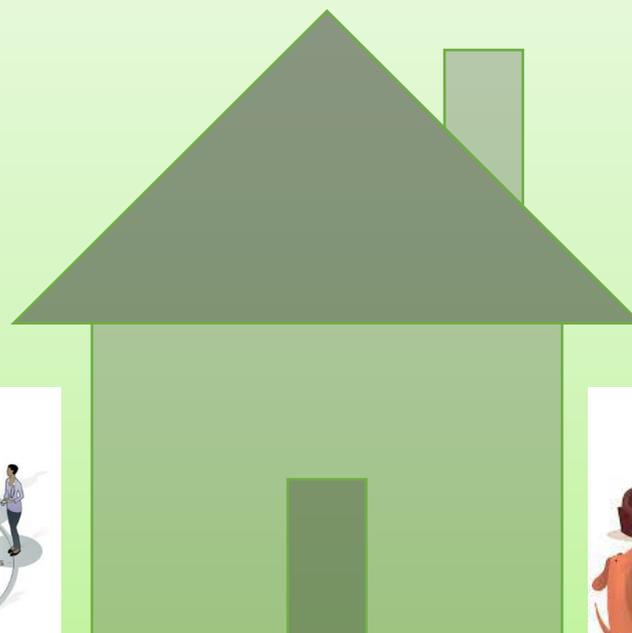


PROGETTI Case della Comunità



ANCI Salute – Tavolo Cronicità e Fragilità
Assemblea 25 gennaio 2023

I progetti e i componenti del Tavolo

- **ANIF** (Associazione Nazionale Impianti sport&fitness) - Progetto «Case di Comunità e Centri Sportivi della Salute: il nuovo welfare territoriale di prossimità»
- **FEDERFARMA Lombardia** – Progetto «Sviluppo e attivazione del Dossier farmaceutico» e Progetto «Avvicinare la sede di somministrazione della terapia al domicilio dei pazienti cronici e monitoraggio dell'aderenza alla terapia»
- **IRCCS Mario Negri** – Progetto conoscitivo sulle Case di Comunità di RL
- **ASST di Brescia, Crema, Lecco e Lodi**

Coordinatori: Sara Santagostino (ANCI, Sindaco di Settimo Milanese)

Diego Maltagliati (Direttore Sociosanitario ASST Crema)

LA C.d.C. e le sue POSSIBILI FUNZIONI secondo ANCI

AREE DI INTERVENTO DELLE CASE DI COMUNITÀ

PROMOZIONE E PREVENZIONE DELLA SALUTE

Vaccinazioni dell'età evolutiva e dell'adulto
Screening oncologici
Educazione alla salute
Progetti di comunità su stili di vita salutari.
Promozione della salute nelle scuole
Orientamento scuola e lavoro
Progetto ambiente
Progetto lettura
Integrazione stranieri : conoscere la lingua e la società
Misure prevenzione delle dipendenze

SALUTE E BENESSERE DONNA-FAMIGLIA-INFANZIA

Percorso nascita
Promozione allattamento al seno
Bilancio di salute post-nascita e home visiting
Disabilità in età pediatrica
Programma DSA
Percorso maltrattamento minori
Prevenzione della violenza domestica
Progetto adolescenza
Mediazione familiare
Dopo di Noi
Sostegno genitori separati
Guida alle adozioni e affidamenti

CRONICITÀ E FRAGILITÀ

Presenza in carico della popolazione con malattie croniche
Gestione integrata della fragilità
PDTA condizioni croniche nell'adulto (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)
Continuità assistenziale
Cure primarie
Telehealth
Prevenzione secondaria: promozione di stili di vita salutari
Attività fisica per tutti
Ambiente domestico sicuro
Prevenzione delle cadute

SUPPORTO ALLA NON AUTOSUFFICIENZA

Assistenza domiciliare e Protesica
Farmaceutica territoriale
Misure per la disabilità e la gravissima disabilità
Commissione invalidi
Programma disturbi cognitivi e demenze
Caffè Alzheimer
Progetti di vita per la disabilità
Mai più soli
Educazione e orientamento all'assistenza in famiglia
Gestione e supporto del burden caregiver
Nursing nel fine vita

Ruoli di riferimento: IFoC, MMG, Assistenti Sociali, Ostetriche, Educatori, Medici specialisti, Docenti Scuola, Amministratori Locali, Volontari

ENTI: Comuni, Scuole, ASST, ATS, Uffici di Piano, CRT MMG, Terzo Settore, Enti formativi per l'inserimento al lavoro, Imprese

Azioni strategiche condivise dal GdL

- ❖ Occorre lavorare sulla **ricomposizione della frammentazione** delle cure primarie e dei servizi territoriali ma ... **Non bisogna sempre aggiungere!**
- ❖ La ricomposizione deve risultare non dalla sommatoria dei Servizi territoriali ma dalla loro riorganizzazione ed **integrazione**
- ❖ Occorre lavorare **tra Istituzioni** (ATS, ASST, Amministrazioni, Gestori privati, Terzo Settore) e **tra Professionisti** (Medici di famiglia e Specialisti, Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori etc.) appartenenti alle differenti Istituzioni, tenendo conto anche delle differenze contrattuali esistenti

Il Valore e la fatica dell'Integrazione

Consistono:

- Nell'operare uno sforzo profondo di **revisione culturale** (nel senso di cultura aziendale), in ottica reale di sistema
- Nel rimappare i processi interni e nell'attribuire ai componenti dell'organizzazione nuove funzioni accanto a quelle preesistenti
- Nel riposizionare l'Azienda rispetto agli altri attori del sistema , nel caso dell'ASST con compiti non solo di erogazione, ma anche di **regia** e di governance a livello del suo territorio di riferimento
- Nel contribuire a ridisegnare, e successivamente nel gestire, nuove reti e nuovi percorsi, senza ritenersi soggetti avulsi dagli stessi, ma **parte centrale ed integrante di un unico sistema socio sanitario e sociale**

Il RUOLO delle REGIONI per FAVORIRE L'INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE



- Assumere come **Obiettivi** per lo sviluppo locale la salute e l'offerta dei servizi sociali
- Favorire **Associazioni e Consorzi Intercomunali** per un **dialogo tra Distretto e Ambito Sociale**
- Fissare le **risorse finanziarie con vincolo** alla programmazione condivisa
- Facilitare l'istituzione dei **Punti Unici di Accesso (PUA)** per gli orientamenti e le risposte sociosanitarie ed il loro collegamento/integrazione con le **Centrali Operative Territoriali (COT)** per i percorsi e le prestazioni più appropriate
- Prevedere **collegamenti stabili per le fragilità e la cronicità** tra **medicina generale** e **servizi sociosanitari e sociali**

Che tipo di Casa della Comunità?

Si possono immaginare 3 tipologie di CdC:

- CdC dotata solo di **Servizi Sanitari e Sociosanitari** (modello Case della Salute/PreSST)
- CdC sociosanitaria integrata (**servizi sanitari + servizi sociali**)
- Casa della Comunità in senso pieno (**servizi sanitari + servizi sociali + Reti** e risorse della Comunità)

Interessante sarà il risultato dell'analisi conoscitiva condotta dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

- La contiguità tra i servizi è condizione importante/necessaria ma non sufficiente
- Il tema vero è: **come lavorare per «inaugurare» delle CdC che siano davvero strutture a disposizione della comunità** e dove dare risposta ai bisogni delle persone, partendo dalle categorie più fragili?

POSSIBILI FASI di RIORGANIZZAZIONE della MEDICINA TERRITORIALE presso la C.d.C.

IN AVVIO

(ad oggi 87 MMG + 18
PLS + 24 MCA)

Costituzione di un punto servizi di
MMG - PLS



A REGIME

Team multidisciplinare di MMG e
PLS in integrazione con altre
figure professionali, sanitarie e
sociali riuniti in una o più AFT



INDICATORI DI ATTIVITÀ DELLE CASE DI COMUNITÀ IN LOMBARDIA

DATI PRELIMINARI (n=24)

Indicatore	SI	NO
Bacino di utenza definito	18	6
Numero telefonico dedicato	14	10
Nomina del responsabile	10	14
Presenza di medici di medicina generale	10	14
Presenza di ambulatori specialistici	18	6
Invio diretto del medico di medicina generale agli specialisti	5	19
Interazione tra medici di medicina generale e specialisti	3	21
Presenza volontariato/terzo settore	12	12
Presenza servizi sociali	4	20
Locali per riunioni dei cittadini	6	18
Continuità assistenziale/Guardia medica	13	11

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE CASE DI COMUNITÀ IN LOMBARDIA - Angelo Barbato, Alessandro Nobili - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano.

NODI PRINCIPALI da sciogliere

- Il **«peso» e la novità** del Distretto e di chi dovrà dirigerlo
- Il tema delle **infrastrutture** e dei **trasporti** per raggiungere la CdC
- Il problema della **scarsità rispetto al fabbisogno** e della **reperibilità** effettiva delle figure professionali (Medici e IFeC ma anche Assistenti Sociali ed Educatori)
- Presenza **nell'èquipe di coordinamento** di riferimenti interni o di **collegamento** con **Farmacisti/Farmacie** (Farmacie di Comunità o Servizio di Farmacia Territoriale di ASST)
- Possibilità effettiva di prevedere **convenzioni o collegamenti integrati** con **Centri Sportivi per promuovere la somministrazione dell'esercizio fisico come «farmaco naturale»**

CONCLUSIONI

- Alcune esperienze dimostrano che in Sanità interlocuzioni e reti già esistono, ma realtà diverse fanno comunque fatica a dialogare e ad integrarsi tra loro
- I progetti degli Enti Confederati mirano principalmente **all'integrazione di operatori e proposte** partendo dall'analisi della presa in carico successiva alla diagnosi per arrivare in futuro a lavorare sulla prevenzione

Partiamo da ciò che c'è; costruiamo una CdC ideale e proviamo a sperimentarla dando il tempo alla stessa di «calarsi» nella realtà in cui opera. Sicuramente ci vorrà del tempo, ma diversamente rischieremmo di aprire delle succursali delle strutture sanitarie e falliremmo l'obiettivo perseguito con l'ideazione di queste strutture