

# Osservatorio sui sistemi sanitari

Osservatorio sui sistemi sanitari

Le trasformazioni della sanità territoriale:

8 progetti a cura degli allievi del secondo Corso di perfezionamento in “Organizzazione e gestione della Case della comunità”

Nell'a.a. 2022/2023 si è svolta, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, la seconda edizione del corso di perfezionamento in “Organizzazione e gestione delle Case della comunità, nell'ambito del riordino della sanità territoriale”, diretto dal prof. Renato Balduzzi. Il corso è stato promosso in collaborazione con FedesantitàAnci, l'associazione “Prima la Comunità”, la Società italiana di diritto sanitario (SoDiS). Alla luce di questa positiva esperienza di formazione-ricerca, è stato attivato, presso il predetto Ateneo, un nuovo centro di ricerca dedicato a queste tematiche, denominato “LaboST – Laboratorio permanente sulla sanità territoriale”.

I 31 partecipanti al corso di perfezionamento hanno concluso il percorso formativo elaborando e discutendo 8 “project-works”, incentrati su rilevanti “sfide” poste dalla riorganizzazione dei servizi sanitari (e sociali) territoriali prevista dal PNRR. Si tratta di 8 proposte che, come per la passata edizione del corso, il LaboST ritiene interessante mettere a disposizione di studiosi e operatori, nella prospettiva di contribuire al dibattito che accompagna i cambiamenti in atto nel SSN italiano. Ringraziando, perciò, la Rivista *Corti Supreme e Salute* per la disponibilità a dare spazio a questa iniziativa, si riportano di seguito gli abstracts dei progetti, la cui versione integrale (licenziata dagli autori nel maggio 2023) si trova pubblicata sul sito della Rivista.

L'esperienza di formazione-ricerca avviata con il corso di perfezionamento proseguirà con una terza edizione, la cui partenza è prevista nel novembre 2023 (per maggiori informazioni, è possibile visitare la pagina web dedicata a questa iniziativa)

*LaboST – Laboratorio permanente sulla sanità territoriale*

*Corti supreme e salute 2022, 3*

ISSN 2611-8882

## Project-work n. 1

### Come valutare i modelli regionali di attuazione del DM 77/2022? Materiali e proposte per un confronto

#### ABSTRACT:

Il forte investimento orientato a sviluppare un'assistenza di prossimità e soprattutto di equità pone come rilevante la questione dei sistemi di valutazione, di sostenibilità e di efficacia che sono diventati l'obiettivo del presente lavoro.

Per perseguire tale obiettivo e impostare lo schema valutativo in modo coerente ed esaustivo, siamo partiti da una lettura del sistema a più direttrici:

1. la direttrice normativo-giuridica facendo sintesi tra i principi presenti nella legge istitutiva del SSN (L 833/1978) e i driver applicativi tradotti nel DM 77/2022;
2. la direttrice culturale orientata all'interpretazione dei contesti epidemiologici attuali e all'attuazione di modelli valutativi applicabili;
3. la direttrice valoriale, espressione del principio di equità;
4. la direttrice di sviluppo organizzativo, interpretata come lo sviluppo dei criteri e degli standard previsti nel DM 77 quali strumenti di cambiamento.

Le quattro direttrici sono state reinterpretate alla luce del tradizionale sistema di lettura della qualità di Donabedian struttura, processo, esito e orientate secondo un possibile target, un target valutativo di sistema per il quale abbiamo immaginato un framework di valutazione dell'assistenza territoriale e un target operativo orientato all'impatto della Casa della Comunità in modo da fornire ai responsabili della governance territoriale uno strumento utile per processi valutativi, di monitoraggio e di decision making.

Per dare contezza e attualità al sistema di indicatori abbiamo scelto di fare un'analisi dei sistemi ad oggi presenti e facilmente utilizzabili identificando per il presente lavoro le seguenti fonti prevalenti:

1. gli indicatori del nuovo sistema di garanzia (NSG)
2. gli indicatori del sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali (Network S. Anna di Pisa)
3. gli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE). L'elaborato propone quindi:
  1. un framework "italiano" di valutazione dell'assistenza territoriale;
  2. uno strumento applicativo di monitoraggio e valutazione del contesto organizzativo "casa della comunità" a livello distrettuale;
  3. uno strumento che misuri l'impatto della "casa della comunità" attraverso gli indicatori del nuovo sistema di garanzia.

Riteniamo che introdurre il valore della misurazione nei contesti territoriali sia un motore di efficacia ed efficienza, oltre a diventare uno strumento di trasparenza e garanzia nei confronti della comunità.

Autori: **Andrea Fiorano** (medico in specializzazione, IRCCS S. Martino; collaboratore ALISA), **Antonio Fortino** (dirigente AGENAS), **Michele Pescetelli** (responsabile cure primarie, distretto di Correggio, AUSL Reggio Emilia), **Laura Regattin** (direttore sociosanitario ARCS Udine), **Daniela Zanella** (direttore del distretto di Giaveno, ASL TO 3).

**Project-work n. 2****Il fascicolo sanitario elettronico come strumento di dialogo tra professionisti della salute per la presa in carico globale del paziente nel contesto del riordino della sanità territoriale****ABSTRACT:**

In un'ottica di riorganizzazione della medicina territoriale e di integrazione tra le figure sanitarie coinvolte per un'assistenza sempre più mirata e accurata del cittadino, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) potrebbe rappresentare un importante punto di incontro tra la medicina territoriale, specialistica e in certi casi anche in emergenza.

Si assiste, ormai da diversi anni, ad un progressivo invecchiamento della popolazione e di conseguenza ad un aumento delle fragilità economiche, sociali e di salute. Al tempo stesso, però, la maggiore diffusione di innovazioni tecnologiche, che tanto si sono rivelate utili durante la pandemia, e farmaceutiche tendono a compensare questo aumento di fragilità. Risulta evidente come sia sempre più necessaria un'assistenza mirata sul singolo individuo, sia in ambito sanitario che socioassistenziale. Nelle diverse regioni italiane, la necessità di assistenza viene valutata e stratificata in modo differente, sia sulla base dei bisogni di salute ma anche sulla base delle esigenze socioassistenziali, coinvolgendo numerose figure sanitarie e non, che integrano e coordinano il proprio operato per porre in essere la migliore assistenza possibile nei confronti del cittadino e costituendo pertanto un'equipe multiprofessionale.

Il DM 77/2022 definisce l'organizzazione della rete dei servizi territoriali in vari livelli, tra i quali figurano i distretti che comprendono le case della comunità, sia hub che spoke, cui fanno capo MMG, PLS, infermieri di famiglia, UCA, COT e ospedali di comunità e che assumono la funzione di garanzia per i servizi erogati.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è stato istituito con il D.L. 179 del 2012, unitamente alle piattaforme per la telemedicina, prevedendone la diffusione uniforme su tutto il territorio nazionale, in base a tre requisiti:

- Uniformità della trasmissione dei dati (standard sintattico)
- Comprensione univoca da parte dei fruitori (standard semantico)
- Utilizzo di codifiche che permettano di confrontare i dati

I sistemi di telemedicina, attraverso la Piattaforma Nazionale, permettono una semplificazione dell'accesso alle cure e una maggiore qualità delle stesse, secondo un principio di prossimità.

L'integrazione tra FSE e la telemedicina permette quindi di accedere agevolmente non solo a tutta la storia clinica del paziente, comprensiva di referti e documenti, ma anche di poter usufruire di prestazioni e servizi.

Ad oggi, il FSE Nazionale è ancora in fase preliminare, quindi molte regioni hanno istituito il Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale (FSER), pur con notevoli differenze nell'implementazione e nell'utilizzo.

Ad oggi sono molteplici le criticità, tra cui la parziale diffusione sul territorio nazionale, la carenza di sistemi di codifica omogenei, l'assenza di un'anagrafe unica nazionale degli assistiti, disomogeneità di utilizzo del FSE tra le regioni e criticità nella condivisione della documentazione intra ed extraregionale.

L'adozione del FSE nelle sue piene funzioni porterà numerosi vantaggi al cittadino in termini di semplificazione di accesso alle cure sul territorio nazionale, di cure mirate e tempestive, di eliminazione di ripetizioni di accertamenti già eseguiti e comportando una riduzione dei costi, un potenziamento della ricerca dovuto alla disponibilità dei dati già schematizzati, una miglior stratificazione della popolazione, una programmazione sanitaria mirata e di conseguenza un miglioramento della qualità di vita dei cittadini.

Partendo da queste premesse e dall'esperienza sul campo degli autori si è cercato di proporre un sistema volto ad integrare i diversi attori responsabili della presa in carico del cittadino nel suo complesso, non solo sanitario ma anche sociale e assistenziale. In questa ottica si ritiene che la Casa della Comunità, come previsto dal PNRR e dal DM 77, debba essere non più solamente un punto di riferimento fisico per il paziente e per i diversi operatori, ma anche un nodo nevralgico della rete territoriale dal punto di vista digitale. In questo lavoro il FSE e la Casa della Comunità rappresentano il luogo di incontro digitale tra tutte le figure coinvolte nei percorsi terapeutici e assistenziali del paziente secondo le Linee Guida emanate da AgeNaS. Il FSE diventa il punto di raccolta dei dati e di diffusione degli stessi in base alle differenti esigenze dell'operatore che ne fruisce. La struttura e le modalità di azione dei diversi operatori necessitano di differenti cartelle cliniche, basti pensare alla differenza che c'è tra un Medico di Medicina Generale e un Medico di Emergenza Territoriale. Le necessita di questi due operatori per erogare le loro prestazioni sono completamente diverse e devono prevedere quindi cartelle differenti, ma allo stesso tempo i dati che registrano devono essere condivisi e consultabili da entrambi.

Nella valutazione della funzionalità del fascicolo sanitario elettronico, assume un ruolo di centralità la Casa della Comunità sia in termini di gestione del fascicolo stesso sia nel suo ruolo di assistenza e supporto al cittadino, nella gestione delle terapie, valutazione della compliance alle stesse con particolare beneficio per i pazienti affetti da più patologie croniche che pertanto necessitano di maggiore attenzione nelle scelte terapeutiche.

La realizzazione di questo progetto richiede il superamento di alcune criticità attualmente presenti quali:

- L'impossibilità di comunicazione tra FSER e FSEN
- Notevole sforzo richiesto agli operatori deputati all'inserimento dei dati
- Codifica digitale univoca che consenta l'uniforme fruizione dei contenuti inseriti

Da quanto finora espresso risulta evidente come il sistema proposto garantirebbe un'assistenza migliore per il cittadino e un'agevolazione per gli operatori coinvolti, renderebbe più agevole la trasmissione e la fruizione dei dati anche in condizioni di emergenza in cui spesso non è disponibile documentazione o collaborazione da parte del paziente e dei familiari. Permetterebbe inoltre di ridurre i costi per prestazioni non necessarie o già eseguite riducendo di conseguenza i tempi di risposta alle necessità dei cittadini.

Le criticità di tale progetto potrebbero essere individuabili nella necessità: di tutela della privacy che andrebbe normata a monte e il cui consenso andrebbe acquisito in fase di creazione del FSE del singolo paziente; di elaborazione di sistemi di difesa in termini di cyber sicurezza; di capillarizzazione della rete internet estesa anche alle aree più remote

in cui spesso il segnale internet è scarso o totalmente assente. Andrebbe inoltre esteso l'inserimento dei dati ai professionisti afferenti al servizio privato accreditato, essendo questi sempre più numerosi e presenti nei percorsi di salute dei cittadini.

Sebbene sia ancora lunga la strada da percorrere, risulta evidente come la rete di assistenza capillare come quella attuale debba evolvere ed essere integrata da un ampliamento verso il digitale in modo da offrire la migliore assistenza possibile.

**Autori: Maria Francesca Altimari, Pietro Benini ed Edoardo Bruno Vicenzi** (MMG nella ULSS Scaligera) **Matteo Turco** (MMG nella ULSS Euganea), **Valeria Ficara e Sabrina Sessa** (medico 118 e MMG nell'ASP di Siracusa).

### Project-work n. 3

## La riorganizzazione della medicina generale nel quadro del D.M. 77/2022 e del nuovo Accordo collettivo nazionale

#### ABSTRACT:

L'obiettivo del presente lavoro è quello di analizzare le forme di riorganizzazione e gli spazi di azione possibili per la Medicina Generale all'interno del contesto di riforma della sanità territoriale, così come previsto dai nuovi standard del D.M. 77/2022. Nel perseguire tale finalità vengono considerati gli aspetti contrattuali che regolamentano l'attività dei Medici di Medicina Generale come "terminale territoriale" del Sistema Sanitario Nazionale e le possibilità date dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente - triennio 2016-2018; ACN che, lo ricordiamo, recepisce in larga misura le previsioni della Legge 189/2012, specie in termini di integrazione professionale e lavoro d'equipe, anche mediante l'associazionismo, superando la figura dei professionisti operanti come soggetti singoli avulsi dal sistema delle cure, non più coerente e al passo con i tempi. Nell'analizzare e proporre modelli sostenibili di sanità territoriale si tiene però conto di alcuni limiti che ostacolano la realizzazione di vecchi e nuovi progetti virtuosi per le cure primarie, in particolar modo la discrepanza tra le ingenti risorse economiche destinate alla realizzazione di infrastrutture rispetto alla scarsità degli investimenti nella componente umana e professionale operante nel SSN. Qualsiasi tentativo di riforma della risposta sanitaria pubblica non può prescindere da logiche di attrattività, non solo economica, che regolano gli ambiti professionali. Una grande occasione per rinnovare ed efficientare le risposte di salute della Medicina Generale può essere data dalla corretta declinazione del Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, sfruttando quella sorta di principio dei vasi comunicanti che il ruolo unico introduce puntando a rivedere e in qualche modo superare la settorializzazione stagna dei comparti al fine di implementare le cure di prossimità. In quest'ottica proponiamo di impiegare i Medici a quota oraria nelle AFT per prestazioni non urgenti ma neppure differibili mentre il Medico a quota capitaria si occupa di cronicità e medicina preventiva. E' necessario inoltre considerare per una buona riuscita della riforma territoriale la valorizzazione del titolo di MMG e la sua formazione continua, la de-burocratizzazione per lasciare maggiore tempo all'attività clinica e la valorizzazione dell'attività lavorativa del MMG inserito in rete con la rispettiva AFT e operante, laddove possibile, nelle Case di Comunità Hub e Spoke. Lo sviluppo tecnologico e la facilità di accesso alla telemedicina, a partire dalle Case di Comunità, è il nodo cruciale per garantire una sempre maggiore prossimità e domiciliarità.

Autori: **Simona Autunnali** e **Valerio Calabrese** (MMG nell'ASP di Palermo), **Riccardo Colloca** (coordinatore continuità assistenziale, Pordenone), **Federico Di Renzo** (MMG nell'ASR del Molise), **Matteo Picerna** (MMG, Trieste).

**Project-work n. 4****ASL di Alessandria: una popolazione dispersa tra città, pianure e montagne. Criticità e possibili opportunità nell'attuazione del DM 77****ABSTRACT:**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nel contesto del programma Next Generation EU, prevede, alla Missione 6 C1, la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture ad essa deputate. L'obiettivo è quello di perseguire una nuova strategia sanitaria sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale ed 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 secondo un approccio one health e con una visione olistica («Planetary Health»). Il successivo Decreto Ministeriale 77/2022 ha definito i modelli organizzativi, gli standard e le principali tematiche necessarie al potenziamento dell'assistenza territoriale in attuazione a quanto previsto dal PNRR.

L'Azienda Sanitaria Locale di Alessandria (ASLAL) è una delle 11 Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, assiste 430.000 abitanti suddivisi su 4 distretti comprendenti 195 comuni con caratteristiche sociodemografiche e orografiche molto diverse. Il Distretto di Alessandria, con caratteristiche e problematiche principalmente urbane, e gli altri tre Distretti (Novi Ligure-Tortona; Acqui Terme-Ovada; Casale Monferrato) caratterizzati da un centro urbano di almeno 20.000 abitanti e una popolazione dispersa su un territorio prevalentemente collinare e montano con le conseguenti difficoltà di accesso alle cure.

In questo lavoro abbiamo descritto e studiato le caratteristiche demografiche dei 4 distretti, individuando le criticità e i bisogni di salute della popolazione residente. Sono state descritte le strutture sanitarie attualmente esistenti e quanto si prevede di implementare con i piani locali di attuazione del PNRR. Alla luce del DM77 abbiamo valutato le soluzioni organizzative proposte individuando quelle che risultano più congrue a rispondere ai bisogni di salute delle popolazioni residenti proponendo soluzioni tecniche e organizzative per migliorare la presa in carico del singolo soggetto e dell'intera popolazione.

**Autori: Paolo Ghiazza, Matteo Mario Pastori, Nicola Piu e Maicol Andrea Rossi**, medici dei servizi territoriali dell'Azienda sanitaria locale di Alessandria, Regione Piemonte.

## Project-work n. 5

### Telemedicina e gestione della cronicità: un modello di presa in carico del paziente con demenza nella casa di comunità

#### ABSTRACT:

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità della vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi di presa in carico che siano in grado di garantire la continuità assistenziale e gestione integrata multidisciplinare in un piano di rinnovamento delle cure territoriali e ospedaliere così come indicato dal PNRR prima e DM 77 poi.

La gestione integrata deve emergere da un piano attivamente definito e concordato tra medici di medicina generale (MMG), specialisti ambulatoriali interni (SAI), assistente sociale, psicologo ed infermieri costruendo un patto di cura condiviso con gestione produttiva del paziente cronico con follow-up attivo e piano personalizzato di cura. La Casa di Comunità (CdC) è individuato come il luogo dove l'equipe multiprofessionale si coordina, pianifica e adatta il Progetto di Salute di ogni singolo assistito.

Uno degli strumenti fondamentali delle interazioni tra i vari attori della sanità, ospedale-territorio-domicilio, è la telemedicina, una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o più professionisti) non si trovano nella stessa località e/o struttura. La telemedicina è utile sia per l'organizzazione e gestione delle CdC che per l'interazione e coordinamento tra tutte le strutture sanitarie del S.S.N., in primis con quelle di prossimità e domiciliarietà.

In quest'ottica di rinnovamento si inserisce il nostro progetto che si pone come obiettivo quello di definire le linee di un possibile sviluppo del sistema di integrazione tra MMG e SAI afferenti alle CdC che tenga in considerazione anche un possibile modello di presa in carico in telemedicina del paziente cronico con patologie neurodegenerative come la demenza.

Autori: **Gabriele Banchini** (MMG nell'ATS Milano), **Erika Ceracchio** e **Simona Schioppa** (specialiste ambulatoriali in geriatria nell'ASST Nord Milano), **Valeria Zurlo** (MMG nell'ASL 1, Abruzzo).



**Project-work n. 6****L'integrazione nella Case di Comunità in Valle d'Aosta dei medici a ruolo unico di assistenza primaria e degli infermieri****ABSTRACT:**

Nel 2020 la pandemia ha sottolineato l'importanza dell'investimento di risorse per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e il decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, all'articolo 1, ha definito disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale indicando elementi strutturali importanti per una riforma della assistenza territoriale. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR – individua quale struttura fondamentale per i Distretti le Case della Comunità (CdC). Le Case di Comunità rappresentano il punto di accoglienza dell'assistito, con il compito di indirizzarlo verso i servizi di assistenza sanitaria primaria, socio-sanitaria e sociale, oltre che di curare la promozione della salute e assicurare la presa in carico dei pazienti cronici, attraverso una équipe multiprofessionale. Devono quindi necessariamente essere integrate alla rete dei servizi territoriali e supportate da un portale gestionale informatico per la condivisione in tempo reale dei dati utili a gestire l'assistenza socio-sanitaria mediante l'integrazione di operatori diversi e l'uso condiviso di una sede unica. Il DM 77/2022 oltre a prevedere la necessità di incrementare l'assistenza domiciliare pone l'attenzione al potenziamento della rete di prossimità con lo sviluppo delle Case di Comunità.

In Valle d'Aosta il recepimento del DM 77/2022 è avvenuto con DGR 1609 del 22 dicembre 2022 che, in riferimento alle CdC, prevede 2 strutture ad alta complessità (Hub) all'interno delle quali garantire l'assistenza h 24, 7 giorni su 7, e collocate dove attualmente sono presenti i Poliambulatori di Aosta e Donnas. Le CdC Spoke a media complessità (h12 7 giorni su 7) sostituiranno gli attuali Poliambulatori di Morgex e Chatillon. Alle Case della Comunità a media e alta complessità si affiancheranno, seppur non previsto dal DM 77/2022, nelle strutture già capillarmente diffuse nei Distretti, almeno 4 Case della comunità a bassa complessità, con apertura 6 giorni su 7 con orario non inferiore a 5 ore/die.

Il Piano Regionale per la Salute ed il Benessere Sociale in Valle d'Aosta 2022-2025 (PSBS 2022-2025), approvato lo scorso 11 aprile 2022, delinea gli obiettivi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale che salvaguardano la capillarità dei servizi e garantiscono una maggiore equità di accesso agli stessi, individuando nell'attività degli ambulatori dei MMG, sia a ciclo di scelta sia ad attività oraria, e dei PLS lo strumento cardine del sistema in un territorio con peculiari caratteristiche orografiche e demografiche, costituito in prevalenza da aree interne e di montagna. Nell'ambito del sopra descritto modello organizzativo, dovrà trovare piena integrazione il nuovo ruolo unico dell'assistenza primaria (medici di assistenza primaria e continuità assistenziale) che opera nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP), anche rivalutando formule di accesso diretto al fine di fornire prime risposte in via tempestiva, evitando il ricorso improprio al Pronto Soccorso. La Casa della Comunità rappresenta, per i medici convenzionati, un'importante opportunità di sviluppo professionale, poiché offre la pos-

sibilità di lavorare in maniera integrata a garanzia di una risposta ai bisogni della popolazione, della presa in carico delle persone affette da patologie croniche e, più in generale, delle persone fragili, nell'ambito di specifici programmi e percorsi assistenziali. Il lavoro in équipe dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, svolto insieme agli infermieri, agli assistenti sociali ed agli specialisti, rappresenta uno dei principali valori aggiunti della Casa della Comunità rispetto all'attuale modello organizzativo del Poliambulatorio distrettuale.

All'interno delle Case di Comunità le competenze dell'infermiere saranno orientate ai principi dell'infermieristica di famiglia e di comunità, e oltre ad integrarsi con l'équipe multiprofessionale si attueranno in stretta sinergia con l'infermiere delle cure domiciliari e delle strutture residenziali sanitarie e socio assistenziali. Il modello assistenziale dell'infermieristica di famiglia si fonda sull'importanza della sanità d'iniziativa orientata prevalentemente alla presa in cura delle malattie croniche che non aspetta il cittadino, ma "va incontro" prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla prevenzione e sull'educazione. La sanità d'iniziativa costituisce uno dei nuovi modelli assistenziali e il riferimento è il Chronic Care Model, che si basa sull'interazione proficua tra il paziente, reso più informato con opportuni interventi di formazione e addestramento, i medici e infermieri.

Le Case della Comunità rappresentano il tentativo di riformare e sviluppare le cure primarie all'interno di un programma più vasto di riorganizzazione delle cure territoriali che merita grande attenzione e sostegno, ma una criticità importante sarà quella di garantire la presenza del personale indicato. Il Piano nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) che ha programmato lo sviluppo delle Case della Comunità e il DM 77/2022 ha riflesso le difficoltà insite nella realizzazione di una profonda riforma dell'assistenza territoriale. Ad oggi le principali criticità possono essere riassunte in tre punti:

- 1) preoccupazione, da parte delle Regioni, sull'adeguatezza del finanziamento corrente per gestire nuove strutture e prestazioni;
- 2) la mancata definizione del nuovo ruolo che la medicina generale dovrà assumere nell'ambito di un sistema di assistenza territoriale riformato;
- 3) gli aspetti controversi e i limiti insiti nella realizzazione di una riforma nazionale che dovrà essere percepita e applicata dalle singole Regioni.

Il successo delle Case della Comunità dipenderà comunque da molteplici fattori indipendenti dalla singola organizzazione Distrettuale, ma strettamente correlati ai tempi di recepimento delle normative nazionali sugli standard dell'assistenza territoriale, dai tempi di attuazione della rete delle CdC, dai tempi e dai modelli organizzativi che l'Azienda vorrà adottare nel rispetto dei tempi dettati dal PNRR. Al fine di garantire nei termini previsti dal PNRR l'avvio delle Case della Comunità è pertanto necessario prevedere, oltre ad un cronoprogramma di attività strutturali e di dotazione di tecnologie, un'importante piano di formazione del personale che opererà all'interno delle Case di Comunità con l'obiettivo di sviluppare la sanità di iniziativa e costruire i percorsi di cura integrati dedicati ai pazienti

cronici che definiscono i livelli di presa in cura territoriale dalla prevenzione ai follow up di monitoraggio.

Autori: **Federica Duò** (infermiera responsabile delle professioni sanitarie di area territoriale, AUSL VdA), **Maria Chiara Cognasso** (MMG, AUSL VdA), **Laura Plati** (infermiera dirigente, AUSL VdA), **Francesca Faelli** (direttore del Distretto di Aosta-Morgex, AUSL VdA), **Claudia Soudaz** (infermiera coordinatrice delle cure domiciliari, Distretto 4, AUSL VdA).

## **Project-work n. 7**

### **Il percorso di sviluppo delle Case della Comunità, delle AFT e delle UCCP nella Regione Piemonte**

#### **ABSTRACT:**

Nel corso degli ultimi due decenni la Regione Piemonte ha sviluppato una serie di programmi ed azioni nell'ambito dell'assistenza territoriale, con specifico riferimento alle modalità organizzative dei servizi nel territorio aventi quale denominatore comune l'integrazione tra setting assistenziali e l'intersettorialità professionale disciplinare ed istituzionale. Particolare attenzione si rileva in riferimento all'organizzazione distrettuale (D.G.R. 29 giugno 2015, n. 26 – 1653) e alle strutture (Hub e Spoke) di prossimità territoriale nel tempo e nei documenti definite via via UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), GCP (Gruppo di Cure Primarie), UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie), Casa della Salute; i riferimenti normativi più recenti prevedono la Casa della Comunità (CdC) (PNRR/2021 e DM 77/2022).

Ovviamente l'excurus evolutivo diacronico non è semplicemente legato a denominazioni differenti ma è possibile osservare un progressivo andamento adattativo della configurazione delle strutture territoriali di prossimità in relazione all'andamento dei bisogni assistenziali sociosanitari e delle conseguenti modalità organizzative. Esse, tuttavia, mantengono quali elementi fondanti quelli indicati con precisione dal D.L. 13/9/2012 n. 158, convertito in Legge n. 189/2012.

Autore: **Mario Traina**, direttore dei Distretti Chieri e Carmagnola, ASL TO5, Regione Piemonte.

**Project-work n. 8****L'integrazione sociosanitaria e le nuove possibilità di amministrazione condivisa.**

*Le progettazioni attive e i futuri percorsi dell'Ambito territoriale sociale "Isola Bergamasca e Bassa Valle San Martino" e del Distretto sociosanitario "Isola Val San Martino"*

**ABSTRACT:**

La pandemia e le sue ricadute comunitarie hanno messo ancora più in luce come la sanità territoriale non sia una possibilità progettuale, ma debba essere una certezza reale. Una sanità che va sempre più considerata sia in un'ottica integrata e che partecipata: unica possibile via per cogliere i reali bisogni e le reali risorse presenti sia nelle reti formali che informali che spesso, tacitamente, partecipano allo sviluppo locale.

Ma quali possono essere i possibili scenari attuativi di tale futuro? È possibile strutturare percorsi di integrazione socio sanitaria tra la Sanità Distrettuale e l'Ambito Sociale Territoriale utilizzando strumenti di amministrazione partecipata e condivisa tra Enti Pubblici, Privati e Terzo Settore?

In questo project-work, una prima parte sarà dedicata alle nuove introduzioni legislative sia nel Codice del Terzo Settore per la regolazione dei rapporti con l'Ente Pubblico sia i cambiamenti sociosanitari in atto in Regione Lombardia.

Successivamente saranno illustrate due progettazioni in essere dell'Ambito Territoriale Sociale Isola Bergamasca Bassa Valle San Martino: la prima, sviluppata come coprogettazione, ha visto la presenza di buone prassi di integrazione socio sanitaria con il Distretto Socio Sanitario afferente; la seconda ha previsto per la prima volta una formale integrazione tra l'Ambito Sociale e il Distretto Socio Sanitario su tutto il territorio della provincia di Bergamo, con una specifica attività di co-programmazione territoriale nell'ambito Isola Bergamasca Bassa Valle San Martino.

Infine, si proverà a declinare le future prospettive di utilizzo degli strumenti di amministrazione condivisa all'interno della Missione 5 Sottocomponente C2 "interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Tutte le progettazioni qui esposte hanno in comune la ridefinizione dell'integrazione sociosanitaria all'interno del livello più accessibile e visibile al cittadino: quello territoriale.

Il territorio è fonte di bisogni, ma anche di risorse ed ha la capacità, se ben letto, di dare segnali per prevenire i possibili scenari emergenziali che il futuro può (a volte improvvisamente) proporre.

Valutare il territorio non più solo come luogo, ma anche come sorgente delle energie e risorse per sostenere la comunità d'appartenenza può pertanto, favorire la strutturazione di nuovo welfare integrato che non può essere prodotto né solo dal basso, né solo dall'alto, né da un mix combinato fra i due, ma da una adeguata relazionalità, sussidiaria e solidale, fra di loro.

Operativamente, per poter favorire l'integrazione sociosanitaria, la prospettiva relazionale propone che le istituzioni adottino stili di governance basati su forme di cooperazione

ovvero un “coordinamento sociale aperto” diventando attori in reti collaborative di reciprocità, creando le condizioni che favoriscono la produzione di beni relazionali. Tale aspetto risulta essere di rilevante importanza per le politiche sociali per le quali il livello locale assume crescente importanza, in funzione della responsabilità riconosciuta rispetto la programmazione e alla partecipazione dei cittadini e del terzo settore, spesso ricettore in prima istanza dei bisogni territoriali.

È proprio sui principi di empowerment e di sviluppo locale che s’incardina il lavoro di comunità. Quest’ultimo opera nella dimensione della comunità locale, il livello meso individuato dalla prospettiva relazionale, identificato come spazio privilegiato di partecipazione sociale nonché ambito di sviluppo dei beni relazionali primari e secondari.

Parlare di comunità oggi, significa sottolineare il bisogno di sviluppare e sostenere legami sociali e relazioni fiduciarie, forme di responsabilizzazione e di cittadinanza attiva ponendo al centro la “pratica delle relazioni”. La pratica del lavoro di comunità, in via definitiva per essere realizzato, richiede l’adozione di una governance basata sul coordinamento sociale aperto, che coinvolga attivamente la comunità sin dalla diagnosi delle problematiche locali. A tal proposito gli strumenti di amministrazione condivisa restituiscono alla comunità locale il potere di partecipare ai processi di creazione della conoscenza.

Strumento prezioso per l’attuazione di tale vision è la co-programmazione ex art. 55 CTS. Tale strumento può diventare oggi il mezzo per immaginare e costruire nuove forme di governance sul territorio, capaci di mettere in relazione soggetti talvolta reticenti ad ascoltarsi e collaborare, anche per sviluppare approcci sinergici e trasversali fra diverse competenze istituzionali, politiche pubbliche e ambiti di attività, con un risparmio di risorse (sia economiche, logistiche che umane) per una risposta ai bisogni territoriali più efficace ed efficiente.

Intraprendere questa prospettiva significa andare oltre le prestazioni meramente economiche e categoriali per la realizzazione di un sistema di servizi più equo ed organico, in un contesto sociale più coeso e inclusivo.

Pertanto, oltre ad un’ipotetica evoluzione delle modalità di finanziamento statale rivolti a specifici target che non possiamo ovviamente influenzare, è altresì necessaria l’assunzione del nuovo paradigma che dal livello programmatico, a quello organizzativo ed operativo promuova l’empowerment e che ponga l’integrazione tra il sociale ed il sanitario come prerequisito del tavolo co-programmatico.

Il complesso di beni relazionali e il capitale sociale prodotto da una comunità locale coesa, per poter fronteggiare e prevenire la fragilità sociosanitaria che un territorio manifesta, deve essere supportato anche dalla tessitura di una solida rete interistituzionale in cui venga ridefinito il ruolo e il rapporto con le istituzioni in modo paritetico e dove le linee d’azione siano rispondenti ai bisogni territoriali reali.

Autore: **Cecilia Riva**, assistente sociale, responsabile area territoriale Azienda speciale consortile “Isola Bergamasca Bassa Valle San Martino”.