

# La vision di Salute di Prossimità nell'esperienza di ASL4: il modello «Comunità in Salute» come sperimentazione della Legge 33/2023

Maria Elena Secchi, Direttore Sociosanitario



## Il contesto di ASL4



Estensione 928 Km<sup>2</sup>

30 Comuni di cui:

- 3 costieri di medie dimensioni
- 27 interni, in zone montane di piccole/piccolissime dimensioni
- Circa 145.000 abitanti

ASL4 possiede il primato per la popolazione con il più alto indice di anzianità della Liguria e dell'Italia; gli over 75 sono quasi un terzo in più rispetto al resto d'Italia, mentre gli over 85 sono quasi il doppio dei coetanei italiani (5.5% contro il 3.7%).

I "grandi vecchi" (ultra-ottantaquattrenni) sono più del 5,47% della popolazione totale, pari a circa 7.800 abitanti e in alcuni comuni tale percentuale sfiora il 10%.


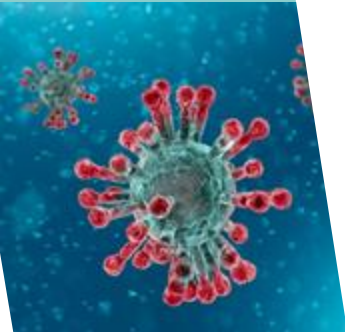

**Per ogni under 15 ci sono quasi 3 over sessantacinquenni, con punte di 7 in alcuni comuni.**

70% della popolazione vive nel 30% del territorio

Indice Vecchiaia 273% vs 182% Italia

Indice di Dipendenza 68 vs 57 Italia

## I determinanti di salute

- 
- 
- 
- **Età della popolazione:** un elevato indice di vecchiaia (pari al 27,3%) correla direttamente con una riduzione dell'autonomia e con l'incidenza di patologie croniche. La Liguria ha la percentuale più alta di persone con almeno una patologia cronica (23,2% - media nazionale 18,4%) per la quale occorre una presa in carico continuativa; Diabete 5,4%
  - **Caratteristiche del territorio:** dal punto di vista geomorfologico sono presenti zone costiere con infrastrutture ben sviluppate e altre, soprattutto nell'entroterra, lontane dai servizi e dalle principali strutture sanitarie
  - **Afflussi turistici:** implicano l'esigenza di ri-modulare i servizi per intensità e localizzazione nei periodi estivi e nelle festività
  - **L'esperienza pandemica:** ha richiesto lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi (tra gli altri il mezzo mobile Gulliver) che consentissero di raggiungere in modo capillare tutti i residenti del territorio, con riguardo particolare all'entroterra; al contempo ciò ha permesso l'avvicinamento dei servizi alla popolazione e la conseguente percezione delle persone «**come al centro del sistema**»
  - **La contrazione** di risorse del SSR a fronte dell'aumento del bisogno espresso

Tutto ciò ha richiesto di ri-pensare l'assistenza territoriale per trovare un equilibrio tra un'offerta sanitaria differenziata per intensità di bisogni dei residenti in tutta la ASL e l'esigenza di mantenere attivi i presidi periferici (spoke) delle zone interne montane particolarmente disagiate.

## Il modello “Comunità in Salute” per la realizzazione di un sistema proattivo di prossimità

La presenza nel territorio di ASL 4 di zone interne e montane disagiate, con un indice di vecchiaia che in alcuni Comuni supera il 500%, in cui vivono nuclei familiari, spesso monoparentali, isolati e, talvolta, in stato di degrado, deprivazione e con un elevato tasso di malattie croniche, ha mosso l'ideazione del nuovo modello operativo che risponde all'esigenza di riprogettare l'offerta socio-sanitaria e rimodulare i percorsi integrati territorio/ospedale/territorio secondo il principio di prossimità, per intensità e localizzazione degli stessi.

Il nuovo modello nasce quindi per offrire a chi vive nell'entroterra una rete di servizi sociosanitari integrati, sempre più adeguati ai bisogni dei residenti, grazie alla sinergia con tutti gli attori presenti sul territorio, con un approccio intersettoriale, nell'ottica di community building: Azienda Sociosanitaria, Comuni, Farmacie locali, Pubbliche Assistenze, Enti del Terzo Settore.

Una comunità «in salute» presuppone, pertanto, il coinvolgimento attivo di tutti gli stakeholders che vi partecipano, condividendo le responsabilità nel costruire una rete di servizi integrati sotto il profilo sociale e sanitario e di promozione della salute globale e di prossimità.

Il raccordo tra le attività esistenti, unito al potenziamento della digitalizzazione, ha consentito di garantire un livello omogeneo di assistenza primaria nei vari territori montani, anche in caso di carenza temporanea di medici di medicina generale.



## L'Assistenza primaria nelle Case di Comunità *hub & spoke* / 1

I medici di medicina generale ricoprono il ruolo fondamentale di **key manager** del benessere della comunità in quanto vantano una profonda conoscenza del territorio, dei suoi bisogni e delle criticità in essere.

ASL 4 ha avviato un processo di inclusione di questi professionisti all'interno della rete delle Case di Comunità, organizzate in tre *hub* costieri (che servono il 70% della popolazione) e quattro *spoke* montani dove sono stati concessi spazi gratuiti, attrezzati per la telemedicina.

Inoltre, per incrementare l'assistenza in determinati periodi critici dell'anno legati ai flussi turistici, sono stati creati gli ambulatori «*Il medico di tutti*» e «*Il pediatra di tutti*» ai quali hanno partecipato MMG e MCA, dove viene offerta alla popolazione - non solo agli assistiti del MMG, ma a tutti coloro che ne hanno necessità - la possibilità di ricevere cure ambulatoriali non urgenti.

Il rationale di fondo di questo modello si basa sulla **prossimità dei servizi** e sulla **facilità di accesso ai percorsi di salute**, laddove l'assistenza primaria rappresenta l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente **per il miglioramento della salute dell'individuo ed il benessere della comunità**.

## L'Assistenza primaria nelle Case di Comunità *hub & spoke* / 2

### I risultati ottenuti

ASL 4 è stata individuata per la sperimentazione regionale della «Cartella a casa» quale strumento digitale per la presa in carico del paziente a domicilio con l'obiettivo di integrare l'attività dei diversi operatori sanitari del territorio, al fine di garantire interscambio di informazioni e coordinamento nella gestione del paziente.

La costituzione di équipes integrate composte da diverse professionalità - MMG, PLS, personale infermieristico ambulatoriale, ADI, Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), assistenti sociali - ha generato un metodo che, attraverso un approccio collaborativo dei singoli nella condivisione di esperienze e saperi, ha consentito di creare una reciproca contaminazione positiva.

### Conclusioni

- ✓ la vera sfida è soprattutto culturale: visione partecipata e responsabile nella generazione di soluzioni organizzative diffuse, integrate e flessibili per garantire salute di prossimità
- ✓ il processo di cambiamento deve generare valore per le persone (cittadini e professionisti) = approccio basato sul valore (**value based**)

## Ambulatori Mobili Gulliver

Allo scopo di creare un modello organizzativo tale da intercettare le persone nei loro luoghi di vita, sono stati inseriti nel sistema delle Cure Primarie anche gli ambulatori mobili «Gulliver» che, grazie anche all'implementazione tecnologica, permettono prestazioni il più possibile vicine ai cittadini.

Il Sistema di Cure di Prossimità Itinerante "SCPI" intende, appunto, garantire la presenza periodica su tutto il territorio, assicurando azioni di promozione della salute, prevenzione ed erogazione di prestazioni socio-assistenziali-sanitarie (es. Campagne Preventive/Screening di stagionali, Consultorio di Prossimità, Vaccinazioni di prossimità).



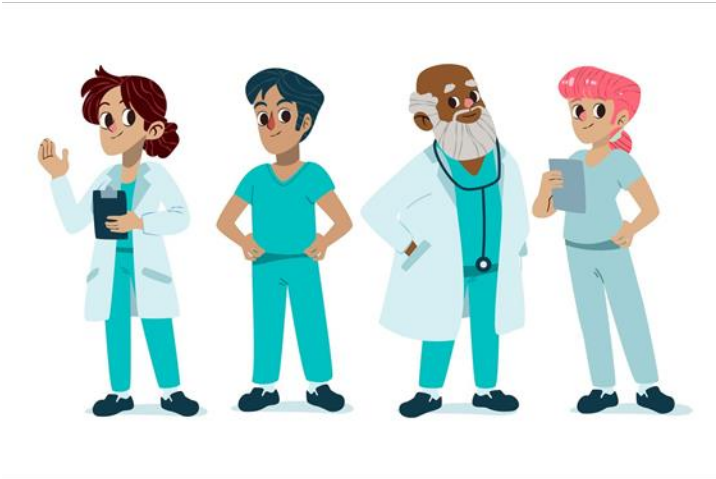
Super Gulliver, mezzo attrezzato con strumenti diagnostici e spazio visite anche per attività medico-specialistica



Gulliver, mezzo avanzato ambulatoriale con punto prelievi e vaccinazioni anche per attività medico-specialistica



Mini Gulliver, auto aziendali per garantire prestazioni sotto casa del Cittadino



## La valorizzazione del capitale professionale



## L'IFeC

- Ruolo fondamentale e innovativo risulta quello degli **IFeC** che attraverso la propria funzione proattiva ha consentito la reale attivazione della rete e l'interconnessione tra diversi professionisti e realtà territoriali precedentemente più "confinati" ciascuno nel proprio ruolo. L'IFeC infatti interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali e si muove sul territorio in modo proattivo al fine di intercettare precocemente le situazioni di fragilità e di bisogno. Svolge una fondamentale funzione di promozione della salute delle persone fragili, e realizza i primi interventi sui pazienti attivando la rete comunitaria per la presa in carico da parte dei servizi sanitari e sociali di riferimento. Gli IFeC al momento operano soprattutto nel territorio montano dove la condizione di isolamento e povertà rappresentano un reale rischio per la salute e agiscono attraverso il contatto diretto con le singole persone, raccogliendo segnalazioni da terzi o "girando" il territorio con l'Ambulatorio mobile Gulliver in occasione di campagne di prevenzione o vaccinali.
- L'IFeC è dotato di apposita strumentazione quali PC portatile con elettrocardiografo wireless a 12 derivazioni con inoltro da remoto, contestuale o differito, del tracciato alla Cardiologia per refertazione, apparecchio ABI Test, apparecchio mobile per spirometria, scheda informatizzata SUNFRAIL per la misurazione della fragilità.

## L'Assistente sociale nelle Case di Comunità

La principale interfaccia dell'IFeC è l'Assistente Sociale che non è figura nuova nel SSR ma tradizionalmente viene impiegata nei servizi sociosanitari territoriali «specialistici» quali ad esempio Salute Mentale, Disabilità, ecc.. o nei Presidi ospedalieri . Con il DM 77/2022 si coglie l'occasione per sviluppare un nuovo ruolo dell'Assistente Sociale della ASL nell'ambito delle Case di Comunità dove concorre in modo trasversale alle valutazioni multidimensionali dei bisogni (profilo clinico, funzionale e sociale della persona).

Le esperienze maturate negli ultimi mesi in ASL 4 dimostrano l'enorme utilità di questa figura a supporto dell'ADI, degli IFeC, dei medici geriatri, dei MMG attraverso il suo impiego nella gestione delle «segnalazioni» da parte dei servizi/operatori sanitari, nel supporto alle persone in fase di accoglienza, nella valutazione dei bisogni e definizione degli interventi, nella cura dei passaggi tra servizi e setting assistenziali, nel costruire e mantenere le connessioni sia tra operatori specializzati, sia tra rete di cura e di prossimità.

## Le Farmacie di Comunità

Le cosiddette **“farmacie di comunità”** prevedono una rivalutazione della farmacia come punto nodale del SSN e individuano il farmacista come uno dei professionisti sanitari più facilmente accessibile ai cittadini, che partecipa a programmi di educazione sanitaria e di prevenzione rivolti alla popolazione o ai singoli assistiti.

Nel territorio del Tigullio le farmacie aderenti a Federfarma collaborano con le iniziative di salute di prossimità di ASL4, ed in particolare intendono sviluppare la dimensione di “spoke” quali centri di erogazione di alcuni servizi sanitari.

Alla luce di questa esperienza si evince come la farmacia possa rappresentare un’importante sentinella sul territorio, in grado di intercettare i soggetti a rischio di diabete. Tale modello sarà impiegato nella prossima campagna di prossimità della primavera 2023 rivolta alla prevenzione del rischio cardio-vascolare e in quelle che seguiranno.

In definitiva, il modello della farmacia di comunità costituisce uno strumento utile a favorire l’equità nella cura delle malattie croniche, prevedendo un’evoluzione del ruolo della farmacia, non più come mero luogo di dispensazione di medicinali, ma come luogo in cui fare prevenzione ed educazione sanitaria.





**Risorse**

- MMG – PLS
- IFeC
- ADI Cure Palliative
- Salute mentale
- Servizi sociali
- Farmacie
- Strutture Comunali
- Terzo settore
- Volontariato
- Popolazione

**Strumenti**

- Informazione
- Condivisione
- Connettività
- Telemedicina
- Sviluppo di competenze
- Strutture e recettività
- Empowerment
- Educazione al Self-Care

**Accountability**

- Nuovi paradigmi assistenziali
- Ridefinizione di Staffing e Skill mix





**Forum Risk Management**

obiettivo sanità salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**19**

## IL MODELLO «RESIDENZA APERTA»

### *L'ESPERIENZA DI ASL4 LIGURIA*



Con **Residenza Aperta** si intende la possibilità delle RSA/RP per anziani, di offrire, previo accordo con la ASL e i Comuni di riferimento, servizi al territorio. Nello specifico, il progetto è rivolto agli anziani residenti nel territorio con particolare attenzione a quelli in condizione di fragilità e/o non-autosufficienza e comprende servizi domiciliari, accoglienza diurna, attività motorie riattivanti (AFA), bagno assistito, consulenze geriatriche e accoglienza residenziale in continuità con il MMG e la rete sanitaria dei servizi.

In un contesto differenziato dal punto di vista territoriale per grado di accessibilità e presenza di strutture sanitarie aziendali si interviene attraverso una progettazione di residenza aperta con il fine ultimo di **favorire la permanenza al domicilio, evitare gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, alleggerire il carico assistenziale delle famiglie, prevenire e ritardare l'istituzionalizzazione degli anziani.**

Ci si propone quindi una presa in carico dei cittadini, migliorando la rete locale attraverso l'integrazione dei diversi professionisti e offrendo alle strutture l'opportunità di sviluppare interazione tra servizi residenziali e domiciliari, volti a sostenere le persone a casa il più a lungo possibile.

## Progettualità in sviluppo / 1

Il progetto "Residenza Aperta" nasce come ulteriore risposta ai bisogni della comunità, avvalendosi di realtà già presenti sul territorio per **ridurre i tempi di spostamento, avvicinando i servizi alle persone e ottimizzare i costi.**

### Obiettivi:

Rispondere al bisogno di cure domiciliari a partire da strutture residenziali presenti sul territorio

Migliorare la rete locale attraverso l'integrazione dei diversi professionisti (MMG, IFeC, Servizi Sanitari, Servizi Sociali, Residenze accreditate, risorse informali)

Offrire alle strutture l'opportunità di sviluppare interazione tra servizi residenziali, domiciliari ed altri servizi innovativi con una partnership pubblico-privata volta a sostenere le persone a casa il più a lungo possibile

## Progettualità in sviluppo / 2

I Comuni di Varese Ligure, Carro e Maissana, afferenti alla ASL4, rientrano nell'Area Interna Val di Vara interessata dalla strategia nazionale Aree Interne e figurano fra i destinatari della scheda salute 4.3 di cui alla suddetta Deliberazione di ALISA n. 86/2023, che prevede, tra gli altri servizi, la sperimentazione del modello Residenza Aperta di cui alla DGR Liguria 290/2019.

Sul territorio dei tre Comuni indicati opera solo la struttura RSA A.M. Gianelli.

Dalla Convenzione tra ASL 4 e Consorzio Campo del Vescovo, ente gestore della RSA A.M. Gianelli, il progetto Residenza Aperta riguarda i servizi ritenuti necessari sulla base dei bisogni rilevati:

- Accoglienza diurna
- Accoglienza residenziale in continuità con il MMG e la rete sanitaria dei servizi per la gestione degli aggravamenti dei pazienti con patologie croniche e multimorbidità
- Bagno Assistito
- Eventuali ulteriori interventi previsti dalla DGR 290/2019, da attivarsi sulla base di bisogni aggiuntivi



## CONCLUSIONI...

### LA VERA SFIDA È CULTURALE E VALORIALE

IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO DEVE GENERARE VALORE PER LE PERSONE (CITTADINI E PROFESSIONISTI) = APPROCCIO BASATO SUL VALORE (*VALUE BASED*)

E' NECESSARIA AGILITA' ORGANIZZATIVA CHE CONSENTA

LA GESTIONE DEI CONFINI (*BOUNDARY MANAGEMENT*) E  
VALORIZZI IL LAVORO DI CONFINE (*BOUNDARY WORK*)

E SODDISFI I DIVERSI BISOGNI DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE SULLA COSTA E DI QUELLA RESIDENTE  
NELL'INTERNO DEL TERRITORIO





Grazie per l'attenzione..