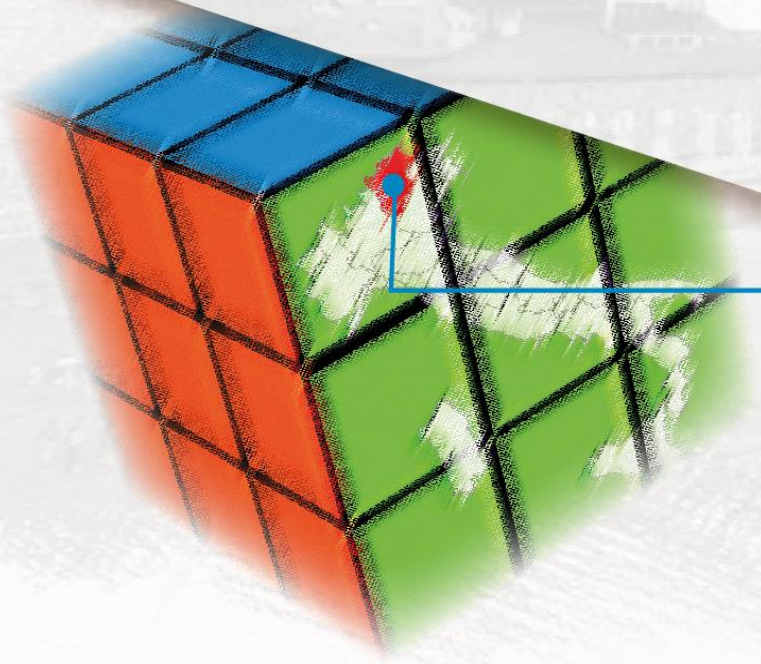
XXº CONGRESSO NAZIONALE CARD

CARD
Confederazione Associazioni Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

IL DISTRETTO E (è) LA SALUTE DI COMUNITÀ

NELLA CURA, CON APPROPRIATEZZA E CONTINUITÀ



TRENTO

13-14-15
OTTOBRE 2022
Grand Hotel Trento

V Sessione

LE CASE DELLA COMUNITA' – PROGETTAZIONE E INNOVAZIONE

TITOLO: Un modello di integrazione tra il Distretto «tradizionale» e l'implementazione verso la Casa della Comunità: il progetto della ASL Sulcis Sardegna

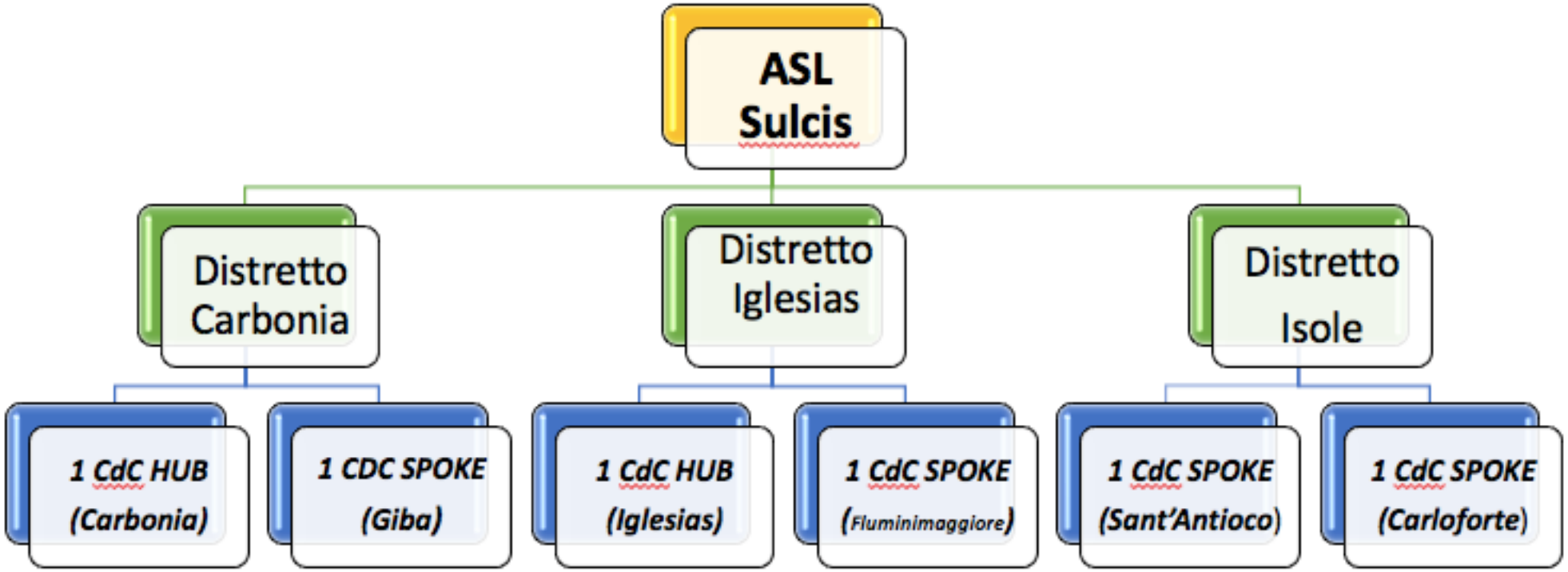
RELATORE: Dott. ALDO ATZORI
Direttore S.C. DISTRETTO SOCIOSANITARIO CARBONIA - ASL SULCIS
Presidente CARD Sardegna

CONGRESSO CARD NAZIONALE

Fluminimaggiore
Buggerru
Domusnovas
Iglesias
Musei
Gonnesa
Villamassargia
Portoscuso
Carbonia
Narcao
Carloforte
Perdaxius
Nuxis
San Giovanni Suergiu
Tratalias
Villaperuccio
Calasetta
Santadi
Giba
Piscinas
Sant'Antioco
Masainas
Sant'Anna Arresi

Olbia Tempio
Sassari
Nuoro
Oristano
Ogliastra
Medio Campidano
Cagliari
Carbonia Iglesias

Organigramma ideal-tipico dei Distretti e Case della Comunità nella ASL Sulcis



Distretto sociosanitario di Carbonia

Contesto attuale

Verso l'integrazione strutturata con la Casa della Comunita'

HUB per 76.000 abitanti

1 CdC spoke (Giba)

Distretto Isole

2 CdC Spoke (Sant'Antioco-Carloforte)

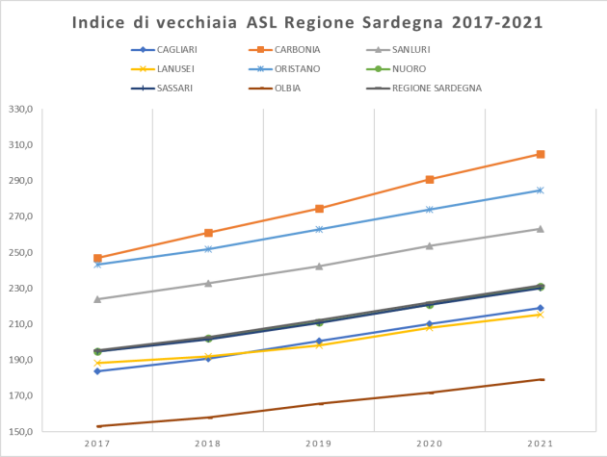
Alto indice di invecchiamento

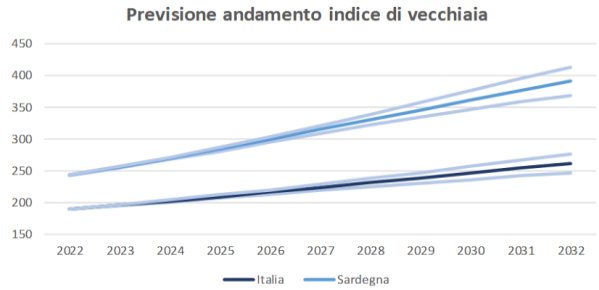
Over 65 > 25%

Alto indice di dipendenza

Situazione di forte disaggio sociale e socioeconomico

Ulteriormente aggravate dalla pandemia





Valori mediani con relativi limiti inferiori e superiori al 90%

Indicatori di struttura della popolazione residente in Sardegna al 1° gennaio. Anni 2016-2020. Italia 2020

Indicatore	2016	2017	2018	2019	2020	Italia 2020
Indice di vecchiaia	187,9	195,5	202,7	212,0	221,7	178,4
Età media della popolazione	45,3	45,7	46,1	46,4	46,8	45,4
Indice di invecchiamento (per 100) - (% Over 65)	22,1	22,7	23,2	23,8	24,4	23,2
Indice di dipendenza strutturale	51,3	52,1	52,9	53,8	54,8	56,6
Indice di dipendenza degli anziani	33,5	34,5	35,4	36,5	37,7	36,2

Fonte: Istat – I.Stat

Indici di struttura della popolazione residente per ASSL, Sardegna, Italia. Anno 2020

ASSL Residenza	Indice di Vecchiaia	% 0-14 anni	Indice di Invecchiamento (% Over 65)	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di Dipendenza Anziani
Sassari	220,5	11,0	24,3	54,6	37,6
Olbia	170,7	12,5	21,3	51	32,2
Nuoro	220,6	11,4	25,1	57,3	39,5
Lanusei	207,8	11,8	24,6	57,3	38,7
Oristano	273,6	9,9	27,2	58,9	43,2
Sanluri	253,5	10,3	26,2	57,7	41,4
Carbonia	290,7	9,4	27,5	58,5	43,5
Cagliari	209,6	11,1	23,3	52,6	35,6
Sardegna	**221,7**	11,0	**24,4**	**54,8**	**37,7**
Italia	*178,4*	*13,0*	*23,2*	*56,6*	*36,2*

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Epidemiologico Regionale su dati ISTAT - Demo Demografia in cifre

Principali indicatori sullo stato di salute della popolazione

Indicatore	Sardegna	Italia
Tasso di mortalità per 10.000 abitanti	99,5	104,1
Persone in buona salute (per 100 persone con le stesse caratteristiche)	62,6	68,8
Persone con almeno una malattia cronica (per 100 persone con le stesse caratteristiche)	44,2	40,9
Persone con almeno due malattie croniche (per 100 persone con le stesse caratteristiche)	24,7	21,1
Persone con malattie croniche in buona salute (per 100 persone con le stesse caratteristiche)	36	43,1

Fonte: Istat – Statbase – ultimo anno disponibile (2018 per i tassi di mortalità; 2019 per le aspettative di vita)

L.R. 24/2020: Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia (…)

Delib. G.R. n. 49/16 del 17/12/2021: Piano operativo per la presentazione da parte degli ambiti sociali territoriali di proposte di adesione alle progettualità di cui alla missione 5

Delib. G.R. n. 17/68 del 19/05/2022: Piano nazionale di ripresa e resilienza, Missione 6 Salute e Piano nazionale per gli investimenti complementari. Interventi di cui al decreto di riparto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022. **Piano Operativo Regionale**

Delib. G.R. n. 9/22 del 24/03/2022: Piano Regionale dei Servizi Sanitari - Triennio 2022-2024

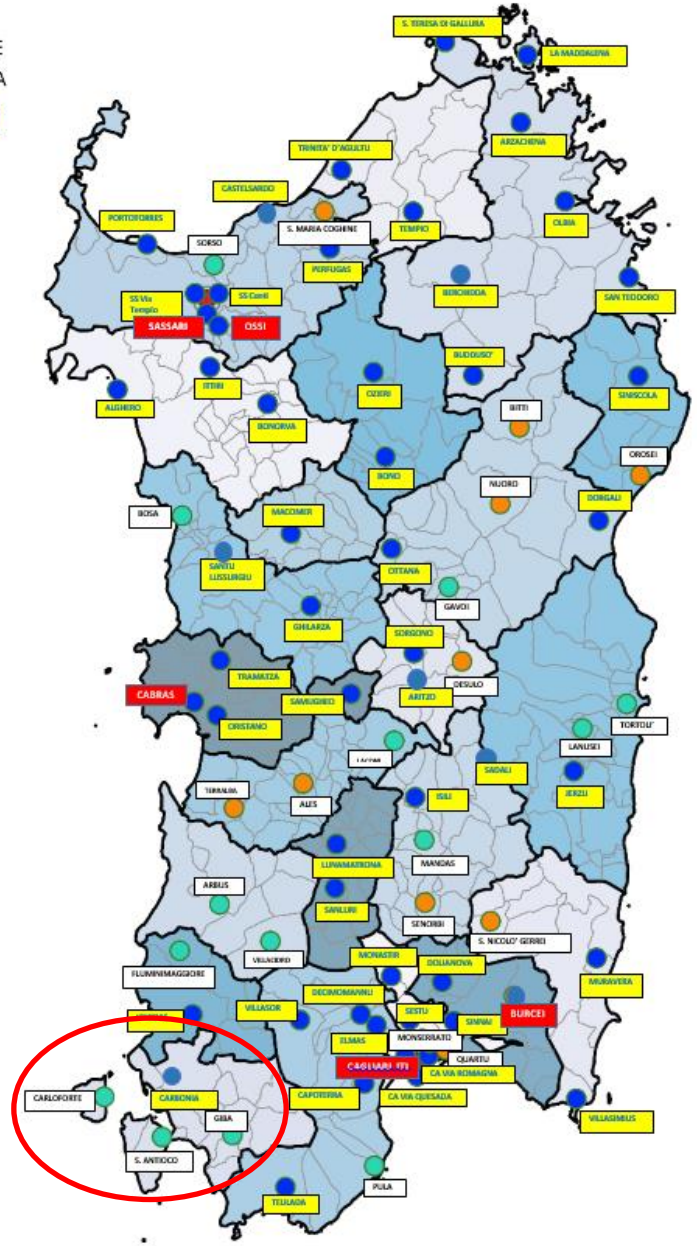
Case della comunità

- ATTIVA
- IN ATTUAZIONE
- PROGRAMMATA

FINANZIATE CON PNRR

Già finanziate

DA FINANZIARE



DELIBERAZIONE N. 9/22
DEL 24.03.2022
Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024.

80 CdC (15 ex case della Salute)		
SPOKE		**HUB**
56		**24**
< 5000 abitanti	**> 5000 abitanti**	
8	48	

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

MISSIONE 6 SALUTE

M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Casa della Comunità (CdC)

Ospedale di Comunità (OdC)

Riorganizzazione del Distretto

Assistenza Domiciliare

Centrale Operativa Territoriale (COT)

TELEMEDICINA

DISTRETTO SOCIOSANITARIO

Articolazione organizzativo-funzionale della ASL sul territorio

- Riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi
- Ruolo di facilitatore dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria
- Coordinatore dei servizi sanitari

Generatore della risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione
Garante dell'uniformità dei LEA
Promotore della pluralità dell'offerta di salute

Il Distretto come snodo cruciale dell' Assistenza Sanitaria Primaria

- In ogni **Distretto** è presente:

  - *La Direzione ed il Comitato di Distretto*
  - *Il PUA-UVT*
  - *Il Sistema Poliambulatoriale di Medicina Specialistica*
  - *Il Sistema delle Cure Domiciliari*
  - *Il Sistema dei servizi sanitari territoriali (MMG/PLS, Medicina Riabilitativa, Consultori familiari, CA)*
  - *Il Sistema dei servizi infermieristici e di riabilitazione fisioterapica territoriale*
  - *I Servizi amministrativi (assistenza protesica ed integrativa…ETC)*
  - *Il CUP*
  - *La Rete della residenzialità e della semiresidenzialità*
  - *Integrazione con il PLUS (Piani locali Unitari dei Servizi alla persona)*
  - *Emergenza Covid – USCA e CDI COVID; Gestione HUB vaccinali*

Distretto sociosanitario di Carbonia

Contesto attuale

Verso l'integrazione strutturata con la Casa della Comunita'

Doppio Obiettivo nella applicazione del PNRR:

1) La peculiarità che caratterizza la CdC del Distretto di Carbonia è rappresentata dalla sua collocazione fisica all'interno della sede Distrettuale - interventi Strutturali e tecnonologici

2) Fare un importante cambiamento delle funzioni e delle modalità con cui la CdC si «offre» alla Comunità ospitante.

Evitando di moltiplicare i luoghi di salute senza generare reali servizi in grado di ricollegarsi alle esigenze dei pazienti.

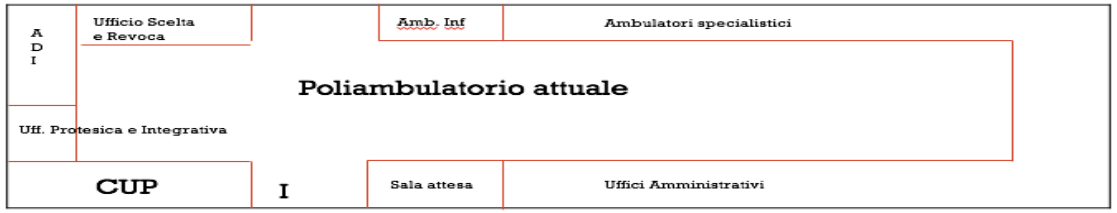
I cambiamenti strutturali necessari

- **FASE 1**: identificazione della destinazione d'uso degli spazi e dei servizi della CdC e riorganizzazione delle attività distrettuali al fine di favorire la loro complementarietà funzionale-organizzativa e coesistenza nella stessa struttura all'interno del nuovo riassetto.
- **FASE 2**: "Change" della struttura-ipotesi operativa. Il cambiamento prevede la riorganizzazione, in ciascun piano del distretto, di nuovi spazi al fine di superare la promiscuità tra i vari servizi attualmente presenti e prevede, nello specifico i seguenti interventi:
- **FASE 3**: avvio dei lavori con gli interventi strutturali da svolgersi a step e per ambienti lavorativi ben definiti, a partire da quelli che ospiteranno gli uffici amministrativi nel piano terra.
- **FASE 4**: fine dei lavori, consegna dei nuovi locali e ripristino delle attività distrettuali nel contesto del nuovo assetto organizzativo della CdC con l'avvio delle attività ad essa relate.

CHANGE della Struttura: ipotesi operative

La Casa della Comunità dentro il Distretto

Piano T



Macro Aree omogenee di attività

- **Macro-Area SPECIALISTICA** che ospita tutti i servizi di natura sanitaria (di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e specialistici;

- **Macro-Area CURE PRIMARIE** che accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatria di Libera Scelta (PLS) e gli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFeC), ecc.;

- **Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ** che ospita Assistenza medica H24/12, le Cure Domiciliari-ADI, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché servizi sociali;

- **Macro-Area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI** che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in:
  - servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.); servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc.);
  - servizi logistici (archivi, magazzini, depositi, ecc.); locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, ecc.).

Distretto sociosanitario di Carbonia

Contesto attuale

Verso l'integrazione strutturata con la Casa della Comunita'

Verso…….Un'organizzazione capillare su tutto il territorio inserendo nella struttura le figure professionali attualmente non presenti e implementando le attività già in essere con approccio integrato e di iniziativa.

- 35 MMG - 6 PLS: Accessi di 2 h/sett per MMG/PLS e apertura ambulatori 5gg/7 (mattina e pomeriggio)
- Medicina Specialistica: Attivazione di ambulatori dedicati di medicina proattiva (ambulatorio pe rlo scompenso cardiaco, per la sclerosi multipla, per la demenza)
- Infermieri: Integrazione delle attività infermieristiche con la Telemedicina e istituzione della rete infermieristica di famiglia e comunità
- Altre professioni della Salute: Inserimento della figura dell'Assistente Sanitario in ambito di prevenzione ed organizzazione delle attività distrettuali; apertura ad associazioni/enti come facilitatori della presa in carico
- Potenziamento delle infrastrutture informatiche e della diagnostica di base (integrati cn la Telemedicina)
- Formazione: attivare corsi di formazione (ARES, RAS)

Distretto sociosanitario di Carbonia

Contesto attuale

Verso l'integrazione strutturata con la Casa della Comunita'

W

- Medicina specialistica convenzionata: Approccio alla cura di tipo monodimensionale, frammentato, mediato tramite CUP; attività medica di tipo passivo e non proattivo/di iniziativa
- Assenza di ambulatori di Cure Primarie e AFT (MMG e PLS)
- Mancanza di tecnologie integrate e di strumenti di Telemedicina
- Scarsa integrazione delle attività con lo *Spoke* CdS Giba
- Discontinuità assistenziale con l'ospedale per mancanza di PDTA (dimissione facilitata e accesso dell'utente ai servizi ospedalieri)

S

- Buon livello di integrazione per le procedure di presa in carico del bisogno complesso (PUA-UVT-PLUS)
- Presenza di servizi di Cure Domiciliari ad ampio spettro per la tipologia di pazienti presi in carico (dal prelievo ematico al pz che necessita di ventilazione invasiva) con diffusione capillare del servizio in tutto il territorio di competenza
- Rapidità nell'organizzazione e costituzione dei servizi per l'emergenza COVID (Centro Vaccinale, USCA e CDI COVID)- soprattutto quando si possono «superare» le rigidità organizzative del sistema

La Case della comunità di Carbonia, diventerà un luogo ove l'integrazione socio-sanitaria sarà finalmente pensata in modo da non essere solo funzionale, ma anche strutturale e fisica, attraverso la condivisione degli spazi, la promozione del lavoro di equipe nella nuova modalità pro-attiva di presa in carico e anticipazione del bisogno.

I capisaldi della Casa della Comunità del Distretto di Carbonia

7 valori/obiettivi sui quali costruire le aree di azione per la nuova Casa della Comunità

VALORI/OBIETTIVI	AREE D'AZIONE
Andare incontro	Far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza attraverso la «stratificazione» dei bisogni presenti nel territorio
Intercettare il bisogno	Porre in essere azioni preventive, pro-attive, curative e sociali che raggiungano fisicamente persone ad alto rischio di vulnerabilità e fragilità anche quando il bisogno non emerge
Condividere la visione di salute del territorio.	Promuovere la realizzazione d'interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività (progettuali) con la comunità e le sue Istituzioni formali e informali. Implementare modalità organizzative che permettono l'integrazione tra settore sanitario e sociale,tra diversi professionisti nell'ottica di valorizzare il coordinamento e la collaborazione in contesti multidisciplinari, e tra soggetti istituzionali e non
Far coincidere la sostenibilità tecnica,sociale ed economica con la fattibilità degli interventi	Realizzare strumenti per la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate a livello di ciascuna CdC
Rendere utile il progetto	Portare avanti interventi che migliorino lo stato di salute della comunità e del territorio
Rendere protagoniste le persone	Sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale nella relazione che ha cura.
Rendere protagonista la comunità	Dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati.

Il **cambio di paradigma (secondo momento rivoluzionario rispetto al Modello della presa In carico)**si concretizzerà se si comincia a pensare ad un sistema di welfare nuovo che parta dalla comunità e non dalle istituzioni erogatrici,**si sceglierà di sviluppare un approccio di comunità basato sulla consapevolezza di salute come bene comune (Ospiti della Comunita').**

APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI E PRESA IN CARICO GLOBALE

GARANZIA DEI LIVELLI ASSISTENZIALI SANITARI E SOCIALI

ACCESSIBILITA' E RICONOSCIBILITA'

OMOGENEITA'

SEMPLIFICAZIONE E DEBUROCRATIZZAZIONE

COMPLESSITA' INTEGRATIVA

Integrazione *nel e con* il Distretto

Coordinamento con la COT

Coordinamento con le CdC

Coordinamento con le Cure Primarie

Coordinamento con il Sociale

- Cambiare il luogo delle cure
- Organizzare servizi di prossimità, il più possibile erogabili a domicilio o per il tramite della Telemedicina
- Uscire dalla logica del Poliambulatorio decentrato
- Andare oltre gli standard numerici
- Lavorare sulle disuguaglianze
- Migliorare l'accesso alle cure

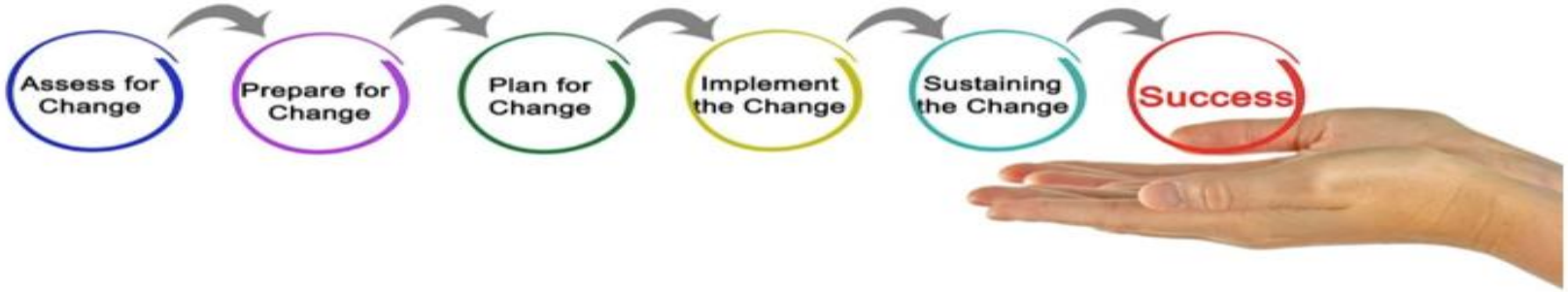
MA I SOGNI SVANISCONO……LA RIVOLTA «DE SU TORRARE A SU CONNOTTU»

Grande rivolta scoppiata a Nuoro nel 1868 in cui i rivoltosi guidati da Paskedda Zau chiedevano il ripristino dell'antica modalità di gestione dei terreni

(Tornare al Conosciuto cioè al vecchio sistema)

Accompagnamento ai processi di *CHANGE MANAGMENT* per la realizzazione del progetto della nuova CdC

- La forte **condivisione** del nuovo modello di cura inter-aziendale e con tutti gli stakeholders;
- la **formazione attiva** di tutti i nuovi operatori coinvolti nel processo di cambiamento di paradigma di salute;
- **l'acquisizione di nuove figure professionali** nell'ottica del ricorso ed implementazione delle nuove tecnologie;
- **La reale sburocratizzazione della rete sociosanitaria;**
- l'azione forte e di **supporto alle trattative sindacali** rivolte alle parti attualmente convenzionate (MMG, PLS, MS, MCA)che possa incidere costruttivamente sulle nuove modalità di compartecipazione al nuovo modello di cura proprio della CdC.



Grazie per la Vostra attenzione