



## Case di Comunità una proposta per il territorio del Distretto di Lecco

### Tavolo Istituzionale per l'Integrazione Sociosanitaria - Distretto di Lecco

- Distretto di Lecco - Ambiti di Bellano Lecco e Merate
- OPMCeO- Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri – Lecco
- OPI -Ordine Professioni Infermieristiche – Lecco
- FEDERFARMA Lecco
- Cosma Coop. Prov. Medici Medicina Generale Lecco
- Confcooperative dell'Adda – Lecco
- CSV – Centro Servizi Volontariato Monza Lecco Sondrio
- ATS Brianza
- ASST Lecco

24.11.2021

## Sommario

<b>1. Premessa</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Introduzione</b> .....	<b>2</b>
<b>3. Bisogni</b> .....	<b>4</b>
<b>4. Case della Comunità' - Inquadramento</b> .....	<b>4</b>
4.1 Dimensionamento del Distretto di Lecco .....	5
<b>5. Organizzazione Casa della Comunità</b> .....	<b>6</b>
5.1 Inquadramento generale .....	6
5.2 Regolamento / Carta dei servizi della Casa della Comunità .....	10
<b>6. Il disegno territoriale</b> .....	<b>10</b>
<b>7. Servizi</b>	
Com.20uni.....	<b>13</b>
<b>7.1 Servizi di accoglienza – Front office</b> .....	<b>13</b>
<b>7.2 Tecnologia di servizio</b> .....	<b>13</b>
7.2.1 <b>Telemedicina</b> .....	<b>14</b>
7.2.1.1 <b>Telerefertazione</b> .....	14
7.2.1.2 <b>Telemonitoraggio</b> .....	14
7.2.1.3 <b>Televisita e Teleconsulto</b> .....	14
7.2.1.4 <b>Teleassistenza</b> .....	14
<b>8. Area Medica</b> .....	<b>14</b>
<b>9. Area Servizi Sanitari</b> .....	<b>16</b>
9.1 <b>Specialistica</b> .....	16
9.2 <b>Diagnostica di I Livello</b> .....	17
9.3 <b>Farmacia dei servizi</b> .....	17
<b>10. Infermiere di Famiglia</b> .....	<b>18</b>
<b>11. Servizi alla persona e raccordo con le reti d'offerta territoriale</b> .....	<b>18</b>
<b>12. Cittadini, partecipazione e promozione della responsabilità</b> .....	<b>20</b>
<b>13. Gestione della cronicità</b> .....	<b>20</b>
<b>14. Formazione del capitale umano</b> .....	<b>21</b>
<b>15. Governance della Casa della Comunità</b> .....	<b>22</b>
<b>16. Conclusioni e prospettive di lavoro</b> .....	<b>23</b>

## 1. Premessa

Il presente documento ha come obiettivo quello di fornire indicazioni e suggerimenti per promuovere l'attivazione delle Case della Comunità nel Distretto di Lecco (Ambiti di Bellano, Lecco e Merate) a partire dai documenti ufficiali ma provando a introdurre tutti quegli elementi che provengono dalle esperienze acquisite in questi anni di attività, lavorando a stretto contatto con i bisogni, le problematiche e le peculiarità del sistema sanitario, sociosanitario e sociale lombardo. Territorio, il nostro, che ha come caratteristica la capacità di fare sintesi e trovare convergenze su più livelli, cercando in modo costante elementi di innovazione sia di processo che di offerta. Solo per citarne alcune, l'esperienza aggregativa dei MMG che oggi vede la presenza della Cooperativa COSMA, una programmazione sociale comune ai tre Ambiti territoriali attiva dal 2012 attraverso il Piano di Zona Unitario, la presenza di un Terzo settore organizzato sia sul versante associativo anche attraverso il CSV locale, sia sul versante della Cooperazione sociale attraverso Confcooperative dell'Adda e il Consorzio Consolida. Terzo settore con il quale gli enti locali hanno sviluppato, da anni, forme di coprogettazione avanzata come, ad es., nel bellanese tra Comunità Montana della Valsassina e il Consorzio di Cooperative Consolida o l'innovativa esperienza rappresentata dall'Impresa Sociale Consorzio Girasole, società mista costituita fra 26 Comuni dell'Ambito di Lecco, Cooperative e Associazioni di volontariato, improntata a promuovere nuove forme di welfare territoriale e di prossimità.

La proposta descritta di seguito cerca di focalizzare l'attenzione **sul "contenuto" più che sul "contenitore"**, convinti che questa sia la strada migliore per costruire qualcosa di sostenibile e di immediato impatto per i cittadini. E' comunque fondamentale che anche il *contenitore* (e non ultimo anche la sua collocazione geografica) non sia totalmente avulso dal contenuto e dal contesto. In questo senso la stretta relazione fra soggetti istituzionali, nella dialettica con gli altri interlocutori territoriali, deve segnare una prospettiva di **innovazione del metodo con cui si operano le scelte importanti per il territorio**.

Siamo convinti che mai come ora, di fronte agli investimenti del PNRR, sia il momento di superare autoreferenzialità, interessi particolari pur legittimi, per definire insieme, attraverso un processo partecipativo e aperto, capace di sviluppare forme reali di coprogrammazione e coprogettazione come indicato dalla normativa, un sistema di servizi realmente in grado di rispondere ai bisogni della cittadinanza e di realizzare quel processo di integrazione sociosanitaria sempre auspicato ma non ancora compiuto in Regione Lombardia.

Il Tavolo distrettuale per l'Integrazione Sociosanitaria, insieme alla Cabina di Regia, deve rappresentare il luogo della governance e della capacità di dare una risposta di Sistema che modifichi realmente il quadro dell'offerta al cittadino, ricomponga le competenze e i ruoli, definisca il nuovo paradigma della cura e del benessere.

Questo documento, nel rispetto delle specificità territoriali vuole offrire

- alcune indicazioni concrete per il territorio della provincia di Lecco
- elementi di sperimentazione distrettuale che possano aprire un confronto permanente ed orientato al miglioramento continuo con le altre realtà della nostra ATS

Dalla recente e drammatica esperienza della pandemia può nascere un modello diverso di concepire e promuovere la salute sul territorio, non come fatto in sé, ma come capacità continua di affrontare i problemi delle persone in chiave sistemica, ricercando con sguardo multidisciplinare e comunitario risposte concrete e sostenibili.

**Il presente documento si pone come contributo plurale e come strumento di lavoro** da approfondire e condividere ai diversi livelli, con l'aspettativa che venga tenuto vivo un dibattito reale, sia a livello del confronto regionale, sia a livello di ATS Brianza e ASST Lecco, condividendo il comune senso di responsabilità pubblica che attraversa tutti gli attori territoriali, sia pubblici che del terzo settore.

## 2. Introduzione

In questi giorni stiamo assistendo ad un intenso quanto variegato dibattito intorno all'organizzazione della sanità territoriale che investe diverse problematiche, dall'utilizzo dei fondi previsti dal PNRR nazionale, alla rivisitazione dell'Accordo Nazionale dei Medici di Famiglia, alla revisione della Legge 23 di Regione Lombardia. ANCI ed Enti locali sottolineano la necessità di cogliere gli intrinseci e inderogabili aspetti legati alla necessità di una svolta della relazione fra sanitario e sociale, riportando a unitarietà le politiche di

cura rivolte alla cittadinanza. L'attesa dell'oggi, resa ancor più evidente dalla recente pandemia che ha fatto emergere e rimesso in discussione contraddizioni e necessità di intervento che erano comunque già presenti, è quella di pensare ad un welfare della prossimità, smobilitando le autoreferenzialità di sistemi che, al di là del dichiarato, sono concepiti nei fatti ancora come contrapposti e l'uno (sociale) subalterno all'altro (sanitario). Sarebbe auspicabile, a questo riguardo, un miglior coordinamento delle politiche regionali in occasione delle riforme in corso.

Il presente documento intende dare un contributo concreto al percorso per generare una sanità all'altezza delle aspettative dei cittadini. E per fare questo si è volutamente limitata l'attenzione al tema delle Case della Comunità nell'area del Distretto di Lecco.

Pur mantenendo uno sguardo aperto a problematiche per lo più comuni a tutta la Regione, si vuole sottolineare come sia importante dare significato al concetto di "Territorio" che ha al suo interno anche quello di "territorialità" vale a dire la capacità di fare e progettare soluzioni condivise e previste a livello nazionale e regionale nella realtà culturali, geografiche e storiche periferiche, interpretando le esigenze specifiche e le peculiarità di ogni comunità.

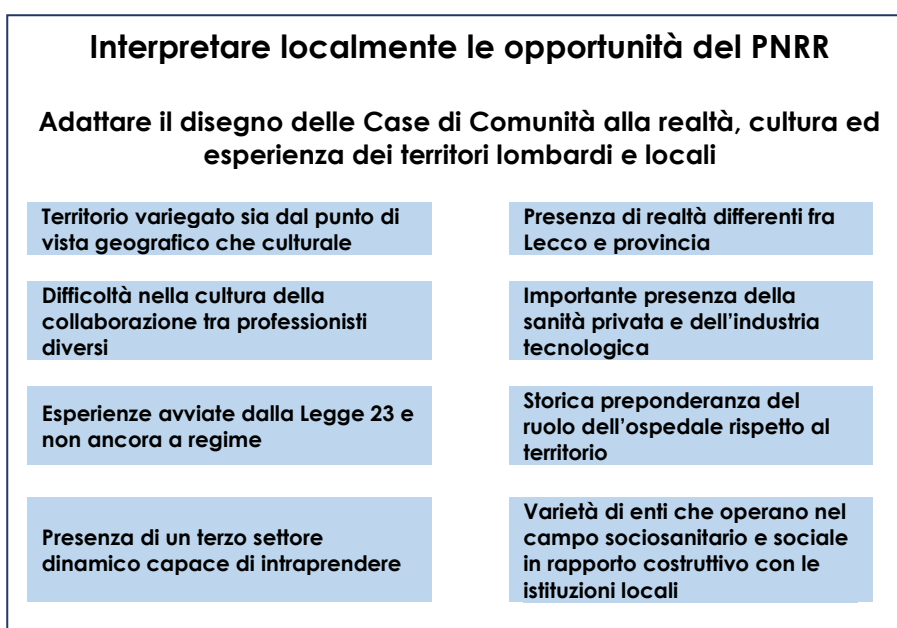


Figura 1 Necessità di adattare alla esperienza Lombarda e locale

Il presente documento si vuole porre quindi come "strumento di lavoro" del **Tavolo Istituzionale per l'integrazione sociosanitaria del Distretto di Lecco** per facilitare un percorso che possa fare uscire le "Case di Comunità" dal rischio di una logica solo "edilizia" o di "problematica solo amministrativa", verso una declinazione come risorsa reale per lo sviluppo del welfare locale. Peraltro, sarebbe poco opportuno non considerare le esperienze delle Regioni dove strutture simili denominate "Case della Salute" sono già state ampiamente avviate. Ci rendiamo conto che uno degli sforzi sarà quello di adattare queste soluzioni nate in altri contesti geografici, culturali e sociali, alla realtà lombarda, considerando e facendo tesoro, in primo luogo, di tutta un'esperienza acquisita, per esempio, sulla problematica della cronicità che ha posto Regione Lombardia all'avanguardia nella applicazione del Piano Nazionale della Cronicità.

Si tratta di una proposta adattabile, flessibile e modificabile secondo le differenti realtà e le relazioni che si andranno a realizzare e a rafforzare con tutti i soggetti coinvolti. Anche perché è proprio sulla capacità di intessere relazioni e di **fare rete attorno alle persone** che si basa l'esperienza acquisita in questi anni di lavoro sul versante della cronicità ed in generale della fragilità, sul territorio della provincia di Lecco.

Come illustrato nel documento del Distretto di Lecco del 13.09.2021, nei diversi Ambiti territoriali sono state avviate esperienze con specifiche caratterizzazioni che vanno tenute in attenzione, ripristinando un dialogo fra programmazione sanitaria e sociale che favorisca lo sviluppo di policy integrate e improntate ad una prossimità capace di riportare il tema della salute a casa, nei luoghi di vita. Una buona sanità è condizione per una buona vita delle persone e delle comunità, non una tecnicità.

La pandemia ha reso più evidente una domanda di fiducia, un'aspettativa di riferimenti chiari e meno burocratizzati, di sentirsi riconosciuti come persone e non solo come pazienti/utenti: si sente la necessità di un medico di famiglia sgravato da incombenze amministrative e formalità, che abbia in carico le persone e le famiglie, di farmacie di fiducia che possano informare e orientare le persone, di una telemedicina che possa diventare uno strumento realmente utile nel percorso di salute, di un'assistenza domiciliare non solo prestazionale ma attenta ad una prossimità relazionale, di supporto, di consulenza e capace di una maggiore attenzione ai bisogni delle persone fragili e delle loro famiglie.

Il bisogno sanitario apre le porte di case inesplorate, di famiglie sconosciute ai servizi sociali e assistenziali, permette di porre un'attenzione complessiva ai nuclei, di valutare l'impatto che la malattia, la fragilità, la prospettiva di perdita hanno sulla qualità della vita familiare.

### 3. Bisogni

<b>VICINANZA/PROSSIMITA'</b>	<b>SEMPLIFICAZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vicino alla mia abitazione</li> <li>- Viene a casa mia</li> <li>- E' parte della mia comunità</li> <li>- Capace di ascolto e comprensione dei problemi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesco a fare tutto senza dover...</li> <li>- Quello che devo fare è chiaro</li> <li>- Si spostano i dati e non le persone</li> </ul>
<b>ACCESSIBILITA'</b>	<b>RICONOSCIBILITA'</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trovo qualcuno che mi ascolta</li> <li>- Posso accedere liberamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- So a cosa serve</li> <li>- Mi risolve i problemi</li> </ul>

Figura 2 Principali bisogni a cui dare una risposta

In un quadro complesso, come quello sanitario che la pandemia ha contribuito a rendere più confuso e gravoso, appare **sempre più utile partire dai bisogni**. In questi anni di esperienza abbiamo ben compreso che il quadro dei bisogni si può riassumere in quattro aspetti:

- **Vicinanza e prossimità:** una sanità vicino a dove abito (che va anche a casa nei casi più complessi) che sa ascoltare e comprendere i problemi delle persone e ricollocarli e che è parte integrante della mia comunità
- **Semplificazione:** quello che devo fare è chiaro e comprensibile, riesco a fare tutto senza dover..., una sanità dove si spostano i dati e non le persone
- **Accessibilità:** un posto dove trovo sempre qualcuno che sta a sentire i miei problemi di salute (e magari non solo quelli) e che ha orari compatibili con quelli della mia vita sociale e lavorativa
- **Riconoscibilità:** conosco i servizi che mi vengono offerti a che cosa servono e come mi sono utili a risolvere i miei problemi

Queste sono le quattro aree di bisogno raccolte e che abbiamo visto essere anche alla base della discussione sul nuovo assetto della sanità territoriale. Si tratta di averle sempre presenti nella identificazione delle soluzioni che si vorrà apportare al sistema.

### 4. Case della Comunità' - Inquadramento

In questo documento verrà presa in considerazione la Casa di Comunità per la centralità del suo ruolo nel disegno della Riforma, e perché sarà il luogo dove si sperimenterà in maniera prioritaria e rilevante il concetto di integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali attorno alla persona. Dal suo esito dipenderà molto del futuro assetto del sistema sanitario e assistenziale.

*"D'altra parte non ci sono altre scelte: o si costruisce una casa comune, un sistema attrezzato dei servizi territoriali sociali e sanitari, in cui una molteplicità di soggetti dai medici di famiglia gli infermieri, dagli operatori della prevenzione agli assistenti sociali trovano le condizioni adatte per poter realizzare insieme progetti di salute e di cura oppure l'alternativa è quella della diaspora e della frammentazione e infine, della totale privatizzazione del settore"* (Bruno Benigni atti del Congresso le Cure Primarie le Case della Salute, Roma 2003)

Come evidente, stiamo trattando di realtà non nuove, ma già immaginate e descritte circa vent'anni fa. Nel convegno prima citato, venivano anche elencati gli ostacoli alla realizzazione di queste strutture: la difficoltà di coinvolgimento dei medici di famiglia, la separazione del sociale, la resistenza alla prevenzione. Tutti aspetti ancor attualissimi. A riprova di questo è interessante notare come alcuni di questi concetti siano stati ripresi oggi nei documenti sia nazionali che regionali sulla Casa della Salute.

Lo sforzo da compiere oggi è quello di riprendere tali aspetti generali e di tradurli nel contesto locale, elaborando una proposta progettuale capace di declinare in forma integrata quelle risposte sanitarie e sociali che le persone attendono per migliorare la propria qualità di vita.

#### 4.1 Dimensionamento del Distretto di Lecco

La popolazione del Distretto di Lecco è di 337.087 abitanti suddivisi in 84 comuni su di un'area di 807 Km<sup>2</sup> con una densità di 418 abitanti per Km<sup>2</sup>. Numeri molto differenti dalla restante parte del territorio dell'ATS Brianza: per es., la densità nella zona di Monza è di 3.406 abitanti per Km<sup>2</sup>. Questo dato deve essere anche visto insieme al dato del numero dei comuni: Monza e Vimercate raggruppano insieme 55 comuni, la provincia di Lecco 84 a fronte di un numero molto ridotto di popolazione (Monza e Vimercate insieme fanno oltre 870.000 abitanti).

DISTRETTO	Ambito	Popolazione ISTAT 2020			AREA		
		MASCHI	FEMMINE	TOTALE	Km <sup>2</sup>	Ab/Km <sup>2</sup>	N. COMUNI
LECCO	Bellano	26.410	26.755	53.165	458	116	29
	Lecco	80.430	83.186	163.616	218	751	31
	Merate	59.429	60.877	120.306	130	925	24
	<b>TOTALE</b>	<b>166.269</b>	<b>170.818</b>	<b>337.087</b>	<b>807</b>	<b>418</b>	<b>84</b>

Figura 3 Popolazione della Provincia di Lecco (Fonte ATS Brianza)

Questi dati sono molto importanti da considerare quando parliamo della distribuzione delle Case della Comunità sul territorio. Il testo del PNRR non prevede un numero definito di popolazione per una Casa di Comunità, ma se ne ipotizza una ogni circa 40.000 abitanti. Nel documento tecnico di AGENAS (facendo salva la suddivisione tra Hub e Spoke) viene prevista una Casa di Comunità ogni 30/35.000 abitanti nelle aree metropolitane (generalmente Hub) ed una ogni 20/25.000 nelle aree urbane e suburbane e una ogni 10/15.000 nelle aree interne rurali (generalmente Spoke). Questo ovviamente per "favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità d'accesso in particolare nelle aree interne e rurali".

La proposta di modifica della legge 23 approvata dalla Giunta di Regione Lombardia riporta l'asticella a 50.000 abitanti e lo stesso criterio viene applicato nella delibera regionale che definisce le regole delle Case di Comunità sul territorio metropolitano della città di Milano.



Figura 4 Dimensionamento Case della Comunità - Confronto

Questa varietà di dimensionamenti deve essere declinata anche sul territorio lecchese, tenendo conto della distribuzione della popolazione su un territorio ampio e variegato che non facilita la prossimità e delle distanze chilometriche (ed accessibilità) tra le diverse Case di Comunità ed i luoghi di produzione di prestazioni sanitarie della zona (ospedali, poliambulatori, laboratori, ecc.). A ciò si aggiunge la presenza di diversi Comuni afferenti ad un 'Area Interna, con le caratteristiche proprie di tale connotazione di

disagio locale<sup>1</sup> quali il depauperamento, un sistema di mobilità frammentato, la minor presenza di servizi essenziali, fenomeni di spopolamento che riguardano in particolare i giovani.

E' peraltro ovvio che altre variabili devono essere considerate. Una di queste è l'età media della popolazione o meglio ancora la prevalenza di una popolazione anziana sul territorio.

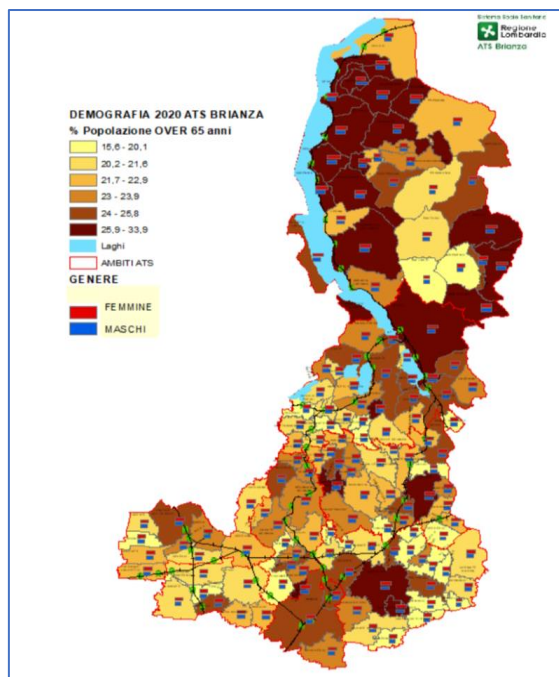


Figura 5 Popolazione over 65 anni (fonte ATS Brianza)

L'età media (quindi la concentrazione di popolazione anziana) è, per esempio, più rilevante in alcune zone della provincia (per es., la fascia che si affaccia sul lago e la Valsassina). Questo porta con sé tutta una serie di problematiche legate alla fragilità e ad una maggiore incidenza di patologie croniche; quindi, ad una maggiore richiesta di servizi sanitari e sociosanitari in determinate zone rispetto ad altre.

La presenza di persone con particolari patologie e il quadro della richiesta di prestazioni sanitarie e sociosanitarie che provengono da determinati contesti, sono dati in disponibilità dell'ATS che, se opportunamente analizzati, possono offrire elementi utili per l'analisi dei fabbisogni. E' quindi possibile ricavare elementi utili per l'organizzazione logica delle Case di Comunità, la loro struttura, l'accessibilità e la disponibilità del trasporto pubblico, la riconoscibilità e la disponibilità di spazi organizzati in maniera funzionale ed adeguata alla struttura.

Il documento del Distretto evidenzia inoltre il tema dell'attenzione all'area materno infantile/minorile e la necessità di ripensare nei territori servizi di prossimità a sostegno delle fragilità familiari e delle povertà educative e relazionali che la pandemia ha messo in maggiore evidenza.

## 5. Organizzazione Casa della Comunità

### 5.1 Inquadramento generale

Nel descrivere la possibile organizzazione all'interno delle Case di Comunità, si è utilizzata l'immagine di un tempio greco con quattro colonne, un tetto ed una base a supporto di tutta la struttura.

I quattro pilastri rappresentano le quattro aree/ servizi che compongono la struttura:

- 1) area della medicina di famiglia, continuità assistenziale, gestione della cronicità
- 2) area dell'assistenza specialistica e della diagnostica di primo livello, farmacia dei servizi
- 3) area dei servizi di assistenza sanitaria e sociale (infermiere di famiglia) e volontariato incentrate sul concetto di domiciliarità e di supporto alla mobilità delle persone anziane e disabili.

<sup>1</sup> Deliberazione n °X/5799 del 18.11.2016 "Individuazione dei territori di "Appennino lombardo- Oltrepò pavese e di "Alto lago di Como e Valli del Lario" quali nuove aree interne in attuazione della DGR 4803/2016"

- 4) area dei servizi alla persona che racchiude le attività attualmente di competenza degli enti locali come i servizi sociali, le unità d'offerta sociali e sociosanitarie, educative gestite da enti pubblici e terzo settore semiresidenziali e residenziali e, più in generale, tutte le attività che rispondono con diverse modalità e mezzi ai bisogni di fragilità sociale.



Figura 6 Schema descrittivo Casa della Comunità

Alla base di queste quattro aree sono previste le attività di supporto in grado di farle funzionare al meglio, stimolando quell'integrazione tra i vari servizi alla base di questo modello di Case di Comunità.

Fra queste attività vi sono quelle di Front office – Servizi di Accoglienza e Ascolto (di estrema importanza, evoluto e multidisciplinare ed in grado di accompagnare le persone verso il servizio più appropriato), la telemedicina/teleassistenza con tutte le sue declinazioni, la telefonia di prossimità, ma anche tutti quegli aspetti necessari affinché l'organizzazione logistica delle CdC possa funzionare.

Il tutto in un modello in cui ogni area/colonna è essa stessa un servizio di supporto alle altre aree/colonne. Ovviamente ogni CdC dovrà essere "personalizzata" sulla base delle differenti dimensioni, caratteristiche, bisogni, territorio, secondo la differenziazione in strutture Hub e Spoke come da documento di AGENAS sotto richiamato



Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Programmi di screening	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO

Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi Sociali	RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Figura 7 Descrizione dei servizi previsti nel documento AGENAS

Al di sopra delle varie aree, quasi a riunirle e come un vero e proprio tetto, a proteggerle e a dare unitarietà, vi sono i meccanismi di una governance integrata, che dovrebbero permettere il corretto ed integrato funzionamento del sistema.

Le modalità e il funzionamento della governance (cfr. punto 15) devono prevedere un ampio livello partecipativo dei soggetti che concorrono al presidio di tutte le aree di servizi previste, insieme ad una struttura organizzativa e gestionale a livello del territorio d'Ambito che dovrà assicurare al Sistema Sanitario Regionale il buon funzionamento gestionale ed economico della Casa di Comunità, organizzare i servizi comuni e favorire le sinergie tra le varie aree/colonne. Non ultimo, costruire **quel senso di appartenenza che è in grado di generare motivazione.**

È utile prevedere da subito che da una prima impostazione per aree/colonne (tempo necessario a mettere a punto l'offerta specifica), si passi ad una impostazione funzionale "per percorsi" dando centralità alle persone piuttosto che alle prestazioni. In questo senso è assolutamente importante ricondurre gli aspetti del bisogno sanitario al più complessivo progetto sulla qualità del vivere, prevedendo un approccio sistemico e una regia dei progetti individuali/familiari nel contesto comunitario. Si apre in questo modo la possibilità di attivare percorsi di continuità assistenziale a **sostegno della domiciliarità come condizione prioritaria**, senza dimenticare la dimensione della relazionalità, dei rapporti di vicinato, dell'appartenenza comunitaria come aspetti che salvaguardano e tutelano la qualità della vita delle persone. Condizioni imprescindibili per il benessere tanto e quanto gli interventi specifici di natura sanitaria e assistenziale. Domiciliarità è un concetto che si appaia ad *appartenenza, riconoscimento, reciprocità, che richiede* forme di custodia sociale "diffuse", ponendo attenzione alle persone fragili e ai loro caregiver per evitare che dentro le mura di casa si generino nuove forme di solitudine accudita. Serve affiancare

alle Case di Comunità *luoghi, servizi e modalità capaci di custodire oltre che di avere cura*, strutturando relazioni stabili con le reti rinnovate delle unità d'offerta semiresidenziali presenti nei diversi territori.

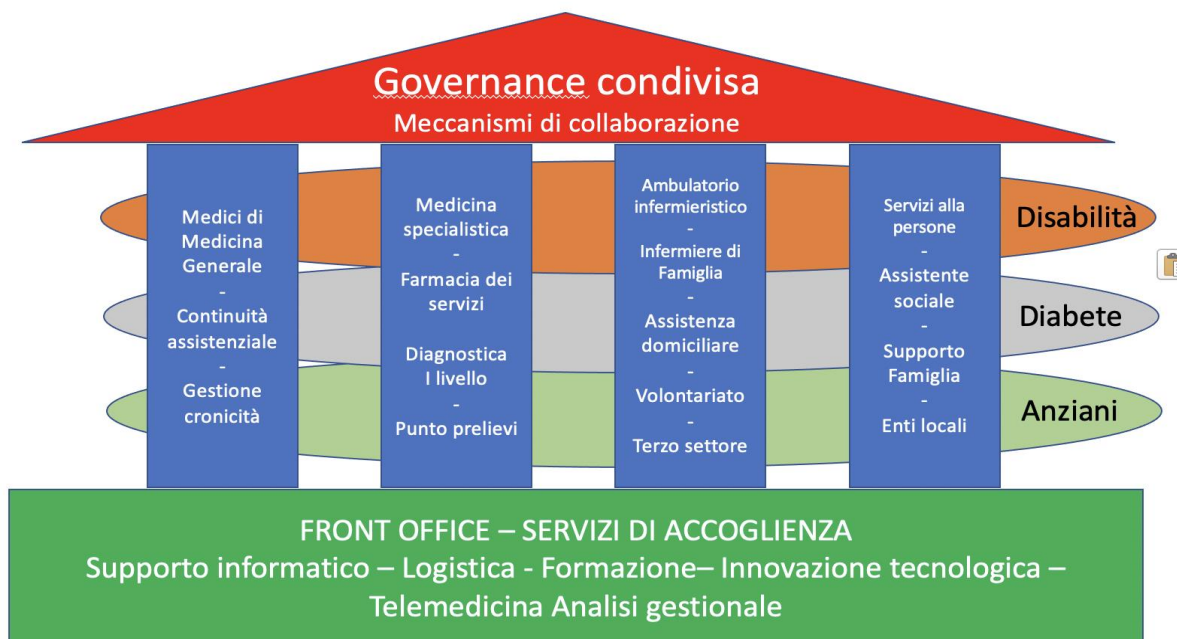


Figura 8 Impostazione a percorsi funzionali con integrazione

Per fare questo, specialmente nelle prime fasi, è opportuno che i vari servizi imparino a lavorare tra di loro in maniera sinergica, per evitare che aree differenti lavorino assieme solo ed unicamente per il fatto che stanno nella stessa struttura. Questo è uno dei rischi che una visione troppo semplicistica dell'aspetto organizzativo potrebbe generare.

Sicuramente un altro rischio è quello di concepire queste nuove realtà soltanto come "strutture fisiche" caratterizzarle come "**luoghi privilegiati per la programmazione**" che hanno anche una funzione di "regia" sulle attività che vengono svolte sul territorio di pertinenza. Un aspetto che supera la visione della Casa di Comunità come una sorta di poliambulatorio evoluto" verso una visione di gestione della salute territoriale più matura e integrata con l'offerta sociale.



Figura 9 Versione integrata della Casa della Comunità

## 5.2 Regolamento / Carta dei servizi della Casa della Comunità

Le Case di Comunità dovranno essere dotate di un documento organizzativo/programmatico accessibile a tutti i cittadini, che le presenti per la loro natura di Centri Multiservizi di riferimento territoriale. Un documento che evidenzia non solo tutte le attività che si svolgono all'interno della struttura e le modalità del loro funzionamento e le varie responsabilità, ma anche la struttura a rete di supporto che si sviluppa sul territorio, le modalità di consultazione attiva delle persone, superando l'approccio formale della customer. La Casa di Comunità dovrà favorire occasioni periodiche e strutturate di confronto con la popolazione, gli amministratori locali, gli stakeholder affinché la Casa di Comunità sia realmente tale. Condizione irrinunciabile se si vuole far crescere il valore e il legame, il senso di "appartenenza" ai propri servizi che è ancora molto forte nel territorio.

## 6. Il disegno territoriale

Come anticipato nel documento del Distretto di Lecco del 13.09.2021, la programmazione territoriale in vista del prossimo Piano di Zona Unitario intende collegare lo sviluppo delle Case di Comunità ad un reale processo di integrazione sociosanitaria, obiettivo di tutte le normative regionali ma, ad oggi e purtroppo, incompiuto.

A partire dal 2012, Distretto/Ambiti hanno definito forme di governance partecipate sul piano politico/istituzionale (CDR di Lecco e, dal 2015, **Ufficio di Coordinamento dei Sindaci della provincia Lecco**) e sul piano tecnico (**Ufficio dei Piani Distrettuale**) e sviluppato un forte lavoro di relazione con il Terzo Settore attraverso innumerevoli iniziative che hanno visto il coinvolgimento sia dell'Associazione che della Cooperazione sociale locale in comuni investimenti progettuali ed economici, in forte partnership con le Fondazioni. Con il Piano di Zona 2018-2020 si è costituito il **Laboratorio permanente per lo sviluppo territoriale** che vede coinvolte le tre Gestioni Associate, gli Ambiti, Confcooperative, CSV Monza Lecco Sondrio, Fondazione Comunitaria del Lecchese quale livello di sintesi e coordinamento delle iniziative e delle relazioni. Tutta la programmazione sociale si è sviluppata, negli anni, secondo un modello fondato sul costante confronto nella progettazione, nella programmazione e nell'organizzazione secondo la logica del Patto di Comunità tra ente pubblico e soggetti sociali.

Pur con modalità diverse, le forme di gestione dei tre Ambiti (coprogettazione con terzo Settore per la Comunità Montana Valsassina VVR, Impresa Sociale Consorzio Girasole per l'Ambito di Lecco, Azienda Speciale per l'Ambito di Merate) hanno investito, a partire dal 2012, sulla riorganizzazione dell'offerta di servizi in modo coordinato, sia a livello di Ambiti sia a livello di Distretto (area comune del Piano di Zona Unitario) investendo sulla relazione con i mondi vitali e le organizzazioni sociali del proprio territorio.

In questo modo è stato possibile costruire piattaforme di servizi di area sociale, educativa, socioassistenziale, sufficientemente omogenee in tutto il territorio del Distretto in preparazione, a seguito della L.23/2015, allo sviluppo dei PreSST come luoghi della risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione.

Il documento distrettuale citato pone in attenzione la necessità di progettare a partire dai bisogni rilevati, dalle caratteristiche dei territori, dalle necessità e dall'esigenza di un quadro programmatico e strategico che consenta di sviluppare quei reali ed efficaci processi di prossimità che le normative stesse prevedono come compito irrinunciabile degli enti locali e territoriali. Dai contenuti e dagli obiettivi deve derivare la scelta dei luoghi e dei contenitori. La programmazione delle Case di Comunità basata su un rapporto di 1 ogni 50.000 abitanti circa deve tenere conto della prospettiva, già indicata dalla normativa, di 1 CdC ogni 25.000/30.000 abitanti. Questo richiede scelte mirate da subito per non rendere impraticabili o improprie le scelte future.

E' indispensabile un pensiero attento alle scelte che si intendono (e che realisticamente si possono) compiere per favorire da un lato la dimensione del decentramento territoriale dei servizi dell'ASST, dall'altro la realizzazione di un'integrazione con il sociale che si traduca in semplificazione, unitarietà, vicinanza al cittadino, responsabilità comune e condivisa.

Ambiti e Distretto evidenziano, in termini di lettura di bisogni, **l'attenzione alle cronicità e alla non autosufficienza** come priorità riconosciuta, **insieme ad un rilancio di investimento sull'area del materno-infantile-minorile** inteso come attenzione alle famiglie non solo sul piano sanitario ma anche su quello pedagogico/educativo a sostegno della genitorialità. Sono temi che la pandemia ha reso più evidenti.

Sulla base di questi elementi, **con la disponibilità ad approfondire in ulteriori momenti di confronto**, e rimandando alla nota del Distretto, individuano le seguenti proposte:

## 6.1 Ambito di Bellano

**CdC a Introbio**, come sviluppo e innovazione dell'esperienza del PreSST Valsassina, rinforzando la presenza dei MMG e di servizi e consulenze specialistiche sul piano sanitario e la relazione con la rete dei servizi sociali e socioeducativi che afferiscono alla Comunità Montana Valsassina Valvarrone Val d'Esino e Riviera. Importante connettere la progettazione per l'avvio delle Case di Comunità con i servizi attivi (SAD, Sportelli di informazione e orientamento del progetto "Family Power") e le sperimentazioni attive sull'area delle fragilità, in particolare con l'azione di Custodia Sociale, nell'ottica della prevenzione sociale e sanitaria. Sulla scorta della felice sperimentazione del Progetto Integraree, si ritiene auspicabile che la figura dell'infermiera di comunità venga messa effettivamente a disposizione del nuovo modello e possa, per quanto di propria competenza, mobilitare risorse all'interno delle comunità, comprese le competenze, le conoscenze e il tempo di individui, gruppi e organizzazioni della comunità per la promozione della salute e del benessere, cercando di aumentare il controllo delle persone sulla propria salute.

L'azione della CdC troverà ulteriori elementi di qualificazione e rinforzo operativo nel collegamento con il previsto Ospedale di Comunità di Introbio.

La Casa di Comunità deve rappresentare anche l'occasione per restituire al territorio una forma di presidio e risposta alle persone con problematiche psichiche e alle loro famiglie, integrando le prestazioni specialistiche con lo sviluppo di pratiche di comunità come previsto dal "PROTOCOLLO DI INTESA FRA DISTRETTO DI LECCO (Ambiti di Bellano, Lecco e Merate) e ASST DI LECCO per la promozione della salute mentale".

**CdC area Lago** da prevedersi a **Bellano** in luogo centrale e diverso dall'attuale Ospedale, per rispettare le finalità proprie indicate dalla normativa che attribuisce alle CdC una funzione più ampia rispetto alle sole prestazioni specialistiche

In considerazione delle caratteristiche geografiche del territorio, della sua peculiare conformazione tra lago e montagna, delle sue caratteristiche socioeconomiche va considerata l'esigenza di decentramento di alcuni servizi, partendo dalle opportunità di strutture esistenti, prevedendo eventualmente l'attivazione di sedi "decentrate" che si occupino di tematiche specifiche.

Importante un'attenzione all'area del materno infantile/minorile che vede una scarsa presenza di servizi nel territorio e l'utilità di un punto di riferimento competente che sostenga le responsabilità familiari e genitoriali in dialogo con le diverse proposte delle scuole e dei servizi per i minori, le politiche di conciliazione, con i Consultori, con i Pediatri, anche come evoluzione del progetto Family Care.

Un'attenzione specifica dovrà, inoltre, essere dedicata alle fragilità, considerato l'alto tasso di invecchiamento del territorio che comporta l'aumento dei bisogni di assistenza della popolazione anziana<sup>2</sup>, valorizzando anche la rete delle RSA presenti e molto radicate nel territorio, che possono rappresentare un presidio di supporto e attenzione non solo alle persone ospitate promuovendo servizi a supporto della domiciliarità e di prossimità. Forme "aperte" alla comunità, servizio di refezione e di incontro relazionale, servizi a domicilio nella direzione dei Centri Multiservizio indicata dalla DGR 116/2013. Analogo approccio dovrà essere dedicato alla disabilità, riconoscendo e sostenendo il ruolo delle realtà sociosanitarie e sociali presenti che rappresentano un punto di riferimento certo per le famiglie. I Servizi, le sperimentazioni e innovazioni avviate e progettate vanno collegate allo sviluppo della CdC per garantire un reale presidio dei bisogni e favorire la permanenza delle persone fragili nel territorio di appartenenza.

## 6.2 Ambito di Lecco

L'Ambito di Lecco, dal 2017, ha strutturato la propria offerta di servizi per POLI TERRITORIALI omogenei per posizione geografica e per popolazione (ca. 30.000 ab.), avvalendosi dell'Impresa Sociale Consorzio Girasole, costituita da Comuni, Cooperazione sociale e Associazionismo nella logica dello sviluppo di un welfare partecipato e condiviso. La riorganizzazione dei Servizi su base locale ha inteso costituire un livello di sintesi e coesione che facilita l'avvio di Case di Comunità secondo un modello collaborativo, valorizzando anche le azioni dei punti salute e della custodia sociale. L'Ambito segnala la necessità di

---

<sup>2</sup> Cfr Anagrafe della Fragilità di ATS Brianza anno 2020

accompagnare l'attenzione alla fragilità adulta e alla cronicità, con un lavoro specifico sull'area del *materno/infantile /minorile*, con sperimentazione di *modelli consultoriali aperti*, *Centri per le Famiglie* (come forme di Case di Comunità tematiche) con presenza di aggregazione di PDL/MMG, referenti dei servizi territoriali per la prima infanzia, consulenza pedagogica ed educativa, servizi consultoriali, sede territoriale del Servizio Tutela e Legami familiari.

**POLO Valle San Martino** (n.8 Comuni ca. 33.000 ab.) - **Casa di Comunità a Calolziocorte**. Servizi per la cronicità e la non autosufficienza, ambulatori prestazioni specialistiche, aggregazione dei MMG.; **Polo di Comunità del materno-infantile-minorile a Olginate**, palazzina via Cantù con adeguamenti necessari.

**POLO Brianza Est** (n.8 Comuni ca. 30.000 abitanti) e **POLO Brianza Ovest** (n. 9 Comuni ca. 28.000 abitanti) **Casa di Comunità a Oggiono**. Servizi per la cronicità e la non autosufficienza, ambulatori prestazioni specialistiche, aggregazione dei MMG. Localizzazione palazzina poliambulatori ASST di Oggiono; **Polo di Comunità del materno-infantile-minorile a Costa Masnaga** Palazzina via Papa Giovanni XXIII con adeguamenti necessari.

**POLO Lago** (n. 5 Comuni ca. 23.000 abitanti) - **Polo di Comunità del materno-infantile-minorile a Valmadrera** in struttura da definirsi con il Comune.

**POLO Lecco** (città di Lecco ca. 48.000 abitanti) - Casa di Comunità. Servizi per la cronicità e la non autosufficienza, ambulatori prestazioni specialistiche, aggregazione dei MMG. Localizzazione individuabile, secondo valutazione congiunta con ATS, tra la scuola E. De Amicis e scuola T. Grossi. - **Polo di Comunità del materno-infantile-minorile** Presidio da articolarsi fra il Centro Famiglie di via Frà Galdino (Pescarenico di Lecco) che sta sperimentando interventi in collaborazione con Dipartimento materno infantile dell'ASST e Consultorio, e altri spazi comunali nello stesso quartiere.

### 6.3 Ambito di Merate

Il Comitato d'Ambito e l'Assemblea distrettuale di Merate ritengono coerente la scelta di tre Case di Comunità, una **a Merate** una a **Casatenovo** e una **Olgiate**, Comuni a che rappresentano i poli aggregativi dell'offerta di servizi ai cittadini.

Oltre ai due Comuni di maggiori dimensioni intorno ai quali si sono sviluppate, nel tempo, reti di offerta sociale e socioassistenziale che corrispondono ad un disegno territoriale unitario, sostenuto dalla scelta di individuare nell'Azienda Speciale Retesalute il soggetto unitario di riferimento per l'organizzazione dei servizi, è infatti presente un'area territoriale con caratteristiche proprie, riconducibile ai Comuni di Olgiate Molgora, Airuno, Brivio, Calco, La Valletta Brianza, Santa Maria Hoè geograficamente collocata fra l'area meratese e l'area olginatese, che ha tutte le caratteristiche per poter avviare una Casa di Comunità anche a partire dalle intese e collaborazioni sviluppate per anni in previsione del PreSST previsto a Olgiate Molgora.

Il territorio meratese vede la presenza di una rete diffusa di unità d'offerta dell'area sociale e sociosanitaria in tutti i settori, dalla prima infanzia agli anziani, dai minori alla disabilità. Sono presenti servizi importanti anche nell'area della salute mentale.

Buona parte di queste realtà sia pubbliche che private sono caratterizzate da un forte legame con il territorio e la comunità, rappresentano un riferimento forte e significativo per i cittadini, lavorano in relazione con i Comuni e con l'Azienda Speciale. Accanto a questi interventi professionali si accompagna una ricca rete associativa che ha spesso significativamente e sostenuto le politiche sociali, basti pensare ai temi delle donne vittime di violenza, dei migranti, ma anche dei minori, anziani e disabili. Tutte queste realtà, insieme alle aggregazioni dei MMG, rappresentano un patrimonio e una piattaforma sulla quale innestare un reale processo di integrazione sociosanitaria, a partire da un lavoro di confronto, approfondimento, condivisione di obiettivi e proposte.

Come per gli altri due Ambiti del Distretto il tema del materno infantile/minorile sollecita fortemente il territorio e richiede, nella logica già richiamata, un investimento innovativo verso Centri per le Famiglie/Case di Comunità dedicate ripensando le funzioni dei due consultori familiari presenti nel meratese.

## 7. Servizi comuni

### 7.1 Servizi di accoglienza – Front office

Il momento dell'incontro/contatto con la persona e con la famiglia è cruciale per il funzionamento di tutto il sistema e segnala il primo livello di un cambio di strategia dei servizi territoriali. Per questo richiede una trattazione separata da tutti gli altri servizi in quanto il successo della Casa di Comunità dipenderà molto dalla capacità di **dare valore all'incontro fra cittadino e servizi**.

Vengono qui descritte alcune caratteristiche che il sistema dovrebbe prevedere.

- **superamento della logica degli sportelli** che rappresentano pur sempre una barriera fisica in favore di una **logica legata a postazioni (Punto Unico di Accoglienza)**. Ovviamente bisogna prevedere più postazioni in uno spazio adeguato con una sala di attesa dove le persone possano aspettare comodamente il proprio turno. Da valutare, caso per caso, la presenza di uno spazio/ristoro con presenza di personale. Potrebbero essere pensate collaborazioni con servizi educativi presenti del territorio, progetti per giovani, per disabili, offrendo quindi un servizio al cittadino che valorizza i Servizi della rete sociale
- da ogni postazione dovrà essere possibile eseguire ed accedere a tutte le prestazioni presenti nella Cdc, dalla prenotazione della visita medica ad una pratica amministrativa, all'assistenza domiciliare, all'accesso ai Servizi. Ovviamente non tutte possono e devono essere fatte e completate nella postazione stessa, ma questa deve essere in grado di orientare le persone accompagnandone e favorendone l'accesso ai diversi uffici o ambulatori della Casa di Comunità, o ad altri servizi di riferimento
- **per ogni persona viene aperta una cartella sociale informatizzata (che dovrà essere condivisa fra sociale e sanitario)**. Questo servirà per seguire e monitorare il suo percorso, visualizzando in maniera integrata interventi/prestazioni/dati di presa in carico, oltre a permettere di effettuare delle valutazioni quanti e qualitative, consentendo di individuare delle aree di miglioramento.
- al servizio di accoglienza **sarà possibile accedere anche per via telefonica** attraverso un contact center **anche via web** attraverso un sito dedicato. Utile strutturare una collaborazione con le esperienze di telefonia sociale organizzate che possano personalizzare il primo contatto telefonico, previa formazione del personale dedicato
- Importante strutturare un livello di collaborazione/integrazione con le Farmacie di territorio che, per la loro diffusione e per le loro funzioni rappresentano terminali importanti e fiduciosi per molti cittadini.
- i servizi di accoglienza della Casa di Comunità rispondono ad un approccio *sociale che fa della relazione il primo strumento di intervento*, particolarmente efficace per ricollocare una domanda nel giusto contesto, attribuirle il giusto significato, aiutando la persona, ove occorra, a identificare la natura della propria richiesta. Questi servizi dovrebbero avere un responsabile al quale tutti gli operatori dovranno fare capo e che dovrebbe essere anche punto di riferimento nel caso possano presentarsi dei casi complessi ed articolati.

### 7.2 Tecnologia di servizio

Le Case di Comunità dovranno essere supportate da un'adeguata e dedicata infrastruttura informatica. Questo rappresenta sicuramente un elemento di criticità in quanto mettere insieme diversi professionisti significa necessariamente anche far dialogare tra di loro i diversi programmi informatici che ognuno si è costruito nel tempo per rispondere ai propri bisogni. Si pensi alle decine di cartelle cliniche informatizzate utilizzate dalla medicina di famiglia. La necessità di definire "standard operativi" sarà una chiave di volta per generare una effettiva collaborazione. Ciò non significa avere un solo programma, obiettivo a cui però tendere a medio termine, ma programmi capaci di dialogare efficacemente tra di loro.

A questo riguardo sarà essenziale la collaborazione fra le diverse CdC, e quindi la regia di ATS/ASST/Distretto per definire in maniera comune come risolvere questi aspetti informatici. La condivisione di tecnici e programmi tra più strutture ottimizzerà le risorse.

L'impalcatura di ogni struttura informatica dipenderà dalla organizzazione e dai servizi all'interno di ciascuna delle Case di Comunità.

Fondamentale ed imprescindibile la presenza di un sistema di cartella sociale condivisa in grado di profilare ciascun utente che, indipendentemente dal servizio di cui usufruirà, possa rappresentare il suo percorso: dal primo approccio con i servizi di accoglienza al completamento dell'iter sanitario e assistenziale.

## 7.2.1 Telemedicina

E' uno degli elementi caratteristici di questo processo di Riforma. Non a caso è stato definito e finanziato anche all'interno del PNRR. Se ne parla da anni ma incontra ancora difficoltà ad entrare nella routine e nella concretezza dei percorsi clinici. Nell'attesa che le autorità definiscono alcuni aspetti ancora mancanti per il funzionamento ottimale: standard operativi, tariffazione, regole, ecc. è possibile dare alcune indicazioni al riguardo. Innanzitutto, è importante che l'implementazione di queste soluzioni rientri in un disegno complessivo

Sicuramente questi servizi richiedono risorse economiche limitate ed essenzialmente localizzate nelle fasi di avvio della struttura tecnologica informatica. I costi successivi sono essenzialmente se non unicamente, rappresentati dai professionisti che nella struttura lavorano. Per una maggiore chiarezza pare opportuno suddividere il capitolo della telemedicina in alcune sue declinazioni, per le quali si cercherà di dare delle indicazioni generali.

### 7.2.1.1 Telerefertazione

Esecuzione dell'esame senza personale medico ed invio del dato grezzo al medico refertatore che si trova in un luogo diverso e che, sempre su supporto informatico, fa ritornare il referto a chi ha eseguito l'esame. Permetterebbe di gestire molta routine (elettrocardiogramma, spirometria, esame del fondus, ecc.) di facile esecuzione, con la possibilità di effettuare esami anche a domicilio. Non richiede una dotazione strumentale particolarmente costosa ma un buon addestramento del personale sanitario infermieristico. Dovrebbe essere una delle dotazioni standard di ciascuna Casa di Comunità.

### 7.2.1.2 Telemonitoraggio

Controllo a distanza dei parametri o dello stato di salute del paziente. È una declinazione della telemedicina che ha avuto un grosso sviluppo durante l'epidemia COVID. Di facile esecuzione, ha necessità di avere personale interno addestrato a monitorare i parametri. Questo potrebbe essere un'attività fatta in condivisione tra più Case di Comunità.

### 7.2.1.3 Televisita e Teleconsulto

La televisita effettuabile sia via web ma anche dal telefonino. È pur vero che si tratta di un contatto e non di una vera e propria visita, ma dà la possibilità di raccogliere i sintomi. La televisita è un potente strumento che accorcia i tempi e le distanze, molto utilizzato all'estero e anche in diverse strutture private in Italia. Di non complessa attivazione, presenta la necessità di individuare le condizioni cliniche e le motivazioni che rendono il suo utilizzo giustificato. Un "centro di contatto", opportunamente attrezzato per la televisita ed il teleconsulto in ogni CdC andrebbe comunque implementato. Il teleconsulto tra professionisti che discutono di specifici casi clinici, rappresenta senza ombra di dubbio un apporto imprescindibile all'interno della CdC: opportunità di contatto tra medico di medicina generale e specialista ma anche nelle relazioni con infermiere di famiglia e l'assistente sociale

### 7.2.1.4 Teleassistenza

Sviluppare sistemi digitalizzati dei flussi che prevedano il monitoraggio degli esiti della presa in cura sia essa assistenziale, riabilitativa, sociale e comunque di tutti i professionisti operanti nel contesto della Casa della Comunità attraverso prestazioni disciplinari che rappresentino e valorizzino, anche sul piano documentale, l'operato autonomo e collaborativo di ciascuna professione.

## 8. Area Medica

E' uno degli aspetti più delicati in quanto coinvolge una delle figure più riconosciute che sono poste a presidio della sanità territoriale: il medico di famiglia. Gli ambulatori dei medici all'interno delle Case di Comunità dovranno essere "integrativi" rispetto a quelli attualmente usati dai medici stessi sul territorio, per mantenere il ruolo di prossimità che gli ambulatori, così come le Farmacie, hanno specialmente nei piccoli centri, nei quartieri e nelle zone più decentrate. Importante anche definire, in uno specifico protocollo, quali prestazioni possono essere erogate dai MMG presso la singola CdC, rispettando la funzione primaria e la visione unitaria del paziente da parte del Medico di riferimento personale. Imprescindibile affrontare, a sostegno di questo disegno, gli aspetti legati ai contenuti contrattuali A.C.N. e l'Accorso Integrativo Regionale.

Peraltro, una organizzazione territoriale della Medicina di Famiglia, quant'anche poco riconosciuta, è già presente con i CRT che possono rappresentare dei punti di riferimento anche per quel che riguarda la

distribuzione delle Case di Comunità sul territorio e per il loro funzionamento. Infatti, i responsabili dei CRT sono delle figure di coordinamento nell'attività della medicina di famiglia. Attualmente la distribuzione dei CRT (AFT) nella Provincia di Lecco è la seguente:

FASC.N.	ASST	AMBITI TERRITORIALI
LC1	LECCO	Bosisio Costamasnaga Valmadrera
LC2	LECCO	Calolziocorte
LC3	LECCO	Bellano, Colico
LC4	LECCO	Mandello del Lario
LC5	LECCO	Valsassina
LC6	LECCO	Olginate Galbiate
LC7	LECCO	Lecco1
LC8	LECCO	Lecco2
LC9	LECCO	Oggiono
LC10	LECCO	Casatenovo
LC11	LECCO	Olgiate Molgora
LC12	LECCO	Merate

Principali opzioni dell'offerta che l'area medica potrebbe assicurare all'interno della Casa della Comunità:

- a) **una presenza medica con adeguata copertura oraria** mediante una turnazione a cui tutti gli MMG partecipano, compresi quelli della continuità assistenziale. Comprendere il ruolo ed il significato di questi ambulatori è un passaggio sicuramente importante e non semplice. La **presenza nei turni di tutti i medici** che afferiscono alla Casa di Comunità, pur mantenendo l'attività nei loro studi, è sicuramente la soluzione più semplice, ferma restando la necessità, già richiamata, di un impegno regionale all'interno dell' Accordo Integrativo. La necessità di rispondere alla domanda *“esiste un luogo dove posso sempre trovare un medico disponibile”* è un facile slogan ma bisogna comprendere se questa è la risposta corretta ad un bisogno vero. Un primo passaggio è la valutazione se, sulla base della situazione contingenti di ogni CdC (numero di medici coinvolti, disponibilità, copertura, ecc.) se fare turnare tutti i medici di famiglia è una procedura utile e fattibile, oppure se valga la pena ricercare una presenza all'interno del capitolo della continuità assistenziale diurna che assicuri una presenza per le problematiche meno complesse dove non risulti determinante il rapporto di fiducia. Questo darebbe una maggior stabilità alla struttura e potrebbe aprire anche ad una presenza che assicuri una risposta rispetto all'annoso discorso dei codici bianchi in Pronto Soccorso. Resta inteso che questo livello di offerta debba avere a disposizione una diagnostica di primo livello con la possibilità di trasmissione a distanza di segnali biomedici.

Occorre definire anche **a quali persone potenzialmente questo servizio si potrebbe rivolgere**. Cercando di identificare alcune tipologie possiamo dire:

- persone che il sabato e la domenica hanno la necessità di contattare un medico e l'ambulatorio del proprio medico di famiglia non è disponibile (l'abituale servizio di continuità assistenziale). C'è un livello di urgenza (vero o percepito) ma non così grave da richiedere un accesso urgente al pronto soccorso. E' una possibilità ma probabilmente con numero di accessi da verificare. **Un'adeguata campagna di informazione** per spiegare il significato dell'ambulatorio specificando le diverse condizioni per il suo accesso, potrebbe sicuramente aiutare.
- persone durante l'intervallo serale. In questo caso -che rappresenta una sorta di riconciliazione tra i tempi di vita e di lavoro - il servizio avrebbe il ruolo di un' attività ambulatoriale in orari dove non è presente il medico di medicina generale (nello specifico tra le 20 e 24) .
- una terza tipologia è quella relativa al paziente complesso e fragile, che ha necessità di un approccio integrato coinvolgente sia la parte infermieristica che servizi sociali. In questo caso avere un gruppo di professionisti che dialogano tra di loro può dare alla presenza dell'ambulatorio nelle CdC un suo ruolo peculiare e distintivo.



Ovviamente la presenza del medico di famiglia deve essere **supportata da personale infermieristico** della CdC o del pool dei medici di medicina generale, come collegamento tra il medico di famiglia e la struttura stessa.

L'attività medica all'interno della Casa di Comunità dovrebbe essere coordinata da un responsabile medico dell'area delle cure primarie per mantenere la qualificazione di presidio di primo livello centrato sul territorio.

L'accesso sarebbe libero per situazioni estemporanee e concordato per quel che riguarda i pazienti con patologie complesse situazioni di fragilità. Il tutto filtrato dai servizi di accoglienza nelle ore diurne e da personale di segreteria/ infermieristico, utilizzando comunque il sistema informatico di profilazione della CdC stessa.

#### **b) strumentazioni per un primo indirizzo diagnostico**

Il medico dovrebbe poter disporre di strumenti per un primo indirizzo diagnostico ed essere addestrato ad usarli, ma anche di supporti informatici in grado di permettere la connessione con i propri colleghi (sia nella Casa di Comunità che altri) facilitando lo scambio di informazioni.

#### **c) assicurare il supporto medico alle le altre aree.**

In primo luogo, con quella specialistica riguardo alle modalità di gestione di specifici casi clinici o sulla discussione riguardo alla situazione clinica (area del consulto) con accesso non libero ma richiesto dai MMG dell'area; inoltre, l'area della prevenzione e quella della diagnostica di primo livello saranno argomenti in cui il supporto medico sarà rilevante come anche tutto quanto riguarda la telemedicina. Solo un'esperienza concreta di lavoro sul campo potrà identificare tutti i casi e come gestirli. Sicuramente una di queste sarà l'area della domiciliarità: la parte medica potrà dare e ricevere indicazioni sull'assistenza dei pazienti al proprio domicilio (per es. partecipazione ai team di valutazione multidimensionale dei pazienti)

Nelle interazioni con l'area sociale valgono le considerazioni fatte precedentemente ed il rapporto fiduciario del medico di famiglia si dovrà interconnettere con tutte le attività di supporto della fragilità tipiche dell'area sociale.

#### **d) fornire indicazioni ma anche utilizzare in maniera attiva e utile le opportunità previste dalla telemedicina:** siano queste la televisita, telerefertazione, telemonitoraggio, teleconsulto, ecc.

Questo sia per l'attività da svolgere all'interno della CdC ma anche per quella dei colleghi che fanno riferimento alla CdC ma non ci lavorano direttamente. E forse una delle attività più innovative e probabilmente potrebbe essere approcciata **definendo un medico di famiglia come referente e coordinatore di tutta l'area della telemedicina.**

**e)** utile prevedere una **modalità strutturata di incontro/confronto** anche da remoto **con i medici specialisti** sulla gestione di specifici casi clinici o in merito all'applicazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.

## 9. Area Servizi Sanitari

### 9.1 Specialistica

La presenza degli specialisti all'interno delle CdC rappresenta indubbiamente un potenziale vantaggio per il sistema. Un minor numero di cittadini deve ricorrere all'ospedale con un suo minor affollamento. Ma questo deve tenere in considerazione la carenza cronica di specialisti all'interno degli ospedali stessi. Probabilmente la presenza dello specialista all'interno delle CdC deve essere guidata da uno spirito il più possibile pragmatico.

Innanzitutto, sarebbe importante **analizzare i dati storici sul consumo** di prestazioni di una particolare area di pertinenza della CdC, fare una valutazione quantitativa e qualitativa e sulla base di questa definire il potenziale bisogno di prestazioni di specialisti e anche diagnostica.

Questo permetterebbe anche di fare delle valutazioni di opportunità anche dal punto di vista economico nel dislocare alcuni specialisti sul territorio. A questo riguardo è facile supporre che alcune presenze siano irrinunciabili: l'area della cardiologia, per esempio, della diabetologia sono quelle che più spesso sono interessate, considerando quanto le patologie croniche gravano sul sistema sanitario.

Una volta effettuata l'analisi si potrebbe pensare ad una presenza fissa degli specialisti più richiesti presso le CdC, mentre per altri specialisti potrebbe essere fatto un discorso di aree di interesse in modo da tipizzare le CdC per determinate patologie o aree terapeutiche. Basti pensare all'area geriatrica laddove

sono presenti CdC con alta prevalenza di persone anziane, all'area materno infantile o anche l'area della disabilità, come già evidenziato al paragrafo 6

Questo potrebbe permettere anche di effettuare quel lavoro su gruppi interprofessionali prima riportati, in grado di incentivare la collaborazione tra i vari professionisti che lavorano all'interno delle Case di Comunità. Il collegamento dello specialista con l'ospedale rappresenterebbe poi un legame importante di continuità e potrebbe favorire l'attività di aggiornamento medico. La presenza dello specialista come espressione dell'area ospedaliera costituirebbe anche un elemento di rappresentatività di questa componente all'interno della struttura di governance della Casa di Comunità. Non ultimo, la presenza dello specialista potrebbe essere un importante volano di sviluppo per l'area della telemedicina, teleconsulto e telerefertazione.

## 9.2 Diagnostica di I Livello

Rappresenta anch'essa un'opportunità che va attentamente valutata anche in rapporto alla distribuzione dei laboratori e studi ambulatoriali (convenzionati e non) all'interno del perimetro del territorio servito dalla Casa di Comunità. Fatta salva la necessità nella stessa della presenza di un punto prelievi, come previsto in diversi documenti di AGENAS, la possibilità di avere una diagnostica di primo livello si potrebbe concentrare sui presidi diagnostici più ampiamente utilizzati.

Tralasciando gli esami di laboratorio che si possono fare (specialmente quelli "point of care"), ma che, vista la facilità di accesso agli stessi, sono di non prioritario interesse, l'attenzione potrebbe essere focalizzata su:

- esame elettrocardiografico eseguito localmente refertato o localmente o in tele refertazione
- esame spirometrico eseguito localmente refertato localmente o in tele refertazione
- esame del fundus oculare eseguito localmente e refertato localmente o in tele refertazione
- esame ecografico, (cardio e doppler) nelle sue declinazioni (addome, TSA, vascolare) E sicuramente una delle prestazioni più richieste, ma non può essere fatto in telemedicina. Non richiede una particolare complessità come le indagini radiologiche. Peraltro, la trasportabilità relativamente semplice della strumentazione potrebbe permettere di ottimizzare lo stesso strumento in più CdC. Il fattore limitante è rappresentato dall'operatore che deve essere un medico esperto ed in grado di refertare al momento. Le soluzioni possono essere varie: da un supporto diretto di personale dell'ospedale, a forme di contratto con liberi professionisti che possono servire diverse Cdc. Si può pensare anche a convenzioni con strutture private accreditate.

Tutti gli esami da effettuare necessitano di un sistema di prenotazione che localmente dovrebbe essere integrato con il sistema di prenotazione ospedaliero, attraverso il quale caricare il referto sul fascicolo sanitario.

## 9.3 Farmacia dei servizi

La rete delle Farmacie rappresenta un importante riferimento per la medicina di prossimità e un interlocutore privilegiato per le Case di Comunità, permettendo di raggiungere capillarmente il territorio nella predisposizione di interventi di prevenzione e tutela della salute. La stessa L.R. 33/2009 identifica tra le funzioni delle Farmacie molti temi che hanno una stretta relazione con gli obiettivi della CdC:

- la diffusione di programmi di promozione della salute, di sani stili di vita e di educazione sanitaria;
- l'orientamento del cittadino al corretto utilizzo dei medicinali prescritti, al fine di favorire l'aderenza alle terapie mediche, in coordinamento con le AFT e le UCCP e a supporto delle attività del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;
- la partecipazione ed erogazione di prestazioni di analisi e di telemedicina anche sulla base di programmi predefiniti di monitoraggio e screening, per quanto autorizzabili;
- la partecipazione a campagne di prevenzione di patologie a forte impatto sociale;
- le prenotazioni di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate, la riscossione della relativa compartecipazione e il ritiro dei referti;
- i programmi di aderenza alle terapie in collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatra di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali convenzionati, sia singoli sia organizzati in AFT e UCCP, nell'ambito dei modelli di presa in carico e attraverso strumenti validati, al fine di valutare la comprensione da parte del paziente dell'uso del farmaco, l'allineamento alle indicazioni del medico curante e l'eventuale assunzione di farmaci da automedicazione che possono interferire con il trattamento.

Evidente lo stretto legame che si può individuare tra le Case di Comunità e le Farmacie come potenziali terminali del presidio della salute diffusi su territorio.

## 10. Infermiere di Famiglia

Rappresenta sicuramente l'area in grado di fare la differenza all'interno della Casa di Comunità, ma nello stesso tempo, quella che richiede più attenzione nella sua implementazione definendone gli impieghi e i livelli di relazione<sup>3</sup>

All'interno di ogni CdC dovrebbe essere previsto un **ambulatorio infermieristico** (ad integrazione con quanto assicurato dalle singole forme associative della medicina generale, esperienza consolidata in molte aree dell'ATS) con un presidio diurno nel quale espletare tutte le attività assistenziali anche a domicilio. L'accesso potrebbe essere libero o concordato e le prestazioni, a seconda della tipicità, in regime di convenzione o a pagamento. All'ambulatorio infermieristico fanno riferimento sia il medico di famiglia (costituendo articolazione dell'equipe territoriale) che lo specialista come anche la parte sociale per le attività di competenza.

- **Servizi di assistenza ai percorsi di cura** con particolare problematicità come cronici e fragili raccogliendo informazioni con il contributo dei differenti professionisti a definire dei percorsi standard da condividere con gli altri professionisti all'interno della casa della comunità inclusa tutta la problematica relativa alla valutazione multidimensionale di questi pazienti.
- **Promozione dei percorsi di salute in favore della popolazione scolastica**, sia in relazione ai programmi di educazione e prevenzione, sia a sostegno del diritto all'istruzione delle persone con disabilità e/o fragilità sanitarie.
- Questi **"percorsi standard" devono essere integrati ma distinti dall'ADI** per far sì che anche lo svolgimento dell'attività dell'infermiere di famiglia/comunità possa essere effettuata, fatte salve le regole ed i vincoli imposti da Regione Lombardia, all'interno di uno spirito di collaborazione che vede da una parte il medico di famiglia a presidio della parte clinico - terapeutica e dall'altra il SSB come riferimento della parte socio assistenziale, con tutti gli sviluppi di intervento che questo può contemplare. Il ruolo dell'infermiere di famiglia/comunità ha una funzione estensiva che va oltre le fragilità conclamate per presidiare, più in generale, il bisogno di salute dei cittadini.
- L'attività a domicilio prevede in maniera importante anche **l'utilizzo della telemedicina - teleassistenza** in tutte le sue declinazioni.

Gli infermieri di famiglia (ed in generale quest'area) dovrebbero fare riferimento a un coordinatore infermieristico (per più CdC) e collaborare con il medico di medicina generale e l'infermiere di quest'ultimo. Uno degli scopi è anche definire, sulla base delle indicazioni dei bisogni rilevati sul territorio, dei percorsi e programmi di educazione sanitaria e di prevenzione in collaborazione con gli altri professionisti all'interno della Casa di Comunità.

## 11. Servizi alla persona e raccordo con le reti d'offerta territoriale

Si tratta di un'area variegata che comprende una molteplicità di servizi costruiti in relazione con le realtà del terzo settore. Sono attività previste dai Piani di Zona e dalla programmazione sociale, presenze diffuse sul territorio sia in termini di assistenza diretta alla singola persona che di servizi strutturati come unità d'offerta, centri di interesse e di aggregazione, servizi educativi, socioassistenziali e sociosanitari, servizi di trasporto sociale. Reti d'offerta importanti per le CdC in quanto:

- Si occupano di persone con fragilità diverse che possono trovare risposta ad alcuni bisogni nei servizi della CdC (prestazioni specialistiche, medicina generale, monitoraggio dello stato di salute ecc.);
- Svolgono attività e servizi che possono permettere forme di presa in carico, appoggio, riferimento per persone fragili che si rivolgono alla CdC (pensiamo ad es. a RSA, CDI, CDD, CSE Servizi prima infanzia, Servizi di Tutela dei minori ecc.)
- Sono dotati di spazi, competenze, proposte che possono concorrere alla realizzazione del progetto di vita individuale, all'accompagnamento educativo e assistenziale, forme di custodia sociale, supporto/alternativa alla famiglia nei compiti di cura;

---

<sup>3</sup> Si evidenzia come utile riferimento il documento "Position Statement - L'infermiere di famiglie e di comunità" a cura di FNOPI

- Sono servizi riconosciuti dalle persone/famiglie come punti di riferimento e di affidamento, importanti alleati per sostenere processi di cura, sostegno, iniziativa, educazione alla salute.

Con queste reti che ordinariamente fanno riferimento agli Uffici di Piano degli Ambiti e alle Gestioni Associate territoriali, la CdC deve mantenere un sistema di relazioni aperto e costante per caratterizzarsi come forma di welfare territoriale in grado di interagire con le dinamiche e le offerte locali, a sostegno delle fragilità. E' in questa relazione costante ed ordinaria che si determinano le condizioni dell'integrazione sociosanitaria e del presidio della salute, intesa come condizione per l'esercizio dei diritti di cittadinanza.

Le CdC, nel rapporto con i Comuni/Ambiti possono realmente diventare un punto di accesso, accoglienza e incontro della domanda di salute e in questo senso è indispensabile strutturare da subito una collaborazione paritaria. Lavorare congiuntamente con i Servizi Sociali dei Comuni/Ambiti permette di definire, ove utile, un piano di intervento concordato con la persona/famiglia a sostegno delle fragilità, affrontando con un approccio sistemico bisogni di natura diversa e spesso complessi. Le norme più recenti di Regione Lombardia prevedono lo strumento del Progetto individuale (L.328/2000) quale metodo di approccio alle persone con situazioni complesse e con fragilità, all'interno del quale si collocano PEI/PAI specifici che non esauriscono il complesso degli interventi e degli investimenti.

E' importante quindi che presso la Casa di Comunità, accanto ad altre figure con competenze sociali generali, operi anche una figura "direzionale" che svolga una funzione di **"raccordo e congiunzione"** tra l'area sanitaria e quella sociale, per promuovere in questo ruolo una serie di sinergie nuove con le reti d'offerta e con le reti di prossimità. Presso la CdC può avvenire l'accoglienza e l'orientamento verso la rete sociale e l'attivazione stessa di alcuni servizi.

Presso la CdC è pensabile attivare un'area sociale integrata a cui facciano riferimento assistenti sociali e operatori diversi (educatori, OSS, Custodi sociali) appartenenti a Servizi diversi (Comuni/gestioni Associate, CPS, SERT, NOA, Consultori) costituendo periodiche équipes professionali.

All'area sociale faranno riferimento i progetti trasversali che prevedono l'integrazione fra sanitario e sociale, definendo la partecipazione delle diverse professionalità alla costruzione delle ipotesi di intervento, nella logica di co-programmazione e cocostituzione di forme di welfare locale.

E' possibile in questo modo facilitare l'attuazione, ad es. degli interventi territoriali previsti dal *Protocollo Salute mentale del Distretto di Lecco/ATS/ASST*, sviluppare progetti individuali (L.328/2000) a sostegno delle persone fragili e delle famiglie valorizzando la pluralità di competenze, visioni e approcci professionali.

La CdC favorisce la possibilità di nuovi paradigmi del welfare, ridando spazio all'integrazione sociosanitaria di prossimità. A questo fine assume rilievo la proposta del Distretto relativa alla **costituzione di equipe multidisciplinari professionalmente e istituzionalmente integrate** per garantire, come già indicato a partire dal PIANO SOCIO SANITARIO INTEGRATO 2019-2023 di REGIONE LOMBARDIA, l'obiettivo di organizzare *"risposte globali e integrate, garantire una governance istituzionale dei processi, dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, accogliere le complessità emergenti fornendo risposte innovative flessibili e appropriate"*.

Va congiuntamente valutata la possibilità che presso la CdC trovi sede e riferimento la progettazione delle forme di sostegno alla domiciliarità delle persone non autosufficienti, promuovendo e facendo interagire tutte le forme di possibile offerta a sostegno del compito di cura accanto alle prestazioni sanitarie: SAD, ADI, alloggi protetti, sportello badanti, percorsi di sostegno presso RSA, CDI, relazioni di vicinato, trasporti sociali, telefonia, pasti a domicilio, assistenza domestica ecc. Questo tema può risultare centrale per fare della CdC un riferimento territoriale di facile accesso per la tutela della popolazione anziana.

L'area sociale rappresenta, di fatto, un segmento trasversale per tutti i servizi della CdC, poiché riguarda la dimensione del vivere e della cittadinanza.

## 12. Cittadini, partecipazione, promozione della responsabilità

Le CdC perseguono obiettivi fondamentali di tutela della salute in un quadro di riferimento culturale che mira ad un cambio di paradigma nell'approccio al territorio e al cittadino. Un aspetto centrale assumono le azioni di rinforzo della prevenzione e della promozione della salute, per ridurre le disuguaglianze sociali e territoriali. Rappresentano l'occasione per adattare le azioni e le politiche per la salute alle specificità locali attraverso un coordinamento di tutti gli attori, per passare da un approccio generalista ad uno specifico che guarda alle caratteristiche della popolazione di un territorio ben identificato. Le CdC rappresentano anche la possibilità di permettere al cittadino di percepire una dimensione di prossimità, di facilitazione nella cura di sé, di semplificazione nell'approccio ad un modo fatto di regole, procedure, organizzazioni complesse che spesso disorientano le persone originando malessere nei confronti del sistema.

E' importante allora che già nella fase di progettazione delle CdC venga mantenuto un livello partecipativo degli attori che hanno concorso alla stesura del presente documento, cogliendo il valore delle reti associative del Terzo settore nel **coinvolgimento attivo delle comunità**, soprattutto per quanto riguarda le azioni di accoglienza, accompagnamento, sostegno e prossimità, aspetti che possono fare la differenza nella percezione di quella tutela e sicurezza che i nostri territori chiedono da tempo.

Nello sviluppo delle Case di Comunità diventa fondamentale ricordare le proposte che le associazioni del territorio che si occupano di questi temi, ricordate dal CSV Monza, Lecco e Sondrio, stanno sviluppando, collocandole nella dinamica in atto.

La promozione di percorsi formativi capaci di coinvolgere cittadini disponibili a svolgere funzioni di riferimento e tutela ai diversi livelli (es. *Antenne Sociali* per l'orientamento delle persone più fragili e meno strumentate, *Sentinelle della salute* per interventi di supporto alla domiciliarità e per servizi di prossimità, facilitazione all'accesso delle complesse procedure informatiche, orientamento ecc.; *Animatori di comunità per la salute*) rappresenta la possibilità di una mobilitazione collettiva di grande rilievo e valore.

Sarà importante, quindi, collegare le CdC, i servizi di orientamento sociale e gli sportelli informativi territoriali con la risorsa rappresentata dai **Laboratori per la salute e il benessere** che il CSV intende avviare sperimentalmente con l'obiettivo – fondamentale nel processo di riforma – di elevare il livello di conoscenza e responsabilità del cittadino, individuare i bisogni specifici della popolazione a livello locale, sostenere i percorsi di integrazione fra servizi.

Gli obiettivi dei *Laboratori per la salute e il benessere* declinati nella proposta progettuale del CSV guardano in particolare alla necessità di:

- sviluppare la partecipazione attiva dei residenti in tutte le fasi dei programmi di promozione della salute;
- favorire l'accesso alla salute con particolare attenzione ai soggetti più vulnerabili della popolazione;
- rafforzare le competenze e la consapevolezza attraverso l'informazione, la formazione, momenti di incontro tematici e per gruppi target, con metodologie partecipative.

Una delle scommesse principali della salute territoriale dovrà essere giocata proprio sulle capacità del cittadino e delle comunità di saper gestire la salute come elemento della quotidianità, certamente grazie ai necessari supporti, servizi e presidi, ma anche come consapevolezza e responsabilità personale, evitando una delega e dipendenza totale dai professionismi.

## 13. Gestione della cronicità

Da diversi anni Regione Lombardia ha intrapreso progetti per dare risposte concrete alla crescita esponenziale della domanda di salute per quel che riguarda i pazienti con patologie croniche.

L'incremento della popolazione anziana, ma anche l'aumento del bagaglio diagnostico e terapeutico avvenuto in questi anni, ha creato la necessità di delineare, non solo in Italia, dei progetti volti a gestire al meglio questa vera e propria emergenza, sia dal punto di vista sanitario (con l'obiettivo di riduzione delle riacutizzazioni e quindi delle (re)ospedalizzazioni e degli accessi al pronto soccorso) che dal punto di vista sociale (con l'obiettivo di favorire forme di domiciliarità rispettose delle persone), sia della ottimizzazione delle risorse.

Prima con i CReG e poi con il Progetto della Presa in Carico (PIC), Regione Lombardia ha introdotto tutta una serie di progettualità che, se anche non hanno avuto una distribuzione omogenea su tutto il territorio

regionale, hanno portato a risultati concreti. Infatti, il rapporto AGENAS (dicembre 2020), riporta che *“il modello di presa in carico, introdotto dopo l'approvazione della legge di riforma, si sta rivelando migliorativo in quanto riduce in maniera statisticamente significativa sia il rischio di ospedalizzazione sia il rischio di ricorso al pronto soccorso .... il risultato appare ulteriormente incoraggiante in considerazione del fatto che lo studio ha esaminato la performance a distanza di solo un anno dalla presa in carico degli assistiti”*.

Questa valutazione di AGENAS conferma la strada intrapresa, anche se è forte la necessità di rivedere alcuni aspetti della progettualità (semplificazione, aspetto informatico, necessità di definire alcuni aspetti gestionali, relazione con l'area sociale e gli interventi di prossimità ecc.)

La pandemia COVID ha in qualche modo ostacolato lo sviluppo armonico del progetto, anche se alcune iniziative nate con la presa in carico come l'organizzazione delle cooperative, il loro centro servizi, la capacità di essere interlocutore con altri soggetti come l'ospedale, gli enti locali, sono state di estrema utilità durante la pandemia. Basti pensare al successo di iniziative come la vaccinazione anti COVID o il telemonitoraggio nelle aree che hanno visto una maggiore partecipazione dei MMG alla PIC e la presenza di Cooperative dei MMG strutturate. Contestualmente è cresciuta la relazione tra MMG, Servizi Sociali e Terzo settore a tutela dei bisogni assistenziali delle persone in isolamento e dei fragili (interventi assistenziali a domicilio, spesa, lavanderia, trasporti ecc.).

L'obiettivo a cui tendere è quello di rinforzare queste esperienze e questo metodo di lavoro nel nuovo assetto organizzativo che vede nelle CdC un perno centrale della sanità a livello territoriale.

È prefigurabile che in ogni Casa di Comunità possa essere individuata una struttura dedicata alla cronicità deputata alla gestione di tutti gli aspetti legati alla preparazione dei Piani Assistenziali sia da parte dei Medici di famiglia, sia favorendo le interazioni con le competenze specialistiche e con la dimensione socioassistenziale.

Questo permetterebbe di dare profondità sia alla complessità di alcuni casi clinici come anche alla copertura di quei casi in cui una situazione importante di fragilità si sovrappone al quadro clinico.

Il progetto di presa in carico verrebbe così arricchito nella realtà delle CdC dove acquisterebbe una dimensione più completa nel delicato compito di indicare il percorso di salute del fragile.

La possibilità di effettuare dei PAI multidimensionali e multi-specialistici, sarebbe un modo di condividere quella parte di programmazione in cui il medico di medicina generale si ritaglierebbe il ruolo di coordinatore, conservando il proprio rapporto di fiducia con paziente, ma arricchendosi dell'apporto non solo dello specialista ma anche della dimensione domiciliare della sua attività con l'infermiere di famiglia e di comunità, e i servizi socioassistenziali.

Tutte queste attività potrebbero essere gestite dalle Società di servizio dei medici di famiglia che continuerebbero l'esperienza già acquisita (e sfrutterebbero da subito anche tutti i supporti, non ultimi quelli informatici, già rodati ed operanti sul campo). Le competenze acquisite nel gestire le attività di telemedicina da parte delle Società di servizi dei Medici di famiglia potrebbero rappresentare un utile valore aggiunto per lo sviluppo della telemedicina nelle sue varie declinazioni all'interno delle CdC.

Per la gestione integrata della cronicità la presenza di un ambulatorio infermieristico rappresenta la possibilità di coniugare i diversi livelli assistenziali della rete e di garantire prestazioni infermieristiche, compresa l'educazione terapeutica e comportamentale. Si tratta di sviluppare un approccio alla cronicità attraverso la *medicina d'iniziativa* che prevede un coinvolgimento proattivo al fine di evitare le complicanze e una rapida evoluzione della malattia, coinvolgendo la persona in un percorso di consapevolezza, responsabilità verso sé. L'ambulatorio per le cronicità può essere gestito da personale infermieristico in raccordo con il MMG e, ove opportuno, con l'Ospedale di riferimento.

## 14. Formazione del capitale umano

L'elemento sfidante che porta con sé una riforma che guarda *al territorio come luogo della cura* della comunità non sta nel decentramento di servizi ma nel cambio di un paradigma che non contrappone più sociale e sanitario ma che riconosce la tutela della salute non come insieme di prestazioni ma condizione per l'esercizio dei diritti di cittadinanza e a una buona esistenza.

Sarebbe un errore, come già richiamato (paragrafo 5) limitarsi ad una giustapposizione di interventi, prestazioni, professionalità che non modificherebbero sostanzialmente l'offerta.

La formazione delle professionalità che animeranno le Case di Comunità rappresenta quindi, uno specifico e strategico fronte di investimento da considerarsi al pari di quello relativo alla gestione organizzativa e all'allestimento delle strutture.

L'integrazione sociosanitaria si realizza infatti, prima di tutto, nell'abito mentale delle persone coinvolte ed è per questo fondamentale prevedere specifici percorsi di attenzione formativa affinché ciascun operatore, indipendentemente dalle competenze specifiche, costruisca insieme ai colleghi una rappresentazione adeguata del nuovo ingaggio culturale che il progetto richiede.

Passare dalla logica della prestazione e della competenza compartimentata a quella del lavoro per obiettivi e progetti calibrati sulla persona richiede una vera e propria torsione dello sguardo in grado di fare la differenza nell'esito dell'intera operazione.

In questa prospettiva gli approcci culturali tipici del sanitario e quelli del sociale possono finalmente rivelarsi come parti complementari di un lavoro integrato e per questo capaci di incontrare "veramente" le persone comprendendone il bisogno e le risorse. Anche la costruzione della relazione con il territorio di riferimento e le sue realtà associative e di prossimità, elemento imprescindibile per politiche sociali e sanitarie territoriali, richiede di ridefinire lo sguardo di tutti i professionisti sia di area sociale che sanitaria, riconoscendosi come *complementari e di sostegno* alla vita delle persone nel loro contesto. E' importante prevedere e progettare da subito forme dialettiche di dialogo, confronto e condivisione di ipotesi di lavoro.

In parallelo alla progettazione delle case andranno necessariamente previsti specifici percorsi formativi trasversali alle diverse figure impegnate che tengano in attenzione:

- la costruzione di una nuova cultura operativa capace di sconfinare e integrarsi
- la costruzione di una cultura del lavoro in equipe multidisciplinare
- la gestione della "relazione" e della comunicazione efficace come dimensioni imprescindibili dell'intervento di cura e di accompagnamento delle persone
- la conoscenza del territorio in cui si opera come contesto di vita delle persone e delle organizzazioni coinvolgibili nel processo di cura
- l'utilizzo delle tecnologie digitali come strumento di connessione fondamentale dentro e fuori la casa

Tali percorsi andranno promossi congiuntamente dai soggetti coinvolti anche canalizzando risorse previste da ogni realtà di appartenenza; dovranno essere rivolti a tutto il personale indipendentemente dal tipo di competenza di cui ciascuno è portatore.

## 15. Governance della Casa della Comunità

È un aspetto poco trattato nei documenti ufficiali, nei quali, tra l'altro, è previsto che sia un funzionario regionale, a guidare le CdC. Opinione degli scriventi è che per raggiungere gli obiettivi previsti sia necessaria una **governance partecipata**, capace di costruire una visione dei bisogni del territorio e una pluralità di forme di risposta, puntando **sul fattore decisivo della motivazione** per la riuscita dell'organizzazione.

Certamente è necessario attendere l'esito del processo di riforma avviato da Regione Lombardia ma, al di là delle indicazioni generali di sistema, dovrà essere perseguito, anche e soprattutto localmente, un concorso comune alla definizione del progetto, degli obiettivi sia strategici che di percorso. Dovrebbe essere questo, infatti, uno degli aspetti caratteristici e peculiari per promuovere quel senso di appartenenza al contesto senza il quale la CdC diventa solo un contenitore di professionismi senza che vi sia un coinvolgimento e una visione unitaria delle persone/famiglie.

La costruzione di un livello di integrazione progettuale, organizzativa e operativa delle Case di Comunità può essere individuata come **obiettivo prioritario comune dei prossimi Piani di Zona**, avviando un confronto immediato nelle diverse sedi (Tavolo Istituzionale per l'Integrazione Sociosanitaria a livello dei Distretti, Tavolo ATS/ASST/Ambiti, Cabina di Regia) coinvolgendo gli enti di principale rappresentanza del Terzo Settore, della Cooperazione Sociale e del Volontariato.

Anche per questa serie di motivi sarebbe auspicabile che le Case di Comunità possano dotarsi di un **comitato di gestione e di indirizzo** che, nel rispetto dei vincoli e delle possibilità normative, promuova un costante confronto tra istanze territoriali sia sul piano istituzionale che su quello professionale. Al Comitato

di gestione e di indirizzo deve essere attribuito il compito di valutare e validare il documento annuale di programmazione delle attività/proposte della CdComunità, del relativo budget frutto di integrazione di risorse e competenze, concordare le linee strategiche.

In termini generali si propone un livello di governance articolato su più livelli:

- Nel **Tavolo Istituzionale per l'Integrazione Sociosanitaria** fra Distretto/Ambiti, ASST e ATS vengono condivisi gli orientamenti generali relativi alle CdC e l'individuati di filoni comuni sui quali far convergere la capacità programmatica e operativa di tutti gli attori territoriali, le diverse competenze, le risorse professionali ed economiche afferenti ai diversi sistemi che si rivolgono alla medesima persona/famiglia. Al tavolo siedono anche i soggetti di secondo livello del Terzo settore che partecipano alla costruzione dei processi: Ordini Professionali, Coop. dei medici associati, CSV e Confcooperative dell'Adda per l'area sociale.
- Il **Comitato di gestione e indirizzo** della CdC traduce a livello territoriale gli indirizzi di programmazione favorendo le connessioni con la realtà locale, valorizzando le risorse e le competenze e le presenze che possono caratterizzare in modo specifico l'esperienza. Al Comitato partecipano un referente territoriale dell'ASST, un referente dei Comuni dell'Ambito, un referente locale degli Ordini professionali, del CSV e di Confcooperative. Presiede il comitato di gestione e indirizzo il Presidente dell'Ambito o suo delegato.
- **Equipe di lavoro multidisciplinari** che integrino competenze e appartenenze istituzionali diverse per costruire ipotesi di intervento co-costruite anche nella fase di progettazione (cfr. paragrafo precedente).

## 16. Conclusioni e prospettive di lavoro

In questo documento sono stati definite alcune linee indicative per la progettazione di una Casa di Comunità quale contributo per avviare il confronto nel gruppo di lavoro avviato dal Tavolo Istituzionale per l'integrazione sociosanitaria. L'approfondimento da parte dei diversi componenti il tavolo rappresenta l'opportunità di individuare coordinate comuni per un reale cambiamento dell'approccio alla salute e al benessere dei cittadini.

Si evidenzia l'urgenza che, nel quadro di un raccordo distrettuale per la definizione di comuni orientamenti che guidino lo sviluppo delle Case di Comunità (**Tavolo Istituzionale per l'Integrazione Sociosanitaria allargato alle diversi componenti**), vengano istituiti a breve termine dei **gruppi di lavoro a livello di territorio d'Ambito** per progettare localmente con tutti gli attori sanitari e sociali gli aspetti di contenuto e le relazioni che possono dare concretezza a un disegno di reale integrazione nella risposta ai bisogni della popolazione.

**Si ritiene importante anche avviare congiuntamente un processo di informazione, riflessione e condivisione con i Comuni del territorio e con la popolazione affinché, già nella sua genesi, il processo di riforma in atto possa essere percepito come un valore per tutti, un cambiamento reale e non una mera razionalizzazione dell'esistente.**