



**DM77/2022: L'ASSISTENTE SOCIALE NELLA
RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE**

17 GIUGNO 2024

***ATTUAZIONE DEL DM 77:
STATO DELL'ARTE, I PROFESSIONISTI E
LA LORO FORMAZIONE***

Lorena Martini

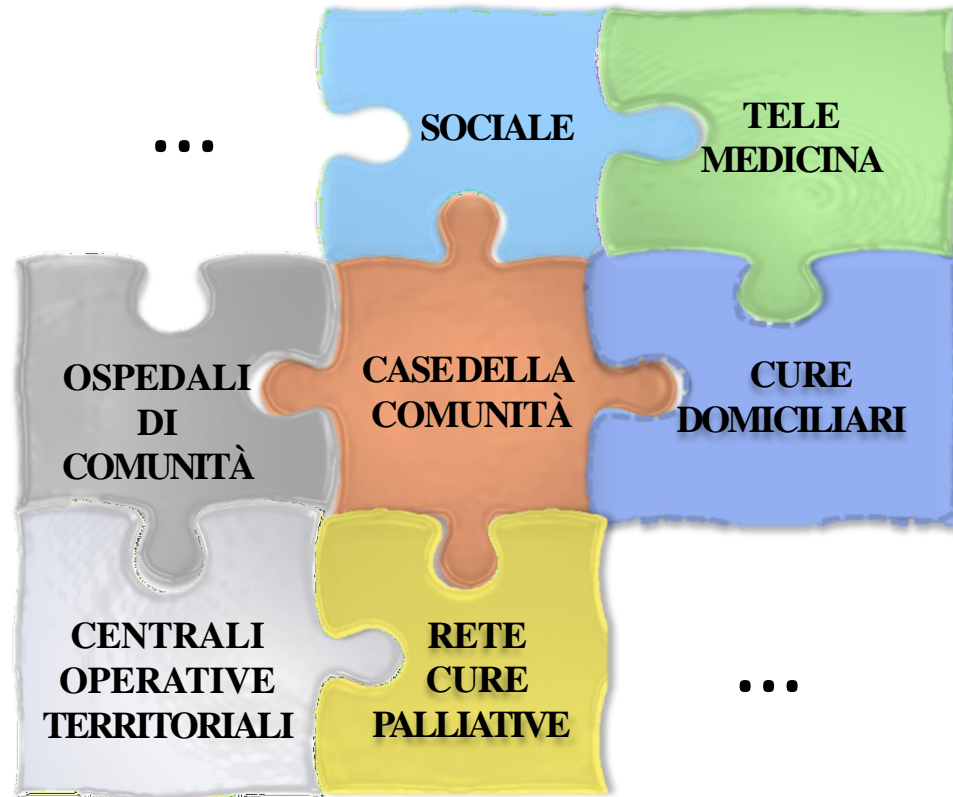
...criticità

- Crescente invecchiamento (e denatalità)
- Contenzimento della spesa
- Aumento delle malattie cronico degenerative invalidanti
- Disaffezione professionale (?)

PNRR: OPPORTUNITA' NUOVE ORGANIZZAZIONI CHE SI FONDANO SU COLLEGAMENTI FUNZIONALI, RELAZIONI, RETI

- ***Ampliamento del portafoglio servizi*** che richiede una trasformazione dei servizi per ***aumentare il Valore Salute*** in senso globale
- ***Ridisegno dei servizi*** e reingegnerizzazione dei processi, con conseguente ***revisione delle competenze e loro sviluppo*** (nuovi ruoli)
- Passaggio dall'azione una tantum alla ***messa a regime***
- ***Superamento della logica della prestazione*** nell'ottica della ***presa in carico e valutazione della performance.***

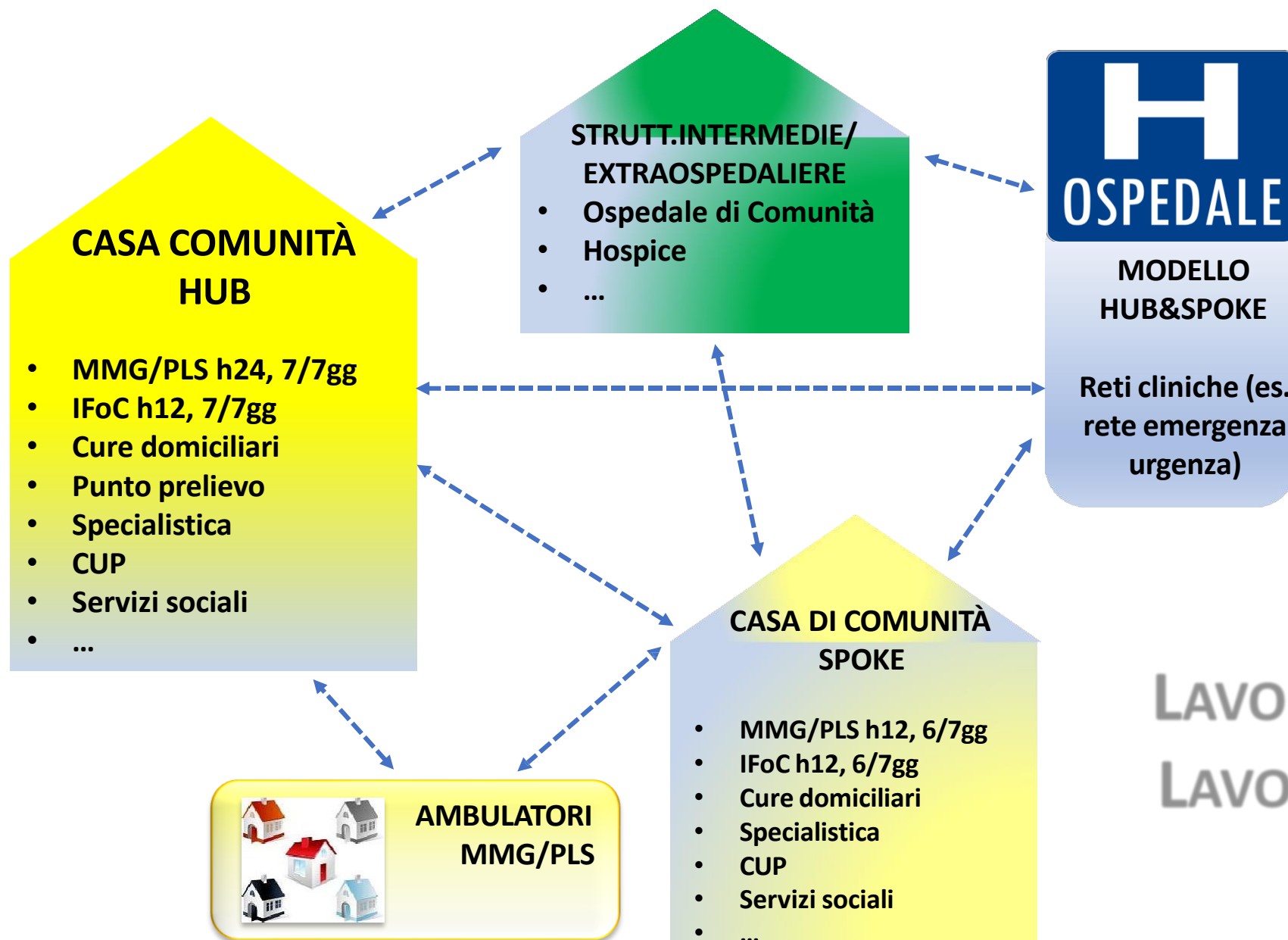
Componenti del modello previsto dal DM 77



**NUOVA ORGANIZZAZIONE
CHE SI FONDA SU
COLLEGAMENTI
FUNZIONALI, RELAZIONI,
RETI**



**Unica progettualità di SISTEMA...
multidimensionalità**



LAVORARE PER PERCORSI!
LAVORARE SUI PERCORSI!

«L'organizzazione a rete è un sistema di riconoscibili e multiple connessioni e strutture entro cui operano nodi ad alto livello di autoregolazione, capaci di cooperare tra loro in vista di fini comuni e di risultati condivisi».

Le RETI si fondano su:

INTEGRAZIONE STRATEGICA

- ✓ Mission, vision, valori
- ✓ Sistema degli obiettivi nei confronti dei pazienti, dei cittadini, delle istituzioni...

INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA

- ✓ Macro-struttura organizzativa (modello organizzativo)
- ✓ Micro-struttura organizzativa (ruoli, responsabilità, competenze)
- ✓ Integrazione dei processi (clinici e organizzativi)
- ✓ Regole, procedure, percorsi, protocolli

Le RETI si fondano su:

INTEGRAZIONE INFORMATIVA

- ✓ Sistemi informativi/digitalizzazione
- ✓ Meccanismi di programmazione e controllo

INTEGRAZIONE CULTURALE

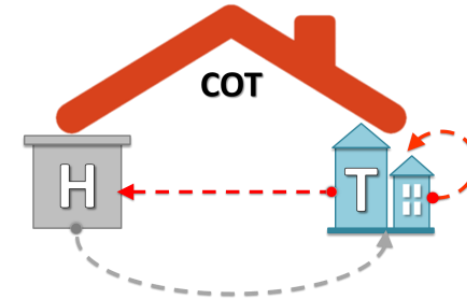
- ✓ Cultura organizzativa
- ✓ Culture professionali, disciplinari, lavorative...



**LE RETI NON SONO SOLO ISTITUZIONALI,
IMPORTANTI SONO ANCHE LE RETI «COMUNITARIE»**

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

Cos'è?



È uno strumento **organizzativo** che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

FUNZIONI BASILARI, distinte e specifiche seppur tra loro interdipendenti

COORDINAMENTO

coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare)

MONITORAGGIO

tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro

INFORMAZIONE

supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC, ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali

TARGET M6C1-00-ITA-26



DA RAGGIUNGERE
ENTRO DICEMBRE 2024

Completamento interventi per interconnessione aziendale

Investimento

M6C1I1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina

Subinvestimento

M6C1I1.2.2 - Centrali operative territoriali (COT)



TARGET M6C1-7



DA RAGGIUNGERE
ENTRO DICEMBRE 2024

Centrali operative pienamente funzionanti

Investimento

M6C1I1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina

Subinvestimento

M6C1I1.2.2 - Centrali operative territoriali (COT)



La Casa della Comunità

La CdC è il **luogo fisico** e di facile individuazione al quale i **cittadini** possono **accedere** per **bisogni** di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari.

La Casa della Comunità, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali

1. è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, **interpreta il quadro dei bisogni**, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
2. è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso **il lavoro interprofessionale** e multidisciplinare;
3. è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del **budget di comunità**;
4. è il luogo dove la comunità ricompone il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle **reti sociali**.

Casa della Comunità

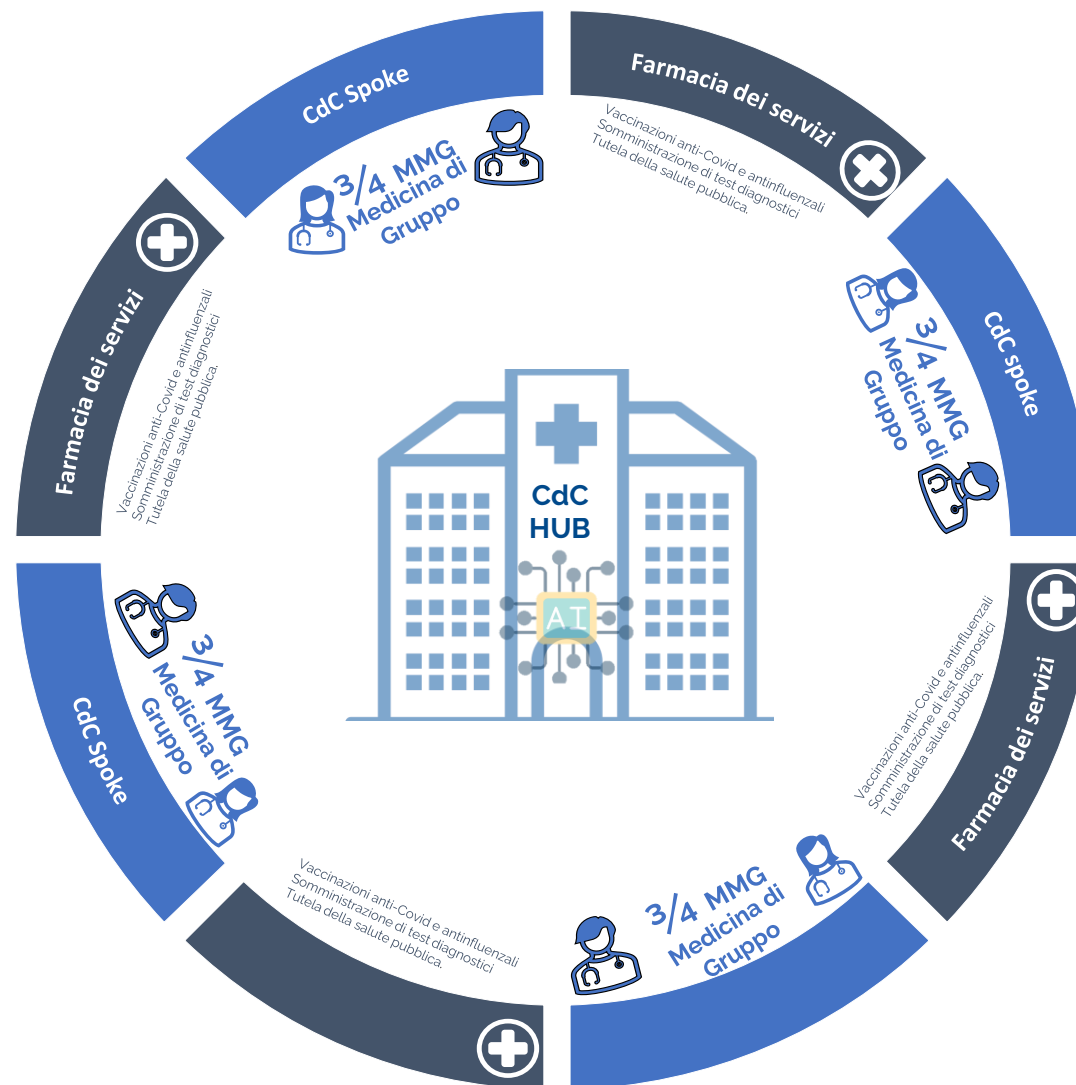
Il modello organizzativo della Casa della Comunità prevede tra i 33 e 36 MMG afferenti alla CdC HUB

Il personale della Casa della Comunità

- 1 Medico di Assistenza Primaria h 24
- 7-11 Infermiere di Famiglia o Comunità h 12/24
 - 1 Coordinatore Infermieristico
 - 2-3 IFoC per attività ambulatoriali
 - 1-2 IFoC triage e valutazione dei bisogni di salute
 - 3-5 IFoC assistenza domiciliare, prevenzione e teleassistenza
 - 5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, sociosanitario)
- 1 assistente sociale (integrazione con i Servizi Sociali)

I servizi attivi nella Casa della Comunità

- Punto prelievi
- Specialistica ambulatoriale
- Servizi diagnostici di base
- Sistema di prenotazione collegato al CUP Aziendale
- Partecipazione della comunità
- PUA aperto 8.00-18.00 – 6 giorni su 7
- Continuità assistenziale - notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7



I professionisti che operano nelle Case di Comunità

- All'interno di ogni area operano svariati professionisti in un'ottica di massima sinergia, di complementarità, **di intervento integrato e multidisciplinare**, anche in raccordo con servizi esterni come la rete delle Farmacie.
- Le Case di Comunità non sono, soltanto un luogo, ma un **modello organizzativo inedito**, fondato, appunto, sulla più stretta integrazione possibile.
- Sempre in termini organizzativi, il **[DM 77/2022](#)** stabilisce che l'attività debba essere organizzata per “permettere **un'azione d'equipe** tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità e altri professionisti della salute [...] quali ad esempio **psicologi**, ostetriche, professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione e tecnica, e assistenti sociali”.

Carta di identità della CdC

Cosa è una CdC

- Luogo di una nuova identità comunitaria
- Luogo della partecipazione
- Luogo della integrazione delle risorse
- Luogo dell'accoglienza e del riconoscimento di cittadinanza e dell'avere cura

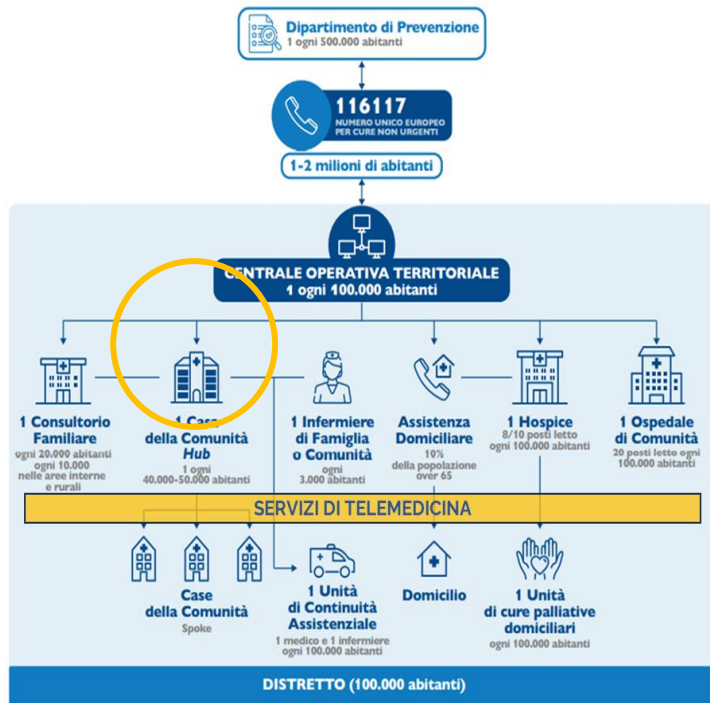
Cosa NON è una CdC

- Un luogo dove si erogano solo prestazioni
- Un luogo esclusivo della sanità
- Un luogo della delega per la soluzione dei problemi individuali
- Il luogo degli specialismi e della tecnologia

La Casa della Comunità rappresenta il punto di **riferimento** per i **cittadini** e i loro bisogni, la “Casa” nella quale la “Comunità” trova **accoglienza** ed **orientamento**, attraverso il suo Punto Unico di Accesso e la sua contiguità con la COT ed i Servizi Distrettuali.

Reti di Prossimità, strutture e telemedicina

Il modello organizzativo della Casa della Comunità



Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022

La Sanità Digitale nel PNRR

Il PNRR ha previsto un finanziamento per la sanità digitale pari a circa € 2,5 Mld

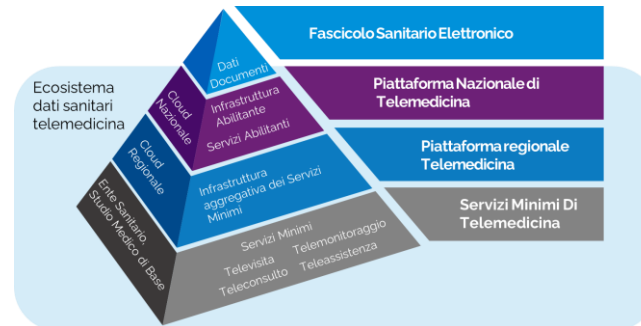
Fascicolo Sanitario Elettronico € 1,3 Mld

Il **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** è lo strumento attraverso il quale il cittadino può raccogliere e consultare tutta la propria **storia sanitaria**, condividendola in maniera sicura ed efficiente con gli operatori sanitari.



Ecosistema Dati Sanitari

L'**Ecosistema Dati Sanitari (EDS)** è una **banca dati** al cui interno saranno inseriti tutti i dati e i documenti che il sistema sanitario genera per **finalità di cura** (ad esempio certificati, cartelle).

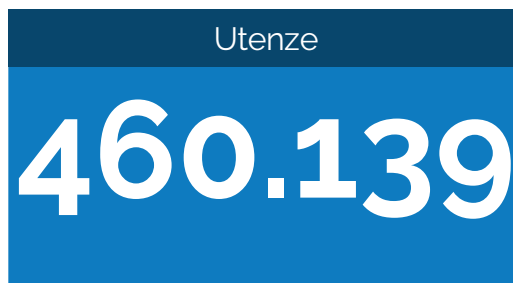


Telemedicina € 1,0 Mld

Sviluppo di un'**infrastruttura nazionale** (Piattaforma Nazionale di Telemedicina - PNT) e di **servizi regionali di telemedicina**. Obiettivo: assicurare che l'erogazione dei servizi attraverso la telemedicina avvenga in modo più equo e uniforme sul territorio nazionale.



I professionisti sanitari e le postazioni di telemedicina – gare regionali



... allora quali **COMPETENZE** necessarie?


- Capacità di prendere decisioni rapide
- Conoscenza delle risorse esistenti e delle «nuove risorse»
- Capacità di lavorare per obiettivi
- Capacità di costruire e facilitare le relazioni, abilità di gruppo
- Capacità di analizzare e re-ingegnerizzare l'organizzazione, i processi, percorsi, servizi in collaborazione con altri
- Capacità di comunicazione e di risoluzione dei conflitti
- Flessibilità del ruolo
- Valore dell'esperienza umana rispetto ai dati
- ...



... verso quali prospettive

- Strutture: ospedale senza muri, centri di prossimità, strutture intermedie, ecc.
- Multi professionalità e interdisciplinarietà, equipe e team “integrati”
- Sistemi integrati ed accessibili: ospedale e territorio nelle sue declinazioni (es. RSA, strutture intermedie, domicilio, ecc.)
- Dal modello organizzativo per strutture verticali a quello matriciale per discipline e processi
- Tecnologia: sanità digitale, telemedicina, intelligenza artificiale
- Approcci partecipati

Innovazione, integrazione e gestione del cambiamento



Il cambiamento delle politiche sanitarie ha stimolato la creazione dei team interdisciplinari, contrapponendosi così alla crescente tendenza alla divisione e specializzazione del lavoro nel campo della salute.

Formazione interdisciplinare e assistenza primaria

«L'area della integrazione richiede un cambiamento di prospettiva rilevante nell'azione organizzativa, con un focus organizzativo che si sposta da strutture gerarchiche e funzioni organizzative a processi incentrati sulla persona assistita[...]

L'assistenza primaria riceverebbe un forte impulso anche attraverso la promozione di una cultura interdisciplinare che favorirebbe la programmazione e lo svolgimento integrato delle diverse e specifiche attività [...]

Percorsi formativi comuni, faciliterebbero il trasferimento intradisciplinare delle conoscenze e delle competenze oltre che la continuità del processo formativo nell'intero corso della vita professionale.

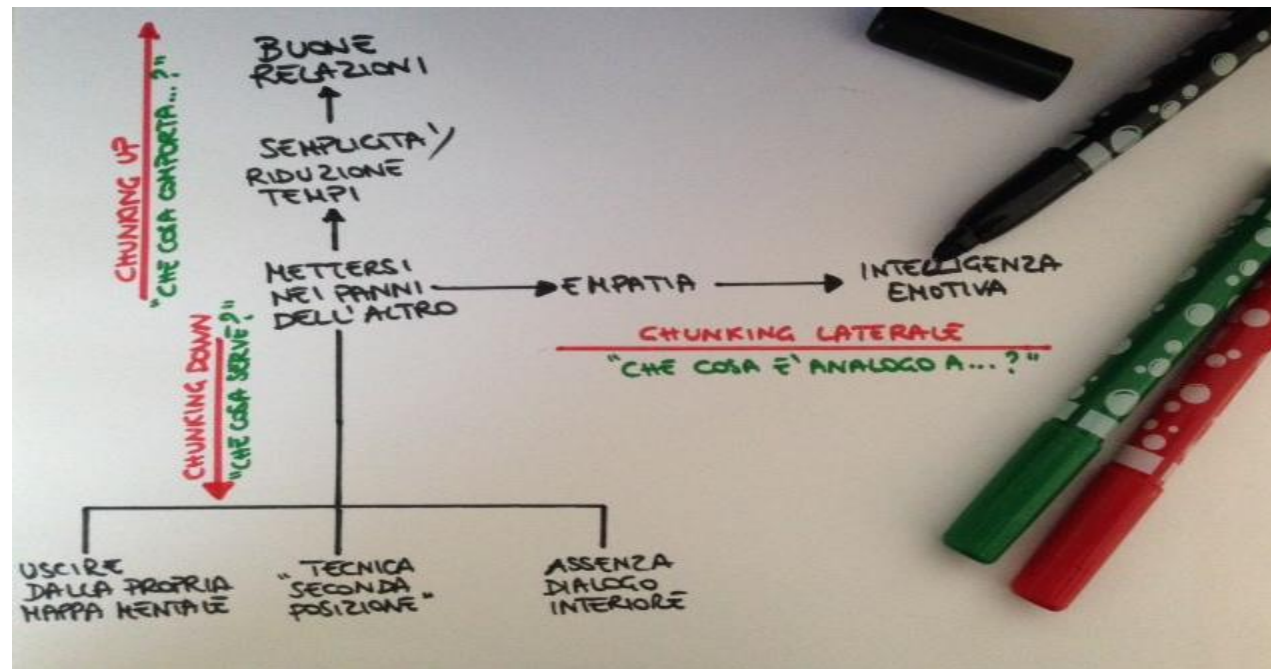
Grande e positivo impatto deriverebbe dall'attivazione di percorsi formativi comuni con l'effettuazione di specifici e mirati stages professionalizzanti»

Guzzanti, Mazzeo, Milillo et al., 2009

Quali sono i punti chiave di una formazione che supporti il lavoro interdisciplinare in sanità?

1. La convergenza su un'idea guida contestualizzata, specifica e non generica.
2. L'acquisizione e l'efficace attuazione da parte dei professionisti delle competenze non tecniche che consentano di sostenere e mantenere il lavoro in team interdisciplinare, quali abilità relazionali, comunicative, gestionali e organizzative.
3. No alla separazione dei processi formativi da quelli di gestione e valorizzazione delle risorse umane.

Il futuro è **transdisciplinarietà**, praticare e promuovere una cultura dello scambio e della collaborazione che consente di definire e collegare i nuclei costituiti dalle varie professionalità.



Come un'orchestra fatta da strumenti che suonano insieme per creare una melodia, non è l'orchestra più numerosa quella migliore, o quella che ha al suo interno i musicisti che suonano meglio i loro strumenti. È quella che sa coordinare e sfruttare al meglio tutti i suoi componenti, per quanto diversi, dando vita alla musica più bella, tramite la perfetta sincronizzazione e collaborazione del gruppo



“Una cultura aziendale
è forte quando
le persone lavorano
l'uno con l'altro, l'uno per l'altro.
Una cultura è debole
quando le persone
lavorano per loro, egoisticamente,
o peggio uno contro l'altro.”
Simon Sinek



**Il cambiamento culturale è il passare da «I» a «We»,
che in un percorso condiviso può anche comportare la
*ridistribuzione di responsabilità/attività.***

*Sharing the care to improve access to primary care
NEJM 2012*

Grazie
martini@agenas.it