



CASA DELLA COMUNITÀ: continuità o innovazione?

Presentazione del DM77/2022 e prime
riflessioni sulle Case della Comunità nel
contesto lombardo

25 luglio 2022
Marco Noli

MENU

- Cardini delle riforma del sistema di cure territoriali;
- Inizio della storia;
- Case della Salute;
- Decreto “Balduzzi”;
- PNRR - Case della Comunità;
- DM 77/2022:
 - Case della Comunità;
 - COT;
 - Luci e ombre del modello CdC nel DM 77/22;
- Modelli Case della Comunità;
- Attuazione in Lombardia;
- Piste di lavoro;
- Bibliografia.



CARDINI DELLA RIFORMA DEL SISTEMA DI CURE TERRITORIALI

La pandemia ha fatto emergere la necessità di una riforma radicale dell'assistenza territoriale basata su questi punti:

1. **ridefinizione e ricomposizione unitaria dei servizi e degli interventi territoriali;**
1. **integrazione multidisciplinare dei professionisti coinvolti;**
1. **semplificazione delle modalità di accesso al sistema di cure;**

Il tutto finalizzato a una **più puntuale attenzione ai bisogni dei cittadini.**



INIZIO DELLA STORIA

L'attenzione alla riforma dei sistemi di assistenza territoriale del SSN è sempre stata presente con diversi interventi.

Si è partiti forme di erogazione di servizi extra ospedalieri sollecitati dalla situazione concreta presentatasi alla chiusura dei piccoli ospedali e alla necessità della loro riconversione

Successivamente Il modello della Casa della salute, così come altri tentativi di riordino delle cure territoriali, si sono sviluppati con modalità diversificata e disomogenea nei diversi contesti regionali.

Procediamo però con ordine.



CASE DELLA SALUTE

La sperimentazione del modello assistenziale Case della salute (CDS) prende avvio con la finanziaria del 2007 (l. 296/2006) ed in particolare nel DM salute del 10 luglio 2007 nei progetti attuativi del PSN.

La CDS è definita come: **struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali della prestazioni sociosanitarie; deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie.**



CASE DELLA SALUTE

Ogni regione ha declinato le CDS secondo diverse denominazioni. Oggi abbiamo:

357 Case della Salute (**CDS**), modello molto diffuso e consolidato in Regione Emilia e Toscana;

94 Presidi Territoriali di Assistenza (**PTA**), modello presente in Abruzzo, Puglia e Sicilia;

25 Presidi Soco Sanitari Territoriali (**PreSST**) modello presente in Lombardia;

77 Medicina di Gruppo Integrata (**MGI**) modello presente in Piemonte.

Infine le Strutture Polifunzionali per la salute (**SPS**) modello presente in Campania.

Totale CDS censite nel 2021 n. 554 (nel 2017 erano n. 320). In 8 Regioni nessuna struttura.



CASE DELLA SALUTE

Le **linee guida della sperimentazione delle CDS** prevedono che in esse devono trovare collocazione:

- gli studi dei MMG: deve essere garantita la continuità assistenziale 7gg su 7gg per 24 h attraverso la continuità assistenziale (MCA) e l'emergenza territoriale (MET);
- gli ambulatori specialistici ambulatoriali;
- il personale appartenete alle professioni sanitarie (adeguatamente rappresentato);
- le ambulanze per il pronto intervento sul territorio (salvo diversa organizzazione regionale);
- l'ambulatorio infermieristico e delle piccole urgenze che non richiedano accesso al PS;



CASE DELLA SALUTE

- lo Sportello Unico di accesso per l'integrazione delle prestazioni sanitarie e socioassistenziali;
- il Centro Unico di Prenotazione (CUP);
- l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- l'implementazione della telemedicina e del teleconsulto.

La Casa della Salute deve rappresentare il luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito



CASE DELLA SALUTE

Le scelte progettuali attuative delle regioni hanno nella **fisicità** la dimensione fondamentale (sostanzialmente localizzazione in un luogo di funzioni, servizi e persone).

Il modello di CdS più evoluto, quello dell'Emilia Romagna, ha recentemente aggiornato le proprie indicazioni di realizzazione della CdS consolidando le buone pratiche realizzate nei territori della regione che prevedono **processi di coinvolgimento dei principali stakeholder** quali: Aziende Sanitarie, EE.LL, associazioni di Terzo Settore, MMG, PLS, professionisti ecc.

Le differenze sostanziali tra le diverse strutture regionali al di là della diversa denominazione è la presenza o meno di posti letto di degenza territoriale.

CASE DELLA SALUTE

Gli aspetti comuni al di là delle diverse denominazione, **sono la co-presenza di 4 funzioni che sono:**

1. accesso e orientamento del cittadino alla rete dei servizi (sanitari, sociosanitari e sociali);
2. coordinamento e collaborazione delle cure primarie (ambulatorio infermieristico, MMG/PLS);
3. presa in carico di specifici target di popolazione (pazienti cronici e fragili, anziani non autosufficienti);
4. erogazione di servizi sanitari, sociosanitari e sociali (afferenti a diverse aree funzionali e dipartimenti territoriali)



CASE DELLA SALUTE

L'esperienza dello sviluppo delle strutture assimilabile alla CDS ci dice che le prescrizioni normative lasciano un ampio spazio di flessibilità per cui la diversa configurazione delle CDS è principalmente legata alle specificità dei territori, dei vincoli e delle opportunità (spesso sono state collocate in edifici con una storia pregressa di servizi offerti)

Una sfida raccolta da alcune CDS è quella dell'integrazione della fisicità con le opportunità tecnologiche e digitali (telemedicina, cioè tele-monitoraggio, teleconsulto tra professionisti, tele refertazione ecc), soprattutto per potenziare la capacità di presa in carico continuativa dei pazienti nel tempo.



CASE DELLA SALUTE

Quindi le opportunità delle telemedicina sono state utilizzate:

1. per il potenziamento dell'integrazione e del coordinamento tra le diverse CDS, intese come un nodi di una rete sanitaria, sociosanitaria sempre più interconnessa;
2. per ottimizzare gli spostamenti degli utenti e degli specialisti (rielaborazione del concetto di "prossimità");
3. per il supporto dell'attività clinica-assistenziale attraverso cartella clinica unica elettronica e supporti amministrativi (prenotazione online, agende uniche, sistema di rendicontazione delle attività ecc.).

Rischi: le potenzialità dell'ITC servono ad integrare e non sostitutive dei percorsi di assistenza dirette. Attenzionate: la privacy e il "digitale divide".



CASE DELLA SALUTE

Le sfide ancora aperte anche nell'esperienze più avanzate delle CDS sono:

1. la scarsa diffusione nel paese e l'ampia disomogeneità dei modelli;
2. la difficoltà di distinguersi da “poliambulatori e presidi distrettuali” per diventare realmente luoghi fisici di prossimità dove la comunità possa incontrare il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale (è il tema del posizionamento di luoghi simbolo dell'offerta territoriale);
3. lo scarso sviluppo della prevenzione e della promozione della salute;
4. la prevalenza di prestazioni sanitarie e la ridotta attenzione alla cura della persona e della comunità (sono ancora nell'ottica della «medicina dell'attesa»);

;



CASE DELLA SALUTE

5. il permanere della criticità dell'integrazione dei percorsi di cura e dell'integrazione sociosanitaria;
6. la difficoltà del coinvolgimento delle comunità locali: non è chiara la governance delle CDS e le relazioni con il Distretto, con gli EE.LL, con gli ETS e con la comunità.

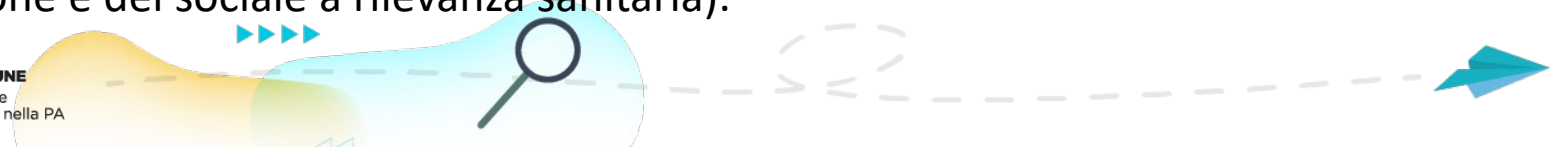
Le Case della Salute hanno costituito una esperienza significativa rispetto medicina del territorio ma hanno manifestato limiti concettuali, politici, organizzativi e professionali da superare.



DECRETO “BALDUZZI”

Un ulteriore tentativo di riorganizzazione della medicina territoriale è costituito dalle indicazioni del Decreto “Balduzzi” che prevede che le regioni definiscono l’organizzazione dei servizi territoriali di cure primarie promuovendo l’integrazione con il sociale prevedendo:

1. *forme organizzative **monoprofessionali**, denominate **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** che condividono in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e strumenti analoghi;*
2. *forme **organizzative multiprofessionali**, denominate **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)** che erogano prestazioni assistenziali, tramite il coordinamento e l’integrazione dei medici, e di altre professionali convenzionate del SSN (ostetriche, FKT, tecnici della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria).*



DECRETO “BALDUZZI”

Sono previsti reti di poliambulatori territoriali dotati di strumenti di base, aperti al pubblico nell’arco della giornata che operano in coordinamento / collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Anche questo Decreto ha avuto un applicazione tardiva, a macchia di leopardo tra le diverse regioni con anche in questo caso una creatività nominalistica a cui sottendono modelli aggregativi profondamente diverse.

Soprattutto ha poco funzionato l’allargamento orario dell’assistenza primaria che era il presupposto per la costituzione delle AFT.



STRUTTURE DI PROSSIMITÀ

Le Case della Comunità (CdC) che troviamo declinate nel PNRR, originano dalle “strutture di prossimità» definite nel DL n.34/2020 convertito con L. n 77/2020 all’art. 4 bis che recita:

Il Ministero della salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza Stato Regioni “coordina la sperimentazione, per il biennio 2020 – 2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti sul territorio, con il volontariato locale e gli Enti del terzo settore senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducono le scelte di istituzionalizzazione, favoriscono la domiciliarità e consentono la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità»

(per questa sperimentazione nel 2021 si prevedono 25 mln di euro)



CASE DELLA COMUNITÀ

Il PNRR si innesta quindi su questa decisione del Governo e alla **Missione 6 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”** prevede:

- **l'attivazione di 1.350 Case della Comunità** identificate come strutture sociosanitarie deputate a costituire un punto di riferimento continuativo per la popolazione. (2 mld)

L'intervento si articola in tre progetti:

1. **identificare un modello condiviso per l'erogazione dell'ADI** (2,7 mld);
2. **attivazione di 600 Centrali Operative Territoriali (COT)** (280 mln)
3. **utilizzare la telemedicina** (1 mld)

- **il potenziamento dell'offerta di cure intermedie attraverso attivazione di 400 Ospedale di Comunità** (1 mln)



DAL BOZZA DAL DM “71“ AL DM 77/2022

il percorso per la “**Definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN**“ è stato “accidentato“:

1. Elaborazione del Documento tecnico da parte della Cabina di Regia del Patto della salute 2019 – 2021 coordinato da AGENAS (era stato denominato DM71 in continuità con il DM 70 che riorganizzava gli ospedali);
2. Mancate intese da parte della Conferenza permanente dei Rapporti tra Stato Regioni e le Province autonome nelle sedute del 30 marzo e 21 aprile 2022 (opposizione Regione Campania);
3. Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2022 di approvazione dello schema del DM esaminato dalla Conferenza Stato e Regioni che autorizza il Ministero della Salute ad adottarlo in accordo con Ministero dell'economia e finanza;
4. Parere del Consiglio di Stato espresso nell’adunanza del 10 maggio 2022 che invita il Governo a distinguere nel modello **gli aspetti descrittivi da quelli prescrittivi**;
5. **Approvazione del DM 22 maggio 2022, n. 77.**



DM 77 / 2022 – DEFINIZIONE DI MODELLI E STRANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Coordinate del modello assistenziale previsti nel DM 77:

1. lo sviluppo di strutture di prossimità (CdC), **quale punto di riferimento** per la risposta **ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria** per la popolazione di riferimento;
2. il potenziamento dell'ADI ("**la casa luogo privilegiato di assistenza**");
3. lo sviluppo di equipe multiprofessionale (integrazione assistenza sanitaria e sociale) in una visione di **presa in carico olistica della persone** (Planetary Health);
4. **la medicina d'iniziative** (attraverso la stratificazione della popolazione per intensità di bisogni);
5. l'utilizzo di servizi digitalizzati;
6. **la co-progettazione** con gli utenti;
7. **la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità.**



DM 77 / 2022 – DEFINIZIONE DI MODELLI E STRANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Anche se già nel Piano cronicità si era introdotta la medicina d'iniziativa, **le discontinuità che introduce il DM 77/2022 e in cui si collocano le nuove Case della Comunità sono:**

- 1. una nuova concezione di salute:** salute come promozione del benessere individuale, sociale e ambientale che agisca sugli stili di vita, sulla consapevole auto-promozione della propria salute durante tutto l'arco della vita. La salute è un bene collettivo e non solo individuale e quindi affidata alla responsabilità della comunità (non possiamo ignorare la provocazione dei no-vax con la negazione della scienza e della solidarietà);
- 1. una nuova dimensione della cura:** la cura non è solo un intervento tecnico – sanitario ma per sua natura è multidimensionale, integrata, complessa, processuale e personalizzata, quindi non può prescindere dal coinvolgimento della persona stessa soggetta alla cura, compreso la sua comunità più prossima;



DM 77 / 2022 – DEFINIZIONE DI MODELLI E STRANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

- 3. una nuova dimensione di prossimità:** occorre promuovere proattività dei soggetti in cura. Si è compreso che non funzionano più le mere risposte prestazionali, categoriali, standardizzate. Una medicina proattiva non solo fondata sui profili di rischio (di costruzione sanitaria fondata sui consumi) ma intrecciata con i profili di rischio sociali (“determinanti di salute”);
- 4. la valorizzazione del capitale sociale delle comunità:** occorre ravvivare la partecipazione proprio perché la salute non è solo un problema individuale ma comunitario. Mancano interventi aggregativi della comunità, soprattutto oggi dopo il “distanziamento sociale“. Il tema del vicinato, del quartiere e delle “città vivibili“ e collegato il ruolo del TS (come abbiamo visto durante la pandemia).



DM 77 / 2022 – DEFINIZIONE DI MODELLI E STRANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Il DM 77 richiama l'approccio della **“Medicina della popolazione”** e pertanto declina i criteri di stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute definendo il **“Progetto di salute”** come strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico.

Precisa poi le funzioni e gli standard dei distretti e definisce, per ogni distretto con un bacino di 100.000 ab. la presenza di:

- **1 CdC hub ogni 40.000 – 50.000 ab.** (quindi 2 per distretto)
- **CdC spoke e ambulatori MMG e PLS.** Le AFT e le UCCP sono ricomprese nelle CdC;
- **1 infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) ogni 3.000 ab.;**
- **1 Unità di Continuità Assistenziale (UCA) (1 medico e 1 infermiere);**
- **1 Centrale Operativa (COT);**
- **1 Ospedale di Comunità (OdC) dotato di 20 p.l.**



DM 77 / 2022 – DEFINIZIONE DI MODELLI E STRANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

L'articolazione dei Distretti è **disciplinata dalle legge regionale** e ad essi sono affidati le seguenti funzioni:

- **committenza:** programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni (“Programma delle attività territoriali”);
- **produzione:** erogazione dei servizi sanitari territoriali, in forma diretta o indiretta;
- **garanzia:** assicurare l'equità nell'accesso ai servizi e il monitoraggio della qualità dei servizi erogati.

Il Distretto **deve garantire:**

- **l'assistenza primaria**, compresa la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare dell'assistenza medica territoriale;
- **il coordinamento** dei MMG e PLS, tramite strutture operative a gestione diretta, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere;
- **l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria, connotate da una specifica ed elevata integrazione, nonché le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali delegati ai comuni.**



DM 77 / 2022 – CASE DELLA COMUNITÀ

La CdC è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per i bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello di organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento“

Si richiama l'art. 1 c. 163 della legge 234/2021 che prevede che il **SSN e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS)** garantiscono, **attraverso il PUA (collocato nelle CdC)** l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari alle persone in condizioni di non autosufficienza, e tramite equipe integrate la VMD e il PAI.

Gli ATS garantiscono il **LEPS** previsti all'art. 1 c. 162 della citata legge. (vedi intervento che mi ha preceduto)

Tutto questo è subordinato alla sottoscrizione dell'Intesa (relativamente alla definizione dei LEPS) e alla sottoscrizione dell'Accordo previsto all'art 21 c. 1 del DPCM2017 che nei **percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di assistenza sociosanitaria prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.**

La Conferenza unificata deve emanare con apposito accordo le linee d'indirizzo volte garantire omogeneità nei processi d'integrazione istituzionale, professionale e organizzativa nelle suddette aree.

DM 77 / 2022 – CASE DELLA COMUNITÀ

La CdC è una struttura pubblica del SSN e rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità.

Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intersettoriale di servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'interazione delle diverse dimensioni d'intervento e dei diversi ambiti d'intervento.

Costituisce un progetto d'innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria dei servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro i propri valori, le relazioni e la condivisione.



DM 77/2022. – COT – STANDARD PRESCRITTIVI

Anche le Centrali operative territoriali sono presenti da circa 10 anni in alcune regioni italiane. Le COT sono state previste all'art.1 c. 8 del DL 34/2020 e il PNNR le ha riprese.

La **Centrale Operativa Territoriale (COT)** è un modello organizzativo che svolge la funzione della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza – urgenza.

1 COT ogni 100.000 ab

Standard di personale: 1 coordinatore infermieristico, 3 – 5 infermieri, 1 – 2 unità di personale di supporto.

Operativa 7 gg su 7gg



DM 77/2022. – COT – PUA SANITARIO – PUA SOCIALE

COT (riferimento DM77/22 “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale);

il Punto Unico di accesso (PUA) sanitario (riferimento all’art. 1, comma 159 - 171 della L. 234 del 31.12.2021 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022 – 2024);

il Punto Unico di Accesso (PUA) sociale (riferimento al Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021 – 2023 del Decreto interministeriale del 2.10.2021).



DM 77/2022. COT – PUA SANITARIO _ PUA SOCIALE

I	COT DM 77/22 1 ogni distretto (100.000 ab)	PUA (Piano Nazionale Servizi sociali 2021 – 2023 del DM 2/10/21) 1 ogni Ambito del PdZ	PUA (L. n. 234/21 – Bilancio di previsione dello Stato) 1 ogni CdC
Target Utenza	Pazienti presi in carico dai diversi setting assistenziali. Target ampio	Singoli e famiglie con un bisogno sociale e sociosanitario. Target ampio	Persone in condizione di non autosufficienza. Target più definito
Modalità di segnalazione	Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero nonché personale delle strutture di ricovero intermedio, residenziale e semiresidenziale possono richiedere l'intervento della COT.	I cittadini singoli e le famiglie residenti o temporaneamente presenti sul territorio che esprimono un bisogno sociale o sociosanitario. I MMG/PLS/, le AA.GG, le associazioni di volontariato, le parrocchie e altri soggetti	Attraverso gli operatori del SSN che hanno in carico le persone in condizione di non autosufficienza
Mission: funzioni assegnati e perimetro di funzionamento	Modello organizzativo che svolge la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete emergenza – urgenza)	Front office: informazione e filtro delle istanze; Back office 1° livello: orientamento e avvio percorso di presa in carico; Back office 2° livello: riesame e attivazione delle équipe multi-disciplinari Valorizzazione delle risorse della Comunità.	Operano équipe integrate (UVM) composte da personale appartenente al SSN e agli ATS, che nel rispetto dei LEA, effettuano la valutazione dei bisogni (clinici, funzionali e sociali) per delineare il carico assistenziale per consentire alla persona di rimanere nel proprio contesto di vita riducendo il rischio di isolamento e ospedalizzazione impropria
Assetto Istituzionale	Totale gestione delle Aziende Sanitarie 1 per distretto (100.000 ab)	Gestione affidata all'Ambito territoriale, attivando la rete dei Responsabili tecnici di PUA nominati da ciascun Ente, congiuntamente con le Aziende Sanitarie attraverso con protocolli e accordi	Il SSN e le ATS garantiscono l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari attraverso il PUA che ha sede presso le articolazioni del SSN denominate CdC.
Rapporto con la fornitura dei servizi	Raccordo tra i servizi attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento/ottimizzazione/tracciamento della presa in carico tra i diversi setting assistenziali; • Servizio informativo e logistico tra i professionisti; • Monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare (telemedicina) 	Il Back office 2° livello: ambito della VMD e definizione di progetto può prevedere l'attivazione dei soggetti erogatori con definizione del budget di progetto	La UVM, coinvolgendo la persona e la sua famiglia, procede alla definizione del PAI che individua le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento delle attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano

DM 77 / 2022 –STANDARD PRESCRITTIVI (salvo quelli in corsivo)

	CdC Hub	CdC Spoke
Ambito	40.000 - 50.000 ab	in funzione delle caratteristiche del territorio per favorire capillarità dei servizi
n° Medici	Tutti i MMG e PLS, AFT, UCPCP afferenti all'area (30 - 35 MMG - 2 h/sett/MMG 10 - 15 MMG loro ambulatori) Presenza h 24, 7/7gg	Tutti i MMG e PLS, AFT, UCPCP afferenti all'area Presenza h 12, 6/7 gg
Continuità Assistenziale	Obbligatoria 1/100.000 ab 1 medico e 1 infermiere (notturno e festivo h. 24 - 7/7 gg)	Facoltativa
Specialisti ambulatoriali	Obbligatoria per le patologie di elevata prevalenza	
Infermieri 1/3.000 ab	Obbligatorio h. 12, 7/7 gg Raccomandati h 24, 7/7 Standard Tot. 7 - 11 infermieri (1 coordinatore 2 - 3 IFoC per ambulatori CdC 1 - 2 IFoC per VMD 3 - 5 IFoC per ADI - Prevenzione - telemedicina)	Obbligatorio h. 12, 7/7 gg Raccomandati h 24, 7/7 Standard Tot 7 - 11 infermieri
Integrazione con Servizi sociali	Obbligatorio 1 Assistente sociale	
Personale di supporto	n. 5 - 8 (socio-sanitario, Amministrativo)	
PIUA	Obbligatorio Apertura: 8.00 - 18.00 - 6/7 gg	
CUP	Obbligatorio	
Assistenza domiciliare	Obbligatorio (10% pop > 65 anni)	
Partecipazione della comunità (co-produzione)	Obbligatorio	
Collegamento alla CdC Hub	Obbligatorio	
Servizi diagnostici di base	Obbligatori	Facoltativi
COT	1/100.000 ab a livello distrettuale 1 Coordinatore infermieristico 3-5 Infermieri 1 - 2 personale di supporto	
Emergenza (116/119)	1 - 2 / mln ab	
Ospedali di Comunità	20 pl / 50 - 100.000 ab	
Consultorio	Facoltativo (1/ 20.000 ab; 1/10.000 aree interne)	
Punti prelievo	Facoltativo	
Salute pubblica	Vaccinazioni facoltativo (1 Dipartimento di prevenzione / 500.000 ab)	
Salute mentale	Raccomandato	
Medicina dello sport	Raccomandato	
Cure palliative	1 UCPCP - DOM / 100.000 ab 1 Hospice 8-10 pl / 100.000 ab	
Telemedicina	Prevista senza standard	



Personale

- AGENAS prevede per le Case della Comunità:

	Standard Min	2026	Standard max	2026
Infermieri	7	9.450	11	14.850
Personale di supporto	5	6.750	8	10.800
Assistenti sociali	1	1350	1	1350

- **Personale MMG e PLS e specialisti**
- **Personale sociale**
- **Infermiere di Famiglia e Comunità (IoFc) occorre definire cos'è e chi lo forma.**



Luci e ombre del modello delle CdC nel DM 77/2022

Importante che viene definito un modello di CdC valido per tutte le Regioni ma:

- 1. c'è l'elenco dei servizi obbligatori ma non si declina indicazioni operative nel merito;**
- 2. sono indicati i servizi di cure primarie, specificando che vanno erogate da equipe multiprofessionali, ma non si definiscono come e quanti MMG devono operare;**
- 3. viene indicata la presenza medica nelle CdC con orari e giorni e non si specifica come deve essere garantita e soprattutto come accedono gli utenti (nella parte descrittiva si specifica che sono ore aggiuntive al proprio orario di ambulatorio);**
- 4. non sono definite le modalità di ricomposizione unitaria e integrata delle cure primarie (la presenza della figure appare svincolata dalla ricomposizione in équipe**
- 5. la clausola dell'invarianza finanziaria (art. 4 del decreto) rischia di inficiare la reale attivazione delle CdC (potrà favorire l'appalto gestionale a soggetti privati accreditati)**



Piste di riflessione: possibili modelli di CdC

Dentro questa normativa che lascia ampi spazi all'attuazione regionale si pone il tema
“**Case della comunità: continuità o innovazione?**”

Francesco Longo con altri colleghi della SDA Bocconi ragionano su tre modelli possibili di “CASE” che possono aiutare

1. **Casa della salute:** come unico luogo fisico di servizi sanitari integrati tra di loro;
2. **Casa sociosanitaria integrata:** che integra i servizi sanitari territoriali del SSN e alcuni o tutti servizi sociali degli enti locali;
3. **Casa della comunità:** che oltre integrare i servizi sanitari territoriali e e alcuni o tutti servizi sociali dei comuni si coinvolge le risorse e le reti di comunità



Piste di riflessione: possibili modelli di CdC

Secondo questi autori la **Casa della salute** può avere quattro distinte **“vocazioni”**:

1. **luogo della “medicina d’iniziativa”** cioè accesso e reclutamento di pazienti cronici stabilizzati (presa in carico e il case management pochi servizi erogati)
2. **luogo erogativo della specialistica** non solo reclutamento ma erogazione servizi specialistici;
3. **luogo di presa in carico della fragilità e non autosufficienza;**
4. **luogo di erogazione di tutti i servizi specialistici.**

Queste sono quattro declinazioni delle Case della Salute più in continuità con il passato ma non per questo meno complesse e ambiziose



Piste di riflessione: possibili modelli di CdC

Casa sociosanitaria che unisce servizi sanitari territoriali e servizi sociali degli EL può avere anch' essa quattro modalità attuative **dell'integrazione**

1. **“co-programmazione” interistituzionale** dei percorsi sanitari e sociali;
2. **accesso unitario** sia ai servizi sociali che sanitari (tramite il PUA) con un case management unitario;
3. erogazione congiunta di alcuni servizi sanitari e sociali ri-collocati nella Casa Sociosanitaria
4. erogazione dell'intero portafoglio dei servizi sociali da parte della Casa Sociosanitaria a seguito di delega al SSN da parte dei Comuni (o pienamente integrati)



Piste di riflessione: possibili modelli di CdC

Casa della Comunità che declina il lavoro con la comunità con tre modalità:

1. **luogo di “co-produzione di gruppo”**, cioè i servizi sociali e sanitari vengono erogati per un gruppo di pazienti alla pari;
2. **Luogo di co-progettazione e valutazione partecipata dei servizi e delle performance** (spazio alla partecipazione democratica);
3. **luogo di promozione, sostegno e valorizzazione delle reti sociali esterne ai servizi pubblici per tutelare e promuovere la salute.** Questo modello si rifà alle logiche della **“Community Building”**, cioè il coinvolgimento attivo della comunità attraverso la valorizzazione e l’integrazione delle sue reti sociali con i servizi di welfare formali.
(vedi bibliografia)



Piste di riflessione: possibili modelli di CdC

Gli autori citati sostengono che la sfida per il management e gli stakeholder locali è **quella di decidere quale vocazione avrà la Casa del loro territorio** tenendo conto che **i modelli non sono in alternativa ma possono combinarsi in funzione delle specificità dei singoli territori.**

Che cosa potrà influire sulle scelte?

- **il capitale istituzionale del territorio:** cioè quanto è forte il “committente” istituzionale;
- **il capitale sociale:** le caratteristiche del tessuto sociale e della comunità del territorio (es. presenza di associazioni di volontariato e livello di fiducia che le persone hanno verso le istituzioni)
- **le risorse disponibili:** molte legate alle scelte aziendali (es. riorganizzazione degli ambulatori specialistici, possibilità di espandere le spese o di riallocare risorse)



ATTUAZIONE IN REGIONE LOMBARDIA

Vista la normativa nazionale e alcuni ragionamenti generali analizziamo allo stato attuale le scelte della Regione Lombardia collocandole dentro la modifica istituzionale iniziata con la l.r. 22/2021 non ancora conclusa.

Questo quadro d'incertezza rende difficile costruire scenari attuativi chiari ma si possono evidenziare punti di forza e debolezza, letti alla luce di quanto prima delineato



REGIONE LOMBARDIA Lr 22/21 – ASST COMPITI

Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica:

- **concorrono**, con tutti gli altri soggetti erogatori pubblici e privati, **all'erogazione dei LEA nella logica della presa in carico della persona;**
- **garantiscono la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita**, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio (compreso sistema di cure primarie e farmacie);

fermo restando la libera scelta, in attuazione del principio di sussidiarietà **garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico**, riconoscendo il ruolo delle famiglie, delle reti sociali e degli ETS, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione sociale e assicurando un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.



REGIONE LOMBARDIA Lr 22/21 – POLO TERRITORIALE DELL'ASST

Il Settore aziendale **POLO TERRITORIALE** è articolato in **distretti e dipartimenti** a cui afferiscono i presidi territoriali della stessa ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA dell'assistenza distrettuale.

Le ASST favoriscono **l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie** con le **funzioni sociali** in raccordo con la Conferenza dei Sindaci, sentito il collegio dei sindaci, nella ambito della funzione programmatoria del dipartimento PIPS

Al polo territoriale dell'ASST afferisce la cabina di regia dell'ASST, con il compito di **dare attuazione all'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale**. (composizione decisa dal DG in attuazione delle indicazioni regionali)



REGIONE LOMBARDIA Lr 22/21 – POLO TERRITORIALE DELL'ASST

Al polo TERRITORIALE, secondo l'articolazione distrettuale, è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali. A tale settore afferiscono:

1. **Gli ospedali di comunità (O.d.C)** previsti dal PNRR;
2. **Le case di comunità (C.d.C)** previsti dal PNRR;
3. **Le centrali operative territoriali (COT)** previsti dal PNRR.

Le ASST gestiscono gli ospedali di comunità e le case di comunità **direttamente o mediante accordi con gli enti erogatori**, validati dall'ATS

Gli **ospedali di comunità** sono strutture multiservizi deputate all'erogazione di prestazioni **residenziali** sanitarie e sociosanitarie di **media e bassa intensità per acuti e cronici e**, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite dal PSL, **di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.**



REGIONE LOMBARDIA Lr 22/21 – POLO TERRITORIALE DELL'ASST

Le ASST, con periodicità triennale, **predispongono il Piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT) con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale** sentita la Conferenza dei Sindaci (parere obbligatorio) e consultando associazioni, ETS e OSS.

Il PPT definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione sociosanitaria.

Al Polo territoriale afferiscono i 3 **dipartimenti**:

- 1. dipartimento di cure primarie;**
- 2. dipartimento della salute mentale e delle dipendenze;**
- 3. dipartimento funzionale di prevenzione.**

Al Polo territoriale è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni territoriali (prevenzione, diagnosi e cura a media e bassa complessità, prestazioni sociosanitarie e sociali territoriali domiciliari ecc.)



REGIONE LOMBARDIA Lr 22/21 – POLO TERRITORIALE DELL'ASST

Le COT sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta sociosanitaria all'interno del distretto.

È istituita una ogni distretto con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali.

Ogni ASST si articola in **distretti** il cui territorio coincide con uno o più ambiti territoriali di riferimento per i Piani di zona (comprendono di norma popolazione non < 100.000 ab, nelle zone scarsamente abitate < 25.000 ab)

I Distretti, che afferiscono direttamente al polo territoriale dell'ASST, partecipano alla cabina di regia dei PIPSS



REGIONE LOMBARDIA Lr 22/21 – POLO TERRITORIALE DELL'ASST

Le **case della comunità** sono distribuiti sul territorio secondo la programmazione regionale, possono essere gestiti esclusivamente da MMG e PLS riuniti in associazione o cooperative e in collaborazione con le farmacie convenzionate ed:

- erogano **prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità** garantendo l'integrazione della attività sanitarie e sociosanitarie con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali;
- **possono attivare degenze intermedie**, subacute e post acute e riabilitative a bassa intensità assistenziale **in funzione di particolarità territoriali (secondo programmazione ATS)** ;
- promuovono percorsi di sanità di iniziativa, di prevenzione ed educazione sanitaria;



REGIONE LOMBARDIA Lr 22/21 – POLO TERRITORIALE DELL'ASST

- **garantiscono il collegamento tra ospedale e territorio** attraverso la presenza dell'infrastruttura tecnologica e l'integrazione multi professionale.

In ogni CdC è presente un PUA, che opera in stretto contatto con la COT distrettuale, con funzioni di accoglienza, informazione. e orientamento del cittadino.

Ai fini di assicurare l'integrazione sociosanitaria nelle CdC è prevista la presenza del servizio sociale del SSR, dello psicologo e del consultorio.



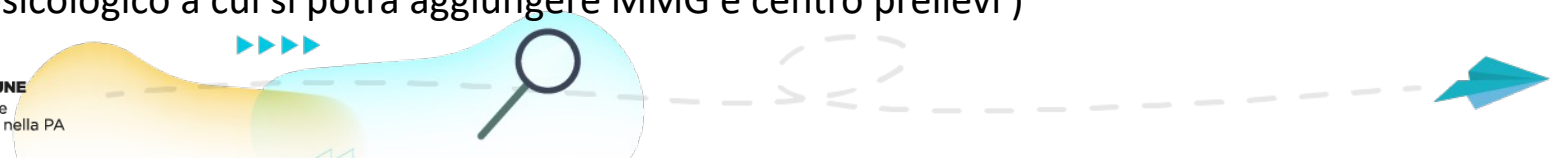
REGIONE LOMBARDIA – Attuazione del PNRR. (dgr n. 6387/22)

Il decreto di riparto attuativo del PNRR ha previsto per la Lombardia:

- n. 187 CdC; 64 OdC; 101 COT da realizzare entro il 2026;
- la l.r.22/2021 ha previsto di realizzare il **40% delle strutture entro il 2022** che vuol dire 75 CdC; 26 OdC; e 40 COT. (Nei primi mesi 2022 sono state avviate 20 CdC).

Con tre deliberazioni n.5195/2021, n. 5723/21 e n 6080/22 sono stati definiti i terreni e gli immobili destinati alla rete delle nuove strutture territoriali che in totale saranno: **216 CdC; 71 OdC e 104 COT.** (Sul CIS di Maggio 2022 CdC 199; OdC 66; COT 101)

Costituiscono CdC spoke gli ambulatori sociosanitari territoriali di cui all'art 10 c. 11quater l.r. 33 s.m.i (Servizi erogati: progetto vaccinazioni, attivazione infermiere di comunità, servizi di telemedicina, riabilitazione territoriale, interventi e studi su epidemiologia del COVID, Supporto psicologico a cui si potrà aggiungere MMG e centro prelievi)



REGIONE LOMBARDIA – Attuazione del PNRR. Contratto Istituzionale

CdC	min 187		mx 199
	CdC da edificare	CdC da ristrutturare	TOT
ASST Bergamo OVEST	0	4	4
ASST Bergamo EST	4	7	11
ASST Papa Giov. XXII	1	5	6
ASST Spedali Civili	3	7	10
ASST Franciacorta	3	3	6
ASST Garda	3	4	7
ASST Vercate (ora ASST Brianza)	0	13	13
ASST Lecco	5	3	8
ASST Monza	0	4	4
ASST valle Olona	0	11	11
ASST Sette laghi	3	6	9
ASST Lariana	1	10	11
ASST Valtellina Alto Lario	1	7	8
ASST Vallecamonica	0	7	7
ASST Pavia	5	4	9
IRCSS San Matteo	0	2	2
ASST Crema	0	2	2
ASST Cremona	0	2	2
ASST Mantova	3	6	9
ASST Fatbenefratelli - Sacco	2	5	7
ASST GON - Niguarda	1	1	2
ASST Nord Milano	1	10	11
ASST SS Paolo e Carlo	3	1	4
ASST Melegano e Martesana	2	8	10
ASST OVEST Milanese	2	8	10
ASST Rhodense	4	5	9
ASST Lodi	0	5	5
ATS Milano	1	1	2
	48	151	199
Importo Assegnato PNRR		277.203.041,64	
Co Finanziamento DM Salute Gennaio 2022		207.329.249,00	

(da Action Plan Componente 1 Casa delle Comunità (Contratto Istituzionale si sviluppa per l'esecuzione e la redazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome.)



REGIONE LOMBARDIA – Attuazione del PNRR. (dgr n. 6387/22)

Si prevede di progettare e realizzare un **nuovo ecosistema digitale regionale** che supporti l'erogazione dei servizi sociosanitari sul territorio (anche per la gestione delle CdC e delle COT).

L'integrazione tra la medicina del territorio e gli specialisti ambulatoriali potrà essere effettiva solo attraverso la piena attuazione di tale modalità di lavoro nell'ambito delle nuove CdC.

Si prevede lo sviluppo delle CdC, OdC, COT all'interno dei Distretti da costituire tenendo conto di **ambiti elementari dei CRT** (Tavolo di Coordinamento territoriale art. 1 DL 34 convertito L 77/2020) e **delle AFT** (Aggregazioni Funzionali Territoriali). Si sono costituiti specifici tavoli di confronto nell'ambito dell'Accordo Integrativo Regionale 2021 MMG.

Le CdC e le COT, introdotte dalla lr 22/2021 rappresentano **lo snodo centrale per l'attuazione del nuovo modello d'integrazione socio-sanitaria** della Regione



REGIONE LOMBARDIA – Attuazione del PNRR. (dgr n. 6387/22)

Le Cabine di regia (art. 6 c. 6 lett f) e art 7 c. 11 della lr. 33/2009) rimangono il “luogo istituzionale” deputato a supportare l’impegno di ATS, ASST e Ambiti Territoriali volto al potenziamento dell’integrazione sociosanitaria e a garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati.

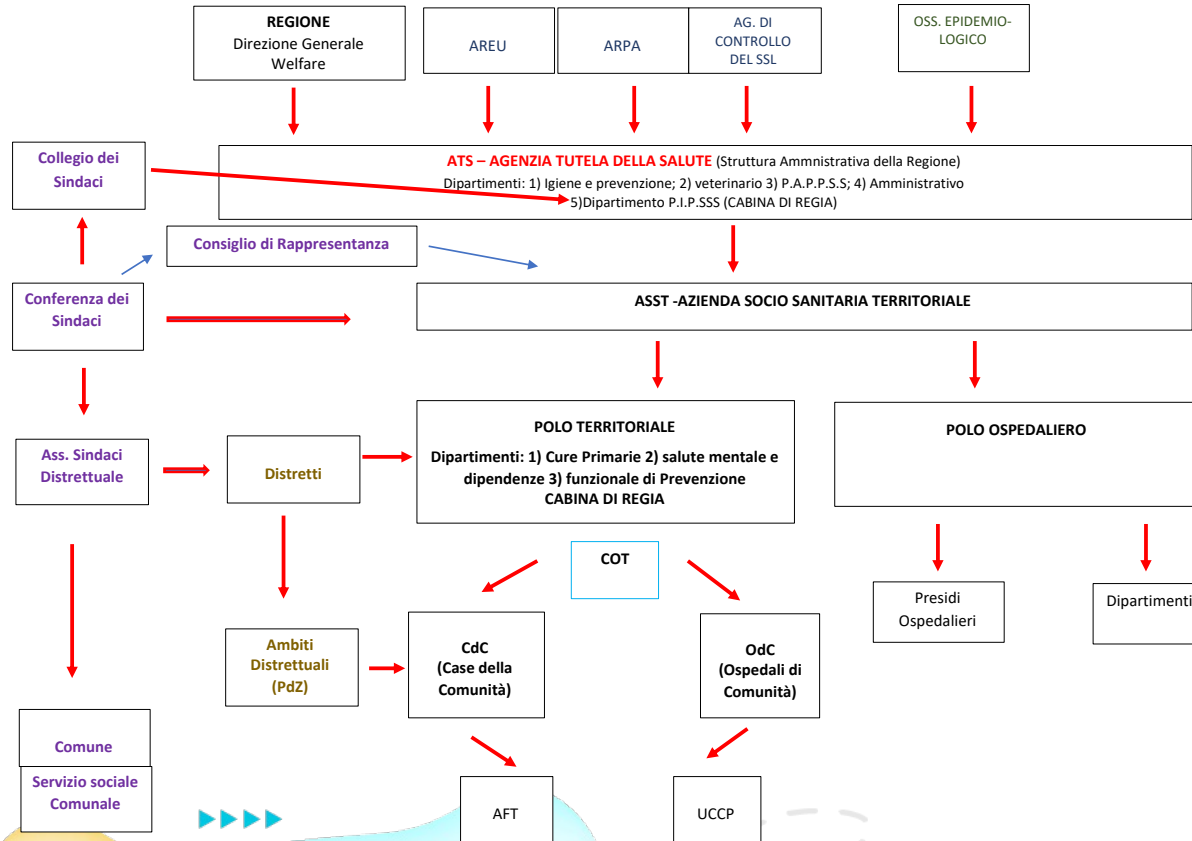
Le Cabine di regia rappresentano un importante strumento che si pone anche a supporto del **Consiglio di rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee distrettuali.**

Si dovrà approntare un modello organizzativo, con risorse umane e strumenti a disposizione, stabilendo una periodicità degli incontri e condividendo procedure di raccordo.

Si prevede nel 2022 la contrattualizzazione di 11 nuovi ODC per complessivi 220 pl con una tariffa 135€/die all’esito di specifiche manifestazioni d’interesse bandite dalle ATS (requisiti prioritari: collegamento alla filiera dei servizi sociosanitari territoriali e collegamento del servizio alla rete locale del ETS dimostrando capacità di promuovere sinergie)



SINTESI ORGANIZZAZIONE VIGENTE



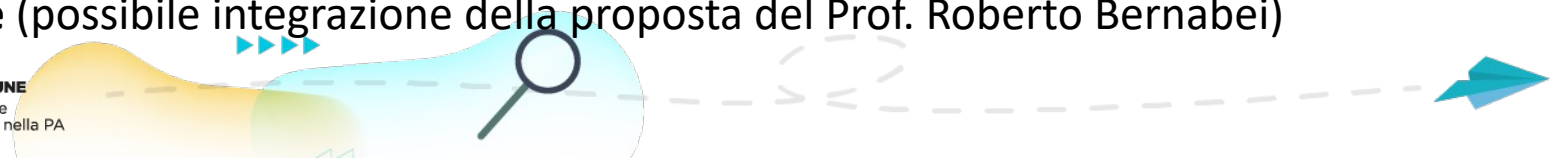
Piste di lavoro

Tornando alle indicazioni di Francesco Longo bisogna capire nei territori:

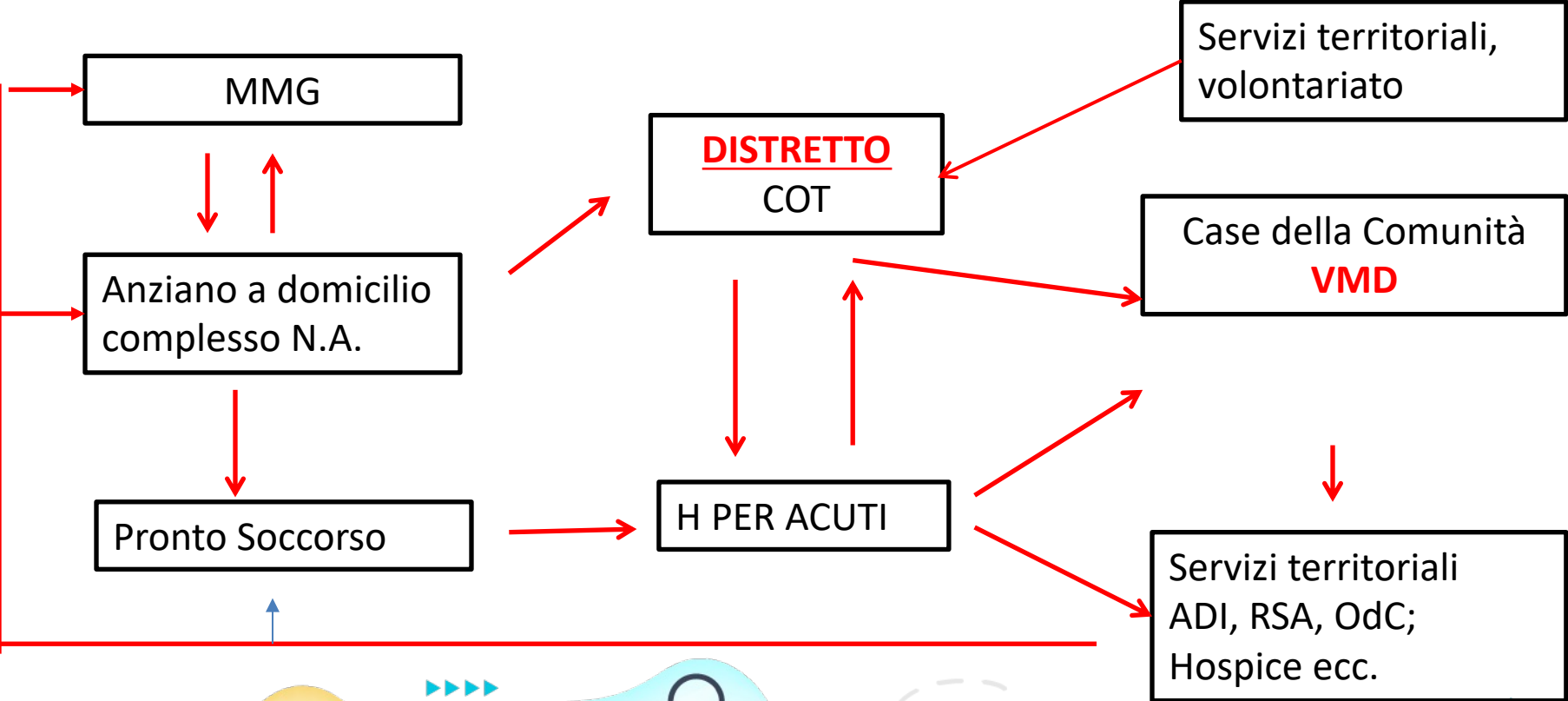
- **Chi è il Committente forte da cui discende la governance?** Quale ruolo possono giocare i Comuni e i loro funzionari? Segue la proposta Prof. Roberto Bernabei La Regione definisce che la gestione della CdC è in capo esclusivamente ai MMG e PLS associati. Punto critico da presidiare. Come?

Ipotesi di lavoro:

- **lavorare congiuntamente per l'elaborazione del PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE costruendo una committenza integrata ASST + Ambito Comunale;**
- **ragionare nella Cabina di Regia sull'organizzazione della CdC;**
- **costruire una governance congiunta con i MMG per la gestione della CdC;**
- **costruire percorsi comuni di accesso integrando COT – PUA sociosanitario e PUA sociale (possibile integrazione della proposta del Prof. Roberto Bernabei)**



Piste di lavoro – Proposta di Governance del Prof Roberto Bernabei



Piste di lavoro

Partendo dall'analisi degli utenti (target specifici di bisogno clinico e sociale) verificare cosa si fa e come si può migliorare;

Su questa base verificare le risorse del territorio (in termini di capitale istituzionale, capitale sociale, risorse disponibili);

Provare a costruire un modello di Casa (casa della salute, Casa Sociosanitaria, Casa della Comunità) tenendo conto che tutti i modelli indicati possono essere validi per costruire un percorso che può completarsi nel tempo.

Importante è impostare il lavoro tenendo conto che:

***“La salute è un bene comune fondamentale; non è il prodotto da offrire in un mercato competitivo quanto piuttosto un bene suprema della comunità intesa come sistema di relazioni che definiscono la stessa identità di chi la abita e vi riconosce le opportunità per un benessere inevitabilmente costruito nella reciprocità”
(tratto dal documento La Casa della Comunità a cura dell'Associazione “Prima la comunità»***



Bibliografia

F. Longo; S Barsanti «Community building:logiche e strumenti di management – Comunità, reti sociali e salute

https://www.santannapisa.it/sites/default/files/community_building_oa.pdf

Community Buiding Network – Catalogo Good Practices. <https://cergas.unibocconi.eu/resources/datasets/progetto-community-building-network>

<http://www.lombardiasociale.it/2022/02/28/le-case-della-comunita-come-luogo-di-community-building/>

F.Longo, A. Zazzera *Dalle case della salute a quelle di Comunità: quale vocazione?* <http://www.lombardiasociale.it/2022/02/28/dalle-case-della-salute-alle-case-della-comunita-quale-vocazione/>

L. Giudice, E. Mallarini, L.M.Preti, V. Rappini “Case della salute: evoluzione delle configurazioni tra fisico, digitale e ruolo della rete”

Cap. 13 Oasi 2021 – CERGAS Università Bocconi

<https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%2013%20Rapporto%20OASI%202021.pdf?RrVyrxtlUNlygRvQiWzT0EWz4RQ87aNn=>

M.Noli Centrale Operativa Territoriale e PUA: quale possibile integrazione» in <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2021/10/centrale-operativa-territoriale-e-punto-unico-di-accesso-quale-possibile-integrazione>

F. Pesaresi “Le Case della Comunità. Come saranno in <https://francopesaresi.blogspot.com/2022/03/le-case-della-comunita-come-saranno.html>

V. Ghetti “Case della comunità che fare» in <http://www.lombardiasociale.it/2022/02/11/case-della-comunitache-fare/>

V. Ghetti “Work in progress sui luoghi della comunità http://www.lombardiasociale.it/2022/01/21/work-in-progress/?doing_wp_cron=1657724121.1948709487915039062500





grazie
nolimarc@gmail.com