



# LE VOCAZIONI DELLA CASA DELLA COMUNITÀ: QUALE SELEZIONARE PER IL SINGOLO TERRITORIO?

Francesco Longo– CERGAS SDA Bocconi

Milano, 21 gennaio 2022

# COMMUNITY BUILDING NETWORK A TUTELA DELLA SALUTE L'EVOLUZIONE DEL PROGETTO



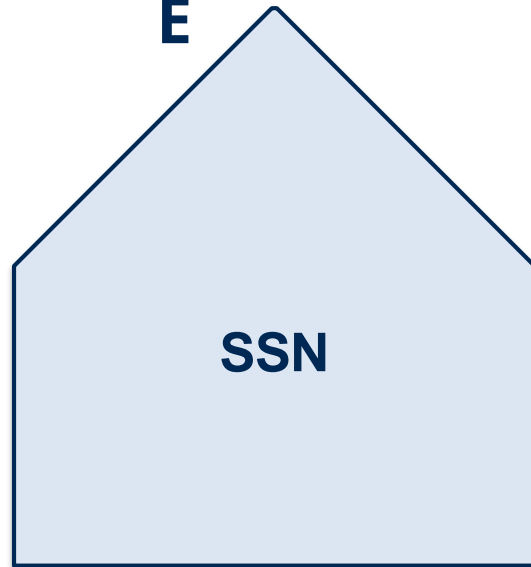
- I. Casa della....
- II. Le vocazioni possibili
- III. Indeterminatezze fisiologiche del PNRR
- IV. Criteri di scelta locale
- V. Il bilanciamento possibile delle vocazioni

# I CASA DELLA....

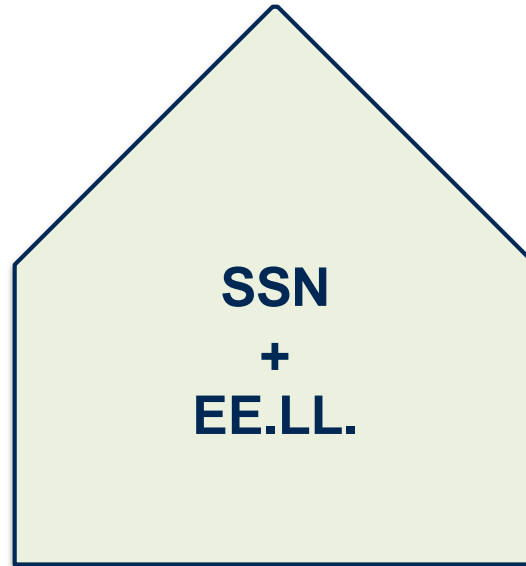
# CASA DELLA...

## SALUT

### E



## SOCIO-SANITARIA



## COMUNITÀ



## II LE VOCAZIONI POSSIBILI



## CASA DELLA SALUTE

- A) Accesso e *case management* della cronicità stabile
- B) Casa della specialistica territoriale
- C) Casa della fragilità e *long term care*
- D) Piattaforma dei servizi territoriali: psichiatria, igiene, materno-infantile, ecc.

### CASA SOCIO-SANITARIA

- A) Co-programmazione interistituzionale
- B) Accesso e *case management* socio-sanitario
- C) Erogazione di servizi SSN ed EE.LL. (quota parte)
- D) Erogazione del portafoglio completo dei servizi SSN territoriali e degli EE.LL., delega dei servizi socio-assistenziali



## CASA DELLA COMUNITÀ

- A) Co-produzione di gruppo: educazione sanitaria per gruppi di pazienti
- B) Partecipazione democratica: co-design dei servizi, valutazione partecipata
- C) Valorizzazione e creazione di reti sociali: gruppi di lettura, gruppi di cammino, rete dei NEET

# III INDETERMINATEZZE FISIologiche DEL PNRR

1. Il PNRR è stato costruito (ragionevolmente) per **ottenere ampio consenso** in EU, con gli stakeholder domestici e con l'opinione pubblica
2. Propone obiettivi **largamente condivisibili** → **spesso generici** (la presa in carico dei cronici) ed eccessivamente ambiziosi (10% di anziani in ADI)
3. **Ogni *trade-off* programmatico viene evitato**
4. Questo è **fisiologico** nei grandi piani di riforma o di investimenti in tutto il mondo democratico

1. L'indeterminatezza offre **ampi gradi di autonomia** ai singoli contesti regionali e aziendali
2. In molte regioni, come a livello nazionale, non si riuscirà a sciogliere i *trade-off* di policy con un **dibattito esplicito**



3. **Le policy saranno definite da determinanti attuative “implicite”**: il ruolo principe sarà giocato dagli **algoritmi** immessi nei sistemi ICT a governo delle innovazioni di servizio

# OBIETTIVO: L'ALLINEAMENTO DEGLI STANDARD STRUTTURALI DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

- Diffondere un modello a tre perni già diffuso soprattutto in Veneto, Emilia Romagna e Toscana, valorizzando le realtà già presenti
- Stanziare le risorse per diminuire il gap Nord-Sud in termini di capacità di offerta
- Favorire interoperabilità (es. con FSE) e progettualità interregionali

Strumento	Strutture finanziate dal PNRR(*)	Strutture previste dalla Bozza «DM71» (**)	Strutture già esistenti(***)	Bacino di utenza (ab.)	Target principale	Target secondario
Casa della Comunità	1.350	2.400	553	25.000	Cronici (40% popolazione)	Anziani e fragili, donne, famiglie, minori
Centrale operativa territoriale	600	602	60	1 per distretto	Fragili e LTC	/
Ospedale di Comunità	400	1.200	177	50.000	Ricoverati per prestazioni a medio-bassa intensità	/

(\*) Bozza decreto di riparto dei fondi PNRR tra le regioni, <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7382982.pdf>

(\*\*) Documento «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN», <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3566666.pdf>

(\*\*\*) Rassegna Rapporto OASI 2021

# LE STIME DI SPESA CORRENTE LEGATE AL DM 71 OLTREPASSANO AMPIAMENTE GLI INVESTIMENTI DEL PNRR

Bozza AGENAS «DM 71*»	Offerta già attiva	Offerta mancante	Personale infermieristico necessario
2.400 Case della Comunità – CdC (1/25.000 ab.)	553 (cfr. OASI 2021)	1.847	Nessuno – le CdC inglobano servizi già esistenti o avviati grazie al PNRR
1.200 Ospedali di Comunità – OSCO (1/50.000 ab).	177 (cfr. OASI 2021)	1.023	9 infermieri per OSCO: <b>9.207</b>
602 Centrali Operative Territoriali - COT	60 (stima prudenziale)	542	5 infermieri per COT: <b>2.710</b>
23.000 Infermieri di Comunità (1/2.000-3000 ab.)	3.000 (1/20.000 ab., cfr. Rapporto Corte dei Conti 2021)	20.000	<b>20.000</b>
Copertura ADI progressiva del 10% degli over65 (Hp 2h/settimana, continuativamente: 104 ore annuali)	Copertura 6% over65 con 12h/anno (Annuario stat. 2019 Minsal), corrispondente al <b>7,2% delle ore necessarie</b> per coprire il target e a 4.500 infermieri impiegati (38hr settimana)	Il 93% delle ore annuali	70.026
			<b>101.943</b>

(\*) Documento «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN», <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato35666666.pdf>

# LA RETE TERRITORIALE DOVRÀ MODIFICARSI RADICALMENTE (RAFFORZAMENTO E RAZIONALIZZAZIONE)

REGIONE	Nr ambulatori e lab., 2019 (*)	Case della Salute e simili, 2020 (**)	Case della Comunità prev. 2026 (***)
PIEMONTE	390	71 CdS	90
LOMBARDIA	652	25 Presst	203
VENETO	442	77 MGI	99
EMILIA ROM.	516	126 CdS	91
TOSCANA	550	76 CdS	77
LAZIO	781	22 CdS	118
CAMPANIA	1.418	/	150
PUGLIA	683	33 PTA	106
SICILIA	1.442	55 PTA	131
<b>ITALIA</b>	<b>8.798</b>	<b>553</b>	<b>1.350</b>

Per rafforzare il territorio sarà necessaria una **grande opera di razionalizzazione dell'offerta esistente**, che dovrà considerare:

- frammentazione di ambulatori e laboratori;
- quota di privato accreditato e relativo livello di concentrazione;
- presenza di strutture intermedie: saturare, potenziare o creare nuovi setting?

Fonte: (\*) Annuario Statistico SSN Ministero della Salute, 2019 (\*\*) Censimento OASI 2021 (\*\*\*), Allegati tecnici PNRR

## IV CRITERI DI SCELTA LOCALE



- Un progetto locale per le Case della Comunità più ricco e più ambizioso possibile? *«Se aspiri a 100 raggiungi almeno 50»*
- Una sperimentazione pilota da cui apprendere per replicarla successivamente a tappeto? *«Metti tutte le energie su un contesto per attuare davvero un'innovazione profonda»*
- Una valutazione del capitale istituzionale, sociale ed economico disponibile? *«Rischi di essere troppo o troppo poco ambizioso»*

## Capitale istituzionale

- Stabilità
- *Committment* sulle CdC
- Competenze professionali
- Cultura del *change management*

---

## Capitale sociale

- Numero delle associazioni di volontariato
- Ricchezza di reti sociali
- Brand delle istituzioni
- Digitalizzazione delle relazioni

---

## Risorse

- Concentrazione delle strutture territoriali
- Equilibrio economico aziendale
- Capacità di riallocare risorse
- Attitudine all'organizzazione di reti

# V IL BILANCIAMENTO POSSIBILE DELLE VOCAZIONI

# VOCAZIONI PER LE CASE DELLA COMUNITÀ E RISORSE DEL TERRITORIO LOCALE

Alto capitale  
istituzionale/sociale/risorse

- 100% CdC «*full optional*»
- Rapido sviluppo progressivo
- Sostegno ad altri territori

Medio capitale  
istituzionale/sociale/risorse

- 50% CdC «*full optional*»
- 25% Case socio-sanitarie
- 25% Case della Salute
- *Bench-learning* con altri territori

Basso capitale  
istituzionale/sociale/risorse

- 80% Case della Salute
- 10% Case socio-sanitarie
- 10% CdC «*full optional*»
- Sostegno da altri territori

# COS'È IL MANAGEMENT PUBBLICO?

- La scienza o l'arte che cerca il confine tra ciò che bisogna sostenere come un vincolo e ciò che è modificabile...
- senza essere troppo cauti per paura dell'innovazione...
- senza essere vanamente ambiziosi....

...indicando un percorso che intercetta le persone e le comunità nel punto di maturazione in cui si trovano...

...offrendo nuovi orizzonti di significato e di speranza.