

Cinzia Badiali, Andrea Donatini, Ambra Baldini
**La politica regionale delle Case della Comunità:
 il caso Emilia Romagna.**

Abstract

L'articolo rappresenta l'esito di un'intervista rivolta da Alessia Simbari, curatrice in questo numero della ricognizione a livello nazionale sulle CdC, al Settore Assistenza Territoriale della Direzione Generale Cura della Persona e Welfare della Regione Emilia-Romagna. Tale intervista è il seguito di un incontro di condivisione della ricerca PNRR in atto presso l'UALab del Dipartimento di Ingegneria e Architettura sull'architettura delle Case della Salute, Case della Comunità in ambito nazionale.

Parole Chiave

Architetture per la sanità — Sanità di prossimità — Assistenza territoriale



Fig. 1

Casa della Salute Navile (Bologna).

La Regione Emilia-Romagna è stata tra le prime ad attivarsi sul tema delle Case della Salute oggi Case della Comunità. Attraverso quali presupposti di cultura sanitaria e di scelte amministrative?

L'idea della Casa della Salute deriva da due impulsi:

- a livello internazionale, con l'orientamento ricevuto dalla *Health and Consumers Directorate General* della Commissione europea (10 luglio 2014) “Definizione di un modello di riferimento relativo all’assistenza primaria con particolare attenzione ai sistemi di finanziamento e di referral” per dare risposte ai problemi di salute della comunità, mediante servizi universalmente accessibili, erogati da team di professionisti in partnership con i pazienti e i caregiver, prevedendo un ruolo centrale del coordinamento e della continuità dei processi assistenziali.
- a livello nazionale con la Legge n. 189/2012 e dal Patto per la Salute del 2014-2016, dove viene demandato alle Regioni il compito di definire la organizzazione dei servizi di assistenza primaria in ottica multiprofessionale e interdisciplinare.

Da questi presupposti, la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso il percorso di sviluppo delle Case della Salute, istituite formalmente con le DGR 291/2010 e DGR 2128/2016.

Che assetto complessivo si prefigura tra strutture ospedaliere e Case della Comunità nel contesto urbano e territoriale? Quali buoni presupposti possono renderlo efficiente e produttivo e quali invece tendono a frenarlo e a far emergere criticità?

**Fig. 2**

Casa della Comunità delle Terre D'Acqua, Crevalcore, Bologna.

Le CdC sono un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. In questa accezione, la rete nella quale è inserita la CdC include sia i servizi erogati direttamente dal SSR sia quelli erogati da altri attori come Enti Locali, privati accreditati, farmacie dei servizi, reti sociali e di volontariato e non ultimo i servizi offerti dagli Ospedali del territorio sul quale insiste la CdC.

Il modello organizzativo identificato da DM 77 per connettere i servizi sul territorio è la Centrale Operativa Territoriale (COT), che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Tutti gli attori del sistema (personale distrettuale, ospedaliero e delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali) possono richiederne l'intervento. Questo processo di interfaccia tra strutture e servizi territoriali presuppone l'operatività 7 giorni su 7 e la dotazione di infrastrutture tecnologiche ed informatiche adeguate (piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico, sistema informativo interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117).

Avete già ricavato un quadro significativo di feedback sulla soddisfazione degli utenti e degli operatori all'interno delle Case della Comunità?

Per valutare il modello organizzativo Case della Salute in termini di soddisfazione, relativamente ad alcune dimensioni di qualità (accessibilità, rapporti con il personale, aspetti organizzativi, ambienti e livello di soddisfazione complessiva), tra giugno 2018 e luglio 2019, è stato somministrato un questionario agli utenti delle Case della Salute e dei Poliambulatori, in cui si è evidenziato un livello di soddisfazione oscillante, a seconda degli aspetti valutati dal 64 al 98%, con un'ottima valutazione di affidabilità/fiducia verso le due tipologie di struttura e un'eccellente qualità complessiva percepita.

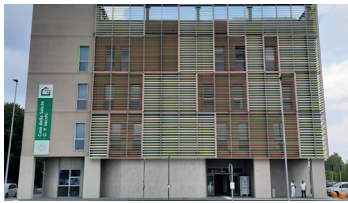
**Fig. 3**

Casa della Comunità Regina Margherita, Castelfranco Emilia, Modena.

I fattori della interdisciplinarietà e della transdisciplinarietà sino a che punto trovano riscontro all'interno delle attuali strutture organizzative e al regime lavorativo delle Case della Comunità?

Le CdC sono strutture sanitarie promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria. Nelle CdC il lavoro multidisciplinare trova riscontro sia nei modelli organizzativi (es. Unità di Valutazione Multidimensionale, Punto Unico di Accesso) sia con la presenza di spazi multifunzionali quali sale riunioni, aule per formazione e incontri, utilizzabili dagli operatori ma anche per il coinvolgimento dei cittadini. Lo sviluppo dell'utilizzo di strumenti informatici favorirà il lavoro interdisciplinare anche quando i professionisti non sono presenti nello stesso luogo rinforzando il concetto promosso dalla regione Emilia Romagna della CdC diffusa, costituita dall'insieme di relazioni che intercorrono non solo tra la rete di luoghi erogativi, ma anche tra la rete di attori e servizi presenti sul suo territorio di riferimento e la comunità largamente intesa come insieme di reti sociali più o meno formalmente organizzate.

L'amministrazione regionale e i distretti sanitari sono riusciti, in che misura e attraverso quali strumenti, ad interpretare operativamente il passaggio concettuale, emerso dal DM 77, che mette in stretta relazione le due dimensioni della cura sanitaria e della vita comunitaria?



Figg. 4-5
Casa della Salute G.P. Vecchi
(Modena),

La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità, caratterizzato da una proattività che si realizza attraverso la modalità operativa dell'equipe multiprofessionale territoriale e da una partecipazione strutturale della comunità. Per favorire una transizione innovativa, che non si esaurisca in una mera trasformazione nominale, la Regione Emilia-Romagna ha avviato un percorso formativo e di sperimentazione triennale che coinvolgerà tutte le AUSL e tutti i Distretti. L'obiettivo è di lavorare su elementi in grado di generare integrazione, prossimità e partecipazione quali: governance integrata tra sanitario, sociale, terzo settore; coordinamento organizzativo integrato tra sociale e sanitario; multiprofessionalità; partecipazione di cittadini, amministratori, rappresentanti del terzo settore nei processi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, identificazione dei bisogni, disegno e pianificazione dei servizi, implementazione, monitoraggio e valutazione; adozione e diffusione di un approccio integrale di salute intesa come bene collettivo da perseguire come comunità, in tutte le sue articolazioni di benessere fisico, psichico, affettivo, relazionale, culturale.

Come valutate il fattore della qualità urbana, delle strutture architettoniche e degli ambienti delle Case della Salute quale contributo alla loro performatività comunitaria?

La transizione da CdS a CdC ha tra gli obiettivi quello di favorire, a livello micro-locale, maggiore integrazione e continuità su più piani: di setting (di cura e di vita), dispositivi organizzativi, pratiche e relazioni (interprofessionali e professionisti-assistiti-cittadini). Per favorire una transizione innovativa è necessario considerare e lavorare su alcuni elementi in grado di generare integrazione, prossimità e partecipazione quali principali direttrici della promozione della salute, nei molteplici aspetti, tra i quali sono fondamentali la qualità degli spazi architettonici delle strutture, delle aree verdi, dei luoghi pubblici. Quindi, l'interesse regionale ma anche locale si fonda sulla capacità di allestire luoghi di dialogo, confronto e scambio per il rafforzamento di politiche pubbliche centrate sui principi universalistici e improntati all'equità. Le Case della Comunità assecondano l'obiettivo di una 'sanità di prossimità' per la popolazione. Dal punto di vista fisico la prossimità diventa concreta con una diffusione capillare sul territorio, con edifici di facile individuazione, a cui si può accedere liberamente, il cittadino entra in contatto fisicamente con l'assistenza sanitaria e sociosanitaria esplicitando il proprio bisogno di salute e/o sociale.

Qual è ad oggi lo stato di attuazione delle Case della Comunità da realizzarsi con fondi PNRR in Emilia Romagna anche alla luce della rinuncia da parte del da parte del Governo ad una quota dei finanziamenti previsti? Premesso che al momento non abbiamo aggiornamenti in merito alla rinuncia di una quota di finanziamenti, si prosegue con l'attuazione delle Case della Comunità mediante la DGR N. 2221 del 12/12/2022 in coerenza con gli obiettivi del PNRR e con il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS).

Ad oggi le Case della Comunità attive sono 132, conseguentemente alla programmazione di progetti finanziata sia con il PNRR che con altri fondi si prevede che, entro il 2026, vengano realizzate in Emilia-Romagna 185 Case della Comunità tra hub e spoke.

Bibliografia

BRAMBILLA A., BOTTURI D., (2014) – Assistenza primaria in Europa in Saluteinternazionale.info 25 giugno Disponibile a <https://www.saluteinternazionale.info/2014/06/assistenza-primaria-in-europa/>

Legge n. 189/2012 e dal Patto per la Salute del 2014-2016,

Regione Emilia-Romagna ha intrapreso il percorso di sviluppo delle Case della Salute, istituite formalmente con le DGR 291/2010 e DGR 2128/2016.

Cinzia Badiali ha conseguito la Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Pisa e ha conseguito un Master di II livello Funzioni Direttive e Gestione dei Servizi Sanitari ed un Corso Alta Formazione "Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali" presso Università di Bologna. Ha lavorato presso strutture sanitarie private e pubbliche come Infermiera e successivamente come coordinatrice infermieristica di UO e responsabile di Aree Organizzative sia territoriali sia ospedaliere in AUSL Città di Bologna. Attualmente collabora a tempo pieno in Settore Assistenza Territoriale Regione Emilia-Romagna. È stata docente nel corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, modulo di "Infermieristica Clinica e Riabilitativa nella Cronicità presso Università di Bologna.

Andrea Donatini è laureato in Economia e Commercio presso l'Università di Bologna e ha conseguito un Master in Economia presso l'Università di Southampton e in Politiche Sanitarie presso l'Università di Bologna. Ha lavorato per l'Agenzia Sanitaria Nazionale (AGENAS), per l'Agenzia Sociale e Sanitaria dell'Emilia-Romagna e per l'Assessorato Politiche per la Salute dell'Emilia-Romagna, occupandosi principalmente di tematiche relative alle cure primarie e alla valutazione delle cure primarie.

E' stato Responsabile del Controllo di Gestione presso l'Azienda USL di Modena e attualmente dirige l'Area Cure Primarie, Case della Comunità della Regione Emilia-Romagna.

Ambra Baldini nasce a Brescia dove compie i primi studi professionalizzanti e nel 2014 consegue la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Ferrara discutendo la tesi sulla tematica delle Case della Salute. Ha lavorato in Lombardia ed in Emilia-Romagna come Infermiera e Assistente sanitaria nei servizi territoriali del SSN, occupandosi di coordinamento delle attività dell'assistenza e di prevenzione primaria. Attualmente collabora nel Settore Assistenza Territoriale della Direzione Generale Cura della Persona e Welfare della Regione Emilia-Romagna. Numerose esperienze di interventi educativi rivolti alla comunità, progettazione di eventi nell'ambito della salute in co-progettazione con enti pubblici/gruppi di popolazione e di docenze in ambito universitario e di pubbliche amministrazioni.