



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

Corso di perfezionamento

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

Project work

***UN MODELLO PER UNA PRESA IN CARICO  
DOMICILIARE DEI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI  
NELLE CASE DELLA COMUNITÀ:  
LA SFIDA DELL'INTEGRAZIONE***

Simone Baroni  
Angela Bellani  
Sabrina Cattaneo  
Elena Mariani  
Ilaria Marzi  
Grazia Volpi

Direttore scientifico  
Prof. Renato Balduzzi

Tutor di progetto  
Dott. Andrea Patanè

Anno accademico 2021-2022

## Indice

1. Abstract	pag. 2
2. Approccio metodologico per ripensare l'integrazione socio-sanitaria	pag. 4
3. Analisi del contesto	pag. 16
4. Un'ipotesi di modello implementabile	pag. 23
5. COT e Casa della Comunità	pag. 27
6. Area di segnalazione del bisogno, la sua gestione e presa in carico	pag. 30
7. Modalità d'intercettazione proattiva dei pazienti e il Piano di Cura	pag. 35
8. Percorsi formativi e informativi	pag. 43
9. Monitoraggio dell'attività di presa in carico	pag. 44
10. Criticità	pag. 53
11. Riferimenti	pag. 55

## 1. ABSTRACT

La transizione epidemiologica mette in evidenza come, nel corso di questi ultimi 200 anni, si sia passati da un quadro caratterizzato dalla prevalenza delle malattie infettive a uno dominato dalle malattie croniche non trasmissibili, nel quale, negli ultimi due anni si è inserita l'emergenza pandemica.

La complessità del quadro e dei diversi processi di risposta impone un cambiamento del paradigma nella gestione della prevenzione e della presa in carico del "benessere" delle persone, volto a rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi territoriali adeguati: un aspetto che si è posto ancor più in evidenza, alla luce delle necessità emerse nella gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

Come affermato nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, si rende quindi necessaria "una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario" .

Tra gli strumenti previsti dal PNRR, e confermati nella recente Riforma regionale lombarda, insieme agli Ospedali di Comunità e alle Centrali Operative Territoriali, vi sono le Case di Comunità, luoghi fisici di prossimità, facilmente individuabili dalla popolazione, che costituiranno il punto unico di accesso rivolto ai pazienti "fragili" per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie e sedi privilegiate per l'integrazione sociale negli ambiti territoriali. Per favorire una maggior accessibilità ed equità nell'erogazione dei servizi, il PNRR prevede l'istituzione di una casa comunità hub per ciascun distretto e un numero appropriato di case della comunità spoke distribuite in modo capillare sul territorio.

Continua, inoltre, ad essere fondamentale assicurare e potenziare i processi di prevenzione e promozione della salute, quali fattori strategici per potenziare l'impatto delle politiche socio-sanitarie e per agire efficacemente sui determinanti sociali, economici, politici e ambientali alla base delle patologie croniche non trasmissibili e che incidono sulle disuguaglianze di salute.

I processi di sviluppo attenti all'equità, alla coesione sociale, alla sostenibilità e all'implementazione del capitale sociale nelle comunità locali, anche attraverso il coinvolgimento del Terzo settore, sono infatti elementi essenziali alla creazione di contesti di vita favorevoli alla salute.

Se si considera, inoltre, che la speranza di vita si è allungata, che la maggior parte delle malattie sono più frequenti ai livelli più bassi della scala sociale di ogni società e che le politiche per la salute devono affrontare i determinanti sociali ed economici della salute, risulta necessario ed inevitabile il coinvolgimento degli Enti locali. Questa conditio sine qua non è sancita anche all'art. 1, comma 163, della L. 234/2021 al fine di garantire per le persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali anche attraverso le Case della Comunità.

Va infatti considerato che, al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, a fianco dei cittadini e con adeguate risorse personali, economiche e relazionali per accedere a un'unità d'offerta potenzialmente non situata nel proprio territorio/contesto di vita, ci si dovrà fare carico anche dell'accessibilità alla Casa della Comunità dei cittadini con ridotta "compliance", quelli gravemente emarginati e quelli di recente immigrazione e/o limitatamente integrati, target questi che necessitano necessariamente un fattivo coinvolgimento dei servizi sociali.

Scopo del presente progetto è quello di definire un modello organizzativo della Casa della Comunità che, attraverso un ripensamento della gestione della domiciliarità, permetta e assicuri una presa in carico personalizzata, tempestiva e integrata.

Diventa fondamentale che all'interno della Casa della Comunità operi un'equipe multidisciplinare supportata da una funzione amministrativa trasversale che favorisca la costruzione di una rete di relazioni e di cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico personalizzata del paziente fragile.

Il progetto inizia con un approfondimento sull'approccio metodologico finalizzato a ripensare l'integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale, attraverso la tecnica dell'analisi SWOT. In questo modo si intende presentare la modalità per favorire l'integrazione dei diversi "attori" coinvolti e da coinvolgere, in particolare per la parte sociale, evidenziando l'utilità di prevedere una struttura amministrativa specificatamente dedicata. Tale ipotesi viene supportata da una breve analisi normativa ed economica che dimostra la sostenibilità del modello presentato, perlomeno considerando il periodo d'implementazione del PNRR. A conclusione di questo capitolo viene brevemente delineata la strada che potrebbe essere intrapresa per implementare un percorso di definizione del monitoraggio civico delle Case della Comunità da parte dei cittadini, sia singolarmente sia attraverso le formazioni sociali.

A seguire, viene presentata l'analisi del contesto, base indispensabile per stratificare la popolazione afferente ad una casa della comunità, per intercettarne i bisogni, in particolare per quella parte che resta inespressa, e da ultimo per individuare le prestazioni attese ai fini dell'organizzazione dei servizi da erogare. A tal fine, poiché il gruppo di lavoro è costituito da persone che operano in territori diversi (ATS PAVIA, ASST MANTOVA E ATS DELLA MONTAGNA) sono state utilizzate fonti già presenti in letteratura; con particolare attenzione ai dati ISTAT e alla stratificazione della popolazione effettuata da Regione Lombardia, ben descritta nella DGR n° 6164 del 30/01/2017.

Viene quindi poi sviluppata l'ipotesi del modello implementabile per la presa in carico domiciliare dei pazienti cronici e fragili nelle Case della comunità, ponendo enfasi sull'importanza di tre elementi fondamentali quali: la prevenzione, l'assistenza domiciliare e la telemedicina, nonché del rapporto tra C.O.T. e Casa della comunità, per migliorare l'intercettazione del bisogno.

Il lavoro si conclude evidenziando sostanzialmente quattro criticità:

1. Acquisizione delle risorse umane sufficienti e adeguata formazione.
2. Collaborazione tra i professionisti coinvolti: da un lato, per quanto riguarda l'interazione tra i differenti ruoli e, dall'altro, per quanto concerne i rapporti fra "attori" istituzionali diversi.
3. Vincoli legati al rispetto della normativa sulla "privacy" che non favoriscono l'interfaccia e la consultazione dei sistemi informativi esistenti.
4. Reti informatiche frequentemente non comunicanti.

## **2. APPROCCIO METODOLOGICO PER RIPENSARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

STRENGTHS	WEAKNESSES
<p>Scansione temporale "da investimento" (pluriennale) e non da "progetto/sperimentazione" (annuale e/o biennale).</p> <p>Possibilità di una logica incrementale nell'implementazione della Casa della Comunità.</p> <p>Importanti risorse messe in campo per mobilitare pensieri ed energie.</p> <p>Esperienze di collaborazione attraverso le dimissioni protette.</p>	<p>EELL/Ambiti con poche risorse di personale.</p> <p>Elevato turnover degli operatori sociali.</p> <p>Poca esperienza di "dialogo alla pari" tra sociale e sanitario.</p> <p>Pregiudizi reciproci tra sociale e sanitario.</p> <p>Infrastruttura informatica ancora in fase di ideazione.</p> <p>Cartella sociale informatizzata ancora poco diffusa e, quando presente, non dialogante con la cartella sanitaria.</p> <p>Assenza di esperienze in merito al budget unico tra "sociale" e "sanitario".</p>

<p>Pregressa esperienza di confronto e collaborazione tra a.s. degli Enti Locali, a.s. della Sanità e gli Enti del Terzo Settore.</p>	<p>Estrema differenziazione nelle regole di accesso ai servizi sociali.</p>
<p><b>OPPORTUNITIES</b>          Struttura unica presso la quale rivolgersi per la ridefinizione del progetto di vita.          Integrazione tra CURE e CARE.          Progetto di cura e assistenza non compartimentalizzato ma con al centro la quotidianità della persona.          Economie di scala.          Ambiente nel quale poter sperimentare un progressivo monitoraggio civico da parte della cittadinanza</p>	<p><b>THREATS</b>          Associazionismo e volontariato in crisi.          Resistenza degli Enti Locali alla regia da parte dell’Ambito sui servizi da loro erogati/pochi servizi delegati.          Riforma sanitaria in atto quale causa di potenziali ritardi nella definizione delle procedure/flussi.</p>

In questa fase storica, dove l’attenzione è posta sulla nuova politica di coesione pensata per stimolare una “ripresa sostenibile, uniforme, inclusiva ed equa”<sup>1</sup>, l’avvio dell’implementazione della Casa della Comunità può fornire la spinta e l’acceleratore per promuovere sui territori l’integrazione socio-sanitaria. Un’integrazione socio-sanitaria non fine a sé stessa bensì promossa per favorire il cambio di paradigma nell’implementazione delle politiche di tutela della salute: da un modello attendista ad un modello proattivo che veda il coinvolgimento sia della rete sanitaria e socio-sanitaria sia della rete sociale e la loro collaborazione attraverso protocolli d’intervento congiunto e sistemi informativi dialoganti. In questo modo infatti si potrebbe promuovere l’Intercettazione precoce e con modalità proattiva di pazienti cronici di livello III e IV (secondo la stratificazione del rischio sulla base dei bisogni sanitari e socioassistenziali) che non hanno ancora attivo un PAI e frequentano i servizi a spot e si potrebbe raggiungere l’obiettivo di arrivare a definire PAI con pianificazione sanitaria e, dove necessario, socio sanitaria e sociale realmente integrate.

Grazie agli strumenti messi in campo dalla missione 6 del PNRR, con una scansione temporale pluriennale che non impone di superare le criticità che ostacolano l’integrazione in una o due annualità amministrative, si può concretamente ipotizzare di affrontare questo annoso problema con steps che considerino le specificità della pubblica amministrazione, ovvero l’esigenza di consultazione e concertazione con le comunità, la certezza delle risorse e i tempi delle istruttorie.

Sicuramente, le importanti risorse messe in campo per mobilitare pensieri ed energie a livello urbanistico/strutturale, in combinato disposto con le risorse messe a disposizione con la Missione 5

<sup>1</sup> [https://www.agenziacoesione.gov.it/dossier\\_tematici/nextgenerationeu-e-pnrr/](https://www.agenziacoesione.gov.it/dossier_tematici/nextgenerationeu-e-pnrr/)

del PNRR, all’investimento 1.1 “Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti” (in particolar modo la linea di attività 3 “Rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità”) possono favorire un’assunzione di responsabilità sia da parte degli Enti Locali, sia da parte delle imprese sociali e da parte del mondo dell’associazionismo.

La logica incrementale appare come quella più funzionale e realistica, soprattutto in considerazione del fatto che, dovendo prevedere l’apertura del 40% delle Case della Comunità entro il 31/12/2022<sup>2</sup>, ritenuto questo un obiettivo prioritario del Sistema Sanitario Lombardo e avendo le ASST già avviato l’azione di inaugurazione delle prime strutture, tutta la partita dell’avvio del dialogo con gli EELL e gli Ambiti territoriali avverrà principalmente a seguito dell’avvio dell’operatività di queste.

FASE	1 trim. 2022	2 trim 2022	3 trim 2022	4 trim 2022	1 trim 2023	2 trim 2023	3 trim 2023	4 trim 2023	1 trim 2024	2 trim 2024
Implementazione "sanitaria" CdC										
Costituzione Team direzionale										
Avvio CdC										
Costituzione Tavolo Istituzionale e tavoli tecnici per l'integrazione socio-sanitaria										
Mappatura e rilevazioni										
Stesura protocolli										
Approvazione protocolli										
Formazione e condivisione con altri attori										
Sperimentazione										
Valutazione										
Nuova programmazione zonale 24-26 per rafforzamento integrazione socio-sanitaria										
Avvio percorso di implementazione del monitoraggio civico										
Integrazione con le risorse della comunità										

Nonostante la pianificazione socio-sanitaria adottata a livello regionale non abbia ancora promosso in maniera incisiva l’integrazione tra il Sistema Sanitario Regionale e gli Enti Locali nella Casa della Comunità, negli ultimi anni si è assistito alla strutturazione di buone pratiche di integrazione socio-sanitaria (vedi ad esempio i protocolli per le dimissioni protette, i GLH nel mondo della scuola, le

<sup>2</sup> Art. 36 c. 4 L. 22/2021

Cliniche transculturali) che lasciano supporre che non si parta da zero nel raggiungimento di questo obiettivo.

La fase pandemica che lentamente stiamo lasciando alle spalle ha inoltre lasciato in eredità, in molti casi, un patrimonio di relazioni e di fattiva collaborazione tra Servizi Sociali Comunali e d'Ambito, MMG e PLS, Servizi Sanitari e Socio-sanitari e Servizi Socio-educativi e Socio-assistenziali del Terzo Settore che, se da un lato hanno promosso il superamento degli atavici pregiudizi reciproci tra il mondo "sociale", quello "educativo" e quello "sanitario", dall'altro forniscono l'occasione per un lavoro bottom-up nella definizione dei futuri protocolli di co-gestione nelle Case della Comunità.

Parallelamente, la fase pandemica ha altresì promosso una maggiore digitalizzazione nell'accesso ai servizi assistenziali, un battesimo del fuoco in un'inaspettata fase emergenziale che ha fatto superare le maggiori resistenze alla digitalizzazione dei processi di cura. Malgrado sia ancora in corso la fase di ideazione regionale della macro-infrastruttura informatica che sarà implementata a livello di Case della Comunità per la gestione dei percorsi di presa in carico dei cittadini e nonostante la sperimentazione "a macchia di leopardo" della Cartella Sociale Informatizzata da parte dei Comuni e degli Ambiti Territoriali, questa può essere l'occasione per porre in essere un sistema digitalizzato che faccia dialogare fattivamente i diversi attori anche da remoto.

Per quei territori che hanno mostrato maggiore visione strategica, gli Ambiti territoriali, nel procedimento di definizione della programmazione zonale 21-23 ai sensi della DGR 4563 del 19/04/2021, possono aver ipotizzato di impiegare l'opportunità dei progetti premiali sovrazonali, nelle aree di policy D, E, F e J per strumentare la sostenibilità economica dell'implementazione dell'area sociale all'interno delle Case della Comunità. Nello specifico, infatti, ciascun progetto sovrazonale può garantire un budget di € 20.000,00 fino a un massimo di € 50.000,00 impiegabili dall'ambito per coprire le spese di personale e/o interventi ulteriori che potrebbero potenzialmente essere messi in campo (fondo di solidarietà per eventuali ricoveri, personale aggiuntivo che garantisca il segretariato sociale, le riunioni d'equipe per la valutazione multidimensionale e il raccordo con i servizi del territorio, infrastrutture informatiche). Malauguratamente, non avendo avuto da parte di Regione Lombardia contributi successivi alla DGR 4563/21 per orientare maggiormente la programmazione sociale zonale all'implementazione dell'integrazione socio-sanitaria all'interno delle Case della Comunità, viene difficile ipotizzare che gli Ambiti territoriali abbiano previsto, nei Piani di Zona 21-23, aree di programmazione specifiche in merito all'implementazione della "filiera sociale" all'interno di queste nuove strutture concertate con ATS

e ASST. Si auspica che, con le Linee Guida della nuova programmazione zonale 24-26, considerando questo un triennio “vero” e non spurio come quello attuale, Regione Lombardia individui in maniera maggiormente incisiva, tra gli obiettivi che andranno ricompresi nella programmazione zonale, anche l’implementazione “sociale” delle Case della Comunità. Andando in continuità con quanto adottato negli ultimi trienni nella definizione delle linee guida per la programmazione sociale zonale, Regione Lombardia potrebbe ipotizzare l’adozione della logica premiale per integrare le risorse che già sono in campo per garantire i LEPS e per favorire il loro potenziamento, risorse riassunte dalla tabella, inserita di seguito, estrapolata dal Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali n. 450 del 09.12.2021<sup>3</sup>.

<b>Intervento</b>	<b>Siglia</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Servizio / Trasn. monetario</b>	<b>Ambito di trattazione nel piano sociale</b>	<b>Principali fonti di finanziamento nazionale</b>
<b>Servizio Sociale Professionale</b>		LEPS	S	PPOV	Fondo Povertà, FNPS, PON Inclusion, Fondo Solidarietà Comunale
<b>Potenziamento professioni sociali</b>		Potenziamento	S	PSN	Fondo Povertà, FNPS, PON Inclusion, Fondo Solidarietà Comunale
<b>Pronto Intervento Sociale</b>		LEPS	S	PPOV	React, Fondo Povertà, FNPS, PON Inclusion
<b>Punti Unici di accesso</b>	PUA	Potenziamento	S	PSN	FNPS, FNA
<b>Valutazione multidimensionale e progetto individualizzato</b>		LEPS / Potenziamento	S	PSN PPOV	FNPS, Fondo Povertà, PON Inclusion, POC
<b>Supervisione personale servizi sociali</b>		LEPS	S	PSN	PNRR, FNPS
<b>Dimissioni Protette</b>		LEPS	S	PSN PNA	PNRR, FNPS, FNA

<sup>3</sup> Decreto di adozione del Piano operativo per la presentazione da parte degli Ambiti Sociali Territoriali delle proposte di adesione alle progettualità di cui alla Missione 5 “Inclusione e Coesione” del PNRR

<b>Sostegno monetario al reddito</b>	RDC / Assegno sociale	LEPS	TM	PPOV	Bilancio (Fondo per il RDC)
<b>Housing first</b>		Potenziamento	S	PPOV	PNRR, Fondo Povertà
<b>Centri Servizio per il contrasto alla Povertà</b>	Stazioni di Posta	Potenziamento	S	PPOV	PNRR, Fondo Povertà
<b>Servizi per la residenza fittizia</b>		LEPS	S	PPOV	Fondo Povertà
<b>Progetti dopo di noi x categorie prioritarie</b>		Obb servizio	S	PNA	Fondo Dopo di noi
<b>Progetti dopo di noi e vita indipendente</b>		Potenziamento / LEPS	S	PNA	PNRR, FNA, Fondo Dopo di noi
<b>Indennità di accompagnamento</b>		LEPS	S	PNA	Bilancio
<b>Servizi per la non autosufficienza</b>		Potenziamento / LEPS	S	PNA	FNA, Risorse dedicate
Legenda: <b>PSN</b> Piano Sociale Nazionale <b>PPOV</b> Piano Per la Lotta alla Povertà - <b>PNA</b> Piano per le non autosufficienze - <b>PNA</b> Piano per le non autosufficienze - <b>FNPS</b> Fondo Nazionale per le Politiche Sociali - <b>FNA</b> Fondo per le non autosufficienze - <b>PNRR</b> Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - <b>REACT EU</b> Programma Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe - <b>POC</b> Piano Operativo Complementare Inclusione					

A queste risorse, come già citato precedentemente, la Missione 5 del PNRR, all'investimento 1.1 "Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti", linea di attività 3 "Rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità" prevede, per gli Ambiti territoriali interessati ad aderire, un finanziamento annuo pari a € 110.000,00 per 3 anni per progettualità attivabili dal secondo trimestre 2022 che devono concludersi entro il primo semestre 2026.

Il primo step di complessità da affrontare per promuovere l'integrazione con il mondo del "sociale" dovrà inevitabilmente essere affrontato nell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale e afferisce alla condivisione di quale ruolo intendono assumersi gli Enti Locali all'interno di questa nuova struttura e quale posizione ipotizzano nella procedura di presa in carico dei propri cittadini.

Considerando il comma 160 dell'art. 1 della L. 234 del 30 dicembre 2021, nel quale si sancisce che "i LEPS (livelli essenziali delle prestazioni sociali ndr) sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali...che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e

gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi...”, in combinato disposto con il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, che indica gli ambiti territoriali sociali quali erogatori dei servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità della vita a domicilio delle persone anziani non autosufficienti, si ritiene che siano gli ambiti territoriali ad essere investiti della responsabilità d’implementare l’integrazione del sociale all’offerta sanitaria e socio-sanitaria della Casa della Comunità.

Ipotizzando inoltre la presenza di ambiti territoriali dove i Comuni hanno pochi assistenti sociali, se non addirittura uno in condivisione con altri Comuni e con un elevato turn-over degli operatori, l’ipotesi più plausibile per dotare la Casa della Comunità di una “filiera sociale”, il più possibile stabile e strutturata, è quella del coinvolgimento dei Piani di Zona e del personale dell’ambito territoriale, personale che inevitabilmente dovrà essere continuamente in connessione con i professionisti del singolo Ente Locale, come generalmente già avviene per tutti i servizi delegati, e gli Enti del Terzo Settore quali gestori e/o erogatori di servizi sociali.

Volendo individuare un primo ruolo operativo dell’Ambito all’interno della Casa della Comunità, si auspica che questi possano garantire il coinvolgimento della/del propria/o assistente sociale nell’equipe multiprofessionale attiva presso i punti unici d’accesso (P.U.A.) della Casa della Comunità, quale referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale, “al fine di prendere in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità”<sup>4</sup>.

Oltre alla prevista partecipazione all’unità di valutazione multidimensionale (UVM), anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire il permanere nel proprio contesto di vita alla persona non autosufficiente, il comma 163 dell’art. 1 della L. 234/2021 traccia anche un ulteriore servizio che andrebbe previsto all’interno della Casa della Comunità, ovvero il segretariato sociale, così come previsto dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 – 2003 in combinato disposto con la L. 328/00 e la L.R. 3/08. Un servizio quindi di primo livello che accolga e orienti il cittadino e che raccolga e contestualizzi i bisogni espressi e rilevati.

Nell’ottica di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso dei cittadini con ridotta compliance, dei cittadini gravemente emarginati e quelli di recente immigrazione e/o limitatamente integrati,

---

<sup>4</sup> art. 2 dell’Allegato 1 del DM 71/2022

l'assistente sociale sarà inoltre il terminale, in stretta collaborazione con l'Ente Locale e con l'Ambito territoriale di riferimento, dell'organizzazione della loro accoglienza presso la Casa della Comunità.

Ulteriore aspetto che necessariamente dovrà essere presidiato da parte degli Enti Locali e dal relativo Ambito territoriale, nell'ottica di promuovere una maggiore tempestività nella presa in carico, sarà relativo all'armonizzazione/omogeneizzazione delle regole di accesso ai servizi domiciliari o residenziali a competenza comunale, anche attraverso la potestà regolamentare degli Enti Locali, e nella capacità di definizione di capitolati di gara che rispondano effettivamente all'esigenza di promuovere tempestività nell'esigibilità del LEPS afferente all'assistenza domiciliare. Volendo elencare alcune ipotesi, a titolo esclusivamente esemplificativo, si potrebbe valutare l'adozione della tariffa individuata a seguito dell'emissione dell'ISEE anche per quelle prestazioni avviate prima della presentazione della DSU, l'adozione di un fondo di solidarietà per la copertura dei temporanei collocamenti comunitari/residenziali in particolar modo in caso di necessità di rappresentanza legale dell'assistito, l'avvio della valutazione del domicilio e l'eventuale messa a disposizione temporanea di presidi e ausili (da parte del gestore dell'assistenza domiciliare di competenza comunale) antecedente alla dimissione dell'assistito ecc..

A seguito di questo passaggio, sarebbe opportuno avviare un processo di co-programmazione (come definito all'art. 55 D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117) e di co-progettazione (ai sensi dell'art. 7 del D.p.c.m. 30.03.2001), adottando sostanzialmente un modello di accordo procedimentale ai sensi dell'art.11 della L. 241/90 in considerazione del fatto che si avrebbero attori pubblici e privati in partenariato per perseguire insieme una finalità condivisa di interesse generale.

Sia nella fase di co-programmazione che nella fase di co-progettazione, l'adozione di questi istituti di amministrazione condivisa, oltre all'individuazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi necessari, delle modalità di realizzazione e delle risorse (pubbliche e private) disponibili, favorirebbe il lavoro congiunto per definire e realizzare gli interventi finalizzati a soddisfare i bisogni ritenuti prioritari. In questo modo si valorizzerebbe l'apporto di patrimonio di conoscenze di ciascun attore e l'integrazione tra una pluralità di soggetti – enti pubblici, imprese sociali, volontariato, associazionismo – che scelgono di lavorare in modo sinergico per il raggiungimento dell'obiettivo condiviso rappresentato dalla promozione della territorializzazione della presa in carico dei cittadini.

Ulteriori aspetti fondamentali che andranno affrontati in questa fase possono essere individuati nella costituzione del team direzionale di progetto, la creazione di gruppi di miglioramento per

mettere a sistema il piano di cura e di gruppi di supervisione per i nuovi team di lavoro, la definizione del percorso formativo per il team direzionale e il percorso formativo per i professionisti.

Nonostante l'onerosità (in termini di tempo e risorse) di questi peculiari procedimenti amministrativi, i suddetti istituti fornirebbero l'occasione di uno sviluppo multilevel della Casa della Comunità attento alle rispettive esigenze, limiti e potenzialità: il livello di politico-istituzionale, il livello tecnico-operativo e il livello legale e amministrativo.

L'importanza fondamentale di questo approccio multilevel è motivata dalla natura insita nella Casa della Comunità quale "luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e dove viene promosso un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso equipe territoriali". Si tratta quindi di un luogo nel quale operano attori estremamente differenti. E' pertanto importante e parimenti prioritaria la condivisione tra i differenti attori dell'indirizzo politico-istituzionale da sviluppare nella Conferenza dei Sindaci e nella Cabina di Regia, quale base di regole comuni necessarie per orientare l'operatività della struttura e per porre in essere le condizioni prodrome alla definizione dei protocolli operativi di collaborazione. Ovviamente sarà fondamentale anche la definizione dei protocolli di collaborazione, sia per quanto concerne la fase di accoglienza, sia per la valutazione multidimensionale e di definizione dei PAI, sia per quanto concerne la tempestività degli interventi, soprattutto a riguardo degli interventi di natura sociale.

Un ulteriore step che andrà previsto, inevitabilmente in una fase successiva (indicativamente dal 2024), sarà l'apertura della Casa della Comunità alla comunità, ovvero a tutte quelle opportunità di socializzazione, sensibilizzazione e supporto alle famiglie. Opportunità messe in campo dal capitale sociale espressione del territorio, prioritariamente a favore delle fragilità (Alzheimer Cafè, Sportelli Famiglia, iniziative legate alla medicina di genere) oltre che dagli Enti del Terzo Settore già in sinergia con gli Enti Locali.

Mantenendo il focus sull'integrazione sociale all'interno della Casa della Comunità, volendo rispondere in maniera puntuale a quanto sancito ai commi 3 e 4 dell'art. 23 del D. Lgs 147/2017, questa realtà ha infatti le potenzialità per esprimere l'offerta integrata di interventi e servizi quale livello essenziale delle prestazioni da garantire da parte degli Enti Locali. In essa infatti potrebbero trovare collocazione la sede operativa territoriale del coordinamento dell'assistenza domiciliare erogata da parte dei Comuni e delle loro aggregazioni formali, la sede territoriale dello Sportello per l'assistenza familiare di cui alla DGR 5648/2016, ma anche una sede di assistenza fiscale ed

amministrativa (ufficio ISEE/SPID) strumentale per contenere i tempi delle istruttorie afferenti alle tariffazioni dei servizi sociali e la sede dell'ufficio di protezione giuridica per il sostegno delle eventuali esigenze di rappresentanza legale dei cittadini intercettati dalle Case della Comunità o dalla Centrale Operativa Territoriale.

La visione della Casa della comunità così come prevista, richiede quindi che venga posta enfasi sulle logiche di integrazione, innovazione, evoluzione e corresponsabilità, al fine di poter garantire una vera presa in carico globale del paziente cronico e la continuità assistenziale.

La complessità del policy network con cui la "Casa della comunità" deve interfacciarsi e gli obiettivi cui è preposta, fa emergere la necessità che i professionisti in essa impegnati posseggano oltre alle specifiche competenze professionali, flessibilità, leadership, autorevolezza, consapevolezza del proprio ruolo e attitudini organizzative, nonché capacità di costruire rapporti sociali e di contribuire alla definizione dell'identità di questa nuova struttura, effettuare analisi e sintesi, comunicare in modo assertivo, tradurre obiettivi in piani di azione, programmare sistemi integrati che siano in grado di mettere al centro "la persona".

Caratteristiche che si possono riscontrare in un'équipe multiprofessionale e interdisciplinare che, attraverso la condivisione di sapere e esperienze, possa rendere disponibili ampie competenze nel suo insieme.

Un articolato lavoro di squadra che necessita anche di saper coniugare *gouvernement* e *governance*, ovvero agire nel rispetto delle regole e delle norme tipiche di una struttura pubblica, da un lato, e saper svolgere azioni di concertazione, promozione, facilitazione e partecipazione della cittadinanza guidate dalla trasformazione della struttura pubblica che da autorità evolva in soggetto promotore e propulsore di un laboratorio di partecipazione che ricerchi e strutturi il monitoraggio civico della Casa della Comunità attraverso il coinvolgimento delle persone destinatarie dei servizi, i loro caregiver e i differenti stakeholder.

Alla luce di queste considerazioni, si ritiene utile prevedere l'istituzione di un'adeguata struttura amministrativa della Casa della comunità di supporto trasversale, che si occupi non solo del reclutamento del personale, delle attività tipiche amministrative relative al presidio dei processi di interesse al funzionamento dell'intera Casa della comunità, ma che permetta un'appropriata e mirata gestione economica, stante la complessità delle fonti di finanziamenti attribuite ai diversi soggetti istituzionalmente coinvolti nel composito processo di presa in carico dei pazienti cronici e

che sappia dialogare e collaborare con le strutture amministrative degli Ambiti Territoriali e degli Enti Locali oltre che implementare quanto concordato con questi.

Una delicata funzione che rappresenti un'importante interfaccia di raccordo interno ed esterno, volta a favorire la costruzione e lo sviluppo di una rete di relazioni che possano diventare un sistema composito di interconnessioni che stimolino la crescita del "capitale sociale" della comunità, la fiducia e la cooperazione tra tutti i soggetti: una filiera di opportunità che possa contribuire a rispondere con efficacia ai bisogni di salute della popolazione.

Anche la funzione amministrativa della Casa della Comunità infatti avrà un ruolo fondamentale, insieme ai professionisti della salute impegnati nella struttura, agli Ambiti territoriali e agli Enti Locali, nella *health literacy*<sup>5</sup> dei cittadini, condizione prodroma fondamentale per aspirare alla promozione del monitoraggio civico della Casa della Comunità.

Di seguito viene declinata brevemente, ma in maniera più puntuale, l'ipotesi di implementazione del monitoraggio civico della Casa della Comunità, azione questa che, a partire dal primo trimestre 2024, potrebbe essere avviata su impulso degli Ambiti territoriali.

### **LA STRADA VERSO IL MONITORAGGIO CIVICO DELLA CASA DELLA COMUNITA'**

Molti Enti Locali, nel corso degli ultimi decenni, hanno incamerato nel proprio patrimonio di conoscenze best practices in tema di partecipazione della cittadinanza nella valutazione, programmazione e progettazione d'interventi.

Facendo tesoro dell'esperienza avviata nel 1989 da Porto Alegre (Brasile), in tema di bilancio partecipativo, ovvero di pratiche partecipative finalizzate all'utilizzo condiviso delle risorse collettive, alla gestione del territorio, nonché alle più importanti decisioni amministrative che riguardano la città, dagli anni '90 del secolo scorso anche molte realtà italiane - l'esperienza più ricca fu sperimentata nella cittadina di Grottammare (AP) – adottarono progressivamente pratiche di partecipazione della cittadinanza arrivando a definire una metodologia studiata e validata. Parallelamente, grazie alle opportunità messe in campo dalla L. n. 285 del 28 agosto 1997 avente ad oggetto "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" e il prezioso contributo dell'Istituto degli Innocenti di Firenze e l'Unicef, venne promosso il progetto "Le città sostenibili delle bambine e dei bambini", le c.d. "Città amiche dell'infanzia", ulteriore esempio

---

<sup>5</sup> Intesa nel senso di alfabetizzazione dei cittadini sulla salute, sull'offerta di servizi, sull'epidemiologia ed eziologia e sui vincoli ed opportunità delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali (ndr).

del patrimonio di conoscenze che gli Enti Locali hanno nella “*literacy*” e nel coinvolgimento proattivo della cittadinanza.

Consci delle estreme differenze tra la partecipazione dei cittadini fruitori della Casa della Comunità nella sua valutazione e la partecipazione dei bambini nella definizione di politiche urbanistiche, ma altresì consapevoli del *fil rouge* rappresentato in entrambi i casi dal coinvolgimento di attori generalmente ritenuti “non convenzionali” e inizialmente non “strumentati”, ma potenzialmente ricchi di stimoli preziosi, l’approccio proposto per promuovere il monitoraggio civico della Casa della Comunità parte proprio dall’esperienza delle Città Sostenibili.

Gli ambiti territoriali infatti potrebbero prevedere, nella programmazione sociale zonale del triennio 2024 – 2026 e con un esborso economico relativamente contenuto, l’implementazione di laboratori di comunità all’interno delle Case della Comunità, con il prezioso contributo degli Enti del terzo settore competenti in materia, finalizzati alla *health literacy* e al monitoraggio civico degli interventi.

Il percorso ipotizzato dovrebbe prevedere una fase iniziale in cui si condivide il significato della “partecipazione” e, in particolare, degli obiettivi che si intendono perseguire (adattando e adottando per analogia la Scala della partecipazione di Rober Hart)<sup>6</sup> e la strutturazione di gruppi omogenei tra i differenti stakeholder. Successivamente andrebbe avviata una prima fase di alfabetizzazioni in tema di epidemiologia del territorio, vincoli e opportunità della normativa sanitaria, sociale e contabile, avviando parallelamente tavoli di consultazione in merito all’accessibilità e fruibilità della Casa della Comunità così come è stata vissuta dai cittadini e dal personale.

Questo percorso dovrebbe essere implementato parallelamente a quanto previsto dal D. Lgs. 74 del 2017 che afferisce principalmente al Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, sistema di valutazione prevalentemente istituzionale ed “istituzionalizzato”.

Nell’implementazione del monitoraggio civico l’intenzione è quella di costruire, attraverso l’impiego di facilitatori ed eventualmente, se disponibili, di peer competenti, degli indicatori o dei flussi informativi dal basso che abbiano come focus il punto di vista del cittadino, del caregiver e dell’operatore e che riguardino, oltre a quanto fruito all’interno della Casa della Comunità, anche gli

---

<sup>6</sup> <https://www.lacittadeibambini.org/wp-content/uploads/2018/02/Hart-Scala-Partecipazione.pdf>

ulteriori bisogni di salute e di benessere che potrebbero essere presi in carico all'interno della struttura.

In questo modo, il laboratorio di comunità avviato all'interno della Casa della Comunità, sarebbe inoltre un'occasione nella quale è possibile l'apprendimento "situato", cioè l'apprendimento che ha luogo nello stesso contesto e processo sociale in cui viene applicato<sup>7</sup>. Pertanto, fra le persone coinvolte nel laboratorio (operatori, cittadini e familiari) si creerebbe una comunità di pratica, basata su una comune esperienza e sull'apprendimento che è reso possibile dal comune interesse di conoscere attraverso lo scambio e l'interazione, finalizzata a costruire una valutazione della Casa della Comunità attraverso un approccio partecipativo e costruttivo bottom-up.

### **3. ANALISI DEL CONTESTO**

La conoscenza del contesto demografico ed epidemiologico della popolazione che afferisce ad un territorio di una casa della comunità rappresenta uno strumento indispensabile per la programmazione delle attività, dei servizi, dell'individuazione delle risorse (economiche, umane, tecnologiche) necessarie.

I dati ISTAT consentono di focalizzare il contesto demografico entro cui una casa della comunità deve rapportarsi.

Sono state individuate le seguenti aree di analisi:

- Indicatori demografici;
- Indicatori sullo stato di salute della popolazione;
- Indicatori relativi ai servizi e agli interventi sociali nei Comuni.

La banca dati ISTAT mette a disposizione un sistema di stime dei principali indicatori statistici finalizzati allo studio delle tendenze demografiche del Paese. Ai fini di questo progetto sono stati individuati gli indicatori relativi alla composizione della popolazione in relazione all'età dei cittadini. Nella tabella seguente è possibile individuare gli indicatori inerenti i territori coinvolti in questa analisi

---

<sup>7</sup> Lave J., Wenger E., L'apprendimento situato, Dall'osservazione alla partecipazione attiva nei contesti sociali, Erickson, 2006.

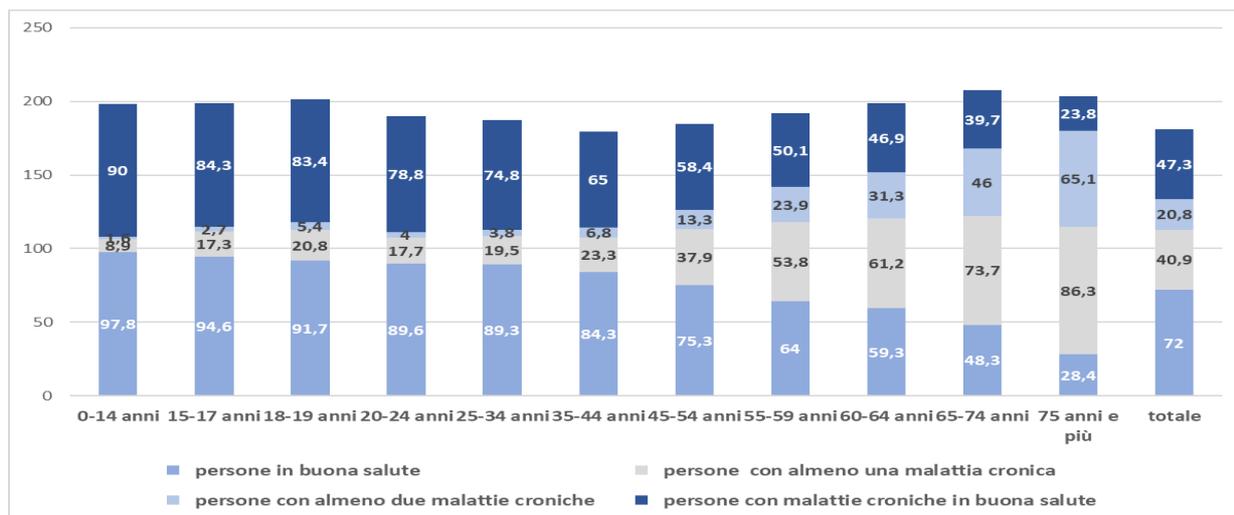
INDICATORI DEMOGRAFICI - ANNO 2021						
				ATS Montagna		
Tipo indicatore	Lombardia	Pavia	Mantova	Sondrio	Brescia	Como
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	13,3	12,1	13	12,7	13,8	13,1
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	63,8	63,1	63	63,1	64,3	63,6
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	22,9	24,7	24	24,1	21,9	23,3
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	56,7	58,4	58,8	58,4	55,6	57,3
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	35,9	39,2	38,2	38,3	34,1	36,7
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	172,3	203,9	185	189,6	159,3	177,9
età media della popolazione - al 1° gennaio	45,6	47,1	46,3	46,4	45	45,9

Dall'analisi dei dati ISTAT si evince che la popolazione è composta dal 12-13% di persone in età 0-14 anni, un 63% di persone in età compresa tra i 15 e 64 anni e un 24% di popolazione con età uguale o superiore ai 65 anni.

I dati ISTAT consentono di focalizzare il contesto demografico entro cui una casa della comunità deve rapportarsi; nello specifico sono state analizzate i dati riferiti all'analisi demografica in relazione allo stato di salute della popolazione italiana relativa all'anno 2021. Un dato recente che tiene anche conto dell'impatto della pandemia da COVID-19 sulla popolazione italiana.

I dati estratti dalla banca dati ISTAT – tema “Salute e Sanità- sezione Aspetti della vita quotidiana – stato di salute, età dettaglio “, sono rappresentati nel grafico di seguito indicato

**Grafico n.1 Popolazione residente per condizioni di salute croniche dichiarate nel 2021 (per 100 persone con stesse caratteristiche)**



L'analisi del dato per classi di età mette in risalto due parametri che evolvono con l'avanzare dell'età ovvero, l'assenza di patologie e lo stato di buona salute in presenza di malattie croniche, che raffigurano elementi utili di individuazione di categorie di assistiti con bisogni di servizi sempre più crescenti.

I dati evidenziano che nella popolazione over 65 anni si ha un progressivo decremento sia di soggetti che sono in condizione di assenza di malattia, che una diminuzione delle persone che pur avendo una malattia cronica sono in una condizione stato di buona salute.

Infatti, nella classe di età over 75 anni solo il 28,4 % non ha alcuna patologia e solo il 23,8%, pur avendo malattia cronica è in buona salute.

Nel suddetto grafico si può visualizzare la fascia di popolazione con più bisogni sociosanitari che una casa della salute dovrà prendere in carico.

Il nuovo modello di sviluppo dell'assistenza territoriale prevede l'integrazione con i servizi sociali così come definita, da ultimo, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 che rappresenta un ulteriore cardine del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle case di comunità, aggiuntivo rispetto al Piano di zona già previsto dall'articolo 19 della legge n. 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei Comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie.

In tali termini, ai fini della relativa operatività, si richiamano l'intesa da sottoscrivere ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e l'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 anche al fine di

definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e de comuni dall'altro anche con riferimento agli ATS, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.

Di seguito è indicata una tabella inerente alla percentuale di utenti sul totale di popolazione di riferimento che usufruiscono di interventi e servizi sociali di Comuni, raggruppati per area di utenza.

<b>Territorio</b>	<b>Lombardia</b>	
<b>periodo</b>	<b>2018</b>	
<b>Tipo dato</b>		<b>utenti sulla popolazione di riferimento del servizio (percentuale)</b>
<b>Area di utenza</b>	<b>Servizio o intervento</b>	
<b>famiglia e minori</b>	<b>assistenza domiciliare socioassistenziale</b>	<b>0,3</b>
<b>disabili</b>	<b>assistenza domiciliare socioassistenziale</b>	<b>5,8</b>
	<b>assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari</b>	<b>0,1</b>
	<b>voucher, assegno di cura, buono sociosanitario</b>	<b>3,9</b>
<b>anziani (65 anni e più)</b>	<b>assistenza domiciliare socioassistenziale</b>	<b>1,1</b>
	<b>assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari</b>	<b>0,1</b>
	<b>voucher, assegno di cura, buono sociosanitario</b>	<b>0,2</b>
<b>povertà, disagio adulti e senza dimora</b>	<b>assistenza domiciliare socioassistenziale</b>	<b>0</b>
	<b>assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari</b>	<b>0</b>

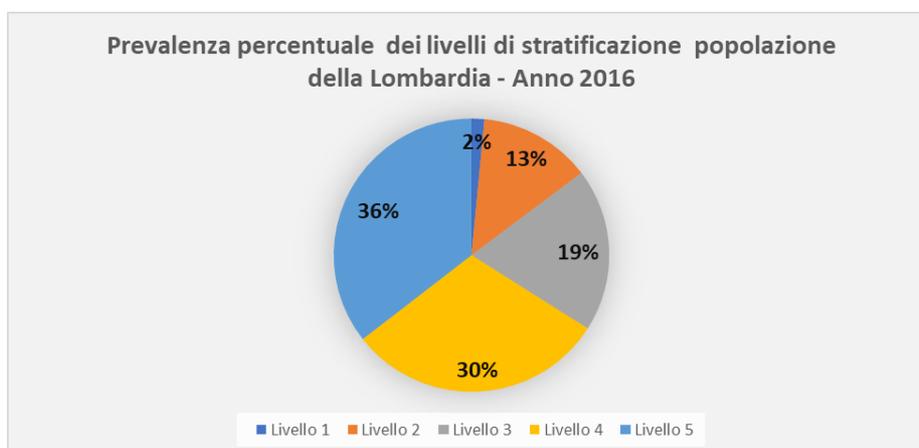
Regione Lombardia con la DGR n° 6164 del 30/01/2017 inerenti il "Governo della domanda: avvio della presa in carico dei pazienti cronici e fragili" illustra una metodologia per la stratificazione della popolazione basata su elementi inerenti: la patologia principale, la presenza di eventuali elementi di fragilità sociale, il livello di complessità definito in base al numero delle comorbidità o alla presenza di particolari condizioni di fragilità.

La popolazione lombarda viene classificata, sulla base di dati amministrativi, in cinque livelli di complessità decrescente:

Tabella n°1 : Regione Lombardia - DGR 6161/2017 -Domanda, bisogni e pertinenza prevalente

	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/ riabilitazione/ sociosanitario	Struttura di erogazione Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.300.000	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ <i>frequent users</i> e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del <i>follow-up</i> (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione
Livello 3	1.900.000	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio- bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / <i>frequent users</i>	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)
Livello 4	3.000.000	Soggetti 'non cronici' che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)	Accessibilità a tutte le Agende ambulatoriali disponibili sul territorio	Territorio (MMG)
Livello 5	3.500.000	Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici	Sono solo 'potenziali utenti'	Territorio (MMG)

Dall'elaborazione dei dati indicati nella suddetta tabella si può ricavare la prevalenza percentuale di tipologia di utenti rappresentante nel grafico di seguito indicato:



Circa il 34% della popolazione è affetta da almeno una patologia cronica.

Il DM 71/2022 relativo agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in considerazione della recente normativa (articolo 7 del decreto legge n. 34/2020), sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, ha individuato una modalità di classificazione dei bisogni di salute in sei livelli di classificazione del rischio, meglio descritti nella tabella inserita nell'allegato 1 al suddetto Decreto Ministeriale di seguito rappresentata.

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
<b>Stratificazione del rischio</b>	<b>I Livello</b> Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
	<b>II livello</b> 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 basate su familiarità e stili di vita
	<b>III livello</b> 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	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	<b>IV livello</b> 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 socioassistenziali 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, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	<b>V livello</b> Persona 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, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	<b>VI livello</b> Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di cura	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

Dall'analisi dei dati a disposizione si può effettuare una stima della popolazione afferente ad una Casa della Comunità, stratificata per bisogno relativi allo stato e salute e per bisogni di intervento di tipo sociale da parte dei Comuni. Di seguito vengono riportate le tabelle nelle quale si stima il numero di persone per le quali è necessario organizzare i servizi:

popolazione 50.000 assistiti	Classi di età	Numero di Assistiti stimato	Stima di assistiti cronici	Livello di complessità 1	Livello di complessità 2	Livello di complessità 3
	0-14	6.500	311	0	16	295

	<b>15 - 64</b>	31.500	6.667	100	1.606	4.960
	<b>&gt;= a 65</b>	12.000	10.022	578	4.677	4.767
	<b>Totale</b>	<b>50.000</b>	<b>17.000</b>	<b>679</b>	<b>6.298</b>	<b>10.022</b>

			<b>Stima Utenti di CdC da prendere in carico</b>
<b>Area di utenza</b>	<b>Servizio o intervento</b>		
famiglia e minori	assistenza domiciliare socio-assistenziale		150
disabili	assistenza domiciliare socio-assistenziale		2.900
	assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari		50
	voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario		1.950
anziani (65 anni e più)	assistenza domiciliare socio-assistenziale		550
	assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari		50
	voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario		100
povertà, disagio adulti e senza dimora	assistenza domiciliare socio-assistenziale		0
	assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari		0

Dai dati si può stimare che la Casa della Comunità dovrà organizzare servizi e percorsi di cura per una popolazione target che comprende circa 30.000 persone alle quali proporre servizi di prevenzione primaria, circa 11-12.000 assistiti per i quali si dovranno prevedere percorsi di presa in carico e follow-up della cronicità con la prevalenza di erogazione di prestazioni sanitarie e organizzazione di ambulatori per la cronicità e circa 5-6000 persone con bisogni sia sanitari, sanitari o sociali per le quale bisogna costruire percorsi di presa in carico integrata con i Comuni e i soggetti del terzo settore.

#### **4. UN'IPOTESI DI MODELLO IMPLEMENTABILE**

La tabella inserita di seguito descrive in maniera approfondita i servizi che verranno implementati all'interno della Casa della Comunità.

<b>Elenco Servizi CdC – standard minimo</b>		<b>Descrizione del servizio</b>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	<p>La CdC gestirà servizi di Cure Primarie da erogare attraverso équipe multidisciplinari (grazie alla presenza di MMG, PLS, SAI , IFeC, ecc.).</p> <p>Sarà presente l'ufficio Scelte e revoche (Ufficio gestione assistiti) e un punto di contatto SUPI (uffici aperti al pubblico).</p> <p>Attività Ufficio Gestione Assistiti: iscrizione a SSN; scelta e revoca del MMG e del PLS; rilascio esenzioni (patologia, invalidità, reddito), gestione funzionalità TS/rilascio PIN TS. Vi operano figure amministrative.</p> <p>Attività SUPI: pratiche di protesica integrativa (in primis fornitura di pannoloni, stomie, dispositivi per diabetici). Vi operano figure amministrative</p>
Punto Unico di Accesso (PUA)	OBBLIGATORIO	<p>Riceve gli utenti, fornisce le indicazioni in funzione dei loro bisogni e, se del caso, li prende in carico.</p> <p>Sono presenti a turno operatori sanitari e assistenti sociali.</p> <p>Il servizio è collocato preferibilmente al piano terra.</p>
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	<p>Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), collocato nella rete dei servizi sociosanitari, garantisce prestazioni al domicilio finalizzate alla cura ed all'assistenza della persona di qualunque età, compromessa nell'autonomia, consentendole di continuare a vivere nella propria abitazione.</p> <p>L'equipe ADI è composta da infermieri e OSS.</p>
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	<p>Sono presenti specialisti ambulatoriali, dal lunedì al venerdì, preferibilmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cardiologo</li> <li>➤ Diabetologo</li> <li>➤ Oculista</li> <li>➤ Reumatologo</li> <li>➤ Odontoiatri</li> <li>➤ Chirurgia generale</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Endocrinologo</li> <li>➤ Dermatologo</li> </ul> <p>Vi operano amministrativi, sia al CUP e sia per accettazione preventivi, e i differenti professionisti medici/sanitari.</p>
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	<p>Infermieri di famiglia e di Comunità</p> <p>Gli infermieri di famiglia svolgono attività di valutazione dei bisogni dei pazienti affetti da patologie croniche.</p> <p>Svolgono attività di prevenzione e monitoraggio a domicilio o in telemedicina.</p> <p>Sono presenti IFEC.</p>
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	<p>Cup specialistica: svolge attività di prenotazione, accettazione visite ed esami specialistici, riscossione ticket e tariffe di prestazioni in solvenza. È situato preferibilmente al piano terra.</p> <p>Vi operano amministrativi.</p>
Integrazione con i Servizi Sociali per la cronicità	OBBLIGATORIO	<p>L'èquipe di valutazione multidisciplinare ha competenze multiprofessionali in grado di leggere le esigenze dei cittadini con bisogni sanitari e sociali complessi ed ha il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter disegnare il percorso ideale di trattamento dell'utente.</p> <p>L'èquipe multidisciplinare di valutazione per l'accesso all'ADI e alle misure innovative è composta da infermieri, fisioterapisti e assistenti sociali.</p> <p>L'integrazione con i servizi sociali comunali sarà garantita e descritta in apposito protocollo.</p>
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co produzione	OBBLIGATORIO	<p>Area di servizi che andranno implementati in un secondo momento, indicativamente a partire dall'annualità 2024, e che dipenderà fortemente dal capitale sociale espressione del territorio di riferimento</p> <p>Sede del laboratorio di comunità che avvierà il monitoraggio civico</p>
Presenza medica	OBBLIGATORIO	Sono presenti MMG e PLS.

		MMG E PLS garantiscono gli orari di presenza ambulatoriale come da contratto (di medicina di gruppo) e contattabilità h12.
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO	Presenti IFeC ed ADI
Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità	OBBLIGATORIO	È possibile fruire di esami diagnostico strumentali cardiologici (ECG; ecocardiogramma) ed internistici. Gli specialisti possono utilizzare la telemedicina.
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	Consiste in una postazione medica, dotata di proprio ambulatorio. Interviene al domicilio dei pazienti negli orari in cui il MMG ed il PLS non esercitano l'attività. Il servizio è ubicato al piano terreno. Effettua principalmente uscite al domicilio dei pazienti, È svolto dal Medico di Continuità assistenziale.
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	Vi si effettuano prelievi ematici in regime di SSR e ritiro referti. È ubicato preferibilmente al piano terreno. Sono presenti infermiere ed amministrativo.
Servizi Sociali alla persona e alla famiglia	FORTEMENTE RACCOMANDATO  Approccio incrementale, dall'avvio il raccordo con i servizi sociosanitari ASST	Presso la Casa della Comunità è presente un punto di raccordo tra servizi sociosanitari ASST (PUA, MMG, Servizio infermieristico, consultorio, equipe multifunzionale) e servizi sociali dei Comuni e dell'Ambito Sociale  Andrebbe previsto il segretariato sociale, perlomeno un servizio di orientamento ai servizi d'ambito  Sede territoriale del coordinamento SAD (se gestito a livello d'ambito, in collaborazione con gli Enti di Terzo Settore)  Sportello Assistenza familiare (in collaborazione con gli Enti di Terzo Settore)  Terminale per l'accoglienza dei cittadini con ridotta compliance inviati da Comuni/Ambito  Ufficio di Protezione Giuridica

		Ufficio ISEE/SPID (in collaborazione con patronati/enti del terzo settore)
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	Area di servizi che potranno essere implementati all'interno della Casa della Comunità a seguito di una valutazione gestionale-organizzativa svolta da parte dell'ASST
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	Area di servizi che potranno essere implementati all'interno della Casa della Comunità a seguito di una valutazione gestionale-organizzativa svolta da parte dell'ASST
Attività Consultoriali	RACCOMANDATO	<p>Il Consultorio familiare offre prestazioni sanitarie e psico-sociali rivolte al singolo, alla coppia e alla famiglia per le problematiche sanitarie, sociali per gravidanza, nascita, puerperio, adolescenza, menopausa/andropausa.</p> <p>Collabora con il Tribunale nell'ambito della tutela dei minori.</p> <p>Si occupa di prevenzione e promozione nei vari ambiti della salute e del benessere.</p> <p>Il Consultorio familiare si colloca al primo piano della CdC. Sono presenti ostetriche, ginecologo/a, psicologa, un'assistente sociale e un'assistente sanitaria/infermiera.</p>
Programmi di screening	RACCOMANDATO	Area di servizi che potranno essere implementati all'interno della Casa della Comunità a seguito di una valutazione gestionale-organizzativa svolta da parte dell'ASST
Vaccinazioni	RACCOMANDATO	Area di servizi che potranno essere implementati all'interno della Casa della Comunità a seguito di una valutazione gestionale-organizzativa svolta da parte dell'ASST

## 5. COT E CASA DELLA COMUNITA'

La centrale operativa territoriale (COT) è lo strumento operativo attraverso cui la casa di comunità svolge il coordinamento delle proprie funzioni di progettualità. Viene ritenuto pertanto importante approfondire l'interazione tra la COT e la Casa della Comunità.

La COT, in ottemperanza del DM71/2022, *“deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117”*.

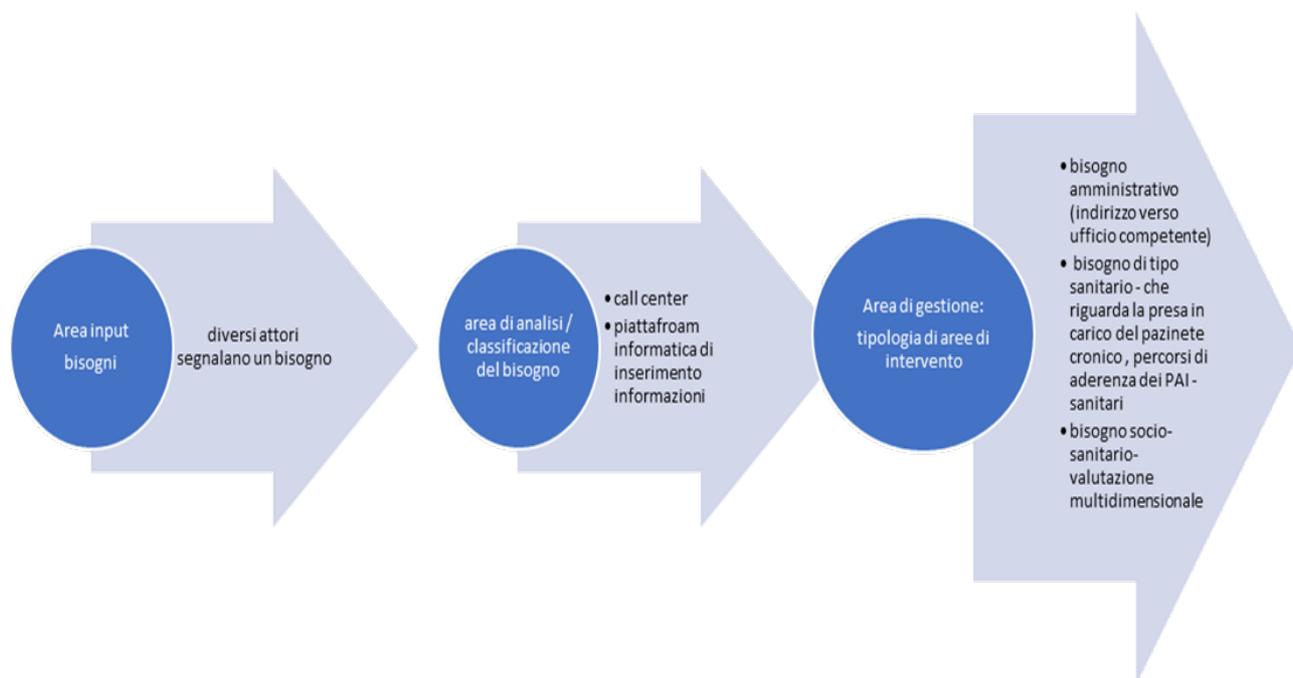
La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

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

L'integrazione tra la COT e la Casa della Comunità avviene attraverso una piattaforma informatica che consente la condivisione delle informazioni.

Il presente lavoro, auspicando l'implementazione di infrastrutture tecnologiche ed informatiche omogenee almeno su un territorio regionale, prova a delineare le caratteristiche minime di tipo informativo che dovranno essere in uso ad una ipotetica centrale operativa territoriale, considerando un ipotetico modello organizzativo di base.

Il modello di funzionamento della COT, può essere suddiviso in tre macroaree di intervento: intercettazione dei bisogni, analisi/classificazione dei bisogni intercettati, gestione/risposta ai bisogni.



AREA DI INTERCETTAZIONE DEL BISOGNO E INTERFACCIA CON ATTORI ESTERNI		
AREA DELLA INDICAZIONE DEL BISOGNO	AREA DI GESTIONE DELLA SEGNALAZIONE	AREA DELLA PRESA IN CARICO DEL BISOGNO

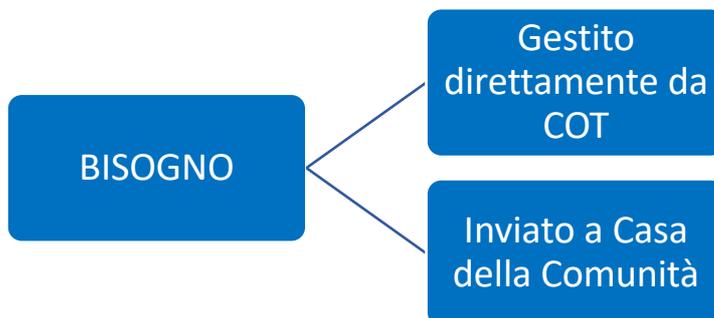
<p>Soggetti coinvolti nella segnalazione di un bisogno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utente direttamente interessato</li> <li>• Caregiver</li> <li>➤ MMG/PLS</li> <li>➤ Continuità assistenziale</li> <li>➤ Rete emergenza/urgenza (in caso di individuazione di soggetti fragili)</li> <li>➤ Servizi Sociali dei Comuni</li> <li>➤ Pronto soccorso (in caso di individuazione di soggetti fragili)</li> <li>➤ Dimissioni protette da reparti ospedalieri</li> <li>➤ Dimissioni protette da ricoveri area sub-cronica</li> <li>➤ Dimissioni protette da ospedali di comunità</li> <li>➤ Servizi Sociali dei Comuni</li> <li>➤ Soggetti del terzo settore coinvolti i progetti specifici</li> </ul>	<p>Le segnalazioni possono essere gestite attraverso due modalità:</p> <p><b>CALL CENTER:</b> gestisce le chiamate telefoniche provenienti da Utenti o Caregiver o familiari che esprimono un bisogno. Dovrà essere provvisto di una procedura con una codifica della tipologia delle chiamate e con flow-chart di risposte. L'operatore, in relazione alla tipologia di richiesta potrà rispondere direttamente all'utente oppure inviare una scheda di segnalazione ad un secondo livello che prende in carico la richiesta.</p> <p style="text-align: center;">➤ <b>SOFTWARE DI GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI</b></p> <p>Gli attori direttamente coinvolti nella Casa della Comunità segnalano i bisogni intercettati nel corso delle loro attività. È necessario definire procedure, preferibilmente supportate da un gestionale informatico, con le quali i diversi attori segnalano alla COT i bisogni degli assistiti. Il software dovrà essere dotato di specifiche modalità di inserimento delle informazioni, in forma vincolante e provvisto di una gerarchia di autorizzazione per l'accesso ai dati.</p>	<p><b>AMMINISTRATIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– PUA</li> <li>– Scelta e revoca</li> <li>– Protesica maggiore</li> <li>– Protesica minore</li> </ul> <p><b>SANITARIO</b> Preso in carico del paziente cronico con azioni relative all'attuazione del PAI (necessaria una area del software con informazioni relative ai PAI, agli eventi che il PAI genera (prenotazione ed esecuzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale per il follow-up, ambulatori infermieristici dedicati, informazione e-health</p> <p><b>SOCIOSANITARIO</b> Valutazione multidimensionale (UVM)</p> <p><b>SOCIALE</b> Preso in carico del paziente per quanto concerne le prestazioni a titolarità comunale/d'ambito</p>
--	---	--



Una volta intercettato il bisogno si aprono due scenari di azioni da attuare:

- a) risposta diretta da parte degli operatori della COT;

b) segnalazione che dovrà essere trasmessa alla Casa di Comunità presso cui l'assistito interessato è afferente.



La Centrale Operativa territoriale dovrà essere dotata di strumenti tecnologici utili sia al rapporto con gli utenti esterni che utili all'integrazione di tutti i nodi della rete coinvolti nel nuovo modello di sviluppo della medicina territoriale.

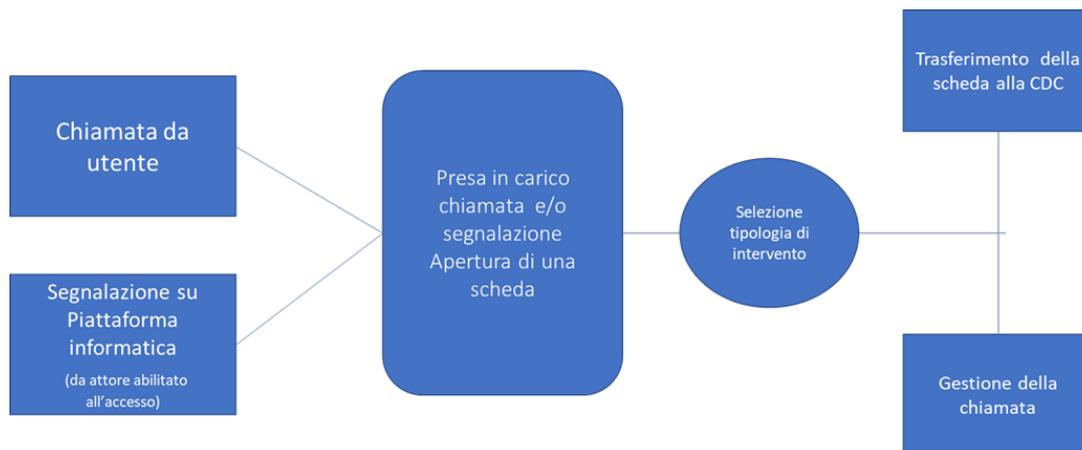
## **6. AREA DI SEGNALAZIONE DEL BISOGNO, LA SUA GESTIONE E PRESA IN CARICO**

Il call center può essere strutturato con le stesse modalità di una centrale operativa per l'emergenza di cure mediche non urgenti, già previste dalla normativa comunitaria 2007/116/CE del 15 febbraio 2007 e successive modifiche e integrazioni (Decisione della Commissione europea n. 884 del 30 novembre 2009), recepite dalla Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 07/02/2013 la quale ha approvato le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla Continuità Assistenziale" introducendo importanti novità, volte a garantire nelle 24 ore la continuità di cura al paziente a bassa complessità assistenziale, con l'adozione di sistemi di ricezione delle richieste. Successivamente la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 24/11/2016 definisce e approva il documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117".

Si prevede la presenza di:

- a) Centralizzazione delle chiamate

- b) Piattaforma informativa per l'acquisizione di segnalazione da parte di attori della medicina territoriale
- c) Gestione delle informazioni e apertura di una scheda – dovrà essere previsto il collegamento con una anagrafica e uno strumento di localizzazione.
- d) Selezione delle diverse tipologie di intervento – dovranno essere dettagliate le procedure operative necessarie all'attività di selezione del tipo di intervento da attuare



Il coordinamento della presa in carico dell'assistito si sviluppa attraverso le funzioni di:

- pianificazione e coordinamento degli interventi, attivando se necessario le risorse più appropriate;
- programmazione e pianificazione degli interventi, con attivazione dei soggetti/risorse della rete assistenziale per l'attuazione di processi integrati e la loro standardizzazione in PDTA;
- tutela (tracciando e monitorando) delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.

Le risposte ai bisogni possono essere di tipo sanitario, nel caso della presa in carico di un paziente affetto da patologia cronica oppure di tipo sociosanitario in presenza di fragilità.

La tipologia di informazioni necessarie ad una corretta gestione della presa in carico può essere acquisita dall'analisi della letteratura e normativa già esistente.

La DGR X / 7655 del 28/12/2017 "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR N. X/6551 del 04/05/2017" definisce gli elementi essenziali che devono essere obbligatoriamente presente nel PAI (Piano di assistenza individuale). Specifica che il PAI deve essere gestito in modalità esclusivamente informatica e individua le specifiche informatiche per poterlo collegare al SISS e quindi al fascicolo sanitario elettronico (FSE).

La legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 di Regione Lombardia “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario”, e successive modifiche, all’art. 19 (Sistema Informativo della rete Sociale e Sociosanitaria) ha istituito un sistema informativo finalizzato:

- Alla rilevazione dei bisogni
- Alla verifica della congruità dell’offerta rispetto alla domanda
- Alla raccolta ed elaborazione dei dati utili alla programmazione regionale e locale
- Al monitoraggio dell’appropriatezza e della efficacia delle prestazioni
- Alla rilevazione ed analisi del livello di soddisfazione dei cittadini relativamente all’adeguatezza, all’efficacia ed alla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.

L’agenda digitale lombarda ha definito le linee guida della cartella sociale informatizzata, documento dal quale si possono estrapolare requisiti minimi e strumenti di interoperabilità che possono essere mutuati ad una piattaforma informatica per la gestione delle attività di una COT.

Dall’analisi dei documenti sopracitati si possono individuare le seguenti aree di raccolta di informazioni, per le quali sono già stati individuati contenuti e tracciati record standardizzati:

Tipo attività	Codifica informazioni
ACCESSO E ORIENTAMENTO	Gestione della richiesta Gestione anagrafiche e nucleo familiare/rete sociale
VALUTAZIONE	Valutazione multidimensionale UVM
AREA DI PROGETTAZIONE INTERVENTO SOCIOSANITARIO	Gestione valutazione assistiti e progettazione interventi Gestione equipe multidisciplinare Gestione calendario condiviso Gestione storico Gestione liste d’attesa
AREA DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO	Dovrà essere previsto il collegamento con i flussi di rendicontazione delle prestazioni sociosanitarie (SIAD, SOSIA, SIND, MISURA B1, MISURA B2, CONSULTORI, RIABILITAZIONE, CURE INTERMEDIE ECT
AREA DI INIDIVIDUAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI) DEL PAZIENTE CRONICO	Definito dalla DGR X / 7655 del 28/12/2017 – allegato 1

AREA DI VERIFICA ADERENZA DEL PAI CON PRESTAZIONI SANITARIE E TERAPIA FARMACOLOGICA.	Raccordo con il flusso informativo di rendicontazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, farmaceutica territoriale o Nuovo FSE
AREA DI MONITORAGGIO	Dovranno essere implementati strumenti di monitoraggio che consentano l'integrazione e dei vari setting di prestazioni.
AREA INTEGRAZIONE	Definizione protocolli di interoperabilità tra i diversi operatori: MMG; medici specialisti, infermieri , OSS, assistenti sociali, psicologi, tecnici riabilitazione
AREA SICUREZZA PRIVACY	Sicurezza delle informazioni Protocollo di accesso
AREA DELLA TELEMEDICINA E TELEMONITORAGGIO	Piattaforma a supporto delle attività che si vogliono implementare.

Anche attraverso l'analisi del PAI si possono individuare aree di raccolta di informazioni, quali indicate di seguito:

<b>SCHEMA PAI</b>		
<b>Sezione e campi</b>	<b>Obbligatorietà in prima istanza</b>	<b>Più occorrenze</b>
<b>Dati anagrafici e amministrativi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anagrafica del paziente</li> <li>– Anagrafica del gestore</li> <li>– Numero protocollo di presa in carico</li> <li>– Identificativo del PAI</li> </ul>	* * * * *	
<b>Attributi di Sistema</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Data compilazione PAI</li> <li>– Data inizio validità della Pianificazione</li> <li>– Data di fine validità della Pianificazione</li> <li>– Data chiusura programmazione</li> <li>– Motivo chiusura della programmazione</li> <li>– Data aggiornamento</li> </ul>	* * * *	
<b>Esenzioni di cui gode l'assistito</b>		✓
<b>Reti di Patologia</b> 1) Reti di patologia cui appartiene l'assistito		✓
<b>Dati di presa in carico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Obiettivo della presa in carico</li> <li>– Ambito di cura</li> <li>– Modalità di accesso</li> <li>– Categoria patologica</li> <li>– Livello complessità</li> <li>– Caratterizzazioni cliniche</li> </ul>	* * * * * *	✓

<b>Anamnesi Fisiologica e Stili di Vita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Osservazioni sugli stili di vita</li> <li>– Data Osservazione</li> </ul>		
<b>Prestazioni Ambulatoriali</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prestazione ambulatoriale</li> <li>– Telemedicina si/no</li> <li>– Intervallo temporale</li> <li>– Quantità annua</li> <li>– Numero sedute per ciclo</li> </ul>	* * * * *	✓
<b>Prestazioni Farmaceutiche</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Codice e descrizione ATC</li> <li>– Codice e descrizione AIC</li> <li>– Codice e descrizione GE</li> <li>– Intervallo temporale</li> <li>– Posologie e note</li> <li>– Unità di farmaco e frequenza</li> <li>– Note</li> </ul>	* * * * * * *	✓
<b>Protesica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Flag protesica</li> <li>– Codifica ISO protesica</li> <li>– Intervallo temporale</li> </ul>		
<b>Vaccini</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tipologia di prestazione vaccinale</li> <li>– Codice regionale vaccino</li> <li>– Intervallo temporale</li> </ul>		✓
<b>Ricoveri Programmati</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prestazione ricovero</li> <li>– Intervallo temporale</li> </ul>		✓
<b>Bisogni Socio-Sanitari</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tipologia di bisogno (ADI, CURE Intermedie, CDI, CDD, RIA, Cure Palliative)</li> <li>– Erogatore</li> <li>– Data ultima valutazione</li> <li>– Indicatore di gravità</li> <li>– Durata</li> <li>– Validità</li> <li>– Frequenza</li> <li>– Unità di misura</li> <li>– Intervallo temporale</li> </ul>		✓
<b>Contatti telefonici programmati</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tipologia di contatto telefonico</li> <li>✓ Intervallo temporale di frequenza</li> <li>✓ Quantità</li> </ul>	* * *	✓
<b>Interventi educazionali</b>		✓

– Tipologia di intervento	*	
– Intervallo temporale	*	
<b>Raccomandazioni cliniche</b>		

## 7. LA MODALITA' DI INTERCETTAZIONE PROATTIVA DEI PAZIENTI E IL PIANO DI CURA

Il modello proposto vuole intercettare cluster di pazienti che o usufruiscono dei servizi socio sanitari “a spot” quali prestazioni estemporanee di ADI, pazienti cronici che si limitano alle visite specialistiche, pazienti non autosufficienti soli con badanti o care giver anziano, spostandoci dalla logica di una medica di attesa ad una logica proattiva che contempra la qualità della vita e un benessere complessivo della famiglia.

Volendo porci come obiettivo da raggiungere l'incremento del 20% della presa in carico dei pazienti nei cluster individuati attraverso l'implementazione del nostro modello, riteniamo opportuno adottare il seguente flusso:

- La COT invia agli Ifec l'elenco nominale dei pazienti inclusi nei cluster individuati.
- L'Ifec in collaborazione con MMG/PIS/Servizio sociale/specialista ambulatoriale contatta il paziente e/o il caregiver per la proposta di presa in carico.
- L'Ifec possibilmente con MMG/PIS effettua visita domiciliare al fine di poter promuovere la presa in carico e l'accesso alla Casa della Comunità.

Con le modalità di accesso sopra descritte il paziente e/o il caregiver viene potenzialmente “agganciato” dalla struttura.

In sede di triage viene analizzata la richiesta, viene preso in carico con stesura del PAI e viene indirizzato al percorso più appropriato, attivando gli strumenti opportuni, tra quelli a disposizione:

- Valutazione multidimensionale
- Interventi di promozione della salute
- Monitoraggio telefonico
- Monitoraggio in telemedicina
- Accesso ad ambulatorio infermieristico
- Attivazione servizi assistenziali e/o servizi di supporto quali la protesica
- Attivazione servizi del volontariato

- Attivazione Assistenza domiciliare
- Attivazione misure innovative (quali ad esempio misura B1, B2, Pro.Vi. ecc)
- Ricovero protetto in OdC

Di seguito vengono specificati alcuni degli strumenti a disposizione per una presa in carico proattiva.

### **LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

La Valutazione Multidimensionale (VMD) è un processo globale e dinamico interdisciplinare e multi professionale volto a identificare e descrivere i molteplici problemi dell'individuo, vengono valutate le sue limitazioni e le sue risorse, vengono definite le sue necessità assistenziali e viene elaborato un programma di cura complessiva per commisurare gli interventi a tali necessità.

Ha l'obiettivo di definire in modo globale lo stato di salute di una persona ed è rivolta a valutare, cioè ad analizzare con accuratezza, le capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni:

- Stato fisico (malattie presenti, il loro livello di gravità e il loro impatto sullo stato complessivo di salute);
- Stato cognitivo e affettivo (tono dell'umore, capacità mentali superiori...);
- Stato funzionale (disabilità ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale.);
- Analisi sociale (fattori ambientali, condizioni relazionali di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.),

L'elemento caratterizzante della VMD è la sua interdisciplinarietà, in quanto la sua applicazione prevede l'intervento contemporaneo su ciascun paziente di diverse figure professionali, rendendo così possibile la definizione del piano di assistenza individualizzato (PAI). È importante che venga effettuato nello stesso paziente, soprattutto nelle situazioni più complesse, ad intervalli di tempo regolari, e non solo quando compare un nuovo problema, al fine di verificare l'efficacia degli interventi terapeutici ed assistenziali, identificare precocemente modificazioni dello stato di salute e individuare i primi segni di evoluzione verso la fragilità.

Varie e diversificate sono le funzioni attribuite alle UVM, che possono comprendere:

- la valutazione multiprofessionale e multidimensionale che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse, in termini di personale e di servizi;
- l'approvazione di programmi di massima o di progetti di vita delle persone non autosufficienti al fine di mantenere le loro capacità residue;

- l'individuazione dell'operatore referente del progetto per la persona, per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni (IFEC case manager)
- l'individuazione delle risposte ai bisogni mediante la definizione dell'accesso al sistema integrato dei servizi che richiedono un coordinamento inter-istituzionale ed una integrazione delle risorse;
- il monitoraggio e verifica dei risultati dei singoli progetti approvati, nonché la rivalutazione per gli utenti che ne hanno necessità.

Sono componenti necessari della UVM: il Medico di famiglia e/o il Pediatra di Libera Scelta, l'IFEC case manager, l'Assistente Sociale del Comune di residenza. Partecipano inoltre, al bisogno e su richiesta del case manager, professionisti che, con le proprie conoscenze sul caso, possono contribuire alla migliore soluzione del problema.

Per compiere la valutazione del bisogno si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati. Tra i diversi strumenti utilizzabili si richiamano quelli che consentono, ai fini della misurazione della non autosufficienza, l'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psico-fisica: autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali e di un asse collegato alle caratteristiche sociali: supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria.

### **INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE SU CLUSTER DI PAZIENTI CRONICI**

Promuovere la cultura della salute e creare network tra pazienti, professionisti e comunità per aumentare nelle persone la consapevolezza delle loro scelte e fare in modo che la salute ed il benessere diventino stili di vita. Questi sono gli obiettivi più ambiziosi che bisogna porsi all'interno di una Casa della Comunità.

Le proposte che verranno organizzate nella struttura dovranno avere:

- a. un livello di informazione capillare sulla popolazione
- b. livello di informazione per il tramite delle associazioni di volontariato per patologia
- c. livello di informazioni tra "pari"
- d. informazione personalizzata attraverso inviti mirati sui pazienti frequent user delle strutture ambulatoriali

Importante è il coinvolgimento della rete sociale formale e informale sia nella costruzione delle iniziative che nella loro divulgazione.

Altri aspetti importanti sono l'attenzione agli indicatori di risultato e la loro misurazione e la documentazione delle iniziative per costruire una cultura diffusa dell'importanza

dell'empowerment alla cura del singolo soggetto per arrivare ad una comunità che si preoccupa si occupa del benessere dei soggetti che ne fanno parte.

Per ultimo le iniziative possono essere anche lo stimolo per la costituzione di gruppi che proseguono poi nel tempo grazie a "conduttori laici", individuati nei gruppi quali pazienti con spiccata leadership e stili di vita adeguati.

### **MONITORAGGIO TELEFONICO**

Il paziente viene contattato telefonicamente con la cadenza temporale individuata dal PAI e per verificarne l'aderenza al programma di controlli definito dal PAI, verificarne e sollecitarne la presa d'atto di eventuali indicazioni fornite dal medico specialista, l'aderenza al piano terapeutico prescritto e l'aderenza agli stili di vita concordati.

### **MONITORAGGIO IN TELEMEDICINA**

Molte ASST così come le Cure Primarie hanno avuto una forte spinta all'utilizzo della telemedicina per il monitoraggio dei pazienti Covid a domicilio e per il controllo dei pazienti cronici stabili che a causa della restrizione non potevano accedere alle visite di controllo.

Le donazioni ricevute hanno permesso l'acquisto di devices e di una piattaforma informatica per la visualizzazione dei parametri registrati e per la refertazione dei monitoraggi effettuati.

Questo ha permesso a ciascuna realtà di monitorare in telemedicina pazienti che erano in isolamento perché affetti da Covid evitando accessi impropri al Pronto soccorso e assicurando ai pazienti sicurezza e garanzia di percorsi in urgenza qualora le condizioni cliniche lo rendessero necessario.

Le proposte implementabili nella Casa di Comunità sono le seguenti:

- Monitoraggio in telemedicina di pazienti cronici stabili su invio del MMG e/o dello specialista ambulatoriale a cura dello specialista (visite di controllo) e dell'infermiere di famiglia (monitoraggio parametri);
- Gestione del paziente con patologia reumatologica stabilizzato e in remissione che necessita di proseguire la gestione della cronicità sul territorio, attraverso: la sorveglianza clinica, l'educazione sulla malattia, la riabilitazione, il supporto psicologico (ed eventualmente psicosociale) ed il coinvolgimento attivo nella gestione della propria malattia.
- Gestione dei pazienti pediatrici in dimissione dai reparti che necessitano di monitoraggio post dimissione in collaborazione con il reparto, PIS e infermiere di famiglia;

- Gestione dei pazienti diabetici per visite di controllo in remoto e misurazione parametri
- Gestioni di pazienti dimessi in seguito a ricovero per intervento chirurgico.

Di seguito viene esemplificato un breve focus sul percorso sperimentale di telemedicina in pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia toracica di exeresi polmonare:

TIMING	RESPONSABILITA'	ATTIVITA'	NOTE
<b>T0</b> Identificazione paziente eleggibile	Medico del Reparto	Il Medico del reparto dimettente stabilisce se il paziente possa essere inserito nel percorso di Tele-monitoraggio, quindi necessità del Kit di formazione per Tele-monitoraggio e raccolta consenso informato del paziente	Raccolta consenso informato
<b>T1</b> Definizione piano di monitoraggio	Medico del Reparto	Il piano di monitoraggio e di monitoraggio avviene una volta al giorno al mattino verso le 9 salvo diversa indicazione medica.	Applicazione Nuvola.it Home Doctor
<b>T2</b> Segnalazione del paziente all'infermiere di famiglia	Medico o infermiere del Reparto	Il Care Manager del Reparto invia scheda di segnalazione per mail per l'attivazione del telemonitoraggio indicante la data di dimissione all'IFeC di riferimento in base alla residenza del paziente	Attivazione dell'IFeC Scheda
<b>T3</b> Presentazione dell'IFeC	IFeC	L'IFeC programma la visita in ospedale per conoscere il paziente e reperire le relative informazioni cliniche	Presenza in carico da parte dell'IFeC e programmazione visita domiciliare
<b>T4</b> Consegna KIT e addestramento paziente	Personale Chirurgia Toracica addetto e Personale SIA	Il Kit viene consegnato al paziente e all'eventuale caregiver familiare al momento della dimissione dal personale dedicato, che forma il paziente all'uso del Kit	Addestramento del Paziente e consegna Kit

<p><b>T5</b> Tele- monitoraggio</p>	<p>Care Manager e Personale Medico</p>	<p>Care Manager svolge l'attività di sorveglianza attiva controllando quotidianamente i parametri vitali inviati dal paziente mediante il Kit e contattandoli telefonicamente in caso di necessità</p> <p>Il periodo di monitoraggio di norma è di 10-14 giorni.</p>	<p>Applicazione Nuvola.it Home Doctor</p>
<p><b>T6</b> Visita domiciliare</p>	<p>IFeC</p>	<p>L'IFeC effettua visita domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I e VII giornata postdimissione salvo diverse necessità.</li> <li>- attività: Controlla la ferita chirurgica e medicazione.</li> <li>- segni e sintomi clinici e segnala al medico di reparto la situazione riscontrata.</li> <li>- valutazione scala del dolore (NRS)</li> <li>- monitora l'adeguata aderenza alla terapia.</li> <li>- fornisce le idonee indicazioni sanitarie.</li> <li>- registrazione quanto rilevato nell'apposito modulo (All.3 - Foglio) e lo invia in via telematica al Reparto. Una copia rimane a domicilio del paziente</li> <li>- eventuale prelievo ematico su indicazione medica</li> </ul>	<p>Monitoraggio domiciliare</p>
<p><b>T7</b> Visita di controllo ambulatoriale</p>	<p>Medico di Chirurgia Toracica</p>	<p>Il medico esegue la visita di controllo, fornisce ulteriori indicazioni e ritira il KIT</p>	<p>Referto ambulatoriale e ritiro del KIT</p>

### L'ACCESSO ALL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO

L'incremento della complessità assistenziale nelle condizioni di cronicità e fragilità obbliga a un ripensamento profondo e a una conseguente riprogettazione sia dei luoghi di cura, che dei modelli organizzativi e assistenziali in atto, favorendo una vera integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri e ridefinendo modelli di assistenza che prevedano da subito il coinvolgimento della persona e della famiglia in un'ottica di proattività, sviluppando l'empowerment dell'assistito.

La domanda di prestazioni infermieristiche è un bisogno prioritario a cui rispondere in un'ottica di assistenza territoriale integrata: con l'assistenza specialistica, domiciliare, ospedaliera e di base.

Gli ambulatori a conduzione esclusivamente infermieristica sono gestiti e organizzati da soli infermieri, competenti nel valutare, trattare o fornire consulenze o inviare il cittadino ad altri specialisti quando necessario. Le prestazioni erogate in questi ambulatori riguardano la valutazione ed il monitoraggio dello stato di salute del paziente, la consulenza fornita riguardo alle modifiche dello stile di vita e alla corretta somministrazione della terapia.

Gli Ambulatori Infermieristici Territoriali possono rappresentare un nodo significativo del sistema delle cure primarie/infermieristica di comunità. Attraverso gli IFeC operanti negli ambulatori infermieristici delle case della Comunità è possibile effettuare, in correlazione con i MMG, il monitoraggio dei fattori di rischio, l'informazione e l'educazione sanitaria, l'orientamento all'utilizzo appropriato e razionale dei servizi sanitari, socio sanitari e assistenziali offerti, il follow up e infine anche erogare direttamente variegate risposte sanitarie di prossimità. Questo setting assistenziale si propone pertanto come uno dei luoghi privilegiati per lo sviluppo di un approccio di iniziativa "proattivo", tendente a superare il modello basato sull'attesa.

Negli Ambulatori Infermieristici Territoriali deve essere privilegiata la "presa in carico" dei fruitori del servizio, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi. Gli IFeC che operano negli ambulatori infermieristici partecipano e si integrano nei processi e nei percorsi territoriali e collaborano all'effettuazione della VMD e alla stesura del PAI e alle rivalutazioni periodiche.

L'applicazione di tale modello permette di:

- ✓ soddisfare le necessità sanitarie dell'utenza attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi;
- ✓ migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria
- ✓ assicurare la continuità assistenziale;
- ✓ dare risposte integrate ai pazienti cronici ed ai fragili;

- ✓ assolvere alla funzione dell'infermieristica in ambito comunitario, integrandosi nei processi assistenziali territoriali all'interno della Casa della Comunità; promuovere nelle persone processi di autocura e automonitoraggio;
- ✓ collaborare ai processi di empowerment del cittadino o dei familiari o dei caregivers.

### L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Per quanto concerne l'area d'intervento domiciliare, questa è distinta in due aree distinte ed ancora raramente integrate. Per promuovere la loro integrazione sarà fondamentale lavorare, anche attraverso l'istituto delle dimissioni protette e la potestà regolamentare degli Enti Locali, all'individuazione di protocolli di collaborazione che, oltre ad avere come focus la tempestività degli interventi, strutturino una presa in carico congiunta dei cittadini. E' proprio verso una sempre maggiore integrazione dei due servizi che è necessario tendere, per erogare in modo congiunto prestazioni sociali e sanitarie.

Il Servizio di **Assistenza domiciliare Integrata (ADI)** eroga interventi integrati di natura socio-sanitaria di tipo infermieristico, riabilitativo e sociosanitario al domicilio di pazienti in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, che presentano adeguato supporto della rete familiare o informale e idonee condizioni abitative. Persegue prioritariamente l'obiettivo di mantenere il più possibile le persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti nel proprio ambiente domestico, in accordo con le scelte delle persone e/o dei familiari di riferimento, valorizzando le risorse presenti e cercando di evitare il ricovero durante le fasi non acute.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare rappresenta uno dei principali ambiti di intervento indicati nel PNRR, con l'obiettivo di raggiungere il 10% della popolazione over 65 anni entro la metà del 2026, rispetto al 6,2 % del 2019.

Il **Servizio di Assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)** è un servizio comunale indirizzato verso cittadini che per il loro grado di non autosufficienza o di ridotta autosufficienza fisica o per scarsa capacità organizzativa rispetto alla gestione della casa, o per la loro situazione di solitudine e isolamento anche psicologico, avrebbero difficoltà a rimanere nel loro nucleo familiare o abitativo senza aiuto. Nella pratica è rivolto principalmente verso gli anziani, e in misura minore anche a

famiglie con disabili, minori o adulti in condizioni di particolari di fragilità e/o criticità. Attraverso il SAD vengono erogate prestazioni di cura della persona e di aiuto domestico, anche in forma integrata con le prestazioni domiciliari sanitarie.

## **8. PERCORSI FORMATIVI E INFORMATIVI**

Il percorso formativo dovrà prevedere lo sviluppo da un lato delle capacità manageriali necessarie a nuovi assetti organizzativi di governance del sistema che passa da una logica di erogazione di servizi ad una logica di benessere della Comunità.

Sebbene gli IFEC hanno già partecipato ad un corso formativo regionale e hanno già svolto un tirocinio presso le unità operative territoriali, in considerazione del fatto che tutti i professionisti devono acquisire sia le necessarie competenze professionali al lavoro territoriale e in particolare a domicilio oltre che la capacità di lavorare in team multiprofessionali, sarà opportuno implementare un percorso formativo che, oltre a favorire lo sviluppo delle competenze necessarie per l'adozione di un approccio proattivo e partecipato, sviluppi la fidelizzazione verso questo innovativo luogo di lavoro e la definizione di un'identità nuova che superi le storiche divisioni tra sanitario e sociale.

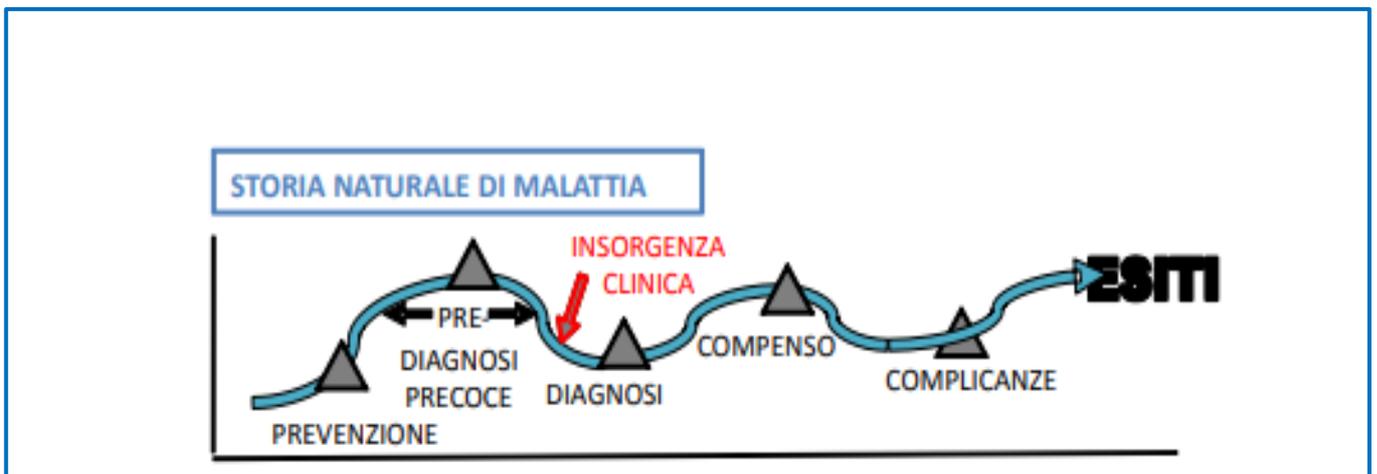
Il percorso formativo rivolto ai professionisti sarà inoltre l'occasione per conoscere, approfondire ed eventualmente integrare i protocolli operativi di collaborazione oltre che a contribuire alla fidelizzazione degli operatori alla struttura e alla costruzione dell'identità specifica della Casa della Comunità.

Parallelamente a questi percorsi, sarà opportuno sviluppare anche eventi informativi sia rivolti alla cittadinanza (per favorire la conoscenza di questa nuova struttura del SSR), sia rivolti alle Istituzioni pubbliche e private che possono contribuire a promuovere la maggiore tempestività degli interventi quali ad esempio gli Enti del Terzo Settore (per favorire lo sviluppo di opportunità di coinvolgimento della comunità), il Tribunale ordinario di competenza (per individuare prassi di collaborazione per la tempestiva nomina dell'amministratore di sostegno), i patronati e le parrocchie (per potenziare i nodi della rete di sostegno e di protezione della cittadinanza).

## **9. MONITORAGGIO ATTIVITÀ DI PRESA IN CARICO**

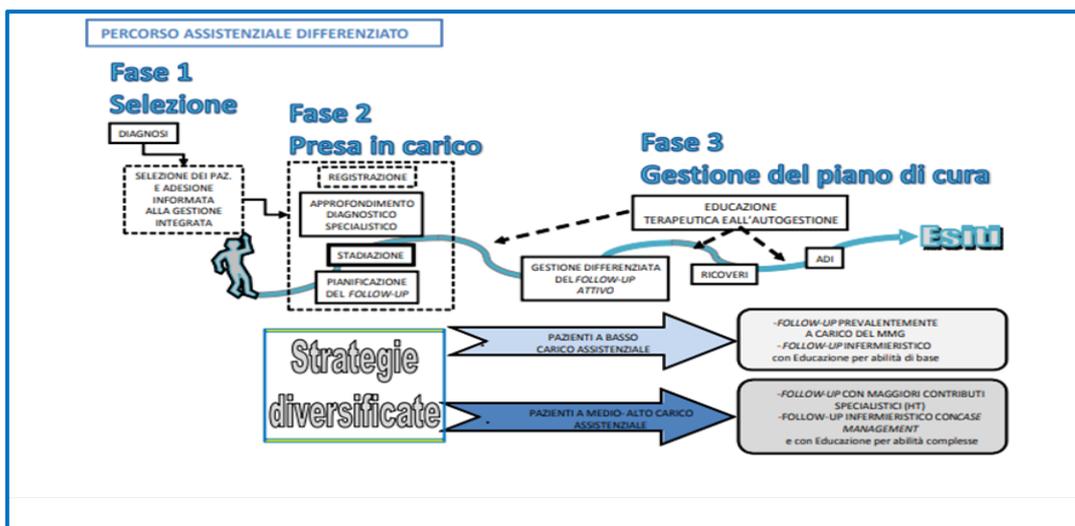
La Casa della Comunità, al fine di perseguire un'azione indirizzata al continuo miglioramento dei servizi erogate, deve dotarsi di strumenti di monitoraggio/ controllo che riguarda tutte le diverse fasi delle azioni realizzate per la presa in carico degli assistiti afferenti al proprio bacino d'utenza. Il Piano Nazionale Cronicità individua la "storia naturale" di malattia come *".. il binario-guida della programmazione degli interventi perché è grazie alla sua conoscenza che si è in grado di avere nozione degli snodi più critici nella gestione della patologia stessa:"*

**Figura tratta dal Piano Nazionale della Cronicità -2106 -Storia naturale di malattia**



Il "Percorso Assistenziale" rappresenta, quindi, lo strumento di traduzione della storia naturale di malattia e dei suoi snodi critici in una prassi assistenziale.

**Figura tratta dal Piano Nazionale della Cronicità -2106 -percorso assistenziale**



Al fine di implementare un'ottica virtuosa di governo della presa in carico, è necessario definire dei meccanismi di monitoraggio per ciascun nodo del percorso assistenziale.

Di seguito, si individuano alcuni indicatori che consentono il governo dei servizi proposti da una casa della Comunità, suddivisi per fasi e nodi dei diversi percorsi assistenziali.

#### ATTIVITA' COT - FUNZIONAMENTO DEL CALL CENTER E RACCORDO CON CDC

TIPOLOGIA	descrizione	significato
<b>Controllo</b>	Numero chiamate in entrata in una unità di tempo  N° chiamate in entrata/ ore lavorate  Unità di tempo: giornaliera, settimanale, mensile, annuale	L'indicatore identifica il numero delle chiamate da parte degli assistiti e rappresenta la conoscenza da parte degli assistiti della presenza di un nuovo servizio
<b>Controllo</b>	N° schede di segnalazione di bisogno (totale e per tipologia di attore segnalante) in una unità di tempo per una specifica area geografica.  Unità di tempo: mensile, annuale.  Riferimento geografico: bacino di utenza del Distretto, delle case di Comunità afferenti al distretto	L'indicatore identifica il numero delle segnalazioni di bisogni socio-assistenziali di ciascun attore coinvolto dalla CDC per la presa in carico di assistiti fragili. Consente una valutazione del grado di collaborazione degli attori coinvolti dalla Casa di Comunità o dal Distretto
<b>Controllo</b>	N° schede segnalate prese in carico dalla CDC in una unità di tempo	L'indicatore identifica la capacità di risposta

	<p>N° schede segnalate prese in carico dalla CDC/ ore lavorate per unità di tempo</p> <p>Unità di tempo: mensile, annuale.</p>	<p>della CDC ad una segnalazione del bisogno</p>
<b>Controllo</b>	<p>Tempo medio tra la segnalazione del bisogno e la presa in carico dei casi da parte della CDC in una unità di tempo</p> $\frac{\sum_{n=1}^{n \text{ tot}} (\text{date diff}("g", \text{data presa in carico}, \text{data segnalazione}))}{\text{numero segnalazioni}}$ <p>Unità di tempo: mensile, annuale.</p>	<p>L'indicatore identifica la tempestività con cui le UVM della CDC rispondono ai bisogni segnalati</p>
<b>Controllo</b>	<p>Tempo medio tra la segnalazione e l'avvio dell'erogazione dei servizi individuati dalla UVM in una unità di tempo.</p> <p>Questo è suddiviso per tipologie di assistenza e dei diversi setting assistenziali richiesti.</p> $\frac{\sum_{n=1}^{n \text{ tot segnalazioni per setting}} (\text{date diff}("g", \text{data presa in carico}, \text{data segnalazione}))}{\text{numero segnalazioni raggruppata per setting assistenziale}}$	<p>L'indicatore identifica il tempo medio di attesa di un assistito dal momento dell'espressione del bisogno al momento dell'avvio dell'erogazione dei servizi.</p> <p>Questo indicatore, in un'ottica di proattività deve tendere a valori minimi.</p> <p>La capacità di una CDC è quella di individuare eventi sentinella che consentono di individuare i bisogni prima ancora che l'assistito o i famigliari ne prendano coscienza.</p>

#### ATTIVITA' COT - MONITORAGGIO SERVIZI DI TELEMEDICINA/TELEMONITORAGGIO

<b>Controllo</b>	N° Postazioni di telemedicina previste	Valore che misura la capacità di programmare infrastrutture per erogare servizi
<b>Controllo</b>	N° Postazioni di telemedicina previste / N° Postazioni di telemedicina attive	L'indicatore misura la capacità di attuare le infrastrutture programmate
<b>Controllo</b>	Ore di attività di telemedicina previste	Segnalatore che misura la capacità di programmare

<b>Controllo</b>	Ore di attività di telemedicina effettive / Ore di attività di telemedicina previste	L'indicatore misura la produttività del servizio di telemedicina
<b>Controllo</b>	Numero di chiamate uscenti in tele monitoraggio/ telemedicina totali per unità di tempo e per riferimento geografico  Unità di tempo: mensile, annuale.  Riferimento geografico: bacino di utenza del Distretto, delle case di Comunità afferenti al distretto	L'indicatore misura la produttività
<b>Controllo</b>	Numero di chiamate uscenti con risposta in tele monitoraggio telemedicina per 100.000 abitanti nell'unità di tempo e per riferimento geografico  Unità di tempo: mensile, annuale. Riferimento geografico: bacino di utenza del Distretto, delle case di Comunità afferenti al distretto	L'indicatore misura la produttività
<b>Monitoraggio</b>	Numero di chiamate uscenti gestite dalla COT con esito "collegamento con struttura specialistica di riferimento" per unità di tempo. Unità di tempo: mensile, annuale.	L'indicatore la capacità della COT di garantire la continuità assistenziale con strutture specialistiche di riferimento.
<b>Monitoraggio</b>	Numero di persone prese in carico dal servizio di telemedicina o di telemonitoraggio, stratificate per patologia e/o fragilità afferenti, dalla COT, dalla CDC e dai singoli MMG	Analisi descrittiva necessaria alla organizzazione di servizi adeguati
<b>Controllo</b>	Numero di persone prese in carico dal servizio di telemedicina o di telemonitoraggio, stratificate per patologia e/o fragilità afferenti, dalla COT, dalla CDC e dai singoli MMG per unità di tempo	L'indicatore misura la produttività
<b>Monitoraggio</b>	Numero di chiamate di monitoraggio con esito 'attivazione del Servizio Emergenza Territoriale 118' * 100.000 abitanti nell'unità di tempo. Unità di tempo: mensile, annuale	Viene monitorata la natura dell'utilizzo del servizio richiesto e la capacità di risposta e di raccordo con gli attori della rete territoriale
<b>Monitoraggio</b>	Numero di chiamate di monitoraggio con esito 'attivazione di altro servizio ASL' * 100.000 abitanti nell'unità di tempo	Viene monitorata la natura dell'utilizzo del servizio richiesto e la capacità di

	Unità di tempo: mensile, annuale	risposta e di raccordo con gli attori della rete territoriale
<b>Monitoraggio</b>	Numero di chiamate di monitoraggio con esito 'attivazione di servizi sociali ' * 100.000 abitanti nell'unità di tempo.  Unità di tempo: mensile, annuale	Viene monitorata la natura dell'utilizzo del servizio richiesto e la capacità di risposta e di raccordo con gli attori della rete territoriale

#### ATTIVITA' CDC – MONITORAGGIO ATTIVITÀ EROGATE

<b>Monitoraggio</b>	N dei bisogni segnalati per tipologia di segnalatore (MMG, Assistente sociale, PS ect...) nell'unità di tempo. Unità di tempo: mensile, annuale	Viene monitorato l'utilizzo del servizio da parte degli operatori che collaborano nella rete territoriale.
<b>Controllo</b>	Numero di persone prese in carico sul totale delle persone affette da patologie croniche afferenti al bacino di utenza dell'area geografica in considerazione per una unità di tempo. Unità di tempo: mensile, annuale.  Area geografica: popolazione afferente alla Casa di Comunità, di AFT , MMG	L'indicatore misura la capacità di prendere in carico le persone affette da patologie croniche e/o fragili
<b>Controllo</b>	Tempo medio di risposta tra la data segnalazione della COT e la valutazione dell'UVM nell'unità di tempo.  Unità di tempo: mensile, annuale.	L'indicatore misura la capacità di risposta alla manifestazione del bisogno
<b>Controllo</b>	Tempo medio di risposta data segnalazione della COT e la data di erogazione dei servizi in una unità di tempo.  Unità di tempo: mensile, annuale.	L'indicatore misura la capacità di risposta al bisogno
<b>Controllo</b>	N persone con cambio setting assistenziale / totale persone prese in carico nell'unità di tempo per area geografica.  Unità di tempo: mensile, annuale.  Area geografica: popolazione afferente alla Casa di Comunità , di AFT , MMG	L'indicatore misura la capacità di individuazione dell'evoluzione della patologia
<b>Monitoraggio</b>	Numero di persone prese in carico dagli ambulatori infermieristici, stratificati per	L'indicatore misura i volumi di attività degli ambulatori infermieristici

	tipologia di prestazione erogabile nell'unità di tempo –  Unità di tempo: ore lavorate per mese, ore lavorate per anno	
<b>Monitoraggio</b>	Numero di persone prese in carico con prestazioni effettuate da MMG nella casa di comunità, stratificati per tipologia di prestazione, nell'unità di tempo – ore lavorate.  Unità di tempo: ore lavorate per mese, ore lavorate per anno	L'indicatore misura i volumi di attività degli ambulatori di MMG nella CDC
<b>Controllo</b>	Numero di prestazioni infermieristiche erogate in una unità di tempo, suddivise per tipologia nell'unità di tempo  Unità di tempo: ore per mese, ore per anno	L'indicatore misura l'attività degli ambulatori infermieristici
<b>Controllo</b>	N prestazioni medicina generale erogate (es. PAI, follow up, revisione PAI, piani terapeutici) in una unità di tempo.  Unità di tempo: ore per mese, ore per anno	L'indicatore misura l'attività degli MMG presso la CDC

#### **ATTIVITA' CDC - MONITORAGGIO PAZIENTE PRESO IN CARICO**

<b>Processo</b>	N. persone con patologie croniche e/o fragilità prese in carico (con PAI) / N. complessive di persone con patologie croniche stratificate per patologia principale e livelli di complessità/fragilità afferenti all'ambito geografico preso in considerazione nell'unità di tempo.  Unità di tempo: mensile, annuale.  Area geografica: popolazione afferente alla Casa di Comunità	L'indicatore misura la capacità della CDC di prendere in carico le persone affette da patologie croniche afferente al proprio bacino d'utenza.
<b>Processo</b>	N. persone con patologie croniche e/o fragilità prese in carico con PAI integrato con prestazioni sociosanitarie) / N. complessive di persone con patologie croniche stratificate per patologia principale e livelli di complessità/fragilità afferenti all'ambito geografico preso in considerazione nell'unità di tempo, nell'unità di tempo.  Unità di tempo: mensile, annuale.	L'indicatore misura il numero di assistiti con bisogni sociosanitari rispetto al numero complessivo di assistiti cronici presi in carico.

	Area geografica: popolazione afferente alla Casa di Comunità	
<b>Processo</b>	N. persone con patologia cronica (ipertensione, diabete, BPCO) prese in carico dalla CDC, che hanno prestazioni erogate con telemedicina/ totale delle persone con patologie croniche prese in carico dalla CDC nell'unità di tempo.  Unità di tempo: mensile, annuale.  Area geografica: popolazione afferente alla Casa di Comunità	L'indicatore misura l'erogazione delle prestazioni in telemedicina
<b>Processo</b>	N persone prese in carico dalla CDC con PAI provvisto di prestazioni infermieristiche nella CDC/totale delle persone prese in carico dalla CDC	L'indicatore misura l'integrazione della presa in carico con le attività erogate nella Casa di Comunità
<b>Monitoraggio</b>	Percentuale dei PAI modificati. N. persone prese in carico con PAI modificato sul totale delle persone prese in carico nell'unità di tempo.  Unità di tempo: mensile, annuale.	L'indicatore misura la percentuale dei PAI soggetti a revisione
<b>Controllo</b>	Indice di aderenza ambulatoriale al PAI.  N. persone prese in carico con aderenza PAI specialistica ambulatoriale [prestazioni erogate su prestazioni programmate] / totale persone prese in carico dalla CDC  Livello di analisi: raggruppato per classi di patologia principale, CDC. Unità di tempo: annuale	L'indice misura la proporzione tra le prestazioni di specialistica ambulatoriale programmate e quelle che sono state effettivamente erogate
<b>Monitoraggio</b>	Indice di aderenza con prestazioni presso ambulatorio infermieristico CDC  N persone in carico con aderenza ambulatorio infermieristico [prestazioni erogate su prestazioni programmate] /totale persone prese in carico con PAI nel quale è presente la prestazione infermieristica erogata nella CDC  Livello di analisi: raggruppato per classi di patologia principale, CDC, AFT.	L'indice misura la proporzione tra effettuate presso ambulatorio infermieristico della CDC rispetto a quelle programmate con il PAI

	Unità di tempo: annuale	
<b>Monitoraggio</b>	<p>Indice di continuità terapeutica</p> <p>Numero di persone prese in carico persistenti nella terapia cronica prevista dal PAI (almeno un giorno di copertura nel primo semestre e una nel secondo semestre) / Numero di persone prese in carico con programmazione di terapia farmacologica 12 mesi</p> <p>Livello di analisi: raggruppato per classi di patologia principale, CDC.</p> <p>Unità di tempo: annuale</p>	L'indice misura la continuità di erogazione (persistenza) di un farmaco
<b>Monitoraggio</b>	<p>Indice di aderenza terapeutica</p> <p>N persone prese in carico con aderenza nella terapia cronica prescritta nel PAI/Numero di persone prese in carico con persistenza nella terapia farmacologia *100 (unità di misura DDD)</p> <p>Livello di analisi: raggruppato per classi di patologia principale, CDC.</p> <p>Unità di tempo: annuale</p>	L'indice misura l'effettiva erogazione di quantità di farmaco sufficienti ad una copertura continua della terapia
<b>Monitoraggio</b>	<p>Volumi di attività della casa di Comunità</p> <p>N prestazioni erogate da medici specialisti nella casa di comunità o in telemedicina</p>	Gli indicatori descrivono l'attività erogativa della Casa di Comunità

#### INDICATORI DI RELATIVI ALL'ANALISI DELLA QUALITA' PERCEPITA DALLE PERSONE PRESE IN CARICO

<b>Livello di gradimento da parte dei pazienti presi in carico</b>	<p>Somministrazione di un questionario inerente alla percezione dell'assistito in relazione alla presa in carico nell'unità di tempo</p> <p>Unità di tempo: annuale</p>	
<b>Livello di funzionamento dei servizi erogati</b>	<p>Somministrazione di un questionario inerente alla qualità percepita dalla persona presa in carico in</p>	

	<p>merito ai servizi erogati dalla CDC nell'unità di tempo.</p> <p>Unità di tempo: annuale</p>	
--	--	--

## INDICATORI DI RISULTATO

<p><b>Monitoraggio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tassi di accesso in PS</li> <li>– Tassi di ricovero</li> <li>– Tasso ricovero in ospedale di comunità</li> <li>– Tasso ricovero in area sub cronica</li> <li>– Tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve termine nel diabete</li> <li>– Tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve termine nel diabete</li> <li>– Tasso di amputazione per diabete non controllato</li> <li>– Tasso di amputazione non traumatica degli arti inferiori in pazienti diabetici</li> <li>– Tasso ricoveri per riacutizzazione</li> </ul> <p>Livello di analisi: raggruppato per classi di patologia principale, ATS, CDC, AFT.</p> <p>Unità di tempo: annuale</p>	<p>Pool di indicatori che descrivono la variazione relativa del rischio di ricovero nella popolazione presa in carico rispetto a quella non presa in carico.</p>
<p><b>Monitoraggio/Controllo</b></p>	<p>Indice di spesa territoriale</p> <p>Spesa sanitaria e sociosanitaria totale osservata su spesa sanitaria e socio-sanitaria totale attesa</p> <p>confrontando la coorte presa in carico rispetto a quella non presa in carico, al netto di</p>	<p>L'indicatore misura la neutralità totale della spesa sanitaria, nell'ipotesi che vi possano essere transizioni di spesa tra i diversi ambiti sanitari e/o sociosanitari per rispondere ai bisogni individuali degli assistiti presi in carico</p>

	differenze dovute a sesso, età, patologia Unità di tempo: annuale	
--	---	--

## 10.CRITICITA'

In un intervallo di tempo di breve/medio periodo, il progetto non presenta problemi relativamente alle risorse in quanto le Case della Comunità per gli aspetti logistici sono finanziate dal PNNR, gli infermieri di famiglia hanno avuto apposito finanziamento e in quasi tutte le ASST sono già stati individuati e sono già operativi, mentre la piattaforma informatica è allo studio di Regione e trova appositi finanziamenti sia a livello ministeriale che di PNNR così come l'acquisto di devices e strumentazione della telemedicina. Volendo dare un respiro più a lungo termine sarà invece fondamentale individuare canali di finanziamento che interverranno alla conclusione del PNNR e che promuoveranno il potenziamento delle Case della Comunità nella prossima programmazione sociale zonale.

Le criticità più attuali nella realizzazione di una Casa della Comunità sono invece su altre aree:

- A livello culturale: il presidio del passaggio da una medicina d'attesa a una medicina d'iniziativa, la collaborazione tra Infermieri di famiglia e MMG e il ruolo della dirigenza infermieristica. I temi sopra esposti trovano infatti una condivisione "a parole" ma sul campo è necessario un percorso formativo a lungo termine, anche alla luce del ricambio generazionale in corso.
- Le risorse umane: ci sono enormi difficoltà nel reperire risorse mediche ed infermieristiche, nonostante le risorse economiche disponibili e c'è una forte spinta dell'Ordine degli infermieri a ricoprire ruoli dirigenziali unitamente a forte resistenza da parte dei medici.
- Livello normativo: la telemedicina non ha ancora precise indicazioni sulla remunerazione e ci sono ancora questioni legate al tema privacy, l'ambulatorio infermieristico non ha nei consueti flussi sanitari un percorso per la refertazione e remunerazione delle prestazioni e la presa in carico del cronico ha necessità di un PAI non solo sanitario ma attualmente a livello regionale non è previsto.
- Livello sistemi informativi: le piattaforme ora presenti non consentono interfaccia tra le informazioni sanitarie esistenti su portali diversi e questo complica e aumenta la resistenza all'approccio multidisciplinare. Il percorso di costruzione e implementazione

della Cartella sociale informatizzata utilizzabile dai Comuni e dagli Ambiti territoriali, sebbene avviato da Regione Lombardia prima dell'emergenza pandemica, ha inoltre subito un forte rallentamento da marzo 2020.

- Livello organizzativo: sarà necessario un grosso sforzo organizzativo per la costituzione delle Casa della Comunità, soprattutto su livello di funzionamento. Dovranno essere riviste le job description del personale ad oggi dedicato alla valutazione, all'ADI a gestione diretta e degli Infermieri di famiglia per creare percorsi virtuosi, evitare sovrapposizione di ruoli e di livelli di responsabilità.

## **11. RIFERIMENTI**

*D.P.C.M. 30/03/2001 ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328"*

*L'apprendimento situato, Dall'osservazione alla partecipazione attiva nei contesti sociali Lave J., Wenger E., ed. Erickson, 2006.*

*Legge Finanziaria 2007 (Legge n. 296 del 2006 - Art. 1, comma 806, lett. A)*

*Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007*

*ARIA SPA – AGENDA DIGITALE LOMBARDA - Linee Guida Cartella Sociale Informatizzata 11/11/2009*

*Legge Regionale n. 23 del 11/08/2015 ad oggetto "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"*

*DGR n° X/5648 del 03/10/2016 ad oggetto "Piano delle azioni regionali e delle linee guida per l'istituzione degli sportelli per l'assistenza familiare e dei registri degli assistenti familiari"*

*Dgr N° x/6164 del 30/01/2017 ad oggetto "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della L. R. 23/2015"*

*Deliberazione n° X/6551 del 04/05/2017 ad oggetto "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della Legge regionale n. 33/2009"*

*D.Lgs n° 117 del 03/07/2017 ad oggetto "Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106"*

*Accordo Stato-Regioni del 15/09/2016 sul Piano Nazionale delle Cronicità*

*Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo -Determinazione n°27 del 19 maggio 2017*

*D.Lgs n° 147 del 15/09/2017 ad oggetto "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà"*

*Deliberazione n° X / 7770 del 17/01/2018 ad oggetto "interventi di programmazione in materia di assistenza domiciliare integrata"*

*Deliberazione n° XI/2019 del 31/07/2019 ad oggetto "Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei PressT, dei POT e delle degenze di Comunità"*

*D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all'art. 7*

*Deliberazione n° XI/4563 del 19/04/2021 ad oggetto "Approvazione delle "Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2021 – 2023"*

*Deliberazione n° XI/5068 seduta del 22/07/2021 ad oggetto" Proposta di progetto di legge recante: "Modifiche al titolo i e al titolo vii della Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".*

*Requisiti autorizzazione e accreditamento per lo svolgimento delle Cure Domiciliari Rep. Atti 151/CSR del 4 agosto 2021.*

*Deliberazione n° XI/5181 Seduta del 06/09/2021 ad oggetto "Aggiornamento degli atti di indirizzo per le strutture ospedaliere e le unità d'offerta della rete territoriale in relazione alla emergenza pandemica da Covid-19 e ulteriori determinazioni".*

*DGR n. XI/5723 Seduta del 15 dicembre 2021 recante ad oggetto "Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6c1: reti di prossimità,*

*strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali”.*

*L.R. 14 dicembre 2021 n° 22 ad oggetto “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”*

*L. 30 dicembre 2021, n. 234 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”*

*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*

*D.M. n. 71 del 23/2/22 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale*

*Supplemento alla rivista semestrale MONITOR • 2022 – Le centrali Operative*