

21 giugno 2021

DISTRETTO CASE DELLA COMUNITÀ: ALLINEARE I SERVIZI AI BISOGNI DELLA COMUNITÀ E DEI PAZIENTI

Luigi Rossi, Antonio D'Urso, Anna Beltrano, Luciano Pletti, Giuseppe Noto, Gilberto Gentili

Giovanni Bissoni, Massimo De Fino, Rosario Mete, Joseph Polimeni, Lorenzo Roti, Roberta Casini, Roberto Corsi, Pietro Buono, Enrico Desideri, Pietro Quinto, Pietro Giurdanella, Umberto Quiriconi, Alice Borghini, Maria Cristina Ghiotto, Casina Ursu, A Rossimori

Nel presente *Position Paper* sono stati individuati gli "assi portanti" sui quali dovrebbero essere concentrati sia il dibattito che i futuri interventi di riorganizzazione e riqualificazione del Territorio (distretto) e che dovranno auspicabilmente impegnare nel futuro prossimo sia le istituzioni, che le organizzazioni, i professionisti e la comunità.

Il governo delle cure primarie, come richiesto dalla nuova visione della sanità territoriale, richiede da un lato una capacità di programmazione e definizione di percorsi, dall'altra un coordinamento operativo della rete territoriale dei servizi sanitari, sociali e di comunità. Un'azione che sia in grado di rilevare e gestire in tempi rapidi i bisogni complessi degli assistiti che spesso richiedono soluzioni personalizzate, definite nei piani assistenziali individuali, attraverso un approccio multidisciplinare che deve rispondere ad una organizzazione territoriale in cui anche la comunità è parte integrante ed attiva.

Il PNRR previsto dal Recovery Plan con il finanziamento previsto di 7 miliardi di euro deve poter garantire ai territori un'adeguata dotazione di strutture in grado di rispondere non solo ai problemi di acuzie (ospedali) ma anche di presa in carico della patologia cronica. Tuttavia per poter rispondere concretamente ai bisogni e garantire la presa in carico, il territorio ha bisogno di riorganizzarsi (nella maggior parte delle regioni italiane non ci sono strutture in grado di rispondere a questo mandato) e di darsi modelli nuovi di promozione della salute e gestione della patologia prevalente quale quella cronica attraverso approcci proattivi. Il focus non dovrà essere posto solo sui contenitori (es. Case della Comunità come edifici) ma sui contenuti ovvero sugli obiettivi che il sistema si pone e sull'organizzazione e le competenze necessarie per conseguirli.

Il PNRR è articolato in 6 Missioni, che a loro volta comprendono una serie di "componenti funzionali" per il raggiungimento degli obiettivi, sui quali si concentrerà l'impegno delle risorse. La "Missione 6 – Salute" si articola in 2 componenti e si focalizza su due macroobiettivi: il "**rafforzamento della rete territoriale**" (M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) e l'"**ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN**" (M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN). All'interno del M6C1 sono previsti 3 assi di investimento, portanti del futuro sviluppo dell'assistenza territoriale.: 1. Case della Comunità e presa in carico della persona; 2. Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina con specifiche COTCentrali

Operative Territoriali e telemedicina per le patologie croniche; 3. Sviluppo delle Cure Intermedie, con particolare riferimento agli Ospedali di Comunità.

La rete distrettuale deve trovare la sua massima espressione nella operatività diffusa, nella prossimità, nella continuità, nella tempestività e nella proattività.

In tale contesto il Servizio Sociale Professionale può fornire un'importante contributo in alcune aree specifiche della professione, che costituiscono importanti obiettivi del PNRR come

- analisi del contesto socioculturale e valutazione della domanda e del bisogno,
- analisi delle risorse formali e informali del contesto territoriale di riferimento,
- sviluppo e potenziamento delle reti territoriali,
- promozione dell'integrazione sociosanitaria tra Distretto, Ente Locale, Terzo Settore e Volontariato,
- promozione della cultura dell'automutuo aiuto
- promozione della mediazione interculturale e familiare,
- coinvolgimento diretto del cittadino e della rete familiare nella elaborazione del progetto di cura e assistenza.

I punti salienti individuati dal tavolo di lavoro possono riassumersi nei seguenti:

Pensare al "SistemaDistretto/Territorio" (e non solo alle sue singole parti) per strutturarlo come "sistema unico e circolare", con "porte girevoli", non unidirezionali, con il Sistema Ospedale. Tutto il sistema ha pertanto necessità di **standard** di riferimento non solo sanitari ma anche sociali, per delineare correttamente l'attività. Il Distretto è l'ambito "territoriale" di riferimento per garantire una risposta assistenziale appropriata, capillare, equa ed integrata sotto il profilo delle competenze professionali, delle risorse e degli strumenti e per determinare una efficace presa in carico dei pazienti cronici e fragili. È l'articolazione fondamentale del governo aziendale, funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra Aziende Sanitarie, Enti locali e Comunità, rappresentando la sede ottimale per lo sviluppo della assistenza territoriale e della integrazione fra servizi sanitari e sociali.

Identificare il Distretto come la struttura organizzativa/gestionale che gestisce i sistemi sanitari e sociosanitari integrati, con funzioni di GOVERNO e di GOVERNANCE in particolare per il rapporto con gli *stakeholders* istituzionali e non e con la comunità, per l'attuazione di un approccio di **community care**, nell'ottica di quanto già evidenziato, ma non attuato, dal D.Lgs 229/99, con uno sguardo attento alla programmazione (sociale e sanitaria). Un aspetto rilevante in questa organizzazione è la presenza di uno staff multidisciplinare, con ampie competenze organizzative,

giuridiche, economiche, sanitarie e sociali, a supporto della direzione del distretto.

Attuare percorsi di Formazione specifica e creazione di un albo regionale/nazionale di dirigenti specificamente formato per il ruolo di direttore di distretto (richiamo del lavoro sul middle management fatto da CARD, FIASO e ANMDO). Ma anche percorsi di formazione continua a favore di tutti i professionisti per le competenze specifiche richieste e anche a supporto o per lo sviluppo del lavoro in **TEAM**, che deve essere multidisciplinare e multiprofessionale, adottando un approccio per percorsi e quindi identificando di volta in volta il professionista team leader in base alla tipologia di domanda/bisogno prevalente, tenendo presente il ruolo del medico di medicina generale e dell'infermiere di comunità.

Investire nella creazione e trasformazione, ove non esistenti, delle **Case della Comunità**, che da poliambulatori (triste realtà in molti casi) diventino i veri presidi di promozione della salute e gestione della cronicità: da meri contenitori a forme organizzative complesse **con il paziente partner nelle scelte di salute**, dove trovano posto figure professionali innovative specializzate nell'assistenza primaria: Infermieri di Famiglia e Comunità, Fisioterapisti di Comunità, Psicologi di comunità e cure primarie, Medici di Comunità e delle Cure Primarie, per svolgere insieme attività multidisciplinari. La Casa della Comunità deve essere una struttura "aperta" dotata di rete tecnologica in grado di raggiungere il paziente fino al proprio domicilio: è il luogo dove, attraverso la stretta collaborazione/integrazione dei professionisti si attua la *community of practice* con una forte integrazione tra sociale e sanitario nella definizione dei percorsi personalizzati dove il domicilio è il primo setting di cura. La Casa della Comunità non deve essere un semplice contenitore, ma un complesso di "contenuti" tra loro interagenti, dove la conoscenza approfondita del territorio permette una adeguata programmazione dei servizi, la valutazione dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali della popolazione di riferimento, la valorizzazione del ruolo delle comunità locali, la promozione e la prevenzione in tutte le fasi della vita del cittadino, il punto di accesso alla rete dei servizi integrati e la presa in carico integrata.

Implementare la figura dell'Infermiere di famiglia e comunità (Ifec), come attore, integrato con gli altri professionisti, nella riforma della assistenza distrettuale, territoriale e presa in carico dei bisogni assistenziali in maniera proattiva, rivestendo il ruolo di care manager all'interno del team assistenziale.

Superare la logica prestazionale per indirizzare gli sforzi sulla presa in carico e la strutturazione di percorsi "veri" e condivisi per la cronicità e la fragilità, in una visione olistica dell'assistito.

Superare le "visioni parziali" (legate al posizionamento dei professionisti nei servizi e nelle discipline di appartenenza) implica l'applicazione di "metodi sistemici", come il "**disease management**" o il "**population health management**". Tutto il percorso dalla prevenzione alla cura della malattia deve tenere conto sia della storia della malattia stessa (e del suo continuum) che del sistema di offerta dei servizi. Ogni percorso è specifico non generico ed è delineato sempre e comunque attraverso la collaborazione dei diversi attori nei team multiprofessionali, dove l'efficienza si lega all'efficacia e all'economicità del singolo intervento. Da qui l'importanza della realizzazione di PDTA e PDTAs

originati da Linee guida basate su revisioni sistematiche delle evidenze scientifiche e costruiti dai professionisti integrati, che permettono di superare i "PDTA autoreferenziali" e di dare una visione integrata tra focus clinico, focus sociosanitario e focus organizzativo e gestionale a cui si aggiungeranno anche i nuovi percorsi delineati dall'uso della telemedicina. La definizione dei PDTA dovrà partire dalla definizione degli obiettivi, dall'analisi delle competenze necessarie per rispondere, alla definizione dei professionisti competenti ad attuare la risposta.

Strutturare le (A).C.O.T. a livello distrettuale quale strumento organizzativo per la gestione delle transizioni e per la presa in carico dei casi complessi, ed elemento di in connessione con tutti gli attori (infermieri di famiglia e comunità, MMG, assistenti sociali, ecc.), operanti sul territorio per definire il setting adeguato (Ospedale di Comunità, Hospice, ADI, Riabilitazione, ecc.). Questo uno dei punti qualificanti di tutto il sistema che dovrà garantire la corretta presa in carico del singolo paziente garantendo il percorso più appropriato. **Valorizzare le esperienze regionali** e le "best practice" esistenti, come ACOT in Toscana e COT in Umbria e Veneto.

Realizzare gli Ospedale di Comunità/Cure intermedie: i *setting* intermedi, realtà già esistenti in molte regioni, ma non ancora ovunque diffusi, necessitano di una forte regolamentazione a livello nazionale (in parte già delineata negli allegati del DM 70/15 e dall'accordo Stato Regioni), al fine di garantire la possibilità di realizzazione nei vari territori. La pandemia ha sottolineato (se comunque ce ne fosse stato bisogno) l'importanza delle cure intermedie quale elemento essenziale del percorso di cura post acuzie in fase di dimissione e nel saper intercettare quelle situazioni che possono essere gestite al di fuori dell'ospedale pur con una intensità di assistenza diversa rispetto al domicilio, permettendo, così, di intercettare la domanda assistenziale a bassa complessità proveniente dal domicilio e di ridurre i tempi di permanenza ospedalieri, garantendo la continuità della cura in situazioni non stabilizzate sia sul piano clinico che sociosanitario.