



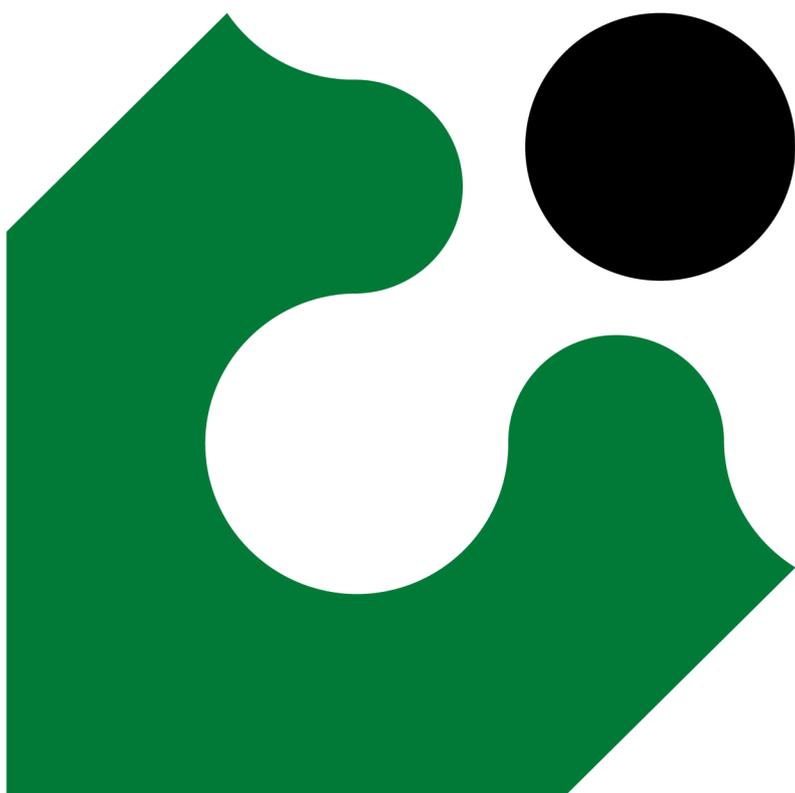
## **Casa della Comunità:**

**modello di intervento integrato e multidisciplinare**

Giuseppe Imperiale

**Corso di formazione manageriale  
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2021-2022



# Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

UNIMI DSC 2101/BE

Ente Erogatore: UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

## L'AUTORE

*Dott. Giuseppe Imperiale, Direttore Unità Operativa Complessa*

Autorizzazione e Accreditamento Strutture Sanitarie e Sociosanitarie - ATS Pavia

## IL DOCENTE DI PROGETTO

*Prof.ssa Marta Marsilio Docente Università degli Studi di Milano*

## IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

*Federico Lega, Professore Ordinario, Università degli Studi di Milano*

### **Guida breve all'editing secondo stili pre-impostati**

Per utilizzare questo modello di documento è sufficiente posizionarsi nelle diverse sezioni e sostituire il testo di esempio con il proprio.

I numeri di pagina sono pre-ordinati e verranno aggiornati automaticamente.

Nelle pagine che seguono è stato impostato un esempio di documento nelle sue distinte parti: titolo, autori, paragrafi di testo, tavole, figure, riferimenti bibliografici. I testi utilizzati hanno esclusivamente uno scopo dimostrativo e possono essere modificati a seconda delle esigenze.

Qualora si ritenga utile comporre un indice delle parti del documento, può essere utilizzata la struttura appositamente predisposta. Essa si aggiorna posizionandosi sull'indice e tramite il tasto destro del mouse, attivando la voce "Aggiorna campo": in tal modo si aggiorna la numerazione. Se si ritiene di intervenire sui titoli dei paragrafi, per aggiornare l'indice è sufficiente utilizzare l'opzione "Aggiorna intero sommario".

In caso di stampa su carta, occorre selezionare dal menu di Word a sinistra, la funzione Stampa e, in seguito, il menu "Proprietà stampante", la voce Layout e, infine, attivare la voce "Libretto" (stampa fronte/retro).

Publicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento

può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

# INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	8
DESTINATARI DEL PROGETTO	10
METODOLOGIA ADOTTATA E COSTI DI REALIZZAZIONE	11
DESCRIZIONE DEL PROGETTO	35
RISULTATI ATTESI	37
CONCLUSIONI	39
RIFERIMENTI NORMATIVI	43
BIBLIOGRAFIA	44
SITOGRAFIA	45

# INTRODUZIONE

## La Casa della Comunità

Il Recovery Plan – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato il 25 Aprile 2021 ripreso in Lombardia dalla Nuova Legge Regionale n. 22 - prevede numerosi interventi in campo sanitario: tra questi è prevista la realizzazione di 1.288 Case della Comunità entro il 2026.

Con questa metodologia, essendo aumentata la speranza di vita della popolazione ed anche la presenza di malattie cronico degenerative, si intende potenziare i servizi sul territorio riconvertendo o creando ex novo strutture o presidi territoriali per assicurare i bisogni assistenziali a lungo termine, rafforzando l'assistenza domiciliare e integrando i vari servizi socio sanitari in modo da rendere la sanità più vicina e accessibile al cittadino e all'intera comunità tenendo anche conto:

- dell'invecchiamento della popolazione;
- dell'indebolimento della rete familiare;
- dell'elevata incidenza di accessi inappropriati al pronto soccorso;
- da ultimo ma fondamentale dell'insufficiente comunicazione fra le figure professionali coinvolte nei servizi territoriali, sociali e ospedalieri.

Il nuovo ambito di assistenza territoriale, con una comune filosofia di fondo, ha assunto nomi differenti: in Lombardia si parla di " Case della Comunità" che, a seconda delle definizioni dei vari autori, sono:

- strutture sanitarie promotrici di un modello di intervento multidisciplinare;
- luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di integrazione sociale e sociosanitaria;
- complessi di servizi territoriali;
- una nuova modalità di presa in carico della salute e del benessere delle persone e della comunità;
- una soluzione organizzativa con funzione di hub di prossimità per le cure primarie e per i supporti sociali;
- un luogo di relazione e attenzione a tutte le dimensioni di vita della persona e della comunità;

- un unico punto di accoglienza ai servizi sanitari e sociali che sviluppa e gestisce un database unico per ogni cittadino;
- un luogo dove si realizza una nuova identità comunitaria nel segno di un welfare efficace e partecipato;
- strutture che raccolgono in un unico spazio l'offerta extraospedaliera del servizio sanitario integrato con il servizio sociale in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi;
- un luogo della responsabilità di ciascuno per la salute propria e della comunità nel suo insieme perché la salute è un bene comune globale che coinvolge ogni persona;
- il luogo in cui si realizza una nuova identità comunitaria;
- il banco di prova per un rinnovato e autentico esercizio della politica affinché operi avendo il bene comune come primario riferimento.

La realizzazione di queste Case rappresenta l'avvio di un importante processo di innovazione.

La sede della Casa della Comunità deve essere visibile e facilmente accessibile alla comunità di riferimento essendo il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie garantendo una continuità assistenziale e terapeutica 24 ore su 24 sette giorni su sette.

Nella Casa della Comunità tutte le persone sono accolte, ascoltate, riconosciute nella loro dignità e unicità e messe in condizione di poter trovare una risposta consapevole nella rete di comunità.

La Casa della Comunità è divisa in aree finalizzate a fornire al cittadino una risposta istantanea ai suoi bisogni assistenziali e sociosanitari riunendo in essa la maggior parte dell'offerta non ospedaliera del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Al fine di poter fornire tutti i servizi sanitari di base, il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta e i Medici Specialisti lavorano in queste strutture in équipe in collaborazione con gli infermieri di famiglia e altri professionisti sanitari quali logopedisti, fisioterapisti, dietologi, tecnici della riabilitazione e altri. Sono previsti spazi per le attività di promozione e prevenzione e luoghi di accoglienza e di relazione.

La presenza degli assistenti sociali andrà a rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali favorendo una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

La figura chiave nella Casa della Comunità sarà rappresentata dall'infermiere di famiglia, che, grazie alle sue conoscenze e competenze specialistiche nel settore delle cure primarie e della sanità pubblica, diventa il professionista responsabile dei processi infermieristici in famiglia e in Comunità.

Secondo il PNRR, la Casa della Comunità diventerà quindi lo strumento di coordinazione di tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici.

La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica e una postazione prelievi con il fine di garantire l'educazione, la promozione della salute, la prevenzione e la presa in carico della comunità di riferimento.

Tra i servizi è previsto, in particolare, un punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari e servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari) secondo un approccio di medicina di genere. La Casa della Comunità potrà inoltre ospitare la sede di servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

Avendo a disposizione una equipe multidisciplinare, il cittadino nella Casa di Comunità può:

- consultare un medico di base o un infermiere durante l'intera giornata;
- consultare un professionista sanitario che accolga le sue richieste e lo accompagni occupandosi di attivare i percorsi sanitari adeguati;
- approfondire gli aspetti sociali dei problemi sanitari;
- risolvere in maniera ottimale la maggior parte dei problemi di salute in un unico luogo;
- gestire le malattie croniche con percorsi supervisionati;

Al fine di assicurare lo standard minimo di una Casa di Comunità ogni 40.000 – 50.000 abitanti, secondo le indicazioni di AGENAS e del PNRR, nel territorio di competenza di ATS di Pavia sono previste 11 Case di Comunità. Nella fase 1, che consiste nella identificazione di strutture esistenti di proprietà del Servizio Sanitario Regionale (SSR), sono previsti interventi per 7 strutture per l'erogazione di attività sanitaria e sociosanitaria; nella fase 2 sono state identificate altre 4 strutture da realizzarsi su edifici o terreni di proprietà degli Enti Locali.

Le strutture ritenute idonee per realizzare le Case di Comunità della fase 1 sono già utilizzate dal SSR per l'erogazione di attività sanitaria e sociosanitaria e sono di seguito elencate:

1. Ex ospedale Arnaboldi di Broni;
2. Presidio ospedaliero di Casorate Primo;
3. Presidio Ospedaliero di Mede;
4. Poliambulatorio di Vigevano;
5. Presidio Ospedaliero di Mortara;
6. Presidio Ospedaliero di Belgioioso;
7. Presidio Ospedaliero di Pavia,

Le strutture identificate nella fase 2 sono:

8. Casa di Comunità di Voghera;
9. Casa di comunità di Casteggio;
10. Casa di Comunità di Varzi;
11. Casa di Comunità di Garlasco

Queste 4 Case di Comunità sono state identificate nelle cosiddette “zone carenti” cioè in zone prive di edifici di proprietà del Servizio Sanitario Regionale e saranno realizzate/ristrutturate su edifici o terreni di proprietà degli Enti Locali: al momento per queste 4 strutture non ci sono ancora progetti definitivi ma varie ipotesi progettuali.

Durante l’esposizione di questo elaborato, in maniera sempre più dettagliata, saranno presentati i contesti economici sociali e organizzativi che dovrebbero dare forma al nuovo modello assistenziale e i benefici che ne dovrebbero derivare tenendo conto del rapporto costo beneficio.

## OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

L'obiettivo primario è rappresentato dall'essere sempre più vicini ai bisogni dei cittadini con il potenziamento dell'assistenza territoriale e quindi con l'istituzione della Casa di Comunità ovvero di una sede facilmente riconoscibile per l'accesso e dove è possibile l'erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali.

Gli obiettivi secondari sono:

- interventi sulla promozione della salute con potenziamento dei fattori utili con particolare attenzione a riconoscere i bisogni di cura della comunità da quelli più evidenti a quelli più nascosti. Potrebbe essere utile organizzare sedute di incontro e/o di ascolto per facilitare la comunicazione anche con i cittadini meno inseriti nella comunità e meno inclini a evidenziare i propri bisogni e a vedere riconosciuti i propri diritti;
- assicurare risposte assistenziali adeguate ai bisogni dei cittadini con costi sostenibili;
- predisporre e/o costruire percorsi personalizzati per la salute impegnando tutte le risorse sanitarie, sociali, culturali, economiche e relazionali utilizzando una più efficace integrazione possibile fra tutti i servizi socio sanitari che lavorano in equipe;
- ottimizzare il sistema delle cure primarie e quindi migliorare la qualità delle cure con un continuum assistenziale;
- garantire la parità di trattamento di cure e di accesso alle strutture e l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza(LEA);
- valorizzare l'integrazione delle politiche per la salute;
- facilitare i percorsi e i rapporti fra servizi e cittadini;
- favorire la partecipazione dei cittadini a riunioni in cui si prendono decisioni per la comunità;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse;
- migliorare la soddisfazione del paziente;

- creare una migliore integrazione fra territorio e ospedale introducendo un filtro sul territorio per evitare accessi impropri negli ospedali in modo da dare risposte più immediate e di conseguenza alleggerire gli ospedali stessi.

Il valore aggiunto è rappresentato dalla presa in carico da parte degli specialistici di tutti i bisogni differenti che una persona può avere, eliminando tutte le problematiche e le difficoltà legate alle prenotazioni e alle difficoltà di accesso alla medicina specialistica.

Ostacoli o criticità alla realizzazione del progetto potrebbero essere:

- la difficile interazione fra gli specialisti,
- la resistenza al cambiamento e all'innovazione,
- la mancanza di coordinamento fra i diversi attori,
- la mancanza di uno stretto rapporto medico paziente.

## DESTINATARI DEL PROGETTO

Gli stakeholder ed i soggetti destinatari del progetto sono:

- I cittadini che vengono coinvolti direttamente o mediante i loro rappresentanti nella definizione dei bisogni di salute;
- I cittadini che vengono consultati per definire “cosa” e “come” produrre in termini di bisogni e prestazioni necessarie alla comunità;
- I cittadini chiamati a verificare l’efficacia degli interventi;
- I cittadini e le loro famiglie;
- Le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini;
- Le associazioni di volontariato;
- Gli enti locali.

## METODOLOGIA ADOTTATA E COSTI DI REALIZZAZIONE

Il tavolo tecnico costituito dalla Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e le Regioni ha sviluppato indicazioni in merito agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

I principi che orientano lo sviluppo delle Case di Comunità sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire l'equità di accesso, la capillarità e la prossimità del servizio, la rete di assistenza territoriale è stata costituita secondo il modello hub e spoke.

Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la Casa di Comunità rappresenta l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ambulatoriali, Infermieri di famiglia e/o comunità, Infermieri che operano nell'assistenza domiciliare nonché la presenza di altri professionisti sanitari.

La Casa di Comunità *hub* garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale:

- ✓ Equipe Multiprofessionali (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- ✓ Presenza medica h 24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- ✓ Presenza infermieristica h 12 - 7 giorni su 7;

La Casa di Comunità *hub* garantisce inoltre l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e teleassistenza:

- ✓ Punto Unico di Accesso (PUA);
- ✓ Punto prelievi;

- ✓ Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, spirometro, ecc.) o anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- ✓ Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- ✓ Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva che di promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- ✓ 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.

La Casa di Comunità *spoke* garantisce la presenza dei seguenti professionisti:

- ✓ Equipe Multiprofessionali (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- ✓ Presenza medica e infermieristica almeno h 12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);

La Casa di Comunità *spoke* garantisce a sua volta l'erogazione di seguenti servizi anche mediante modalità di telemedicina:

- ✓ Punto Unico di Accesso (PUA);
- ✓ Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- ✓ Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva che di promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- ✓ Collegamento con la Casa della Comunità *hub* di riferimento;
- ✓ Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- ✓ Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini o di volontariato.

Nella Tabella seguente sono indicati i servizi previsti da indicazioni standard per le Case di Comunità secondo i modelli Hub o Spoke (AGENAS).

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (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	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della 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
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	RACCOMANDATO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Lo Standard previsto è di almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti.

Le Case di Comunità *hub*, al fine di assicurare i servizi descritti, devono essere dotate di 8-12 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

- 1 Coordinatore Infermieristico,
- 2-3 Infermieri di famiglia o Comunità per le attività ambulatoriali,
- 1-2 infermieri di famiglia o comunità per le attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute,
- 4-6 infermieri di famiglia o comunità per l'assistenza domiciliare di base e per le attività di prevenzione e di teleassistenza.

Le Case di Comunità *spoke* invece sono strutture di minore dimensione, dotate di servizi di base e collegate alle case *hub*.

Nelle Case di Comunità *hub e spoke* deve essere inoltre garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei Medici di Medicina Generale (MMG). Tale attività ambulatoriale deve essere aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta sia presso la Casa di Comunità *hub* che *spoke*.

Alla luce di quanto indicato in Figura 1, le aree funzionali organizzative di una Casa di Comunità sono:

**1. Area delle funzioni amministrative:**

area che raggruppa i servizi territoriali amministrativi come gli sportelli di scelta e revoca e quelli dedicati alla richiesta o il rinnovo protesico;

**2. Area prelievo e vaccinazioni:**

area multifunzionale che nelle prime ore della mattina viene utilizzata come punto prelievi al fine di evitare l'accesso nei presidi ospedalieri di utenti che necessitano esclusivamente di prelievo venoso e che pesano organizzativamente sulle strutture ospedaliere. Nel proseguimento della giornata, la stessa area funge da punto vaccinale per la popolazione pediatrica e per le vaccinazioni di massa periodiche come quella antinfluenzale o per i richiami.

**3. Area delle cure primarie e della continuità assistenziale:**

area che ospita i medici di medicina generale (MMG) e garantisce il raccordo con gli specialisti e il consulto su casi specifici. In questa area sono presenti anche i servizi infermieristici di supporto al MMG e la centrale infermieristica di monitoraggio e coordinamento dei percorsi di cura.

È inoltre disponibile un'area dedicata alla continuità assistenziale (Guardia Medica) attiva di notte e nei giorni festivi.

#### **4. Area ambulatori specialistici:**

area dove si trovano servizi ambulatoriali e di diagnostica tra i quali:

- Visite cardiologiche (con ecg, ecocardioppler cardiaco e dei tonchi sovraortici (TSA), cicloergometro per i test cardiovascolari da sforzo);
- Visite pneumologiche (con RX torace, spirometro e ossimetro);
- Visite diabetologiche;
- Visite oncologiche per la presa in carico dei pazienti che necessitano di follow up periodico;
- Visite ortopediche con specialisti in grado di garantire il raccordo con le strutture ospedaliere e la medicina territoriale;
- Visite oculistiche.

#### **5. Area dei programmi di prevenzione e di promozione della salute:**

area dedicata ai servizi di prevenzione e promozione della salute (es. educazione alimentare, gruppi di cammino, sensibilizzazione all'adesione allo screening ecc.) erogati in collaborazione con la medicina di base, servizi sociali comunali e associazioni di volontariato.

#### **6. Area servizi sociali del comune:**

area dove sono disponibili tutti i servizi dedicati ai minori, agli anziani, ai disabili e dove si effettua il raccordo con gli enti del terzo settore presenti su quel territorio.

Tra i servizi sono previsti inoltre:

**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**, rivolta a persone che si trovano in:

- situazioni di fragilità caratterizzate dalla presenza di una situazione di non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo,
- condizioni di impossibilità a deambulare
- che non permette di raggiungere i presidi sanitari ambulatoriali,
- condizioni abitative che garantiscano la possibilità di praticare l'assistenza a domicilio.

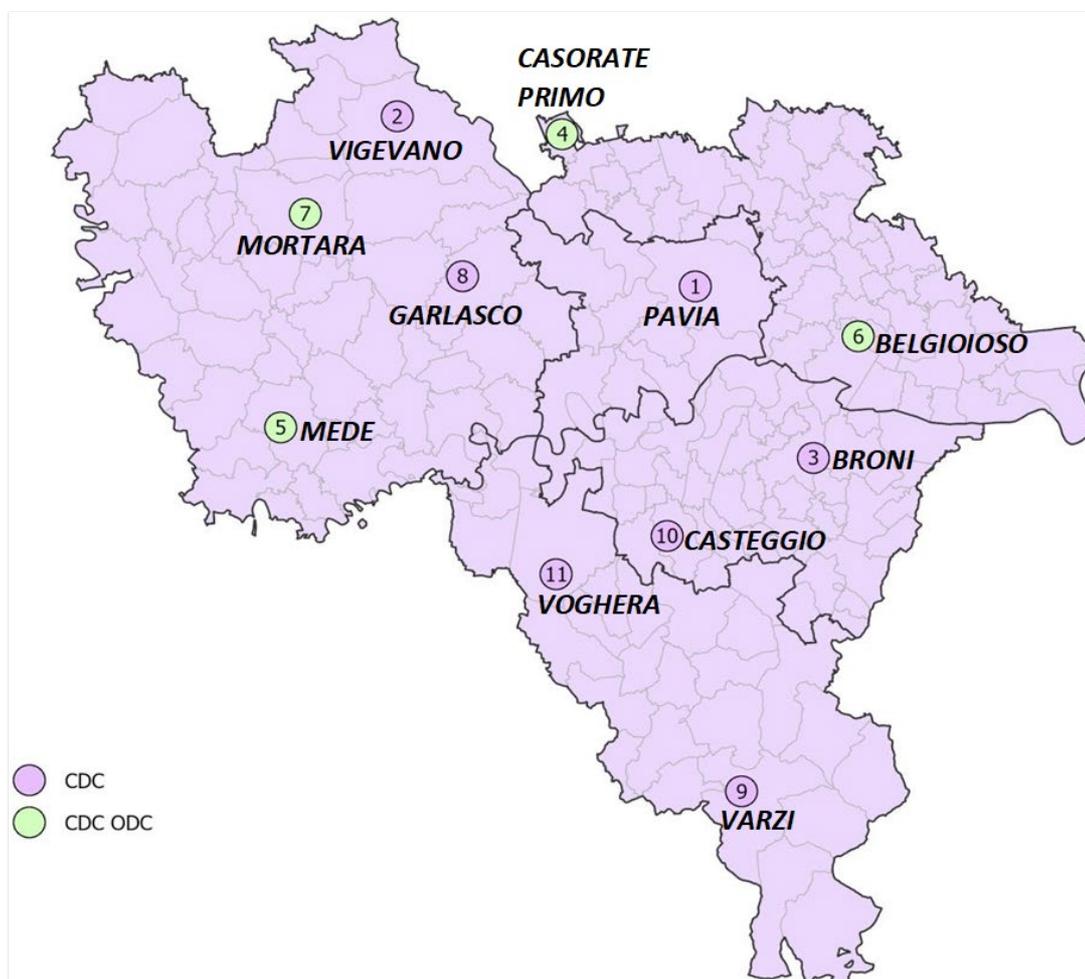
Nel territorio di ATS Pavia sono previste complessivamente N. 11 Case della Comunità per assicurare lo standard di popolazione previsto per il territorio di ATS di Pavia:

Popolazione Ats Pavia/n. Case di Comunità = 540.316/11 = 49.120.

Tabella 1. Case di Comunità presenti nel territorio di ATS di Pavia

ATS PAVIA ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1 RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE (CDC - ODC - COT)							
RIFERIMENTO MAPPA	ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
1	PAVIA	Pavia	Piazzale Golgi 19	SSR	X		X
2	PAVIA	Vigevano	Viale Montegrappa 5	SSR	X		X
3	PAVIA	Broni	Via Emilia 351	SSR	X		X
4	PAVIA	Casorate Primo	Via dall'orto 99	SSR	X	X	
5	PAVIA	Mede	Viale dei Mille 23	SSR	X	X	
7	PAVIA	Mortara	Strada Pavese 11-13	SSR	X	X	
8	PAVIA	Garlasco	Via Borgo San Siro	Ente Locale	X		
9	PAVIA	Varzi	Via Circonvallazione 3	Ente Locale	X		
10	PAVIA	Casteggio	Via Pisani 1	Ente Locale	X		
11	PAVIA	Voghera	Viale Repubblica 88	Ente Locale	X		X
6	IRCCS SAN MATTEO	Belgioioso	Via Cavallotti 12	SSR	X	X	X
TOTALE					11	4	5

Figura 1. Distribuzione territoriale delle Case di Comunità sul territorio ATS di Pavia



Nella fase 1 sono stati identificati 7 edifici preesistenti di proprietà del Servizio Sanitario Regionale (SSR) che saranno convertite in Case di Comunità mentre nella fase 2 sono state individuate, in zone prive di edifici di proprietà del Servizio Sanitario Regionale (SSR) le cosiddette “zone carenti,” le altre 4 Case di Comunità che saranno realizzate su edifici o terreni di proprietà degli Enti locali.

Tutte le Case di Comunità prevedono nella loro progettualità l'erogazione dei servizi così come definiti dagli standard Agenas previsti nei “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN” secondo il modello organizzativo HUB and Spoke.

Sono uniformemente presenti i servizi richiesti come obbligatori; il dettaglio degli standard obbligatori, raccomandati e facoltativi è contenuto nella Tabella 2.

In Figura 2 è rappresentato il modello dei Servizi presenti in una Casa di Comunità.

In Figura 3 è rappresentato il modello organizzativo del personale presente in una Casa di Comunità.

Tabella 2: Standard servizi per Case di Comunità HUB and Spoke.

SERVIZI	MODELLO ORGANIZZATIVO		CASE DI COMUNITA'						
			PAVIA	VIGEVANO	BRONI	MEDE	MORTARA	CASORATE P	BELGIOIOSO
	casa della comunità <i>hub</i>	casa della comunità <i>spoke</i>							
servizi di cure primarie erogati attraverso equipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO		X	X	X	X	X	X	X
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO		X	X	X	X	X	X	X
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO		X	X	X	X	X	X	X
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO		X	X	X	X	X	X	X
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO		X	X	X	X	X	X	X
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO		X	X	X	X	X	X	X
Integrazione con i Servizi Sociali per la Cronicità	OBBLIGATORIO		X	X	X	X	X	X	X
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO		X	X	X	X	X	X	X
Collegamento con la Casa della Comunità HUB di riferimento	-	OBBLIGATORIO	x	X	X	X	X	X	X
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7gg	x	X	X	X	X	X	X
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7gg	x	X	X	X	X	X	X
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	x	x	x	x	x	x	x
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	x	x		x	X	X	X
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	x	x		x	x	x	X
Servizi Sociali alla persona e alla famiglia	FORTEMENTE RACCOMANDATO		x	x	x	x	x	X	X
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO		x				x		
Medicina dello sport	RACCOMANDATO								
Attività Consultoriali	RACCOMANDATO			x	x		x		
Programmi di screening	FACOLTATIVO		x	x	x	x	x	X	X
Vaccinazioni	FACOLTATIVO		x	x	x		x		

Figura 2: Modello di Casa di Comunità



Figura 3: Modello Organizzativo del personale della Casa di Comunità



In tabella n.3 sono indicati i costi previsti per le 7 Case di Comunità individuate nella fase 1.

Per quanto riguarda le sedi di Casorate Primo, Mede, Mortara e Belgioioso gli importi indicati si riferiscono sia agli interventi di fattibilità delle Case di Comunità sia agli interventi degli Ospedali di Comunità collocati nella stessa sede.

Il costo stimato per la Casa di Comunità di Pavia è pari a 6.816.000 Euro.

Per le Case di Comunità di Voghera, Garlasco, Varzi e Casteggio, i costi non sono ancora stati ancora stimati poiché sono interventi da realizzare nella fase 2.

Tabella n.3 Costi previsti per gli interventi delle 7 strutture identificate nella fase 1

	<b>TOTALE COMPLESSIVO LAVORI espresso in euro</b>
<b>BRONI</b>	2.845.000,00
<b>CASORATE PRIMO</b>	3.981.481,00
<b>MEDE</b>	3.981.481,00
<b>VIGEVANO</b>	2.090.000,00
<b>MORTARA</b>	3.981.481,00
<b>BELGIOIOSO</b>	3.981.481,00
<b>PAVIA</b>	6.816.000,00

Di seguito sono elencati i progetti di fattibilità delle 7 case di Comunità individuate nella Fase 1.

## 1. Ex Ospedale Arnaboldi di Broni;

La Casa della Comunità di Broni è collocata nell'ex Ospedale Arnaboldi di Broni: la struttura di proprietà dell'ASST di Pavia è stata individuata come idonea, in accordo con ATS. La Casa della Comunità di Broni è stata classificata come *"spoke"*, ossia come casa di Comunità di minore dimensione collegata alla casa HUB di Voghera.

L'ospedale Arnaboldi di Broni è ubicato in Via Emilia nei pressi del centro cittadino; è stato trasformato all'inizio del 2021 in Presidio Socio Sanitario Territoriale (PreSST). L'edificio si compone di quattro corpi di fabbrica principali, disposti in senso parallelo, alternati da giardini e uniti tramite un corridoio centrale che corre da sud a nord. Il piano principale dell'edificio si trova a m. 1.40 sopra il piano stradale di via Emilia. Il corpo anteriore d'ingresso è un fabbricato a pianta rettangolare, composto da un corpo di fabbrica centrale a due piani e da due ali più basse, che terminano con due testate poligonali.

Mediante il corridoio centrale si accede ai quattro padiglioni centrali pressoché uguali tra loro; il corpo posteriore è composto da una porzione centrale posteriore, che un tempo ospitava la chiesa, e da due ali ai lati. L'immobile ha subito numerose modificazioni nel tempo ad eccezione della facciata principale del corpo monumentale di ingresso che non ha mai subito alterazioni.

Il progetto prevede un intervento di recupero e restauro dell'esterno del fabbricato che ospiterà la casa della Comunità e si prevede:

- ✓ la sostituzione degli infissi presenti previa rimozione dei serramenti presenti;
- ✓ la fornitura e la posa di nuove persiane a battente ad una o più ante per finestra;
- ✓ la fornitura e la posa in opera di porta di ingresso vetrata, con telaio in acciaio e sistema di apertura automatico;
- ✓ la sistemazione del manto di copertura;
- ✓ il restauro delle facciate dell'edificio sottoposto a tutela ai sensi dell'art. 10 del D.lgs 42 del 22 gennaio 2004;
- ✓ il ripristino delle pitture e degli intonaci interni;

I tempi di realizzazione dell'intervento sono stimati in 38 mesi .

I costi previsti per la realizzazione dell'intervento ammontano a Euro 2.845.000,00

Di seguito si riporta il quadro economico relativo al progetto di fattibilità della Casa di Comunità di Broni.

Ex Ospedale Arnaboldi di Broni



Sistema Socio Sanitario	
 Regione Lombardia ASST Pavia	
<b>AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI PAVIA</b>	
<b>ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA SANITARIE TERRITORIALI EX OSPEDALE BRONI: CASA DELLA COMUNITA' SPOKE</b>	
<b>PROGETTO DI FATTIBILITA' TECNICO ECONOMICA</b>	
<b>QUADRO ECONOMICO</b>	
<b>a) LAVORI A BASE D'APPALTO</b>	
a1) Lavori CdC	€ 2 003 654,54
<b>Importo lavori a base d'Asta</b>	<b>€ 2 003 654,54</b>
a2) Oneri della Sicurezza CdC non soggetti a ribasso	€ 96 345,46
<b>Importo non soggetto a ribasso</b>	<b>€ 96 345,46</b>
<b>Importo totale a)</b>	<b>€ 2 100 000,00</b>
<b>b) SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE</b>	
b1) Ulteriori lavori previsti in progetto ed esclusi dall'appalto principale	€ 30 000,00
b2) Spese tecniche oneri previdenziali compresi (determinato in applicazione dei parametri del decreto Ministeriale 17 giugno 2016) Studio Fattibilità, Progettazione definitiva, esecutiva, verifica progetto, CSP, CSE, D.L. e Collaudo, incentivi ex rt. 113	€ 480 199,01
b3) IVA su Lavori	€ 210 000,00
b4) Spese com. giudicatrici e pubblic. bando	€ 5 000,00
b5) Imprevisti ed arrotondamenti	€ 19 800,99
<b>Importo totale b)</b>	<b>€ 745 000,00</b>
<b>TOTALE di a) + b)</b>	<b>€ 2 845 000,00</b>

## 2. Presidio Ospedaliero di Casorate Primo

La struttura ritenuta idonea, in accordo con ATS, per la realizzazione della Casa di Comunità e di Ospedale di Comunità di Casorate Primo si colloca nel Presidio Ospedaliero di Casorate Primo ed è stata classificata come **“spoke”**, ossia come casa di Comunità di minore dimensione collegata alla casa HUB di Pavia.

Il presidio ospedaliero è collocato nel Comune di Casorate Primo, all'estremo nord del territorio Provinciale, al confine con gli ambiti dell'ATS Milano Città Metropolitana: a causa della localizzazione decentrata il Presidio Ospedaliero di Casorate Primo ha fino ad oggi risposto, non solo alle esigenze della popolazione locale residente ma anche ad un più ampio bacino di utenza extraprovinciale, prevalentemente milanese.

La struttura a padiglioni, sviluppatasi nel tempo, ha subito parecchi interventi concentrati nell'adeguamento sanitario delle degenze e nell'adeguamento impiantistico delle condizioni di sicurezza.

Il progetto prevede la realizzazione di una struttura ex novo di 800 mq, organizzata in due piani fuori terra avente Superficie Pavimentata Lorda (SPL) di 400 mq per piano, collocata in un'area attualmente libera entro il perimetro ospedaliero. Il progetto prevede la riorganizzazione dei percorsi e della viabilità interna al presidio per garantire l'accessibilità alla nuova struttura.

Le nuove funzioni presenti nell'immobile rispettano quanto indicato nelle linee guida di AGENAS.

Al piano terra del nuovo immobile troveranno collocazione:

- il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie,
- i servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza,
- il sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale.

Al piano primo troveranno collocazione:

- i servizi per le cure primarie,
- il servizio di assistenza domiciliare di livello base,
- i servizi infermieristici,
- i programmi di screening,
- i locali che assicurano la presenza medica ed infermieristica,
- i servizi sociali,
- gli uffici per la direzione.

Gli spazi a ciascun piano saranno disimpegnati da un'ampia area di attesa in prossimità del corpo scale.

I tempi di realizzazione dell'intervento sono stimati in 39 mesi.

I costi previsti per la realizzazione della nuova Casa di Comunità e dell'Ospedale di Comunità ammontano a Euro 3.981.481,00 .

### *Presidio Ospedaliero di Casorate Primo*



### 3. Presidio Ospedaliero di Mede

La struttura individuata come idonea, in accordo con ATS, per la realizzazione della Casa di Comunità e Ospedale di Comunità di Mede si colloca nel Presidio Ospedaliero di Mede ed è stata classificata come **“spoke”**, ossia come casa di Comunità di minore dimensione collegata alla casa HUB di Vigevano.

La struttura ospedaliera è composta da tre corpi di fabbrica in cui vi sono i seguenti reparti: chirurgia generale, cure palliative, laboratorio analisi, medicina interna, punto di primo intervento, radiologia, riabilitazione specialistica, servizio di anestesia e centro di assistenza limitata e dialisi.

L'accesso pedonale e carrabile avviene da via dei Mille: l'area si presenta completamente recintata e gran parte dello spazio esterno è a verde.

Il progetto prevede la realizzazione di una nuova struttura di 800 mq, organizzata in due piani fuori terra avente SPL di 400 mq per piano, collocata in un'area di proprietà di ASST adiacente all'attuale immobile denominato “dodecagono”. Il progetto prevede, oltre alla realizzazione della nuova struttura, la redistribuzione dei percorsi esterni mediante la realizzazione di collegamenti con gli edifici dell'Ospedale e accessi dedicati alla viabilità pubblica, nuovi parcheggi ed una sistemazione delle aree verdi.

Le nuove funzioni presenti nell'immobile rispettano quanto indicato nelle linee guida di AGENAS.

Al piano terra del nuovo immobile troveranno collocazione:

- il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie
- i servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza,
- il sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale.

Al piano primo troveranno invece collocazione:

- i servizi per le cure primarie,
- il servizio di assistenza domiciliare di livello base,
- i servizi infermieristici,
- i servizi dedicati ai programmi di screening,
- i locali che assicurano la presenza medica ed infermieristica,
- i servizi sociali,
- gli uffici per la direzione.

Gli spazi a ciascun piano saranno disimpegnati da un'ampia area di attesa in prossimità del corpo scale.

I tempi di realizzazione dell'intervento sono stimati in 39 mesi .

I costi previsti per la realizzazione della nuova Casa di Comunità e dell'Ospedale di Comunità ammontano a Euro 3.981.481,00 .

*Presidio Ospedaliero di Mede*



#### *4. Poliambulatorio di Vigevano*

La struttura di proprietà di ASST ritenuta idonea, in accordo con ATS, per la realizzazione della Casa di Comunità **Hub** di Vigevano è rappresentata dall'immobile di via Montegrappa: l'edificio è situato lungo il margine settentrionale del centro storico del comune di Vigevano in un ambito residenziale ed è stato sottoposto ad una miscellanea di interventi differenti per periodi di realizzazione e linguaggio architettonico adottato.

L'edificio è facilmente raggiungibile dalla circonvallazione esterna che coordina gli accessi alla città e si affaccia su una delle principali arterie urbane risultando così di facile accesso sia per chi proviene dalla città che dai paesi limitrofi. L'immobile, realizzato nel 1965, ha sempre ospitato funzioni di carattere pubblico; è composto da quattro volumi sviluppati su cinque piani fuori terra.

L'immobile in argomento è stato ed è oggetto di intervento di manutenzione straordinaria con finanziamento dedicato, il cui obiettivo principale è rivolto all'efficientamento energetico dell'involucro edilizio e all'adeguamento alle normative antincendio degli spazi interni.

L'individuazione dell'edificio quale sede della Casa della Comunità HUB ha comportato la riorganizzazione degli spazi interni: il progetto ha adottato la conformazione di rifunzionalizzazione degli spazi e delle destinazioni d'uso con l'obiettivo di garantire la presenza di quanto indicato nelle linee guida AGENAS.

L'intervento previsto è di carattere edile con adeguamento impiantistico dei quattro piani fuori terra che costituiscono l'immobile.

Il progetto prevede:

- al piano seminterrato l'area prelievi e l'area vaccinazioni, nonché spazi adibiti ad archivio e spogliatoio per il personale;
- al piano terra area consultoriale e area cure primarie;
- al piano primo l'area della continuità assistenziale e delle funzioni amministrative;
- al piano secondo l'area degli ambulatori specialistici;
- al piano terzo l'area uffici comprensiva di sala riunioni.

I tempi di realizzazione dell'intervento, dalla progettazione al collaudo, sono stimati in mesi 25.

I costi previsti per la realizzazione dell'intervento ammontano a Euro 2.090.000,00.

*Poliambulatorio di Vigevano*



## 5. Presidio Ospedaliero di Mortara;

Il presidio ospedaliero di Mortara, di proprietà dell'ASST di Pavia è stata individuata come idonea, in accordo con ATS, per la realizzazione di Casa della Comunità e Ospedale di Comunità.

L'Ospedale "Asilo Vittoria" di Mortara si trova lungo la S.P. ex S.S. 596 "Strada Pavese" n.1013 a Mortara ed è costituito da due corpi di fabbrica principali: , il corpo "A" più storico risale agli anni venti.

Negli anni successivi, l'ospedale ha subito parecchi interventi, terminati nel 1954, quando il nosocomio raggiunse la fisionomia attuale, fino all'accorpamento con l'Asilo Vittoria nel 2000. Negli anni a seguire ha subito ulteriori interventi di adeguamento normativo e di riammodernamento delle strutture. Allo stato attuale l'edificio, destinato a struttura sanitaria, ospita diverse funzioni ambulatoriali.

La Casa della Comunità di Mortara è stata classificata come "*spoke*", ossia come casa di Comunità di minore dimensione collegata alla casa HUB di Vigevano.

Il progetto prevede la realizzazione di una struttura ex novo di 1000 mq, organizzata in due piani fuori terra avente Superficie Pavimentata Lorda (SPL) di 500 mq per piano, collocata in un'area attualmente disponibile entro il perimetro ospedaliero. Il progetto prevede la riorganizzazione dei percorsi e della viabilità interna al presidio, per garantire l'accessibilità alla nuova struttura. Le nuove funzioni presenti nell'immobile rispettano quanto indicato nelle linee guida di AGENAS.

Al piano terra del nuovo immobile troveranno collocazione:

- il punto unico di accesso,
- il sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale,
- i programmi di screening,
- l'area vaccinazioni,
- i servizi sociali,
- i servizi per la salute mentale,
- gli uffici per la direzione.

L'area vaccinazioni avrà accesso ed areazione indipendenti dal resto della struttura.

Al piano primo troveranno invece collocazione:

- servizi per le cure primarie,
- servizi di specialistica ambulatoriale,
- locali per la presenza medica ed infermieristica,
- servizi di assistenza domiciliare di livello base.

Gli spazi a ciascun piano saranno disimpegnati da un'ampia area di attesa in prossimità del corpo scale.

I tempi di realizzazione dell'intervento, dalla progettazione al collaudo, sono stimati in mesi 48 mesi.

I costi previsti per la realizzazione della Casa di Comunità e dell'Ospedale di Comunità ammontano a Euro 3.981.481,00 .

*Presidio Ospedaliero di Mortara;*



## 6. Presidio Ospedaliero di Belgioioso;

La struttura ospedaliera sita in via Felice Cavallotti 123 a Belgioioso (PV) di proprietà della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è stata individuata come Casa di Comunità “**Spoke**” e come Ospedale di Comunità.

La parte di edificio interessata dalla realizzazione della Casa di Comunità necessita di una ristrutturazione completa con sostituzione di finiture ed impianti. Le demolizioni includono i sottofondi e le partizioni interne non portanti.

Il progetto prevede:

- Dimensionamento e realizzazione dei percorsi interni e dei locali vari secondo la normativa vigente;
- Realizzazione di servizi igienici attrezzati per diversamente abili;
- Installazione di ascensori per il raccordo verticale tra tutti i livelli altimetrici dell’edificio;
- Dimensionamento dei percorsi e scelta dei materiali secondo la normativa vigente.

La Casa di comunità garantirà l’erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Punto Unico di Accesso (PUA);
- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l’attività dell’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità attraverso le associazioni di cittadini e di volontariato.

L’intervento sarà realizzato entro Giugno 2023.

I costi previsti per l’intervento ammontano a EURO 3.981.481,00.

Presidio Ospedaliero di Belgioioso



## 7. Presidio Ospedaliero di Pavia

Il Padiglione sito in Viale Golgi 5 di proprietà della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è stata individuata come Casa di Comunità Hub: è attualmente occupato da attività amministrative e sanitarie afferenti alla Fondazione e da attività amministrative e sanitarie afferenti all'ASST di Pavia.

La Fondazione proprietaria dell'immobile ha infatti concesso ad ASST Pavia l'uso di circa 2.500 mq con Contratto di Concessione stipulato nel 2018 ed avente scadenza nel 2024

L'edificio necessita di una ristrutturazione totale che comporterà il rifacimento di tutti gli impianti. I soli collegamenti verticali verranno mantenuti previa un'adeguata compartimentazione antincendio dei vani scala e vani ascensori.

Le opere previste di ristrutturazione consistono in:

- Adeguamento antincendio con compartimentazione dei vani scala e delle varie aree;
- Adeguamento antisismico;
- Adeguamento energetico;
- Adeguamenti impiantistici: i) rifacimento impianto elettrico; ii) rifacimento impianto ascensori; iii) rifacimento rete idranti; iv) rifacimento impianti di condizionamento con posizionamento delle UTA e gruppi frigoriferi presso il cortile di pertinenza del fabbricato.

In relazione alla necessità di avviare le attività sanitarie – sociosanitarie erogate all'interno della Casa di Comunità da parte di ASST Pavia, la Fondazione e l'ASST stessa hanno avviato un confronto per pianificare la distribuzione logistica delle attività obbligatorie e quelle ritenute necessarie.

La Casa di Comunità HUB garantirà l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

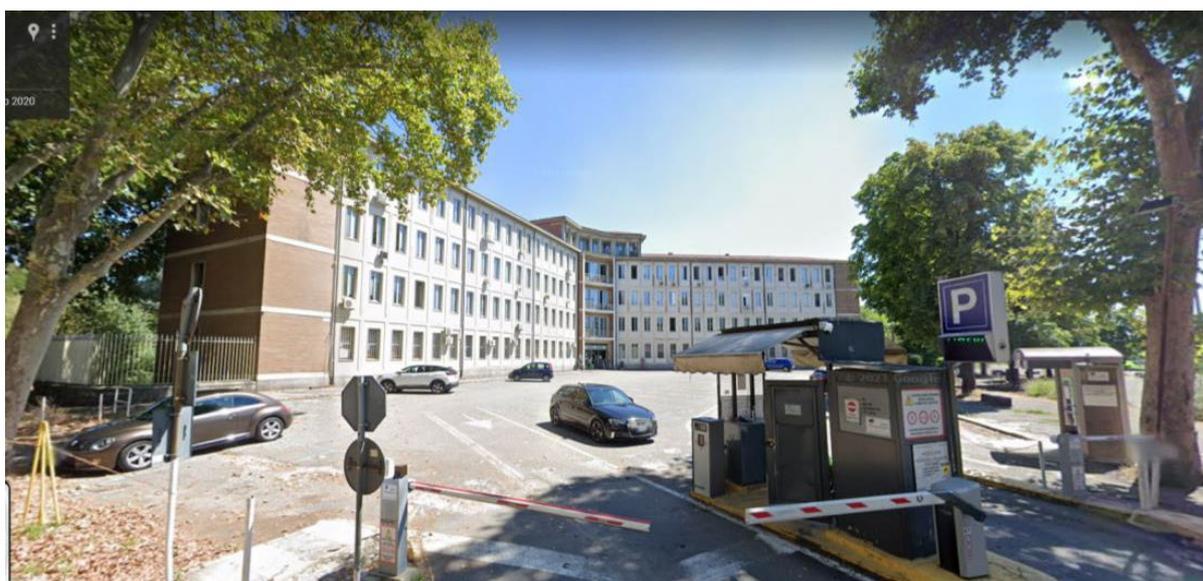
- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA);
- Punto prelievi;
- Programmi di screening;

- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e servizi amministrativi;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.
- Relazione tra la Casa di Comunità Hub con le altre strutture dedicate alle cure intermedie (es. assistenza medica nelle strutture residenziali territoriali come l'ospedale di comunità).

L'intervento sarà realizzato entro il 2025.

I costi previsti per gli interventi ammontano a Euro 6.816.000,00

### *Presidio Ospedaliero di Pavia*



## DESCRIZIONE DEL PROGETTO

L'istituzione della Casa della Comunità ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, principi fondamentali affermati esplicitamente dalla legge n. 229/99 e dalla legge n. 328/2000, ma finora scarsamente applicati.

La realizzazione della Casa della Comunità è ovviamente possibile laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini.

Le soluzioni architettoniche adottate devono tener conto di evidenti esigenze di flessibilità e sono il risultato dell'incontro tra la cultura sociale e la cultura progettuale del territorio per inserire la Casa della Comunità nel complesso delle relazioni interne ed esterne al distretto, per fare di essa un centro che rafforzi le relazioni tra i cittadini e la rete dei servizi sociosanitari.

La Casa della Comunità deve essere preferibilmente la sede unica dei servizi e degli operatori. In ogni caso, con l'essenzialità della rete dei servizi, con i sistemi informatizzati e con la sua struttura organizzativa, deve assicurare un forte coordinamento per garantire un'attività programmata e l'integrazione delle attività sanitarie, sociali e sociosanitarie dell'area elementare.

La Casa della Comunità è una sede fisica ed insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute ed il benessere che raccoglie la domanda dei cittadini e organizza la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, nell'unità di spazio e di tempo, che opera per conseguire i seguenti obiettivi:

- appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali;
- presa in carico globale;
- orientamento di pazienti e famiglie;
- riconoscibilità e accessibilità dei servizi;
- unitarietà e integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- semplificazione nell'accesso ai servizi integrati.

La Casa di comunità esprime dunque un nuovo modello di sanità pubblica: l'assistenza sanitaria complessiva viene prodotta e distribuita da una rete di interconnessione tra equipe multi-professionali privilegiando una organizzazione di tipo integrato. L'integrazione tra i diversi erogatori pone l'accento sulla necessità di un "governo" del sistema contro i rischi di diluizione, duplicazione e dispersione delle attività. L'adozione di un modello basato sulla cooperazione funzionale tra i diversi

erogatori consente una utilizzazione della risorsa umana e professionale fortemente indirizzata alla integrazione e al lavoro in team irrealizzabile in un sistema competitivo.

Sulla base delle considerazioni finora espresse, è possibile affermare che la Casa della Comunità deve:

- garantire la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore al giorno sette giorni su sette;
- assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e alla presa in carico della domanda;
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale (programmazione dei servizi e valutazione dei risultati) nei vari presidi e servizi;
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- sviluppare programmi di prevenzione per tutte le fasce di età, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- sviluppare, tramite il distretto, rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per le definizioni di protocolli per accessi e dimissioni programmate;
- favorire il controllo collegiale delle attività e la valutazione dei risultati.

## RISULTATI ATTESI

I benefici attesi dalla realizzazione della Casa della Comunità possono essere considerati i seguenti:

- Potenziamento della medicina territoriale per adeguarla alla mutata realtà sociale, portando l'assistenza sanitaria primaria vicino al cittadino e fuori dagli ospedali;
- Definizione dei modelli di cura innovativi per cittadini con patologie croniche e/o disabilità;
- Implementazione degli strumenti necessari per seguire l'evoluzione clinica delle patologie, evitando duplicazioni di accertamenti diagnostici, sovrapposizione di indirizzi e coordinando/controllando tutti i contributi che i vari attori socio-sanitari forniscono al recupero e al mantenimento dello stato di salute del cittadino;
- Sviluppo dei sistemi di teleassistenza per garantire le infrastrutture di base del sistema;
- Sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria e governo del processo di cura nella sua interezza, sotto il profilo sanitario e sociale;
- Offerta al cittadino/paziente di un servizio integrato in tutte le componenti del Sistema Sanitario (medici, ospedali, case di cura, ambulatori, farmacie, laboratori di analisi, ASL);
- Organizzazione di programmi di formazione continua per il personale di assistenza e per il personale medico;
- Organizzazione di programmi informativi (stili di vita, nutrizione, attività fisiche, informatizzazione di base, ecc) rivolti alla popolazione per accrescere il livello di consapevolezza dell'utenza e migliorare lo scambio con il personale di cura, la comprensione dei percorsi terapeutici e l'eventuale utilizzo di ausili sanitari e apparecchiature medicali;
- Valorizzazione del ruolo infermieristico aumentandone la responsabilità e rivalutandone la professionalità;
- Riduzione dei rischi di ospedalizzazione (cadute, infezioni, piaghe da decubito, etc.);
- Miglioramento della prevenzione dei rischi cardiovascolari;
- Miglioramento della prevenzione delle patologie tumorali con attività di screening;
- Riduzione degli accessi inappropriati al pronto soccorso, facilitando l'accesso ai servizi extraospedalieri;
- Riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri tramite il migliore coordinamento tra le varie professionalità coinvolte;

- Integrazione tra il sistema sanitario e l'assistenza sociale;
- Riduzione delle liste d'attesa;
- Riutilizzo delle strutture sanitarie dismesse o già esistenti e/o riconversione di altre strutture dismesse;
- Coinvolgimento diretto dei cittadini attraverso politiche di autogestione e partecipazione;
- Inizio del processo di networking delle strutture sanitarie.

## CONCLUSIONI

Con l'attuazione delle Case di Comunità i sistemi sanitari dovranno affrontare, nei prossimi anni, il mutamento degli scenari che saranno sempre più caratterizzati da un divario tra risorse disponibili e domanda di salute, destinata a crescere a causa dell'allungamento dell'aspettativa di vita e della maggior incidenza di patologie croniche.

La recente crisi sanitaria e sociale determinata dalla pandemia di COVID-19 ha evidenziato molte lacune nel nostro SSN, soprattutto per quello che riguarda l'assistenza territoriale e la medicina di prossimità, imponendo, in ambito politico e tecnico-scientifico, una serie di necessarie revisioni degli attuali assetti dell'offerta sanitaria nel nostro Paese.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è un fenomeno ormai noto: si sta assistendo a una ridistribuzione demografica senza precedenti; entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% al 22% della popolazione totale. Nei prossimi 5 anni, per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. L'incremento della popolazione anziana sarà più evidente nei Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto nei Paesi industrializzati il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli ultraottantenni, il cui numero assoluto, entro il 2050, risulterà praticamente quadruplicato (1, 2).

Parallelamente all'aumentata aspettativa di vita si è verificata una transizione epidemiologica nella patologia emergente: da una situazione precedente in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali si è evoluti a una situazione in cui prevalgono le malattie cronic-degenerative. Nei Paesi più ricchi, il maggior carico di malattia (GBD, global burden of disease), misurato in anni di vita aggiustati per disabilità (DALY, disability-adjusted life years), è attribuibile alle patologie cardio e cerebrovascolari e ai disturbi neuropsichiatrici, tra cui la depressione, la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza (3). Sia nei Paesi in via di sviluppo che in quelli a più alto reddito si prevede che il numero di soggetti con disabilità, derivante principalmente dalle malattie non trasmissibili, aumenterà proporzionalmente alla crescita della popolazione, con una più alta percentuale proprio nelle classi di età più avanzata.

Nel nostro paese si stima che nel 2050 la quota di ultra65enni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne) (4).

Se da un lato l'aumentata longevità rappresenta una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia per l'immediato futuro se non fosse controbilanciata da una rinnovata capacità di programmazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria che investano nella ricerca e nella mutata tipologia di assistenza soprattutto territoriale.

Nell'accezione corrente l'invecchiamento è un processo multifattoriale caratterizzato da una progressiva perdita delle capacità funzionali e da una crescente comorbidità, proporzionali all'avanzamento dell'età che investono l'intero arco della vita.

Per affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, evitando l'ospedalizzazione e prediligendo interventi sul territorio, mirati alla prevenzione, alla riabilitazione, alle facilitazioni ambientali, al sostegno economico, sociale e motivazionale dell'anziano e della sua famiglia nel contesto di vita.

Una delle possibili risposte a questa esigenza è rappresentata dalla rete integrata dei servizi sociosanitari che vede l'interazione di diverse figure professionali (medico, assistente sociale, infermiere professionale, fisioterapista, ecc.), al fine di inquadrare l'anziano nella sua unitarietà, individuando precocemente l'anziano "fragile" (a rischio di perdere l'autosufficienza) e delineare un programma di intervento personalizzato con verifica periodica per valutare l'efficacia dell'assistenza. A mio parere la rete integrata dei servizi dovrebbe essere lo strumento per coordinare gli interventi destinati agli anziani al fine di migliorarne l'impatto benefico e indirizzare, secondo criteri etici, logici ed economici, l'allocazione delle scarse risorse disponibili per prolungare il mantenimento di una vita attiva dal punto di vista fisico, intellettuale e sociale.

I paesi sviluppati stanno fronteggiando questa sfida attraverso un cambiamento radicale nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria ed un crescente investimento nell'assistenza a favore di soggetti affetti da patologie croniche: come già affermato questa revisione del paradigma assistenziale richiede investimenti diversi, meno concentrati sull'area ospedaliera e orientati invece al rafforzamento delle cure primarie ed alla promozione dell'integrazione e del coordinamento tra medici di medicina generale, altri professionisti sanitari e specialisti ospedalieri.

Una indagine condotta dall'OCSE ha evidenziato come il coordinamento tra professionisti costituisca una priorità per i responsabili della politica sanitaria, per gli erogatori di servizi e, soprattutto, per i pazienti (Hofmarcher, Oxley, Rusticelli, 2007).

Un contenimento dei ricoveri ad alto costo per i pazienti cronici può avvenire solo attraverso l'erogazione di assistenza qualitativamente elevata in ambito territoriale conseguibile mediante il coordinamento degli operatori.

L'indagine dell'OCSE ha inoltre evidenziato come "l'insufficiente coerenza e coordinamento nell'erogazione delle cure è sicuramente la principale causa della inadeguata risposta ai bisogni delle popolazioni": i problemi di coordinamento sono più frequenti nei punti di interfaccia tra settori assistenziali e tra erogatori e l'eliminazione degli sprechi di risorse e delle inefficienze derivanti dall'insufficiente comunicazione e integrazione tra settori assistenziali rappresenta una delle soluzioni di maggiore efficacia per rispondere a questa sfida. Numerosi studi (Bodenheimer, 2008) evidenziano come i frequenti fallimenti del coordinamento causino sostanziali problemi di qualità al percorso assistenziale.

Il coordinamento deve pertanto essere migliorato e rafforzato in tutte le situazioni nelle quali il cittadino entra in contatto con il Servizio Sanitario per valutare quali professionisti/risorse coinvolgere nel percorso di presa in carico e di cura.

Uno studio internazionale condotto dal Commonwealth Fund nel 2007 ha rilevato come i pazienti che potevano fare affidamento su un sistema di cure primarie caratterizzato da modalità semplificate di accesso all'assistenza (anche mediante telefono), dalla presenza di un medico a conoscenza dell'anamnesi del paziente e di un medico responsabile per il coordinamento dell'attività erano molto più soddisfatti del servizio sanitario, rispetto a coloro che invece non potevano disporre di queste modalità di accesso (Schoen et al. 2007). Poiché l'accesso al sistema sanitario avviene quasi sempre attraverso le cure primarie è necessario rivederne gli assetti organizzativi tenendo presente che, se da un lato, i medici di medicina generale sono nella posizione migliore per garantire l'assistenza primaria, dall'altro la costituzione di team multidisciplinari, che coinvolgono sia i medici che le professioni sanitarie, rappresenta la soluzione ottimale per fornire risposte coerenti ai bisogni assistenziali, in particolare modo ai pazienti affetti da polipatologie di tipo cronico. L'importanza di team multidisciplinari nell'assistenza primaria, con la responsabilità della gestione delle patologie croniche affidata alle professioni sanitarie che costituiscono parte integrante del team, è stata ampiamente dimostrata (Grumbach e Bodenheimer, 2004; Singh, 2005).

Da alcuni anni anche in Italia, attraverso i Servizi Sanitari Regionali (SSR), la messa in atto di modelli organizzativi clinico-assistenziali per la presa in carico globale del paziente è diventata un obiettivo centrale per le Aziende Sanitarie per migliorare efficacemente gli esiti di salute e il conseguente contenimento dei costi: l'attuazione concreta degli obiettivi preposti trova negli squilibri finanziari che ancora caratterizzano il nostro sistema, un ostacolo importante.

L'attuazione al modello di cura integrato ospedale territorio iniziato qualche anno fa con la riorganizzazione dei distretti e della rete ospedaliera per potenziare il territorio nella gestione della cronicità e lasciare all'ospedale la gestione della fase acuta delle patologie, rappresenta dunque un obiettivo primario per inaugurare una nuova stagione del sistema sanitario pubblico.

Il PNRR rappresenta quindi un'occasione importante poiché prevede fra gli obiettivi prioritari proprio la costituzione di Case di Comunità e Ospedali di Comunità come nuove strutture territoriali in grado di assumersi la difficile sfida di trasformare/ istituire/ rinnovare l'assistenza territoriale nel nostro Paese.

La Casa di comunità rappresenta un innovativo modello di struttura, organizzazione e cultura su cui lavorare in futuro per offrire servizi di elevata qualità adeguati ai bisogni dei cittadini: l'ATS di Pavia si propone di impegnarsi attivamente in questo processo di grande cambiamento sviluppando la gestione della cronicità, attraverso il monitoraggio attivo dei pazienti e la medicina d'iniziativa, valorizzando il ruolo dell'infermiere e di tutte le professioni sanitarie coinvolte in tali processi e sviluppando le sinergie con gli operatori dei servizi sociali dei Comuni e di tutte le risorse della comunità.

Come detto nell'elaborato l'ATS di Pavia ha previsto l'istituzione di 11 Case di Comunità di cui 7 nella prima fase: concludo questo scritto sottolineando che la prima Casa di Comunità dell'ATS di Pavia è già stata inaugurata a Broni in presenza delle autorità regionali.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto Presidenza del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Nuovi LEA;
- Legge Regionale 12 marzo 2008, n.3 Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale;
- Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33. Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità;
- Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23, Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità;
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
- Piano nazionale della cronicità 15 settembre 2016, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;
- Intesa Stato-Regioni n. 17 del 20 febbraio 2020;
- Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22, Modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 25 aprile 2021;
- Deliberazione della Giunta Regionale Lombardia n. XI/5373 del 11/10/2021;
- Deliberazione della Giunta Regionale Lombardia n. XI/5723 del 15/12/2021;
- Deliberazione della Giunta Regionale Lombardia n. XI/5832 del 29/12/2021;
- Deliberazione della Giunta Regionale Lombardia n. XI/6080 del 07/03/2022;

## BIBLIOGRAFIA

- Kinsella K, He W. *An aging world: 2008*. US Census Bureau. *International Population Reports* (P95/09-1). US Gov Printing Office; 2009;
- World Health Organization. World Health Day 2012 - Ageing and health - Toolkit for event organizers. WHO; 2012 (<http://whqlibdoc.who.int/...>);
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL (Ed.). *Global burden of disease and risk factors*. Washington (DC): World Bank; 2006;
- United Nations. World population ageing 1950-2050 ([www.un.org/esa/population/...](http://www.un.org/esa/population/...));
- Banchieri G. "Il socio sanitario e il socio assistenziale: modelli, dimensioni, concetti e norme. Attività di ricerca realizzata da Siquas su indicazione di Federsanità-Anci per la composizione di materiali per un osservatorio permanente su sociosanitario e socio assistenziale";
- Benigni B., [in collaborazione con il Dipartimento Itaca dell'Università La Sapienza Roma], Studio di fattibilità "La Casa della salute", luglio 2006;
- Benigni B., *La Casa della salute, ovvero La salute è di casa : Nuova infrastruttura del welfare italiano*, Roma, Libereta, 2010;
- Caracci G., Carzaniga S. (2010). I risultati della ricerca AgeNaS: definizione, modello di analisi, strumenti di rilevazione ed esperienze significative di empowerment in sanità. *Monitor*, suppl. 25; 10 – 9. Nicoli M.A., et al. (2011). In "L'empowerment nei servizi sanitari e sociali" Il Pensiero Scientifico ed. – Roma ; 3 – 11.

## SITOGRAFIA

<https://www.agenas.gov.it>

<https://www.regioni.it>

<https://governo.it>

<https://regione.lomabrdia.it>

<https://www.istat.it>

<https://camera.it>