

## Case della Comunità: competenze e sfide del futuro

### *The “Case della Comunità” model: competences needed and future challenges*

Ardigò Martino<sup>1</sup>, Giovanni Paladini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Cure Primarie, Ausl della Romagna

<sup>2</sup>Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento delle Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

*Parole chiave:* Case della Comunità, Case della Salute, assistenza primaria alla salute globale, modelli organizzativi, salute pubblica

#### RIASSUNTO

Obiettivo del testo è discutere le principali funzioni e competenze che dovrebbero caratterizzare la Casa della Comunità (CdC) nel contesto italiano porgendo uno sguardo alle Case della Salute ed alle competenze necessarie ad una loro realizzazione efficace.

In questo articolo si presentano i punti teorici e concettuali che hanno portato alla nascita delle CdC e poi presentate degli accenni normativi utili a comprendere il loro funzionamento. Le CdC rappresentano l'organizzazione attraverso cui si incentiva l'autodeterminazione individuale e collettiva e si promuove una salute sia globale che circolare che sia radicata nel territorio e nel tessuto sociale che lo abita. Per poter esplicitare al pieno le loro funzioni le CdC necessitano di numerosi attori competenti e preparati ad affrontare la complessità dell'assistenza territoriale attraverso i principi dell'Assistenza Primaria. In questo lavoro verranno proposte alcune delle sfide che si stagliano all'orizzonte e alcune riflessioni in merito alle CdC utili al personale che ne sarà il primo attore.

*Key words:* Primary Care Centers, House of Health, Primary health care, organizational models, public health

#### SUMMARY

The aim of this paper is to discuss the main functions and competences that should distinguish the “Casa della Comunità” model (CdC) from the “Casa della Salute” in Italy. The skills necessary for their

---

Autore per corrispondenza: giovanni.paladini@unito.it

effective implementation have also been analyzed and discussed.

This article evaluates the skills necessary for their effective implementation, the theoretical and conceptual principles that led to the creation of the CdC. It subsequently presents normative tidbits useful to understand their functioning. The CdC is the organization through which individual and collective self-determination is promoted, so to foster a view of global and circular health rooted in the local areas and in the social fabric that inhabits them.

To be able to fully conduct their functions, the CdC needs competent and prepared personnel to deal with the complexity of territorial assistance through the principles of Primary Health Care. In this paper some of the challenges that loom on the horizon are described alongside with some thoughts on the “Case della Comunità” model. This paper is aimed both at curious readers and at the personnel.

## 1. La Comprehensive - Primary Health Care (C-PHC)

Nella conferenza dell'Organizzazione mondiale della Sanità di Alma Ata nel 1978 si sentì la necessità di concepire l'assistenza come “un approccio onnicomprensivo di tutte le variabili che influenzano la salute delle persone e delle comunità, oltrepassando l'ambito prettamente sanitario individuale”, così emerse la Primary Health Care (PHC) (1).

La visione di Primary Health Care si prefigge di ampliare gli orizzonti dell'assistenza sanitaria ad approcci che considerino ogni aspetto che potenzialmente influisce sul benessere della popolazione e dei singoli pazienti. La Primary Health Care si basa sulla collaborazione di tutti gli attori coinvolti nel processo di erogazione delle prestazioni, nel processo di indagine dei bisogni sia espressi che quelli non espressi, e persino nella continuità assistenziale (2).

La componente “*Comprehensive*” vuole ricalcare la necessità di programmare percorsi di cura attraverso reti di cura per i pazienti che non continuino a trascurare gli aspetti sociali, psicologici, di accoglienza e accessibilità (3). Il modello definito da Rogers e Veale già nel 2000 propone una visione trasversale delle strategie da introdurre attraverso collaborazioni multisettoriali agite da team multidisciplinari di professionisti sanitari. L'obiettivo di salute da raggiungere cambia, dal cercare l'assenza di malattia ad una ricerca del benessere visto in positivo, questo viene messo sotto il controllo delle comunità e degli individui stessi che lo possono raggiungere solo grazie alle condizioni di equità e di sviluppo mutuale della comunità.

Nel quadro assistenziale le strutture che hanno maggiormente rappresentato questa idea di assistenza primaria nel territorio italiano sono state le Case della Salute (CdS), modello che sta iniziando ad avere maggiore espansione in quasi tutte le regioni italiane. La regione che ha sviluppato maggiori conoscenze, sapere pratico e teorico in Italia è stata la regione Emilia-Romagna. Con l'imminente messa in atto del DM 77 del 23/05/2022 (4) in Italia subentrerà un nuovo modello di centro per l'assistenza primaria che si interfaccia ancora più multidisciplinariamente nelle comunità per

poter essere un agente efficace per la C-PHC: le Case della Comunità (CdC). Di certo queste disposizioni vengono con sfide nuove da superare che si affacciano su una complessità comunitaria sempre maggiore, il seguente articolo ha l'intenzione di presentarle e di proporre riflessioni sulle competenze necessarie a gestirle.

## **2. Le Case della Salute e della Comunità, la C-PHC sul territorio**

L'evoluzione assistenziale ha portato ad accentrare l'erogazione di prestazioni in strutture ospedaliere altamente specializzate. Il cambio di prospettiva proposto dalla concettualizzazione e istituzione delle Case della Salute avrebbe dovuto avere un maggiore impatto nelle comunità per promuovere una visione della salute dal punto di vista positivo, come ricerca di benessere (5). Questi effetti non sono stati ritrovati in maniera consistente né su tutto il territorio né in tutte le popolazioni che afferiscono alle CdS, resta dominante la visione biomedicalizzata e specialistica delle cure.

Perciò la funzione delle CdS fino a questo momento è stata di assorbire il carico di lavoro proveniente dalla progressiva chiusura degli ospedali più periferici e dei poliambulatori nel territorio. Per via di questo momento di transizione delle cure in Italia sono state trascurate le necessità più ampie di empowerment delle comunità e dei singoli cittadini presenti nel territorio.

Non è più possibile tralasciare le necessità sociali degli avventori delle Case della Salute, che diventeranno Case della Comunità proprio per conferire una nuova organizzazione, nuove competenze e funzioni di più ampio respiro rispetto all'attuale messa in opera delle CdS.

Si ambisce al superamento della frammentazione tra gli attori coinvolti mediante la creazione di reti assistenziali multiprofessionali, multisettoriali e multidimensionali, a partire dal coinvolgimento delle persone e delle comunità, soggetti attivi a tutti gli effetti della propria salute, intesa come bene. La rete di cura che ruota attorno alla persona ha bisogno di essere: multiprofessionale, multidisciplinare, multiservizio, intersettoriale e partecipata. Questi principi per potersi sviluppare nella popolazione e portare degli effetti tangibili hanno bisogno di componenti e strutture che siano estremamente legate al territorio.

La "territorializzazione" ne "Il Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie in Italia" viene identificata come un processo permanente di riconoscimento e induzione del territorio, inteso quindi sia come processo di conoscenza del territorio-oggetto che, soprattutto, come processo di riconoscimento e di co-costruzione identitaria del territorio-soggetto (territorio che si crea e trasforma nell'interazione coi servizi di salute). La territorializzazione è uno strumento fondamentale di attuazione dei principi fondanti il Libro Azzurro (salute come diritto, approccio centrato sulla salute della persona e delle comunità e orientato ai principi della C-PHC). Essa è inoltre un

mezzo in grado di produrre cambiamenti nel modello di assistenza e nelle pratiche di salute (5) e consente la pianificazione di azioni di salute volte alla realtà quotidiana delle persone (6).

La territorializzazione spinge a modulare molti processi e prestazioni, la valutazione profonda degli aspetti più diversi del territorio, dal tessuto sociale alla composizione orografica del terreno porta con sé grande complessità. Tutti questi aspetti non possono più essere lasciati ad un controllo centralizzato che debba decidere per tutto il territorio italiano, bensì vanno calati, loro in primis, nella stessa realtà e dimensione locale. Perché riescano a svolgere le loro funzioni al meglio l'unità fondamentale di questo nuovo modello organizzativo ha necessità di ricevere delle integrazioni strutturali, di capitale umano e di istruttorie e direttive. Nell'attuale contesto assistenziale e territoriale le Case della Salute sono state concepite come le unità fondamentali dell'articolazione delle Cure Primarie. A seguito di ulteriori valutazioni e sviluppi concettuali le carenze nei confronti delle aspettative di un modello di Cure Primarie efficaci e veramente "*Comprehensive*" le CdC che si affacceranno sulla complessità del territorio saranno da dotare di professionisti in grado di considerare gli aspetti fino ad ora esposti.

### **3. La dimensione teorico/metodologica delle CdS e CdC**

Se ormai è ormai chiaro che la sopravvivenza dei sistemi sanitari così come li conosciamo passa dallo sviluppo di nuove forme organizzative basate sui principi della PHC, che coinvolgono i territori, gli attori che li popolano e gli stessi cittadini è altrettanto chiaro che la cornice teorico metodologica e gli strumenti per l'organizzazione e la gestione dei servizi rappresentano un ostacolo tangibile alla transizione. La storia recente del Servizio Sanitario Nazionale dimostra come l'innovazione dei sistemi sanitari non dipende solo dal quadro normativo ma necessita di un più ampio ventaglio di interventi sui settori quali la cultura degli utenti, le competenze dei lavoratori, risorse umane e materiali, un sistema di ricerca, valutazione, formazione e implementazione tarato sulle dimensioni dei servizi e della popolazione afferente. Questi interventi sono di notevole portata considerando che è necessaria una preparazione di tutte le risorse umane coinvolte in modo tale che sia competente nell'occuparsi di quelle dimensioni coinvolte con la produzione di benessere delle persone (7). Il legame tra servizi e territorio necessita dello sviluppo della partecipazione comunitaria ed alcune volte di attività rivolte alla generazione della comunità e delle risorse comunitarie ed essa legate.

La specificità di tali azioni in ogni territorio fa sì che sia necessario lavorare da un lato sulla territorializzazione come legame tra lo sviluppo del servizio e lo sviluppo del territorio eco-sociale in cui il servizio è inserito, dall'altro dagli strumenti di go-

vernance di tali processi, che non rispondono alla standardizzazione e necessitano di adattamento delle policy attraverso strategie flessibili e partecipative.

In definitiva l'organizzazione delle cure territoriali non beneficia di una impostazione centrata sulla malattia, dell'erogazione dei servizi prestazionali, di un approccio di tipo specialistico che frammenta i bisogni dei pazienti e della comunità e dell'erogazione dei servizi presso centri di eccellenza lontani dal contesto di vita delle persone a scapito di un'ottica di salute, di benessere e di rete.

#### **4. Casa della Salute normativa ed esperienze regionali**

La panoramica delle normative riguardanti le CdS ha avuto degli attori maggiori che ne hanno portato avanti la definizione legislativa e la loro realizzazione: con poco più di 500 CdS in tutta Italia nella sola Emilia-Romagna ne sono presenti 128, con prospettive di costruirne altre 52 (8).

Prendendo in esame l'esperienza Emiliano-romagnola, l'inquadramento normativo e concettuale delle CdS si è sviluppato nel tempo grazie a due Delibere di Giunta Regionale (DGR): la prima è la DGR del febbraio 2010 "Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione l'organizzazione funzionale" e la seconda è la DGR del dicembre 2016 "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina di iniziativa".

La prima DRG raccoglie e sistematizza i frutti dell'approccio sperimentale maturato nell'Asl di Ferrara, ma li sublima fornendo un riferimento di alto profilo scientifico. Viene inserita all'interno dell'organizzazione distrettuale (gestita dal "Dipartimento delle cure primarie") con lo scopo di configurare la "sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione" di riferimento e indicandone, dall'altro, i principali caratteri operativi come gli orari di attività, modalità di accesso ed evidenziando come il loro collegamento alla rete di cura avrebbe migliorato la presa in carico degli utenti.

La seconda DRG volge la propria attenzione a tutt'altro rispetto alla prima, ossia agli aspetti delle capacità necessarie a connotarne un buon funzionamento investendo persino in ambito delle collaborazioni istituzionali e del coinvolgimento comunitario. La delibera esplicita più nello specifico le modalità operative, provvede ad assicurarne la qualità d'accoglienza, appropriatezza organizzativa, efficacia clinica e, non ultima per importanza, la facilità d'accesso.

All'interno delle CdS gli aspetti più di spicco sono: il lavoro in stretta relazione tra medici ed infermieri, lo sviluppo di un concetto di integrazione dei servizi attraverso la realizzazione di una équipe e di una rete di cure che mette insieme professionisti e lavoratori del servizio sanitario e del servizio sociale.

## 5. La Casa della Comunità nel DM 77 del 23/05/2022 (all'interno PNRR)

Con le problematiche insorte durante la pandemia nella gestione dei numerosi utenti che hanno necessitato assistenza, è evidente la necessità di spingere ancora sullo spostamento del baricentro del SSN sul territorio, è necessario investire in una integrazione multisettoriale ancora più spinta, che porti ancor più verso l'integrazione tra il welfare istituzionale e il welfare generativo.

Il DM 77 rappresenta la sponda normativa per la messa a terra di queste innovazioni, puntando sulla centralità del Distretto di Cure Primarie per gestire e coordinare l'articolazione territoriale delle Case della Comunità. Il decreto amplia l'équipe delle case della comunità a più professionisti sanitari investendo nella condivisione delle esperienze, nella ricchezza che la partecipazione porta con sé, sia tra i membri dell'équipe che tra chi ne gravita attorno, e il decreto mette inoltre in luce l'importanza della messa a terra dei processi partecipativi con la comunità intera.

Nel DM 77 infatti sono presentate le caratteristiche organizzative specifiche delle CdC, che possono variare se CdC *hub* o *spoke*, saranno aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, oltre 1350 Case della Comunità saranno finanziate con le risorse del PNRR, saranno diffuse in tutto il territorio nazionale, dovranno divenire luogo fisico di facile individuazione al quale i cittadini potranno accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Presentano, inoltre, numerose innovazioni, e saranno in rete con la componente di servizi di assistenza territoriale:

- le Centrali Operative Territoriali (COT) che devono svolgere un ruolo di supporto allo sviluppo dei distretti, centralizzando e coordinando le funzioni di presa in carico dei bisogni di salute della comunità, facilitando l'integrazione e gli interventi centrati sulla persona così come la definizione e l'esecuzione di progetti assistenziali individualizzati integrati, facilitando l'integrazione tra ospedale e territorio, tra servizi specialistici e di base, tra settore sanitario e settore sociale e tra welfare istituzionale e welfare comunitario. Questo anche attraverso l'adozione di un numero europeo armonizzato per le cure mediche non urgenti e di una centrale operativa dedicata (numero telefonico nazionale per le non urgenze sanitarie 116117) (9);
- l'introduzione di figure specifiche quali l'infermiere di comunità e famiglia, inserito in una più ampia cornice di sviluppo del domicilio come luogo di tutela della salute che sia il potenziamento delle attività di promozione della salute, della prevenzione, attraverso un approccio socio sanitario e specifiche competenze ponte tra i servizi sociali e sanitari e le risorse comunitarie, insieme ad una più articolata relazione con i servizi specialistici, l'ospedale e le strutture primarie come la rete dei Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie e delle

- cure intermedie mirata all'espansione delle cure a domicilio per quei pazienti che nel contesto attuale avrebbero come scelta preferenziale l'istituzionalizzazione;
- viene data nuova importanza alle cure domiciliari in quanto trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, che vengono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana, e le CdC verranno intese come primo luogo di cura e ne dovranno gestire la complessa variabilità delle esigenze di cura per poter offrire un servizio positivo agli utenti;
  - l'ospedale di comunità: struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale, con 20 posti letto, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio;
  - la rete delle cure palliative: costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle Unità Operative, ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale;
  - l'unità di continuità assistenziale: un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa;
  - i servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: si articolano attraverso il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza;
  - potenziare l'utilizzo della telemedicina, che verrà utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Lo shift culturale richiesto per passare dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità va inquadrato in un più ampio processo di sviluppo e diversificazione delle attività sul territorio.

Attraverso questo nuovo approccio si crea una rete che vede la casa della comunità come il baricentro dell'erogazione di prestazioni sul territorio, come l'estensione dell'Assistenza Primaria capillare; grazie all'erogazione al domicilio e nelle strutture di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e grazie alla creazione di piani personalizzati di assistenza.

La localizzazione e diversificazione delle opportunità delle CdC, vincolate dalle risorse necessarie alla loro attivazione, alle strade che la territorializzazione operata in località profondamente diverse e variabili offre. Le CdC rappresentano l'organizzazione attraverso cui si incentiva l'autodeterminazione individuale e collettiva e si promuove una salute globale e circolare. Il modello territoriale è centrato sulla salute vista in ottica positiva e si cerca di raggiungerla poiché:

- si muove attraverso una logica che abbia a cuore gli obiettivi di salute;
- propone un approccio globale nel valutare gli utenti e i loro percorsi;
- opera una destandardizzazione del sistema virando verso una contestualizzazione del modello partendo dalle strutture fisiche che andranno a contenere le CdC, passando per l'organizzazione dei percorsi di cura in funzione delle strutture presenti localmente fino ad arrivare alle risorse umane, presentando linee d'indirizzo e necessità minime per portare avanti i servizi offerti;
- potenzia i servizi di prossimità;
- punta sulla creazione di una rete articolata da numerosi attori portando alla luce un'ulteriore risorsa le relazioni della comunità, che esistano o che se ne vengano a formare di nuove;
- incentrando il modello sulla sostenibilità e sull'uso delle risorse personali e locali a differenza dell'attuale modello di sanità che è prevalentemente a gestione sovra-territoriale e incentrato sulla malattia.

## **6. Processi di gestione per ancorare lo sviluppo delle CdC ai territori decentrati; il ruolo del micro e meso management**

Lo scopo della territorializzazione è quello di raccogliere e analizzare i dati di salute e malattia, dai più prossimali ai più distali, di attivare le risorse comunitarie e il capitale sociale e di pianificare e programmare le conseguenti azioni di salute, il più possibile volte alla realtà quotidiana di vita delle persone.

Le Cure Primarie producono modelli organizzativi e strategie di intervento specifici, che siano partecipati e basati sulla mappatura delle caratteristiche, delle risorse e



dei bisogni della popolazione del territorio attraverso la territorializzazione, ovvero il processo di conoscenza (mappatura descrittiva) e di co-costruzione (mappatura trasformativa) del territorio di cui l'équipe/servizio di salute è responsabile.

La territorializzazione può essere declinata su almeno 2 livelli, quello del Distretto e quello dell'équipe, con 2 set di competenze complementari, passando da una funzione di coordinamento e programmazione ad una di relazione, lettura dei bisogni, advocacy. L'équipe di salute è prossima alle popolazioni di cui è responsabile, di cui approfondisce conoscenza e comprensione e con le quali crea relazioni al fine di sviluppare pratiche di salute risolutive e volte alla realtà quotidiana delle persone. Sebbene alcuni membri dell'équipe possano ricoprire ruoli specifici nell'ambito della territorializzazione, tutti partecipano alle diverse fasi del processo al fine di ampliarne la capacità di comprensione e azione.

L'organizzazione territoriale verrà declinata in tre livelli fondamentali, il Distretto, la Casa della Comunità e la Microarea:

- suddividere ulteriormente il territorio di riferimento della Casa della Comunità in microaree. Ogni microarea deve possedere una popolazione tra i 4000 e i 10000 abitanti a seconda delle caratteristiche geografiche, sociali, demografiche del territorio;
- la suddivisione in microaree è attuata a livello della Casa della Comunità e può subire variazioni nel tempo alla luce dei cambiamenti dei determinanti rilevati secondo i processi di territorializzazione;
- la microarea è il livello di base nel quale avvengono i processi di territorializzazione, con l'integrazione tra le microaree svolta a livello della Casa della Comunità e l'integrazione tra le Case della Comunità svolta a livello del Distretto;
- in ogni microarea operano dei professionisti a cui sono assegnati una quota di persone residenti nella microarea. La dimensione della microarea dev'essere tale da non creare un rapporto uno a uno tra cittadino e professionisti di riferimento, al fine da consentire un livello minimo di possibilità di scelta per il cittadino. Fanno parte dell'équipe di base i professionisti che, alla luce dei bisogni rilevati e in ottica di un'economia di scala, operano all'interno di un'unica microarea; fanno parte del team allargato i professionisti che operano su più microaree (o su più Case della Comunità), partecipando però a tutti gli effetti alle attività dell'équipe di base delle microaree sulle quali operano;
- la definizione dell'équipe di base e dell'équipe allargata viene svolta a livello della Casa della Comunità in coordinamento col Distretto alla luce dei bisogni rilevati nelle attività di territorializzazione;
- La sede fisica degli operatori dell'équipe di base che operano in microarea è la Casa della Comunità, (montane), in base alle esigenze del territorio può essere

fisicamente collocata nelle microaree, garantendo però uno stretto legame e coordinamento con la Casa della Comunità (6).

Le CdC si articolano sul territorio con meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: professionisti tra loro e alle CdC ad esso funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke per poter raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti;
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, esposti precedentemente;
- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.

## 7. Professionisti e competenze che compongono le case della comunità

Le caratteristiche che devono appartenere alla Casa della Comunità *hub*:

- 1 ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Necessario per 24h 7 giorni su 7 di presenza medica, fornita sia dai Medici di Medicina Generale, che dai Pediatri di Libera Scelta, che dagli Specialisti Ambulatoriali Interni o dalla continuità assistenziale;
- 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:
  - 1 Coordinatore Infermieristico;
  - 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali;
  - 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
  - 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza;
  - 1 assistente sociale;
  - 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Le caratteristiche delle Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medi-

cina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità.

La CdC *hub* garantisce la presenza dei seguenti professionisti, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali

Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);

- presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- punto prelievi;
- servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, OTC, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerifertazione, ecc.);
- servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione;
- sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- servizio di assistenza domiciliare di base;
- partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- integrazione con i servizi sociali.

Differenziare settori e professioni sanitarie e presenza di:

- Servizi sociali;
- cura e gestione di utenti;

- amministratori di sostegno (case manager);
- case management per valutazione professionale (clinica, gestionale, burocratico, multidisciplinare);
- comunicazione con scuole, promozione della salute (problematiche molto comunitarie e localizzate), risorse ed attori di welfare istituzionale e comunitario.

Le necessarie domande riguardo ai componenti delle équipes dal momento in cui la carenza di personale sanitario è una problematica diffusa, in molte regioni c'è difficoltà ad organizzare l'organigramma delle CdS già in costruzione. La necessità numerica di personale all'interno delle CdC non risulta l'unico ostacolo alla realizzazione di tutte le articolazioni necessarie per le CdC che possano aiutare nel produrre benessere efficacemente. Il personale necessita di avere una formazione appropriata e di essere in possesso delle competenze fondamentali nella gestione dei rapporti con le comunità, con l'équipe e con gli utenti singoli.

## 8. Strumenti e metodologie dell'intervento delle e nelle CdC

Il paradigma gestionale delle CdC si basa sulla partecipazione, il processo partecipativo è condiviso ed in quanto tale si fonda su principi democratici. Questo approccio permette l'empowerment della comunità, dei singoli attori coinvolti nelle attività di cura per portare benessere (10, 11).

Due organi si occupano della partecipazione attiva alla vita e alle modifiche da apportare all'interno della stessa CdC: il Coordinamento e l'Assemblea. Il Coordinamento della Casa della Comunità si incontra regolarmente e rappresenta il punto di incontro, dialogo e gestione, partecipano i rappresentanti della comunità, dei professionisti e dei gestori. Mentre l'Assemblea della Casa della Comunità permette di favorire i processi decisionali. Essa è convocata obbligatoriamente sia nelle fasi di ascolto e raccolta dei bisogni che nelle fasi di valutazione dei risultati conseguiti; all'Assemblea partecipano la comunità, i professionisti, i gestori, non più solamente i rappresentanti. Questi sono momenti che in letteratura hanno numerosi riscontri positivi sulla salute delle persone coinvolte sia direttamente che indirettamente.(7, 11-14)

Ulteriore momento importante sta nell'accoglienza, che verrà effettuata da personale specificatamente formato in tema di ascolto qualificato, presa in carico della persona e che sia in grado di capire i bisogni dell'utente e della sua rete di relazioni significative, oltre ad avere conoscenza dei percorsi e ad avere le abilità nell'orientare verso i percorsi adeguati.

Strumento fondamentale è l'integrazione attiva delle risorse comunitarie ove presenti, altrimenti la costruzione di relazioni e dialogo permanente con i rappresentanti della comunità, con le associazioni, il terzo settore, gli istituti di formazione, ad altri stakeholder ancora.

Il coinvolgimento va fatto attraverso attività partecipative per produrre decisioni sull'ambito della programmazione delle attività sociali e sanitarie da operare dentro e fuori dalla CdC. L'Osservatorio della Casa della Comunità sarà costituito dall'unione dei professionisti sanitari, sociali, dai gestori, dai dirigenti per svolgere attività di indagine e monitoraggio sul benessere e delle problematiche di possibile insorgenza. Grazie alla cooperazione con il mondo accademico, in particolare nella formazione per le Cure Primarie di tutte le professioni sanitarie per sostenere le azioni di ricerca e formazione che è contribuisce in maniera notevole grazie all'approccio prasseologico che possa legare fortemente la gestione al contesto ed alle pratiche più efficienti basate sull'*evidence based practice*.

Nelle CdC va convogliata l'integrazione fra tutti i professionisti mediante una figura che coordini, faciliti la comunicazione tra le numerose interfacce, supporti il Direttore di Distretto e che monitori l'andamento delle attività programmate per il territorio di riferimento.

L'ultima metodologia e strumento per le Case della Comunità è l'empowerment e la capacitazione delle reti per riuscire a rispondere all'esigenze più disparate, questo parallelamente all'empowerment di tutta la comunità intera nella condivisione di competenze e strategie di partecipazione tra stakeholder, cercando di migliorare le capacità di community building ed empowerment con principi e metodologie etiche.

## 9. Conclusioni

Le CdC hanno numerosi aspetti che richiedono approcci pluridisciplinari e multi-professionali, con valutazioni che vanno eseguite di caso in caso per poter avere un impatto efficace che segua i principi di territorializzazione, empowerment e contrattazione democratica ed etica.

La stesura di questo articolo ha permesso di gettare un occhio, sulle figure che girano intorno alle CdC e CdS con sguardo diverso. In quanto la formazione attuale non tratta queste tematiche di organizzazione e management su più livelli. La classe dirigente necessita di interventi formativi di importante portata, prima di poter dirsi capace nel gestire il contesto complesso delle CdC.

Si sono presentate le basi normative nazionali che tutte le regioni dovranno seguire, nonostante ciò, le tempistiche riguardo l'adozione del DM 77 non sono state esplicitate; dunque, la scelta dei tempi viene affidata alle singole regioni.

Il modello delle Case della Comunità ha la possibilità di contribuire ad un cambiamento di paradigma culturale e mentale; buttando lo sguardo verso il benessere, la formazione di reti e alla maggiore partecipazione della comunità, che guadagna in salute(11, 15).

**Bibliografia**

1. World Health Organization. Regional Office for E. Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 1978 1978. Contract No.: WHO/EURO:1978-3938-43697-61471.
2. International Conference on Primary Health C, World Health O, United Nations Children's F. Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: World Health Organization; 1978.
3. Rogers W, Veale B. Primary Health Care and General Practice. Citeseer; 2000.
4. DM 77 - Decreto 23 maggio 2022 n. 77, DM 77(2022).
5. Odone A, Sacconi E, Chiesa V, Brambilla A, Brianti E, Fabi M, et al. The implementation of a Community Health Centre-based primary care model in Italy. The experience of the Case della Salute in the Emilia-Romagna Region. *Ann Ist Super Sanita*. 2016;52(1):70-7.
6. Care CPH. Il Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie in Italia. 2021.
7. Sen A. Human Rights and Capabilities. *Journal of Human Development*. 2005;6(2):151-66.
8. Emilia-Romagna R. Da Casa della Salute a Casa della Comunità 2022 [Available from: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute>].
9. Salute Md. Numero unico per cure non urgenti 116117 2022 [Available from: <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5440&area=Lea&menu=numeri-Unici>].
10. Byskov IRMF. The Capability Approach: Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2021 [Winter 2021:[Available from: <https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/capability-approach/>].
11. Luisi D, Hamel K. Community participation and empowerment in primary health care in Emilia-Romagna: A document analysis study. *Health Policy*. 2021;125(2):177-84.
12. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy Plann*. 2014;29:98-106.
13. Sen A. Development as freedom: individual freedom as a social commitment. Spitzack H, Pirson M, Amann W, Khan S, VonKimakowitz E, editors. Cambridge: Cambridge Univ Press; 2009. 156-74 p.
14. Sen A. La libertà individuale come impegno sociale. 1997.
15. Ocloo J, Matthews R. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *Bmj Qual Saf*. 2016;25(8):626-32.

*Conflitti di interesse dichiarati: nessuno*