



XXIII CONGRESSO NAZIONALE CARD

VIII CONFERENZA CURE DOMICILIARI I DISTRETTI PER LA SALUTE NELLE COMUNITÀ LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA

COSENZA 16 - 18 OTTOBRE

BV | PRESIDENT HOTEL

Via Alessandro Volta 47/49, Rende - CS

La realtà delle Case della Comunità in Sardegna
Obiettivi raggiunti e da raggiungere per un nuovo approccio alla
comunità

RELATORE: Dr.ssa Maria Francesca Ibba

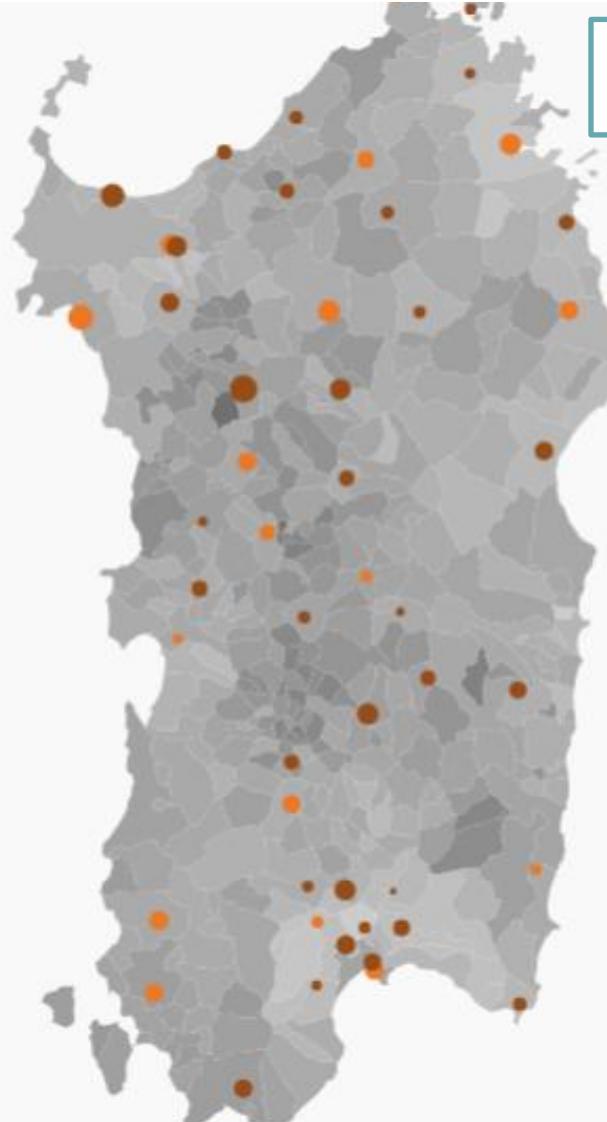
**Obiettivo: Fotografare lo stato attuale delle case di comunità, in tutto il territorio regionale.
Il modello attuato realizza il cambiamento atteso nell'assistenza territoriale?**

16 case HUB e 34 SPOKE

Necessità di costruire ed avviare contemporaneamente una pluralità di sedi

Pianificare sin da ora l'ottimizzazione e il reinvestimento delle risorse già disponibili in modo tale che al 31/03/2026 si possa dichiarare la piena operatività delle Case della Comunità

In assenza di tale impostazione il rischio concreto è quello di trovarsi alla scadenza prevista di fronte a difficoltà significative nell'attivazione delle strutture (Scatole vuote?)



13 Ospedali di Comunità

AS IS – Come è

Criticità - Cosa non c'è

| | |
|--|---|
| RAS: Programma Regionale di Sviluppo 2024–2029 Definizione delle LG per l'operatività delle Case della Comunità | Integrazione socio-sanitaria reale e operativa: Servizi disarticolati con scarsa sinergia. Mancanza di protocolli condivisi e linguaggi comuni. Obiettivi non integrati tra ASL, Comuni e Distretti |
| DM 77/2022: linee guida regionali approvate Definizione ed approvazione linee di indirizzo e metodologia per costituire, implementare e monitorare le case di comunità in tutto il territorio regionale | Presenza attiva del professionista della comunità: coinvolgimento non uniforme dei MMG, IFeC, Assistenti sociali; I team integrati esistono sulla carta, ma mancano tempo, spazi, strumenti e riconoscimento del lavoro d'équipe. |
| Case della comunità previste e finanziate dal PNRR Totale: 50 strutture (16 Case della Comunità Hub e 34 Case della Comunità Spoke) Finanziamenti: 76,6 milioni di euro (PNRR + fondi regionali) | Modello applicativo disomogeneo tra i distretti: Variazioni operative che generano disparità. Difficoltà nel coordinamento tra attori locali Mancanza di leadership o strumenti normativi adeguati |
| Avvio del monitoraggio: questionari, verifiche Documentali e visite programmate sul territorio Realizzazione di un questionario conoscitivo per le ASL; Elaborazione dei risultati e valutazione dell'impatto sul territorio | Partecipazione della cittadinanza: scarsa partecipazione della comunità e degli utenti nei percorsi; Le Case della Comunità non sono ancora percepite come un punto di riferimento stabile dalla popolazione |
| Disponibilità di modelli organizzativi di riferimento: indicazioni su funzioni obbligatorie e optionali Punto Salute. Centrali di monitoraggio. Telemedicina / Teleassistenza. IFeC | Mancanza di indicatori di impatto misurabili: Difficoltà a valutare il reale cambiamento nella presa in carico. Mancanza di strumenti per misurare i benefici della presa in carico multidisciplinare e continuativa |
| Sensibilizzazione istituzionale e professionale: valorizzazione del ruolo del territorio nella presa in carico Promozione del ruolo del territorio nella presa in carico con l'obiettivo di intercettare precocemente i bisogni complessi e gestire in modo integrato le patologie croniche; Punto Salute per le Cronicità (ASL MedioCampidano), Centrali di monitoraggio (ASL Nuoro, Ogliastra, Sulcis Iglesiente, Gallura) | Formazione e cultura non ampiamente condivisa: serve consolidare il passaggio alla medicina di iniziativa; Attività di informazione, empowerment e prevenzione poco diffuse o non coordinate |

Casa della Comunità: cosa serve per il salto di qualità

| Cosa chiede la CARD | A chi |
|---|---|
|  Rafforzare la governance unitaria e partecipata Coordinamento stabile tra Regione, ASL, Comuni e attori territoriali. | Assessorato- ASL |
|  Definire e monitorare indicatori di outcome condivisi Valutare l'impatto reale e orientare le azioni correttive | ASL – Operatori |
|  Stimolare la partecipazione attiva della comunità locale Creare spazi e strumenti per un coinvolgimento strutturato e continuativo | ASL- Associazioni- Cittadini- Comuni |
|  Investire su formazione multiprofessionale e cultura del cambiamento Promuovere il lavoro integrato e il passaggio alla medicina d'iniziativa. | RAS- ASL Servizio Formazione- Operatori |
|  Garantire uniformità nell'attuazione del modello sul territorio Superare le disomogeneità tra distretti e assicurare equità di accesso ai servizi | RAS – ASL |

Grazie per l'attenzione