



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Corso di perfezionamento

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

Project work

***Case della comunità in contesti territoriali
disagiati/montani/a residenzialità diffusa.***

Dott. Carlo Amoretti
Dott. Franco Brinato
Dott.ssa Francesca D'Auria
Dott. Guido Giardini

Direttore scientifico
Prof. Renato Balduzzi

Tutor di progetto
Dott. Luca Gori

Anno accademico 2021-2022

Indice

1	Indice	Pagina 2
2	Abstract	Pagina 3
3	Introduzione	Pagina 4
4	Analisi del territorio del Vallo di Diano (Salerno) - Campania	Pagina 5
4	Analisi del territorio dell'Alta Valle Arroscia (Imperia) - Liguria	Pagina 10
5	Analisi del territorio del Distretto n. 3 Valle d'Aosta	Pagina 17
6	Conclusioni	Pagina 35

Abstract

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

Essendo questo intervento in fase di progettazione e prima realizzazione, tenendo conto delle diverse realtà territoriali e delle specifiche esigenze ad esse correlate, è apparso di interesse focalizzare l'attenzione sulle Case della comunità che in contesti territoriali disagiati/montani/a residenzialità diffusa rappresentano un servizio di particolare importanza.

In virtù delle caratteristiche territoriali in cui le Case della comunità sono realizzate, esse necessitano di peculiari modalità di organizzazione e di specifiche metodologie di erogazione della offerta sanitaria e socio-assistenziale, che non deve essere di qualità o di tempestività inferiore a quella che viene garantita nelle zone metropolitane più popolate o localizzate in territori geograficamente pianeggianti ad accessibilità facilitata.

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

Per individuare i punti di preminente intervento, si è provveduto ad esaminare le caratteristiche demografiche delle popolazioni residenti in tali territori al fine di identificare i bisogni di salute principali cui garantire una immediata risposta sanitaria e sociosanitaria.

Si è studiato il territorio e i servizi sanitari già presenti per suggerire una loro valorizzazione ed integrazione con i servizi aggiuntivi oggetto del presente project work.

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

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

Introduzione

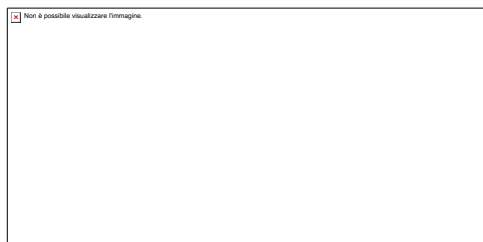
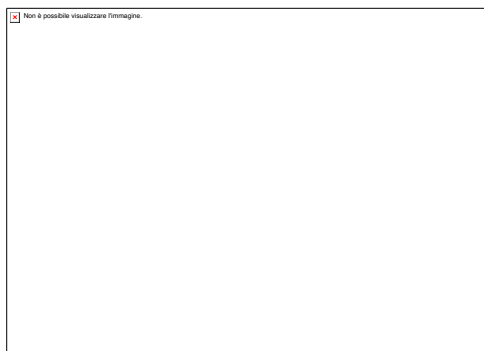
Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nel contesto del programma Next Generation EU ha tra gli obiettivi il contrasto alla povertà, all'esclusione sociale e alle disuguaglianze. L'opportunità di rivisitare l'assistenza territoriale proprio nei contesti territoriali disagiati, montani o a residenzialità diffusa attraverso case di comunità ed assistenza territoriale con caratteristiche che necessariamente si distinguono da ambiti in cui l'omogeneità abitativa è maggiore e i servizi più facilmente raggiungibili, rappresenta una importante sfida.

Il 12,1 % della popolazione italiana vive in territori montani ove gli indici di vecchiaia rappresentano spesso cifre anche 4-5 volte l'indice nazionale o regionale, dove la densità abitativa è particolarmente bassa e le difficoltà nelle vie di comunicazione e nella mobilità rendono l'accesso ai servizi del SSN disforme. In alcune di queste aree il disagio è acuito da elementi socio economici che rappresentano ulteriori elementi di disuguaglianza che incidono sull'attesa di vita.

Il gruppo di lavoro ha pertanto descritto tre aree italiane che rappresentano ambiti diversi con problematiche riconducibili al concetto di disagio causa di disuguaglianza nell'accesso alle cure o negli outcome.

Le Case di Comunità in questi territori rappresentano un'opportunità per offrire una diversa assistenza territoriale conforme ai bisogni che ogni ambito esprime. Il project work più che individuare un modello di casa della comunità per aree con contesti territoriali disagiati/montani/a residenzialità diffusa desidera evidenziare come l'analisi dei bisogni basata sullo studio del contesto possa fare emergere risposte diversificate co-progettate con la comunità rappresentata dalle Amministrazioni, dal III° settore e dai diversi stakeholder presenti. Alcune realtà, qui anche presentate, hanno già in corso interventi distinti dalla progettazione emergente dal PNRR ed appare essenziale coordinare interventi diversi in modo che non vi siano sovrapposizioni o binari di intervento paralleli.

Il Vallo di Diano nella Provincia di Salerno – Regione Campania



Analisi del Territorio e della Popolazione

Il Vallo di Diano, in provincia di Salerno, è composto da 16 Comuni con 57.292 abitanti (dati al 31.12.2021 raccolti dagli Uffici di Stato Civile di ciascun Comune).

Ha una superficie di 829 km². È un contesto territoriale pianeggiante (400 m slm), collinare e montano (850 m slm - in riferimento alle zone abitate) a residenzialità diffusa, con un reddito medio annuo di 16.000 euro per nucleo familiare.

È servito dall'Autostrada del Mediterraneo che è ultimata, in buone condizioni, con ridotto traffico medio in ogni fascia oraria (ad eccezione dei periodi estivi e vacanzieri) e da un sistema viario minore in buone condizioni di percorribilità.

I Comuni che fanno parte del Vallo di Diano sono:

N	Comune	Superficie (km ²)	Densità di popolazione (abitanti/km ²)	Abitanti residenti	Età media donne over 65	Età media uomini over 65	Donne over 65 anni	Uomini over 65 anni	Totale over 65 anni
1	Atena Lucana	26,01	92	2.392	76,87	76,10	353	245	598
2	Buonabitacolo	15,54	156	2.425	75,43	75,08	358	248	606
3	Casalbuono	34,82	31	1.077	77,10	76,02	159	111	270
4	Monte San Giacomo	51,69	28	1.438	77,23	76,08	212	148	360
5	Montesano sulla Marcellana	110,22	57	6.295	75,02	74,08	891	620	1.511
6	Padula	67,11	74	4.972	76,81	75,40	733	510	1.243
7	Pertosa	6,16	107	656	77,02	76,45	97	67	164
8	Polla	48,08	108	5.177	77,21	76,03	794	552	1.346
9	Sala Consilina	59,69	119	11.900	76,78	75,90	1.685	1.171	2.856
10	Salvitelle	9,6	52	500	77,31	76,02	74	51	125
11	San Pietro al Tanagro	15,51	107	1.663	76,56	75,87	235	164	399
12	San Rufo	31,96	51	1.619	77,23	76,02	229	159	388
13	Sant'Arsenio	20,14	135	2.713	76,80	75,32	400	278	678
14	Sanza	128,74	18	2.368	76,78	75,21	363	252	615
15	Sassano	47,76	97	4.641	77,20	76,12	684	476	1.160
16	Teggiano	61,87	117	7.456	77,53	76,24	1.068	743	1.811
				Totale					
				57.292	76,80	75,74	8.335	5.795	14.130

Tabella n. 1 Demografia dei Comuni del Vallo di Diano al 31 Dicembre 2021.

Analisi delle Strutture Sanitarie presenti e operanti sul Territorio

- Nel comune di Polla è presente il Presidio Ospedaliero “Luigi Curto” con i seguenti dipartimenti:
 1. dipartimento emergenza e reti tempo - dipendenti (UOC Cardiologia, UOSD Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza, UOSD Neurologia);
 2. dipartimento chirurgia generale e urologia - UOC Chirurgia generale, UOC Urologia;
 3. dipartimento chirurgie specialistiche - UOSD Oculistica, UOSD Otorinolaringoiatria, UOC Ortopedia;
 4. dipartimento area critica - UOC Anestesia e rianimazione;
 5. dipartimento salute della donna e del bambino - UOC Ostetricia e ginecologia, UOSD Pediatria;
 6. dipartimento di medicina generale, lungodegenza e riabilitazione - UOC Medicina Generale, UOSD Gastroenterologia, UOC Geriatria, UOSD Nefrologia ed Emodialisi, UOSD Pneumologia, UOSD Recupero e riabilitazione;
 7. dipartimento oncologico - UOSD Servizio di Oncologia, UOS Servizio Trasfusionale;
 8. dipartimento dei servizi sanitari - UOC Laboratorio analisi, UOSD Radiologia;
 9. dipartimento farmaceutico - UOSD Farmacia.
- Nel comune di Sala Consilina è ubicato il Distretto Sanitario con:
 1. Assistenza sanitaria di base
 2. Materno Infantile
 3. Riabilitazione e protesica
 4. Geriatria, Cure domiciliari, Cure Palliative
 5. Servizio Farmaceutico distrettuale
 6. Ambulatorio infermieristico
 7. Centro Anti Diabete - CAD
 8. Medicina Legale
 9. Ufficio socio sanitario

nb Patenti speciali - Commissione Medico Legale Provinciale (servizio delegato al comune di Eboli)

- Nel comune di Sala Consilina è ubicato il Piano Sociale di zona S10.
- Nel comune di Teggiano è presente il SAUT.
- Servizio di Guardia medica (Continuità assistenziale) nei comuni di Buonabitacolo, Padula, Sala Consilina, San Pietro al Tanagro, San Rufo e Sassano.

- Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta sono in numero congruo con il numero di abitanti residenti.

Progetto già deliberato

In data 17 Gennaio 2020 la Delibera della ASL Salerno n.28 disciplina l'istituzione di un Ospedale di Comunità. Tale Ospedale di Comunità, in base alla citata Delibera, viene collocato nel comune di Sant'Arzenio dove già sorgeva un Presidio Ospedaliero complementare all'Ospedale di Polla. Il Plesso di Sant'Arzenio nel 2008 è stato convertito in Hospice e Ser.D del Distretto Sanitario.

Le linea d'intervento programmate con la Delibera dell'ASL Salerno n.28 del 17.01.2020 per la struttura di Sant'Arzenio dovrebbero assicurare:

1. la presa in carico globale del paziente fragile e di quello che presenta problematiche sanitarie differibili;
2. lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati ospedale/territorio;
3. l'assistenza domiciliare, le ammissioni/dimissioni protette e la terapia del dolore;
4. l'istituzione dell'infermiere di comunità con un bacino di utenza di 500 persone/infermiere (tale figura professionale farebbe parte del Sistema Sanitario Regionale) - (fabbisogno per 57.292 residenti = 115 infermieri).

Analisi sintetica dei bisogni

Nel contesto del Vallo di Diano, gli ambiti di salute da considerare preminenti sono:

- malattie dell'apparato cardiovascolare;
- diabete e sindrome metabolica;
- malattie neurologiche e neurodegenerative (ictus, demenza cerebrovascolare, etc.);
- malattie oncologiche;
- grandi disabilità.

Per la gestione di questo tipo di patologie, il numero di MMG generale e di presidi ospedalieri pubblici è congruo con i bisogni.

La rete di assistenza domiciliare e del terzo settore risulta carente.

Dall'analisi dati presentati nella Tabella n. 1, emerge che il 59% della popolazione over 65 anni è di genere femminile e tale percentuale aumenta con l'aumentare dell'età, pertanto anche la medicina di genere e la risposta alle patologie correlate al genere dovrebbe essere considerata parte preminente nelle proposte di offerta di assistenza territoriale garantita dalle Case della Comunità.

Proposte aggiuntive al progetto deliberato

1. Al momento, la soluzione più utile da applicare è incrementare il numero di infermieri di comunità presenti sul territorio.
2. La telemedicina non sembra essere di ausilio poiché i pazienti che maggiormente necessitano di assistenza domiciliare non hanno un livello culturale che possa metterli in posizione di vantaggio rispetto al servizio offerto dalla telemedicina.
3. La/il paziente cronico e/o anziano autonomo vive da solo al proprio domicilio e necessita solo di monitoraggio e cure domiciliari di primo livello.
4. La/il paziente cronico e/o anziano non autonomo viene ospitato in case di riposo (RSA) in cui opera già una equipe di infermieri e c'è il medico di medicina generale di riferimento con un pool di medici specialisti che periodicamente intervengono.
5. Pertanto risulta utile l'incremento della presenza del terzo settore socio - sanitario sia per l'assistenza che per il disbrigo della burocrazia per le persone over 65 anni e il contestuale aumento del numero di RSA operanti sul territorio.

Conclusione

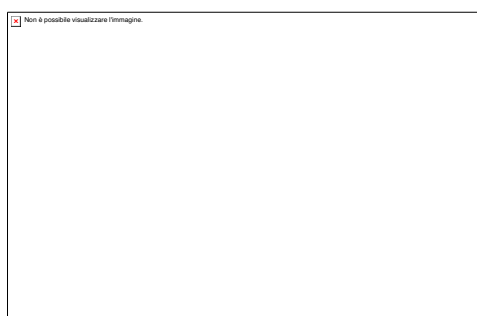
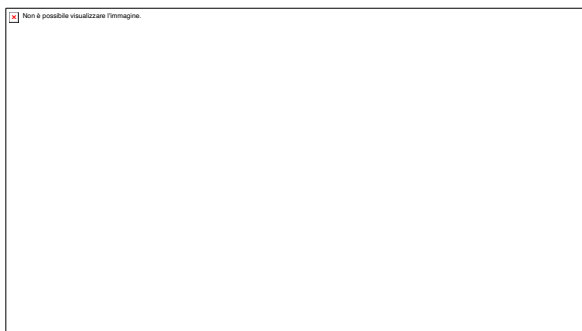
Per affrontare i bisogni di salute della popolazione ultra sessantacinquenne del Vallo di Diano in prima istanza appare necessario incrementare il numero degli infermieri di comunità. La telemedicina non sembra essere di impatto nella fase iniziale di intervento.

Dai dati dello Stato Civile dei Comuni del Vallo di Diano risulta un tasso di riduzione delle iscrizioni di residenza pari allo 0.8% per anno che significa una riduzione di 458 persone all'anno, pari a una stima di 4.580 persone in 10 anni. Lo spopolamento è dovuto a cause di natura economica e ad un tasso di natalità notevolmente ridotto che rispecchia l'andamento nazionale pertanto in un piano di investimento di risorse sanitarie con una prospettiva di azione decennale, non appare produttivo investire in infrastrutture e tecnologie poiché esse risulterebbero sotto utilizzate o inutilizzate e in dieci anni diventerebbero obsolete.

Utile invece appare la funzione di filtro e definizione delle necessità di salute da parte dei Medici di Medicina Generale che devono avere un canale di comunicazione diretto con:

1. i presidi ospedalieri cui riferire i propri assistiti in caso di acuzie;
2. gli infermieri di comunità per la gestione delle cronicità;
3. con il terzo settore socio-sanitario per l'ospitalità e l'assistenza delle persone non autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

L'Alta Valle Arroscia nella provincia di Imperia - Regione Liguria



Analisi del Territorio e della Popolazione

L'area Interna Alta Valle Arroscia, è l'arteria verticale principale della Provincia di Imperia, territorio dell'estremo ponente ligure, confina con il Piemonte, la Valle Impero (IM), la Provincia di Savona ed è divisa da un piccolo corridoio di un comune piemontese, Briga Alta, con la Francia. È un territorio logisticamente servito dalla SS28 che va da Imperia a Torino ed il collegamento con il savonese è garantito dall'ex SS453, oggi provinciale. Non sono presenti ferrovie ed i mezzi pubblici su ruote sono ridotti.

L'alta Valle Arroscia raggruppa 11 comuni, per una superficie di 254 Km² (circa un quarto della Provincia di Imperia) ed un totale di 4.267 abitanti (2021) distribuiti su oltre 40 frazioni (terza area meno popolosa a livello nazionale, ma anche la seconda più piccola come superficie) ed ha in Pieve di Teco il comune di riferimento. La popolazione dell'area si caratterizza per la più alta percentuale di stranieri su tutte le aree interne individuate a livello nazionale, superiore al 10%.

E' sede di servizi sanitari distrettuali con attività di prelievo, amministrativa, servizio ADI, due medici di medicina generale, un pediatra di libera scelta, con presenza parziale, ed alcune attività specialistiche con frequenza massimo bimensile; potrebbe essere di riferimento ad un ambito lievemente maggiore, fino a 7000 abitanti.

Dati demografici dei Comuni che fanno parte della zona valle Arroscia:

			2017	2021	

N	Comune	Superficie (km²)	Densità abitativa (abitanti/k m²)	Abitanti residenti	0-6	0-14	Over 14	totali	Donne over 65 anni	Uomini over 65 anni
1	Pieve di Teco	40,51	33	1338	54	144	1188	1332	188	179
2	Pornassio	27,21	25,2	685	19	40	641	681	96	97
3	Ranzo	10,86	51,3	557	24	66	497	563	88	78
4	Borghetto d'Arroscia	25,94	17,4	452	14	37	372	409	73	72
5	Rezzo	37,37	9,4	351	9	27	285	312	60	44
6	Vessalico	10,46	27,3	286	9	21	226	247	32	25
7	Cosio d'Arroscia	40,56	5,4	218	4	8	169	177	46	39
8	Mendatica	30,69	5,9	182	2	6	157	163	26	34
9	Aquila d'Arroscia	10,06	15,8	159	7	11	136	147	22	29
10	Montegrosso Pian Latte	10,3	12	120	3	7	111	118	26	29
11	Armo	10,09	11	111	2	12	106	118	17	21
	totali	253,77	17,7	4498	147	372	3888	4267	674	647



- **Popolazione anziana** : le persone over i 65 anni rappresentano il 30,1 % della popolazione.
Indice di vecchiaia ITA : 182,6 Liguria : 262,3 prov. Imperia :256,9 Valle Arroscia : 355,10 con minimo a Pieve di Teco : 254,86 e massime in tre paesi > 750, uno > 900.
- **Popolazione a bassa densità abitativa** : ab/Km2 ITA 418 Liguria 280. Fra i 10 comuni liguri con minore densità abitativa 4 sono in Valle Arroscia
- **Popolazione straniera** > 10%, giovane
- tendenza a **riduzione demografica** nei paesi più piccoli con **conservazione nei paesi del fondo valle** ove con **indici di vecchiaia sono inferiori anche alla media regionale e provinciale.**

Dati rilevanti sanitari e socio sanitari

- **Non completa copertura assistenziale dei mmg**, con due soli medici che coprono 9/11 comuni con presenza uno o bi settimanale; solo nel comune principale la presenza è quotidiana. Circa 870 abitanti risultano o senza medico o con medico sulla costa, non presente sul territorio, neppure con studio secondario;
- la **stratificazione in relazione alle esenzioni per patologia** indica : 75,8% dei residenti senza esenzioni, il 13,6 con una esenzione, il 6,5% con due esenzioni, il 4,1 % con tre o più esenzioni
- **Ridotta assistenza in ADI** : pazienti in ADI (febbraio 22) 22 (1,8% popolazione > 65 anni che è pari al 31% dei residenti), Totale assistiti in ADI 2021 : 52 (3,9%). In provincia di IM : ADI per >65 anni : 4.55 (prospettiva PNRR :10%)
- **Indici di non autosufficienza** :Fondo regionale della Non Autosufficienza - Gravissima Disabilità - Vita indipendente : complessivamente n 8 (1,8/mille), simile alla prevalenza nel distretto 2/mille
- **L'emergenza** è garantita dalla centrale operativa che si avvale in valle di una sede CRI ed una sede di P.A., mentre l'automedica -118 più vicina è a 25 – 45 Km (Imperia), sede anche delle strutture ospedaliere (tempi di percorrenza in auto 20'-60').
- E' presente **G.M.** notturna e festiva

Servizi sociali

- I comuni sono associati in associazione di comuni con sede di ATS.

Terzo settore a rilevanza socio sanitaria

- E' presente una RSA con posti convenzionati ed una RP non convenzionata,
- Sono presenti una sede CRI, una P.A., alcune associazioni di rilevanza locale;

Prospettive

- L'area è stata inserita e finanziata nei **progetti per le aree interne** con interventi negli ambiti della mobilità, educativi e sanitari. La delibera A.Li.Sa. n. 65 del 22.2.2022 ne ha attivato l'attuazione, attraverso interventi per a) 5 infermieri di comunità ed attrezzatura necessaria (compresi

cellulari, tablet, sfigmomanometri, spirometri, elettrocardiografi, autovetture in leasing e formazione) - 524.000 euro b) progetto residenze aperte per attività di ADI, mensa per esterni, centro diurno anziani, riabilitazione territoriale - 313.000 euro c) potenziamento alcuni ambiti specialistici (cardiologo, psicologo...) e ostetrica di comunità con apparecchiature diagnostiche (ecografo, spirometri) e formazione relativa anche per i mmg del territorio.

- E' prevista una *sede spoke di Casa della Comunità (CdC)*.

2) ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO IL DISAGIO

La caratteristica di “disagio” del territorio è legata principalmente a :

- alta percentuale di popolazione anziana, distribuita su un ampio territorio;
- distanza dai centri di assistenza, con assenza di mezzi;
- ridotta assistenza sanitaria primaria (mmg – ADI – attività consultoriale)

3) CASA DELLA COMUNITA' SPOKE – ASPETTI TIPIZZANTI

La casa di comunità in “area disagiata” con le caratteristiche indicate viene proposta con le seguenti caratteristiche:

- **CdC sede unica dei servizi sanitari e sociali del territorio;**
- **Riorganizzazione dell'attività dei mmg** con centralizzazione prevalente nel comune di riferimento dell'assistenza primaria e presenza nei comuni programmata settimanalmente su programmazione dell'infermiera di comunità. Nella casa della comunità i due mmg presenti nel territorio garantiscono almeno 6 ore al giorno, su sei giorni della settimana, mentre le ulteriori 6 ore possono essere garantite o da altro mmg o da medico ASL. I due medici operanti sul territorio dedicheranno parte delle altre ore settimanali agli ambulatori nelle sedi comunali periferiche su organizzazione delle presenze da parte degli IdC e buona parte per le visite domiciliari che necessitano di molto tempo per la mobilità. I mmg sono formati e dotati per una diagnostica primaria ad uso “office” (ecografo, elettrocardiografo, spirometro);
- **Infermieri di comunità (IdC)** in numero superiore al previsto 1/8000 abitanti, ma 1/700 abitanti, come previsto dal programma dell'Area Interna con presenza capillare sul territorio in stretta connessione fra mmg e servizi sociali con compiti anche infermieristici (prelievi - ambulatorio infermieristico) in sede di CdC ;
- **Casa di comunità sede di diagnostica primaria** gestita dai mmg formati (esempio : spirometria - ecografia - ecg - ...);
- **Telemedicina** fra mmg della casa di comunità e specialistica, meno probabile fra domicilio e sede casa della comunità, salvo telefono / whatsapp, a motivo della non buona connessione locale;

- Sviluppo **ADI** su segnalazione equipe mmg/IdC/AS, che deve poter raggiungere almeno i parametri medi provinciali. Secondo il programma dell'Area interna, l'ADI potrebbe essere parte della progettazione RSA aperta ;
- **Nucleo ostetrico - pediatrico e pls** per fornire servizi sanitari - educativi, anche al fine di favorire la permanenza territoriale delle giovani famiglie;
- **Coordinamento e sviluppo del terzo settore** presente sul territorio e **coordinamento con le amministrazioni** per lo sviluppo della mobilità dei pazienti e dell'assistenza necessaria;
- Proseguendo il percorso proposto per la programmazione dell'Area interna, mantenere efficace la **co-progettazione con le amministrazioni comunali ed il terzo settore**

4) NUCLEO OSTETRICO - PEDIATRICO

Intervento qualificante - specifico: AMBITO OSTETRICO-PEDIATRICO – attenzione ai primi 1000 giorni di vita.

- **Motivazione:** fra gli interventi si propone l'ambito ostetrico - pediatrico che potrebbe essere considerato marginale a motivo del relativo basso numero di nuovi nati ogni anno e residenti minori, con una tendenza alla progressiva riduzione, ma si ritiene questo aspetto strategico per sostenere la natalità, promuovere gli elementi positivi demografici e facilitare anche lo sviluppo socio economico del territorio, considerando la peculiarità dei paesi del fondovalle ove si rilevano parametri forieri di speranza (l'indice di vecchiaia è minore ai dati medi liguri e della provincia di Imperia)
- **Dati demografici**

Minori 0- 6	147	Numero medio per classe di età	24,5
Minori 6 - 14	235	Numero medio per classe di età	29,37

- **Proposta**
 - **Ostetrica di comunità** (finanziata con progetto delle Aree Interne) con i seguenti compiti, relativamente all'intervento qualificante :
 - percorso nascita : cura della gravidanza, corsi di accompagnamento alla nascita, puerperio, home visiting, accompagnamento nei primi due anni di vita della/del bambina/bambino, attenzione alla depressione post partum,

- interventi educativi e di promozione della salute nelle diverse età, con attenzione alle donne in gravidanza, primi anni di vita, adolescenza
- collaborazione con Infermiera di Comunità, pls, servizi sociali
- stretta relazione con Consultorio presente presso Casa di Comunità Hub (ostetrico - ginecologico e psico - sociale)
- **Pediatra di libera scelta**
 - presenza pediatrica 3 ore al giorno 6 gg / settimana a carico del pediatra con sede principale, pur con limitato numero di scelte, eventualmente integrato da altri pls a turno. Pediatra formato per utilizzo office ecografo, spirometro
- **Telemedicina**
 - con contatto privilegiato verso Consultorio - Ostetricia - Pediatria
- **Ginecologo e Psicologo**
 - valutare eventuale opportunità di presenza ogni 15 gg

Conclusioni

L'analisi del territorio e dei dati sociali e demografici evidenziano la necessità di interventi che modifichino l'attuale offerta di servizi. La contemporanea opportunità che deriva dall'intervento sulle Aree interne e del PNRR obbliga a una co-progettazione degli interventi che vanno ad essere pensati integrando le esigenze sanitarie con quelle globali del sostegno e dello sviluppo del territorio. In questo senso pare opportuno nella definizione della Casa della Comunità spoked alla Valle Arroscia pensare con attenzione non solo alla popolazione anziana che rappresenta ben il 31% della popolazione ed ad una nuova organizzazione della medicina generale che si riappropri di spazio di diagnostica primaria integrandosi con l'attività dell'infermiere di comunità, ma anche all'ambito ostetrico pediatrico che pur rappresentando una percentuale di popolazione modesta rappresenta i bisogni delle giovani famiglie da sostenere nella permanenza sul territorio coordinandosi con interventi di sostegno socio-economico-lavorativo, compito di altri Enti, ma tutti miranti ad obiettivi di salute.

Distretto n. 3 - Valle d'Aosta



Analisi del Territorio e della Popolazione:

La Valle d'Aosta è la più piccola regione italiana e presenta un territorio interamente montuoso con un'area totale montana del 98,9% e un'altitudine media di 2100 m slm. Il numero di residenti è 124.085 (dato al 31/12/2021) e la densità di popolazione la più bassa d'Italia (media 38 ab/Km2).

La regione è suddivisa in 4 distretti socio-sanitari. Il Distretto 3 è territorialmente il più piccolo con una superficie totale di 335,61 Km2 pari a 33.61 ha e la sua area corrisponde a quella della Comunità Montana Monte Cervino, la quale è costituita da 12 Comuni (Antey-Saint-André, Chambave, Chamois, Chatillon, Emarèse, La Magdeleine, Pontey, Saint-Denis, Saint-Vincent, Torgnon, Valtournenche, Verrayes).

Il numero di residenti del distretto è 16.453 pari al 13,26% della popolazione regionale (dato al 31/12/2016), il comune con il maggior numero di residenti è Saint-Vincent (4465), seguito da Chatillon (4435) e Valtournenche (2244), il più piccolo è Chamois (109). La maggior parte dei residenti risiede i comuni che si affacciano sulla vallata centrale della regione mentre la parte minore vive e risiede nella Valtournenche o Valle del Cervino Unica valle del distretto), la quale parte dal comune di Chatillon (549 m slm) e risale attraverso i comuni di Antey St André (1074 m slm) e Valtournenche (1528 m slm) fino a raggiungere la frazione di Breuil-Cervinia (2050 m slm), il Monte Cervino (4474 m) e il confine Svizzero. Gli altri comuni della Valtournenche sono Torgnon (1489 m slm), La Magdeleine (1644 m slm) e Chamois (1800 m slm). La valle è servita da un'unica strada regionale (SR 46) la quale collega i

vari comuni con Chatillon e l'autostrada A5. Il comune di Chamois è invece raggiungibile solo con una funivia pubblica, facente parte del sistema dei trasporti regionali.

Il numero di abitanti residenti nel 2010 era pari a 17003. Dopo aver registrato per qualche anno un trend in crescita dovuto principalmente alla presenza di immigrati stranieri, negli ultimi anni si è assistito ad uno spopolamento che ha interessato quasi tutti i comuni.

La Valtournenche ha un'economia prevalentemente turistica legata alla frequentazione della montagna, che è massima nei mesi invernali ed estivi. Il comune di Valtournenche è sede di un importante comprensorio sciistico collegato a quello svizzero di Zermatt e frequentato da una clientela prevalentemente straniera. Anche i comuni di Torgnon e Chamois ospitano comprensori minori la cui vocazione turistica è diretta soprattutto a una clientela italiana familiare. Nei mesi estivi la valle è meta di numerosi alpinisti che tentano la scalata del Cervino ma anche di famiglie e turisti anziani. Per tali motivi l'andamento demografico subisce un forte incremento durante le stagioni invernale ed estiva: i dati relativi a gennaio-dicembre 2019 evidenziavano un numero di arrivi turistici pari a 169.000 (87722 italiani e 81352 stranieri) con un decremento fino al 45% durante la pandemia (-75% per il turismo straniero).

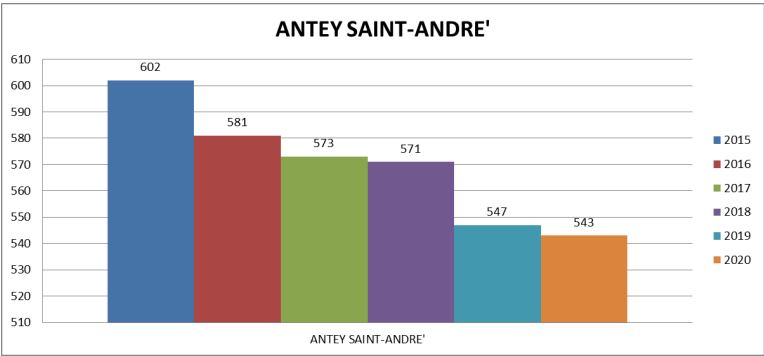
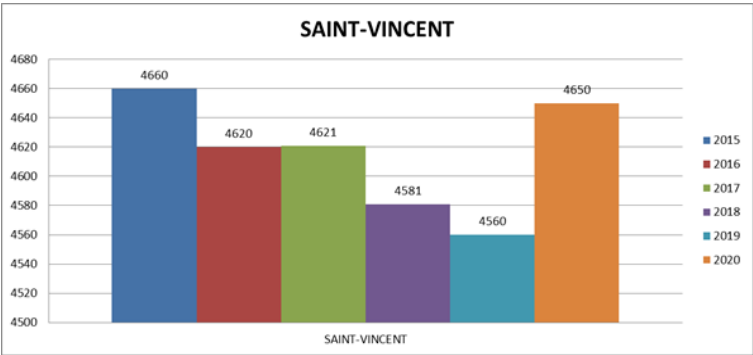
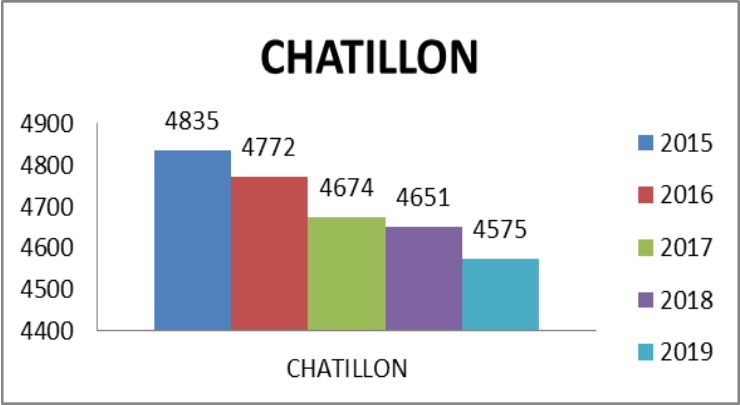
Chatillon è la sede dell'attuale distretto socio-sanitario collocato in un palazzo storico nel centro del capoluogo. E' la sede dei servizi sanitari distrettuali: In uno stabile limitrofo è presente un presidio avanzato di emergenza sanitaria (112) h24 che collabora con i volontari del soccorso con sede nel comune di Valtournenche.

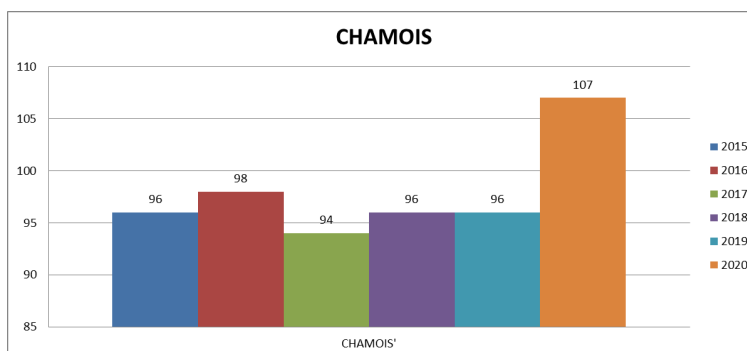
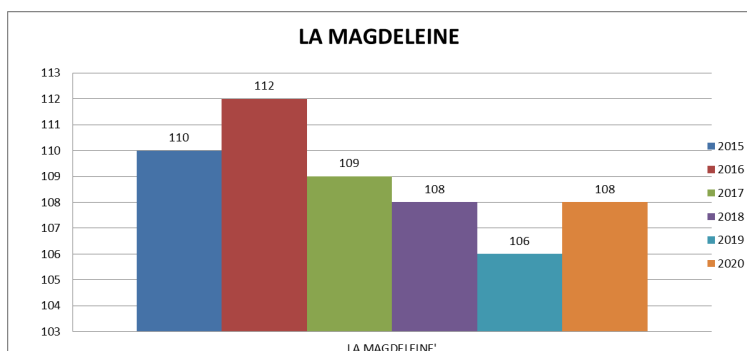
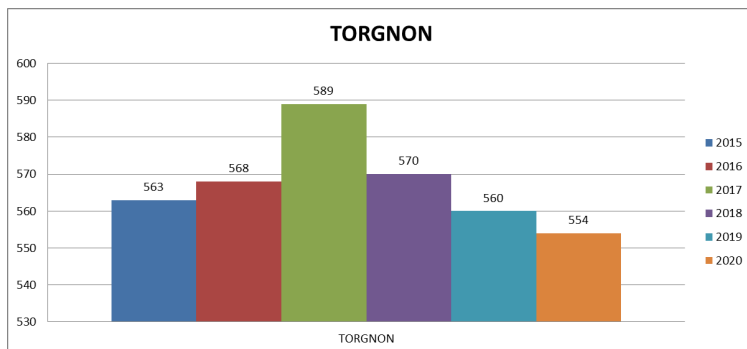
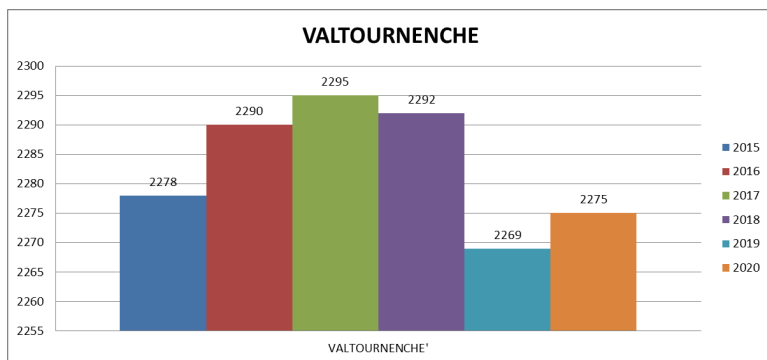
N	Comune	Superficie (km2)	Densità di popolazione(abitanti/km2)	Abitanti residenti al 31/12/2021				Uomini over 65	Totale
				Under 14	14-64	Over 65	Donne over 65		
1	Valtournenche	116 km2	19 abitanti per km2	273	1533	438	226	212	2244
2	Antey	11,4 km2	48 abitanti per km2	74	332	137	74	63	543
3	Torgnon	42,46 km2	13 abitanti per km2	76	340	140	57	83	556
4	Chamois	14,49 km2	7 abitanti per km2	8	69	32	16	16	109
5	La Magdeleine	9 km2	12 abitanti per km2	10	67	31	16	15	108
6	Chatillon	40 km2	111 abitanti per km2	484	2769	1182	679	503	4435
7	Saint Vincent	20,85 km2	214 abitanti per km2	482	2814	1169	665	504	4465
8	Chambave	21 km2	42 abitanti per km2	103	534	250	133	117	887
9	Verrayes	23 km2	55 abitanti per km2	159	786	322	182	140	1267
10	Saint Denis	11,32 km2	33 abitanti per km2	55	241	79	48	31	375
11	Pontey	15,97 km2	50 abitanti per km2	95	576	163	83	80	798

Flussi turistici della Valle d'Aosta con dati riguardanti anche il Comprensorio turistico del Monte Cervino:

COMPENSORIO	ARRIVI										PRESENZE									
	Gennaio 2021 - Dicembre 2021		Gennaio 2020 - Dicembre 2020		Gennaio 2019 - Dicembre 2019		Var. 2021/2020		Var. 2021/2019		Gennaio 2021 - Dicembre 2021		Gennaio 2020 - Dicembre 2020		Gennaio 2019 - Dicembre 2019		Var. 2021/2020		Var. 2021/2019	
	ITA	STRA	ITA	STRA	ITA	STRA	ITA	STRA	ITA	STRA	ITA	STRA	ITA	STRA	ITA	STRA	ITA	STRA	ITA	STRA
compensorio turistico Aosta e dintorni	72610	39403	73538	39807	113340	94103	-1,26	-1,01	-35,94	-58,13	177947	69719	195185	99453	290609	229071	-8,83	-29,90	-38,77	-69,56
compensorio turistico Gran Paradiso	62563	24965	69200	22147	119352	54567	-9,59	12,72	-47,58	-54,25	208660	58161	212861	59743	326021	133610	-1,97	-2,65	-36,00	-56,47
compensorio turistico Gran San Bernardo	14805	10309	15173	7292	24384	23132	-2,43	41,37	-39,28	-55,43	46740	25266	44649	15131	66272	51961	4,68	66,98	-29,47	-51,38
compensorio turistico Monte Bianco	137052	58955	129903	73287	202760	158347	5,50	-19,56	-32,41	-62,77	415003	114731	381673	220258	583692	406279	8,73	-47,91	-28,90	-71,76
compensorio turistico Monte Cervino	66295	20731	60868	35848	87722	81352	8,92	-42,17	-24,43	-74,52	210260	77194	194426	201780	268756	423542	8,14	-61,74	-21,77	-81,77
compensorio turistico Monte Rosa	87555	20976	89722	29984	115488	51618	-2,42	-30,04	-24,19	-59,36	282131	38074	293238	107777	368699	178762	-3,79	-64,67	-23,48	-78,70
compensorio turistico Valle Centrale	63650	17154	58502	16081	101450	42678	8,80	6,67	-37,26	-59,81	138294	30121	130429	37985	208381	89299	6,03	-20,70	-33,63	-66,27
Totale Regione	504530	192493	496906	224446	764496	505797	1,53	-14,24	-34,00	-61,94	1479035	413266	1452461	742127	2112430	1512524	1,83	-44,31	-29,98	-72,68

Dati inerenti i principali comuni del Distretto 3 e in particolare i comuni della Valtournenche, porzione del distretto più lontana dalla valle centrale e dall'ospedale regionale:





Attuale organizzazione del Distretto 3

CHÂTILLON-sede del distretto

Servizi presenti

- Servizio consultoriale
- Ostetrico-ginecologico
- Pediatrico (presenza dell'Assistente sanitaria)
- Infermieristico
- Riabilitazione fisica e logopedica
- Igiene e Sanità Pubblica
- Attività specialistica
- SERD
- Medicina Generale
- Continuità assistenziale
- Pediatra di libera scelta
- Servizio veterinario
- Psicologia
- Pediatra di libera scelta
- SERD
- Servizio sociale
- Sanità pubblica
- Servizio amministrativo CUP

CONSULTORIO DI ANTEY-SAINT-ANDRE'

Attivo solo per ambulatorio PLS e sede di CA

PRESIDIO DI VALTOURNENCHE

Ambulatorio infermieristico con attività di prelievi ematochimici attivo 2 volte al mese (I e III giovedì del mese)

STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-ASSITENZIALI PER ANZIANI (MICROCOMUNITA')

Tutte le strutture socio-sanitarie residenziali sono gestite direttamente dall'Unité Mont Cervin.

L'Azienda USL fornisce unicamente il personale infermieristico come da DGR n1801/2004). Il numero di infermieri viene calcolato in base al setting assistenziale degli utenti:

- **Microcomunità di Valtournenche** (19 pl): Assistenza infermieristica erogata dal lunedì alla domenica per 5 ore/die.
- **Microcomunità di Pontey** (42 pl): Assistenza infermieristica erogata dal lunedì alla domenica per 12 ore/die. Assistenza medica 4 ore/die dal lunedì al venerdì con MMG.
- Struttura residenziale privata non convenzionata di Antey St André per utenti autosufficienti, non gestita né dall'Unité Mont Cervin né dall'Azienda USL
- Centro traumatologico Cervinia

Dotazione organica del distretto

N° 1 Coordinatore Infermieristico

15 Infermieri (12 a tempo pieno, 1 infermiera a tempo parziale 50%, 1 infermiera a tempo parziale 66%, 1 infermiera a tempo parziale 83%, 1 infermiera con limitazioni lavorative che effettua solo attività ambulatoriale, 1 infermiere con permesso politico, 1 infermiera con Legge 104. Di questi 3 infermieri sono in possesso del master di infermiere di famiglia e di comunità

N° 2 Operatori Socio Sanitari

N° 2 amministrativi addetti alla segreteria distrettuale

N° 5 amministrativi addetti al front- office

N° 4 amministrativi addetti al servizio CUP (centro unico di prenotazione)

N° 1 ostetrica

N° 1 coordinatore di Fisioterapia

N° 4 Fisioterapisti

N° 1 Neuropsicomotricista

N° 2 Logopedisti

Prestazioni Medico specialistiche

Le prestazioni medico specialistiche all'interno del poliambulatorio sono svolte da personale medico convenzionato (SUMAI), gestito dalla Direzione di Distretto e da personale ospedaliero, la cui programmazione dipende dalla Direzione medica di presidio:

- Otorinolaringoiatria (1 medico SUMAI)
- Dermatologia (1 medico SUMAI)
- Ginecologia (2 medici ospedalieri)

- Cardiologia (2 medici ospedalieri)
- Urologia e urologia pediatrica (1 medico ospedaliero)
- Chirurgia vascolare con servizio ecocolordoppler
- Psichiatria con anche servizio di televisita psichiatrica

Modalità di accesso

Prenotazione CUP:

- Telefonica dalle ore 8,00 alle ore 16,00
- Diretta dalle ore 8,00 alle ore 14,00
- CUP on line
- Accesso diretto per visite urgenti

Servizio Infermieristico

L'attività infermieristica (prelievi, terapie, medicazioni) viene erogata a livello ambulatoriale con prescrizione medica.

L'assistenza domiciliare (ADI-ADCP-AID) è rivolta alle persone anziane o inabili impossibilitate a recarsi presso le strutture distrettuali per invalidità permanente o temporanea. Le prestazioni erogate in ambito domiciliare possono essere prestazioni semplici (prelievi, medicazioni) o complesse, dove viene richiesto un progetto assistenziale con il coinvolgimento di più figure professionali.

Modalità di accesso: con prescrizione medica e concordate con il Coordinatore Infermieristico della sede distrettuale di riferimento oppure ad accesso diretto

Assistenza nelle strutture socio-residenziali (microcomunità di Pontey e Valtournenche). L'attività degli infermieri è rivolta, nel periodo di pandemia, anche all'esecuzione di tamponi molecolari a domicilio e presso le strutture socio-residenziali per attività di screening.

Strumenti operativi di supporto utilizzati (D.G.R. n.1801/2004)

- Strumenti informatici: e-mail, Icare, Areas, Track Care
- Cartella informatizzata dell'utente sottoposto a visita specialistica
- Documentazione cartacea, Cartella dell'utente preso in carico in ADI/ADCP, in AID ambulatoriale ed in regime residenziale
- Planning settimanale informatizzato di programmazione delle attività Infermieristiche
- Registro giornaliero informatizzato delle attività infermieristiche effettuate
- **L'attività è regolata da protocolli, procedure, linee guida e documenti aziendali**

Fisioterapia territoriale

L'assistenza sanitaria riabilitativa per i soggetti affetti da patologie disabilitanti, indipendentemente dalla natura della menomazione e dalla fascia di età del paziente, viene erogata presso gli ambulatori dei presidi distrettuali, il domicilio del paziente, le microcomunità e altre strutture protette. Le prestazioni di riabilitazione per *minori disabilità* (lesioni traumatiche e degenerative dell'apparato osteoarticolare) vengono erogate nelle sedi ambulatoriali previa prescrizione di un medico specialista o del medico di medicina generale. L'accesso alle prestazioni raggruppate sotto la voce *maggiori disabilità* (conseguenze di lesioni del sistema nervoso centrale e del sistema nervoso periferico, di patologie ortopedico-traumatologiche, di patologie oncologiche), presuppone l'elaborazione di un progetto riabilitativo individualizzato, nel quale devono essere definiti gli obiettivi e il termine per la verifica. La prescrizione viene effettuata esclusivamente dal medico specialista fisiatra.

Modalità di accesso

Le prenotazioni vengono effettuate tramite CUP

Strumenti operativi di supporto

- Strumenti informatici: e-mail, Track Care e Go Prothesys, cartelle condivise
- L'attività è regolata da protocolli, procedure, linee guida e documenti aziendali

Logopedia territoriale

L'intervento logopedico a livello territoriale si esercita nei confronti dei singoli individui e della collettività attraverso attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e alle procedure di valutazione funzionale delle patologie del linguaggio e della comunicazione umana in età evolutiva, adulta e geriatrica.

Il logopedista effettua attività di educazione e rieducazione di tutte le patologie che provocano disturbi della voce, della parola, del linguaggio orale e scritto e degli handicap comunicativi; in riferimento alla diagnosi elabora, anche in équipe multidisciplinare, il bilancio logopedico volto all'individuazione e al superamento del bisogno di salute; pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità comunicative e cognitive, utilizzando terapie logopediche di abilitazione e riabilitazione della comunicazione e del linguaggio; propone l'adozione di ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia; svolge attività di counselling per il paziente e i suoi familiari o per le agenzie sociali della famiglia, della scuola, delle istituzioni. L'attività abilitativa e riabilitativa viene erogata presso gli ambulatori dei presidi distrettuali, a domicilio del paziente (qualora esistano i requisiti), nelle strutture protette quali le microcomunità.

Modalità di accesso: le prenotazioni vengono effettuate direttamente presso le sedi distrettuali e gli appuntamenti concordati direttamente con i logopedisti

Strumenti operativi di supporto

- Strumenti informatici: e-mail, TrackerGoProthesis, cartelle condivise
- L'attività è regolata da protocolli, procedure, linee guida e documenti aziendali

Servizio amministrativo

Gli uffici amministrativi presenti presso la sede di Chatillon svolgono le seguenti attività:

- scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta
- rilascio esenzioni ticket (per patologia, invalidità, reddito)
- rilascio autorizzazioni per forniture presidi da ritirare presso le farmacie aperte al pubblico
- pratiche inerenti le relazioni internazionali (assistenza sanitaria all'estero)
- pratiche di rimborso spese (lenti da vista, prestazioni odontoiatriche, ecc.)
- rilascio informazioni di carattere generale
- CUP (Centro Unificato Prenotazioni): tariffazione ticket e prenotazione visite specialistiche ambulatoriali, esami strumentali e prelievi ematici

Organizzazione servizio ostetrico territoriale (consultorio)

Dalle ore 8 alle ore 13 è presente nella struttura N° 1 ostetrica

Attività ambulatoriale svolta:

- Presa in carico delle donne in gravidanza
- Presa in carico della diade mamma/bambino dalla dimissione fino al primo anno di vita
- Sostegno allattamento
- Incontri di Accompagnamento alla Nascita (attualmente on line)
- Corsi di Educazione alla Sessualità nelle scuole
- Attività di Screening per il tumore alla cervice nelle sedi dei poliambulatori
- Consulenza telefonica
- Visite domiciliari alle puerpere in caso di necessità
- Esecuzione di tamponi vaginali prenotati da CUP
- Esecuzione di Pap-test prenotati da CUP

La presa in carico della donna in gravidanza avviene con un primo contatto della gravida presso gli ambulatori presenti sul territorio e la presa in carico da parte dell'ostetrica. Gli incontri mensili sono

effettuati garantendo la continuità assistenziale con lo stesso operatore e in continuità con il reparto di ostetricia/ginecologia sia durante la gravidanza sia alla dimissione dopo il parto come previsto dai percorsi aziendali. Anche durante il puerperio, nel caso subentrino delle criticità, è previsto un percorso di presa in carico che permetta alla donna di accedere ai servizi ospedalieri e di proseguire poi i controlli presso il consultorio di zona

Le sedute di screening attualmente sono svolte presso le sedi dei poliambulatori o nella sede di Aosta.

In totale sono 9 sedute settimanali.

Sanità Pubblica

All'interno della struttura opera un medico di Sanità Pubblica che svolge:

- vaccinazioni obbligatorie e raccomandate in età pediatrica
- adolescenti e adulti
- Rilascio certificazioni (es. idoneità patenti di guida e patenti nautiche)
- Idoneità di sana costituzione fisica
- Esame progetti di civile abitazione
- Rilascio pareri igienico-sanitari

Servizi vaccinali

Il medico di sanità pubblica e un assistente sanitario provvedono a effettuare le vaccinazioni obbligatorie e quelle per i bambini da zero a 3 anni, le vaccinazioni sono effettuate anche dai pediatri di libera scelta

Servizio psicologico

Svolge attività di prevenzione, diagnosi e cura rivolte alla persona, alla coppia e alla famiglia. Inoltre fornisce consulenza alle persone disabili e ai minori in situazioni di disagio psichico, nonché alle istituzioni scolastiche, socio-educative e agli Organi Giudiziari.

Modalità di accesso:

per l'Area Adulti prenotazione al CUP

per l'Area Minori prenotazione diretta con lo psicologo.

Servizio di neuropsichiatria dell'età evolutiva

il servizio è rivolto a minori, in genere fino ai 16 anni di età, che presentano problematiche di tipo neuropsichiatrico (es: paralisi cerebrale, disturbi del comportamento, autismo)

Modalità di accesso: prenotazione previa prescrizione del medico curante.

Servizio Sociale gestito a livello regionale dalle Politiche Sociali

Svolge una funzione di ascolto e di prima accoglienza dei bisogni più diffusi sul territorio e fornisce informazioni sulle risorse pubbliche e private a disposizione dei cittadini. Effettua, inoltre, un'attività di filtro e di riorientamento della domanda verso i servizi idonei a soddisfarla. Mette in atto, a sostegno dei cittadini, interventi di natura economica e di fornitura dei servizi, di supporto educativo sociale e familiare,

al fine di favorire il raggiungimento e il mantenimento dell'autonomia dei singoli e dei nuclei.

L'attività di assistenza sociale è diretta alla tutela dei minori, al sostegno della famiglia, all'inserimento sociale dei disabili, alla valutazione e tutela dei bisogni della popolazione anziana, alla promozione dei servizi alla persona.

Modalità di accesso: prenotazione diretta con l'assistente sociale (sportello sociale)

Medico di medicina generale e Pediatra di libera scelta

3 MMG in aggregazione dal lunedì al venerdì con reperibilità il sabato 8-13; 1 PLS

Continuità assistenziale

Sedi coperte Chatillon e Antey Saint André con 2 medici a tempo pieno (38 ore settimanali) e 2 medici specializzandi a 12 ore settimanali. Il servizio è attivo tutti i giorni dalle ore 20 alle ore 8,00. Sabato e domenica dalle ore 8,00 alle ore 8,00. A causa di carenza di medici non è sempre garantita la copertura del servizio.

Organizzazione Servizio di Medicina generale e Pediatri Libera Scelta

PLS N°4 con 1110 pazienti ciascuno

MMG N°6 su una popolazione assistita di 14024 (popolazione assistita con rapporto ottimale 7200, quindi MMG carenti N. 6

Dati demografici di rilevanza socio-sanitaria e assistenziale

TOTALE UTENTI PRESI IN CARICO in regime di ADI-ADCI-AID

DISTRETTO 3					
2020					
	PRESE IN CARICO PRECEDENTI	NUOVE PRESE IN CARICO AL 30/11	TOTALE PRESE IN CARICO AL 30/11	PRESTAZIONI TOTALI AL 30/11	ACCESSI TOTALI AL 30/11

ADI	18	13	31	3407	1296
ADI-CP	7	28	35	2425	720
TOTALE	25	41	66	5832	2016

2021					
	PRESE IN CARICO PRECEDENTI	NUOVE PRESE IN CARICO	TOTALE PRESE IN CARICO	PRESTAZIONI TOTALI	ACCESSI TOTALI
ADI	24	34	58	5272	1706
ADI-CP	11	14	25	1818	630
TOTALE	35	48	83	7090	2336

2022 (fino al 28/02)					
	PRESE IN CARICO PRECEDENTI	NUOVE PRESE IN CARICO AL 28/02	TOTALE PRESE IN CARICO AL 28/02	PRESTAZIONI TOTALI AL 28/02	ACCESSI TOTALI AL 28/02
ADI	31	3	34	1819	278
ADI-CP	7	3	10	819	112

Anno	Territorio	N. schede primo contatto	N. schede segretariato sociale
2022	Sportello sociale di Chatillon	153	46
2021	Sportello sociale di Chatillon	1.741	494
2020	Sportello sociale di Chatillon	1.086	259
2019	Sportello sociale di Chatillon	1.589	455
2018	Sportello sociale di Chatillon	1.984	497
2017	Sportello sociale di Chatillon	1.453	472
2016	Sportello sociale di Chatillon	1.100	287
2015	Sportello sociale di Chatillon	698	243
2014	Sportello sociale di Chatillon	749	249

2013	Sportello sociale di Chatillon	810	288
2012	Sportello sociale di Chatillon	127	48

DISTRETTO 3	N° ASSISTITI ESENTI PER:		
COMUNE	PATOLOGIA	INVALIDITA'	REDDITO
ANTEY-SAINT-ANDRE'	116	38	107
CHAMBAVE	218	69	202
CHAMOIS	14	5	22
CHATILLON	1076	338	867
EMARESE	40	10	53
LA MAGDELEINE	18	4	22
PONTEY	191	62	132
SAINT-DENIS	85	28	66
SAINT-VINCENT'	997	310	844
TORGNON	104	33	119
VALTOURNENCHE	369	85	281
VERRAYES	267	109	283
TOTALE	3495	1091	2998

Analisi dei dati demografici e socio-sanitari

Popolazione anziana: le persone over 65 anni (4115) rappresentano il 25% dell'intera popolazione in modo uniforme in tutti i comuni del distretto.

Indice di vecchiaia (dati ISTAT 2021):

Italia 1,82

Valle d'Aosta 1,92

Distretto 3 2,26 (226 anziani over 65 ogni 100 giovani)

Indice di dipendenza

Italia 57,3

Valle d'Aosta 58,9

Distretto 3 59,0

Utenti over 65 che vivono soli

Distretto 3 8,8%

Stranieri residenti

Italia 8,7%

Valle d'Aosta 6,4%

Distretto 3 7,2%

Riduzione demografica Distretto 3

3,3% in 10 anni

ADI over 65 anni Distretto 3

1,4% (2021) versus 0,75% (2020)

Nonostante il trend in aumento il data distrettuale risulta ancora inferiore alla media nazionale e alle indicazioni ministeriali

Assistiti esenti per patologia (almeno una esenzione)	3495	21,2%
--	------	-------

Assistiti esenti per invalidità	1091	6,63%
--	------	-------

Assistiti esenti per reddito	2998	18,22%
-------------------------------------	------	--------

Assistiti in carico ai Servizi Sociali

132	area minori
-----	-------------

188	area adulti
-----	-------------

275	area anziani
-----	--------------

595	3,6%
-----	------

Criticità riscontrate

Carenza risorse umane: come in tutto il territorio nazionale e in particolare nelle aree rurali e montane anche nel nostro distretto si evidenzia una carenza di figure sanitarie:

Carenza MMG rispetto alla popolazione assistita (attuale carenza di 6 medici).

Carenza figure infermieristiche (attuale carenza di 3 infermieri).

Carenza Continuità assistenziale (attuale carenza di 6 medici); non sempre è garantita la copertura, inoltre la carenza nei distretti limitrofi impegna i medici a rispondere ad ulteriori richieste.

Specialistica: carenza di medici specialisti ambulatoriali per cui il distretto dipende per molte discipline dalla disponibilità dei medici ospedalieri.

Difficoltà di integrazione socio-sanitaria: i servizi sociali sono gestiti dal dipartimento di Politiche Sociali della Regione per cui vi è spesso un ridotto confronto con la parte sanitaria. Un esempio riguarda la difficoltà di inserimento presso le strutture residenziali (gestione della graduatoria da parte della regione, strutture organizzate in maniera differente in base alle ore di presenza del personale infermieristico, servizio sociale non sempre collaborativo, mancanza di cartella informatizzata, inserimento a discrezione dei responsabili della struttura).

Gestione dell'emergenza: il fondo della Valtournenche paga la lontananza dall'ospedale di Aosta, unico ospedale regionale. La frazione di Cervinia dista dal capoluogo regionale 54 Km per circa un'ora di percorrenza. Il comune di Chamois può essere raggiunto solo in funivia. Nelle ore diurne è presente il servizio di eliambulanza, ma nelle ore notturne e con il maltempo è possibile utilizzare solo il trasporto su ruota (criticità codici rossi e reti patologie tempo dipendenti). Questa situazione si rivela particolarmente critica durante la stagione turistica. **Problematicità sistemi informativi:** dal punto di vista dei sistemi informativi, i servizi territoriali non dispongono ad oggi di un sistema informatizzato che copra adeguatamente tutte le attività erogate. Vi sono strumenti tra loro diversi e basati su impianti tecnologici non avanzati e spesso di produttività individuale. Vi è necessità di integrazione con gli altri sistemi aziendali per migliorare gli approcci metodologici uniformi da parte degli operatori. La presenza di applicativi non interoperabili porta con sé anche problematiche legate alla gestione dei dati nel rispetto della normativa sulla Privacy e GDPR.

ConneSSIONE e banda larga: soprattutto nella vallata laterale e nei centri più distanti dalla vallata centrale vi è una scarsa connessione per assenza di banda larga. Questo impedisce la diffusione dello strumento della Telemedicina. Riguardo a questo punto si registra anche una scarsa compliance da parte degli operatori sanitari nonostante sia stato inserito per il 2021 negli obiettivi aziendali.

Azioni progettuali di miglioramento:

In merito alla **carenza di risorse umane** sia l'Azienda USL che la Regione hanno messo in atto strumenti politici e contrattuali per migliorare l'attrattività. E' in corso di progettazione uno strumento di "recruitment" inserito negli indirizzi e negli obiettivi della direzione strategica per il 2022 (DGR 78 del 31/1/2022, Approvazione di indirizzi e obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e assegnazione all'azienda USL della Valle d'Aosta del finanziamento della spesa sanitaria regionale di parte corrente e per investimenti determinato con LR 35/2021).

Un altro strumento importante riguarda il **rinnovo degli accordi integrativi regionali** con la medicina convenzionata al fine di ampliare gli ambiti della continuità assistenziale.

E' in studio l'**esternalizzazione** di alcune strutture intermedie assistenziali in modo da poter recuperare sull'attività ambulatoriale e domiciliare parte del personale infermieristico e socio-sanitario dipendente dell'azienda. Ciò permetterebbe un miglioramento delle attuali percentuali di ADI e ADCP in linea con gli orientamenti governativi e europei del PNRR.

Intervento strutturale sull'attuale sede distrettuale nell'ambito del PNRR per trasformarla in **Casa della Comunità**. L'intervento fa parte del più ampio piano di riorganizzazione territoriale previsto dai finanziamenti del PNRR ed è stato di recente approvato dalla Giunta Regionale con apposita delibera (DGR 241 del 7/3/2022, Approvazione degli indirizzi in merito agli investimenti e ai relativi soggetti attuatori del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano degli Investimenti complementari - Missione 6 "Salute", Componenti 1 "Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e 2 "Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale"). In merito alla **gestione dell'emergenza** è allo studio con la protezione civile e l'ENAC un protocollo per la realizzazione del **volo notturno dell'eliambulanza**. La gestione delle emergenze legate all'attività sciistica e alpinistica vedrà una modernizzazione e riorganizzazione del Centro Traumatologico di Cervinia già in gestione esterna con il coordinamento della centrale unica del soccorso e della rete dell'emergenza regionale.

Il miglioramento del sistema informativo per la Rete del Territorio (SIRTE), progetto già in essere sulla Programmazione Europea FESR ha l'obiettivo di assicurare il coordinamento dei percorsi di cura ottimizzando l'integrazione tra Ospedale e territorio. Il SIRTE gestirà i corretti percorsi assistenziali (cure prestazionali, cure domiciliari integrate, cure in strutture residenziali), la definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e la successiva erogazione dell'assistenza con rivalutazioni periodiche fino alla conclusione della presa in carico. Il sistema prevede inoltre la possibilità di attivare percorsi trasversali, che consentono una visione d'insieme di tutti i servizi disponibili ed erogati agli assistiti presi in carico (es. trasporti programmati, Assistenza protesica, ecc.). Sostanzialmente il sistema si compone di una molteplicità di moduli informatizzati quali Punto unico di accesso (PUA), Cure domiciliari e prestazionali, Cartelle cliniche per le strutture residenziali (Residenze protette, Residenze sanitarie assistite, Hospice, Cure Intermedie, Ospedali di comunità, Strutture riabilitative), gestione posti letto delle strutture sanitarie e sociosanitarie, cartelle cliniche ambulatoriali, assistenza integrativa, protesica maggiore, consultorio, trasporti programmati, dimissioni protette. Estremamente importante sarà la condivisione dei percorsi con i MMG/PLS tramite il portale web e il Fascicolo Sanitario Elettronico. Tale strumento migliorerà la gestione integrata tra Ospedale e territorio con la realizzazione di una **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, anch'essa prevista nei sopra citati atti regionali. Sono in corso di programmazione gli obiettivi aziendali che conterranno anche questi temi di indirizzo specifico.

Gestione piano cronicità: di pari passo con l'aggiornamento del sistema informatico aziendale è in corso di realizzazione un progetto di gestione della cronicità che ha come obiettivo la stratificazione della popolazione in base alle differenti patologie. Questo permetterà la gestione di percorsi di cura specifici per patologia, in base ad appositi PDTA, utilizzando anche lo strumento della Telemedicina. Anche in questo caso sarà fondamentale il coinvolgimento dei medici di medicina generale che andranno a gestire la maggior parte dei pazienti della piramide della cronicità lasciando la parte apicale alla gestione acuta degli specialisti ospedalieri.

E' in corso di realizzazione da parte della Regione e in collaborazione con l' "in house" informatica regionale (INVA) il posizionamento della fibra e di altri sistemi tecnologici comunicativi avanzati per portare la **banda larga e altri sistemi di connessione veloce** anche ai piccoli comuni.

Riorganizzazione Direzione Strategica Aziendale con **Ufficio Progetti Innovativi** al fine di migliorare la progettualità in ambito di bandi sia ministeriali che comunitari.

Conclusioni

L'analisi di tre distinti territori molto diversi per orografia, tipologia residenziale, collocazione geografica nel territorio italiano ha permesso di evidenziare alcuni elementi diffusi che aiutano a identificare cause di disagio della popolazione nell'accesso alle cure. Quelli qui evidenziati sono la distribuzione della popolazione con bassa densità abitativa in territori montani o collinari ove maggiormente si riscontrano indici di vecchiaia elevati, la frequente carenza delle possibilità di mobilità locale, la maggiore difficoltà a reperire risorse adeguate umane, tecnologiche e strutturali in ambito sanitario e la difficoltà ad applicare anche sistemi innovativi come la telemedicina, a motivo sia delle insufficienti infrastrutture sia della competenza dei possibili usufruttuari.

In questo quadro l'analisi contestuale dei bisogni permette di evidenziare, area per area, gli interventi che maggiormente potrebbero dare risposte adeguate. L'opportunità del PNRR, nel quadro di riferimento del programma Next Generation EU, deve, non solo considerare il contingente, ma cercare di traguardare orizzonti futuri ed in questo senso la co-progettazione, innanzitutto con le Comunità locali, appare necessaria. La Casa della Comunità e l'Infermiere di Comunità appaiono le due comuni "novità" che possono essere implementate per offrire la risposta più adeguata ai comuni bisogni individuati, ma appare necessario integrarle con altri progetti, che nei territori presi in esame sono in corso di progettazione, in modo da offrire un quadro di intervento coordinato. Sullo sfondo della progettazione organizzativa appare la necessità di coinvolgere i mmg e i pls in questo percorso che rappresenta non solo una sfida assistenziale, ma prima di tutto un nuovo approccio culturale nella presa in carico dei bisogni delle persone ove la salute, in senso ampio, diventa il comune interesse per tutte le professionalità ed organizzazioni coinvolte.

Nel confronto fra le realtà descritte e gli obiettivi che emergono chiaramente dalle prospettive individuate dal PNRR e, più puntualmente, dal DM 71 si evidenziano alcune difficoltà che dovranno trovare soluzioni nel corso della realizzazione concreta dei progetti. Il raggiungimento del 10% di assistenza domiciliare per la popolazione over 65 si scontra, ad oggi, con la disponibilità del personale necessario. La proposta di offrire l'assistenza domiciliare anche attraverso servizi offerti da terzi, come, ad esempio, la formula dell' "RSA aperta", pur ampliando le risorse disponibili trova comunque il limite della disponibilità "sul mercato" del personale infermieristico e pertanto coinvolge una prospettiva programmatica che, anche con una pronta inversione di rotta nell'offerta accademica, necessita dei tempi fisiologici necessari. Interventi di politica regionale che attraggano il personale verso aree meno, apparentemente, appetibili è una prospettiva che non solo permetterebbe una migliore distribuzione delle risorse, ma rappresenterebbe, indirettamente, un'opportunità di sviluppo del territorio.

Altro aspetto significativo da considerare è il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta frequentemente carenti, specie nelle aree meno abitate del paese. Anche per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sono necessari interventi che facilitino la scelta e la permanenza di tali figure nei territori disagiati. Già da ora, il coinvolgimento dei mmg/pls operanti nei territori nella programmazione dei servizi, in attesa della rivisitazione dell'ACN, appare fondamentale anche nella ricerca di una condivisa nuova figura di mmg/pls con maggiori competenze nell'utilizzo di strumentazione tecnologica ad uso diagnostico "office" (ecografia, spirometria, elettrocardiografia ...) che riducano l'invio alla medicina specialistica e, nel contempo, apra spazi di azione nel monitoraggio e controllo del territorio all'infermiere di comunità anche attraverso l'utilizzo della tecno- assistenza. La telemedicina – tecno assistenza appare, in prospettiva, un evidente aiuto sia nel monitoraggio dei pazienti che nel contatto con gli specialisti necessari nel supporto. Le difficoltà attuali dovranno trovare

nuove opportunità attraverso anche progetti sperimentali e disponibilità di infrastrutture la cui necessità è da condividere con le comunità locali.

Nella programmazione, la figura dell'infermiera di comunità appare centrale e la tipologia operativa dovrà essere modulata, territorio per territorio, in relazione ai bisogni emergenti dalla valutazione della popolazione interessata che deve, necessariamente, considerare gli aspetti sociali.

La presenza e l'integrazione nell'equipe territoriale dei servizi sociali del territorio, pur rappresentando per alcuni aspetti una sfida per professionalità spesso non abituate al reciproco confronto, è fondamentale nella definizione delle case della comunità, specie in territori ed ambiti di popolazione ove i bisogni sociali e sanitari si intersecano nella vita di molte persone.

Queste considerazioni dimostrano, ulteriormente, come non possa esservi un modello precostituito di casa della comunità, ma la stessa debba essere "costruita" considerando i bisogni della popolazione da assistere e co-progettandola con tutti gli attori interessati nello spirito di progressivo aggiustamento e continua ridefinizione. Il monitoraggio dell'evoluzione delle Case della Comunità nei tre territori individuati permetterà, certamente, di aggiungere informazioni e comprendere quali siano gli elementi che, concretamente sul campo, si dimostreranno più efficaci ed efficienti.