto di 3.133 nuove grandi attrezzature, e nelle infrastrutture ospedaliere, soprattutto con interventi di adeguamento antisismico. Il Piano rafforza l'infrastruttura tecnologica per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati, inclusa la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

La Misura 6 viene finanziata con 18,5 mld, di cui 15,63 dal PNRR e 2,9 mld dal Fondo Nazionale.

Di questi 15,63 miliardi, 7,00 mld sono destinati alla realizzazione delle reti e delle strutture di prossimità e 8,63 mld allo sviluppo dell'innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

La spesa per la sanità digitale in Italia nel 2020 è stata di 1,5 mld €, così ripartiti: (fonte: Paolo Locatelli – Politecnico Milano)

- Strutture sanitarie 1,07 mld €
- Regioni 350 mln €
- MMG 65,7 mln €
- Ministero della salute 18,1 mln €

Nel confronto internazionale rispetto alle risorse per la sanità digitale emerge che nel 2020 l'Italia (25 €/cittadino) si colloca dopo Francia (40 €/cittadino), UK (60), SV (63), DK (70).

Le barriere allo sviluppo dell'innovazione tecnologica sono sostanzialmente riconducibili alla disponibilità di risorse economiche, alla integrazione dei sistemi informatici, alla cultura digitale nell'organizzazione e alla mancanza di competenze per utilizzare strumenti digitali.

La trasformazione digitale della sanità italiana è la grande sfida del prossimo futuro; la macchina è avviata ma per colmare il gap culturale, che vede ancora molti professionisti curiosi ma non del tutto convinti e partecipi alla svolta digitale, occorrono grandi sforzi per superare dubbi e perplessità che risentono della lentezza attuativa delle norme, delle forti implicazioni legate alla privacy e alla necessità di mettere al centro il cittadino/paziente.

L'emergenza pandemia ha già impresso una forte spinta propulsiva a opzioni come la televisita o il teleconsulto, ma il vero salto in avanti avverrà quando saremo in grado di raccogliere, condividere ed elaborare l'enorme mole di dati clinici, assistenziali, sanitari ed economici che verranno introdotti all'interno di questi nuovi sistemi e piattaforme digitali.

Sarà prioritario l'empowerment dei medici e un investimento sull'educazione sanitaria dei cittadini, chiamati non solo ad essere partner del processo assistenziale in caso di malattia, ma anche a fare buon uso di tutti gli strumenti a disposizione per tutelare la propria salute e sostenere il sistema, a cominciare dalla prevenzione per completare con l'inserimento delle prestazioni di telemedicina nei Livelli essenziali di assistenza (Lea).

Sempre più spesso ricorre il termine eHealth che definisce l'erogazione di servizi sanitari utilizzando le tecnologie digitali, ovvero utilizzare le possibilità offerte dal digitale in tutti i casi in cui le tecnologie digitali consentono di erogare un servizio in maniera più efficace, oppure di rendere più semplici operazioni come prenotazione di visite, richiesta/invio di prescrizioni mediche, richiesta/invio di informazioni relative al proprio stato di salute.

I servizi che maggiormente possono trarre benefici dalle tecnologie digitali sono, principalmente, questi:

- Fascicolo sanitario elettronico: è uno strumento digitale grazie al quale la persona può tenere traccia della propria vita sanitaria e può condividere le informazioni con i professionisti sanitari.
- Centro unico di prenotazione (CUP): un servizio amministrativo che permette di semplificare la prenotazione di visite e altri servizi sanitari utilizzando diversi canali.
- Telemedicina: si tratta di uno strumento che mira a migliorare l'erogazione dei servizi di diagnosi e della consulenza medica a distanza.
- Tessera sanitaria: resta la base per l'accesso a tutti i servizi erogati dal Sistema sanitario nazionale. Inoltre, il sistema TS permette ai cittadini di ottenere l'assistenza sanitaria in tutti gli altri Paesi UE.
- Ricette digitali: la dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche rappresenta uno degli obiettivi della Sanità digitale.
- Dematerializzazione delle cartelle cliniche e dei referti: la digitalizzazione delle cartelle cliniche e dei referti è un processo, che nel tempo contribuirà a creare un flusso di documenti digitali che avranno pieno valore legale e che sostituiranno completamente quelli cartacei.

L'implementazione delle prime strutture di prossimità – CDC, ODC, COT all'interno delle realtà organizzative dei Distretti – ridefiniti dalla Legge Regionale Lombarda 22/2021 – dovrà avvenire in parallelo allo sviluppo di un ecosistema digitale che sappia supportare i processi di lavoro e le funzioni previste in tali strutture.

In particolare i processi che dovranno essere prioritariamente supportati digitalmente sono relativi alla domanda della popolazione cronica e fragile che in maniera dinamica sviluppa i propri bisogni in funzione dell'andamento della condizione di cronicità e/o fragilità ma anche in funzione dell'evoluzione delle fasi della vita. I principali processi che stanno alla base di ogni percorso di presa in carico possono essere ricondotti a:

- Accoglienza del paziente cronico/fragile e della domanda presso il Punto Unico di Accesso
- Valutazione dei bisogni semplici e complessi
- Pianificazione e attuazione del Progetto Individuale, attraverso l'attivazione dei nodi della rete sociosanitaria, anche in maniera integrata con la rete socio-assistenziale degli Enti Locali

- Recepimento dei Piani di Assistenza Individuali elaborati dai servizi attivati (PAI di struttura)
- Monitoraggio dell'attuazione del Progetto Individuale

La *connected care* – sistema che mette al centro il cittadino, creando modelli organizzativi che favoriscono l'integrazione delle cure tra ospedale e territorio e abilitano l'empowerment del paziente – permette di condividere le informazioni tra i diversi attori coinvolti nel processo di cura del paziente. In particolare sistematizza le informazioni relativamente allo stato di salute dell'individuo da vari punti di vista:

- Prevenzione e stili di vita: ricerca informazioni sulla salute; raccolta e gestione dati
- Accesso: ricerca strutture e medici, prenotazione, pagamento
- Cura: fruizione servizi sanitari (visite, esami, ricoveri, terapie)
- Follow up: continuità di cura, monitoraggio, nuovi stili di vita

Il target della digitalizzazione sono diversi e differente è l'utilizzo da parte di ciascun tipo di utilizzatore:

- Cittadini: prenotazione, pagamento, download referti
- Pazienti: le app per la prevenzione e miglioramento dello stile di vita, monitoraggio parametri clinici, assunzione terapie
- Medici: teleconsulto medico con medici specialisti, tele-refertazione, tele-visita, tele-monitoraggio, tele-consulto medico con MMG, tele-riabilitazione.

I possibili stakeholder sono i cittadini ma anche i professionisti della salute e dell'assistenza, le associazioni, i servizi sanitari e le unità d'offerta della rete socio-sanitaria, le amministrazioni locali, le farmacie.

La stratificazione del rischio (modello Agenas) consente di classificare il bisogno di salute in base a sei livelli di complessità e di modulare la presa in carico (PIC) in funzione della domanda di salute ma anche delle possibili risposte.

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali.	Utilizzo di bassa / media frequenza dei servizi.	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari.	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali.	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
	V livello Persone con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo.	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
	VI livello Persone in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di cura	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento al caregiver

Nel caso, per esempio, di un cittadino cronico in dimissione protetta dall'ospedale per acuti la segnalazione parte dall'ospedale e arriva al livello territoriale mediante i collegamenti alla COT; le IFeC e ass. sociale effettuano la VMD e definiscono il progetto Individuale che verrà attivato dalla COT mediante i collegamenti alla rete dei servizi, sulla base della soluzione individuata: dimissione verso il domicilio (ADI, SAD, cure palliative) o ricovero in struttura residenziale (per es. cure intermedie, RSA).

Nel caso per es. di persona cronica con elevata complessità assistenziale e bassa complessità clinica – per pluripatologia – la domanda perviene al PUA che attiva il percorso di valutazione del bisogno (semplice o complesso), la programmazione del progetto individuale, l'erogazione delle prestazioni necessarie.

Nell'uno e nell'altro caso la disponibilità di un sistema digitalizzato consente la gestione delle varie fasi del percorso di presa in carico in maniera cooperativa tra professionisti, servizi e cittadino.

Le aspettative che si stanno rivolgendo all'avvento di sistemi digitali sono elevate, come elevati sono i timori di "rigidità" che la digitalizzazione potrebbe introdurre nei percorsi di presa in carico del cittadino che dovranno poter coniugare la tecnologia con l'adeguata flessibilità dell'arte del "care".

Costi

Analisi dei costi per ogni "Cdc - Casa della Comunità"			
Unità	Qualifiche	Costo medio annuo con oneri riflessi in€	Costo totale annuo con oneri riflessi in€
1	Medico Coordinatore Casa	120.000	120.000
15	Medici Generalisti MMG	120.000	1.800.000
4	Medici Pediatri	120.000	480.000
20	Operatori professioni infermieristiche IFeC	40.000	800.000
6	Operatori professioni riabilitative	40.000	240.000
10	Operatori socio sanitari/OSS	40.000	300.000
6	Collab./Assist. amministrativi	35.000	210.000
6	Assistenti sociali	40.000	240.000
68	TOTALE		4.190.000

Risultati attesi

In ogni distretto dovrebbero essere valutate le esigenze della Comunità (welfare territoriale) e la distribuzione di CdC con vocazioni differenti a seconda delle esigenze territoriali : CdC "fragilità", CdC prevalentemente erogative sanitarie, CdC "sociali", tra loro integrate e capaci di realizzare un bilancio di salute.

Generare una "governance" locale (spoke) e centrale (Hub): la prima deve promuovere le reti con progetti di collaborazione, co-progettazione anche con il terzo settore, la seconda dovrebbe dedicarsi a funzioni di coordinamento e supporto.

Strutturare un "piano strategico" che evidenzi la sequenza del processo di presa in carico della cronicità (processo per altro elastico, adattabile e variabile) ed il monitoraggio dello stesso.

Sistema di monitoraggio: outcomes

-quanti pazienti/persona seguono i percorsi proposti

- quante persone cambiano stili di vita o la percentuale di riduzione del “isolamento sociale”
- customer satisfaction (percentuale di gradimento degli utenti sui servizi offerti)
- riduzione delle “cure private”(badanti, spesa in solvenza, ecc)
- riduzione del tasso di ospedalizzazione degli utenti seguiti e aumento della aderenza terapeutica

Questo percorso dovrebbe rispondere alle esigenze territoriali, non aspettando la domanda dell’utente, ma attivando le risorse prima delle richieste, creando un cambiamento culturale e relazionale (progettualità aperta e condivisa con tutti gli attori).

Riferimenti Bibliografici

1. Onu: world population prospects 1950-2050
 2. Gruppo di lavoro geriatrico – AIFA 2013
 3. Office of Health Economics. Costo medio pro capite per fascia d’età nel NHS
 4. Barnett et al “epidemiology of multimorbidity and implication of health care”
 5. OMS, Global Health Risk
 6. ISTAT. Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria
 7. Rapporto CENSIS – Rbm salute
 8. Indagine Censis 2017 su mobilità sanitaria, e rapporto tra finanziamenti dei sistemi regionali e liste d’attesa
 9. Bruce Kennedy, Ichiro Kawachi, Deborah Prothrow-Stith: Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index
 10. Social capital, income inequality, and mortality. American Journal of Public Health
 11. ISTAT. Differenze socio-economiche nella mortalità
 12. Ascensore sociale in Italia e disuguaglianze in salute. Rubolino (2018) coefficiente di Gini e Acciari, Polo & Violante (2017) curve di Gatsby
 13. Amartya Sen, Inequality Reexamined (1992); Il tenore di vita, tra benessere e libertà (1998)
 14. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development Countries
 15. Flussi EMUR sugli accessi in pronto soccorso elaborati da Data Room del Corriere della Sera
 16. Governo Italiano (2021), Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
 17. Impatto delle Case della Salute su indicatori di cura 2009-2019 (Assr Emilia Romagna)
 18. Sostenibilità e costi cure domiciliari; comitato ospedalizzazione domiciliare, sole24ore, Ferrara Storti Foundation; Report knocking on patient’s door
 19. Costo giornaliero di degenza nelle strutture pubbliche ospedaliere differenziato per le singole regioni italiane, rilevazioni di ASSR
 20. AUSER. Indagine nazionale sulle RSA
 21. Gaziano TA, Asaf B, S Anand, et.al. The global cost of non-optimal blood pressure. J Hypertens
 22. Hansson, Lloyd, Anderson, Kopp. Excess morbidity and cost of failure to achieve targets for blood pressure control in Europe
 23. Pharmacoeconomics of hypertension management. Ettore Ambrosioni
 24. Specchia M.L., Veneziano M.A., Cadeddu C., Ferriero A.M., Mancuso A., Iannace C., Parente P., Capri S., Ricciardi W., 2014, Economic impact of adult obesity on health systems
 25. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries. London School of Economics
 26. CNOP 2021 presenza degli psicologi nel ssn
 27. Gatchel and Oordt – American Psychological Association “High utilizers of primary care services”
 28. Servizi di psicologia delle cure primarie e spesa farmaceutica. Solano et al., 2009; Shellemberger et al. 1996; Lazzari, 2011;
 29. Elaborazione dati SISAC e Anaa su pensionamenti dei medici di famiglia e aree carenti
- Sitografia**
30. www.healthdata.org

31. Documento «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN», studio Cergas – Bocconi